

ÜBERSICHTSARBEIT

Reintegration von Krebspatienten ins Erwerbsleben

Oliver Rick, Eva-Maria Kalusche, Timm Dauelsberg, Volker König, Christiane Korsukéwitz, Ulf Seifart

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: In Deutschland leben noch 64 % der Frauen und 59 % der Männer fünf Jahre nach ihrer Krebsdiagnose. Derzeit treten bei den Männern im erwerbsfähigen Alter 45 % der Krebserkrankungen und bei den Frauen im erwerbsfähigen Alter bereits 57 % der Krebsleiden auf. In diesem Zusammenhang können sich für nicht berentete Krebspatienten schwerwiegende Auswirkungen auf den Erwerb des Lebensunterhaltes ergeben.

Methoden: Anhand einer selektiven Literaturanalyse wurde der prozentuale Anteil derjenigen Krebspatienten erhoben, die in Deutschland ins Erwerbsleben zurückkehren.

Ergebnisse: Es gibt keine randomisierten kontrollierten Studien, die die Wirksamkeit der onkologischen Rehabilitation nachweisen. Darüber hinaus ist unklar, ob konfundierende Variablen in den vorliegenden Studien korrigiert wurden. International sind 63 % aller Tumorpatienten im erwerbsfähigen Alter im Mittel fünf Monate von Arbeitsunfähigkeit betroffen und nehmen anschließend wieder eine berufliche Tätigkeit auf. Allerdings variieren die Angaben erheblich. Während in Deutschland nur 59 % der Brustkrebspatientinnen wieder erwerbstätig werden, sind es in den USA und Großbritannien 80 beziehungsweise 82 %. Jüngerer Lebensalter, hoher Bildungsstand sowie eine gering invasive und wenig folgenreiche Therapie stellen prognostisch günstige Faktoren dar.

Schlussfolgerung: Die Mehrzahl der Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter kehrt ins Erwerbsleben zurück. Im internationalen Vergleich ergeben sich allerdings große Unterschiede, die möglicherweise auf die verschiedenen Sozialsysteme zurückzuführen sind.

► Zitierweise

Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U: Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(42): 702–8. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0702

Klinik Reinhardshöhe, Bad Wildungen: Prof. Dr. med. Rick

Schlossbergklinik, Oberstaufen: Dr. med. Kalusche

Reha-Zentrum am Meer, Bad Zwischenahn: Dr. med. Dauelsberg

Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhaus: Dr. med. König

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin: Dr. med. Korsukéwitz

Klinik Sonnenblick der DRV Hessen, Marburg: Dr. med. Seifart

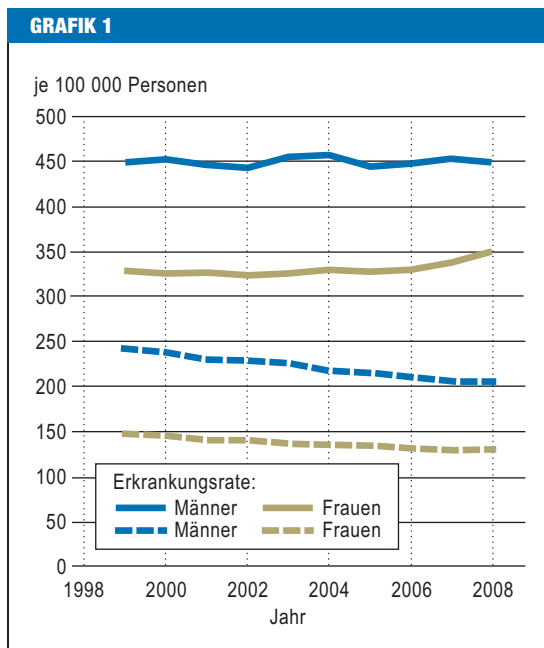
Bösartige Tumorerkrankungen sind in Deutschland neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit Abstand die häufigste Todesursache. Die Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen ist von 1980 bis 2006 bei Frauen um 35 % und bei Männern um mehr als 80 % gestiegen. Jeder zweite Mann und 43 % aller Frauen müssen während ihres Lebens damit rechnen, an Krebs zu erkranken (1). Dieser Trend wird sich vermutlich auch im Jahr 2012 weiter fortsetzen. Während im Jahr 2007 insgesamt 459 000 Männer und Frauen eine Krebserkrankung erlitten, werden im Jahr 2012 über 486 000 Menschen davon betroffen sein (1).

Zwar liegt das mittlere Erkrankungsalter bei Frauen und Männern bei 69 Jahren. Dennoch treten vor dem 65. Lebensjahr bei den Männern 45 % und bei den Frauen bereits 57 % aller Krebserkrankungen auf (1). Während die absolute Neuerkrankungsrate in den letzten Jahrzehnten eindeutig zugenommen hat, hat die altersstandardisierte Mortalität in den letzten 30 Jahren abgenommen (*Grafik 1*). Die Abnahme der Mortalität ist geschlechtsunspezifisch, zeigt aber bei den unter 65-Jährigen – und damit bei den Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter – den größten Effekt (1).

Bei abnehmender Krebsmortalität ist im Umkehrschluss von einer Zunahme der Heilungsbeziehungsweise einer Verlängerung des Gesamtüberlebens in Bezug auf alle Krebsfälle auszugehen. Bei den Frauen liegt die 5-Jahres-Überlebensrate über alle Tumorentitäten hinweg bei derzeit 64 % und bei den Männern bei 59 % (1). Wenn man eine Fortsetzung dieser Entwicklung postuliert, werden sich die Heilungsraten, insbesondere bei Menschen im erwerbsfähigen Alter, weiter verbessern, und somit Maßnahmen zur Reintegration ins Berufsleben an Bedeutung zunehmen. Zudem wird die Verlängerung der Lebensarbeitszeit und die Verschiebung des Renteneintrittsalters auf das 67. Lebensjahr sowie der sich bereits jetzt abzeichnende Fachkräftemangel Maßnahmen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit bei Tumorpatienten weiter forcieren.

Methoden

Diese Übersichtsarbeit basiert auf einer selektiven Literaturrecherche in PubMed, die darauf zielte, den Anteil der Krebspatienten, der ins Erwerbsleben zu-



Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten nach Geschlecht in Deutschland von 1999 bis 2008 (1)

rückkehrt, zu erfassen. Darüber hinaus wurden in der Literatur aufgezeigte fördernde als auch hemmende Faktoren für die Reintegration ins Erwerbsleben analysiert.

Eingeschlossen in die Literaturrecherche wurden Originalarbeiten im Sinne retrospektiver Analysen, Metaanalysen und Reviews der letzten 10 Jahre, die sich entweder auf mehrere Tumorerkrankungen beziehen oder spezielle Tumorentitäten bewerten. Angaben zur Korrektur konfundierender Variablen werden in den Publikationen nicht gemacht.

Rückkehr ins Erwerbsleben bei Krebs

Im Rahmen einer Metaanalyse unter Einschluss von 36 Studien – insbesondere aus den USA, Europa und anderen Ländern – wurden 20 366 Langzeitüberlebende nach Krebserkrankung mit 157 603 gesunden Menschen hinsichtlich der Berufstätigkeit nichtgemacht verglichen. Während 15,2 % der gesunden Probanden arbeitslos waren, fand sich eine Arbeitslosenrate bei den Langzeitüberlebenden von 33,8 %, was einem relativen Risiko von 1,37 (95%-Konfidenzintervall [95%-KI]: 1,21–1,55) entspricht (2). Daraus resultierte ein um 37 % höheres Risiko für Arbeitslosigkeit bei den Tumorpatienten im Vergleich zu gesunden Probanden.

Darüber hinaus konnte jüngst in einer weiteren großen Metaanalyse gezeigt werden, dass nahezu zwei Drittel aller Tumorpatienten im erwerbsfähigen Alter (63,5 %; Spannweite: 24–94 %) ihren ehemaligen oder einen anderen Beruf wieder ausüben können (3). In diese Metaanalyse gingen 64 Studien ein, die von Januar 2000 bis November 2009 publi-

ziert wurden. Im Mittel lag die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bei circa 5 Monaten. 26–53 % der Patienten verloren über einen Zeitraum von 6 Jahren nach Diagnosestellung ihren Arbeitsplatz oder gaben ihre berufliche Tätigkeit auf. Im Vergleich zu gesunden Probanden wechselten viele Tumorpatienten ihren Arbeitsplatz, arbeiteten in reduzierter Stundenzahl und mussten eine geringere Entlohnung hinnehmen (3).

Die Rate der Patienten, die wieder ins Erwerbsleben zurückkehren, ist in den verschiedenen Sozialsystemen unterschiedlich. Damit eine Vergleichbarkeit gegeben ist, wurde dies anhand des Mammakarzinoms dargestellt (Tabelle 1) (4–11). Deutschland nimmt mit 59 % neben Südkorea mit 58 % bei dieser Betrachtungsweise eine Schlusslichtposition ein (4, 9). Gesicherte Daten zu diesem Phänomen liegen nicht vor. Wahrscheinlich ist dies am ehesten der Tatsache geschuldet, dass im deutschen Sozialsystem mit der Möglichkeit von 78 Wochen Entgeltfortzahlung und Krankengeld sowie dem Instrument der teilweisen oder vollständigen Erwerbsminderungsrente, auf die gesundheitlichen Folgeschäden nach einer Krebserkrankung in besonderem Maße Rücksicht genommen werden kann. Diese Optionen bestehen für viele Betroffenen in anderen Ländern nicht, so dass dort wahrscheinlich der finanzielle Druck die frühzeitige Rückkehr ins Erwerbsleben bedingt.

Prognostisch ungünstige und fördernde Faktoren zur beruflichen Reintegration sind in Tabelle 2 zusammengestellt. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass nicht nur die Art der Tumorerkrankung, die onkologische Therapie und die dadurch bedingten physischen und psychischen Schädigungen eine Rolle spielen, sondern auch soziodemografische und arbeitsbezogene Faktoren (4, 11–22). Keine statis-

TABELLE 1

Anteil der Patientinnen mit Brustkrebs, die ins Erwerbsleben zurückkehren, im internationalen Vergleich

Land	Pat. (n)	RTW (%)	Lit.
Südkorea	1 594	58	(4)
USA	443	80	(5)
Kanada	646	79	(6)
Norwegen	Anzahl nicht angegeben	74	(7)
Niederlande	514	71	(8)
Deutschland	446	59	(9)
Frankreich	586	79	(10)
Großbritannien	267, davon 127 mit Mammakarzinom (40 %)	82	(11)

Pat., Patientinnen; n, Anzahl der Patientinnen; RTW, „return to work“, prozentualer Anteil der Patientinnen, die wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben; Lit., Literatur

TABELLE 2

Faktoren, die die Rückkehr ins Erwerbsleben beeinflussen

Fördernde Faktoren	Lit.	Hemmende Faktoren	Lit.
jüngeres Lebensalter	(12)	endokrine Therapie	(16)
höherer Bildungsstand	(13)	ausgedehnte Operation	(4)
keine Operation	(11)	fortgeschrittenes Tumorstadium	(4, 16, 17)
keine krankheitsbedingte Abwesenheit	(11)	Chemo- und Radiotherapie	(18, 23)
geringe körperliche Symptome	(14)	höheres Lebensalter	(18–20)
männliches Geschlecht	(12)	weibliches Geschlecht	(19, 21)
kontinuierliche Behandlung	(15)	geringerer Bildungsstand	(18, 21)
urologische Tumoren	(12)	Leberkrebs, Bronchialkarzinom, Blutkrebs, ZNS-Tumoren, GI-Tumoren, Pankreaskarzinom	(22)
Melanome, Hodgkin-Lymphom	(12)	HNO-Tumoren, gynäkologische Tumoren	(12)

Lit., Literatur; GI, Gastrointestinaltrakt

tisch signifikanten Unterschiede im Hinblick auf den Anteil der Patienten, die wieder ins Berufsleben integriert werden, finden sich bei Patienten mit Hodentumoren und malignen Melanomen im Vergleich zu Nicht-Tumorpatienten (7).

Die unmittelbaren Verhältnisse am Arbeitsplatz und die Hilfestellung bei der Rückführung ins Erwerbsleben sind ein wesentlicher fördernder Faktor. Wenn eine gute Einbindung in das soziale Gefüge am Arbeitsplatz besteht, durch den Arbeitgeber zuträgliche Arbeitsbedingungen geschaffen werden und professionelle Hilfe bei der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit angeboten wird, ist die Wahrscheinlichkeit für eine dauerhafte Erwerbsfähigkeit höher als wenn diese Faktoren nicht vorliegen oder sogar das Gegenteil davon anzutreffen ist (5, 15, 24–27).

Obwohl mehr als 90 % der Patienten berichten, dass sie Einschränkungen im Hinblick auf ihre berufliche Tätigkeit gut kompensieren können, arbeiten in Norwegen 31 % mit reduzierten physischen und 23 % mit reduzierten psychischen Funktionen (28). Bemerkenswert ist, dass bereits im ersten Jahr nach Abschluss der Tumorthherapie nach Angaben von Short et al. circa 73 % der Patienten in den USA wieder im Erwerbsleben stehen und dieser Anteil bis zum vierten Jahr nach Tumordiagnose auf 84 % ansteigt (29).

Für die Betroffenen sind die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit erheblich. Der Verlust einer beruflichen Tätigkeit führt häufig zu einer verminderten Lebensqualität, einer verminderten Selbstachtung und zu finanziellen Problemen (30).

Maßnahmen zur Teilhabe am Erwerbsleben

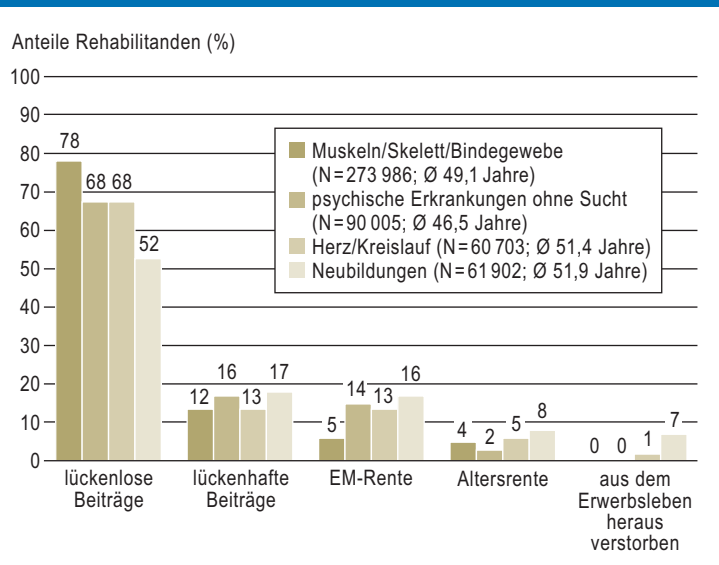
Medizinische onkologische Rehabilitation

In Deutschland ist die medizinische Rehabilitation integraler Bestandteil des Sozialversicherungssystems und ist im Sozialgesetzbuch festgeschrieben (31). Damit haben die betroffenen Patienten einen rechtlichen Anspruch auf die Durchführung einer in der Regel drei Wochen dauernden stationären oder ambulanten Leistung (32). Die medizinische Rehabilitation unterscheidet sich damit grundlegend von den System anderer europäischer Staaten (33).

Die Träger der medizinischen Rehabilitation in Deutschland sind in überwiegendem Maße die Rentenversicherung (DRV) und die Krankenkassen. Im Jahr 2010 führten 170 662 Patienten eine stationäre oder ambulante onkologische Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung durch. Damit nimmt der Anteil der onkologischen Rehabilitation mit nahezu 18 % am Gesamtspektrum der Rehabilitationsleistungen neben der Rehabilitation aufgrund psychischer Störungen und orthopädischer Leiden den dritten Platz ein. Von allen onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen wurden 44 % bei Erwerbstätigen durchgeführt. Davon entfallen 2 % auf die ambulante Rehabilitation. So wurde im Jahre 2007 bei 61 902 Versicherten eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme mit dem Ziel bewilligt, dass sie ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen können.

Von diesen Personen konnten 52 % aufgrund einer beruflichen Tätigkeit wieder lückenlose Beiträge in die Rentenversicherung einzahlen und 17 % der Patienten entrichteten lückenhafte Beiträge. Eine Erwerbsminderungsrente mussten 16 % der Patienten in Anspruch nehmen (Grafik 2) (34). Am häufigsten werden Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

GRAFIK 2



Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2007 für verschiedene Diagnosegruppen (34). EM, Erwerbsminderung

von Brustkrebspatientinnen (26 %) in Anspruch genommen. An zweiter Stelle stehen die malignen Erkrankungen der Verdauungsorgane (19 %), gefolgt von den bösartigen Neubildungen der männlichen Genitalorgane (18 %). Bei letztgenannter Gruppe handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um Männer mit Prostatakarzinomen (34).

Für die Deutsche Rentenversicherung stellt die gelungene Integration von Rehabilitanden in das Erwerbsleben die wesentliche Dimension des Erfolges dar („Reha vor Rente“) (35). Ein finanzieller Nutzen für die DRV ergibt sich bereits dann, wenn durch eine erfolgreiche Rehabilitationsleistung eine vorzeitige Berentung wegen Erwerbsminderung um mindestens vier Monate hinausgeschoben werden kann (Grafik 3) (34). Unabhängige Untersuchungen außerhalb des Datenbestandes der DRV existieren zu diesem Thema nicht.

Bevor eine onkologische Rehabilitation eingeleitet wird, muss geprüft werden, ob eine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht. Kriterien, die eine solche bedingen, sind in Tabelle 3 exemplarisch zusammengefasst. Laut § 8 der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht Rehabilitationsbedürftigkeit – Zitat: „wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.“

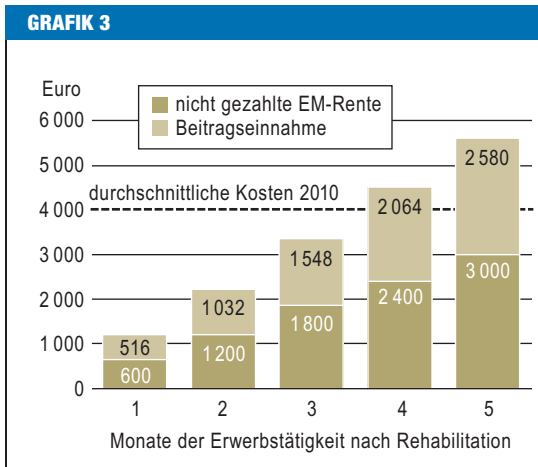
Im Hinblick auf das therapeutische Prinzip einer onkologischen Rehabilitation steht das Erkennen und Behandeln von tumor- und/oder therapiebedingten Folgeschäden im Vordergrund. Erst nach Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit können die Rehabilitationsziele formuliert und eine rehabilitative Therapie initiiert werden. In deren Rahmen wird versucht, den Patienten soweit zu schulen und zu motivieren, dass er in die Lage versetzt wird, das erlernte Programm (zum Beispiel Bewegungstherapie, Ernährungsverhalten et cetera) im häuslichen Umfeld weiter fortzusetzen (Nachhaltigkeit der Rehabilitation). Dadurch soll die soziale Integration und damit die Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder hergestellt werden (36–38).

Die Wirksamkeit der onkologischen Rehabilitation konnte bisher weder national noch international in randomisierten Studien nachgewiesen werden. Dies ist im Wesentlichen dadurch bedingt, dass die Rehabilitation von Krebspatienten weltweit unterschiedlich in den Gesundheitssystemen verankert ist und zudem auf differente Art und Weise durchgeführt wird (33). Während in Deutschland überwiegend eine stationäre Rehabilitation über einen Zeitraum von drei Wochen etabliert ist, wird in den skandinavi-

TABELLE 3
Behandlungsbedingte Funktionsschäden, die eine Rehabilitationsbedürftigkeit begründen (ausgewählte Beispiele)

Akutmedizinische Therapie	Funktionsschädigung
Allgemein	
	<ul style="list-style-type: none"> – psychovegetative Erschöpfung – Minderung der muskulären Kraft – reaktive Depression und Anpassungsstörung an die maligne Erkrankung
Chirurgie	
Mammakarzinom	<ul style="list-style-type: none"> – Bewegungsstörung im Schulter-Arm-Bereich – Armlymphödem
Gastrointestinaltrakt	<ul style="list-style-type: none"> – Postgastrektomiesyndrom – Dumpingsyndrom – Malassimilation – imperativer Stuhltrieb – Stuhlinkontinenz – Kolo-, Ileostomaanlage
urologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> – Belastungsharninkontinenz – Urostoma, Neoblase, kontinenter Pouch
Bronchialkarzinom	<ul style="list-style-type: none"> – Lungenfunktionsstörung – Bewegungsstörung des Thorax und der Arme
Strahlentherapie	
	<ul style="list-style-type: none"> – Bewegungsstörung der bestrahlten Region – Fibrosierung und Narbenbildung – Verstärkung eines Lymphödems – Urgeinkontinenz – Stuhlinkontinenz
medikamentöse Tumorthherapie	
	<ul style="list-style-type: none"> – chronische Erschöpfung – periphere Polyneuropathie – kognitive Dysfunktion – Hormonentzugssyndrom – Hautveränderungen – kardiale Dysfunktion

schen Ländern, Dänemark und den Niederlanden hauptsächlich die ambulante Rehabilitation in Form einer längerfristigen Betreuung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam angewendet (33, 39). In den USA haben sich ebenfalls ambulante Rehabilitationseinrichtungen mit einem kleinen stationären Anteil insbesondere an den nationalen Tumorzentren entwickelt (40). Im Rahmen einer nordamerikanischen Analyse von 427 Patienten, die im M. D. Anderson Cancer Center rehabilitativ versorgt wurden, betrug die mittlere stationäre Verweildauer 11 Tage, und 76 % der Patienten konnten in die ambulante Rehabilitation entlassen werden (e1). In einer nordamerikanischen und drei deutschen nichtkontrollierten Studien konnten positive Effekte der stationären onkologischen Rehabilitation im Hinblick auf die allgemeine Lebensqualität nachgewiesen werden (e2–e5). Des Weiteren konnte mittels einer Fragebogenerfassung zur Selbsteinschätzung bei 883 Tumorpatienten eine signifikante Verbesserung des somatischen und des psychischen Status ermittelt werden, wohingegen der funktionale Status unverändert blieb (39).



Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation (34)

Bereits ab 4 Monaten längerer Teilhabe am Erwerbsleben, bzw. Verzögerung einer Frühberentung, amortisieren sich die Kosten der medizinischen Rehabilitation aufgrund eingesparter Erwerbsminderungsrenten (EM-Rente) und eingenommener Beiträge. Fiktive Modellrechnung auf der Datenbasis der Rehabilitanden aus dem Jahr 2010. EM, Erwerbsminderung

Ein weitgehend evidenzgesicherter Bereich mit erheblicher Relevanz für die onkologische Rehabilitation ist die Bewegungstherapie. Im Rahmen eines systematischen Reviews von randomisierten Studien konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer kontrollierten leistungsadaptierten körperlichen Aktivität nach einer Chemotherapie die kardiopulmonale Fitness und die Leistungsfähigkeit der Patienten signifikant verbessern kann (e6). Darüber hinaus konnte für Patienten mit kolorektalen und Prostatakarzinomen sowie Brustkrebs nachgewiesen werden, dass durch ein bewegungstherapeutisches Programm die tumorspezifische Mortalität gesenkt wird (e7–e9).

Aufgrund der positiven Korrelation zwischen Ernährungsverhalten und Rezidivrisiko, nimmt dieser Bereich eine besondere Stellung im Rahmen der edukativen Komponente der onkologischen Rehabilitation ein. Sowohl für Patienten mit Kolonkarzinom als auch für Patientinnen mit Mammakarzinom liegen Kohortenstudien vor, die darauf hinweisen, dass eine Ernährungsform reich an tierischen Fetten das Rezidivrisiko signifikant erhöht (e10, e11).

Für den Einsatz von physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb der onkologischen Rehabilitation finden sich in der Literatur ebenfalls keine randomisierten Studien, so dass die Evidenz diesbezüglich niedrig ist. Allerdings können nichtkontrollierte Studien herangezogen werden, die eine Verbesserung der Atemfunktion nach Lungenoperation oder die Optimierung der Schulterbeweglichkeit nach Brustoperationen beziehungsweise „neck dissection“ beschreiben (e12–e15).

Ebenfalls findet sich nur eine eingeschränkte Evidenz für die Durchführung von psychoonkologischen Therapieverfahren. In zwei Beobachtungsstudien konnte eine Verminderung von Angstgefühlen und Depressivität sowohl unmittelbar nach der onkologischen Rehabilitation als auch sechs Monate später gezeigt werden (e16, e17). Eine wesentliche Grundlage für die psychoonkologische Behandlung einer Depression während der Rehabilitation ist, dass sich in einer Metaanalyse ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Depression, Tumorprogression und Mortalität fand (e18).

In Anbetracht der genannten Datenlage umfassen die Inhalte der onkologischen Rehabilitation in Deutschland heutzutage im Wesentlichen ein Schulungsprogramm zum Umgang mit den Tumor- und/oder Therapiefolgen sowie zur Änderung von prognostisch ungünstigen Lebensweisen (zum Beispiel Nikotin- und Alkoholkonsum wenig körperliche Aktivität, fettreiche Ernährung, psychische Belastung). Diesen Aspekten sind die aktiven Therapieelemente zum sequenziellen Aufbau der körperlichen Funktionalität beigeordnet (e19). Im Rahmen der medizinischen beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) kommen bei Patienten im erwerbsfähigen Alter die sozialmedizinische Beratung – unter Verwendung beispielsweise des diagnostischen Instruments „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)“ – und ein strukturiertes berufsorientiertes Trainingsprogramm hinzu (e20).

Instrumente zur beruflichen Rehabilitation

Wo mit den Mitteln der onkologischen Rehabilitation der angestrebte Erfolg nicht vollständig erreicht werden kann, kommen weitere Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in Betracht. Die LTA lassen sich einteilen in

- finanzielle Leistungen an den Arbeitgeber
- Hilfe für den Umbau eines Fahrzeugs (zum Beispiel Einstieghilfen, Automatikgetriebe, Lenkradschaltung)
- Leistungen zur beruflichen Bildung und Berufsvorbereitung
- Maßnahmen zur Erhaltung beziehungsweise Erlangung eines Arbeitsplatzes.

Im Jahr 2010 entfielen 40 % aller LTA auf Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, während Leistungen zur beruflichen Bildung einen Anteil von 22 % aufwiesen. Sechs Jahre zuvor war das Verhältnis noch 24 % zu 30 %, was zeigt, dass die DRV zunehmend das Ziel verfolgt, mit den Instrumenten der beruflichen Rehabilitation vorhandene Arbeitsplätze zu erhalten (e21).

Stufenweise Wiedereingliederung

Ein schon lange und gut etabliertes Instrument ist die stufenweise Wiedereingliederung (STW) (e22). Sie dient dazu, arbeitsunfähige Patienten nach längerer schwerer Erkrankung schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung an ihrem bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen und zu integrieren.

Im Rahmen der onkologischen Rehabilitation ist eine Information der Patienten, die noch über einen Arbeitsplatz verfügen und diesen aus medizinischen Gründen auch in absehbarer Zeit wieder wahrnehmen können, über die Möglichkeit der STW wichtig. Berücksichtigt man nur diese Patienten, folgen laut den Ergebnissen einer Versichertenbefragung insgesamt 86 % der Versicherten den Empfehlungen zur STW. Mit der begründeten Indikationsstellung für eine STW werden im Wesentlichen die Patienten erreicht, die selbst auch den Wunsch auf eine STW äußern.

Darüber hinaus spielt die Haltung des Arbeitgebers zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit eine wichtige Rolle. Unterstützt der Arbeitgeber diese, steigt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Inanspruchnahme deutlich an. Als Gründe, eine empfohlene STW nicht in Anspruch zu nehmen, nennen die Patienten vor allem

- gesundheitliche Ursachen
- eine fehlende Eigenmotivation
- arbeitsorganisatorische Hemmnisse (zum Beispiel lange Anfahrten zur Arbeitsstelle) und
- fehlende Befürwortung der STW durch den Arbeitgeber (e22, e23).

Daten aus kontrollierten randomisierten Studien liegen zur STW allerdings nicht vor.

Resümee

Nach aktuellem Stand der Literatur kann postuliert werden, dass mehr als die Hälfte aller Patienten mit Brustkrebs in Deutschland nach einer onkologischen Erkrankung wieder ins Erwerbsleben zurückkehren. Dieser Anteil fällt im internationalen Vergleich eher gering aus. Dies ist am ehesten dadurch bedingt, dass im Fall einer Arbeitsunfähigkeit eine gute finanzielle Absicherung in Deutschland existiert.

Ob die berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann, in welchem Umfang und in welcher Art und Weise, hängt von zahlreichen krankheits- und therapiebedingten Faktoren ab. Aber auch das Engagement des Arbeitgebers zur Nutzung von Maßnahmen zur Reintegration sowie die persönliche Motivation des Patienten im Hinblick auf eine weitere Erwerbstätigkeit spielen eine wichtige Rolle.

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation könnten eine Bedeutung für die Reintegration ins Erwerbsleben haben. Diese Annahme ist derzeit allerdings nach wie vor nicht durch qualitativ hochwertige Studien gesichert. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die bereits während einer onkologischen Rehabilitation eingeleitet werden sollten, können weitere sinnvolle Elemente zur beruflichen Wiedereingliederung darstellen. Auch hierzu liegen keine belastbaren evidenzbasierten Daten vor. Den Autoren erscheint es daher geboten, die bestehende rehabilitative Versorgung zur Teilhabe am Sozial- und Erwerbsleben intensiver wissenschaftlich zu evaluieren, durch prospektive randomisierte Studien zur Wirksamkeit zu untermauern und weitere edukative und psychosoziale Versorgungsangebote im Anschluss an eine onkologische Rehabilitation zu etablieren.

KERNAUSSAGEN

- Nach einer Krebserkrankung nehmen in Deutschland mehr als die Hälfte der Patienten wieder eine berufliche Tätigkeit auf.
- Der Anteil der Patienten, die ins Erwerbsleben reintegriert werden, ist im internationalen Vergleich in Deutschland deutlich niedriger.
- Die Teilhabe am Erwerbsleben wird durch krankheits- und therapiebedingte sowie durch individuelle Faktoren bedingt und könnte durch Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation beeinflusst werden.
- Die onkologische Rehabilitation könnte eine Verbesserung der Teilhabe am Sozial- und Erwerbsleben erreichen.
- Die wissenschaftliche Evaluierung der onkologischen Rehabilitation sowie die Leistungen zur Teilhabe und deren Weiterentwicklungen müssen intensiviert werden.

Interessenkonflikt

Dr. Korsukewitz war und Dr. Seifart ist Angestellter der Deutschen Rentenversicherung, die den Hauptkostenträger der onkologischen Rehabilitation darstellt.

Die Autoren sind Angestellte von Rehabilitationseinrichtungen.

Manuskriptdaten

eingereicht: 9.3.2012, revidierte Fassung angenommen: 30.7.2012

LITERATUR

1. Robert-Koch-Institut, Deutschland GEKID: Krebs in Deutschland 2007–2008. Häufigkeiten und Trends. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 8th revised edition 2012.
2. de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH: Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009; 301: 753–62.
3. Mehnert A: Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011; 77: 109–30.
4. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh DY, Nam SJ, Lee ES, Yun YH: Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat* 2009; 116: 609–16.
5. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z: Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24: 345–53.
6. Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L: Not working 3 years after breast cancer: predictors in a population-based study. *J Clin Oncol* 2005; 23: 8305–12.
7. Syse A, Tretli S, Kravdal Ø: Cancer's impact on employment and earnings—a population-based study from Norway. *J Cancer Surviv* 2008; 2: 149–58.
8. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bültmann U: Return to work after cancer diagnosed in 2002, 2005 and 2008. *J Occup Rehabil* 2011; 21: 335–41.
9. Mehnert A, Koch U: Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation—a prospective study. *Scand J Work Environ Health* 2012; online-first-article; doi: 10.5271/sjweh.3291.
10. Peugniez C, Fantoni S, Leroyer A, Skrzypczak J, Duprey M, Bonnetterre J: Return to work after treatment for breast cancer: single center experience in a cohort of 273 patients. *Ann Oncol* 2010; 21: 2124–5.


11. Amir Z, Moran T, Walsh L, Iddenden R, Luker K: Return to paid work after cancer: A British experience. *Cancer Surviv* 2007; 1: 129–36.
12. Schultz PN, Beck ML, Stava C, Sellin RV: Cancer survivors work related issues. *AAOHN J* 2002; 50: 220–6.
13. Taskila-Brandt T, Martikainen R, Virtanen SV, Pukkala E, Hietanen P, Lindbohm ML: The impact of education and occupation on the employment status of cancer survivors. *Eur J Cancer* 2004; 40: 2488–93.
14. Pryce J, Munir F, Haslam C: Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 2007; 17: 83–92.
15. Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M: Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60: 352–7.
16. Johansson A, Fornander T, Olsson M, Nystedt M, Johansson H, Rutqvist LE: Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta Oncol* 2007; 46: 90–6.
17. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z: Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24: 345–53.
18. Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A: Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 49–58.
19. Lee MK, Lee KM, Bae JM, Kim S, Kim YW, Ryu KW, Lee JH, Noh JH, Sohn TS, Hong SK, Yun YH: Employment status and work-related difficulties in stomach cancer survivors compared with the general population. *Br J Cancer* 2008; 98: 708–15.
20. Carlsen K, Dalton SO, Diderichsen F, Johansen C: Danish Cohort Study. Risk for unemployment of cancer survivors: a Danish cohort study. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1866–74.
21. Chan F, Strauser D, da Silva Cardoso E, Xi Zheng L, Chan JY, Feuerstein M: State vocational services and employment in cancer survivors. *J Cancer Surviv* 2008; 2: 169–78.
22. Park JH, Park EC, Park JH, Kim SG, Lee SY: Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: a nationwide retrospective cohort study. *J Clin Oncol* 2008; 26: 1302–9.
23. de Boer AG, Verbeek JH, Spelten ER, Uitterhoeve AL, Ansink AC, de Reijke TM, et al.: Work ability and return-to-work in cancer patients. *Br J Cancer* 2008; 98: 1342–7.
24. Taskila T, Martikainen R, Hietanen P, Lindbohm ML: Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. *Eur J Cancer* 2007; 43: 914–20.
25. Taskila T, Lindbohm ML, Martikainen R, Lehto US, Hakanen J, Hietanen P: Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. *Support Care Cancer* 2006; 14: 427–35.
26. Nieuwenhuijsen K, Bos-Randsdorp B, Uitterhoeve LL, Sprangers MA, Verbeek JH: Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: a pilot study. *J Occup Rehabil* 2006; 16: 647–57.
27. Böttcher HM, Steimann M, Koch U, Bergelt C: Rückkehr zur Arbeit – Erfahrungen und Erwartungen von Patientinnen und Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2012; 51; 31–8.
28. Torp S, Nielsen RA, Gudbergsson SB, Dahl AA: Worksites adjustments and work ability among employed cancer survivors. *Support Care Cancer* 2012; 20: 2149–56.
29. Short PF, Vasey JJ, Tuncelli K: Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer* 2005; 103: 1292–301.
30. Lauzier S, Maunsell E, Drolet M, Coyle D, Hébert-Croteau N, Brisson J, et al.: Wage losses in the year after breast cancer: extent and determinants among Canadian women. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 321–32.
31. Gerdes N, Zwingmann C, Jäckel WH: The system of rehabilitation in Germany. In: *Research in rehabilitation. Results from a research network in southwest Germany*. Stuttgart: Schattauer Verlag 2006; 3–19.
32. Bengel J, Herwig JE, Koch U: Research in rehabilitation in Germany. In: *Research in rehabilitation. Results from a research network in southwest Germany*. Stuttgart: Schattauer Verlag 2006; 20–7.
33. Hellbom M, Bergelt C, Bergenmar M, Gijsen B, Loge JH, Rautalahti M, Smaradottir A, Johansen C: Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. *Acta Oncol* 2011; 50: 179–86.
34. DRV Bund (eds.): *Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik 2012*.
35. Widera T: Workshop „Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung“ am 25. November bei der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd in München. *RVaktuell* 2009; 56: 98–9.
36. Müller D, Mehnert A, Gärtner U, et al.: Identifikation von Angst, Depression und Progredienzangst bei onkologischen Rehabilitanden. *Psychother Psych Med* 2005; 55; P_088.
37. Teichmann J: Hämatologische Krankheitsbilder und onkologische Grundprinzipien bei Malignomen. In: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe*. Köln; Deutscher Ärzte-Verlag 2005; 410–32.
38. Thies S, Leibbrand B, Barth J, et al.: Individuelle Rehabilitationsziele und Rehabilitationsmotivation in der onkologischen Rehabilitation. *Phys Rehab Kur Med* 2008; 18; 318–23.
39. Teichmann JV: Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. *Rehabilitation* 2002; 41: 53–63.
40. Yadav R: Rehabilitation of surgical cancer patient at university of texas M. D. Anderson Cancer Center. *J Surg Oncol* 2007; 95: 361–9.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Oliver Rick
 Klinik Reinhardshöhe
 Quellenstraße 8–12
 34537 Bad Wildungen
 oliver.rick@klinik-reinhardshoehe.de

Zitierweise

Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U: Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(42): 702–8. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0702

 Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/lit4212

The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt-international.de

ÜBERSICHTSARBEIT

Reintegration von Krebspatienten ins Erwerbsleben

Oliver Rick, Eva-Maria Kalusche, Timm Dauelsberg, Volker König, Christiane Korsukéwitz, Ulf Seifart

eLITERATUR

- e1. Shin KY, Guo Y, Konzen B, Fu J, Yadav R, Bruera E: Inpatient cancer rehabilitation: the experience of a national comprehensive cancer center. *J Phys Med Rehabil* 2011; 90: 63–8.
- e2. Hartmann U, Ring C, Reuss-Brost MA: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen durch stationäre Rehabilitation. *Med Klin* 2004; 99: 422–9.
- e3. Hartmann U, Muche R, Reuss-Borst M: Effects of a step-by-step inpatient rehabilitation programme on quality of life in breast cancer patients. A prospective randomized study. *S Karger* 2007; 30: 177–82.
- e4. Singer S, Schulte T: Lebensqualität von älteren Tumorpatienten – Bedarf an und Nutzung von Anschlussheilbehandlungen. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: 121–6.
- e5. Strauss-Blasche G, Gnad E, Ekmekcioglu C, Hladschik B, Markt W: Combined inpatient rehabilitation and spa therapy for breast cancer patients: effects on quality of life and CA 15–3. *Cancer Nurs* 2005; 28: 390–8.
- e6. Knols R, Aaronson NK, Uebelhart D, Fransen J, Aufdemkampe G: Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled clinical trials. *J Clin Oncol* 2005; 23: 3830–42.
- e7. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA: Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005; 293: 2479–86.
- e8. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, Chan JM: Physical Activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follows-up study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 726–32.
- e9. Meyerhardt JA, Heseltine D, Niedzwiecki D, Hollis D, Saltz LB, Mayer RJ, Thomas J, Nelson H, Whittom R, Hantel A, Schilsky RL, Fuchs CS: Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24: 3535–41.
- e10. Meyerhardt JA, Niedzwiecki D, Hollis D, Saltz LB, Hu FB, Mayer RJ, Nelson H, Whittom R, Hantel A, Thomas J, Fuchs CS: Association of dietary patterns with cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer. *JAMA* 2007; 298: 754–64.
- e11. Gold EB, Pierce JP, Natarajan L, Stefanick ML, Laughlin GA, Caan BJ, Flatt SW, Emond JA, Saquib N, Madlensky L, Kealey S, Waserman L, Thomson CA, Rock CL, Parker BA, Karanja N, Jones V, Hajek RA, Pu M, Mortimer JE: Dietary pattern influences breast cancer prognosis in women without hot flashes: the women's healthy eating and living trial. *J Clin Oncol* 2009; 27: 352–9.
- e12. Lauchlan DT, McCaul JA, McCarron T: Neck dissection and the clinical appearance of post-operative shoulder disability: the post-operative role of physiotherapy. *Eur J Cancer Care* 2008; 17: 542–8.
- e13. Scaffidi M, Vulpiani MC, Vetrano M, Conforti F, Marchetti MR, Bonifacion A, Marchetti P, Saraceni VM, Ferretti A: Early rehabilitation reduces the onset of complications in the upper limb following breast cancer surgery. *Eur J Phys Rehabil Med* 2012 (Epub ahead of print).
- e14. Cesario A, Ferri L, Geletta D, Bonassi S, Cline E, Biscione G, Cardaci V, di Toro S, Zarzana A, Margaritora S, Piraino A, Russo P, Sterzi S, Granone P: Post-operative respiratory rehabilitation after lung resection for non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2007; 57: 175–80.
- e15. Schultz K, Bergmann KC, Kenn K, Petro W, Heitmann RH, Fischer R, Lang SM: Effektivitäten der pneumologischen Anschluss-Rehabilitation (AHB) – Ergebnisse einer multizentrischen prospektiven Beobachtungsstudie. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: 1793–8.
- e16. Kramer R, Meißner B, Schultze-Berndt A, Franz IW: Verlaufsstudie psychologischer Effekte in der stationären Rehabilitation (VESPER-Studie). *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128: 1470–4.
- e17. Hartmann U, Kluge A, Ring C, Reuss-Borst M: Verbesserung der Angst und Depression bei Brustkrebspatientinnen während stationärer onkologischer Rehabilitation – Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Rehabilitation* 2006; 45: 88–94.
- e18. Satin JR, Linden W, Phillips MJ: Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer* 2009; 115: 5349–61.
- e19. Rau J, Teichmann J, Petermann F: Motivation zu sportlicher Aktivität bei onkologischen Patienten nach der Rehabilitationsmaßnahme – Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsstudie. *Psychother Psych Med* 2009; 59: 300–6.
- e20. Schaarschmidt U, Fischer AW: 2003, Frankfurt a. M.: Verlag Swets und Zeitlinger.
- e21. Erbstöber S, Verhorst H, Lindow B, Klosterhuis H: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung – ein Überblick. *RVaktuell* 2008; 11: 343–50.
- e22. Bürger W, Glaser-Möller N, Kulick B, Pallenberg C, Stapel M: Stepwise occupational reintegration under the German pension insurance scheme-results of comprehensive routine data analyses and participants surveys. *Rehabilitation* 2011; 50: 74–85.
- e23. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (eds.): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Würzburg: Böhler Verlag GmbH 2004.