

ASO

Arbeitsgemeinschaft
Soziale Arbeit in der
Onkologie

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

Bericht der Ergebnisse
einer im Jahr 2020 – im Rahmen einer Masterarbeit – durchgeführten
Befragung onkologischer Patient*innen
gefördert durch die Sektion B der DKG e.V.:

Berufstätige Tumorpatient*innen – Hürden und Belastungen beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz

Vorbemerkung

Teil I:

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse
(Andrea Janßen/Sabine Schneider 2023)

Teil II:

Gekürzte Version der Masterarbeit: „Am Leben teilhaben“
Detaillierte Darstellung der standardisierten Befragung von Krebspatient*innen
(Jacqueline Fahrner/Jelena Koppenhöfer 2020)

Esslingen

2023

 **HOCHSCHULE
ESSLINGEN**

Vorbemerkung

Das Thema „Arbeit“ bzw. die „Rückkehr an den Arbeitsplatz“ (return to work) von onkologisch erkrankten Menschen rückte in den letzten Jahren zunehmend in den Blickpunkt von Fachkräften Sozialer Arbeit, die in der Beratung von Krebspatient*innen und ihren Angehörigen tätig sind. Da allerdings noch wenig empirische Daten zu psychosozialen Unterstützungsbedarfen der Patient*innen im Prozess einer Rückkehr oder eines Verbleibs in Erwerbsarbeit vorliegen, erhielt die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der DKG e.V. (ASO) zur Durchführung einer standardisierten Befragung von Patient*innen eine finanzielle Unterstützung im Rahmen einer Projektfinanzierung der Sektion B der DKG e.V.

Das 2020 von der ASO initiierte Forschungsprojekt „Berufstätige Tumorpatient*innen – Hürden und Belastungen beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz“ hatte zum Ziel, die berufliche und finanzielle Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung im erwerbsfähigen Alter zu erfassen, sowie die Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe in berufsbezogenen Kontexten zu ermitteln.

Durch bereits vorhandene empirische Vorarbeiten im Rahmen eines Evaluationsprojektes am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg (Janßen/Schneider 2019) und durch die Zusage der Kooperation von unterschiedlichen Selbsthilfegruppen konnte eine größer angelegte Befragungsstudie im Rahmen einer gemeinschaftlich angelegten Masterarbeit – von Jacqueline Fahrner und Jelena Koppenhöfer, Studierende im Masterstudiengang Soziale Arbeit an der Hochschule Esslingen – durchgeführt werden (bzw. schien die Durchführung im Rahmen einer studentischen Qualifikationsarbeit realistisch, was sich insbesondere angesichts der begrenzten finanziellen Mittel begründete). Die Leitungen des ASO-Projektes Andrea Janßen (Professorin für Soziologie an der Hochschule Esslingen) und Sabine Schneider (Professorin für Soziale Arbeit an der Hochschule Esslingen) waren zugleich die Betreuenden der Masterarbeit.

Die für das Jahr 2020 geplante Erhebung war wie so viele Projekte in Wissenschaft und Praxis durch die Maßnahmen in Folge der Corona-Pandemie geprägt und belastet.

So waren nicht nur der Kontaktaufnahme und dem kollegialen Austausch mit Kooperationspartner*innen (als wichtige Multiplikator*innen für die Befragung) Grenzen gesetzt, es zeigte sich, dass es weitaus schwieriger war als zunächst angenommen, die angedachte bzw. von den Selbsthilfegruppen prognostizierte Anzahl an Patient*innen (Zielgröße 500) für die Befragung zu erreichen. In den Befragungsergebnissen hat sich unsere diesbezügliche Hypothese erhärtet, dass nämlich die Patient*innen durch die Herausforderungen im Kontext der Pandemie mit so vielen Unsicherheiten und Belastungen konfrontiert waren, dass die Teilnahme an einer freiwilligen Befragung nur bei wenigen Priorität erlangte. Zudem kann die Erstdiagnose (sowie die Rückkehr in Erwerbsarbeit) bei den Mitgliedern der beteiligten Selbsthilfegruppen zeitlich länger zurückliegen (im Gegensatz zur Erstbefragung am NCT, bei der sich die Befragten in einer akuten Krankheits- bzw. Behandlungsphase befanden). Auch dies könnte dazu geführt haben, dass die Umfrage weniger Resonanz als erwartet erfahren hat.

Die Intention, sämtliche relevanten Personengruppen bzw. „Rückkehr- und Verbleibskonstellationen“ (Selbstständige, Auszubildende, Menschen in Erwerbsminderungsrente) für die genannten Fragestellungen (Hürden, Belastungen und Unterstützungsbedarfe bei der Rückkehr bzw. dem Verbleib am Arbeitsplatz) in angemessener, somit auswertbarer Anzahl zu erfassen, ist damit leider nicht gelungen. Grundlage des Berichts ist deshalb die Auswertung von insbesondere drei „Personengruppen“ (Verbliebene, Rückgekehrte, Rückkehr-planer*innen).

Auch die geplante ausführlichere Veröffentlichung der Ergebnisse musste, aufgrund der veränderten Arbeitsbelastungen, verschoben werden – erste komprimierte Ergebnisse konnten 2021 publiziert werden (vgl. Janßen/Schneider/Stäudle/Walther 2021). Nachdem im Jahr 2022 zentrale Ergebnisse der Befragung den Mitgliedern der ASO sowie einer breiteren Zuhörerschaft auf dem Deutschen Krebskongress in Berlin vorgestellt wurden, wollen wir nun mit der Veröffentlichung dieses Berichtes die detaillierteren Auswertungen einer breiteren Leserschaft zugänglich machen. Trotz der genannten Einschränkungen konnten viele interessante Aspekte herausgearbeitet werden, die ein besseres Verständnis der multiplen und komplexen Problemlagen ermöglichen, mit denen Tumorpatient*innen auf dem Arbeitsmarkt und insbesondere bei einer krankheitsbedingten Auszeit und Rückkehr in Erwerbsarbeit konfrontiert werden.

Der folgende Bericht besteht aus zwei Teilen: in einem ersten Teil werden wesentliche Ergebnisse von Andrea Janßen und Sabine Schneider zusammengefasst; der zweite Teil stellt eine gekürzte Version der bereits erwähnten Masterarbeit von Jacqueline Fahrner und Jelena Koppenhöfer dar.

Wir möchten uns auch an dieser Stelle nochmals bei allen Menschen herzlich bedanken, die uns bei der Durchführung unterstützt haben, allen voran

- den Patient*innen, die sich Zeit genommen und uns Einblicke in ihre teils komplexen Bewältigungsprozesse gegeben haben;
- den beteiligten Selbsthilfegruppen und Arbeitsgemeinschaften, die uns Zugänge zu Betroffenen ermöglicht haben: Haus der Krebselbsthilfe – Bundesverband e.V. (HKSH-BV); Leben nach Krebs e.V.; Deutsche Stiftung junge Erwachsene mit Krebs; Arbeitsgemeinschaft PRIO der DKG e.V.; Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante Krebsberatungsstellen BAK e.V.;
- der Sektion B der DKG e.V. für die finanzielle Förderung sowie
- der ASO für die Initiative und fachliche Begleitung.

Neben vielfältigen Erkenntnissen hoffen wir, dass die Ergebnisse Impulse zur Verbesserung der Unterstützung von Krebspatient*innen bei ihren teils herausfordernden Wegen zurück in Erwerbsarbeit geben können.

Esslingen, im Sommer 2023

Andrea Janßen
Jacqueline Fahrner
Jelena Koppenhöfer
Sabine Schneider

Teil I:

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Andrea Janßen & Sabine Schneider

Übersicht:

- 1 Forschungsstand & Ziele des Projektes
- 2 Aspekte des Forschungsdesigns
- 3 Deskription der erreichten Stichprobe
 - 3.1 Soziodemografie
 - 3.2 Angaben zur Erkrankung, Behandlung und Rehabilitation
- 4 Herausforderungen, Belastungen und Unterstützungsbedarfe
- 5 Lebenslagen und Erwerbstypen
- 6 Fazit & offene Fragen

1 Forschungsstand & Ziele des Projektes

Forschungsstand

Pro Jahr erkranken ca. 500.000 Menschen an Krebs – von diesen erhalten etwa 40 bis 50 % ihre Diagnose im erwerbsfähigen Alter (Arndt u.a. 2020), etwa 16.500 davon sind junge Erwachsene zwischen 18 und 39 Jahren (Leuteritz u.a. 2020). Rund 305.000 Menschen mit einer Krebserkrankung haben das 65 Lebensjahr überschritten (Freund u.a. 2019). Dank verbesserter Behandlungsmethoden und höherer Überlebensraten wächst die Zahl derer, die trotz oder nach überstandener Krankheit ihren Beruf ausüben oder ihn wiederaufnehmen können (Heidkamp u.a. 2019).

Bei einer insgesamt noch übersichtlichen Datenlage lässt sich in der Tendenz Folgendes festhalten: Der größere Teil der Krebserkrankten im erwerbsfähigen Alter nimmt die Berufstätigkeit wieder auf – Reintegrationsquoten liegen in Deutschland zwischen 60 % und 65 % (Arndt u.a. 2020; Mehnert 2011b). Die internationale Forschung ist bislang zwar noch nicht umfangreich, in ihren Aussagen aber eindeutig: eine Krebserkrankung hat in den meisten Fällen sowohl berufliche als auch finanzielle Verschlechterungen zur Folge. Mehnert (2011a) beschreibt auf Grundlage einer Metastudie, die insgesamt 64 Forschungsarbeiten analysierte, die beruflichen Folgen einer Krebserkrankung wie folgt:

- Über 60% der Krebspatient*innen sind nach 12 Monaten nach der Diagnose (wieder) erwerbstätig (ebd., 122).
- Mehr als 50% der Patient*innen reduzierte den Stundenumfang, wenn auch nicht langfristig (ebd., 124).
- Die Arbeitsfähigkeit der Patient*innen reduzierte sich (ebd., 124).
- Die Arbeitsunfähigkeit ist höher als bei der Kontrollgruppe ohne Erkrankung (ebd., 125ff).
- Für über 50% der Patient*innen bedeutete die Krebserkrankung ein Wechsel in der beruflichen Tätigkeit.
- Menschen mit einer Krebserkrankung haben ein signifikant höheres Risiko arbeitslos zu werden und geringere Chancen eine neue Arbeit zu finden (Mehnert 2011a, 123; Mehnert 2011b, 24). Boer et al. gaben an, dass Krebslangzeitüberlebende 1,37mal häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind als die Kontrollgruppe von Menschen ohne Krebserkrankung (2009, 757)

Die wenigen Studien zur finanziellen Situation von Krebspatient*innen weisen einhellig auf eine Verschlechterung im Zuge der Erkrankung und eine deutliche Unzufriedenheit mit der finanziellen Situation hin (Mehnert 2011a: 124; Smith u.a. 2013: 3; Grinyer 2007: 265; Leuteritz u.a. 2018: 4374; Walther 2010: 30; Geue u.a. 2014: 1377).

Die Begleitforschung des Beratungsprojekts „Im Leben bleiben“ am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg untersuchte neben den Erfolgen der spezifischen Beratung in Bezug auf berufliche und finanzielle Herausforderungen am Anfang einer Krebsbehandlung auch die Problemlagen der Patient*innen. Im Rahmen der Evaluation wurden insgesamt 83 Personen zu zwei Zeitpunkten befragt – im Folgenden einige ausgewählte Ergebnisse:

- Knapp 25 % der befragten Tumorpatient*innen waren mit ihrer beruflichen und 30 % mit ihrer finanziellen Situation nicht zufrieden.
- Zudem schilderten 36 % eine Verschlechterung ihrer finanziellen Lage aufgrund der Krebserkrankung.
- Ein Viertel bis ein Drittel der Befragten berichteten über Probleme und Fragen bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz, was sich auch durch einen klaren Unterstützungs- und Beratungsbedarf äußerte.
- Zudem wurde ersichtlich, dass sich die (psychosozialen) Belastungen der Befragten im Laufe ihrer Krebserkrankung immer mehr potenzierten (Janßen/ Schneider 2019).

Im Hinblick auf die Schwierigkeiten, mit denen sich Krebspatient*innen bei der Rückkehr oder beim Verbleib am Arbeitsplatz konfrontiert sehen, zeigt sich eine deutliche Forschungslücke, ebenso bei Erhebungen zu psychosozialen Unterstützungsbedarfen.

Ziele des Projektes

Da Problematiken, die mit der beruflichen und finanziellen Zukunft zusammenhängen, direkt nach der Diagnose und zu Beginn der Krebsbehandlung nicht im Vordergrund stehen und erst im Lauf der Zeit in ihrer Relevanz zutage treten, erscheint ein Forschungsprojekt notwendig, das einen größeren Kreis von Personen anspricht und nach Belastungen und Unterstützungsbedarfen in unterschiedlichen Phasen der (Wieder-) Eingliederung auf den Arbeitsmarkt fragt. Schließlich unterscheiden sich Rückkehr und Verbleib am Arbeitsplatz, individuelles Belastungserleben, auch die Frage, wie Arbeit im Kontext der eigenen Lebensplanung sowie mögliche Einschränkungen durch die Erkrankung erlebt und bewertet werden, im Einzelfall deutlich. Eine erfolgreiche (Re-)Integration ins Erwerbsleben wird darüber hinaus entscheidend von Tumorstadium, Krankheitsverlauf und Prognose sowie den soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren Alter zum Diagnosezeitpunkt, beruflicher Status und Bildungsgrad beeinflusst (Arndt u.a. 2020).

Das Projekt verfolgte daher mit einer breiter angelegten Befragung das Ziel, differenzierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen,

- wie die entsprechenden Prozesse (Rückkehr oder Verbleib) und Belastungen mit individuellen Lebenslagen und Krankheits- bzw. Behandlungsphasen zusammenhängen,
- welche Hürden und Belastungen sich für welche Personen zeigen und
- welche Unterstützungen sich Patient*innen bei welchen beruflichen (Re-)Integrationsanforderungen wünschen bzw. im Rückblick gewünscht hätten.

Entsprechende Ergebnisse können einerseits zu einem besseren Verständnis der betroffenen Patient*innen beitragen. Andererseits kann gerade im Kontext Sozialer Arbeit überlegt werden, in welchen institutionellen Zusammenhängen (Beratungsstellen, Akut- oder Rehakliniken) welche Angebote der Unterstützung etabliert, intensiviert, angepasst oder ausgebaut werden könn(t)en. Erkenntnisse bezüglich Hürden bzw. einer beruflichen Rückkehr oder einem Verbleib im Beruf – trotz chronischer Erkrankung – sind allerdings auch sozialpolitisch höchst relevant: der Verlust von Erwerbsarbeit birgt für viele Menschen Risiken der Existenzsicherung, aber auch für Arbeitgeber stellt ein Verlust von Mitarbeiter*innen, gerade angesichts des in vielen Bereichen signifikanten Fachkräftemangels, erhebliche Risiken dar. Nicht zuletzt spielt für viele Menschen Arbeit bzw. der von ihnen ausgeübte „Job“ eine wesentliche Rolle beim Erleben von gesellschaftlicher Zugehörigkeit und persönlichem Sinn.

2 Aspekte des Forschungsdesigns

Beim vorliegenden Forschungsprojekt handelt es sich um eine Primärerhebung. Es sollte durch einen vollstandardisierten (online auszufüllenden) Fragebogen ein möglichst repräsentatives Bild über die aktuelle Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung im Hinblick auf deren berufliche (und finanzielle) Situation bzw. die jeweiligen Rückkehrprozesse gewonnen werden. Um ein Abbild der Grundgesamtheit zu erreichen, wurde eine hohe Stichprobe angestrebt.

Zielgruppen und Zugänge

Der Fragebogen richtete sich ausschließlich an Krebserkrankte (nicht Angehörige). Hierbei war nicht relevant, ob die Diagnose erst vor kurzem gestellt wurde oder ob die Erkrankung mittlerweile als medizinisch geheilt galt. Eine weitere Voraussetzung zur Teilnahme stellte eine persönliche Relevanz oder aktuelle Auseinandersetzung mit dem Thema der Erwerbsarbeit, beispielsweise dem Erhalt oder der Wiederaufnahme einer Arbeitsstelle während bzw. nach der Krebserkrankung dar. Somit fielen besonders die Personen in die Zielgruppe der Befragung, die während ihrer Krebserkrankung im erwerbsfähigen Alter sind bzw. waren. Durch diese weite Festlegung konnten auch Menschen an der Befragung teilnehmen, die bereits berentet sind und den Fragebogen rückblickend beantworteten. Hierbei musste beachtet werden, dass die Aktualität der Situation von krebserkrankten Menschen weiterhin gewährleistet ist, weshalb für die Befragung die Altersspanne von 15 bis höchstens 70 Jahre gewählt wurde.

Der Zugang zu Krebspatient*innen wurde hauptsächlich über Selbsthilfegruppen und ambulante Krebsberatungsstellen geschaffen. Die Wahl dieser Zugänge begründete sich mit Erkenntnissen im vorausgegangenen Evaluationsprojekts am NCT, in welchem Tumorpatient*innen während einer Behandlungsphase befragt wurden und daher häufig andere Themen, insbesondere die beginnende Therapie, generelle biographische Perspektiven oder der Austausch über die Erkrankung mit den Angehörigen im Fokus standen („return to work“ daher nicht immer relevant erschien). Auch in Akutkliniken und den Sozialdiensten zeigt sich, dass häufig der Schock über die Diagnose und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und einer anstehenden Behandlung im Vordergrund der Betroffenen steht. Bei einer weit fortgeschrittenen Erkrankung rücken schließlich Themen wie Abschiednehmen und Tod in den Fokus. Da gerade auch im Kontext von Selbsthilfegruppen das Thema „return to work“ erhöhte Aufmerksamkeit erhielt und in ganz unterschiedlicher Weise Sichtbarkeit erlangt (vgl. z.B. die Angebote der Selbsthilfegruppe Leben nach Krebs! e.V.), boten sich Selbsthilfegruppen als Zugang für das vorliegende Forschungsprojekt besonders an, auch aufgrund der Möglichkeit niedrigschwelliger Zugänge zu Betroffenen und der großen Offenheit für Kooperation. Dass entgegen der ursprünglichen Annahme nicht 500 sondern „nur“ 194 Personen an der Umfrage teilnahmen (wovon 193 Fragebögen zur Auswertung verwendet werden konnten) wurde bereits erläutert (s.o.).

Über E-Mailverteiler von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen konnte der Link, der zum Online-Fragebogen führte, verbreitet werden, wurde aber auch durch die vorhandenen Social-Media-Kanäle der Selbsthilfegruppen gestreut. Hierfür wurde ein entsprechender Post durch die Kooperationspartner*innen auf deren Facebook- und Webseiten gestellt. Zudem wurde

der Link in Facebookgruppen gepostet, welche sich mit der Thematik Krebs (und Arbeit) auseinandersetzen. Des Weiteren wurde ein QR-Code erstellt, mithilfe dessen die Umfrage durch Einscannen direkt abgerufen werden konnte. Der Code wurde auch an die Kooperationspartner*innen und verschiedene öffentliche Orte, wie beispielsweise Krankenhäuser oder Arztpraxen verschickt, ausgedruckt und aufgehängt. Dem Befragungslin k war außerdem ein Link zu einem Video beigefügt, welches auf der ASO-Internetseite zu sehen war. In diesem erklärten die Masterstudierenden Jacqueline Fahrner und Jelena Koppenhöfer persönlich das Forschungsprojekt und die Rahmenbedingungen ihrer Masterarbeit. Dies sollte den Befragten mehr Transparenz zu den Hintergründen und Inhalten der Befragung verschaffen, Einblicke in das dahinterstehende das Forschungsteam geben und Wertschätzung gegenüber den Teilnehmenden vermitteln.

Erhebungsinstrument und Differenzierungen

Die zwei Fragebogen-Versionen, die im Rahmen der Evaluation des Beratungsprojektes in Heidelberg von 2017 bis 2018 eingesetzt wurden, dienten als Grundlage für die Fragebogengenerierung im vorliegenden Forschungsprojekt. Durch die erweiterte Zielgruppe war allerdings eine umfangreiche Überarbeitung, Differenzierung und komplexe Filterführung notwendig. Der Fragebogen war wie folgt aufgebaut:

- Im ersten Abschnitt wurden *allgemeine Daten* zur Person, zum Krankheitsverlauf und zur Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Rehabilitation abgefragt (Krankheitsverlauf und Folgebeschwerden durch die Erkrankung).
- Im Anschluss daran hatten Befragungspersonen die Möglichkeit, Angaben zu ihrer *beruflichen Situation vor und nach der Krebsdiagnose* zu machen. Hier ging es vor allem um die Veränderungen der Erwerbstätigkeit, die auf die Krebserkrankung zurückzuführen sind und um die berufsbezogenen Herausforderungen, mit denen sich die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung konfrontiert sehen bzw. gesehen haben (berufliche und ökonomische Veränderungen).
- Darüber hinaus wurde erhoben, welche *Bedeutung Erwerbsarbeit* für die Befragungspersonen hat bzw. hatte.
- Die nächsten Abschnitte des Fragebogens drehten sich zum einen um *die finanzielle Situation*, zum anderen um die Herausforderungen, Sorgen und Belastungen im Alltag der Krebspatient*innen.
- Abschließend wurde der *Wunsch nach Information und Unterstützung* beleuchtet, der bei den Betroffenen hinsichtlich der Bewältigung beruflicher, finanzieller und alltäglicher Themen besteht. Es wurde allerdings auch erhoben, welche Unterstützung die Befragten bereits durch wen erfahren haben.
- Der Fragebogen endete mit einem *offenen Eingabefeld* für weitere Anmerkungen, die den Befragten wichtig erschienen oder die sie zur Befragung zurückmelden wollten.

Eine Besonderheit des Fragebogens stellte die sehr heterogene Befragungsgruppe dar. Menschen verschiedener Ausgangspunkte und in unterschiedlichen momentanen Situationen hatten die Möglichkeit an der Befragung teilzunehmen. So konnte beispielsweise eine Person in Ausbildung bzw. Studium, die vor der Krebsdiagnose noch nie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen ist, sowie eine Person, die bereits viele Jahre Berufserfahrung gesammelt und im Alter von 50 Jahren an Krebs erkrankt und während der Therapie am Arbeitsplatz verblieben ist, an der Umfrage teilnehmen. Die verschiedenen Lebenssituationen verweisen allerdings schon

darauf, dass die jeweiligen Krebspatient*innen mit ganz unterschiedlichen Fragen und Herausforderungen hinsichtlich des Verbleibs, Wieder- bzw. Ersteinstiegs in Arbeit konfrontiert sein können. Zudem war es möglich, dass eine Person den Wiedereinstieg in Arbeit bereits hinter sich hat und eine andere diesen gerade erst plant. Die Befragten sollten somit aus der Retrospektive über ihre Erfahrungen oder über ihre derzeitige Situation berichten können. Das Ziel des Forschungsteams war, dass mit dem standardisierten Erhebungsinstrument alle teilnehmenden Personen ihre individuelle Situation bestmöglichst darstellen können. Dies erforderte ein hohes Bewusstsein für die einzelnen Lebenslagen der Befragungspersonen und eine entsprechende Differenzierung bzw. Filterführung innerhalb des Fragebogens.

Bei der Erstellung des Erhebungsinstrumentes wurden insgesamt sieben „Erwerbstypen“ definiert, anhand derer die unterschiedlichen beruflichen und allgemeinen Lebenssituationen voneinander abgegrenzt bzw. die verschiedenen Konstellationen bei Rückkehr oder Verbleib erfasst werden konnten. Dies ermöglichte eine differenziertere Formulierung der Fragen und einen tieferen Einblick in die jeweiligen Situationen von Krebspatient*innen.

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Konstellationen bezüglich einer geplanten oder nicht geplanten Rückkehr (bzw. Ersteinstieg) in Erwerbsarbeit – im Folgenden als „Erwerbstypen“ bezeichnet:

„Erwerbstyp“	Beschreibung
Ersteingestiegene	- Erstmalige Erwerbstätigkeit nach der Krebsdiagnose
Ersteinstiegsplaner*innen	- Momentane Planung des ersten Einstiegs in den Arbeitsmarkt nach der Krebsdiagnose
Rückkehrplaner*innen	- Momentane Planung des Wiedereinstiegs in Arbeit - Momentan nicht erwerbstätig - Waren vor der Krebsdiagnose bereits erwerbstätig
Verbliebene	- Haben trotz Krebserkrankung weitergearbeitet - Kein Krankengeldbezug
Rückgekehrte	- Haben nach einer krebs- bzw. behandlungsbedingten Abwesenheit vom Arbeitsplatz die Erwerbstätigkeit für mindestens 6 Wochen ausgesetzt - Waren vor und nach der Krebsdiagnose wieder erwerbstätig
Nicht-Ersteinstiegsplaner*innen	- Haben noch nie gearbeitet - Planen oder wünschen aufgrund der Krebserkrankung keinen Einstieg in den Arbeitsmarkt
Nicht-Wiedereinstiegsplaner*innen	- Waren vor der Krebsdiagnose erwerbstätig - Planen oder wünschen aufgrund der Krebserkrankung keinen Wiedereinstieg in Arbeit

Tabelle 1: Erwerbstypen

3. Deskription der erreichten Stichprobe

3.1. Soziodemografie

Die folgenden Angaben geben einen zusammenfassenden Überblick zur erreichten Stichprobe (n = 193):

- *Geschlecht:* An der Befragung haben 141 Frauen und 49 Männer teilgenommen. Keine der befragten Personen gab an, divers zu sein und drei der Befragungspersonen haben kein Geschlecht angegeben. So sind knapp Dreiviertel der befragten Personen weiblich und ein Viertel männlich.
- *Alter der Befragungspersonen:* Das durchschnittliche Alter der befragten Personen beträgt 50,2 Jahre mit einer Standardabweichung von 13,1. Die jüngste Person der Stichprobe ist 22 Jahre alt, die älteste 83 Jahre. Die männlichen Krebspatienten der Stichprobe sind im Durchschnitt 59,5 Jahre alt. Die weiblichen Befragten sind durchschnittlich 46,8 Jahre alt und damit deutlich jünger als die krebserkrankten Männer der Stichprobe. Dies weist auch auf ein früheres Erkrankungsalter von Frauen hin.
- *Familienstand der Befragungspersonen:* Knapp über die Hälfte (52,8 %) der Befragten ist verheiratet oder lebt in einer eingetragenen Partnerschaft. 20,7 % (40 Befragungspersonen) sind ledig, leben aber in einer Partnerschaft. 17,1 % sind alleinstehend. Deutlich weniger Befragte sind verwitwet bzw. haben eine durch einen Todesfall aufgelöste Lebenspartnerschaft (2,6 %) oder sind geschieden (6,7 %).
- *Kinder:* Mehr als die Hälfte (54,9 %) der Befragten hat Kinder. Neben diesen 106 Befragten haben 86 der befragten Personen keine Kinder, das entspricht 44,6 % der Stichprobe. Im Durchschnitt haben die Befragten mit Kindern 2,1 Kinder (Standardabweichung 0,87). In der Stichprobe war die angegebene Mindestanzahl an Kindern ein Kind, die höchste Anzahl vier Kinder.
- *Migrationshintergrund der Befragungspersonen:* Der Großteil der Befragten (89,1 %) hat keinen Migrationshintergrund. Bei lediglich 9,9 % der Befragten sind diese selbst, ein oder beide Elternteile nach Deutschland eingewandert.
- *Höchster Schulabschluss der befragten Personen:* Mehr als die Hälfte (52,3 %) der Proband*innen hat die allgemeine Fachhochschulreife als höchsten Schulabschluss genannt. 18,1 % gaben eine Fachhochschulreife und 24,35 % die Mittlere Reife an. Nur 9 Personen (4,7 %) haben einen Hauptschulabschluss und eine Person (0,5 %) hat keinen Schulabschluss.
- *Berufsabschluss der Befragten (N=192):* 91 Personen gaben in der Befragung als höchsten Bildungsabschluss eine Ausbildung an. Dies entspricht mit 47,4 % fast der Hälfte der Stichprobe. Der mit 43,8 % am zweithäufigsten genannte höchste Bildungsabschluss ist der Hochschul- bzw. Universitätsabschluss. 4,2 % der Befragten haben eine Promotion abgeschlossen und 2,6 % haben (noch) keinen Bildungsabschluss.
- *Erwerbssituation vor der Erkrankung:* Die meisten Befragten hatten mit 71 % zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Zudem waren 8 % der Befragten vor der Krebsdiagnose verbeamtet und 6,8 % als Selbständige*r bzw. Freiberufler*in erwerbstätig. Drei Viertel der Befragten haben zum damaligen Zeitpunkt in einem Stundenumfang von 100 % gearbeitet, während 22,5 % in Teilzeit und 1,7 % in einem 450-Euro-Job erwerbstätig waren.
- *Aktuelle berufliche Situation der Befragten:* 60,6 % der Befragten gaben an, aktuell berufstätig zu sein. Weitere 7,8 % sind derzeit berufstätig, jedoch aktuell aufgrund der

Krebserkrankung krankgeschrieben. 8,8 % der Befragten beziehen eine Altersrente und 8,3 % eine Erwerbsminderungsrente. Eine Person (0,5 %) gab an, gerade in einer Ausbildung zu sein. Vier Personen (2,1 %) gaben an, zu studieren. Jeweils zwei Personen (1 %) waren zum Zeitpunkt der Erhebung für die Betreuung ihrer Kinder zuständig oder pflegten eine*n Angehörig*n. Lediglich acht Personen (4,1 %) gaben an, arbeitslos bzw. arbeitssuchend zu sein.

- *Einkommen der befragten Personen:* Das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen der Befragten beträgt pro Haushalt 3517,82 Euro (nicht äquivalenzgewichtet). Hier ist die Standardabweichung jedoch sehr hoch (2042,56 Euro). Dies bedeutet, dass das Nettohaushaltseinkommen in der Stichprobe weit gestreut bzw. verteilt ist. Das niedrigste Nettohaushaltseinkommen, das genannt wurde, liegt im Bereich 400 bis unter 500 Euro. Das maximale Nettohaushaltseinkommen der Stichprobe liegt im Bereich 7500 Euro und mehr. In Abbildung 9 wird deutlich, dass die Mehrheit der befragten Personen (71,7 %) über ein Nettohaushaltseinkommen von 2250 Euro verfügt.

Einschätzung der Stichprobe

Die soziodemographischen Daten legen nahe, dass die Stichprobe in einigen Punkten als nicht repräsentativ eingeschätzt werden muss: Der Frauenanteil ist hoch, ebenso der Anteil an Personen mit höheren Schul- und Bildungsabschlüssen; der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund dagegen ist sehr gering. Generell zeigt sich bei Beratungsangeboten im Rahmen von Krebsbehandlungen die Schwierigkeit, Personen mit geringeren Bildungsabschlüssen zu erreichen. Bereits bei der Vorstudie am NCT Heidelberg wurde deutlich, dass Erkrankte mit Berufen, die auf belastende körperliche Tätigkeiten hindeuten, seltener selbst Beratungsbedarfe formulieren (obwohl gerade bei diesen beruflichen Tätigkeiten eine Wiedereingliederung vielfältige Fragen aufwerfen kann).

Wie diese Personengruppen zukünftig in Befragungen besser abgebildet und in Beratungsangeboten besser erreicht werden kann, ist eine wesentliche Fragestellung für die Beratung von Krebspatient*innen, die in diesem Kontext aber nicht beantwortet werden kann.

3.2 Angaben zur Erkrankung, Behandlung und Rehabilitation

Die folgenden Angaben geben einen zusammenfassenden Überblick, wie sich die Krankheits- und Behandlungssituation der Personen darstellte, die an der Befragung teilgenommen haben.

Krankheitsdaten

- Die *Krebserkrankung*, die von 28,1 % der Befragten und somit am häufigsten genannt wurde, war Brustkrebs. Als zweithäufigste Erkrankung wurde Harnblasenkrebs mit 12,5 %, gefolgt von Darmkrebs mit 12 % angegeben. Weitere in dieser Stichprobe vielfach vertretene Diagnosen waren unter anderem Lymphome (10,4 %), gynäkologische Tumore (9,4 %) und Prostatakrebs (8,3 %). Unter der Kategorie ‚Sonstiges‘ wurde zusätzlich 7 Mal Schilddrüsenkrebs erwähnt, was insgesamt einen Anteil von 3,6 % ausmacht. Die meisten Befragten hatten jeweils nur eine dieser Krebsdiagnosen. Allerdings wurden bei 8 Personen (4 %) Zweittumore und bei 2 Befragten (1 %) sogar drei unterschiedliche Lokalisationen von Krebs festgestellt.

- Das *durchschnittliche Erkrankungsalter* der Befragungspersonen liegt bei ungefähr 43,4 Jahren, mit einer Standardabweichung von 11,8. In dieser Stichprobe sind Frauen durchschnittlich im Alter von 40,7 Jahren und Männer im Alter von 51,5 Jahren an Krebs erkrankt. Dass die Neuerkrankungsrate bei Brustkrebs in einem deutlich früheren Lebensalter liegt als bei anderen Krebsarten wie beispielsweise Prostatakrebs (ZfKD 2016, 38-42), könnte eine Begründung für den hohen Frauenanteil in dieser Stichprobe sein, insbesondere weil das Thema der Erwerbsarbeit in diesem Lebensabschnitt eine größere Rolle spielt als bei Patient*innen, die zu einem späteren Zeitpunkt bzw. während des Bezugs von Altersrente erkranken.
- Auf die Frage, in welcher Krankheitssituation sich die Befragungspersonen momentan befinden, gaben 25 % an, dass ihre Krebsdiagnose einer Ersterkrankung entspricht. 11 % sind derzeit in Remission, 9 % haben ein Rezidiv und bei 7 % wurden Metastasen festgestellt. Die meisten, also 62 % der Befragten, befinden sich momentan in einer stabilen Phase ohne Krebsbefunde.

Dies lässt darauf schließen, dass die meisten Befragten den Fragebogen aus der *Retrospektive* beantwortet haben und ihre aktuelle Situation eher nicht jener kurz nach der Krebsdiagnose entspricht. Die Daten geben allerdings auch Aufschluss darüber, wie lange sich die Befragungspersonen bereits in diesem Krankheitsstatus befinden. Hier wird ersichtlich, dass die stabile Phase ohne Krebsbefunde bei etwa 83 % der Befragten nicht länger als 10 Jahre andauert. Bei 66 % sind es immer noch höchstens 5 Jahre.

Behandlungen und Rehabilitation

Auf die Frage, welche Behandlungen bei den Befragten aufgrund der Krebserkrankung bereits bzw. momentan durchgeführt wurden bzw. werden, wurde

- am meisten die Operation (85,9 %),
- gefolgt von der Chemotherapie (63,9 %),
- der Bestrahlung (46,1 %),
- der Hormontherapie (26,7 %) und
- der Immun- bzw. Antikörpertherapie (15,1 %) angegeben.
- Einer Blutstammzelltransplantation haben sich nur 8 Personen (4,2 %) unterzogen.

Des Weiteren gaben die meisten Befragten mit einem Anteil von 36,8 % an, insgesamt zwei Behandlungen durchgeführt zu haben. 32,1 % der Befragungspersonen haben sich sogar drei Therapien und 23,3 einer Therapie unterzogen. Die Spannweite der realisierten krebsbedingten Behandlungen erstreckt sich in der vorliegenden Stichprobe von einer bis zu 5 Therapien. Von den Personen, die angaben, krebs- bzw. behandlungsbedingte Beschwerden zu haben (insgesamt 72,6 % der Befragten), weisen 68,4 % darauf hin, dass diese sie auch bei der Ausübung bzw. (Wieder-) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit einschränken. 23,5 % und somit deutlich weniger Befragte, fühlen sich durch die Beschwerden nicht eingeschränkt.

Auf die Frage, ob aufgrund der Krebserkrankung eine Schwerbehinderung besteht, gaben 77,4 % der Befragten ‚ja‘ und 12,6 % ‚nein‘ an. 10 % der befragten Personen waren aufgrund ihrer Krebsdiagnose schwerbehindert, sind es jetzt aber nicht mehr. Der Grad der Behinderung (GdB), der mit 26,7 % und somit am meisten von den Befragungspersonen angegeben wurde, war 50. 21,8 % der Proband*innen haben einen GdB in Höhe von 100. Lediglich 3,6 % der Befragten wurden in einem niedrigeren GdB als 50 eingestuft.

Mehr als drei Viertel der Befragten haben bereits an einer Maßnahme zur Rehabilitation aufgrund der Krebserkrankung teilgenommen. Bei 2,1 % wurde diese zum Zeitpunkt der Befragung geplant und bei 1,6 % konnte sie aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie nicht angetreten werden. 20,2 % haben bisher noch keine Reha-Maßnahme in Anspruch genommen. Das sind hauptsächlich die Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung (wieder) erwerbstätig waren. Auf die Frage, inwieweit die Maßnahme zur Rehabilitation für den Berufseinstieg bzw. die berufliche Orientierung als hilfreich wahrgenommen wurde, antworteten 16 % mit „überhaupt nicht hilfreich“ während 27 % die Reha diesbezüglich als „sehr hilfreich“ bewerteten. Hier zeigte sich also eine sehr ausgewogene Verteilung der Antworten wobei mehr Befragte ihre angetretene Reha-Maßnahme als sehr bzw. eher hilfreich in Bezug auf das Berufsleben bewerteten (knapp 20 % liegen in der Mitte).

In der offenen Frage am Ende des Fragebogens wurden auch Aussagen bezüglich der Reha gemacht – diese sollen im Folgenden knappe Einblicke in die individuellen Erfahrungen ermöglichen und zeigen, inwiefern die Maßnahmen einen wesentlichen Beitrag zur Regeneration leisten konnten:

- *„Ich wollte eigentlich gar keine Reha machen. Rückblickend war sie für mich sehr wichtig, weil ich mich viel schneller nach meinen Operationen und der Chemotherapie erholen konnte! Ich habe sogar nach einem Jahr eine zweite gemacht und würde das auch allen Krebspatienten empfehlen!“*
- *„Unterstützung durch Sozialdienst in Klinik und in der ReHa Einrichtung war sehr hilfreich; Ärzte können oft nicht gut die Situation ihrer Patienten ansprechen, Gesprächsführung häufig schlecht, beim Urologen speziell herrscht Massenabfertigung“*
- *„2006 wurde ich organtransplantiert und war vor der LTX schon in der Reha mit einer super Sozialberatung und bin nach der LTX mit viereinhalb Monaten Wiedereingliederung ins Berufsleben zurückgekehrt. Dies hat mir 2011 und 2014 sehr geholfen. Bei meiner 1. Krebserkrankung 2011 benötigte ich keine Nachbehandlung mit Chemo und Bestrahlung und bin nach der Stomarückverlagerung mit Wiedereingliederung über zwei Monate wieder ins Berufsleben zurückgegangen.“*
- Eine Person schilderte organisatorische Schwierigkeiten bezüglich der Maßnahme zur Rehabilitation, was auf einen bürokratischen Aufwand bei deren Beantragung hinweisen könnte: *„Ich fand die Beantragung der Reha-Maßnahme und die Organisation der Hinfahrt sehr belastend.“*

4. Herausforderungen, Belastungen und Unterstützungsbedarfe

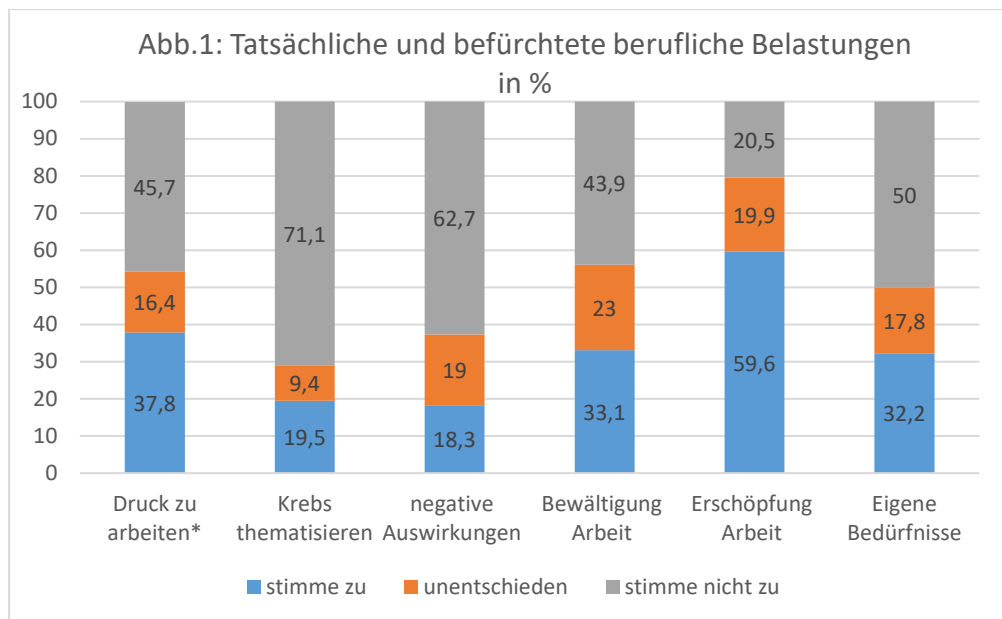
Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse hinsichtlich der von den Befragten angegebenen Belastungen sowie der geäußerten Unterstützungsbedarfe gebündelt (vgl. Janßen u.a. 2021 - in der Masterarbeit finden sich die zugrundeliegenden, allerdings anders aufbereiteten Daten in Kap. 4.8).

Herausforderungen und Belastungen

Obwohl sich die konkreten Situationen, von denen aus die Krebserkrankten ihre berufliche (Re-)Integration beschreiben, stark unterscheiden, gibt die folgende Abbildung (Abb. 1) einen zusammenfassenden Überblick erlebter oder befürchteter Belastungen. Wie bereits bei der

Beschreibung der Stichprobe deutlich wurde, war die Berufstätigkeit der Befragten weniger durch körperliche Anstrengung geprägt (14,4 % gaben an, vor der Krebsdiagnose körperlich anstrengende Arbeit verrichtet zu haben, für 46 % der Befragten traf dies gar nicht zu). Mit großer Übereinstimmung zeigen sich allerdings Belastungen in Bezug auf Leistungs- und Zeitdruck sowie in Bezug auf psychische Belastungen. Jeweils mehr als 30% der Befragten schätzten die zeitlichen, psychischen und leistungsbezogenen Belastungen als hoch ein. Dies zeigt, dass die Arbeitsverhältnisse vor der Erkrankung insgesamt zwar als nicht prekär, aber doch als belastend eingeschätzt werden müssen.

Die Befragten konnten bei den jeweiligen Items auf einer 5-er Skala abstufen, inwiefern sie den vorgegebenen Aussagen* zu erlebten (retrospektiv) oder befürchteten Belastungen (prospektiv, also mit Blick auf einen geplanten beruflichen Wiedereinstieg) zustimmen:



*abgefragte Items:

- sich unter Druck gesetzt fühlen, trotz Krebserkrankung (wieder) zu arbeiten (n=164)
- Unsicherheit bei der Kommunikation der Krebserkrankung am Arbeitsplatz oder im Bewerbungsprozess (n=159)
- (Sorge vor) negative(n) Auswirkungen der Arbeit auf die Krebserkrankung (n=153)
- (Sorge vor) Schwierigkeiten bei der Bewältigung der geforderten Aufgaben aufgrund der Krankheit (n=148)
- (Sorge vor) Erschöpfung durch die Arbeit (n=166)
- (Sorge) nicht für die eigenen Bedürfnisse beim Arbeitgeber eintreten (zu) können (n=152)

Insgesamt zeigt sich zwar einerseits ein jeweils großer Anteil „wenig belasteter“ Betroffener (graue Balkenanteile), andererseits wird aber auch deutlich, dass ein beruflicher Wiedereinstieg und Verbleib mit spezifischen „Sorgen“ verbunden ist (blaue Balkenanteile):

- knapp 38 % fühlten sich unter Druck, trotz Krebserkrankung wieder zu arbeiten und
- ein Drittel der Befragten gibt an, aufgrund krankheitsbedingter Beschwerden, Schwierigkeiten bei der Bewältigung der geforderten Aufgaben oder entsprechende diesbezügliche Sorgen gehabt zu haben.

- Der Aussage „Ich mache mir Sorgen über meine berufliche Zukunft“ wird ebenfalls vielfach zugestimmt, was ein Mittelwert von knapp 2,7 verdeutlicht.
- Überlegt man sich, was den beruflichen Verbleib von Krebserkrankten erschweren könnte, so sind die Zustimmungen zur Aussage „Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Gesundheitszustand wegen meiner Berufstätigkeit verschlechtert“ alarmierend (und erreichen einen Mittelwert von knapp 2,5).

Sorgen bezüglich gesundheitlicher Belastungen durch Erwerbsarbeit werden durch die Corona-Pandemie vielfältig verstärkt: Im Frühjahr 2020 treten bei den meisten Befragten folgende Belastungen deutlich in den Vordergrund:

- Die Aussage: „Die aktuelle Corona-Pandemie macht mir Sorgen in Bezug auf meine Gesundheit“ ist für viele der Befragten zutreffend (mit einem Mittelwert von 3,2 bei einer Skala von 1 bis 5; 5=stimme voll zu).
- Auch der Aussage „Die aktuelle Corona-Pandemie erschwert meine momentane berufliche Situation“ stimmen viele zu, was der Mittelwert von 2,9 unterstreicht.
- Einen ebenfalls hohen Mittelwert von 2,8 erzielt die Aussage: „Ich habe Sorge, mich bei der Arbeit mit einem Infekt anzustecken“.

Dennoch empfinden eben viele der Befragten einen „Druck“ zu arbeiten, was einerseits mit finanziellen Notwendigkeiten andererseits aber auch mit individuellen Einstellungen zusammenhängt.

Hohe Arbeitsbelastung und hoher Arbeitsethos

Erwerbsarbeit ist nicht nur das Mittel, um für den eigenen Lebensunterhalt und ggf. den der Familie zu sorgen, sondern hat zudem einen hohen ideellen und identitätsstiftenden Wert, auch da ihr „eine entscheidende Rolle bei der Zuweisung sozialer Anerkennung“ (Kronauer 2010) zukommt. Auch bei den Befragten der verschiedenen Erwerbstypen (s.u.) geht die Bedeutung der Erwerbsarbeit weit über das rein Ökonomische hinaus: Aussagen zum ideellen und sinnstiftenden Wert von Arbeit (z.B. Arbeiten als Möglichkeit, etwas Sinnvolles zu tun) sowie zum auch instrumentellen Mehrwert von Arbeit (z.B. bessere Zeitstruktur und mehr soziale Kontakte durch die Arbeit, Ermöglichung der Teilhabe an der Gesellschaft) werden durchgängig zugestimmt, der Mittelwertindex über alle 11 Items liegt bei 3,9 bei einer Spanne von 1 (trifft gar nicht zu) und 5 (trifft voll zu). Dieser positiven Bewertung von Arbeit stehen kontrastierend Berichte von hoher Arbeitsbelastung vor der Krebserkrankung gegenüber, die zum großen Teil unverändert bleiben: Jeweils 22-24 % der Rückgekehrten und der Verbliebenen geben an, Zeitdruck, Leistungsdruck und psychische Belastung hätten sich verringert, bei der Mehrzahl sind die Belastungen gleichgeblieben (59-65 %), bei 13-18 % haben sie sich erhöht. Arbeit ist also auch für die befragten Krebserkrankten Ressource und Belastung zugleich.

Verschlechterung der finanziellen Situation

Die Krebserkrankung hat einen deutlichen Effekt auf die finanzielle Situation:

- Bei 48,7% der Befragten hat sich die finanzielle Situation verschlechtert,
- bei 18 % sogar massiv: „Als der Krebs weg war, war ich im Prinzip gesund aber pleite“ beschreibt ein Selbständiger seine finanzielle Situation, nachdem dieser seine gesamten Ersparnisse aufbrauchen musste, um drei Jahre krebisbedingte Erwerbslosigkeit zu überbrücken.

- Andererseits steigen bei 71 % der Befragten durch die Erkrankung die Ausgaben, z.B. für Medikamente, eine spezifische Ernährung oder Fahrtkosten.
- Knapp 28 % geben an, dass diese Mehrkosten für sie ökonomisch belastend sind.

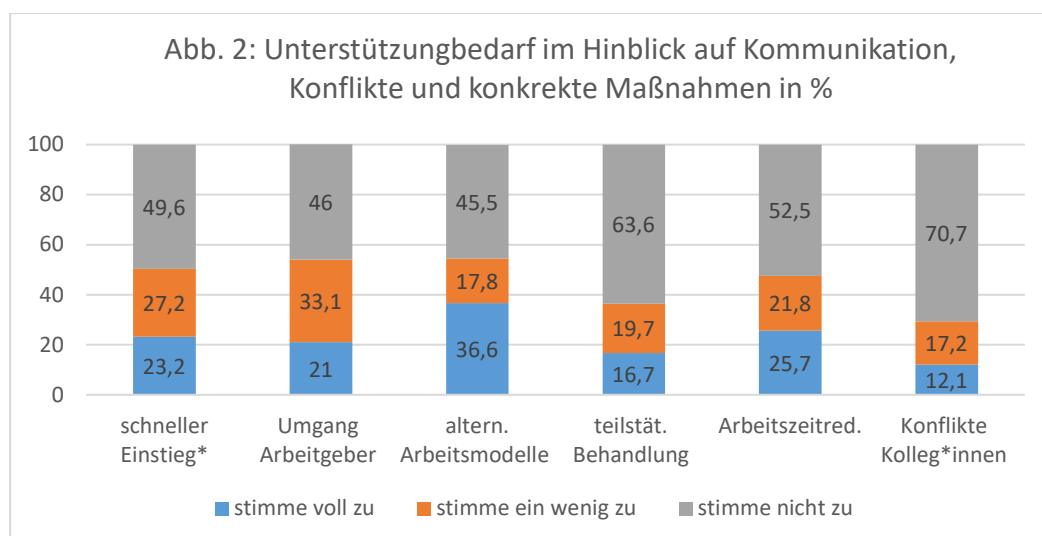
Trotzdem liegt die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation bei den Befragten mit einem Durchschnitt von 4,9 (bei einer Skala von 1 bis 7 mit 7= voll und ganz zufrieden) recht hoch.

Hoher Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Behörden

Ein wesentlicher Teil des Fragebogens bestand in der Erhebung der subjektiven Unterstützungsbedarfe, die die Befragten zum Zeitpunkt der Krebserkrankung gehabt hätten (... „hätte mir Unterstützung gewünscht...“) und zwar zusätzlich zur vielfach erfahrenen Unterstützung von insbesondere Familienangehörigen (81,3 % der Befragten haben diese erlebt) und Freunden (knapp 72 %). Hier zeigt sich ein deutlicher Trend:

- Am häufigsten wurde eine Unterstützung in der Auseinandersetzung mit Behörden wie dem Jobcenter oder der Agentur für Arbeit und Versicherungsträgern wie der Renten- oder der Krankenversicherung eingefordert (volle Zustimmung bei 30 bis 37 % der Befragten): „Wenn man durch die Behandlung und die psychische Belastung der Erkrankung eh bereits geschwächt ist, sind des Weiteren die Papierberge, die einem durch die Krankenkasse und die Rentenversicherung aufgebürdet werden, eine große Belastung“, ergänzt ein Befragter. Bei diesen Herausforderungen scheint also auch das private Unterstützungsnetz nicht ausreichend zu sein.
- Ähnlich hoch mit 37 % liegt der Wert bei der Unterstützung in der Durchsetzung von Homeoffice und anderen alternativen Arbeitsmodellen.
- Ein mittlerer Bedarf wird allgemein im Bereich der Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber genannt und am wenigsten Unterstützung wird in der Kommunikation mit den Kolleg*innen oder Angehörigen eingefordert.

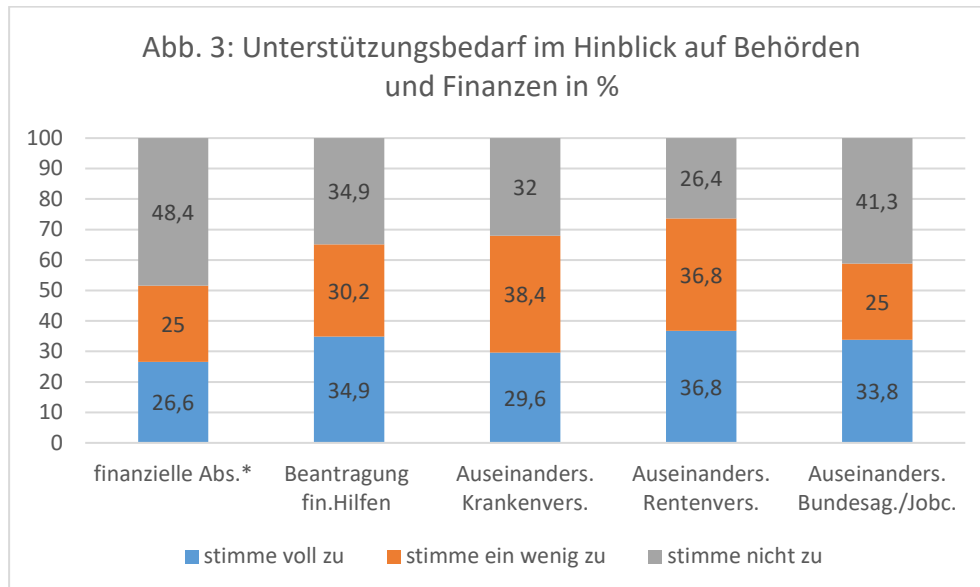
Die folgenden Abbildungen fassen die genannten Wünsche nach Unterstützung nochmals zusammen:



*abgefragte items: Ich wünsch(t)e mir Unterstützung...

- beim schnellen beruflichen Einstieg bzw. Wiedereinstieg (n=125)
- beim Umgang mit meinem Arbeitgeber (n=148)

- bei der Umsetzung alternativer Arbeitsmodelle, z.B. Homeoffice (n=101)
- im Hinblick auf die Möglichkeit, während einer teilstationären Behandlung weiter arbeiten zu können (n=66)
- bei der Durchsetzung einer Reduzierung meiner Arbeitszeit (n=101)
- beim Klären von Konflikten mit Kolleg*innen bzw. Mitgesellschafter*innen (n=116)



*abgefragte items: Ich wünsch(t)e mir Unterstützung...

- um meine finanzielle Situation in den Griff zu bekommen (n=128)
- bei der Beantragung von finanzielle Hilfen und Maßnahmen (n=129)
- bei der Auseinandersetzung mit meiner Krankenversicherung (n=169)
- bei der Auseinandersetzung mit der Rentenversicherung (n=144)
- bei der Auseinandersetzung mit der Bundesagentur für Arbeit/dem Jobcenter (n=80)

Im Folgenden werden die spezifischen Lebenslagen, Herausforderungen und Belastungen entlang der unterschiedlichen Rückkehr- bzw. Vertriebskonstellationen, also der sogenannten unterschiedlichen Erwerbstypen vorgestellt.

5. Lebenslagen und Erwerbstypen

Der Fragebogen war so konzipiert, dass er sieben unterschiedliche Erwerbstypen identifizieren und deren besondere Lebenslagen erfassen konnte. Zudem wurden Fragen für die speziellen Herausforderungen von Selbständigen entwickelt. Durch den vergleichsweise geringen Rücklauf konnte allerdings nicht für jede Lebenslage und jeden Erwerbstypus genug empirisches Material erhoben werden, so dass die folgenden Ergebnisse die jeweilige Situation der Personen wiedergibt, die entweder während der Erkrankung durchgängig gearbeitet haben (Verbliebene), nach einer Pause wieder in die Erwerbstätigkeit zurückgekehrt sind (Rückgekehrte) oder eine solche Rückkehr derzeit planen (Rückkehrplaner*innen). Folgende Tabelle gibt einen ersten Überblick über die soziodemographischen und krankheitsspezifischen Besonderheiten der einzelnen Erwerbstypen.

Tabelle 2: Soziodemographie und Erkrankungsdaten nach Erwerbstypen

	Verbliebene (n=43)	Rückgekehrte (n=93)	Rückkehr-pla- ner*innen (n=36)	Gesamte Stich- probe* (n=193)
Geschlecht in %:	Weiblich: 42,9 Männlich: 57,1	Weiblich: 81,7 Männlich: 18,3	Weiblich: 86,5 Männlich: 13,5	Weiblich: 74,2 Männlich: 25,8
Durchschnittliches Alter in Jahren	55,8	49,4	46,2	50,1
Hochschulreife/ Abitur in %	69,8	68,5	78,4	70,3
Hochschulabschluss in %	57,2	47,8	58,5	49,7
Krankheitsstatus in % :	Ersttumor: 23,3 Symptomfrei: 62,8	Ersttumor: 25,3 Symptomfrei: 66,3	Ersttumor: 29,7 Symptomfrei: 45,9	Ersttumor: 24,4 Symptomfrei: 61,5
Durchschnittliche Zeit seit der Ersterkrankung in Jahren:	7,4	6,1	4,6	6,3
Durchschnittliche Anzahl der Behandlungen:	1,8	2,3	2,2	2,2
Schwerbehinderung aufgrund der Erkrankung in %:	58,1	82,8	86,1	77,7
Tumorbedingte Beschwerden in %:	51,2 davon Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit: 52,4	73,1 davon Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit: 71,6	91,7 davon Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit: 72,7	72,6 davon Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit: 68,2

*Neben den vorgestellten Erwerbstypen besteht die Stichprobe noch aus Personen die einen Ersteinstieg in den Arbeitsmarkt planen oder hinter sich haben und Personen, die nicht wieder arbeiten - mit einem n von insgesamt 21.

Verbliebene

Bei den Verbliebenen war der verhältnismäßig hohe Männeranteil auffallend, was mit dem hohen Anteil an Prostatakrebs erkrankten Befragten in dieser Gruppe korrespondiert. Des Weiteren waren die Harnblasenkrebspatient*innen in diesem Erwerbstyp stark vertreten. Die meisten Verblieben haben ein oder zwei Behandlungsformen bereits hinter sich. Hierbei ist die häufigste Behandlungsart die Operation. Auffallend ist, dass verhältnismäßig wenige der Befragten, die durchgehend an ihrem Arbeitsplatz verblieben sind, sich einer Chemotherapie oder Bestrahlung unterzogen haben. Weiterhin ist in dem Erwerbstyp der Verbliebenen der geringste Anteil an Menschen mit einer Schwerbehinderung zu verzeichnen. Auch das in Einklang bringen von den Behandlungen und der Arbeitszeit stellte für die Verbliebenen vergleichsweise selten eine Herausforderung dar. Hier könnte eine Verbindung zwischen der geringeren Anzahl der Behandlungen und dem seltenen Vorkommen von einer Chemotherapie sowie Bestrahlung hergestellt werden. Auch die geringen Angaben, dass die Arbeit erschöpfend und anstrengend war, könnte auf dies zurückzuführen sein.

Des Weiteren geben Befragte, die ununterbrochen berufstätig waren, seltener krebsbedingte Beschwerden an. Insgesamt 17 % der Verbliebenen stimmen allerdings zu, dass sie sich unter

Druck gesetzt gefühlt haben, weiter zu arbeiten (und 20 % waren in dieser Frage unentschieden). So zeichnet sich, wenn auch die Verbliebenen zum größeren Teil Zufriedenheit mit dieser Entscheidung äußern, eine Teilgruppe ab, für die das (unveränderte) Durcharbeiten trotz Krebserkrankung auch von äußeren Zwängen bestimmt ist, wie folgendes Zitat illustriert: „*Reduzierung des Arbeitsumfangs aufgrund der finanziellen Situation nicht umgesetzt, dies war nicht immer gut. (Manchmal bereue ich das)*“.

Dennoch zeigt sich nicht nur in den beruflichen Herausforderungen, sondern auch in den aktuellen Belastungen, dass Verbliebene in der Tendenz weniger betroffen waren, als Personen, die ihre Erwerbstätigkeit aufgrund von Krebs unterbrechen mussten. Nur wenige der Betroffenen machen sich aktuell Sorgen um ihre finanzielle und berufliche Situation. Dabei waren Verbliebene häufiger für die ökonomische Versorgung einer Familie verantwortlich: über 56 % geben an, dass das eigene Einkommen das Haupteinkommen im Haushalt ist, im Durchschnitt haben Verbliebene 2,4 Personen zu versorgen.

Auch bei der Frage nach der Belastung aufgrund der Schwere der Krebserkrankung, gibt die Mehrheit der Verbliebenen an, eher nicht belastet zu sein. Zudem machen sich die Menschen, die in ihrem Beruf verblieben sind, vergleichsweise am wenigsten Sorgen über ihre Vorsorge bezüglich des Ruhestands. Auffallend in diesem Zusammenhang ist auch, dass Verbliebene das verhältnismäßig höchste Nettoeinkommen pro Person haben. Eventuell nehmen die Angehörigen dieses Erwerbstyps deshalb die Mehrkosten, die aufgrund der Krebsdiagnose entstehen, seltener als Belastung wahr. Zudem blieb die finanzielle Situation nach der Krebsdiagnose bei den meisten Verbliebenen unverändert oder hat sich verbessert. Dies könnte auch ein Grund für die überwiegende Zufriedenheit der Verbliebenen mit ihrer aktuellen finanziellen Situation sein. Die Mehrheit aller Proband*innen schreibt der Erwerbsarbeit einen ideellen und sinnstiftenden Wert zu. Zusätzlich bewerten Verbliebene tendenziell Arbeit seltener als Belastung. Arbeiten wird vielmehr häufig als Hilfe im Umgang mit der Krebserkrankung eingeschätzt.

Trotz der vergleichsweise selten angegebenen Herausforderungen und Belastungen von Verbliebenen ist hier festzuhalten, dass diese, genauso wie die anderen Erwerbstypen, einen Unterstützungsbedarf bei der Auseinandersetzung mit Behörden, abgesehen vom Jobcenter bzw. der Bundesagentur für Arbeit, und der Beantragung von finanziellen Maßnahmen haben.

Rückgekehrte

Bei den Personen, die aufgrund ihrer Krebsdiagnose ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen mussten, ist ein im Vergleich zur gesamten Stichprobe höherer Frauenanteil festzustellen. 81,7 % der Befragten in dem Erwerbstyp der Rückgekehrten sind weiblich. Mit dieser Geschlechterverteilung geht einher, dass bei den Rückgekehrten mit 34,7 % die häufigste Krebsdiagnose Brustkrebs war. Auffallend ist zudem, dass Rückgekehrte sich bereits vergleichsweise am meisten Behandlungsformen unterzogen haben (die meisten der Rückgekehrten haben zwei oder drei Behandlungsformen hinter sich). Hierbei waren die häufigsten Therapietypen Operationen, Chemotherapien sowie Bestrahlungen. Des Weiteren ist auffällig, dass bei den Menschen, die nach einer Unterbrechung wieder eine Arbeit aufnahmen, 94,6 % eine Schwerbehinderung hatten oder haben. 81,5 % konnten wieder beim alten Arbeitgeber einsteigen; bei 29 % wurde eine stufenweise Wiedereingliederung umgesetzt; andere Formen der Unterstützung durch den Arbeitgeber, z.B. das BEM-Gespräch werden seltener genannt. Bei 34 % der

Rückgekehrten hat sich der Stundenumfang verringert, trotzdem verbleiben die Belastungen, die mit der Arbeit verbunden sind bei den meisten auf hohem Niveau.

Der Wiedereinstieg wird dabei durchaus ambivalent erlebt: 77,8 % hat der Kontakt mit den Kolleg*innen gut getan und 45 % geben an, dass ihnen die Arbeit beim Umgang mit der Krankheit geholfen hat; zugleich berichten aber 59 % von großer Anstrengung und Erschöpfung durch die Arbeit und 44,5 % geben an, sie hätten sich unter Druck gesetzt gefühlt, wieder arbeiten zu gehen. Darüber hinaus ist der Wiedereinstieg mit Verunsicherungen verbunden, was die Veränderungen während des Aussetzens, ggf. neue Aufgabengebiete und die Sorge, vom Umfeld als nicht belastbar eingeschätzt zu werden, betrifft. 24,2 % der Rückgekehrten sind eher oder komplett unzufrieden mit ihrer Rückkehr in den Beruf, vor allem, wenn die Bedürfnisse der Rückkehrer*innen nicht berücksichtigt werden: „*Reduzierungswünsche konnten nicht umgesetzt werden, Homeoffice Wunsch wurde nicht umgesetzt*“.

Im Vergleich zu den Verbliebenen hatten Rückgekehrte häufiger Schwierigkeiten, ihre Behandlungen mit den Arbeitszeiten in Einklang zu bringen. Dies könnte in Zusammenhang mit der höheren Anzahl an Therapieformen in diesem Erwerbstyp gebracht werden. Darüber hinaus war oder ist die Arbeit für viele Menschen, die in den Beruf zurückgekehrt sind, erschöpfend und anstrengend. Auch hier könnten die Behandlungsformen oder das häufige Vorkommen einer Schwerbehinderung eine Rolle spielen. Außerdem hatten oder haben Rückgekehrte aufgrund von ihrer Krebserkrankung verhältnismäßig mehr Schwierigkeiten bei der Bewältigung der berufsbedingten Aufgaben.

Rückgekehrte haben zudem ein höheres Ausmaß an aktuellen Belastungen im Vergleich zu den Verbliebenen. Sie machen sich verhältnismäßig mehr Sorgen über die finanzielle und berufliche Situation. Dies könnte im Zusammenhang mit der Unterbrechung der Erwerbsarbeit stehen, da damit häufig Einkommenseinbußen einhergehen. Auch die vergleichsweise häufigere Sorge, für den Ruhestand nicht ausreichend vorsorgen zu können, könnte darin begründet sein. Zudem sind die Rückgekehrten durch die Schwere der Krebserkrankung verhältnismäßig mehr belastet. Die aktuellen finanziellen Sorgen spiegeln sich auch in dem erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Auseinandersetzung mit Behörden und bei der Beantragung von finanziellen Hilfen wider. Auch im Umgang mit dem Jobcenter bzw. der Agentur für Arbeit haben viele der Rückgekehrten sich Unterstützung gewünscht.

*Rückkehrplaner*innen*

Bei den Personen, die einen Wiedereinstieg in Arbeit planen, ist ein im Vergleich zur gesamten Stichprobe höherer Frauenanteil festzustellen. 86,5 % der Befragten des Erwerbstyps der Rückkehrplaner*innen sind weiblich. Bei den Rückkehrplaner*innen war mit 37,8 % die häufigste Krebsdiagnose Brustkrebs. Die Rückkehrplaner*innen haben im Vergleich zu den Verbliebenen bereits mehr Behandlungsformen in Anspruch genommen. Hierbei waren die häufigsten Operationen, Chemotherapien und Bestrahlungen. Wie auch bei den Rückgekehrten haben bzw. hatten in dem Erwerbstyp mit 91,7 % sehr viele Teilnehmende eine Schwerbehinderung aufgrund der Krebsdiagnose.

Besonders auffallend ist, dass im Vergleich zu den anderen Erwerbstypen Rückkehrplaner*innen im beruflichen Kontext tendenziell mehr herausgefordert sind. Dies zeigt sich auch darin,

dass Rückkehrplaner*innen am häufigsten angaben, dass Arbeit für sie Belastung bedeutet. Zudem wird die Arbeit verhältnismäßig selten als Hilfe im Umgang mit der Krebserkrankung wahrgenommen.

Des Weiteren waren Rückkehrplaner*innen auch zum Zeitpunkt der Befragung verhältnismäßig am meisten belastet. Betroffene, die diesem Erwerbstyp zugeordnet wurden, machen sich am meisten Sorgen über ihre finanzielle und berufliche Zukunft. Auch über die ausreichende Vorsorge im Alter machen sich Rückkehrplaner*innen im Vergleich zu den anderen Erwerbstypen am meisten Sorgen. Dies kann damit zusammenhängen, dass Personen, die ihren Wiedereinstieg gerade planen (bzw. noch nicht realisieren konnten), nicht erwerbstätig sind und dadurch auch mit anderen aktuellen und finanziellen Herausforderungen konfrontiert sind. Diese Annahme wird verstärkt, wenn man bedenkt, dass die Rückkehrplaner*innen das niedrigste Nettoeinkommen pro Person haben. Hierdurch werden von den Befragten, die ihre Rückkehr in den Beruf planen, auch die Mehrkosten am häufigsten als belastend empfunden. Zudem hat sich bei Rückkehrplaner*innen die finanzielle Situation seit der Krebsdiagnose am häufigsten verschlechtert.

Auch im Unterstützungsbedarf spiegelt sich diese verhältnismäßig höhere finanzielle Belastung der Rückkehrplaner*innen, die sich vor allem bei der Beantragung von finanziellen Hilfen und im Umgang mit den Behörden Unterstützung wünschen oder gewünscht hätten, wider. Bei dieser Gruppe ist der geplante Wiedereinstieg öfter mit größeren Veränderungen verbunden: mit 58,3 % ist der Anteil der Rückkehrplaner*innen, die wieder beim alten Arbeitgeber arbeiten können, wesentlich geringer als bei der Gruppe der Rückgekehrten. Besonders problematisch gestaltet sich dabei der Wiedereinstieg, wenn die Leistungsfähigkeit (dauerhaft) eingeschränkt ist: *„Ich habe eingesehen, dass ich auf gar keinen Fall mehr im alten Berufsfeld arbeiten kann und eine komplette Neuorientierung unumgänglich ist.“*

Als Ergebnis der Analyse der Erwerbstypen bleibt festzuhalten, dass jede Gruppe mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert ist, wobei sich die Situation, noch nicht wieder in den Beruf eingestiegen zu sein, als die objektiv und subjektiv am stärksten belastete herausstellt.

6. Fazit & offene Fragen

So individuell wie Belastungen (und daraus folgende Hürden) bei der Rückkehr oder dem Verbleib in Erwerbsarbeit erlebt werden können, so unterschiedlich wird auch eine entsprechende Unterstützung sein müssen. Dass dabei vielfältige, auch niedrigschwellige Angebote zur Klärung und Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche notwendig erscheinen, macht die Studie ebenso deutlich wie die Tatsache, dass „Arbeit“ für Krebspatient*innen weitaus mehr Fragen und Ambivalenzen – auch Ressourcen – beinhaltet als nur die Frage der Existenzsicherung. Dabei zeigen sowohl die deutlichen Unterschiede zwischen der beruflichen Wiedereingliederungssituation von Frauen und Männern als auch die schlechte Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund die Notwendigkeit der Berücksichtigung nicht nur von gendersensiblen, sondern auch intersektionalen Perspektiven auf Forschung und Unterstützungspraxis.

Eine weitere – der Tendenz nach stark belastete – Gruppe, die in der Auswertung nicht berücksichtigt wurde, da sie in der Stichprobe in zu geringer Zahl vorhanden ist, bilden jene Er-

kranken, die nicht wieder in den Beruf einsteigen (können). Diese müssen einerseits mit vielen Unsicherheiten in Bezug auf die berufliche Zukunft und andererseits mit vielen aktuellen Problemen umgehen, wobei ihre Arbeitsorientierung nicht geringer ist als die der anderen Befragten.

Eine Gruppe, die quer zu den Erwerbstypen liegt, aber in Bezug auf die Beratung und Unterstützung besondere Bedarfe aufweist, ist die der jüngeren Krebserkrankten. Knapp 35 % der Befragten sind in einem Alter von maximal 40 Jahren an Krebs erkrankt, wobei diese Gruppe in der Stichprobe zu 95% aus Frauen besteht. Betrachtet man die Jüngeren gesondert, fallen drei Besonderheiten auf:

- Zunächst scheinen Jüngere häufiger als Unterstützung auf informelle Netze wie Familie, Freund*innen und Kolleg*innen zurückgreifen zu können.
- Als zweites gibt es Äußerungen, dass die Angebote der Sozialen Arbeit nicht auf die spezifischen Bedarfe jüngerer, sich ggf. noch in der Ausbildung befindenden Erkrankte zugeschnitten sind, wie bspw. das folgende Zitat illustriert: *„Ich bin eine junge Krebspatientin, daher treffen die meisten ‚üblichen‘ (Beratungs-)Angebote nicht auf mich zu. [...] Ich würde mir daher wünschen, dass der Soziale Dienst eines Krankenhauses auch über Krankschreibung im Studium und in der Ausbildung, Bafög-Anspruch, Rechte bei Minijobs, Angabe der Schwerbehinderung in der Bewerbung und Beratungsmöglichkeiten bei Diskriminierung im Bewerbungsverfahren korrekt informieren und aufzeigen kann“.*
- Eine dritte, wesentliche Besonderheit der jüngeren Krebserkrankten ist, dass sie sich aktuell in der frühen Familienphase bzw. in der Familienplanung befinden. Diejenigen, die Kinder haben, geben häufiger als ältere Erkrankte mit Kinder an, Schwierigkeiten zu haben, mit den eigenen Kindern über die Erkrankung zu sprechen, was sich auf das jüngere Alter der Kinder zurückführen lassen wird. Demgemäß werden häufiger Sorgen um die Zukunft der Kinder geäußert. 76 % der jüngeren Befragten sind (noch) kinderlos, wobei die Sorge, dass sich nach der Krebserkrankung und den therapeutischen Behandlungen ein Kinderwunsch nicht erfüllen lässt, eine häufig genannte ist. Neben der beruflichen und finanziellen Situation sehen sich diese Erkrankten damit konfrontiert, dass sich eventuell (auch) private und familiäre Wünsche nicht realisieren lassen. Eine kompetente und sensible Beratung in Bezug auf eine mögliche Vereinbarkeit von Beruf und Familie kommt in dieser vielfach belastenden Situation eine hohe Bedeutung zu.

Folgende Aussage einer teilnehmenden Krebspatientin soll abschließend die genannten Belastungen zusammenfassen: *„Man fühlt sich nach so einer schwere[n] Erkrankung komplett allein gelassen und es ist einfach deprimierend, dass (fast) keiner Verständnis dafür hat. [I]ch leide unter ganz viele[n] körperliche[n] und psychische[n] Folgen von der Erkrankung und der Therapie, man sieht sie mir aber nicht [an]. Und da ich jung bin, erwarten alle, dass ich wieder die [A]lte bin und arbeiten gehe. Ich frage mich, wie das gehen soll... Ich wünsche mir von ganze[m] Herzen, zumindest eine Teilstelle ausüben zu können, um ein bisschen Normalität in meinem Leben zu haben. Ich möchte mich wieder nützlich fühlen.“*

Literatur:

- Arndt V/Koch-Gallenkamp L/Bertram H/Eberle A/Hollecsek B/Pritzkeleit R/Waldeyer-Sauerland M/Waldmann A/Zeissig SR/Doegel D/S. Y. Thong M/Brenner H 2018: Return to work after cancer. A multi-regional population-based study from Germany. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1557341>. Zugegriffen: 18.12.2020
- Fahrner, Jacqueline/Koppenhöfer, Jelena 2020: Am Leben teilhaben. Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe von Menschen mit einer Krebserkrankung beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz, unveröffentlichte Masterarbeit, Esslingen
- Freund, Matthias/König, Volker/Faber, Gerhard/Seifart. Ulf 2019: Finanzielle und soziale Folgen der Krebserkrankung für junge Menschen. Hrsg. Von der DGHO e.V. in Zusammenarbeit mit: Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, Gesundheitspolitische Schriftenreihe Band 16, Berlin
- Geue, Kristina, Annekathrin Sender, Ricarda Schmidt, Diana Richter, Andreas Hinz, Thomas Schulte, Elmar Brähler und Yve Stöbel-Richter 2014: „Gender-Specific Quality of Life After Cancer in Young Adulthood: A Comparison with the General Population.“ *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 23 (4): 1377–86.
- Grinyer, Anne 2007: „The Biographical Impact of Teenage and Adolescent Cancer.“ *Chronic illness* 3 (4): 265–77.
- Heidkamp, Paula/Hiltrop, Kati/Kowalski Christoph/ Ernstmann, Nicole 2019: Berufliche Wiedereingliederung nach Brustkrebs – Vorstellung der B-CARE-Studie <https://doi.org/10.1007/s12312-018-0547-4>. Zugegriffen: 23.01.2021
- Janßen, Andrea/Schneider, Sabine 2019: Evaluation des Projektes „Im Leben bleiben – Qualifiziertes Unterstützungsangebot für berufstätige Tumorpatienten“ (NCT Heidelberg), unveröffentlichter Kurzbericht, Esslingen
- Janßen, Andrea/Schneider, Sabine/Stäudle, Jens/Walther, Jürgen 2021: Probleme der beruflichen (Re-)Integration von Krebserkrankten – Wie können wir unterstützen? In: *Der Onkologe* 8/2021.
- Kronauer M (2010) Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hochentwickelten Kapitalismus. Campus, Frankfurt
- Leuteritz, Katja/Friedrich, Michael/Sender, Annekathrin/Nowe, Erik/Stoebel-Richter, Yve/Geue, Kristina 2018: Life Satisfaction in Young Adults with Cancer and the Role of Sociodemographic, Medical, and Psychosocial Factors: Results of a Longitudinal Study. *Cancer* 124 (22): 4374–82.
- Leuteritz Katja/Friedrich Michael/Sender Annekathrin/Richter D/Mehnert-Theuerkauf A, Sauter S, Geue K 2020: Return to Work and Employment Situation of Young Adult Cancer Survivors: Results from the Adolescent and Young Adult-Leipzig Study. <https://doi.org/10.1089/jyao.2020.0055>. Zugegriffen: 23.01.2021
- Mehnert, Anja 2011a. „Employment and Work-Related Issues in Cancer Survivors.“ *Critical reviews in oncology/hematology* 77 (2): 109–30.
- Mehnert Anja 2011b: Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung. *Forum* 26:23–26
- Smith, Ashley W./Helen M. Parsons/Erin E. Kent/Keith Bellizzi/Brad J. Zebrack/Gretchen Keel/Charles F. Lynch/Mara B. Rubenstein/Theresa H. M. Keegan 2013: „Unmet Support Service Needs and Health-Related Quality of Life Among Adolescents and Young Adults with Cancer: The AYA HOPE Study.“ *Frontiers in oncology* 3: 75.
- Walther, Jürgen 2011: Krebs und Armut. In: *Zeitschrift Forum* 1/2011, Springer, S. 27-30
- ZfKD - Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2016: Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin: Robert Koch-Institut.

Teil II:

Gekürzte Version der Masterarbeit:
„Am Leben teilhaben“

Detaillierte Darstellung der standardi-
sierten Befragung von Krebspatient*in-
nen

Jacqueline Fahrner & Jelena Koppenhöfer

[2020]

Gekürzte Version

----- Masterthesis -----

Am Leben teilhaben

Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe von Menschen mit einer Krebserkrankung beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz

----- Esslingen, 24.09.2020 -----

Hochschule Esslingen

Studiengang Soziale Arbeit (M.A.)

Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und
Pflege

----- verfasst von -----

Jacqueline
Fahrner

Jelena Kop-
penhöfer

----- betreut von -----

Erstkorrektorin
Prof. Dr. Andrea Janßen

Zweitkorrektorin
Prof. Dr. Sabine Schneider



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung [gekürzt]	4
2. Theoretische Einbettung des Forschungsvorhabens [gekürzt]	4
2.1 Krebserkrankungen [gekürzt]	4
2.2 Bedeutung der Erwerbsarbeit in der heutigen Arbeiter*innengesellschaft [gekürzt] ..	4
2.3 Psychosoziale Onkologie [gekürzt]	4
2.4 Aktueller Forschungsstand	4
2.4.1 Erkenntnisse über die berufliche Situation von Krebspatient*innen	6
2.4.2 Erkenntnisse über die finanzielle Situation von Krebspatient*innen	13
2.4.3 Konkretisierung des weiteren Forschungsbedarfs	14
2.5 Erkenntnisse der Evaluation des Beratungsprojektes „Im Leben bleiben“ am NCT in Heidelberg	16
3. Vorstellung und Methodik des Forschungsprozesses	18
3.1 Vorstellung des Forschungsprojektes	18
3.2 Vorstellung und Begründung der Methode	19
3.3 Sampling und Feldzugang	20
3.4 Vorstellung des Erhebungsinstruments	22
3.5 Vorstellung der Auswertungsmethode [gekürzt]	26
3.6 Reflexion des Forschungsprozesses [gekürzt]	27
4. Ergebnisdarstellung	27
4.1 Vorstellung und Beschreibung der Stichprobe	27
4.2 Einschätzung der Stichprobe	37
4.3 Beschreibung der Krankheitsdaten	38
4.3.1 Krankheitsdaten allgemein	38
4.3.2 Durchgeführte Behandlungen	42
4.3.3 Krebs- bzw. behandlungsbedingte Beschwerden	45
4.3.4 Schwerbehinderung aufgrund von Krebs	46
4.3.5 Inanspruchnahme einer Maßnahme zur Rehabilitation	48
4.4 Berufliche Situation der Befragten	53
4.4.1 Berufliche Situation zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose	53
4.4.2 Berufliche Situation nach der Krebsdiagnose	59
4.4.3 Berufliche Herausforderungen	73
4.5 Bedeutung von Erwerbsarbeit für die Befragten	82
4.6 Aktuelle finanzielle Situation der Befragten	89

1. Einleitung [gekürzt]	3
4.7 Aktuelle Herausforderungen	99
4.8 Unterstützungsbedarfe in berufsbezogenen Kontexten	110
4.9 Zusammenführung der Ergebnisse innerhalb der Erwerbstypen	120
4.9.1 Krebs- & behandlungsbedingte Einflussfaktoren auf die berufliche Situation ..	120
4.9.2 Charakteristika der Erwerbstypen.....	125
5. Fazit und Ausblick	129
6. Literaturverzeichnis	133

1. Einleitung [gekürzt]

2. Theoretische Einbettung des Forschungsvorhabens [gekürzt]

2.1 Krebserkrankungen [gekürzt]

2.2 Bedeutung der Erwerbsarbeit in der heutigen Arbeiter*innengesellschaft [gekürzt]

2.3 Psychosoziale Onkologie [gekürzt]

2.4 Aktueller Forschungsstand

Erwerbsarbeit gewinnt für Menschen mit einer Krebserkrankung durch die immer besser werdenden Prognosen im Laufe der Jahre an Bedeutung. Dies spiegelt sich auch im wissenschaftlichen Interesse wider. Während vor der Jahrtausendwende nur vereinzelt Forschungen zu dieser Thematik publiziert wurden, kann mittlerweile auf mehr empirische Erkenntnisse zurückgegriffen werden. Hier muss vor allem die USA genannt werden, in der zahlreiche Studien in einer umfangreichen, staatlich bereitgestellten Datenbasis zusammengeführt wurden. Im Gegenzug dazu hat das Erwerbsleben von Menschen mit einer Krebserkrankung in der Forschung in Deutschland bisher nur sehr wenig Aufmerksamkeit erhalten. Es existieren zwar vereinzelt Datenbestände wie beispielsweise von den Krebsregistern, der Rentenversicherung oder der Krankenversicherung, diese sind jedoch nicht miteinander verknüpft. Diese Tatsache erschwert den Überblick über die bereits gewonnenen Erkenntnisse und die Feststellung des Forschungsbedarfs für weitere Datenermittlungen. Das rekrutierte Wissen der USA ist eine wichtige und hilfreiche Grundlage für das Forschungsvorgehen in Deutschland, kann aber aufgrund der Unterschiede auf den Arbeitsmärkten und in den Sozial- und Gesundheitssystemen nur bedingt auf Deutschland übertragen werden (Freund et al. 2019, 20-22).

Bevor der aktuelle Erkenntnisstand zur beruflichen und finanziellen Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung aufgezeigt wird, soll darauf hingewiesen werden, dass die Ermittlung und Darstellung der meisten Studienergebnisse als nicht ausreichend differenziert betrachtet werden müssen. Freund et al. (2019) zeigten diese Problematik in ihrer 16. Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO e.V.) auf. Sie befassten sich explizit mit den finanziellen und sozialen Folgen einer Krebserkrankung für junge Krebspatient*innen im Alter von 15 bis 39 Jahren. Dabei stellten sie fest, dass eine Differenzierung der Forschungsergebnisse nach

Altersgruppen kaum möglich ist, da die meisten Publikationen das Thema Arbeit und Berufstätigkeit mit bzw. nach einer Krebserkrankung global für alle Krebspatient*innen zwischen 18 und 65 Jahren untersuchen. Eine genaue Betrachtung der einzelnen Altersgruppen wird von Freund et al. deshalb als wesentlich gesehen, da jedes Lebensalter eigene entwicklungsbedingte und soziale Spezifika mit sich bringt. Während sich junge Menschen im Alter von 15 bis 39 Jahren vor allem mit Themen der schulischen und beruflichen Ausbildung, der Ablösung vom Elternhaus, der Etablierung im Beruf und der eigenen Familiengründung auseinandersetzen, geht es Personen zwischen 40 und 64 Jahren hauptsächlich um die berufliche Entwicklung, die Verantwortungsübernahme für Finanzen, Familie und Kinder und spätere Aussicht auf das Ende des eigenen Berufslebens. Je nach Lebensalter wirkt sich eine Krebserkrankung auf unterschiedliche Weise auf die jeweiligen Lebensbereiche aus und bringt somit spezifische Herausforderungen mit sich (Freund et al. 2019, 27). Da eine Krebserkrankung im Alter von 40 bis 64 Jahren zehnmal häufiger als zwischen 15 und 39 Jahren auftritt, sind jüngere Menschen in den globalen Untersuchungen immer unterrepräsentiert, weshalb ihre Situation nie ausreichend erfasst und dargestellt werden kann (Freund et al. 2019, 28).

Ebenso plädieren Freund et al. dafür, eine detaillierte Untersuchung nach der Krebsdiagnose und der jeweiligen Therapie vorzunehmen. Es wird von einem starken Zusammenhang zwischen der Diagnose, der Geschwindigkeit und dem Ausmaß der Rückkehr an den Arbeitsplatz ausgegangen. Menschen mit Schilddrüsen-, Hoden- und Hautkrebs sind beispielsweise schneller in den Beruf zurückgekehrt, als Menschen mit Leukämie, Lungen-, Darm-, Magen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs. Die durchzuführende Therapie hat ebenfalls einen massiven Einfluss auf den Verbleib am Arbeitsplatz bzw. auf die Rückkehr in den Beruf. Je nach Intensität und Häufigkeit der Therapie wirkt sich diese mehr oder weniger stark auf die berufliche Situation der Krebspatient*innen aus (Freund et al. 2019, 28-30). Eine Untersuchung aus der Schweiz zeigt auf, dass Betroffene mit einem operativen Eingriff mit einem Median von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zum Arbeitsplatz zurückgekehrt sind (Neudeck et al. 2017, 557). Dagegen zeigt eine weitere Studie aus der Schweiz auf, dass 37,6 Prozent der Menschen mit einer Stammzelltransplantation Erwerbsminderungsrente beziehen (Tichelli et al. 2017, 1436). Diese Ergebnisse verdeutlichen noch einmal die Notwendigkeit einer Differenzierung nach Diagnose und Therapie im Forschungsvorgehen. Allerdings erlauben die geringen Fallzahlen in vielen Forschungen oft keine differenziertere Analyse oder es fehlt einigen Forscher*innen bisher an einem Problembewusstsein. Eine weitere Problematik wird darin gesehen, dass die meisten Forschungen keine Daten erheben, die einen Vergleich mit der Bevölkerung ohne Krebserkrankung ermöglichen (Freund et al. 2019, 26).

In der Fachliteratur gibt es nur sehr wenig Publikationen, die eine landes-, alters-, diagnose- und behandlungsspezifische Differenzierung in der Erhebung und Ergebnisdarstellung vornehmen sowie einen Vergleich zur Kontrollgruppe erlauben. Dies erschwert es, differenzierte Aussagen über die individuelle Situation von Krebspatient*innen in Deutschland zu treffen.

2.4.1 Erkenntnisse über die berufliche Situation von Krebspatient*innen

Im weiteren Verlauf soll, mit Hinweis auf diese Gegebenheiten, ein Überblick über den aktuellen Forschungs- und Wissensstand über die berufliche Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung geschaffen werden. Hierzu wurden besonders Meta-Analysen hinzugezogen, die die Ergebnisse aus mehreren Studien verglichen und zusammenfassend dargestellt haben. Zunächst wird der internationale Forschungsstand erläutert, bevor auf die expliziten Erkenntnisse für Deutschland eingegangen wird.

2.4.1.1 Internationale Untersuchungen

Eine in der Fachliteratur vielzitierte Meta-Analyse heißt „*Employment and work-related issues in cancer survivors*“ und wurde im Jahr 2011 von Anja Mehnert veröffentlicht. Diese untersuchte 64 Forschungsarbeiten zur Berufstätigkeit von Menschen mit und nach einer Krebserkrankung, die zwischen Januar 2000 und November 2009 erschienen sind. In Mehnerts Untersuchungen wurden alle Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren und Publikationen inner- und außerhalb Europas zusammengefasst. Nur eine der 64 Studien wurde in Deutschland durchgeführt. Mehnert bezieht sich auf die Rückkehr in den Beruf nach einer Hochdosischemotherapie und einer autologen Stammzelltransplantation.

Nach Mehnert kehrten durchschnittlich 63,5 Prozent der Krebspatient*innen in den Beruf zurück. Davon sind 40 Prozent der Personen durchgehend am Arbeitsplatz verblieben oder sie sind innerhalb von 6 Monaten nach ihrer Krebsdiagnose in ihren Beruf eingestiegen. Nach 12 Monaten waren 62 Prozent der Menschen mit einer Krebserkrankung (wieder) berufstätig, nach 18 Monaten durchschnittlich 73 Prozent und nach 24 Monaten waren es 89 Prozent der Befragten (Mehnert 2011a, 122). Auch Mehnert hat einen Zusammenhang zwischen der Krebsart und dem Verbleib bzw. der Rückkehr an den Arbeitsplatz festgestellt. Dieses Ergebnis wird, wie bereits aufgeführt, von mehreren Studien bestätigt (siehe zum Beispiel auch Boer et al. 2009, 757-758). Wie lange die Abwesenheit von Menschen mit einer Krebserkrankung vom Arbeitsplatz durchschnittlich andauerte, wurde zum einen nur sehr selten untersucht. Zum anderen berichten Studien über unterschiedliche Ergebnisse zwischen 151 Tagen und drei Jahren. Diese Abwesenheit vom Arbeitsplatz ist ebenfalls abhängig von Krebsart und Stadium. Mehnert (2011a, 123-124) zeigt zusätzlich auf, dass

Faktoren für eine längere Abwesenheit am Arbeitsplatz das Alter der Krebspatient*innen, körperliche Beschwerden, anhaltende Müdigkeit, eine Chemotherapie und das Durchführen von mehreren parallelen Behandlungen sein können.

In den 64 Untersuchungen wird deutlich, dass mehr als 50 Prozent der Überlebenden nach der Krebsdiagnose mindestens einmal den Stundenumfang ihrer Beschäftigung reduzierten (Mehnert 2011a, 124). Die Mehrheit der Krebspatient*innen (86 Prozent) kehrte zu einem späteren Zeitpunkt im Krankheitsverlauf zum ursprünglichen Stundenumfang wie vor der Diagnose zurück (Mehnert 2011b, 24). Dennoch fällt auf, dass Betroffene insgesamt weniger Stunden in der Woche arbeiteten als die Kontrollgruppe. Mehnert spricht hier von durchschnittlichen 3-5 Stunden pro Woche. Die Faktoren, die mit einer Verringerung der Arbeitszeit im Zusammenhang standen, sind ein fortgeschrittenes Krebsstadium, körperliche und/oder psychische Symptome, Depressionen, Angstzustände und eine geringere Arbeitsfähigkeit (Mehnert 2011a, 124).

Mehrere Studien stellten eine Verringerung der körperlichen oder geistigen Arbeitsfähigkeit um bis zu 26 Prozent fest (Mehnert 2011a, 124). Hier wird sich auf das Konzept der Arbeitsfähigkeit bezogen, nach dem die individuelle Arbeitsfähigkeit die Ressourcen eines Menschen in Bezug auf die Arbeit sind (Ilmarinen 2001, 548). Die Arbeitsfähigkeit kann also als eine körperliche, psychische und soziale Ressource bezeichnet werden, die die Teilhabe am Erwerbsleben ermöglicht. Diese ist abhängig vom körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand des Menschen sowie dem Bildungsgrad, der Motivation, den sozialen Fähigkeiten des Individuums, den Arbeitsanforderungen, dem Arbeitsumfeld und der Arbeitsorganisation (Ilmarinen 2001, 548). Auch Dahl et al. haben im Jahr 2019 die Arbeit „Employment Status and Work Ability in Long-Term Young Adult Cancer Survivors“ veröffentlicht, die sich mit der Erwerbstätigkeit junger Krebspatient*innen in Norwegen befasst. 38 Prozent der befragten Personen berichteten über eine verminderte Fähigkeit und Belastbarkeit im Hinblick auf die Berufstätigkeit aufgrund der Krebserkrankung und deren Behandlung (Dahl et al. 2019, 304-305).

In den Untersuchungen war auffällig, dass Menschen mit einer Krebserkrankung häufiger arbeitsunfähig waren als die Kontrollgruppe. Insgesamt waren Krebsüberlebende signifikant häufiger von Beeinträchtigungen betroffen, zeigten mehr Krankheitssymptome, mehr Ängste und eine insgesamt verringerte körperliche Lebensqualität. Diese Beeinträchtigungen wirkten sich erheblich auf die Haus- und Erwerbsarbeit der Betroffenen aus, was von ihnen als Einschränkung wahrgenommen wurde. Die Ergebnisse der Studien zeigen auf, dass es einen Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Wohlbefinden und der Erwerbsarbeit gibt. Dies verdeutlicht noch einmal die Bedeutung von Erwerbsarbeit, die über

die finanzielle Absicherung hinausging. Mit dem Beschäftigungsstatus wurde somit auch Lebensqualität assoziiert (Mehnert 2011a, 125-127).

Eine Krebserkrankung hat nicht nur Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, sondern auch auf die entsprechende Tätigkeit. 56 Prozent der Menschen mit einer Krebserkrankung gaben an, dass sich ihre berufliche Situation nach dem Wiedereinstieg in Arbeit verändert hat (Steiner et al. 2008, 138). Eine Studie aus Kanada, die 378 Frauen mit Brustkrebs untersuchte, berichtet, dass sich ein Viertel der Befragten beruflich neu orientierte, während 12,5 Prozent in Frührente gingen. 41 Prozent der Frauen gaben an, dass sich durch ihre Krebserkrankung die Prioritätensetzung und Bestrebungen im Hinblick auf die Arbeit verändert haben und 12 Prozent der Frauen schilderten, dass sie durch ihre Erkrankung nicht in der Lage waren, ihr berufliches Potential auszuschöpfen. Weitere 26 Prozent gaben demgegenüber an, dass sie den Fokus auf ihre Ziele durch die Krebserkrankung verschärfen konnten und bei 6,5 Prozent der Befragten hat sich die berufliche Situation sogar auf positive Art und Weise verändert (Stewart et al. 2001, 260-261).

Menschen mit einer Krebserkrankung haben darüber hinaus ein signifikant höheres Risiko arbeitslos zu werden und geringere Chancen eine neue Arbeit zu finden (Mehnert 2011a, 123; Mehnert 2011b, 24). Boer et al. gaben an, dass Krebslangzeitüberlebende 1,37 mal häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind als die Kontrollgruppe von Menschen ohne Krebserkrankung (2009, 757). Insgesamt haben 13 Prozent der Krebspatient*innen aufgehört zu arbeiten (Mehnert 2011a, 123). Die Gründe hierfür sollen nach Boer et al. körperliche und psychische Symptome der Krebserkrankung sein. Eine freiwillige Arbeitslosigkeit kann hier ausgeschlossen werden, es sei denn die finanzielle Situation der Befragten ließe dies zu, was allerdings meistens nicht der Fall war (Boer et al. 2009, 760). Etwa die Hälfte der Befragten hat in den ersten 12 Monaten nach der Diagnose ihre Arbeit entweder verloren oder gekündigt. Davon wurden zwischen 23 und 75 Prozent nach einer durchschnittlichen Zeit von 46 Monaten wieder berufstätig (Mehnert 2011a, 123). Vor allem Menschen mit Magen-Darm-Krebs, Brustkrebs oder Krebs der weiblichen Fortpflanzungsorgane waren vom erhöhten Risiko für Arbeitslosigkeit betroffen. Im Gegenzug wurde kein Zusammenhang zu Leukämie, Prostata- und Hodenkrebs festgestellt (Boer et al. 2009, 760). Die Tatsache, dass vor allem die Krebsarten, die dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden können, von einer erhöhten Risikorate für Arbeitslosigkeit betroffen waren, zeigt die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Folgen einer Krebserkrankung (Freund et al. 2019, 37). Auch eine aussagekräftige Studie aus Dänemark bestätigt diese Erkenntnis und weist auf die Notwendigkeit einer differenzierten geschlechtsbezogenen Untersuchung und Auswertung hin (Carlsen et al. 2008, 1869). Ferner stellten Boer et al. (2009, 760) fest, dass

Langzeitüberlebende in Europa ein geringeres Risiko haben arbeitslos zu werden als beispielsweise in den USA. Dies kann vor allem auf den Ausbau der sozialstaatlichen Strukturen zurückgeführt werden.

Mehnert fasst in einem weiteren Aufsatz „Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung“ ebenfalls aus dem Jahr 2011, die förderlichen und hinderlichen Faktoren zusammen, die die berufliche Wiedereingliederung während oder nach einer Krebserkrankung beeinflussen können. Da sich Mehnert in ihren Ausführungen auf den bisherigen Forschungsstand bezogen und somit zu einer Übersicht der Erkenntnisse beigetragen hat, soll im Folgenden auf die Barrieren und förderlichen Faktoren im Hinblick auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz eingegangen werden.

Mehnert hat die entsprechenden Einflussfaktoren in arbeitsbezogene, soziodemografische, krebs- und behandlungsbedingte körperliche und psychische Faktoren aufgegliedert. Die arbeitsbezogenen Barrieren, die den Wiedereinstieg in Arbeit negativ beeinflussen können, sind ein nicht unterstützendes Arbeitsklima, ein Angestelltenverhältnis, eine manuelle Arbeit, eine lange Abwesenheit von der Arbeit durch z.B. eine Krankschreibung, niedriges Einkommen und die wahrgenommene Diskriminierung durch den Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin aufgrund der Krebserkrankung und/oder deren Behandlung. Soziodemografische Barrieren können ein höheres Lebensalter, ein niedriger Bildungsstand und das weibliche Geschlecht sein. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist die Krebsart ebenfalls dafür entscheidend, ob, wann und in welchem Ausmaß an den Arbeitsplatz zurückgekehrt werden kann. Unter den Krebsarten, die sich eher negativ auf die Wiedereingliederung auswirken, fallen Leber-, Lungen-, Bauchspeicheldrüsenkrebs, fortgeschrittene hämatologische Erkrankungen sowie Gehirn-, Kopf-, Hals- und gastrointestinale Tumore. Weitere krebs- und behandlungsbedingte körperliche und psychische Barrieren sind ein fortgeschrittenes Krebsstadium, ausgedehnte Operationen, Fatigue, psychische Belastungen oder Störungen, ein allgemeiner schlechter Gesundheitszustand und eine Behinderung (Mehnert 2011b, 24).

Wenn Krebspatient*innen Unterstützung von Arbeitgeber*innen erfahren haben, wirkte sich dies laut Mehnert positiv auf den Wiedereinstieg in Arbeit aus. Dazu gehören beispielsweise Gespräche, in welcher Weise die Arbeit fortgeführt werden kann oder die Möglichkeit, die Arbeitszeit, den Ort und den Inhalt flexibel an die betroffene Person anzupassen. Weitere arbeitsbezogene förderliche Faktoren sind eine kürzere krankheitsbedingte Abwesenheit von der Arbeit oder die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Berufsberatungs-, Umschulungs- und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen. Außerdem stellte sich als förderlich heraus, wenn die Betroffenen gegenüber Kolleg*innen offen über ihre Krebsdiagnose gespro-

chen haben. Unter den soziodemografischen Faktoren, die sich positiv auf die Wiederaufnahme der Arbeit auswirken, werden ein jüngeres Lebensalter, das männliche Geschlecht, ein höherer Bildungsstand und eine qualifizierende Berufsausbildung gefasst. Tumore, die in einem jüngeren Lebensalter auftreten, kontinuierlich und weniger invasiv behandelt werden können und mit einem besseren psychischen als auch körperlichen Gesundheitszustand einhergehen, verhelfen ebenfalls zum Wiedereinstieg in Arbeit. Ferner ist förderlich, wenn die behandelnden Ärzt*innen empfehlen, die Erwerbstätigkeit fortzuführen bzw. wiederaufzunehmen (Mehnert 2011b, 24).

Die Studie „Surviving breast cancer: a problematic work re-entry“ aus dem Jahr 1994 erforschte anhand von qualitativen Interviews mit 25 Brustkrebslangzeitüberlebenden als eine der wenigen, welche Herausforderungen bei einem Wiedereinstieg in Arbeit auftreten können. Der Paradigmenfall „Kathy“ soll die problematischen Erfahrungen aufzeigen, die Menschen mit einer Krebsdiagnose bei ihrer Wiedereingliederung in Arbeit machen. Dazu gehören ein Verstoß gegen die medizinische Vertraulichkeit am Arbeitsplatz, das Fehlen von Unterstützungsangeboten beim Wiedereintritt oder der Bewältigung des sozialen Stigmas sowie die Schwierigkeiten bei der Kommunikation der Erkrankung. Die Studie wollte damals schon auf die Relevanz der Erwerbsarbeit im Leben von Menschen mit einer Krebserkrankung sowie auf die Notwendigkeit der Entwicklung von Unterstützungsangeboten zur beruflichen Wiedereingliederung hinweisen (Carter 1994, 135).

2.4.1.2 Daten aus und für Deutschland

Im weiteren Verlauf soll auf den Kenntnisstand zur Situation von Krebspatient*innen in Deutschland eingegangen werden. Wie bereits erwähnt, ist dieser sehr begrenzt. Die meisten empirischen Erkenntnisse wurden aus Studiengruppen gewonnen und beziehen sich auf Brustkrebs. Bisher ist es nicht gelungen, die vorhandenen Daten zu Erkrankungen, Sozialtransfers, Berentung und Berufstätigkeit zusammenzuführen und auszuwerten (Freund et al. 2019, 40).

Im Jahr 2018 wurde die Studie „Sociodemographic and disease-related determinants of return to work among women with breast cancer: a German longitudinal cohort study“ veröffentlicht. Es wurden Frauen mit Brustkrebs zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten (direkt nach der Operation, nach 10 und nach 40 Wochen) zum Thema Wiedereinstieg in Arbeit nach Krebs befragt. Die Studie zeigt auf, dass insgesamt 32,5 Prozent der Befragten nach 40 Wochen noch nicht an den Arbeitsplatz zurückgekehrt waren. Besonders hervorzuheben ist hier, dass vor allem jüngere Frauen im Alter von 18 bis 44 Jahren weniger häufig in den Beruf zurückkehrten als Frauen zwischen 55 bis 59 Jahren. Darüber hinaus weisen Heuser et al. (2018, 4) auf einen Zusammenhang zwischen dem erfolgreichen Wiedereinstieg in

Arbeit und des Kinderhabens hin. Nicht nur die internationalen, sondern auch die deutschlandweiten Ergebnisse können die Abhängigkeit des Wiedereinstiegs in den Beruf von dem individuellen Gesundheitsstatus und dem Stadium der Brustkrebserkrankung bestätigen. Die meisten Befragten haben, wenn überhaupt, von ihren Arbeitgeber*innen Unterstützung erfahren. Dennoch wurde diese erhaltene Unterstützung bei der Rückkehr in den Beruf als zu gering angesehen. Die statistische Signifikanz zeigt, dass dies vor allem in der Altersgruppe zwischen 18 und 44 und bei den über 60-jährigen Frauen ausgeprägt war (Heuser et al. 2018, 3-5).

In einer weiteren Arbeit wurden anhand von qualitativen Interviews 254 Frauen mit Brustkrebs jeweils ein Jahr und sechs Jahre nach der Operation zum Thema des beruflichen Wiedereinstiegs befragt. Die Aussagen der Brustkrebspatientinnen wurden mit einer Kontrollgruppe verglichen und Faktoren festgehalten, die die Rückkehr an den Arbeitsplatz verhindern können. Anzumerken ist, dass fast dreimal so viele Frauen mit Brustkrebs ein Jahr nach ihrer ersten Operation aus dem Beruf ausgestiegen sind wie in der Referenzgruppe. Sechs Jahre nach der Operation war die Wahrscheinlichkeit, dass Brustkrebspatientinnen an den Arbeitsplatz zurückkehren nur halb so hoch wie bei Frauen in der Kontrollgruppe (Noeres et al. 2013, 1904-1905). Die Faktoren, die in der Untersuchung ein erhöhtes Korrelationsniveau mit der Rückkehr in den Beruf aufwiesen, waren eine Teilzeitbeschäftigung, hohe psychische oder körperliche arbeitsbedingte Belastungen, Konflikte mit Kolleg*innen oder Vorgesetzten, das Fehlen von Unterstützung seitens der Arbeitgeber*innen, das Alter, das Tumorstadium, ein niedrigeres Bildungsniveau und die Schwere der Nebenwirkungen der Behandlung (Noeres et al. 2013, 1901). Überraschenderweise wurde auch ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einer stationären Rehabilitation und der fehlenden Wiedereingliederung festgestellt. 93 Prozent der Befragten, die keine Maßnahme zu Rehabilitation besucht haben, kehrten an den Arbeitsplatz zurück. Demgegenüber stiegen aber nur 69 Prozent der Reha-Teilnehmenden wieder in ihren Beruf ein. Dieses Ergebnis konnte nicht, was vielleicht naheliegender wäre, mit dem Tumorstadium in Verbindung gebracht und erklärt werden (Noeres et al. 2013, 1905). Alles in allem zeigen die Ergebnisse dieser Studie auf, dass das Überleben von Brustkrebs in Deutschland ein erhöhtes Risiko impliziert, den Arbeitsplatz zu verlassen (Noeres et al. 2013, 1901).

Im Jahr 2013 veröffentlichten Handschel et al. die Studie *„Return to Work and Quality of Life after Therapy and Rehabilitation in Oral Cancer“*. Es wurden 1.652 Menschen mit Karzinomen der Mundhöhle unter anderem zum beruflichen Wiedereinstieg befragt. Dabei wurden die Befragten in zwei Gruppen aufgeteilt: White Collar Workers (WCW) und Blue Collar Workers (BCW). Unter den WCWs wurden die Personen zusammengefasst, die vor ihrer Krebsdiagnose in Büro-, Handel- oder Dienstleistungsberufen angestellt oder selbstständig

waren. Arbeiter in der Industrie oder im Handwerk wurden der Gruppe der BCWs zugeordnet. Die Ergebnisse dieser Studie machen hauptsächlich darauf aufmerksam, dass die WCWs deutlich häufiger und früher in den Beruf zurückkehrten als die BCWs. Im Vergleich zu den 41 Prozent der WCWs waren 63 Prozent der BCWs nach ihrer Diagnose nicht berufstätig. Ferner war es 37 Prozent der BCWs nicht möglich, die Arbeit aufzunehmen, die sie vor ihrer Krebsdiagnose ausgeübt haben, während 63 Prozent der WCWs an ihren ursprünglichen Arbeitsplatz zurückkehrten (Handsichel et al. 2013, 401-405).

Der Tatsache, dass in Deutschland bisher sehr wenig Erkenntnisse über die Nachhaltigkeit und mögliche Faktoren hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Krebserkrankung und die entsprechenden finanziellen Folgen verfügbar sind, widmeten sich Arndt et al. mit einer aktuellen bevölkerungsbasierten Studie, die im Jahr 2019 veröffentlicht wurde. Dazu wurden 1.558 Langzeitüberlebende befragt, die zwischen 1994 und 2004 vor ihrem 60. Lebensjahr mit Brust-, Dickdarm- oder Prostatakrebs diagnostiziert wurden. Arndt et al. berichteten, dass 63 Prozent aller Befragten im erwerbsfähigen Alter nach durchschnittlich 8,3 Jahren an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehrten. Davon waren sogar 90 Prozent innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Krebsdiagnose wieder berufstätig. Weitere 7 Prozent nahmen einen neuen Arbeitsplatz an, 17 Prozent erhielten Erwerbsminderungsrente, 6 Prozent gingen in Frührente, 4 Prozent verfielen in Arbeitslosigkeit und 1 Prozent verließ den Arbeitsmarkt aus nicht krebsbedingten Gründen. Innerhalb von fünf Jahren nach der Rückkehr in den Beruf verließen 6 Prozent der Befragten den Arbeitsplatz endgültig. Insgesamt gaben 17 Prozent der befragten Langzeitüberlebenden an, dass sie ihre Arbeitszeit aufgrund der Krebserkrankung verkürzen mussten. Die Faktoren, die mit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz in Zusammenhang standen, sind das Alter bei der Diagnose, das Krebsstadium, der Bildungsgrad und die Berufsklasse. Entgegen der bisher aufgeführten Ergebnisse stand die Wahrscheinlichkeit einer Wiedereingliederung in Arbeit nach Krebs nicht in Abhängigkeit zu der Krebsart, dem Geschlecht oder dem Familienstand (Arndt et al. 2019, 1 und 4-7). Arndt et al. hielten am Ende ihrer Arbeit also fest, dass die meisten Langzeitüberlebenden nach Brust-, Prostata- oder Dickdarmkrebs im erwerbsfähigen Alter wieder einer Erwerbsarbeit nachgehen können. Es wurden Zusammenhänge mit dem Auftreten von finanziellen Schwierigkeiten festgestellt, die aufgrund der Reduzierung der Arbeitszeit entstehen können, worauf im nächsten Abschnitt näher eingegangen wird. Arndt et al. (2019, 1) plädieren deshalb für die Bereitstellung und den Ausbau von Unterstützungsangeboten vor allem für Risikogruppen, um einen Wiedereinstieg in Arbeit nach einer Krebsdiagnose zu erleichtern bzw. zu ermöglichen.

2.4.2 Erkenntnisse über die finanzielle Situation von Krebspatient*innen

Ähnlich wie bei der Rückkehr in Arbeit liegen kaum empirische Erkenntnisse über die finanzielle Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung in Deutschland vor. Auch hier stammen die meisten der erhobenen Daten aus den USA. Diese sind aufgrund der unterschiedlichen Verhältnisse im Gesundheitssystem und der sozialen Sicherung kaum auf Deutschland übertragbar (Freund et al. 2019, 23). Aus diesem Grund wird nur kurz auf die internationalen Erkenntnisse eingegangen, bevor auf vereinzelte Ergebnisse aus deutschen Studien hingewiesen wird.

2.4.2.1 Internationale Untersuchungen

Es wurde bereits ausführlich aufgezeigt, dass sich eine Krebserkrankung auf die berufliche Situation von Betroffenen auswirken kann. Mehnert (2011a, 124) verdeutlichte anhand ihrer Meta-Analyse, dass mehr als 50 Prozent der Krebspatient*innen ihren Stundenumfang mindestens einmal reduzierten. Wie bereits erwähnt arbeiten Betroffene wöchentlich durchschnittlich 3-5 Stunden weniger als die Referenzgruppe. All dies weist auch auf einen Rückgang des Arbeitslohns und folglich des monatlich zur Verfügung stehenden Geldes hin. Mehnert (2011a, 124) wies auf einen Lohnrückgang von insgesamt 16 Prozent bei Menschen mit einer Krebserkrankung hin. In einem weiteren Aufsatz erwähnte Mehnert (2011b, 24), dass mehrere Untersuchungen deckungsgleich auf eine Verschlechterung des Einkommens und der finanziellen Situation von Krebspatient*innen hindeuten. Dies galt sogar für empirische Erkenntnisse in Ländern mit einem gut ausgebauten Sozial- und Gesundheitssystem.

Nicht unerwähnt bleiben darf die AYA-Hope Studie, die sich mit der Situation von jüngeren Menschen mit einer Krebserkrankung in den USA beschäftigte. Diese unterstreicht die Frage nach den finanziellen Problemen von jungen Krebspatient*innen noch einmal. Der Wunsch nach Beratung in finanziellen Angelegenheiten stand, entgegen der Einschätzung der psychosozialen, pflegerischen und ärztlichen Fachkräfte, mit 16 Prozent an erster Stelle der Bedürfnisse der Proband*innen (Smith et al. 2013, 3). Dies verdeutlicht ebenfalls die bestehende Unzufriedenheit und den Unterstützungsbedarf von Menschen mit einer Krebserkrankung in ihrer finanziellen Situation. In einer Forschung aus dem Vereinigten Königreich wurden Interviews mit jungen Krebspatient*innen zwischen 15 und 25 Jahren durchgeführt. In ihr wird die hohe Belastung von Befragten dargestellt, was den Verlust der Unabhängigkeit und die einhergehende Rückkehr in das Elternhaus aufgrund finanzieller Schwierigkeiten betraf (Grinyer 2007, 265).

2.4.2.2 Deutschlandweite Untersuchungen

Auch in Deutschland bestätigen Studien die große Unzufriedenheit von jüngeren Menschen mit einer Krebserkrankung im Hinblick auf deren finanzielle Situation. So befragte eine Leipziger Arbeitsgruppe 514 Krebspatient*innen im Alter von 18 bis 39 Jahren zu ihrer Lebenszufriedenheit. Das Einkommen bzw. die finanzielle Absicherung war der Bereich, in dem die Befragten angaben, am wenigsten zufrieden zu sein. Mit unter den drei Aspekten mit der geringsten Lebenszufriedenheit waren außerdem die Arbeit bzw. der Beruf und die Familienplanung bzw. Kinder (Leuteritz et al. 2018, 4374). Allerdings gibt diese Studie keine Auskunft über die Ursachen dieser Unzufriedenheit in der finanziellen Situation. Folglich können keine Aussagen darüber getroffen werden, welche finanziellen Belastungen oder Einkommensverluste für die befragten Krebspatient*innen relevant waren.

Jürgen Walther, der Leiter des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg, beschäftigte sich in seinem Artikel mit dem einhergehenden Armutsrisiko einer Krebserkrankung. Dieses wurde in Studien jedoch noch nicht ausreichend erforscht, weshalb nicht abschließend gesagt werden kann, ob Krebspatient*innen grundsätzlich einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt sind. Walther bezieht sich auf die im Jahr 2009 von Bikowski durchgeführte Befragung am NCT, die allerdings nicht veröffentlicht wurde. Sie untersuchte 156 Tumorpatient*innen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen ihrer Krebserkrankung, während sie sich in teilstationärer Chemotherapie befanden. Drei Viertel der Befragten gaben an, dass sich ihre wirtschaftliche Situation aufgrund der Krebserkrankung verschlechtert hat. Diese lag bei 60 Prozent der Krebspatient*innen bei 100 bis 500 Euro. 12,2 Prozent gaben sogar an, Verluste in Höhe von 1.200 Euro bewältigen zu müssen (Bikowski 2009 in Walther 2011, 30). Die Ergebnisse verdeutlichen, wie prekär die Auswirkungen einer Krebserkrankung auf die finanzielle Situation der Betroffenen sein können, auch wenn dies noch nicht statistisch nachgewiesen werden kann.

Eine weitere deutsche Studie von Geue et al. (2014, 1377) weist, neben dem Risiko negativer finanzieller Folgen, im Vergleich zur Kontrollgruppe auch auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede hin. Frauen waren im Vergleich zu Männern deutlich stärker von finanziellen Schwierigkeiten aufgrund ihrer Krebserkrankung und deren Behandlung betroffen (Geue et al. 2014, 1381).

2.4.3 Konkretisierung des weiteren Forschungsbedarfs

Wie den vorherigen Ausführungen entnommen werden kann, ist der aktuelle Forschungsstand zu den finanziellen und beruflichen Folgen von Krebs in Deutschland unzureichend. Die wenigen vorliegenden Studien beziehen sich hauptsächlich auf globale Parameter, sind

nicht ausreichend differenziert und beschränken sich auf kleine Fallserien. Es können wenig Aussagen über das Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko von Krebspatient*innen getroffen werden. Des Weiteren fehlen systematische Informationen zu Einkommensverlusten, zum Bezug und Ausmaß von Transferleistungen und allgemein zur Erwerbstätigkeit von Menschen mit einer Krebserkrankung (Freund et al. 2019, 58). Ferner gibt es kaum Untersuchungen, die über die Herausforderungen und Schwierigkeiten beim Verbleib oder bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz berichten (Mehnert 2011a, 125). Hierzu konnten folglich kaum aussagekräftige Erkenntnisse präsentiert werden. Arndt et al. (2019, 7-8) weisen am Ende ihrer Arbeit auf die Notwendigkeit hin, die Situation von Betroffenen hinsichtlich des vollzogenen Wiedereinstiegs in Arbeit zu erforschen, um einen Einblick in die hier auftretenden Herausforderungen und Hürden zu gewinnen und ein bedarfsgerechtes Unterstützungsangebot für berufsbezogene Fragen von Krebspatient*innen zu entwickeln. Es haben sich zudem vulnerable Gruppen herauskristallisiert, die im Hinblick auf die Existenzbedrohung, den Verlust des Arbeitsplatzes und die anhaltende Arbeitslosigkeit ein erhöhtes Risiko aufweisen. Dazu gehören zum Beispiel Krebspatient*innen in einem höheren erwerbsfähigen Alter, mit einem niedrigen Bildungsstand und manueller Tätigkeit (Arndt et al. 2019, 817-818). Aber auch junge Menschen, die sich noch in Ausbildung bzw. Studium befinden und somit keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen können, verfallen häufig in Arbeitslosigkeit, können auf keine finanziellen Absicherungen zurückgreifen und verlieren ihre neu gewonnene Unabhängigkeit, indem sie wieder in ihr Elternhaus zurückziehen (Freund et al. 2019, 56-57). Die speziellen Lebenssituationen von Risikogruppen gilt es in der Forschung zu fokussieren und Leistungsangebote entsprechend anzupassen.

Im Laufe der Arbeit wurde mehrmals auf die fehlende Vernetzung der Wissensbestände und einer allgemeinen Datenbasis hingewiesen, wie es sie beispielsweise bereits in den USA, aber auch in Norwegen, Dänemark und den Niederlanden gibt. Diese wird allerdings als Voraussetzung für die weitere Erforschung der beruflichen und finanziellen Situation von Krebspatient*innen in Deutschland erachtet. Nach Freund et al. (2019, 58) ist es Aufgabe der staatlichen Infrastruktur, eine solche Datenbasis bereitzustellen. Es ist nicht möglich mit Forschungsprojekten die Datenbasis zu kompensieren oder gar zu ersetzen (Freund et al. 2019, 58).

Folglich besteht auf mehreren Ebenen weiterer Forschungs- und Handlungsbedarf, um aufschlussreiche Kenntnisse über die Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe von Menschen mit einer Krebserkrankung beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz zu erlangen und ein an die Bedarfe der Betroffenen angepasstes Leistungs-, Unterstützungs- und Beratungsangebot zu ermöglichen.

2.5 Erkenntnisse der Evaluation des Beratungsprojektes „Im Leben bleiben“ am NCT in Heidelberg

Im Zeitraum von 2017 bis 2018 fand eine Projektevaluation des Beratungsprojektes „Im Leben bleiben“ des Sozialdienstes am NCT in Heidelberg statt. Die Projektevaluation sowie die in ihr gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse sind Ausgangslage des hier vorliegenden Forschungsprojektes, weshalb diese im Folgenden vorgestellt werden. Das Beratungsprojekt des Sozialdienstes des NCTs fokussierte sich auf die Unterstützung und qualifizierte Beratung von Menschen mit einer Krebserkrankung, die während oder nach ihrer Krebsdiagnose berufstätig sein wollen. Die angestrebten Ziele waren zum einen die Wissenserweiterung zu den Herausforderungen, die im beruflichen Integrationsprozess von Krebspatient*innen auftreten können, die Entwicklung eines bedarfsgerechten psychosozialen und sozialrechtlichen Betreuungs- und Beratungsangebots sowie die Entwicklung von Strategien und Kooperationsmodellen mit Arbeitgeber*innen und Leistungsträgern der beruflichen Integration (Janßen und Schneider 2019, 1).

In der von Janßen und Schneider durchgeführten Projektevaluation sollte überprüft werden, inwieweit die aufgestellten Ziele des Praxisprojektes realisiert wurden. Hierfür wurden Krebspatient*innen mittels standardisierter Fragebögen zu Beginn und am Ende der Beratung, also nach mindestens 4 Monaten, zu ihrer beruflichen, finanziellen und allgemeinen Lebenssituation sowie zu ihren Sorgen, Belastungen, Informations- und Unterstützungsbedarfen befragt. Es nahmen insgesamt 113 Personen an der Erst- und davon noch 83 Personen an der Zweitbefragung teil. Darüber hinaus wurden unter anderem qualitative Interviews mit drei Krebspatient*innen durchgeführt, welche einen tieferen Einblick in die Individualität und Komplexität der beruflichen Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung ermöglichten (Janßen und Schneider 2019, 1-2).

Anhand der Eigenschaften der Stichprobe ist eine deutlich ungleiche Verteilung der Geschlechter erkennbar. Teilgenommen haben zu 32 Prozent Männer und zu 68 Prozent Frauen. Davon waren insgesamt 83 Prozent der Teilnehmenden jünger als 57 Jahre. Die am häufigsten angegebene Erkrankung war Brustkrebs mit 50 Prozent. Diese Ungleichverteilung in der Stichprobe kann darauf zurückgeführt werden, dass viele Brustkrebserkrankungen bei Frauen im Lebenslauf früher auftreten als Prostatakrebs bei Männern. Die Neuerkrankungsrate an Brustkrebs liegt in der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren bei ca. 300 pro 100.000 Frauen. Die Daten von Prostatakrebs können aufgrund der unterschiedlichen Wahl der Altersspanne zwar nicht direkt miteinander verglichen werden, es wird aber deutlich, dass die Altersgruppe zwischen 45 bis 59 Jahren eine geringere Rate an Neuerkrankungen aufweist und erst ab 60 Jahren sehr stark ansteigt (Walther et al. 2019, 12-17; ZfKD 2016, 38-42). Die ungleiche Geschlechterverteilung in der Stichprobe appelliert an

die geschlechtsdifferenzierte Betrachtung von beruflichen Herausforderungen von Menschen mit einer Krebserkrankung. Dabei sollte erwogen werden, inwieweit sich Fragen für das jeweilige Geschlecht zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Lebenslauf stellen und wie Unterstützungsangebote gezielt auf die jeweiligen Situationen und Bedarfe ausgerichtet werden können (Janßen und Schneider 2019, 2+4).

Knapp 25 Prozent der befragten Tumorpatient*innen waren mit ihrer beruflichen und 30 Prozent mit ihrer finanziellen Situation nicht zufrieden. Zudem schilderten 36 Prozent eine Verschlechterung ihrer finanziellen Lage aufgrund der Krebserkrankung. Ein Viertel bis ein Drittel der Befragten berichteten über Probleme und Fragen bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz, was sich auch durch einen klaren Unterstützungs- und Beratungsbedarf äußerte. Die Anzahl scheint auf den ersten Blick eher gering zu sein. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Beratung am Anfang der Krebserkrankung angeboten wurde. Es ist möglich, dass Krebspatient*innen zu diesem Zeitpunkt noch wenig wussten bzw. einschätzen konnten, mit welchen Herausforderungen, z.B. im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit Behörden, sie sich noch konfrontiert sehen könnten. Der Vergleich der Angaben von der Erst- und Zweitbefragung würde diese Vermutung bestätigen. Es wurde ersichtlich, dass sich die (psychosozialen) Belastungen der Befragten im Laufe ihrer Krebserkrankung immer mehr häuften und potenzierten (Janßen und Schneider 2019, 2+4). Neun Personen gaben an, dass ihre Erwerbstätigkeit gegen ihren Willen aufgrund der Krebserkrankung beendet wurde. Janßen und Schneider plädieren dafür, die Spezifika der Situation dieser Personengruppe in Forschung und Beratungspraxis gezielter zu untersuchen (2019, 2+4).

Eine weitere Erkenntnis der Projektevaluation ist der erschwerte Zugang zur Beratung. Die Vorannahme, dass die meisten Patient*innen mit beruflichen Herausforderungen über das psychosoziale Screening des NCT am Anfang der Behandlung an das Beratungsprojekt weitervermittelt werden, konnte nicht bestätigt werden. Daher wäre nach Janßen und Schneider (2019, 5) von Vorteil, berufsbezogene Fragen für Menschen mit einer Krebserkrankung in die allgemeine soziale Beratung zu integrieren, da der Zugang zu ihr verlässlicher gestaltet ist. Allerdings erfordert dies eine entsprechende Weiterqualifizierung bzw. Spezialisierung einer oder mehrerer Fachkräfte in der Sozialberatung, um auf die Individualität und Komplexität der Situation von Krebspatient*innen angemessen eingehen zu können. Aufgrund des begrenzten Projektzeitraums konnten nur vereinzelt Entwicklungen von Menschen mit einer Krebserkrankung begleitet werden. Für die Beratung zu beruflichen Themen wird dementsprechend ein längerer zeitlicher Horizont benötigt. Sie gewinnt vor allem in späteren Krankheitsphasen und mit dem Auslaufen des Krankengeldes zunehmend an Bedeutung (Janßen und Schneider 2019, 5).

Janßen und Schneider (2019, 5) schließen ab, indem sie unter anderem auf die Notwendigkeit von weiterer Forschung hinweisen, um den Wiedereinstieg in Arbeit für Menschen mit einer Krebserkrankung zu verbessern. Dies war schließlich Grundlage für das Forschungsprojekt „Berufstätige Tumorpatient*innen - Hürden und Belastungen beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz“, welches Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist und im weiteren Verlauf vorgestellt wird.

3. Vorstellung und Methodik des Forschungsprozesses

Für eine bessere Transparenz der im vierten Kapitel dargestellten gewonnenen Ergebnisse, wird im Folgenden zunächst die Forschungsfrage vorgestellt und begründet sowie die Erhebungs- und Auswertungsmethode dargelegt. Abschließend wird der Forschungsprozess ethisch und in seiner Methodik reflektiert.

3.1 Vorstellung des Forschungsprojektes

Das hier zugrunde liegende Forschungsprojekt „Berufstätige Tumorpatient*innen – Hürden und Belastungen beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz“ wird von der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. in Kooperation mit dem Haus der Krebs-Selbsthilfe Bundesverband e.V. und der Arbeitsgemeinschaft PRIO durchgeführt. Wie bereits in Kapitel 2.5 erläutert, entstand die Projektidee mit der Durchführung der Evaluation des Beratungsprojektes „Im Leben bleiben“ des NCT in Heidelberg. Die damals gewonnenen Daten sollten durch eine erneute Erhebung ergänzt werden, um die Wissensgrundlage zu Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten von Menschen mit einer Krebserkrankung im Hinblick auf berufsbezogene Themen zu erweitern.

In Kapitel 2.4 zeigte sich eine deutliche Forschungslücke im Hinblick auf die Schwierigkeiten, mit denen sich Krebspatient*innen bei der Rückkehr oder beim Verbleib am Arbeitsplatz konfrontiert sehen. Eine Ermittlung jener Informationen wird allerdings als notwendig erachtet, da diese zu einem Verständnis der Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung führen kann. Nur dadurch ist es möglich, Unterstützungsbedarfe zu eruieren und eine Anpassung, Entwicklung und/oder Erweiterung des Unterstützungs- und Beratungsangebots für diese Personengruppe vorzunehmen. An dieser Stelle wird die Relevanz des Forschungsprojektes für die Soziale Arbeit ersichtlich. Aus den Erfahrungen innerhalb der sozialpädagogischen Praxis lässt sich ableiten, dass das Thema der Erwerbsarbeit während oder nach einer Krebserkrankung in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Fachkräfte der Sozialen Arbeit berichten aus ihrer Beratungspraxis, dass

Krebspatient*innen mit berufsbezogenen Fragen auf sie zukommen und der Wunsch nach Unterstützung vorhanden ist (Walther 2011, 27).

Darüber hinaus gilt die Wiedereingliederung in Arbeit von Menschen mit einer Krebserkrankung auch in der Sozialpolitik als relevantes Thema. Gelingt ein Wiedereinstieg aus beliebigen Gründen nicht, sind Betroffene bei der Bestreitung ihres Lebensunterhalts teilweise auf öffentliche Gelder angewiesen. Daher könnte auch im wirtschaftlichen Interesse der Sozialpolitik sein, Krebspatient*innen, die trotz Krebsdiagnose weiterhin erwerbsfähig sind, einen schnellstmöglichen (Wieder-) Einstieg in Arbeit zu ermöglichen. Auch hier tritt die Soziale Arbeit als Akteurin für die Entwicklung bedarfsgerechter Unterstützungsleistungen in den Fokus.

Im vorliegenden Forschungsprojekt soll eine Grundlage hierfür geschaffen werden, indem Menschen mit einer Krebserkrankung die Möglichkeit gegeben wird ihre individuelle berufliche und finanzielle Situation aufzuzeigen und mögliche Hürden, Belastungen und Unterstützungsbedarfe bezüglich der Erwerbsarbeit zu benennen. Dementsprechend wurde folgende Forschungsfrage formuliert, der innerhalb des gesamten Forschungsprozesses nachgegangen wurde:

Inwieweit sehen sich Menschen aufgrund einer Krebserkrankung mit der Thematik der Erwerbsarbeit konfrontiert, welche Herausforderungen werden diesbezüglich genannt und welche Unterstützungsbedarfe ergeben sich daraus?

Mit den gewonnenen Daten soll auf die berufsbezogenen Schwierigkeiten, denen Krebspatient*innen begegnen können, aufmerksam gemacht werden. Sie sollen einen Anstoß für den Ausbau der Strukturen innerhalb des Hilfesystems geben. Ein erster Austausch mit Fachkräften aus der Sozialen Arbeit ist auch im zweiten Schritt des Forschungsprojektes vorgesehen, indem die bestehende Angebotslandschaft reflektiert und erste Überlegungen zu weiteren sinnvollen und notwendigen Hilfen im ambulanten sowie stationären Kontext angestellt werden. Im folgenden Kapitel wird die Methodik vorgestellt, welche bei der Bearbeitung der hier vorgestellten Forschungsfrage angewandt wurde.

3.2 Vorstellung und Begründung der Methode

Beim vorliegenden Forschungsvorhaben handelt es sich um eine Primärerhebung. Es sollte ein möglichst repräsentatives Bild über die aktuelle Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung im Hinblick auf deren berufliche und finanzielle Situation gewonnen werden. Um ein Abbild der Grundgesamtheit zu erreichen, wurde eine hohe Stichprobe angestrebt.

Aus diesem Grund wurde ein quantitativer Forschungsansatz als für das Forschungsvorhaben geeignete Methode gewählt. Dieser zeichnet sich im Gegensatz zur qualitativen Methodik durch einen stark strukturierten Forschungsprozess mit einem standardisierten Erhebungsverfahren aus. Die wissenschaftstheoretische Basis einer quantitativen Forschung ist der Kritische Rationalismus. Nach ihm kommt ein Erkenntnisgewinn zustande, indem zunächst Theorien formuliert, daraus Hypothesen abgeleitet und diese anhand von Daten nachvollziehbar überprüft werden (Döring und Bortz 2016, 15). Die soziale Wirklichkeit soll folglich durch die Erfassung einzelner Merkmale und die Überprüfung möglicher Relationen zueinander beschrieben bzw. erklärt werden (Döring und Bortz 2016, 14). Hierfür ist es notwendig numerische Daten, also Messwerte, anhand einer größeren Stichprobe zu erheben, die am Ende mittels statistischer Methoden untersucht werden (Döring und Bortz 2016, 15).

Wie im vorliegenden Forschungsprojekt vorgegangen wurde, welches Sample ihm zugrunde liegt und welche Methoden für die Datenerhebung und -auswertung gewählt wurden, wird im weiteren Verlauf vorgestellt.

3.3 Sampling und Feldzugang

Die Zielgruppe des Forschungsprojektes sind Menschen mit einer Krebserkrankung. In diesem Fall lässt sich das vorliegende Forschungsprojekt auf der Mikroebene einordnen, da nicht Merkmale und Strukturen einer Gesellschaft untersucht wurden, sondern Einzelpersonen innerhalb eines kleinen sozialen Systems (Paier 2010, 11).

Eine Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung ist eine Krebserkrankung. Hierbei war nicht relevant, ob die Diagnose erst vor kurzem gestellt wurde oder ob die Erkrankung mittlerweile als medizinisch geheilt gilt. Eine weitere Voraussetzung ist die damalige oder aktuelle Auseinandersetzung mit dem Thema der Erwerbsarbeit, beispielsweise dem Erhalt oder der Wiederaufnahme einer Arbeitsstelle während bzw. nach der Krebserkrankung. Somit fielen besonders die Personen in die Zielgruppe der Befragung, die während ihrer Krebserkrankung im erwerbsfähigen Alter sind bzw. waren. Auf diese Weise konnten auch Menschen befragt werden, die bereits berentet sind und den Fragebogen rückblickend beantworten. Hierbei musste beachtet werden, dass die Aktualität der Situation von krebserkrankten Menschen weiterhin gewährleistet ist und das Bild nicht verzerrt wird. Deshalb wurde für die Befragung die Altersspanne von 15 bis 70 Jahren gewählt.

Der Zugang wurde hauptsächlich über Selbsthilfegruppen und ambulanten Krebsberatungsstellen geschaffen. Die Wahl dieser Zugänge begründet sich mit den Feststellungen des vorausgegangenen Evaluationsprojekts am NCT. Bei den Tumorpatient*innen standen demnach häufig andere Themen im Fokus, wie beispielsweise die beginnende Therapie

oder der Austausch über die Erkrankung mit Angehörigen. Auch in Kliniken wird davon ausgegangen, dass häufig der Schock über die Diagnose und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und der Behandlung im Vordergrund der Betroffenen steht. Des Weiteren rücken bei einer weit fortgeschrittenen Erkrankung Themen wie Abschiednehmen und Tod in den Fokus.

Laut Schwarz und Singer kommt der Selbsthilfebewegung eine große Bedeutung zu, da hier Betroffene Themen, die sie beschäftigen, ansprechen können. Zudem kann die Sprachlosigkeit des Umfelds, mit dem viele konfrontiert sind, aufgefangen werden (Schwarz und Singer 2008, 27). Durch den offenen Austausch von Gedanken, Gefühlen und Erfahrungen ist die Selbsthilfebewegung ein elementarer Bestandteil der psychosozialen, onkologischen Unterstützung (ZfKD 2016, 101-110). Aufgrund dessen boten sich Selbsthilfegruppen als Zugang für das vorliegende Forschungsprojekt besonders an, da hier Betroffene psychosoziale Herausforderungen und Themen besprechen, wozu auch die berufliche Situation zählen kann. Zudem nehmen laut dem deutschen Krebsgeschehen des Robert Kochinstituts sehr viele Menschen mit einer Krebserkrankung an einer Selbsthilfegruppe teil (ZfKD 2016, 101). Demzufolge konnte der Zugang über Selbsthilfegruppen eine weite Streuung der Umfrage bei Menschen mit einer Krebserkrankung und somit eine hohe Teilnahme begünstigen.

Das Forschungsprojekt kooperiert hierbei unter anderem mit dem Haus der Selbsthilfe, der deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, Prävention und integrative Onkologie (PRIO) und den ambulanten Krebsberatungsstellen der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO). Hierdurch konnte der Link mehrere Tausend potentielle Teilnehmende erreichen, weshalb ursprünglich von einer Rücklaufquote von 400 bis 600 Fragebögen gerechnet wurde. Letztendlich nahmen jedoch 194 Personen an der Umfrage teil. Davon konnten 193 Fragebögen zur Auswertung verwendet werden.

Durch das digitale Format der Befragung, ist der Zugang zur Teilnahme niedrigschwellig. Dies hat den Vorteil, dass die Zielgruppe von zu Hause aus an der Befragung teilnehmen kann. Es muss zudem beachtet werden, dass die Onlinebefragung zu Zeiten des Covid-19-Virus der einzig mögliche Zugang zu den Befragungspersonen ist, da besonders diese zur Risikogruppe gezählt werden.

Der Link der Befragung wurde, wie schon erwähnt, zum einen über E-Mailverteiler von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen verbreitet und zum anderen durch Social-Media-Kanäle gestreut. Hierfür wurde ein entsprechender Post durch die Kooperationspartner*innen auf deren Facebook und Webseiten gestellt. Zudem wurde der Link in Facebookgruppen gepostet, welche sich mit der Thematik 'Krebs' auseinandersetzen. Des Weiteren

wurde ein QR-Code erstellt, mithilfe dessen die Umfrage durch Einscannen direkt abgerufen werden konnte. Der Code wurde auch an die Kooperationspartner*innen und verschiedene öffentliche Orte, wie beispielsweise Krankenhäuser oder Arztpraxen verschickt, ausgedruckt und aufgehängt. Dem Befragungslink war außerdem ein Link zu einem Video beigefügt, welches auf der ASO-Internetseite zu sehen war. In diesem wurde das Forschungsprojekt von den beiden Masterstudierenden erklärt. Dies sollte den Befragten mehr Transparenz zu den Hintergründen und Inhalten der Befragung verschaffen, Einblicke in das dahinterstehende das Forschungsteam geben und Wertschätzung gegenüber den Teilnehmenden vermitteln. Wie der für diese Befragung zugrunde liegende Fragebogen entstand und welche Themen dieser beinhaltete, ist Gegenstand des nachfolgenden Kapitels.

3.4 Vorstellung des Erhebungsinstruments

Die Zielgruppe des Forschungsprojektes wurde mittels eines vollstrukturierten Fragebogens befragt. Dieser dient in der quantitativen Sozialforschung als eine „[...] zielgerichtete, systematische und regelgeleitete Generierung und Erfassung von verbalen und numerischen Selbstauskünften von Befragungspersonen zu ausgewählten Aspekten ihres Erlebens und Verhaltens [...]“ (Döring und Bortz 2016, 398).

Die zwei Fragebögen, die im Rahmen der Evaluation des Beratungsprojektes in Heidelberg von 2017 bis 2018 eingesetzt wurden, dienten zunächst als Grundlage für die Fragebogenerstellung im vorliegenden Forschungsprojekt. Ziel war es, Fragen und Antwortmöglichkeiten so zu übernehmen, dass die alten Daten weitestgehend mit der neuen Erhebung ergänzt werden können. Dadurch wurde sich eine Zeit- und Personalsparnis sowie eine erhöhte Validität und Reliabilität des Fragebogens erhofft. Nach der intensiven Auseinandersetzung mit der Fachliteratur, dem aktuellen Forschungsstand und dem vorliegenden Forschungsinteresse, musste allerdings festgestellt werden, dass der Heidelberger Fragebogen einer umfangreicheren Überarbeitung bedurfte als zunächst angenommen. Grund war unter anderem, dass das Forschungsinteresse der Projektevaluation nicht dem jetzigen Forschungsinteresse entsprach. Damals stand vor allem das in Anspruch genommene Beratungsangebot im Vordergrund, während im vorliegenden Forschungsprojekt eine grundlegende Erfassung der beruflichen und finanziellen Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung in Deutschland erzielt wird. Der Fragebogen wurde schließlich neu strukturiert. Es wurden Schwerpunkte z.B. auf die beruflichen Herausforderungen gesetzt sowie Fragen ergänzt, umformuliert und verworfen.

Im ersten Abschnitt wurden allgemeine Daten zur Person, zum Krankheitsverlauf und zur Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Rehabilitation abgefragt. Im Anschluss hatten Befragungspersonen die Möglichkeit, Angaben zu ihrer beruflichen Situation vor und nach der

Krebsdiagnose zu machen. Hier ging es vor allem um die Veränderungen der Erwerbstätigkeit, die auf die Krebserkrankung zurückzuführen sind und um die berufsbezogenen Herausforderungen, mit denen sich die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung konfrontiert sehen bzw. gesehen haben. Darüber hinaus wurde abgefragt, welche Bedeutung die Erwerbsarbeit für die Befragungspersonen hat. Die nächsten Abschnitte des Fragebogens drehten sich zum einen um die finanzielle Situation, zum anderen um die Herausforderungen, Sorgen und Belastungen im Alltag der Krebspatient*innen. Abschließend wurde der Wunsch nach Information und Unterstützung beleuchtet, der bei den Betroffenen hinsichtlich der Bewältigung beruflicher, finanzieller und alltäglicher Themen besteht.

Eine Besonderheit des Fragebogens stellte die sehr heterogene Befragungsgruppe dar. Menschen verschiedener Ausgangspunkte und in unterschiedlichen momentanen Situationen hatten die Möglichkeit an der Befragung teilzunehmen. So konnte beispielsweise eine Person in Ausbildung bzw. Studium, die vor der Krebsdiagnose noch nie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen ist, sowie eine Person, die bereits viele Jahre Berufserfahrung gesammelt und im Alter von 50 Jahren an Krebs erkrankt und während der Therapien am Arbeitsplatz verblieben ist, an der Umfrage teilnehmen. Dies zeigt, dass sich die jeweiligen Betroffenen mit ganz unterschiedlichen Fragen und Herausforderungen hinsichtlich des Verbleibs, Wieder- bzw. Ersteinstiegs in Arbeit konfrontiert sehen. Zudem war es möglich, dass eine Person den Wiedereinstieg in Arbeit bereits hinter sich hat und eine andere diesen gerade erst plant. Die Befragten sollten somit aus der Retrospektive über ihre Erfahrungen oder über ihre derzeitige Situation berichten können. Das Ziel des Forschungsteams war, dass alle teilnehmenden Personen ihre individuelle Situation anhand des Fragebogens bestmöglich widerspiegeln können. Dies erforderte ein hohes Bewusstsein für die einzelnen Lebenslagen der Befragungspersonen und eine entsprechende Differenzierung innerhalb des Fragebogens.

Bei der Erstellung des Erhebungsinstrumentes wurden insgesamt sieben Erwerbstypen definiert, anhand derer die unterschiedlichen beruflichen und allgemeinen Lebenssituationen voneinander abgegrenzt wurden. Dies ermöglichte eine differenziertere Formulierung der Fragen und einen tieferen Einblick in die jeweiligen Situationen von Krebspatient*innen. In der ersten Gruppe der ‚Ersteingestiegenen‘ wurden die Personen zusammengefasst, die nach ihrer Krebsdiagnose das erste Mal erwerbstätig waren bzw. sind. Unter den ‚Ersteinstiegsplaner*innen‘ wurden die Befragten verstanden, die vor ihrer Krebsdiagnose nicht gearbeitet haben und momentan einen ersten Einstieg in den Arbeitsmarkt wünschen oder planen. Personen, die vor ihrer Krebsdiagnose gearbeitet haben, derzeit aber nicht erwerbstätig sind und einen Wiedereinstieg in Arbeit wünschen oder planen, wurden in die

Gruppe der ‚Rückkehrplaner*innen‘ eingeteilt. Als ‚Verbliebene‘ wurden diejenigen Krebspatient*innen definiert, die trotz Erkrankung und Behandlung weitergearbeitet haben und nicht länger als sechs Wochen in einem Jahr krankgeschrieben waren. Personen, die vor und nach ihrer Krebsdiagnose gearbeitet haben und zwischenzeitlich mindestens sechs Wochen nicht erwerbstätig waren, wurden im Erwerbstyp der ‚Rückgekehrten‘ zusammengefasst. Außerdem schloss der Fragebogen auch diejenigen mit ein, die aufgrund ihrer Krebserkrankung keinen Wieder- bzw. Ersteinstieg in Arbeit (mehr) planen oder wünschen. Die entsprechenden Erwerbstypen wurden ‚Nicht-Ersteinsteiger*innen‘ und ‚Nicht-Wiedereinsteiger*innen‘ genannt.

Erwerbstyp	Beschreibung
Ersteingestiegene	- Erstmalige Erwerbstätigkeit nach der Krebsdiagnose
Ersteinstiegsplaner*innen	- Momentane Planung des ersten Einstiegs in den Arbeitsmarkt nach der Krebsdiagnose
Rückkehrplaner*innen	- Momentane Planung des Wiedereinstiegs in Arbeit - Momentan nicht erwerbstätig - Waren vor der Krebsdiagnose bereits erwerbstätig
Verbliebene	- Haben trotz Krebserkrankung weitergearbeitet - Kein Krankengeldbezug
Rückgekehrte	- Haben nach einer krebs- bzw. behandlungsbedingten Abwesenheit vom Arbeitsplatz die Erwerbstätigkeit für mindestens 6 Wochen ausgesetzt - Waren vor und nach der Krebsdiagnose wieder erwerbstätig
Nicht-Ersteinstiegsplaner*innen	- Haben noch nie gearbeitet - Planen oder wünschen aufgrund der Krebserkrankung keinen Einstieg in den Arbeitsmarkt
Nicht-Wiedereinstiegsplaner*innen	- Waren vor der Krebsdiagnose erwerbstätig - Planen oder wünschen aufgrund der Krebserkrankung keinen Wiedereinstieg in Arbeit

Tabelle 1: Erwerbstypen

Die Gruppeneinteilung wurde durch entsprechende Filterfragen vorgenommen. Welcher Gruppe eine teilnehmende Person zugeordnet wurde, war von ihren individuellen Antworten abhängig. Durch die Filtersetzung im Fragebogen wurde das Ein- bzw. Ausblenden von bestimmten Fragen an die jeweilige Situation der Befragungsperson angepasst. Der Fra-

gebogen umfasste insgesamt 502 Fragen, welche die Teilnehmenden aufgrund der Filterführung letztlich bei Weitem nicht alle beantworten mussten. Dies wurde durch die Durchführung einer Online-Umfrage ermöglicht, die mit der Evaluationssoftware ‚EvaSys‘ erstellt wurde. Die gruppenspezifischen Fragen waren hauptsächlich in dem Abschnitt relevant, in dem es um die berufliche Situation kurz vor und nach der Krebsdiagnose ging. Die sonstigen Abschnitte des Fragebogens beinhalteten allgemeine Fragen für die gesamte Zielgruppe.

Vor der Erhebung der Daten wurde der Fragebogen durch ein Pretestverfahren auf seine Validität und Reliabilität getestet. Durch die Anwendung mehrerer Methoden, wie z.B. die Face-to-Face-Methode, wurde angestrebt auf Unstimmigkeiten, Unklarheiten und Schwierigkeiten des Fragebogens aufmerksam zu werden. Eine wichtige Rückmeldung im Rahmen der Pretests war beispielsweise, dass Teilnehmende, deren Krebsdiagnose und Wiedereinstieg in Arbeit bereits mehrere Jahre zurückliegt, oft nicht nachvollziehen konnten, um welche Zeit es sich bei den Fragen genau handelte. Dies wurde vor allem in den Unterstützungsbedarfen deutlich. Möglicherweise wünschten sie sich mittlerweile keine Information oder Unterstützung mehr, da der Wiedereinstieg in Arbeit bereits vollzogen war. Sie hätten sich zum damaligen Zeitpunkt allerdings doch Unterstützung gewünscht. Der Fragebogen musste schließlich auf seine Deutlichkeit in den zeitlichen Angaben überprüft werden. Zudem machten Proband*innen auch auf inhaltliche Schwierigkeiten innerhalb des Fragebogens aufmerksam. So wurde eine Probandin beispielsweise in der Vergangenheit aufgrund der Krebserkrankung als schwerbehindert eingestuft, diese Schwerbehinderung bestehe zum jetzigen Zeitpunkt aber nicht mehr. Ebenso wurde das psychotherapeutische Angebot in der Reha-Maßnahme als eine bedeutende Unterstützung wahrgenommen, die im Fragebogen allerdings noch nicht integriert war.

Darüber hinaus wurden Fachkräfte des NCT in Heidelberg kontaktiert, die den Fragebogen zum einen mit Betroffenen und zum anderen selbstständig ausgefüllt haben, indem sie sich in die Situation von ihnen bekannten Krebspatient*innen versetzten. Letzteres wurde auch durch Beteiligte des Forschungsteams vollzogen, um somit ein höheres Maß der Überprüfung zu erreichen. In diesem Zusammenhang wurde mehrmals auf die Schwierigkeit hingewiesen, dass angekreuzte Antwortoptionen teilweise nicht mehr aufgehoben werden konnten. In diesem Fragebogen war dies insofern problematisch, dass Fragen nur an bestimmte Personengruppen adressiert waren. Personen, für die eine Frage nicht zutraf, wurden in einem Kommentar unter der entsprechenden Frage dazu angehalten, diese zu überspringen. Wurde allerdings versehentlich ein Kreuz gesetzt, konnte dieses nicht mehr revidiert werden, was schließlich zu Verfälschungen der Daten und zu Frustration der Befragungspersonen führen könnte. Eine Filtersetzung, die aufgrund der Pretests ebenfalls korrigiert

und angepasst wurde, war aufgrund der Komplexität der Darstellung im Fragebogen keine geeignete Lösung. Nach Absprache mit der Softwarebeauftragten der Hochschule Esslingen, ließ sich dieses Problem in EvaSys nicht gänzlich lösen. Es wurden, soweit dies umsetzbar war, Enthaltungsfelder hinzugefügt, die letztlich nicht in die Bewertung einfließen. Trotzdem bestand in wenigen Fragen weiterhin die Gefahr, ungewollt Kreuzchen zu setzen. Ferner wurde der Fragebogen darauf getestet, ob anhand der Fragen und Antwortmöglichkeiten die individuelle Situation von Selbstständigen ausreichend erfasst werden konnte. Hier bestand eine große Unsicherheit innerhalb des Forschungsteams. Zwei der Proband*innen waren freiberuflich erwerbstätig und haben zu weiteren Antwortoptionen angeregt, die folglich im Fragebogen aufgenommen wurden. Zudem bestand bei der Fragebogengenerierung eine Unsicherheit hinsichtlich des Themenblocks der Bedeutung von Arbeit. Es konnte nicht abgeschätzt werden, ob die allgemeinformulierten Aussagen, wie z.B. ‚Arbeiten schafft Normalität‘, auf die eigene Person bezogen werden können. Die Befürchtung, dass die Befragungspersonen diese Fragen grundsätzlich beantworten, konnte jedoch anhand der Pretests abgelegt werden, weshalb hier keine Anpassungen mehr vorgenommen wurden. Insgesamt wurde rückgemeldet, dass der Fragebogen sehr umfangreich und teilweise langwierig sei. Demzufolge wurden die Fragen nach ihren Motiven und der Aussagekraft überprüft und als überflüssig bewertete Fragen entfernt.

Auf diese Weise durchlief der Fragebogen mehrere Überarbeitungsschleifen und wurde immer wieder neu optimiert und weiterentwickelt. Der finale Fragebogen wurde schließlich an die Verteiler der Kooperationspartner*innen verschickt. Anschließend wurden innerhalb von vier Wochen die hier zugrunde liegenden Daten erhoben und im nächsten Schritt ausgewertet. Wie bei der Auswertung vorgegangen wurde, wird im Folgenden erläutert.

3.5 Vorstellung der Auswertungsmethode [gekürzt]

[Einschub: Die Auswertung besteht überwiegend aus univariater und bivariater deskriptiver Statistik in Bezug auf die verschiedenen Personengruppen. Zudem wurden ausgewählte bivariante Signifikanzüberprüfungen durchgeführt. Multivariate Verfahren, die geeignet wären, ggf. tieferliegende Strukturen sichtbar zu machen, wurden jedoch nicht angewandt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden einige Ergebnisse der Masterarbeit nicht wiedergegeben.]

...

Die mit EvaSys erhobenen Daten konnten in die IBM Statistiksoftware SPSS transformiert werden. Der automatisch erstellte Datensatz bestand aus insgesamt 653 Variablen. Die Rohdaten mussten zunächst aufbereitet werden, indem sie unter anderem beschriftet und

zusammengeführt sowie neue Variablen erstellt und recodiert wurden, um die Inhalte des Datensatzes schließlich hinreichend auswerten zu können.

...

3.6 Reflexion des Forschungsprozesses [gekürzt]

...

4. Ergebnisdarstellung

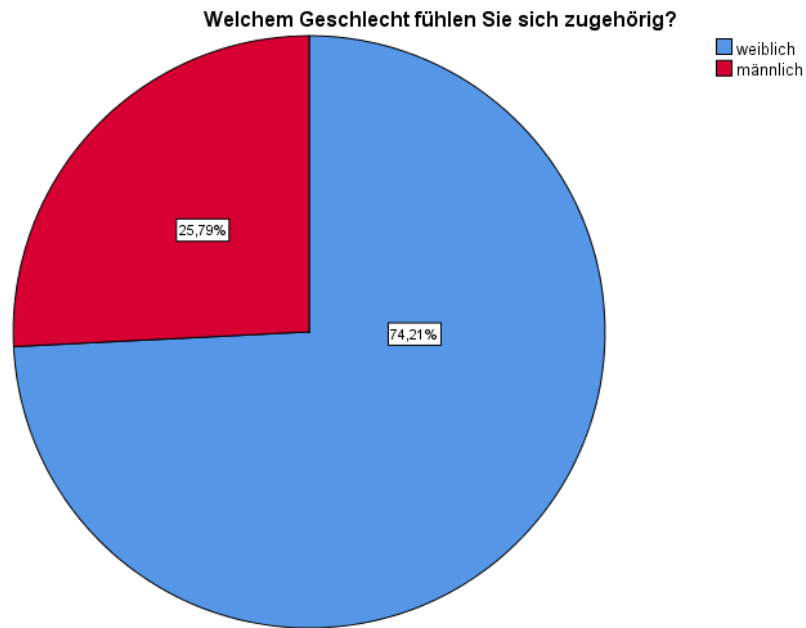
Um die Aussagekraft der Ergebnisse besser einordnen zu können, wird zunächst die Stichprobe vorgestellt. Danach wird auf die Krankheitsdaten, die berufliche Situation sowie die damit verbundenen Herausforderungen eingegangen. Anschließend wird die Bedeutung der Arbeit für die Teilnehmenden dargestellt und deren finanzielle Situation betrachtet. Des Weiteren werden die aktuellen Belastungen und die Unterstützungsbedarfe der Proband*innen aufgezeigt. Abschließend findet eine Zusammenführung der Ergebnisse innerhalb der Erwerbstypen statt.

4.1 Vorstellung und Beschreibung der Stichprobe

Im folgenden Kapitel wird zuerst die Stichprobe der Erhebung vorgestellt und beschrieben. Hier wird zunächst auf die soziodemografischen Gegebenheiten eingegangen und anschließend deren Repräsentativität und Aussagekraft eingeordnet. Dies dient als Grundlage für die Darstellung der weiteren Ergebnisse und hilft, diese besser und im Zusammenhang mit den Gegebenheiten der Stichprobe betrachten, einordnen und interpretieren zu können.

Geschlecht

An der Befragung haben 141 Frauen und 49 Männer teilgenommen. Keine der befragten Personen gab an, divers zu sein und drei der Befragungspersonen haben kein Geschlecht angegeben¹.



So *Abbildung 1: Männer- und Frauenanteil innerhalb der Stichprobe (N=190)*

sind knapp Dreiviertel der befragten Personen weiblich und ein Viertel männlich. Die Annahme, dass dies auch der Grundgesamtheit, also allen an Krebs erkrankten Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland entspricht, ist schwierig, da es hierzu keine Untersuchungen oder Daten gibt. Laut dem vom RKI verfassten Bericht des Krebsgeschehens, auf welchen die einschlägige Literatur mehrheitlich verweist, erkrankten 2016 fast gleich viele Frauen (233.570) wie Männer (258.520) an Krebs (Robert Koch-Institut 2019, 18). Es handelt sich hier jedoch erstens lediglich um die Rate der Neuerkrankungen und nicht um die Rate der in Deutschland mit Krebs Lebenden. Zweitens werden alle Altersstufen miteinbezogen und nicht speziell das erwerbsfähige Alter betrachtet. Somit ist es schwierig, Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu schließen. Auffällig ist, dass das vorhergegangene Evaluationsprojekt eine ähnliche Verteilung der Geschlechter in der Stichprobe aufwies. Auch hier haben deutlich mehr Frauen (68 Prozent) im Vergleich zu Männern (32 Prozent) an dem Projekt teilgenommen (Janßen und Schneider 2019, 12). Der erhöhte Frauenanteil in den Stichproben könnte mit der selektiven Auswahl der Stichproben erklärt werden oder ein Indiz für eine frühere Erkrankung an Krebs von Frauen im Vergleich zu Männern sein. Dies wird im Zuge der Darstellung des Krankheitsstatus näher betrachtet und geprüft.

¹ Aus Gründen der Einheitlichkeit werden in der Ergebnisdarstellung weiterhin alle Geschlechter einbezogen.

Alter der Befragungspersonen

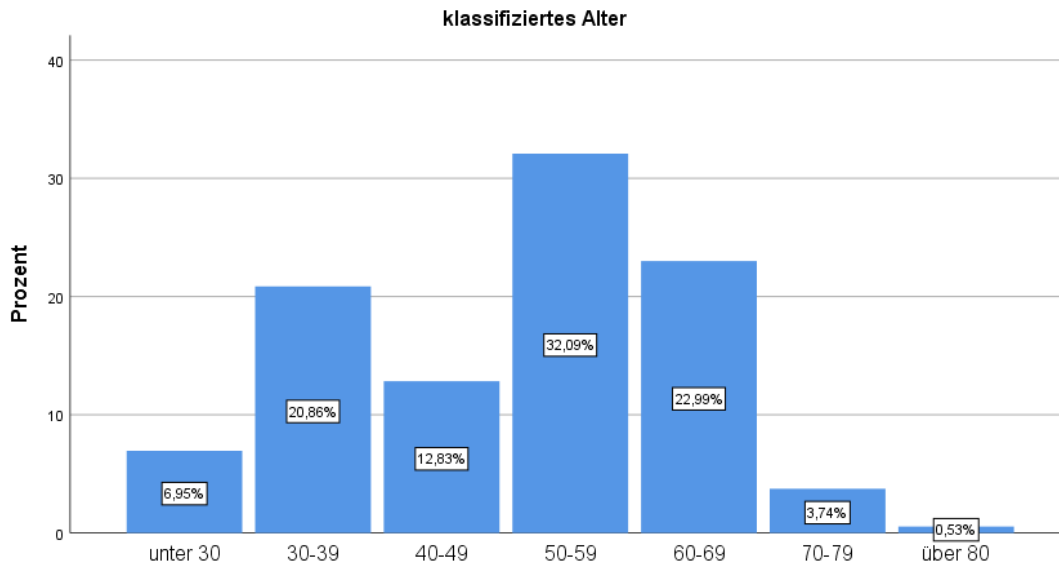


Abbildung 2: Alter der Stichprobe (N=187)

Das durchschnittliche Alter der befragten Personen beträgt 50,2 Jahre mit einer Standardabweichung² von 13,1. Die jüngste Person der Stichprobe ist 22 Jahre alt, die älteste 83 Jahre. Die Abbildung 3 zeigt die Altersverteilung der Stichprobe.

Alter	Mittelwert	N	Std.-Abweichung	Minimum	Maximum
weiblich	46,7626	139	11,76865	22,00	67,00
männlich	59,4783	46	11,69756	26,00	83,00
Insgesamt	49,9243	185	12,95035	22,00	83,00

Tabelle 2: Mittelwerte: Alter nach Geschlecht

Die männlichen Krebspatienten der Stichprobe sind im Durchschnitt 59,5 Jahre alt. Die weiblichen Befragten sind durchschnittlich

46,8 Jahre alt und damit deutlich jünger als die krebserkrankten Männer der Stichprobe. Dies kann auch auf ein früheres Erkrankungsalter von Frauen hinweisen, welches, wie schon erwähnt, in Kapitel 4.3.1 untersucht wird. Da das Erkrankungsalter im Vergleich zu dem aktuellen Alter der befragten Personen in Bezug auf die Forschungsfrage interessanter und aussagekräftiger ist, wird das aktuelle Alter an dieser Stelle nicht weiter untersucht. Zumal es bundesweit keine Datenbasis gibt, mit der die Stichprobe verglichen werden kann.

² Die Standardabweichung informiert darüber, wie weit die Werte einer Verteilung vom Mittelwert entfernt liegen (Kuckartz et al. 2013, 71).

Familienstand der Befragungspersonen

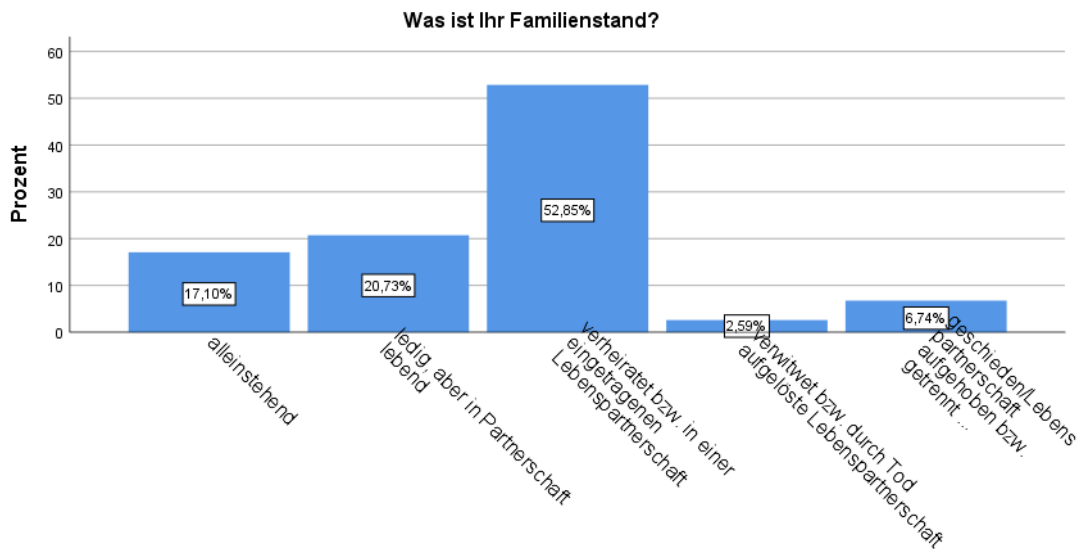


Abbildung 3: Familienstand der Befragten (N=193)

Knapp über die Hälfte (52,8 Prozent) der Befragten ist verheiratet oder lebt in einer eingetragenen Partnerschaft. 20,7 Prozent (40 Befragungspersonen) sind ledig, leben aber in einer Partnerschaft. 17,1 Prozent sind alleinstehend. Deutlich weniger Befragte sind verwitwet bzw. haben eine durch einen Todesfall aufgelöste Lebenspartnerschaft (2,6 Prozent) oder sind geschieden (6,7 Prozent).

Mehr als die Hälfte (54,9 Prozent) der Befragten hat Kinder. Neben diesen 106 Befragten haben 86 der befragten Personen keine Kinder, das entspricht 44,6 Prozent der Stichprobe. Im Durchschnitt haben die Befragten mit Kindern 2,1 Kinder (Standardabweichung 0,87). In der Stichprobe war die angegebene Mindestanzahl an Kindern ein Kind, die höchste Anzahl vier Kinder.

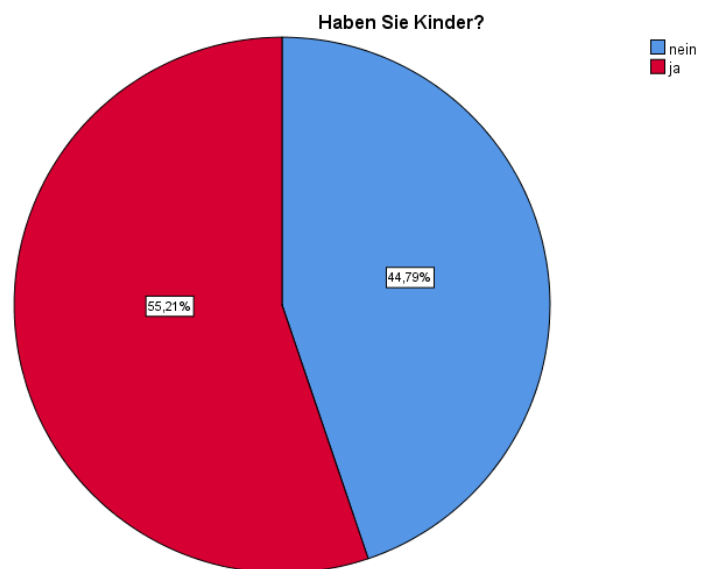


Abbildung 4: Kinder der Befragten (N=192)

Durchschnittlich sind die jüngsten Kinder der hierbefragten krebserkrankten Menschen ca. 24 Jahre alt (Standardabweichung 10,3). Das jüngste Kind befindet sich im ersten Lebensjahr und das älteste erstgeborene Kind im 51. Lebensjahr.

Muttersprache der Befragten

Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Deutsch	182	94,3	95,3	95,3
	Deutsch und eine weitere Sprache	4	2,1	2,1	97,4
	Eine andere Sprache als Deutsch	5	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	191	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		193	100,0		

Tabelle 3: Muttersprache der Befragten

182 der Befragten geben an, dass Deutsch ihre Muttersprache ist, das entspricht 94,3 Prozent aller befragten Personen. Lediglich 4 Personen (2,1 Prozent) geben an, neben Deutsch eine weitere Muttersprache zu haben und 5 Personen (2,6 Prozent) sprechen eine andere Muttersprache als Deutsch.

Migrationshintergrund der Befragungspersonen

Sind Sie oder Ihre Eltern nach Deutschland zugewandert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	Ja, ich selbst	6	3,1	3,1	3,1
	Ja, beide Elternteile	5	2,6	2,6	5,8
	Ja, ein Elternteil	8	4,1	4,2	9,9
	Nein	172	89,1	90,1	100,0
	Gesamt	191	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		193	100,0		

Tabelle 4: Migrationshintergrund der Befragten

Der Großteil der Befragten (89,1 Prozent) hat keinen Migrationshintergrund. Bei lediglich 9,9 Prozent der Befragten sind sie selbst, ein oder beide Elternteile nach Deutschland eingewandert. Auch hier gibt es keine Vergleichsdaten, die Auskunft über den Anteil der krebserkrankten Menschen im erwerbsfähigen Alter mit einem Migrationshintergrund geben. Um jedoch die Daten der Stichprobe besser einordnen zu können, werden diese mit den Daten des Mikrozensus des Statistischen Bundesministeriums verglichen.

Dieses erfasste 2016, dass 22,5 Prozent aller Einwohner Deutschlands einen Migrationshintergrund aufweisen (Bundeszentrale für politische Bildung 2018, o.S.). Dies ist mehr als doppelt so viel wie in der hier vorliegenden Stichprobe. Jedoch hat das Bundesministerium zudem herausgefunden, dass der Anteil der Menschen mit einem Migrationshintergrund im Zusammenhang mit dem Alter steht. Je jünger die Altersgruppe ist, desto höher ist der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund. Da es sich in der Stichprobe um Menschen im erwerbsfähigen Alter handelt und Krebs eine Erkrankung ist (Komma) die im Alter zunimmt, muss dies hier berücksichtigt werden. Wird beispielsweise der Migrationsanteil von 13 Prozent bei der Altersgruppe der 65 bis 75-Jährigen betrachtet, so liegt dieser unter den 22,5 Prozent des Migrationsanteils der Gesamtbevölkerung (Bundeszentrale für politische Bildung 2018, o.S.). Um die Daten besser vergleichen zu können, wurde der Migrationsanteil der Stichprobe pro Altersgruppe berechnet.

■ Bevölkerung mit Migrationshintergrund III

Nach Altersgruppen, in absoluten Zahlen und Anteil an der jeweiligen Altersgruppe in Prozent, 2016

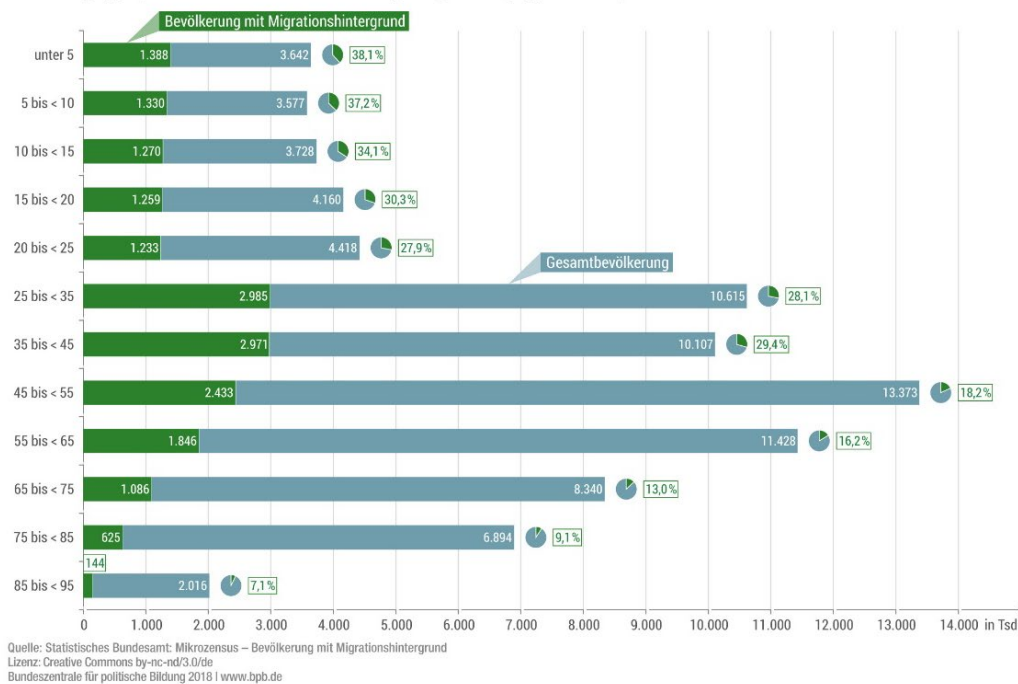


Abbildung 5: Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung

Da die Stichprobe 194 Befragte beinhaltet, sind in vielen Altersgruppen nicht genügend Befragungspersonen vorhanden, um Vergleiche anzustellen. Jedoch sind 70 der Befragten im Alter von 55 bis unter 65 Jahren, weshalb der Anteil mit Migrationshintergrund in dieser Gruppe exemplarisch mit den Daten für die Altersgruppe des Mikrozensus verglichen wird. In der Gesamtbevölkerung haben laut dem Mikrozensus 16,2 Prozent dieser Altersgruppe (55 bis >65 Jahre) einen Migrationshintergrund (Bundeszentrale für politische Bildung 2018, o.S.). In der hier vorliegenden Stichprobe haben 5,7 Prozent einen Migrationshintergrund. Dies ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich weniger. Anhand des Vergleichs mit

Migrationshintergrund,dichotom * klassifiziertes Alter Kreuztabelle

		klassifiziertes Alter							Gesamt
		20 bis >25	25 bis >35	35 bis >45	45 bis >55	55 bis >65	65 bis >75	75 bis >85	
Migrationshintergrund	Anzahl	0	4	5	5	4	1	0	19
	% innerhalb von Migrationshintergrund, dichotom	0,0%	21,1%	26,3%	26,3%	21,1%	5,3%	0,0%	100,0%
	% innerhalb von klassifiziertes Alter	0,0%	12,9%	15,2%	14,3%	5,7%	9,1%	0,0%	10,2%
	% der Gesamtzahl	0,0%	2,2%	2,7%	2,7%	2,2%	0,5%	0,0%	10,2%
keinen Migrationshintergrund	Anzahl	2	27	28	30	66	10	4	167
	% innerhalb von Migrationshintergrund, dichotom	1,2%	16,2%	16,8%	18,0%	39,5%	6,0%	2,4%	100,0%
	% innerhalb von klassifiziertes Alter	100,0%	87,1%	84,8%	85,7%	94,3%	90,9%	100,0%	89,8%
	% der Gesamtzahl	1,1%	14,5%	15,1%	16,1%	35,5%	5,4%	2,2%	89,8%
Anzahl		2	31	33	35	70	11	4	186

Tabelle 5: Kreuztabelle: Migrationshintergrund und Alter

der Gesamtbevölkerung kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund in dieser Stichprobe unterrepräsentiert sind, auch wenn keine spezifischen Daten zu krebserkrankten Menschen und dem Migrationshintergrund vorliegen.

Höchster Schulabschluss der befragten Personen

Mehr als die Hälfte (52,3 Prozent) der Proband*innen hat die allgemeine Fachhochschulreife als höchsten Schulabschluss genannt. 18,1 Prozent gaben eine Fachhochschulreife und 24,35 Prozent die Mittlere Reife an. Nur 9 Personen (4,7 Prozent) haben einen Hauptschulabschluss und eine Person (0,5 Prozent) hat keinen Schulabschluss.

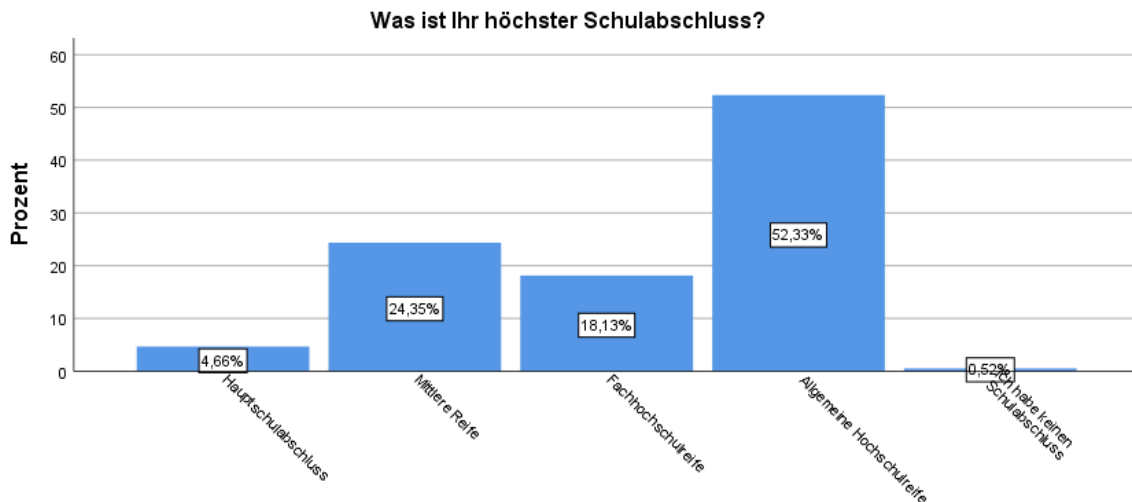


Abbildung 6: Schulabschluss der Befragten (N=193)

Auch hier ist leider anzumerken, dass keine Daten vorliegen, mit denen die Stichprobe in Bezug auf die Grundgesamtheit untersucht werden kann. Jedoch können als Orientierung auch in diesem Fall wieder Daten, bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands, herangezogen werden. Laut dem achten Bildungsbericht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung aus dem Jahr 2020 verfügten 29,6 Prozent der Bevölkerung in Deutschland

über einen Hauptschulabschluss (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020, 65-69). Dies ist deutlich mehr, als in der hier vorliegenden Stichprobe (4,7 Prozent). Mit 23,3 Prozent unterscheidet sich die Anzahl der Menschen mit einem Realschulabschluss in der Gesamtbevölkerung Deutschlands nur unwesentlich mit den 24,4 Prozent der Befragten Realschulabgängern der Stichprobe. Hervorzuheben ist jedoch, dass in der Stichprobe ca. 70 Prozent einen Fach- oder allgemeinen Hochschulabschluss haben. Dies ist im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung im Jahr 2018, in der 32,5 Prozent einen Fach- oder Hochschulabschluss haben (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020, 65-69), mehr als doppelt so viel. Somit lässt sich zusammenfassen, dass in der Stichprobe, im Vergleich zu der Bevölkerung in Deutschland, die Menschen mit einem Fach- oder Hochschulabschluss deutlich überrepräsentiert sind.

Höchster Berufsabschluss der befragten Personen

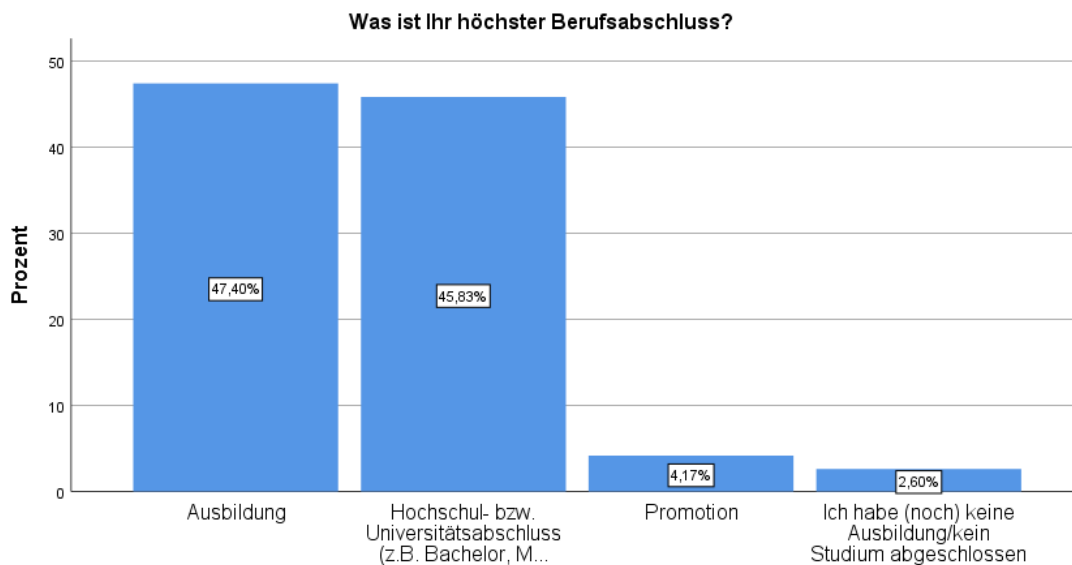


Abbildung 7: Berufsabschluss der Befragten (N=192)

91 Personen gaben in der Befragung als höchsten Bildungsabschluss eine Ausbildung an. Dies entspricht mit 47,4 Prozent fast der Hälfte der Stichprobe. Der mit 43,8 Prozent am zweithäufigsten genannte höchste Bildungsabschluss ist der Hochschul- bzw. Universitätsabschluss. 4,2 Prozent der Befragten haben eine Promotion abgeschlossen und 2,6 Prozent haben (noch) keinen Bildungsabschluss. Verglichen mit dem Anteil von 25 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland wird deutlich, dass mit 45,8 Prozent weitaus mehr Befragungspersonen des Forschungsprojektes einen Hochschul- bzw. Universitätsabschluss haben. Vergleicht man die Personen der Stichprobe mit einer Ausbildung (47,4 Prozent) und die der deutschen Bevölkerung mit einer Ausbildung (47,5 Prozent), kann festgestellt werden, dass hier keine nennenswerten Unterschiede vorhanden sind. Jedoch sind die

Menschen mit einer Promotion in der Stichprobe mit 4,2 Prozent im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (1,2 Prozent) überrepräsentiert. Hier muss jedoch der Umfang und der Zugang zur Stichprobe beachtet werden, denn insgesamt haben 8 Personen in der Stichprobe promoviert, was den Vergleich zur Gesamtbevölkerung relativiert. Auffällig ist zudem, dass in der Befragung lediglich 2,6 Prozent angaben, (noch) keine Berufsausbildung zu haben. In der deutschen Bevölkerung weisen 2018 25,4 Prozent keine Berufsausbildung auf. So lässt sich festhalten, dass die Stichprobe im Bereich der Berufsausbildung nicht die deutsche Bevölkerung widerspiegelt und hohe Bildungsabschlüsse auffällig oft vertreten sind. Auch das vorhergegangene Evaluationsprojekt hatte mit 4,5 Prozent eine verhältnismäßig geringe Anzahl an Menschen ohne Berufsabschluss. Hier enthielt die Stichprobe ebenfalls einen hohen Anteil an Menschen (37,6 Prozent) mit einem Universitäts- bzw. Hochschulabschluss (Janßen und Schneider 2019, 21). Bei beiden Stichproben könnte hier der Zugang zum Feld eine Rolle spielen.

Aktuelle berufliche Situation der Befragten

60,6 Prozent der Befragten gaben an, aktuell berufstätig zu sein. Weitere 7,8 Prozent sind derzeit berufstätig, jedoch aktuell aufgrund der Krebserkrankung krankgeschrieben. 8,8 Prozent der Befragten beziehen eine Altersrente und 8,3 Prozent eine Erwerbsminderungsrente. Eine Person (0,5 Prozent) gab an, gerade in einer Ausbildung zu sein. Vier Personen

In welcher beruflichen Situation befinden Sie sich zurzeit? Wenn auf Sie mehrere Aussagen zutreffen, wählen Sie bitte diejenige aus, die Ihre derzeitige berufliche Situation am besten beschreibt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich bin berufstätig	117	60,6	60,6	60,6
	Ich bin berufstätig, aber zurzeit aufgrund meiner Krebs...	15	7,8	7,8	68,4
	Ich beziehe eine Erwerbsminderungsrente	16	8,3	8,3	76,7
	Ich beziehe Altersrente	17	8,8	8,8	85,5
	Ich bin Auszubildende*r	1	,5	,5	86,0
	Ich bin Student*in	4	2,1	2,1	88,1
	Ich bin für die Betreuung meiner Kinder zuständig	2	1,0	1,0	89,1
	Ich bin für die Betreuung von pflegebedürftigen Angeh...	2	1,0	1,0	90,2
	Ich bin arbeitssuchend bzw. arbeitslos	8	4,1	4,1	94,3
	Etwas anderes	11	5,7	5,7	100,0
	Gesamt	193	100,0	100,0	

Tabelle 6: Momentane berufliche Situation der Befragten

(2,1 Prozent) gaben an, zu studieren. Jeweils zwei Personen (1,0 Prozent) waren zum Zeitpunkt der Erhebung für die Betreuung ihrer Kinder zuständig oder pflegten eine*n Angehörig*n. Lediglich acht Personen (4,1 Prozent) gaben an, arbeitslos bzw. arbeitssuchend zu sein.

Auffällig im Vergleich zu dem zuvor durchgeführten Evaluationsprojekt ist, dass hier 70 Prozent der Befragten aufgrund ihrer Krebserkrankung krankgeschrieben waren (Janßen und Schneider 2019, 21). In dem vorliegenden Forschungsprojekt gaben 7,8 Prozent an, krankgeschrieben zu sein. Grund hierfür könnte die Aktualität der Krebserkrankung sein, denn der Fragebogen dieses Forschungsprojektes konnte auch rückblickend ausgefüllt werden.

Einkommen der befragten Personen

Das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen der Befragten pro Haushalt 3517,82 Euro. Hier ist die Standardabweichung jedoch sehr hoch (2042,56 Euro). Dies bedeutet,

Wie hoch ist das Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Gemeint ist damit der Betrag, der insgesamt dem Haushalt zur Deckung der Ausgaben zur Verfügung steht. Dabei sollten Sie auch Einnahmen wie Kindergeld, Wohngeld oder Einnahmen aus Vermietung ...

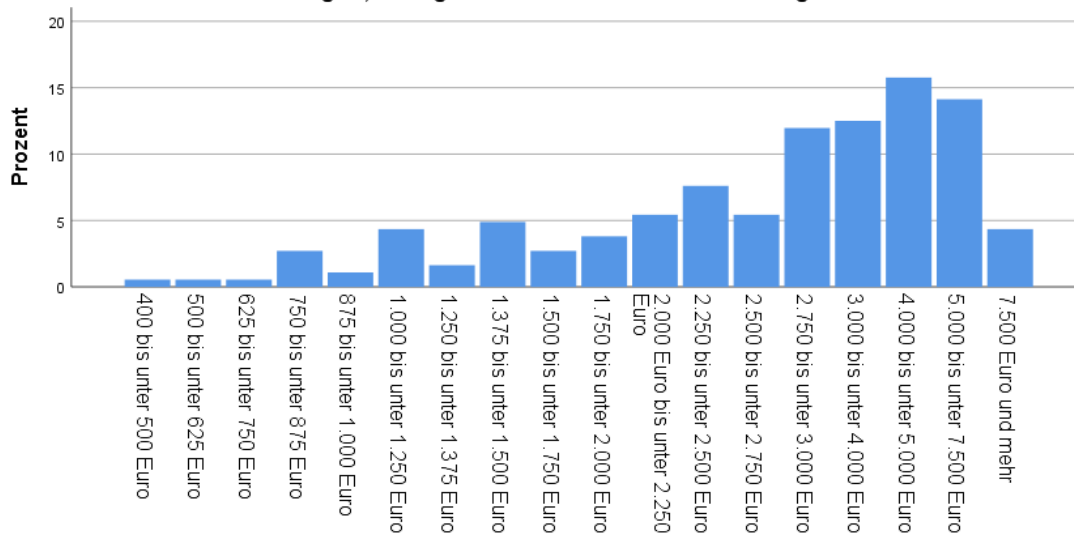


Abbildung 8: Haushaltsnettoeinkommen der Befragten (N=184)

dass das Nettohaushaltseinkommen in der Stichprobe weit gestreut bzw. verteilt ist. Das niedrigste Nettohaushaltseinkommen, das genannt wurde, liegt im Bereich 400 Euro bis unter 500 Euro. Das maximale Nettohaushaltseinkommen der Stichprobe liegt im Bereich 7500 Euro und mehr. In Abbildung 9 wird deutlich, dass die Mehrheit der befragten Personen (71,7 Prozent) über ein Nettohaushaltseinkommen von 2250 Euro verfügt. Ob dies jedoch der Grundgesamtheit aller krebserkrankten Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland entspricht, kann nur bedingt abgewogen werden. Verglichen mit der Gesamtbevölkerung Deutschlands ist jedoch das durchschnittliche Nettohaushaltseinkommen der Stichprobe (3517,82 Euro) lediglich um circa 400 Euro höher. Das vom Bundesministerium für politische Bildung im Datenreport 2018 veröffentlichte Nettohaushaltseinkommen betrug

im Durchschnitt 3.314 Euro im Monat (Behrends et al. 2018, o.S). Da in der Stichprobe bei dem durchschnittlichen Nettohaushaltseinkommen jedoch nicht die Anzahl der Personen, die in einem Haushalt leben, beachtet wird, ist dieser Mittelwert nur bedingt aussagekräftig. Das berechnete Haushaltseinkommen pro Person beträgt 1740,52 Euro mit einer Standardabweichung von 827,6 Euro. Da hier jedoch nicht eingerechnet ist, dass Personen, die in einem gemeinsamen Haushalt leben, bestimmte Kosten wie Miete oder Lebensmittel teilen und deshalb geringere Ausgaben haben, können auch hier nur bedingt Aussagen über die Reichtums- oder Armutsverhältnisse der Stichprobe gemacht werden. Um einen besseren Vergleich zu haben, wird deshalb das durchschnittliche Nettoeinkommen von Singlehaushalten des Datenreports 2018 mit dem monatlichen Nettoeinkommen der Singlehaushalte der Stichprobe verglichen. 2018 hatten laut dem Bundesministerium für politische Bildung Alleinstehende monatlich 2013 Euro zur Verfügung (Behrends et al. 2018, o.S). In der Stichprobe haben Menschen, die alleine in einem Haushalt leben, ein durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen von 1809,21 Euro. So ist das monatliche Nettoeinkommen der Alleinstehenden der Stichprobe um knapp 200 Euro geringer, als das der Singlehaushalte in Deutschland. Schwierig abzuschätzen ist hier, ob das Nettohaushaltseinkommen der Stichprobe mit dem Nettohaushaltseinkommen der Grundgesamtheit übereinstimmt, da es, wie schon erwähnt, keine Vergleichsdaten gibt und die Größe der Stichprobe eine allgemein gültige Aussage über das Nettohaushaltseinkommen von krebserkrankten Menschen nicht zulässt.

4.2 Einschätzung der Stichprobe

Der Vergleich der soziodemografischen Daten der Stichprobe mit der Grundgesamtheit sowie dem vorangegangenen Evaluationsprojekt hat ergeben, dass die Stichprobe einen sehr hohen Frauenanteil aufweist. Des Weiteren wurde deutlich, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund oder Menschen ohne Schulabschluss oder Berufsausbildung unterrepräsentiert sind. Im Gegenzug sind Menschen mit einem hohen Bildungs- und Berufsabschluss in der Stichprobe überdurchschnittlich vertreten.

Aufgrund der hier dargestellten Abweichungen der Stichprobe von der Allgemeinbevölkerung und aufgrund der niedrigen Fallzahl (193) ist die Stichprobe nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit, weshalb die Ergebnisse nicht auf alle Krebspatient*innen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland eins zu eins übertragen werden können.

Auch wenn die Stichprobe die Grundgesamtheit nicht repräsentiert, sind die Ergebnisse der Befragung für den hier dargestellten Ausschnitt der Grundgesamtheit (Menschen ohne Migrationshintergrund sowie mit einem hohen Schul- und Bildungsabschluss) inhaltlich relevant. Durch die Erhebung konnten verschiedene Problemlagen von Menschen mit einer

Krebserkrankung in Bezug auf ihre berufliche Situation identifiziert werden. Diese könnten auch auf andere Krebspatient*innen zutreffen und als Grundlage für weitere Erhebungen relevant sein. Zudem wurden durch die Befragung die in Kapitel 3.4 dargestellten Erwerbstypen identifiziert und Unterschiede in Bezug auf Herausforderungen oder Unterstützungsbedarfe innerhalb dieser Typen herausgefunden. Über die Bildung der Erwerbstypen ist in der bisherigen Literatur zur Krebsforschung nichts zu finden. Da jedoch viele Unterschiede dieser Typen festgestellt werden konnten, dient dies als weitere Grundlage für zukünftige Forschungsprojekte. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der geringeren Anzahl der teilgenommenen Befragten lediglich drei der sieben Erwerbstypen betrachtet und verglichen werden können, da die anderen Erwerbstypen zu wenig Personen und somit Vergleichsdaten beinhalten. Jedoch können die in diesen Typen identifizierten Herausforderungen auch für andere Typen inhaltlich wichtig sein. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich teilweise auf die gesamte Stichprobe und teilweise werden die Erwerbstypen (Verbliebene, Rückgekehrte und Rückkehrplaner*innen), die eine ausreichende Anzahl an Befragungspersonen aufweisen, miteinander verglichen.

4.3 Beschreibung der Krankheitsdaten

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Krebsarten, dem aktuellen Status der Krebserkrankung und deren Behandlungen. Des Weiteren werden die daraus resultierenden Beschwerden sowie eine mögliche Schwerbehinderung der Proband*innen betrachtet. Zudem zeigt dieses Kapitel auf, inwieweit eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen und wie diese empfunden wurde.

4.3.1 Krankheitsdaten allgemein

Zunächst wird auf die allgemeinen Krankheitsdaten eingegangen. Die Krebserkrankung, die von 28,1 Prozent der Befragten und somit am häufigsten genannt wurde, war Brustkrebs. Als zweithäufigste Erkrankung wurde Harnblasenkrebs mit 12,5 Prozent, gefolgt von Darmkrebs mit 12 Prozent angegeben. Weitere in dieser Stichprobe vielfach vertretene Diagnosen waren unter anderem Lymphome (10,4 Prozent), gynäkologische Tumore (9,4 Prozent) und Prostatakrebs (8,3 Prozent). Unter der Kategorie ‚Sonstiges‘ wurde zusätzlich 7 Mal Schilddrüsenkrebs erwähnt, was insgesamt einen Anteil von 3,6 Prozent ausmacht. Die meisten Befragten hatten jeweils nur eine dieser Krebsdiagnosen. Allerdings wurden bei 8 Personen (4 Prozent) Zweittumore und bei 2 Befragten (1 Prozent) sogar drei unterschiedliche Lokalisationen von Krebs festgestellt.

Häufigkeiten von Krebserkrankungen

Antworten

Prozent der Fälle

		N	Prozent	
Art der Krebserkrankung	Brustkrebs	54	26,5%	28,1%
	Gynäkologische Tumore	18	8,8%	9,4%
	Prostatakrebs	16	7,8%	8,3%
	Leukämie	9	4,4%	4,7%
	Lungenkrebs	2	1,0%	1,0%
	Hirntumor	3	1,5%	1,6%
	Hautkrebs	4	2,0%	2,1%
	Lymphome	20	9,8%	10,4%
	Magenkrebs	1	0,5%	0,5%
	Darmkrebs	23	11,3%	12,0%
	Nierenkrebs	1	0,5%	0,5%
	Harnblasenkrebs	24	11,8%	12,5%
	HNO	7	3,4%	3,6%
	Sonstige	22	10,8%	11,5%
Gesamt		204	100,0%	106,3%

Tabelle 7: Krebserkrankungen der Befragten

Das durchschnittliche Erkrankungsalter der Befragungspersonen liegt bei ungefähr 43,4 Jahren, mit einer Standardabweichung von 11,8. Wird dieses mit den Daten des RKI verglichen, ist auffällig, dass das hier vorliegende Erkrankungsalter relativ niedrig ist. Das RKI

Bericht

Erkrankungsalter		
Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?	Mittelwert	N
weiblich	40,6842	133
männlich	51,5000	40
Insgesamt	43,1850	173

Tabelle 8: Mittelwerte: Erkrankungsalter und Geschlecht

spricht von einem mittleren Erkrankungsalter von 67,2 Jahren bei Frauen und 68,3 Jahren bei Männern (ZfKD 2016, 22). In dieser Stichprobe sind Frauen durchschnittlich im Alter von 40,7 Jahren und Männer im Alter von 51,5 Jahren an Krebs erkrankt. Der Unterschied der Daten der Stichprobe zu denen des RKI,

kann mitunter darin begründet sein, dass die Befragung nur die Personen im erwerbsfähigen Alter miteinbezog. In dieser Stichprobe wurden nicht die Menschen berücksichtigt, die in einem höheren Alter, wie z.B. im Ruhestand, an Krebs erkrankt sind. Mit zunehmendem Alter steigt die Erkrankungsrate deutlich an. Wäre diese Personengruppe also in der Befragung inbegriffen, wäre auch das durchschnittliche Erkrankungsalter deutlich höher gewesen.

Ferner führte der offensichtlich hohe geschlechtsspezifische Unterschied bezüglich des Erkrankungsalters innerhalb der Stichprobe zur Überprüfung einer statistisch signifikanten Abhängigkeit zwischen dem Geschlecht und dem Erkrankungsalter. Die hier verfolgte Hy-

pothese war, dass das Erkrankungsalter vom Geschlecht abhängig ist. Die gerichtete Hypothese lautete: Männer erkranken später an Krebs als Frauen. Um diese Hypothese auf ihren Wahrheitsgehalt für diese Stichprobe zu überprüfen, wurde aufgrund der gegebenen Voraussetzungen ein U-Test als geeignetes statistisches Prüfverfahren durchgeführt.

Mann-Whitney-Test

klassifiziertes Erkrankungsalter	Ränge			
	Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
	weiblich	132	75,43	9957,00
	männlich	40	123,03	4921,00
	Gesamt	172		

Statistik für Test^a

	klassifiziertes Erkrankungsalter
Mann-Whitney-U	1179,000
Wilcoxon-W	9957,000
Z	-5,467
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable: Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

Tabelle 9: Ergebnisse U-Test: Erkrankungsalter und Geschlecht

Personenanzahl ergeben, miteinander verglichen, ist deutlich erkennbar, dass Männer mit 123,03 einen höheren Rangplatz als Frauen mit 75,43 einnehmen. Männer haben folglich immer höhere Werte als Frauen angegeben, weshalb ihnen ein höherer Rangplatz zugeteilt wurde. Das Testergebnis weist mit einem Ergebnis von 0,000 ebenfalls auf eine statistische Signifikanz hin. Es würde mit einer 99,9%-igen Wahrscheinlichkeit kein Fehler gemacht werden, wenn die zuvor aufgestellte Alternativhypothese: ‚Das Erkrankungsalter ist abhängig vom Geschlecht.‘ angenommen werden würde. Der z-transformierte³ U-Wert bzw. Z-Wert in Höhe von -5,457 lässt eine Berechnung der Stärke des Zusammenhangs zu, indem dieser durch die Wurzel der Anzahl der Fälle dividiert und das Ergebnis in Betrag gesetzt wird. Als Ergebnis erhält man einen Wert von 0,42, was einem starken Effekt entspricht. Somit kann festgehalten werden, dass Frauen in dieser Stichprobe deutlich früher an Krebs erkrankt sind als Männer. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit den Daten des RKI, auf die bereits in Kapitel 2.5 eingegangen wurde. Die Neuerkrankungsrate bei Brustkrebs liegt in

Die Ergebnisse in Tabelle 11 zeigen eine deutlich höhere Rangsumme bei Frauen auf. Dies ist allerdings auf den hohen Frauenanteil in dieser Befragung zurückzuführen. Werden die mittleren Ränge, die sich durch das Dividieren der Rangsumme durch die

³ Eine Z-Transformation ist die Umwandlung einer Normalverteilung, die vor allem in ihrer Streuung ganz unterschiedlich aussehen kann, in eine Standardnormalverteilung, bei der der Mittelwert 0 und die Standardabweichung 1 beträgt. Dies ist insoweit sinnvoll, um verschiedene Verteilungskurven miteinander zu vergleichen und Informationen darüber zu erhalten, wie viele Standardabweichungen der jeweils zugeordnete Z-Wert vom arithmetischen Mittel abweicht (Kuckartz et al. 2013, 78-79 und 294).

einem deutlich früheren Lebensalter als bei anderen Krebsarten wie beispielsweise Prostatakrebs (ZfKD 2016, 38-42). Dies könnte eine Begründung für den hohen Frauenanteil in dieser Stichprobe sein (siehe Kapitel 4.1), der auch im Heidelberger Evaluationsprojekt von 2017/18 festgestellt wurde. Es ist möglich, dass sich hauptsächlich krebserkrankte Frauen mit der Thematik der Erwerbsarbeit konfrontiert sehen, da vor allem Brustkrebs häufiger schon in einem erwerbsfähigen Alter auftritt. Die Überrepräsentation von Frauen muss also nicht unbedingt auf eine selektive Stichprobe hindeuten, sondern könnte auch ein Abbild der Grundgesamtheit sein. Allerdings können hier keine weiteren Vergleiche mit anderen Untersuchungen gezogen werden, weshalb erneut auf die Notwendigkeit der Überprüfung dieser Erkenntnisse durch weiteres Forschungsvorgehen hingewiesen wird.

Auf die Frage, in welcher Krankheitssituation sich die Befragungspersonen momentan befinden, gaben 25 Prozent an, dass ihre Krebsdiagnose einer Ersterkrankung entspricht. 11 Prozent sind derzeit in Remission, 9 Prozent im Rezidiv und bei 7 Prozent wurden Metastasen festgestellt. Die meisten, also 62 Prozent der Befragten, befinden sich momentan in einer stabilen Phase ohne Krebsbefunde.

Häufigkeiten von aktuellem Krankheitsstatus

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
aktueller Krankheitsstatus	Ersterkrankung	47	20,6%	24,5%
	Zweitumor	6	2,6%	3,1%
	Es wurden Metastasen festgestellt	14	6,1%	7,3%
	Remission (rückgängige Entwicklung der Krebserkrankung)	21	9,2%	10,9%
	Rezidiv (wiederkehrende Krebserkrankung)	17	7,5%	8,9%
	Stabile Phase ohne Krebsbefunde ("krebsfrei")	118	51,8%	61,5%
	Derzeit nicht zu beurteilen	5	2,2%	2,6%
Gesamt	228	100,0%	118,8%	

Tabelle 10: Krankheitsstatus der Befragten

Dies lässt darauf schließen, dass die meisten Befragten den Fragebogen aus der Retrospektive beantwortet haben und ihre aktuelle Situation eher nicht der kurz nach der Krebsdiagnose entspricht. Die Daten geben allerdings auch Aufschluss darüber, wie lange sich die Befragungspersonen bereits in diesem Krankheitsstatus befinden. Hier wird ersichtlich,

Wie viele Jahre sind Sie "krebsfrei"?				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	8	4,1	7,0
	1,00	17	8,8	14,9
	2,00	20	10,4	17,5
	3,00	17	8,8	14,9
	4,00	7	3,6	6,1
	5,00	6	3,1	5,3
	6,00	7	3,6	6,1
	7,00	4	2,1	3,5
	8,00	3	1,6	2,6
	9,00	5	2,6	4,4
	10,00	4	2,1	3,5
	11,00	4	2,1	3,5
	12,00	2	1,0	1,8
	14,00	3	1,6	2,6
	16,00	2	1,0	1,8
	17,00	1	,5	,9
	18,00	1	,5	,9
	21,00	1	,5	,9
	23,00	1	,5	,9
	41,00	1	,5	,9
Gesamt		114	59,1	100,0
Fehlend	System	79	40,9	
Gesamt		193	100,0	

Tabelle 11: Bisherige Dauer der stabilen Phase der Befragten

Deskriptive Statistik						
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung	Varianz
Wie viele Jahre sind Sie "krebsfrei"?	114	,00	41,00	5,3246	5,84535	34,168
Gültige Werte (Listenweise)	114					

Tabelle 12: Mittelwert der bisherigen Dauer der stabilen Phase

das die stabile Phase ohne Krebsbefunde bei etwa 83 Prozent der Befragten nicht länger als 10 Jahre andauert. Bei 66 Prozent sind es immer noch höchstens 5 Jahre. Der Mittelwert der Jahre, wie lange sich die Befragten bereits in der stabilen Phase befinden, beträgt 5,3 Jahre mit einer Standardabweichung von 5,85. Aus diesem Grund wurde die Aktualität der Daten trotz der Tatsache, dass die meisten

den Fragebogen rückblickend beantwortet haben, als gewährleistet bewertet.

4.3.2 Durchgeführte Behandlungen

Auf die Frage, welche Behandlungen bei den Befragten aufgrund der Krebserkrankung bereits bzw. momentan durchgeführt wurden bzw. werden, wurde am meisten die Operation

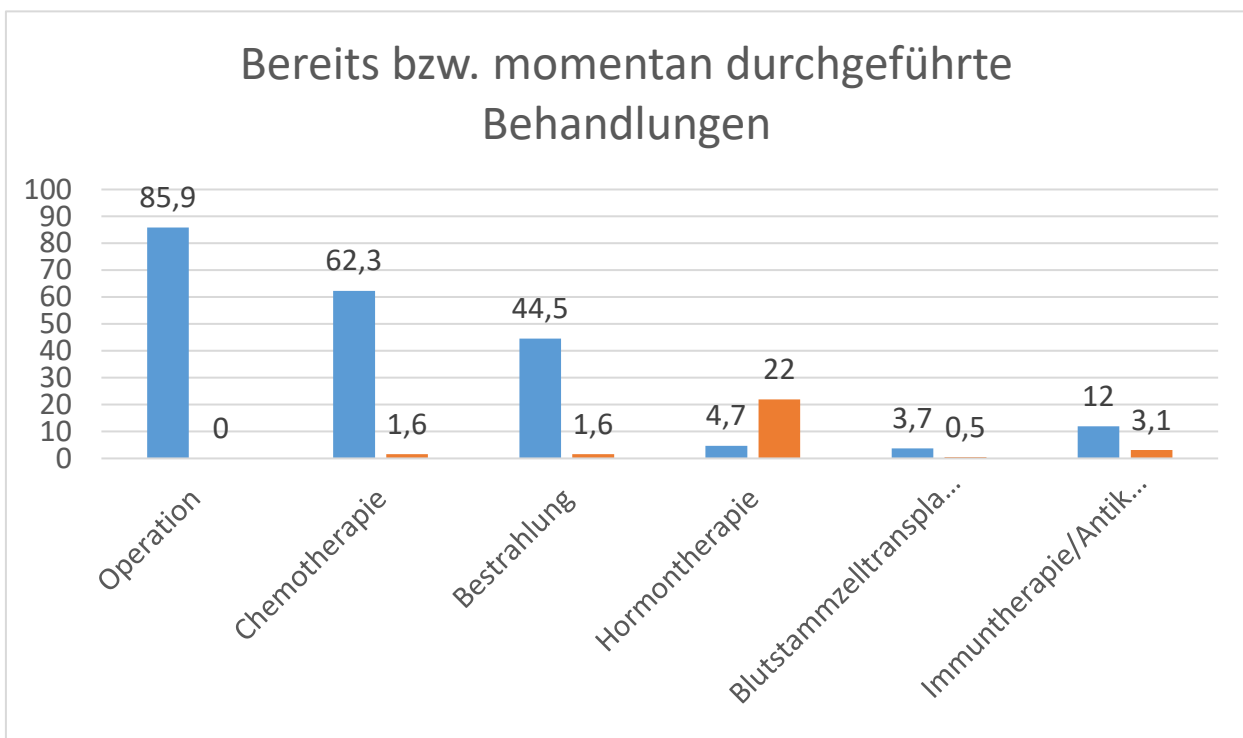


Abbildung 9: Bereits bzw. momentan durchgeführte Therapien (Angabe in Prozent) (N=193)

(85,9 Prozent), gefolgt von der Chemotherapie (63,9 Prozent), der Bestrahlung (46,1 Prozent), der Hormontherapie (26,7 Prozent) und der Immun- bzw. Antikörpertherapie (15,1 Prozent) angeben. Einer Blutstammzelltransplantation haben sich nur 8 Personen (4,2 Prozent) unterzogen. Ein Vergleich zu den Daten des Evaluationsprojekts, in dem 25 Prozent eine Operation, 80 Prozent eine Chemotherapie, 13 Prozent eine Bestrahlung und 11 Prozent sonstige Behandlungen hatten (Walther et al. 2019, 12), zeigt, dass in der vorliegenden Stichprobe ein deutlich höherer Personenanteil mit einer Operation und einer Bestrahlung vertreten ist. Dafür gaben im Gegensatz zur Heidelberger Befragung weniger Personen an, sich einer Chemotherapie unterzogen zu haben. Dies könnte möglicherweise an der unterschiedlichen Herangehensweise liegen, wie die potentiellen Befragungspersonen auf die Umfrage aufmerksam gemacht wurden. Im Heidelberger Evaluationsprojekt war der Zugang über das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg und in der vorliegenden Befragung hauptsächlich über Selbsthilfegruppen. Es könnte sein, dass durch das NCT eher Menschen erreicht werden, die sich regelmäßig in Behandlungen befinden und in Selbsthilfegruppen befinden sich möglicherweise auch diejenigen, bei denen eine einmalige Operation durchgeführt wurde.

Besonders auffällig ist, dass die einzige Behandlung, die von mehreren Personen zum Zeitpunkt der Befragung vollzogen wurde, die Hormontherapie ist. Bei 83,7 Prozent der insgesamt 49 Personen, die die Hormontherapie als realisierte Behandlung angaben, wurde diese momentan durchgeführt. Bei allen weiteren Behandlungsarten wurde deutlich häufiger angegeben, dass diese jeweils bereits vollzogen wurden.

Des Weiteren gaben die meisten Befragten mit einem Anteil von 36,8 Prozent an, insgesamt zwei Behandlungen durchgeführt zu haben. 32,1 Prozent der Befragungspersonen haben sich sogar 3 Therapien und 23,3 einer Therapie unterzogen.

Anzahl der bereits durchgeführten Therapien				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	3	1,6	1,6
	1,00	45	23,3	24,9
	2,00	71	36,8	61,7
	3,00	62	32,1	93,8
	4,00	11	5,7	99,5
	5,00	1	,5	100,0
Gesamt		193	100,0	100,0

Tabelle 13: Anzahl der bereits durchgeführten Therapien

Die Spannweite der realisierten krebbsbedingten Behandlungen erstreckt sich in der vorliegenden Stichprobe von einer bis zu 5 Therapien.

Wird die Anzahl der Behandlungen innerhalb

der Krebsarten differenziert betrachtet, sind krebbsbedingte Unterschiede erkennbar. So haben die meisten an Brustkrebs erkrankten Frauen angegeben, dass sie sich 2 oder 3 Behandlungen unterzogen haben. Dies macht 79,9 Prozent aller Brustkrebspatientinnen aus. Die wenigsten haben sich nur einer Behandlung unterzogen. Im Vergleich dazu haben

Männer mit Prostatakrebs höchstes zwei Therapien angegeben, die bereits durchgeführt wurden. Der größte Teil dieser Personengruppe mit 56,3 Prozent unterzog sich einer einzelnen Behandlung. Menschen mit Darmkrebs und Lymphomen gaben, ähnlich wie bei Brustkrebs, zumeist an, zwei bzw. drei Therapien vollzogen zu haben.

Kreuztabelle Krebsarten und Anzahl der bereits durchgeführten Therapien

		Anzahl der bereits durchgeführten Therapien							
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Gesamt	
Krebsarten	Brustkrebs	Anzahl	0	4	19	24	6	1	54
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	7,4%	35,2%	44,4%	11,1%	1,9%	
	Gynäkologische Tumore	Anzahl	0	5	6	5	2	0	18
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	27,8%	33,3%	27,8%	11,1%	0,0%	
	Prostatakrebs	Anzahl	1	9	6	0	0	0	16
		Innerhalb Krebsarten	6,3%	56,3%	37,5%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Leukämie	Anzahl	1	2	3	2	1	0	9
		Innerhalb Krebsarten	11,1%	22,2%	33,3%	22,2%	11,1%	0,0%	
	Lungenkrebs	Anzahl	0	0	2	0	0	0	2
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Hirntumor	Anzahl	0	1	0	2	0	0	3
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	
	Hautkrebs	Anzahl	0	2	0	1	1	0	4
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	50,0%	0,0%	25,0%	25,0%	0,0%	
	Lymphome	Anzahl	1	3	7	8	1	0	20
		Innerhalb Krebsarten	5,0%	15,0%	35,0%	40,0%	5,0%	0,0%	
	Magenkrebs	Anzahl	0	0	0	1	0	0	1
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	
	Darmkrebs	Anzahl	0	4	5	13	1	0	23
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	17,4%	21,7%	56,5%	4,3%	0,0%	
	Nierenkrebs	Anzahl	0	1	0	0	0	0	1
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Harnblasenkrebs	Anzahl	0	10	11	3	0	0	24
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	41,7%	45,8%	12,5%	0,0%	0,0%	
	HNO	Anzahl	0	2	2	3	0	0	7
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	28,6%	28,6%	42,9%	0,0%	0,0%	
	Sonstige	Anzahl	0	4	13	4	1	0	22
		Innerhalb Krebsarten	0,0%	18,2%	59,1%	18,2%	4,5%	0,0%	
Gesamt		Anzahl	3	45	71	61	11	1	192

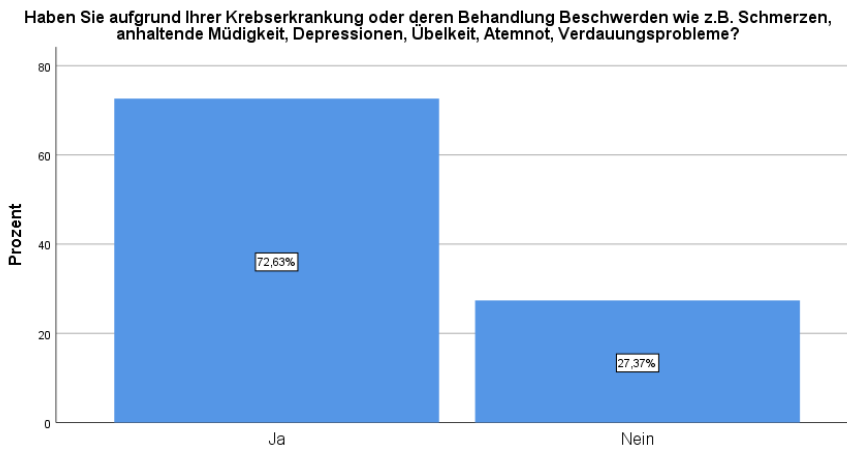
Tabella 14: Kreuztabelle: Krebsart und Anzahl der bereits durchgeführten Therapien

Die Daten konnten aufgrund von methodischen Begrenzungen nur deskriptiv betrachtet und nicht auf statistisch signifikante Unterschiede geprüft werden. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die Anzahl von Personen mit einzelnen Krebsdiagnosen für eine

weitere Berechnung teilweise nicht ausreichen würde. So nahmen beispielsweise nur zwei Personen mit Lungenkrebs an der Befragung teil. Aus diesem Grund lassen sich anhand dieser Stichprobe nur sehr schwer krebsspezifische Aussagen treffen, weshalb auch dahingehend weitere Untersuchungen notwendig sind.

4.3.3 Krebs- bzw. behandlungsbedingte Beschwerden

Sehr bemerkenswert waren zudem die Ergebnisse der Frage, ob die Zielgruppe aufgrund



ihrer Krebserkrankung oder deren Behandlung Beschwerden habe. Diese wurde von fast drei Viertel der Befragten (72,6 Prozent) bejaht.

Abbildung 10: Krebs- bzw. behandlungsbedingte Beschwerden der Befragten (N=190)

Von den Personen, die angaben, krebs- bzw. behandlungsbedingte Beschwerden zu haben, weisen 68,4 Prozent darauf hin, dass diese sie auch bei der Ausübung bzw. (Wieder-) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit einschränken. 23,5 Prozent, und somit deutlich weniger Befragte, fühlen sich durch die Beschwerden nicht eingeschränkt. 8,1 Prozent konnten diesbezüglich keine Aussage

treffen, da sie nicht wussten, ob ihre Beschwerden sie auf der Arbeit einschränken. Diese Personen waren mehrheitlich (6 von

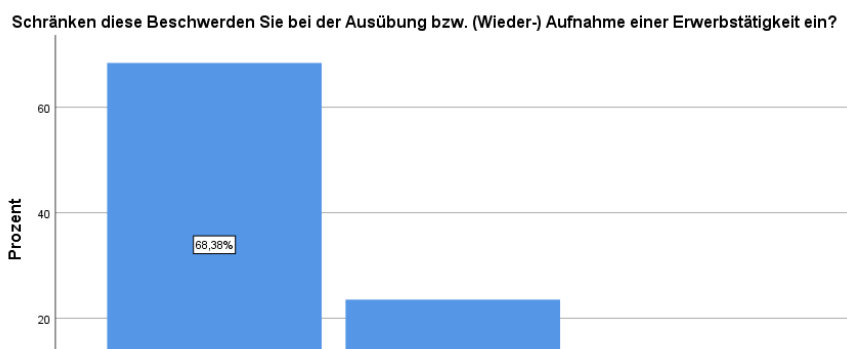


Abbildung 11: Einschränkung durch die Beschwerden (N=136)

		Erwerbstypen klassifiziert							Gesamt
		Rückkehrer*innen	Verbliebene	Rückkehrplaner*innen	Ersteinstiegsplaner*innen	Ersteinstiegsgene	Nichtwiedereinsteiger*innen		
Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ein?	Nein	Anzahl	15	9	3	2	1	1	31
	% innerhalb von Erwerbstypen klassifiziert		22,4%	42,9%	9,1%	66,7%	33,3%	20,0%	23,5%
Ich weiß es nicht	Anzahl	4	1	6	0	0	0	0	11
	% innerhalb von Erwerbstypen klassifiziert		6,0%	4,8%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%
Gesamt		Anzahl	67	21	33	3	3	5	136

Tabelle 15: Kreuztabelle: Einschränkung durch Beschwerden und Erwerbstypen

11 Personen) Befragte, die derzeit nicht erwerbstätig sind und ihren Wiedereinstieg in Arbeit erst planen. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass diese Personengruppe (noch) nicht weiß, ob ihre Beschwerden sie bei der Ausübung bzw. Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit einschränken würde. 5 von 11 Personen waren jedoch zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig. Die Ergebnisse bieten allerdings keine weiteren Informationen über die Gründe, warum diese Personen die Frage mit ‚Ich weiß es nicht‘ beantwortet haben. Darüber hinaus wird in Tabelle 17 ersichtlich, dass innerhalb der Gruppe der Rückkehrplaner*innen in Arbeit die meisten Befragten (72,7 Prozent) aufgrund der krebs- bzw. behandlungbedingten Beschwerden bei der Wiederaufnahme bzw. Ausübung einer Erwerbsarbeit eingeschränkt sind. In der Gruppe der Verbliebenen ist das Verhältnis zwischen dem Eingeschränktsein und dem Nicht-Eingeschränktsein deutlich ausgeglichener. Die Frage wurde von 42,9 Prozent der Verbliebenen verneint und von 52,4 Prozent bejaht. In der Gruppe der Rückgekehrten ist ebenfalls eine Polarisierung erkennbar. 71,6 Prozent sind durch die Beschwerden hinsichtlich der Erwerbsarbeit eingeschränkt, während 22,4 Prozent keine Einschränkungen haben.

4.3.4 Schwerbehinderung aufgrund von Krebs

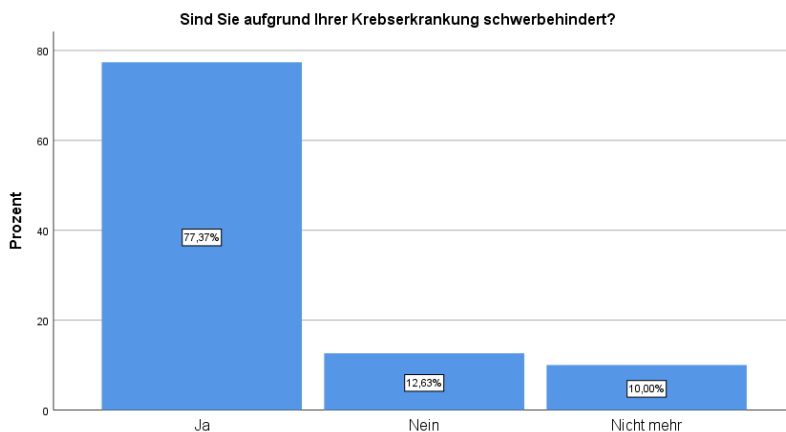


Abbildung 12: Schwerbehinderung aufgrund von Krebs (N=190)

Auf die Frage, ob aufgrund der Krebserkrankung eine Schwerbehinderung besteht, gaben 77,4 Prozent der Befragten ‚ja‘ und 12,6 Prozent ‚nein‘ an. 10 Prozent der befragten Personen waren aufgrund ihrer Krebsdiagnose schwerbehindert, sind es jetzt aber nicht mehr. Der Grad der Behinderung, der mit 26,7 Prozent und somit am meisten von den Befragungspersonen angegeben wurde, war 50. Im Anschluss wurde von 21,8 Prozent der Proband*innen bereits ein GdB in Höhe von

Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	30	3	1,6	1,8
	40	3	1,6	3,6
	50	44	22,8	26,7
	60	28	14,5	47,3
	70	10	5,2	6,1
	80	32	16,6	19,4
	90	9	4,7	5,5
	100	36	18,7	21,8
	Gesamt	165	85,5	100,0
Fehlend	System	28	14,5	

Tabelle 16: GdB der Befragten

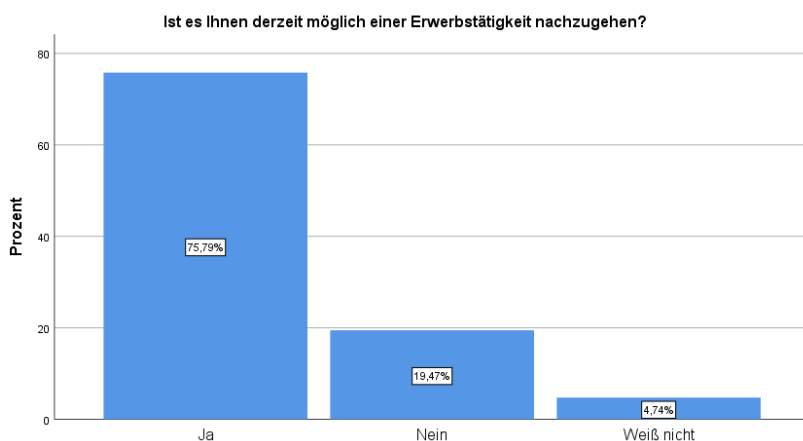


Abbildung 13: Erwerbsfähigkeit der Befragten (N=190)

100 genannt. Anzumerken ist, dass die Befragten eher höhere Grade angekreuzt haben. Lediglich 3,6 Prozent der Befragten wurden in einem niedrigeren GdB als 50 eingestuft. Dies ist vor allem dann interessant, wenn die

Erwerbsfähigkeit der Befragungspersonen betrachtet wird. Dreiviertel der Personen (75,8 Prozent) gaben an, dass es ihnen zum Zeitpunkt der Befragung möglich war, einer

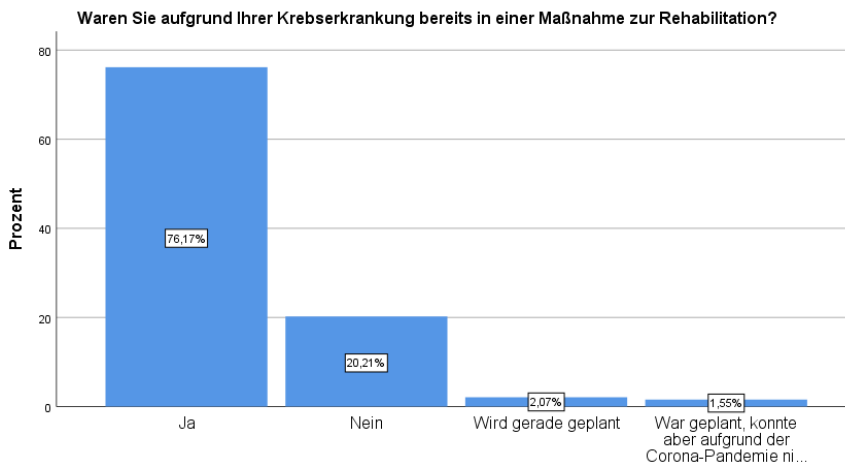
Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt? * Ist es Ihnen derzeit möglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen? Kreuztabelle

		Ist es Ihnen derzeit möglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen?			Gesamt	
		Ja	Nein	Weiß nicht		
Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	30	Anzahl	3	0	0	3
		% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
40	Anzahl	3	0	0	3	
	% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
50	Anzahl	36	7	1	44	
	% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	81,8%	15,9%	2,3%	100,0%	
60	Anzahl	21	6	1	28	
	% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	75,0%	21,4%	3,6%	100,0%	
70	Anzahl	7	3	0	10	
	% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	70,0%	30,0%	0,0%	100,0%	
80	Anzahl	24	4	4	32	
	% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%	
90	Anzahl	5	4	0	9	
	% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	55,6%	44,4%	0,0%	100,0%	
100	Anzahl	22	11	3	36	
	% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	61,1%	30,6%	8,3%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	121	35	9	165	
	% innerhalb von Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen festgestellt?	73,3%	21,2%	5,5%	100,0%	

Tabelle 17: Kreuztabelle: Erwerbsfähigkeit und GdB

Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dies ist ein Indiz dafür, dass die hier befragten krebskranken Menschen trotz Schwerbehinderung weiterhin arbeitsfähig bleiben. Ein Beweis hierfür zeigt auch die Tabelle 19. Mehr als der Hälfte von den insgesamt 36 Personen, bei denen ein GdB in Höhe von 100 festgestellt wurde, ist es trotzdem möglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

4.3.5 Inanspruchnahme einer Maßnahme zur Rehabilitation



Mehr als drei Viertel der Befragten haben bereits an einer Maßnahme zur Rehabilitation aufgrund der Krebserkrankung teilgenommen. Bei 2,1 Prozent wurde diese zum Zeitpunkt der Befragung geplant und bei 1,6 Prozent

Abbildung 14: Inanspruchnahme einer Reha-Maßnahme (N=193)

konnte sie aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie nicht angetreten werden. 20,2 Prozent haben bisher noch keine Reha-Maßnahme in Anspruch genommen. Das sind hauptsächlich die Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung (wieder) erwerbstätig waren. Vor allem die Gruppe derjenigen, die trotz Krebsdiagnose weniger als 6 Wochen krankgeschrieben

Waren Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits in einer Maßnahme zur Rehabilitation? * Erwerbstypen klassifiziert Kreuztabelle

			Erwerbstypen klassifiziert						Gesamt
			Rückgekehrte	Verbliebene	Rückkehrplaner*innen	Ersteinstiegsplaner*innen	Ersteinstiegsgene	Nichtwiedereinsteiger*innen	
Waren Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits in einer Maßnahme zur Rehabilitation?	Ja	Anzahl	80	26	26	2	5	5	144
		% innerhalb von Waren Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits in einer Maßnahme zur Rehabilitation?	55,6%	18,1%	18,1%	1,4%	3,5%	3,5%	100,0%
	Nein	Anzahl	14	17	5	1	0	0	37
		% innerhalb von Waren Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits in einer Maßnahme zur Rehabilitation?	37,8%	45,9%	13,5%	2,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	Wird gerade geplant	Anzahl	0	0	4	0	0	0	4
		% innerhalb von Waren Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits in einer Maßnahme zur Rehabilitation?	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	War geplant, konnte aber aufgrund der Corona-Pandemie ni...	Anzahl	1	0	2	0	0	0	3
		% innerhalb von Waren Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits in einer Maßnahme zur Rehabilitation?	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	95	43	37	3	5	5	188
		% innerhalb von Waren Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits in einer Maßnahme zur Rehabilitation?	50,5%	22,9%	19,7%	1,6%	2,7%	2,7%	100,0%

Tabelle 18: Kreuztabelle: Inanspruchnahme einer Reha-Maßnahme und Erwerbstypen

waren und somit am Arbeitsplatz verblieben sind, machen unter diesem Gesichtspunkt bereits 45,9 Prozent aus. Weitere 37,8 Prozent sind diejenigen, die nach einer Abwesenheit von mindestens 6 Wochen an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt sind und 13,5 Prozent die, welche zum damaligen Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit geplant haben.

Bei der Frage, durch wen oder was die befragten Personen auf die Maßnahme zur Rehabilitation aufmerksam wurden, wurde mit 51,3 Prozent am häufigsten der Kliniksozialdienst genannt. Zu den weiteren zwei höchsten Nennungen gehören die Eigeninitiative mit 40,9 Prozent und Ärzt*innen mit 33,1 Prozent.

Häufigkeiten von ‚Wie wurden Sie auf die Reha-Maßnahme aufmerksam?‘

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
Wie wurden Sie auf die Reha-Maßnahme aufmerksam?	Auf eigenen Wunsch	63	21,1%	40,9%
	Angehörige	12	4,0%	7,8%
	Andere Patient*innen	19	6,4%	12,3%
	Selbsthilfegruppe	23	7,7%	14,9%
	Krankenversicherung	7	2,3%	4,5%
	Ärzt*innen	51	17,1%	33,1%
	Kliniksozialdienst	79	26,5%	51,3%
	Psychoonkologischer Dienst im Krankenhaus	25	8,4%	16,2%
	Psychosoziale Beratungsstelle (z.B. Krebsberatungsstelle)	9	3,0%	5,8%
	Bundesagentur für Arbeit bzw. Jobcenter	3	1,0%	1,9%
	Sonstige	7	2,3%	4,5%
Gesamt		298	100,0%	193,5%

Tabelle 19: Aufmerksamwerden auf Reha-Maßnahme

Wider Erwartens des Forschungsteams, die Krankenversicherung würde einen hohen Teil

Haben Sie einen Brief von Ihrer Krankenversicherung erhalten, mit der Bitte, (schnellstmöglich) einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen?

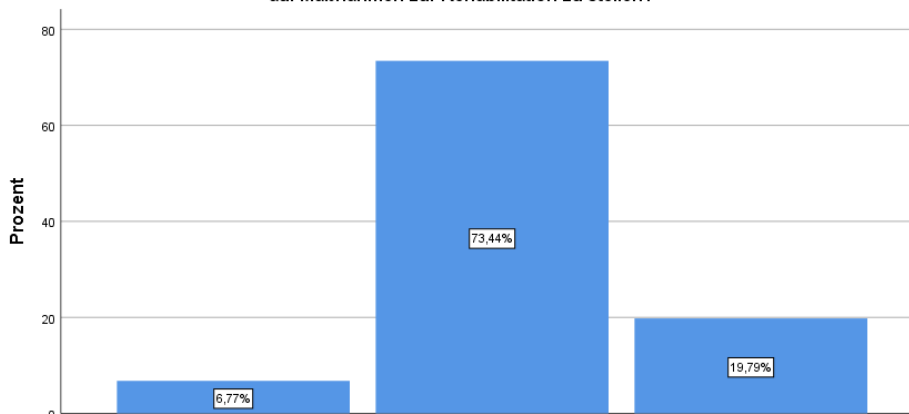


Abbildung 15: Erhalt eines Briefes der Krankenkasse bezüglich der Beantragung einer Reha-Maßnahme (N=192)

dazu beitragen, die Krebspatient*innen zu einer Reha-Maßnahme aufzufordern, wurde die Krankenkasse lediglich von 2,3 Prozent der Be-

fragten genannt. Auch die Frage, ob die Befragten einen Brief von der Krankenversicherung mit der Bitte, (schnellstmöglich) einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen, erhalten haben, wurde von den meisten (73,4 Prozent) verneint. Nur 6,8 Prozent sagten, dass ihnen ein solcher Brief von der Krankenversicherung zugeschickt wurde, weitere 19,8 Prozent wussten es nicht mehr.

Diese Erwartung findet ihren Ursprung, wie in Kapitel 2.1.3 bereits kurz angedeutet, in dem im § 51 des fünften Sozialgesetzbuches festgehaltenen Recht der Krankenkasse, Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, mit einer Frist von 10 Wochen aufzufordern, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Bleibt ein Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme aus oder ist kein Erfolg zu erwarten, kann in Verbindung mit § 116 SGB VI ein Rentenverfahren eingeleitet werden. Somit erhalten die Personen kein Krankengeld mehr, sondern beziehen Leistungen der Rentenkasse, was mit einem durchschnittlichen Rentenniveau in Höhe von 812 Euro monatlich erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen für die Betroffenen nach sich zieht.

Erschreckend ist, dass die meisten Personen der Befragung (69,6 Prozent) keine Informa-

Wurden Sie darüber informiert, dass mit der Beantragung der Reha-Maßnahme ein Rentenverfahren eingeleitet werden kann?

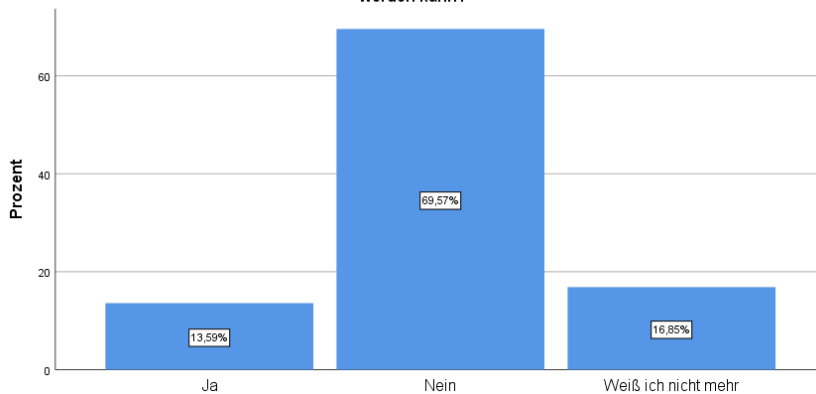


Abbildung 16: Bewusstsein über die Einleitung eines Rentenverfahrens (N=184)

Wie wurden Sie auf die Reha-Maßnahme aufmerksam? (Mehrfachnennungen möglich): Krankenversicherung * Aktualität der Krebsdiagnose Kreuztabelle

Anzahl		Aktualität der Krebsdiagnose		Gesamt
		Krebsdiagno- se vor weniger oder genau 5 Jahren	Krebsdiagno- se vor 6 Jahren oder mehr	
	Wie wurden Sie auf die Reha-Maßnahme aufmerksam? (Mehrfachnennungen möglich):			
	Krankenversicherung	76	61	137
		4	3	7
	Gesamt	80	64	144

Tabelle 20: Kreuztabelle: Aufmerksamwerden auf Reha durch KK und Aktualität der Krebsdiagnose

tionen über dieses Recht der Krankenversicherung erhalten haben. Nur 13,6 Prozent der Befragten wussten, dass mit der Beantragung der Reha-Maßnahme ein Rentenverfahren eingeleitet werden kann.

Eine Überlegung des Forschungsteams war, ob die Aktualität der Krebsdiagnose bei der Tatsache, von der Krankenversicherung zur Beantragung einer Reha-Maßnahme aufgefordert zu werden, eine Rolle spielen

könnte, da diese Entwicklungen in der psychoonkologischen Beratungspraxis erst in den letzten Jahren beobachtet wurden. In diesem Zusammenhang wurde überprüft, ob hauptsächlich Personen, die vor weniger als 5 Jahren an Krebs erkrankt sind, von der Krankenversicherung auf eine Reha-Maßnahme aufmerksam gemacht wurden. Jedoch war bereits in der deskriptiven Statistik kein Zusammenhang zwischen der Aktualität der Krebsdiagnose und dem Aufmerksam werden durch die Krankenkasse erkennbar.

Haben Sie einen Brief von Ihrer Krankenversicherung erhalten, mit der Bitte, (schnellstmöglich) einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen? * Aktualität der Krebsdiagnose
Kreuztabelle

		Aktualität der Krebsdiagnose		Gesamt	
		Krebsdiagno- se vor weniger oder genau 5 Jahren	Krebsdiagno- se vor 6 Jahren oder mehr		
Haben Sie einen Brief von Ihrer Krankenversicherung erhalten, mit der Bitte, (schnellstmöglich) einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen?	Ja	Anzahl	3	10	13
		% innerhalb von Haben Sie einen Brief von Ihrer Krankenversicherung erhalten, mit der Bitte, (schnellstmöglich) einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen?	23,1%	76,9%	100,0%
		% innerhalb von Aktualität der Krebsdiagnose	2,9%	13,0%	7,2%
	Nein	Anzahl	80	50	130
		% innerhalb von Haben Sie einen Brief von Ihrer Krankenversicherung erhalten, mit der Bitte, (schnellstmöglich) einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen?	61,5%	38,5%	100,0%
		% innerhalb von Aktualität der Krebsdiagnose	77,7%	64,9%	72,2%
	Weiß ich nicht mehr	Anzahl	20	17	37
		% innerhalb von Haben Sie einen Brief von Ihrer Krankenversicherung erhalten, mit der Bitte, (schnellstmöglich) einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen?	54,1%	45,9%	100,0%
		% innerhalb von Aktualität der Krebsdiagnose	19,4%	22,1%	20,6%
Gesamt	Anzahl	103	77	180	
	% innerhalb von Haben Sie einen Brief von Ihrer Krankenversicherung erhalten, mit der Bitte, (schnellstmöglich) einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen?	57,2%	42,8%	100,0%	
	% innerhalb von Aktualität der Krebsdiagnose	100,0%	100,0%	100,0%	

Es haben sogar tendenziell mehr Befragte, die vor länger als 5 Jahren an Krebs erkrankt waren, einen Brief mit der Aufforderung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beantragen, von der Krankenkasse erhalten. Schließlich musste diese Hypothese in Bezug auf die vorliegende Stichprobe abgelehnt werden.

Tabelle 21: Kreuztabelle: Briefeherhalt von KK und Aktualität der Krebsdiagnose

Abbildung 18 zeigt das Antwortverhalten der Proband*innen auf die Frage, inwieweit die Maßnahme zur Rehabilitation für den Berufseinstieg bzw. die berufliche Orientierung als hilfreich wahrgenommen wurde. Eine Auffälligkeit ist, dass die Verteilung relativ ausgeglichen, aber mit einer stärkeren Polung auf der rechten Seite ist. So haben tendenziell mehr Befragte ihre angetretene Reha-Maßnahme als sehr bzw. eher hilfreich in Bezug auf das Berufsleben bewertet.

Inwieweit war Ihre Reha-Maßnahme hilfreich für Ihren Berufseinstieg bzw. für Ihre berufliche Orientierung?

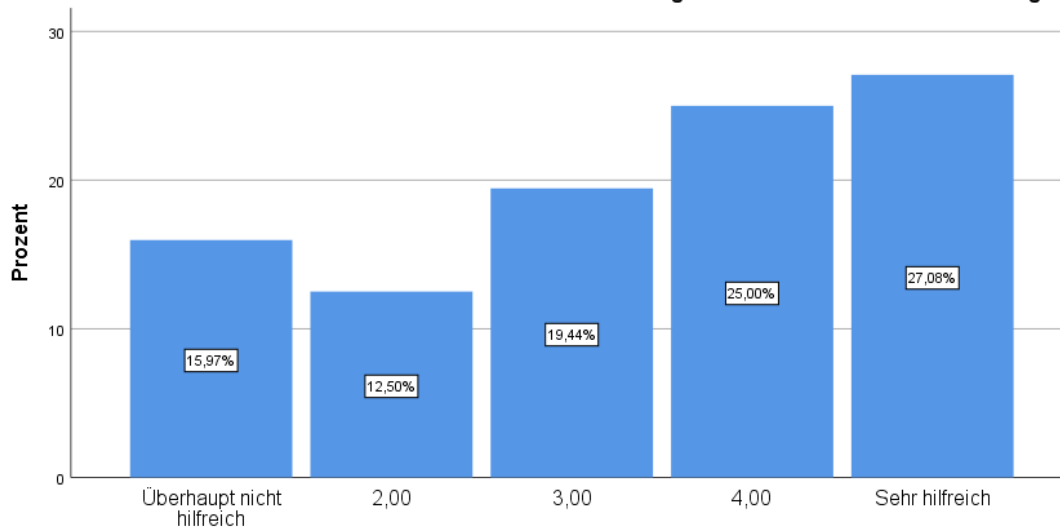


Abbildung 17: Wahrnehmung der Reha-Maßnahme als hilfreich für berufliche Situation (N=144)

In der offenen Frage am Ende des Fragebogens kristallisierten sich auch qualitative Aussagen heraus, die die individuellen Erfahrungen mit Reha-Maßnahmen betrafen. Die Befragten erzählten hauptsächlich von positiven Erlebnissen und erklärten, wie die Maßnahmen einen wesentlichen Beitrag zur Regeneration leisteten. Für einen tieferen Einblick sollen wenige Zitate dargestellt werden:

„Ich wollte eigentlich gar keine Reha machen. Rückblickend war sie für mich sehr wichtig, weil ich mich viel schneller nach meinen Operationen Und der Chemotherapie erholen konnte! Ich habe sogar nach einem Jahr eine zweite gemacht und würde das auch allen Krebspatienten empfehlen!“

*„Unterstützung durch Sozialdienst in Klinik und in der ReHa Einrichtung war sehr hilfreich
Ärzte können oft nicht gut die Situation ihrer Patienten ansprechen, Gesprächsführung häufig schlecht, beim Urologen speziell herrscht Massenabfertigung“*

„2006 wurde ich organtransplantiert und war vor der LTX schon in der Reha mit einer super Sozialberatung und bin nach der LTX mit vier einhalb Monaten Wiedereingliederung ins Berufsleben zurückgekehrt. Dies hat mir 2011 und 2014 sehr geholfen. Bei meiner 1. Krebserkrankung 2011 benötigte ich keine Nachbehandlung mit Chemo und Bestrahlung und bin nach der Stomarückverlagerung mit Wiedereingliederung über zwei Monate wieder ins Berufsleben zurück gegangen.“

Eine Person schilderte organisatorische Schwierigkeiten bezüglich der Maßnahme zur Rehabilitation, was auf einen bürokratischen Aufwand bei deren Beantragung hinweisen könnte.

„Ich fand die Beantragung der Reha-Massnahme und die Organisation der Hinfahrt sehr belastend.“

4.4 Berufliche Situation der Befragten

Nachdem die soziodemografischen Daten, die Daten zum Krankheitsverlauf und die Erfahrungen mit der Maßnahme zur Rehabilitation abgefragt wurden, drehten sich die nachfolgenden Fragen im Fragebogen rund um die berufliche Situation der teilnehmenden Personen. In den nächsten zwei Kapiteln wird das Antwortverhalten der Teilnehmer*innen hauptsächlich deskriptiv dargestellt. Besondere Auffälligkeiten innerhalb der Daten oder festgestellten Signifikanzen werden an entsprechender Stelle demonstriert. Die jeweiligen Informationen wurden zwischen der beruflichen Situation zum Zeitpunkt vor der Krebsdiagnose und nach der Krebsdiagnose unterschieden.

4.4.1 Berufliche Situation zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose

Bei der Frage, in welcher Lebenssituation die befragten Personen an Krebs erkrankt sind, wird deutlich, dass die Mehrheit, mit einem prozentualen Anteil von 85,5, die Krebsdiagnose zu einer Zeit der Erwerbstätigkeit erhielt. Lediglich 3,1 Prozent waren arbeitssuchend bzw. arbeitslos, 2,6 Prozent waren Schüler*innen oder Auszubildende, 1 Prozent war Hausfrau/-mann und 0,5 Prozent war für die Betreuung der eigenen Kinder zuständig.

Lebenssituation, in der an Krebs erkrankt wurde⁴

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich war berufstätig	165	85,5	87,3	87,3
	Ich war Schüler*in	5	2,6	2,6	89,9
	Ich war in einer Ausbildung	5	2,6	2,6	92,5
	Ich habe meine Kinder betreut	1	,5	,5	93,0
	Ich war Hausfrau/-mann	2	1,0	1,1	94,1
	Ich war arbeitssuchend bzw. arbeitslos	6	3,1	3,2	97,3
	Sonstiges	5	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	189	97,9	100,0	
Fehlend	,00	4	2,1		
Gesamt		193	100,0		

Tabelle 22: Lebenssituation der Befragten zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose

Die Personen, die vor ihrer Erkrankung bereits gearbeitet haben, wurden nach ihrem beruflichen Verlauf bis zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose gefragt. Die Sichtung der Daten zeigte,

⁴ Hier wurden die Personen, die der Gruppe der Verbliebenen angehörig waren, zu denjenigen, die zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose berufstätig waren, hinzugerechnet.

dass der berufliche Verlauf der Proband*innen vor der Krebsdiagnose einem standardisier-
ten beruflichen Normalverlauf ähnelte. Für 73,5 Prozent der Befragten war der Berufsver-
lauf bislang eher vorhersehbar, lediglich 16,7 Prozent haben

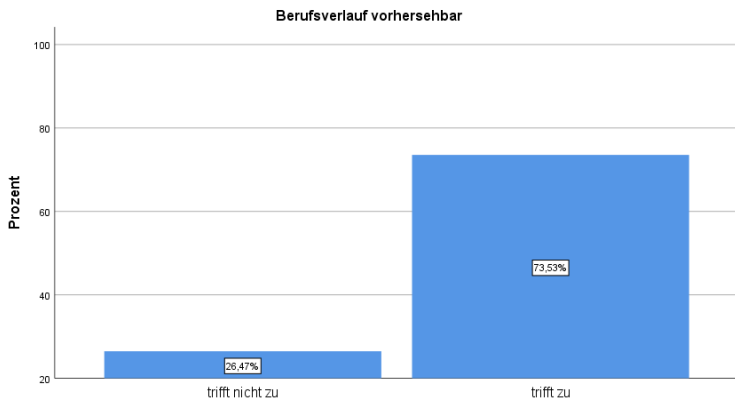


Abbildung 18: Vorhersehbarkeit des bisherigen Berufsverlaufs (N=170)

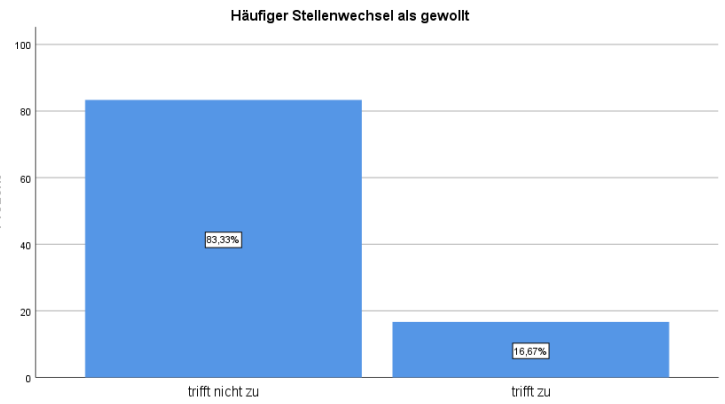


Abbildung 19: Häufigkeit des Stellenwechsels (N=168)

ihre Stelle häufiger gewechselt, als sie eigentlich wollten und nur 18,8 Prozent waren bereits
länger als sechs Monate arbeitslos. 76,8 Prozent konnten ihren weiteren Berufsverlauf vor
der Krebsdiagnose immer gut vorhersehen, während 23,2 Prozent öfter nicht wussten, wie
sich ihr Berufsleben zukünftig gestalten wird. Insgesamt würden 86,4 Prozent der Befragten
in dieser Stichprobe ihren Berufsverlauf vor der Krebsdiagnose als erfolgreich bezeichnen.

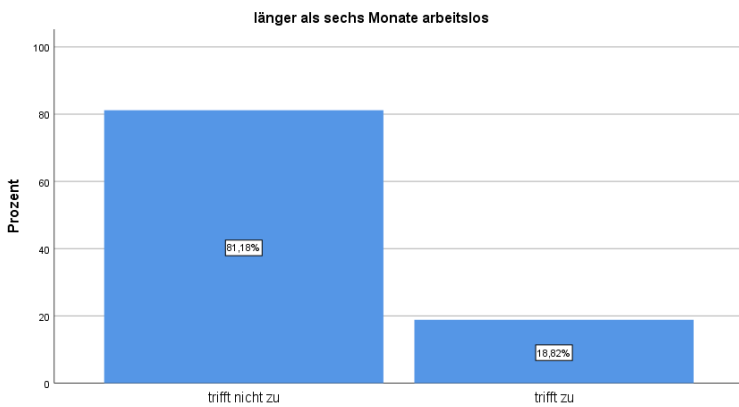


Abbildung 20: Bereits länger als 6 Monate arbeitslos (N=170)

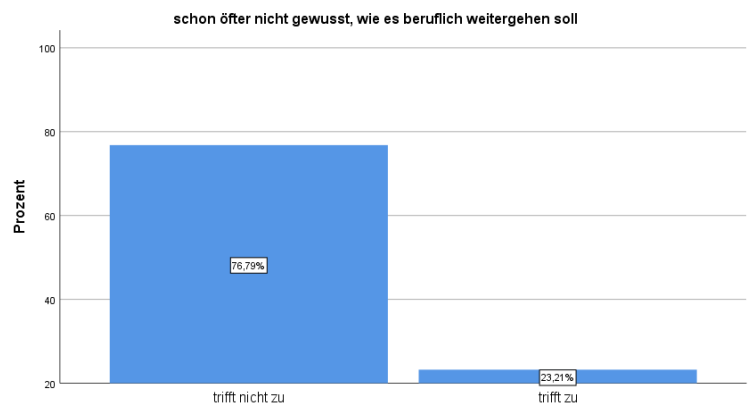


Abbildung 21: Häufige Unvorhersehbarkeit des weiteren beruflichen Verlaufes (N=168)

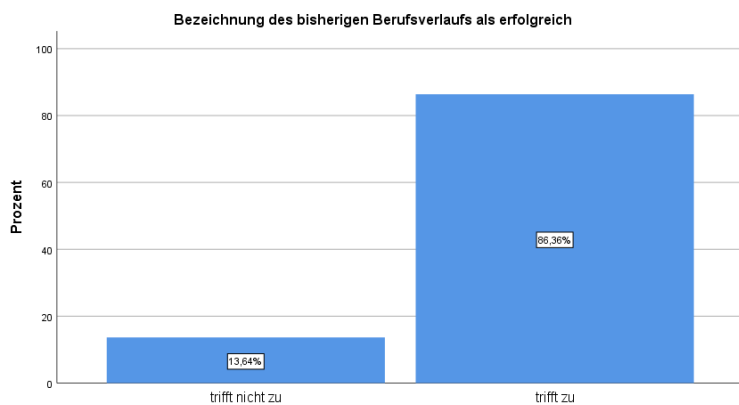


Abbildung 22: Bezeichnung des bisherigen Berufsverlaufs als erfolgreich (N=176)

Die meisten Befragten hatten mit 71 Prozent zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Auch dies spricht nicht für eine prekäre, sondern eher für eine sichere und geregelte berufliche Situation der Befragten innerhalb der Stichprobe.

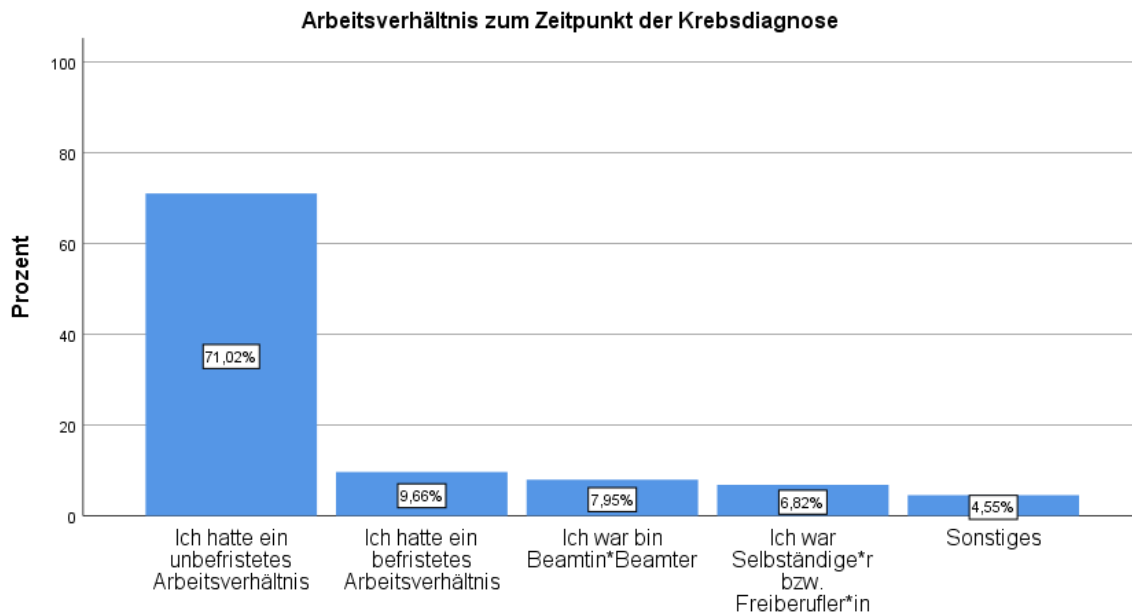


Abbildung 23: Arbeitsverhältnisse der Befragten zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose (N=176)

Zudem waren 8 Prozent der Befragten vor der Krebsdiagnose verbeamtet und 6,8 Prozent als Selbständige*r bzw. Freiberufler*in erwerbstätig. Drei Viertel der Befragten haben zum damaligen Zeitpunkt in einem Stundenumfang von 100 Prozent gearbeitet, während 22,5 Prozent in Teilzeit und 1,7 Prozent in einem 450-Euro-Job erwerbstätig waren.

Ferner geben die Daten Aufschluss über besondere Verantwortlichkeiten und Belastungen am Arbeitsplatz zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose.

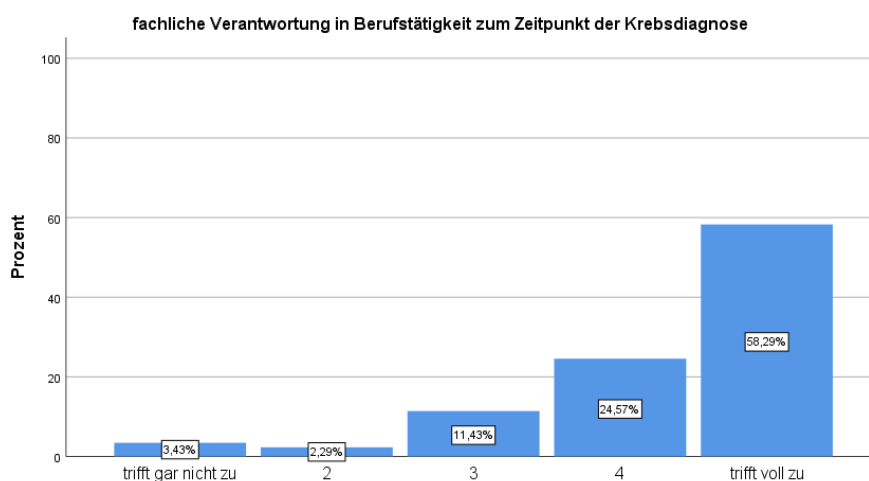


Abbildung 24: Fachliche Verantwortung im Beruf vor der Krebsdiagnose (N=175)

Die Mehrheit der Befragten gab an, in ihrem Beruf vor der Krebsdiagnose fachliche Verantwortung aufgetragen bekommen zu haben. Dies entsprach 58,3 Prozent der Befragten,

bei denen jene Verantwortlichkeit voll und ganz zutrif. Weitere 24,6 Prozent stimmten der Aussage eher zu. Die Verteilungskurve ähnelt einer exponentiellen Kurve, bei der die

Anzahl an Antworten mit dem Zuwachs der Werte deutlich zunehmen. Eine kleine Ausnahme ist die Antwortoption 2 mit 2,3 Prozent, die noch geringer ist als die erste mit 3,4 Prozent.

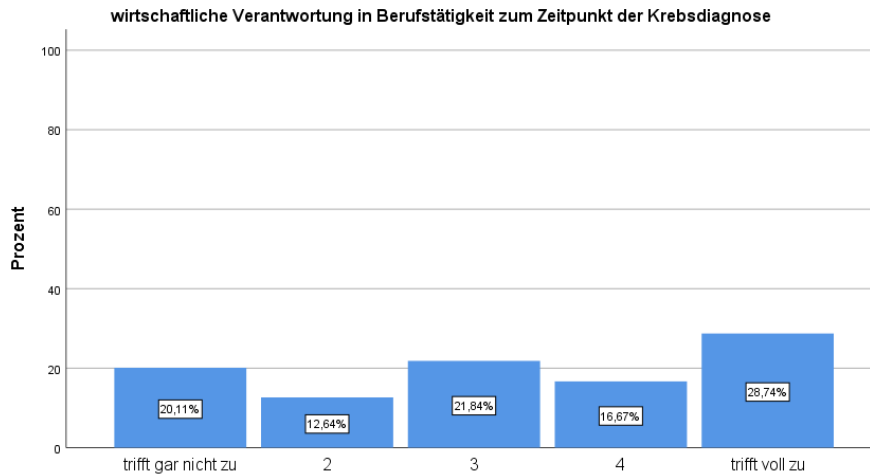


Abbildung 25: Wirtschaftliche Verantwortung im Beruf vor der Krebsdiagnose (N=174)

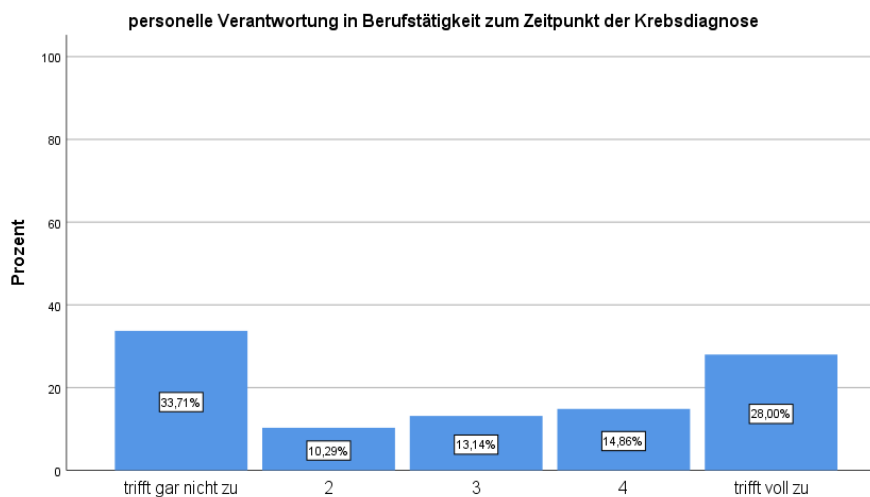


Abbildung 26: Personelle Verantwortung im Beruf vor der Krebsdiagnose (N=175)

Ausgeglichenener ist das Antwortverhalten bei der wirtschaftlichen Verantwortung. Obwohl die meisten Proband*innen der Aussage voll zustimmten, machen diese trotzdem insgesamt nur 28,7 Prozent aller Antworten aus.

Ob die Befragten zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose personelle Verantwortung getragen haben, wurde von fast ebenso vielen Befragten mit ‚trifft eher zu‘ und ‚trifft voll zu‘ wie

mit ‚trifft eher nicht zu‘ und ‚trifft gar nicht zu‘ beantwortet. Somit ist auch dieses Antwortverhalten ausgeglichen, wenn auch die meistgewählte Antwortoption mit 33,7 Prozent ‚trifft gar nicht zu‘ war.

Die Berufstätigkeit der Befragten innerhalb der Stichprobe war zum Zeitpunkt der Krebsdi-

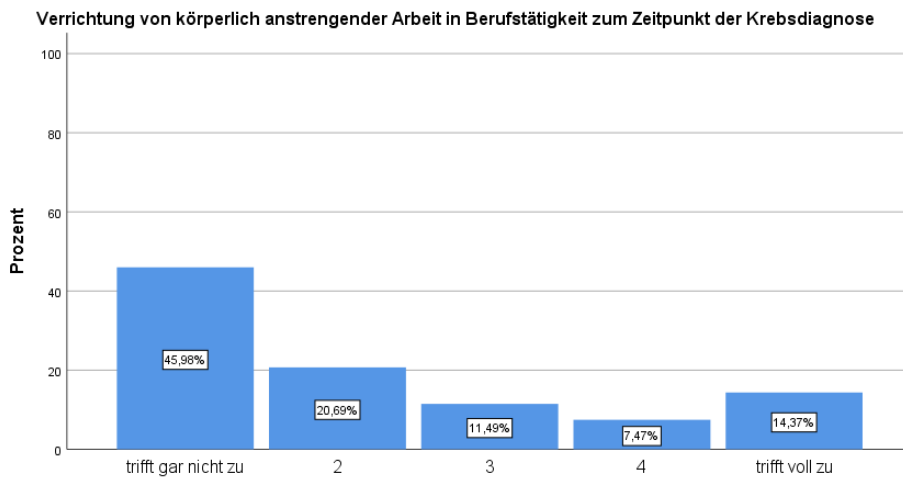


Abbildung 27: Körperliche Belastung im Beruf vor der Krebsdiagnose (N=174)

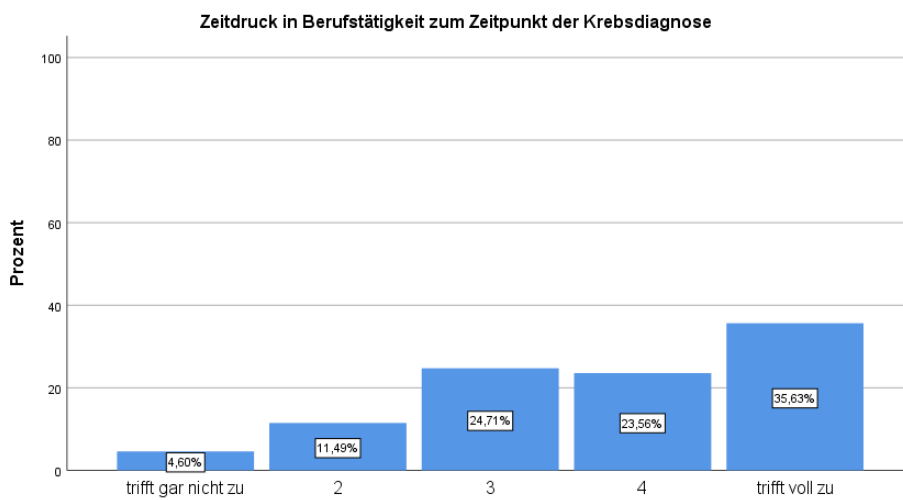


Abbildung 28: Zeitdruck im Beruf vor der Krebsdiagnose (N=174)

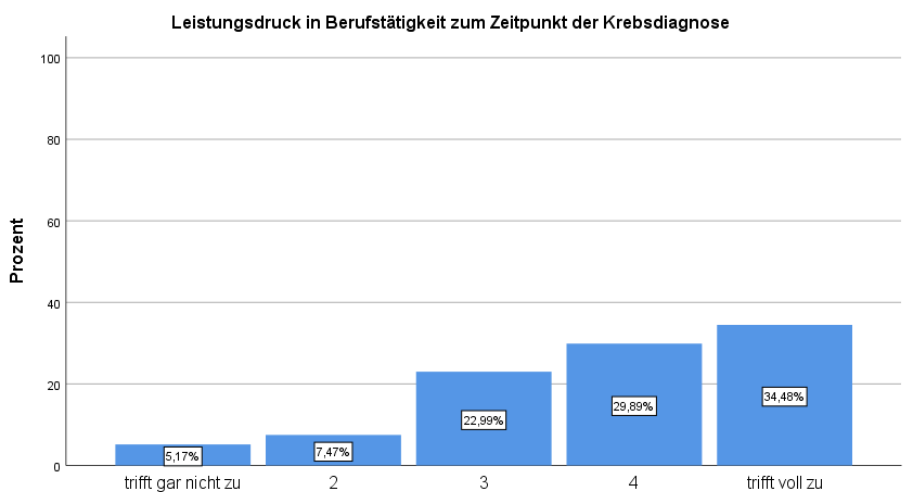


Abbildung 29: Leistungsdruck im Beruf vor der Krebsdiagnose (N=174)

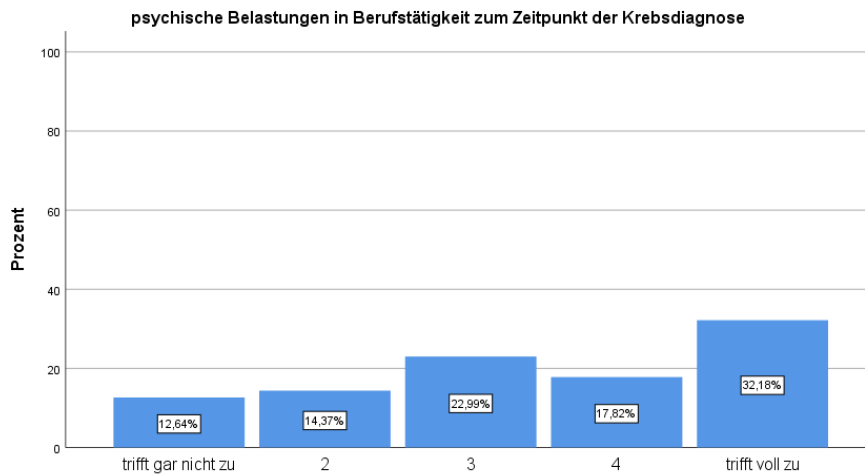
agnose tenden-
ziell weniger
von körperlicher
Anstrengung
geprägt. Bei 46
Prozent der Be-
fragten traf die
besondere Be-
lastung gar
nicht zu, wäh-
rend 14,4 Pro-
zent angaben,
vor der Krebsdi-
agnose körper-
lich anstren-
gende Arbeit
verrichtet zu ha-
ben.

Ziemlich ein-
deutig ist das
Ergebnis des
Zeit- und Leis-
tungsdrucks am
Arbeitsplatz vor
der Krebsdiag-
nose. Das Ant-
wortverhalten
steigert sich
auch hier, je
mehr der Aus-
sage zugestimmt
werden konnte.
Zu erkennen ist
eine solche

Kurve am deutlichsten beim Leistungsdruck auf der Arbeitsstelle. Bei 34,5 Prozent der Be-

fragten traf der Leistungsdruck auf ihre Erwerbstätigkeit, die sie vor der Krebsdiagnose berichtet haben, voll und auf 29,9 Prozent eher zu. Dahingehend waren damals lediglich 5,2 Prozent der Befragten gar keinem und 7,5 Prozent eher keinem Leistungsdruck ausgesetzt. 35,6 Prozent der Befragten gaben an, dass sie zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose in ihrem Beruf unter Zeitdruck standen und bei 4,6 Prozent traf dies gar nicht zu.

Etwas ausgeglichener, aber tendenziell zunehmend, verhielt sich das Antwortverhalten der Befragten, als es sich um die psychische Belastung in der Berufstätigkeit zum Zeitpunkt der



Krebsdiagnose handelte. 32,2 Prozent gaben an, dass sie psychischen Belastungen ausgesetzt waren und 17,8 Prozent stimmten der Aussage eher zu. Bei 12,6 Prozent traf die psychische Belastung gar nicht

Abbildung 30: Psychische Belastung im Beruf vor der Krebsdiagnose (N=174)

und bei 14,4 Prozent eher nicht auf die Arbeitsstelle vor der Krebsdiagnose zu. Hier wurde des Weiteren ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den im Forschungsprojekt definierten Erwerbstypen⁵ festgestellt. Die Ergebnisse des U-Tests weisen darauf hin, dass Verbliebene im Vergleich zu Rückkehrplaner*innen sowie Verbliebene zu den Rückgekehrten eindeutig niedrigere Werte bei der Bewertung der psychischen Belastung in der Berufstätigkeit zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose angegeben haben. Daraus lässt sich schließen, dass vor allem Rückkehrplaner*innen vor der Krebsdiagnose psychischen Belastungen auf der Arbeit ausgesetzt waren. Diese gaben einen Mittelwert⁶ in Höhe von 3,9 an. Im Vergleich dazu liegt der Mittelwert der Verbliebenen bei 2,9. Rückgekehrte gaben durchschnittlich

	Ränge					Ränge			
	für Auswertung relevante Erwerbstypen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme		für Auswertung relevante Erwerbstypen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
psychische Belastungen in Berufstätigkeit zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose	Verbliebene	40	30,36	1214,50	psychische Belastungen in Berufstätigkeit zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose	Rückgekehrte	95	72,87	6923,00
	Rückkehrplaner*innen	36	47,54	1711,50		Verbliebene	40	56,43	2257,00
	Gesamt	76				Gesamt	135		

Tabelle 23: Mittelwerte: psychische Belastung im Beruf vor der Krebsdiagnose nach Erwerbstypen

⁵ Die Definitionen der Erwerbstypen befinden sich in Kapitel 3.4.

⁶ Die Höhe der Mittelwerte bezieht sich auf die durchschnittliche Antwort der Befragten bei einer Skalierungsfrage mit 5 oder 7 Antwortmöglichkeiten, bei der 1 ‚trifft bzw. stimme gar nicht zu‘ und 5 oder 7 ‚trifft bzw. stimme voll und ganz zu‘ bedeutet.

lich 3,4 an, weshalb diese Gruppe am zweithäufigsten psychischen Belastungen am Arbeitsplatz vor der Krebsdiagnose ausgesetzt war. Die jeweiligen statistischen Zusammenhänge entsprechen einer mittleren Effektstärke zwischen den Verbliebenen und den Rückkehrplaner*innen von 0,4 und einem schwachen Effekt zwischen den Verbliebenen und Rückgekehrten von 0,2.

Es wurden keine weiteren statistisch relevanten Unterschiede zwischen den Erwerbstypen und dem allgemeinen beruflichen Verlauf vor der Krebsdiagnose festgestellt. Daraus kann also abgeleitet werden, dass es außer der psychischen Belastung keine Zusammenhänge zwischen der beruflichen Situation vor und nach der Krebsdiagnose innerhalb der Stichprobe gab. Diese Aussage kann deshalb getroffen werden, da die Erwerbstypen Auskunft über die berufliche Situation vor und nach der Krebsdiagnose geben. So sind Rückkehrplaner*innen diejenigen, die ihre Erwerbstätigkeit nach der Krebsdiagnose pausiert haben und nun einen Wiedereinstieg in Arbeit planen. Waren diese vor der Diagnose im Beruf höheren psychischen Belastungen ausgesetzt als Verbliebene, die während des gesamten Krankheitsverlaufes weiterhin berufstätig waren, kann ein Rückschluss darauf gezogen werden, dass es den Verbliebenen aufgrund des geringeren psychischen Drucks am Arbeitsplatz eher möglich war, neben den krebsbedingten Behandlungen weiterzuarbeiten. Da die Effektstärke aber auch auf einen schwachen bis mittleren Zusammenhang hinweist, kann die psychische Belastung in der Erwerbstätigkeit vor der Krebsdiagnose nicht der einzige Faktor sein, der die berufliche Situation der Befragten nach der Krebsdiagnose beeinflusst hat. Im Laufe der Arbeit soll immer wieder auf mögliche Korrelationen zwischen den Erwerbstypen und unter anderem krankheits-, behandlungs- und arbeitsplatzbezogene Faktoren hingewiesen werden. Hierfür wurde zunächst für notwendig erachtet, die jeweiligen Erwerbstypen und deren Häufigkeiten innerhalb der Stichprobe zu erläutern, was, ebenso wie die berufsbezogenen Veränderungen nach der Krebsdiagnose, Gegenstand des nachstehenden Kapitels sind.

4.4.2 Berufliche Situation nach der Krebsdiagnose

Erwerbstypen klassifiziert		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Rückgekehrte	95	49,2	50,5	50,5
	Verbliebene	43	22,3	22,9	73,4
	Rückkehrplaner*innen	37	19,2	19,7	93,1
	Ersteinstiegsplaner*innen	3	1,6	1,6	94,7
	Ersteingestiegene	5	2,6	2,7	97,3
	Nichtwiedereinsteiger*innen	5	2,6	2,7	100,0
	Gesamt	188	97,4	100,0	
Fehlend	nicht zuzuordnen	5	2,6		
Gesamt		193	100,0		

Tabelle 24: Häufigkeiten innerhalb der Erwerbstypen

Wie bereits erwähnt, wurden die im Rahmen des Forschungsprozesses definierten Erwerbstypen anhand der beruflichen Situation vor und nach der Krebsdiagnose differenziert. Sie geben Auskunft darüber, ob die Befragten vor der Krebsdiagnose in

einem Arbeitsverhältnis standen und ob dieses trotz Krebserkrankung weitergeführt, unterbrochen oder vollständig beendet wurde oder eine Wiederaufnahme zum Zeitpunkt der Befragung in Planung war. Obwohl die Definitionen der einzelnen Gruppen bereits in Kapitel 3.4 vorgestellt wurden, werden sie hier aus Gründen der Übersichtlichkeit und Einfachheit anhand ihrer Häufigkeiten erneut kurz beschrieben. Der Abbildung 32 und Tabelle 26 können die jeweiligen Personenanzahlen innerhalb der Erwerbstypen entnommen werden.

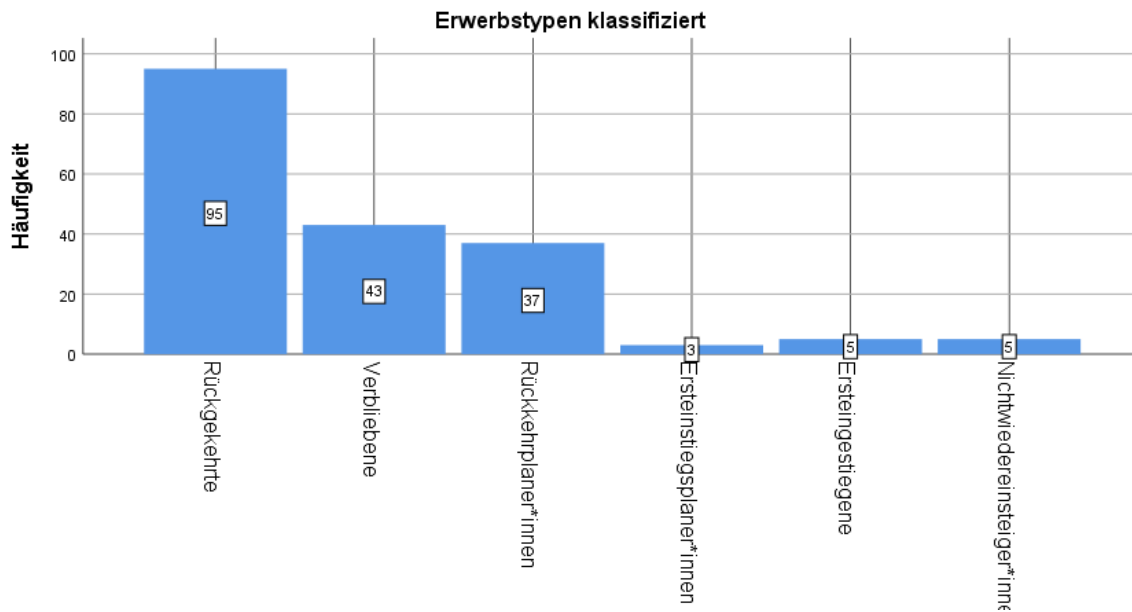


Abbildung 31: Häufigkeiten innerhalb der Erwerbstypen (N=188)

Am meisten ist die Gruppe der Rückgekehrten mit 95 Personen vertreten, also denjenigen, die ihre Arbeit nach der Krebsdiagnose für länger als 6 Wochen unterbrochen hatten und die Erwerbstätigkeit anschließend wiederaufgenommen haben. Dies macht mit 49,2 Prozent fast die Hälfte aller Befragten aus. Eine weitere in dieser Stichprobe stark vertretene Gruppe bilden die Verbliebenen. Sie sind diejenigen, die trotz Krebserkrankung und deren Behandlung ohne Unterbrechung weitergearbeitet haben. In der Gruppe der Rückkehrplaner*innen, die den Wiedereinstieg in Arbeit zum Zeitpunkt der Befragung geplant haben, befinden sich 37 Personen, woraus sich ein prozentualer Anteil in Höhe von 19,2 Prozent ergibt. Die weiteren Erwerbstypen machen mit 1,6 bis 2,6 Prozent einen sehr geringen Anteil innerhalb der Stichprobe aus. Aus diesem Grund können im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur schwer Aussagen über diejenigen Personen getroffen werden, die nach der Krebsdiagnose erstmalig eine Aufnahme einer Erwerbstätigkeit planen, bereits erstmalig berufstätig sind sowie über diejenigen, die sich nach der Krebsdiagnose aus krebbedingten Gründen keinen Wiedereinstieg in Arbeit wünschen. Die Personen, die noch nie gearbeitet haben und auch keinen Einstieg in Arbeit planen, wurden mit der Befragung überhaupt nicht erreicht, weshalb die Gruppe der Nicht-Ersteinsteiger*innen erst gar nicht in der Tabelle aufgelistet wurde. Der weitere Verlauf des Kapitels konzentriert sich auf die Aussagen der Gruppen der Verbliebenen, Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen.

Die Rückkehrplaner*innen und Rückgekehrten wurden jeweils gefragt, ob ihr Arbeitsverhältnis vor der Krebsdiagnose aufgrund der Krebserkrankung beendet wurde. Aus der Abbildung 33 lässt sich ableiten, dass dies auf die Mehrheit der Befragten nicht zutraf. Es stellte sich ein Unterschied zwischen den Rückgekehrten und den Rückkehrplaner*innen heraus. Lediglich 13,5 Prozent der Rückgekehrten gaben an, dass ihr Arbeitsverhältnis aufgrund der Krebserkrankung beendet wurde. Demgegenüber waren es 40,5 Prozent der Rückkehrplaner*innen, die diese Frage bejahten.

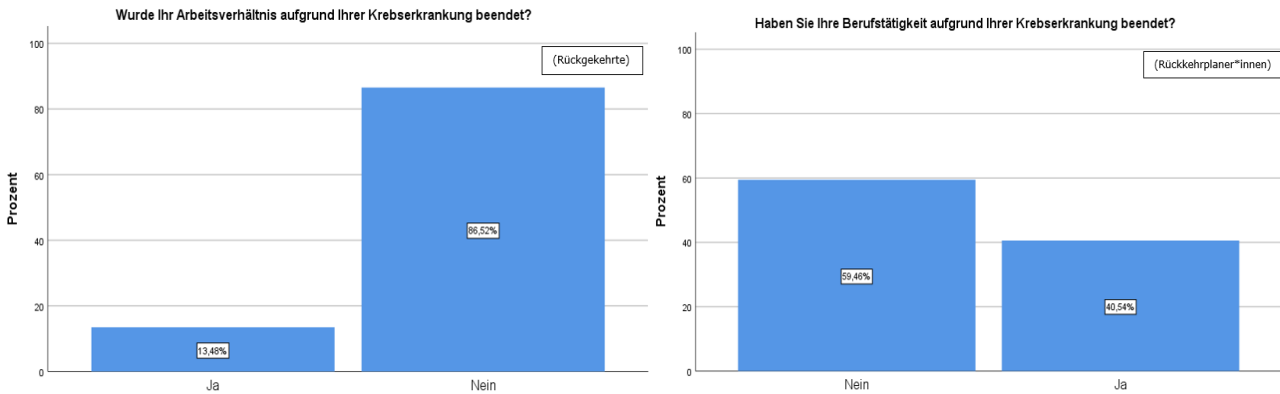


Abbildung 32: Beendigung des Arbeitsverhältnisses aufgrund der Krebserkrankung (N=89 (links); N=37 (rechts))

Dieser insgesamt hohe Anteil der Befragten, deren Arbeitsverhältnis nicht aufgrund der Krebserkrankung beendet wurde, könnte darauf zurückzuführen sein, dass das Arbeitsverhältnis bei den meisten Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen erst gar nicht beendet wurde, sondern während der krankheitsbedingten Abwesenheit bestehen blieb. So gaben 81,5 Prozent der Rückgekehrten und 58,3 Prozent der Rückkehrplaner*innen an, die Mög-

Konnten Sie nach der Erwerbsunterbrechung wieder ein Arbeitsverhältnis beim selben Arbeitgeber aufnehmen?

		Rückgekehrte		Gültige Pro-	Kumulierte Pro-
		Häufigkeit	Prozent	zente	zente
Gültig	Ja	75	38,9	81,5	81,5
	Nein	13	6,7	14,1	95,7
	Trifft nicht auf mich zu, da selbständiq.	4	2,1	4,3	100,0
	Gesamt	92	47,7	100,0	
Fehlend	System	101	52,3		
Gesamt		193	100,0		

Haben Sie die Möglichkeit bei Ihrem letzten Arbeitgeber zu arbeiten?

		Rückkehrplaner*innen		Gültige Pro-	Kumulierte Pro-
		Häufigkeit	Prozent	zente	zente
Gültig	Ja	21	10,9	58,3	58,3
	Nein	13	6,7	36,1	94,4
	Trifft nicht auf mich zu, da selbständiq.	2	1,0	5,6	100,0
	Gesamt	36	18,7	100,0	
Fehlend	System	157	81,3		
Gesamt		193	100,0		

Tabelle 25: Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses beim selben Arbeitgeber

lichkeit (gehabt) zu haben, wieder bei denselben Arbeitgeber*innen zu arbeiten. Die folgende Kreuztabelle in Tabelle 28 bestätigt diese Annahme ebenfalls. 68 der insgesamt 77 Rückgekehrten, deren Arbeitsverhältnis nicht aufgrund der Krebserkrankung beendet wurde, konnten wieder bei denselben Arbeitgeber*innen in den Beruf einsteigen. Folglich sagen diese Ergebnisse nicht unbedingt aus, dass die Befragten die Berufstätigkeit aus

einem anderen Grund als Krebs beendet haben, sondern, dass das Arbeitsverhältnis hauptsächlich gar nicht beendet wurde. Die Differenz zwischen den Rückgekehrten und den Rückkehrplaner*innen bei der Möglichkeit bei denselben Arbeitgeber*innen arbeiten zu

Wurde Ihr Arbeitsverhältnis aufgrund Ihrer Krebserkrankung beendet? * Konnten Sie nach der Erwerbsunterbrechung wieder ein Arbeitsverhältnis beim selben Arbeitgeber aufnehmen? Kreuztabelle Rückgekehrte

Anzahl		Konnten Sie nach der Erwerbsunterbrechung wieder ein Arbeitsverhältnis beim selben Arbeitgeber aufnehmen?			Gesamt
		Ja	Nein	Trifft nicht auf mich zu, da selbständig.	
Wurde Ihr Arbeitsverhältnis aufgrund Ihrer Krebserkrankung beendet?	Ja	5	7	0	12
	Nein	68	4	4	76
Gesamt		73	11	4	88

Tabelle 26: Kreuztabelle: Beendigung des AV wegen Krebs und Aufnahme eines AV beim selben AG

können, könnte den oben beschriebenen Unterschied begründen. Wenn mehr Rückkehrplaner*innen nicht bei denselben Arbeitgeber*innen arbeiten können, wurde im Rückkehrschluss auch das Arbeitsverhältnis von

mehreren Befragten nach der Krebsdiagnose beendet.

Bei ungefähr der Hälfte der Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen, die jeweils angegeben haben, dass das Arbeitsverhältnis aufgrund der Krebserkrankung beendet wurde, erfolgte diese Beendigung auf eigenen Wunsch. 3 Rückgekehrte und 4 Rückkehrplaner*innen gaben aber auch an, dass die Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch die Arbeitgeber*innen veranlasst wurde.

Auf wessen Wunsch erfolgte die Beendigung der Erwerbstätigkeit?

Rückgekehrte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro-zente	Kumulierte Pro-zente
Gültig	Auf eigenen Wunsch	6	3,1	50,0	50,0
	Auf Veranlassung des Arbeitgebers	3	1,6	25,0	75,0
	Aufgrund unabwendbarer Geschäftsaufgabe als Selbststän...	1	,5	8,3	83,3
	Auf Anregung der Rentenversicherung	1	,5	8,3	91,7
	Auf Veranlassung oder Anregung von Sonstigen	1	,5	8,3	100,0
	Gesamt	12	6,2	100,0	
Fehlend	System	181	93,8		
Gesamt		193	100,0		

Auf wessen Wunsch erfolgte die Beendigung der Erwerbstätigkeit?

Rückkehrplaner*innen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro-zente	Kumulierte Pro-zente
Gültig	Auf eigenen Wunsch	8	4,1	53,3	53,3
	Auf Veranlassung des Arbeitgebers	4	2,1	26,7	80,0
	Aufgrund unabwendbarer Geschäftsaufgabe als Selbststän...	1	,5	6,7	86,7
	Auf Veranlassung bzw. Anregung von Sonstigen	2	1,0	13,3	100,0
	Gesamt	15	7,8	100,0	
Fehlend	System	178	92,2		
Gesamt		193	100,0		

Tabelle 27: Veranlassung der Beendigung des AV

Im Freifeld am Ende des Fragebogens sind Befragte auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses und die damit verbundenen belastenden Erfahrungen eingegangen. Diese ermöglichen einen qualitativen Einblick in das Erleben der Befragten und sollen deshalb kurz dargestellt werden:

„Der Arbeitgeber während meiner Erkrankung konnte mich nicht mehr an der gleichen Stelle einsetzen, aufgrund personeller Veränderungen. Man hat mir dann eine für mich völlig neue Position angeboten, in die ich mich mühsam einarbeiten musste. Dazu war ich einem cholerischen Chef ausgesetzt. Man hat mir immer wieder zu verstehen gegeben, dass ich für diese Position überbezahlt wäre und ja sowieso keine Lust auf den neuen Job

hätte. Das hat mich sprachlos gemacht, weil es nicht zutraf. Man hat mich sukzessive rausgemobbt. 1 1/2.Jahre nach meiner Rückkehr in den Job, hat man mir nahegelegt, sich von mir zu trennen. Anwaltlich hat man sich dann geeinigt. Es war für mich eine große psychische Belastung. Nach weiteren 1 1/2 Jahren Arbeitslosigkeit, bin ich seit dem 1.7.2020 wieder voll erwerbstätig.“

„Meine Chefin hat mich nach meiner Krebsdiagnose aus dem Betrieb gemobbt. ZB hat sie mir, als ich auf der Isolierstation zur Bestrahlung lag und im absoluten Hormonentzug war, einen geänderten Arbeitsvertrag zugeschickt, den ich binnen 24h unterschreiben sollte, obwohl ich zu dem Zeitpunkt gar nicht geschäftsfähig war. Es gab keine Wiedereingliederung noch die Option Stunden zu reduzieren oder aus dem Schichtdienst zu wechseln, obwohl alles theoretisch möglich gewesen wäre. Die dadurch ausgelöste Belastung war schwerer als die Belastung durch die Krebsbehandlung! Ich habe den Job dann gekündigt. Zum Glück habe ich schnell eine neu Anstellung gefunden, aber dieses Glück und die Energie einen neuen Job zu suchen, hat nicht jeder Krebspatient!“

Wie lange sich die Rückkehrplaner*innen zum Zeitpunkt der Befragung bereits mit dem Wiedereinstieg in Arbeit beschäftigt haben, ist in Tabelle 30 zu erkennen. Das Ant-

Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit Ihrem Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt? Rückkehrplaner*innen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	[1.00] Unter 3 Monate	9	4,7	28,1
	[2.00] 3 - 6 Monate	8	4,1	53,1
	[3.00] 6 Monate bis 1 Jahr	5	2,6	68,8
	[4.00] 1 - 1,5 Jahre	2	1,0	75,0
	[5.00] 1,5 - 3 Jahre	3	1,6	84,4
	[6.00] länger als 3 Jahre	5	2,6	100,0
	Gesamt	32	16,6	100,0
Fehlend	System	161	83,4	
Gesamt		193	100,0	

Tabelle 28: Insgesamte Dauer der Planung des Wiedereinstiegs in Arbeit

wortspektrum reichte hier von unter 3 Monaten bis länger als 3 Jahre. Jede Antwortkategorie wurde von den befragten Rückkehrplaner*innen mindestens zweimal genannt. Die meisten Antworten erhielt die Antwortoption ‚unter 3 Monate‘ mit 28,1 Prozent, gefolgt von ‚3-6 Mo-

Deskriptive Statistik

	N Statistik	Spannweite Statistik	Minimum Statistik	Maximum Statistik	Mittelwert		Std.- Abweichung Statistik	Varianz Statistik
					Statistik	Std.-Fehler		
Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit Ihrem Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt?	32	5,00	1,00	6,00	2,9062	,32179	1,82030	3,314
Gültige Werte (Listenweise)	32							

Tabelle 29: Mittelwert der Dauer der Planung des Wiedereinstiegs in Arbeit

nate‘ mit insgesamt 25 Prozent. Der berechnete Mittelwert in Höhe von 2,9 zeigt die durchschnittliche Antwortkategorie auf. Wird der Wert folglich auf 3 aufgerundet, beschäftigen sich die Rückkehrplaner*innen zum Zeitpunkt der Befragung im Schnitt bereits ungefähr 6 Monate bis ein Jahr mit dem Wiedereinstieg in Arbeit.

Wie lange waren Sie ungefähr aufgrund Ihrer Krebserkrankung nicht erwerbstätig?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	1	,5	1,1
	2	2	1,0	2,2
	3	3	1,6	3,3
	4	4	2,1	4,4
	5	1	,5	1,1
	6	9	4,7	10,0
	7	2	1,0	2,2
	9	6	3,1	6,7
	10	2	1,0	2,2
	11	8	4,1	8,9
	12	9	4,7	10,0
	13	3	1,6	3,3
	14	3	1,6	3,3
	15	9	4,7	10,0
	16	3	1,6	3,3
	17	4	2,1	4,4
	18	10	5,2	11,1
	24	3	1,6	3,3
	28	1	,5	1,1
	30	1	,5	1,1
36	2	1,0	2,2	
48	1	,5	1,1	
60	1	,5	1,1	
75	1	,5	1,1	
111	1	,5	1,1	
Gesamt	90	46,6	100,0	
Fehlend	System	103	53,4	
Gesamt		193	100,0	

Tabelle 30: Insgesamte Dauer der krebsbedingten Abwesenheit vom Arbeitsplatz (in Monaten)

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung	Varianz
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Std.-Fehler	Statistik
Wie lange waren Sie ungefähr aufgrund Ihrer Krebserkrankung nicht erwerbstätig?	90	1	111	15,34	1,598	15,156
Gültige Werte (Listenweise)	90					

Tabelle 31: Mittelwert der Dauer der krebsbedingten Abwesenheit vom Arbeitsplatz

Die Abweichung innerhalb der Stichprobe nicht signifikant, weshalb die Hypothese verworfen werden musste. Ebenso konnte kein geschlechtsspezifischer Unterschied bei der insgesamten Dauer der krebsbedingten Abwesenheit ermittelt werden, weswegen auch diese Annahme für die vorliegende Stichprobe als nicht bewahrheitet gilt.

Bericht

Anzahl der bereits durchgeführten Therapien

für Auswertung relevante Erwerbstypen	Mittelwert	N
Rückgekehrte	2,3474	95
Verbliebene	1,8372	43
Rückkehrplaner*innen	2,1622	37
Insgesamt	2,1829	175

Tabelle 32: Mittelwertvergleich: Anzahl der bereits durchgeführten Therapien innerhalb der Erwerbstypen

In Tabelle 32 wird die Zeit in Monaten angezeigt, in der die Rückgekehrten aufgrund der Krebserkrankung nicht erwerbstätig waren. 87,8 Prozent und damit die Mehrheit aller Rückgekehrten gaben an, unter 1,5 Jahren die Berufstätigkeit aufgrund von Krebs pausiert zu haben. Der hier berechnete Mittelwert liegt bei 15,3 Monaten mit einer relativ hohen Standardabweichung von 15,2. Diese kann dadurch erklärt werden, dass 4 Befragte erst nach 4 bis 9 Jahren wieder in den Beruf eingestiegen sind. Diese Ausreißer beeinflussten den Mittelwert. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Rückgekehrten durchschnittlich nach ungefähr einem Jahr und 3 Monaten wieder einer Erwerbstätigkeit nachgegangen sind.

In diesem Zusammenhang wurde überprüft, ob die Anzahl der Therapien die Dauer der Abwesenheit vom Beruf beeinflusst hat. Jedoch waren die Datenabglei-

Allerdings konnte ein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Behandlungen und der Notwendigkeit, aus dem Beruf auszusteigen, für die Stichprobe festgestellt werden. Die Varianzanalyse verwies auf einen deutlich höheren Mittelwert in Bezug auf die vollzogenen Therapien bei

den Rückgekehrten mit 2,3. Im Vergleich dazu haben Verbliebene durchschnittlich nur 1,8 Behandlungen durchgeführt. Daraus könnte für die vorliegende Stichprobe geschlossen werden, dass die Anzahl der Behandlungen, die aufgrund der Krebserkrankung durchgeführt wurden, die Tatsache beeinflusste, ob eine Person weiter im Job verbleiben konnte oder zunächst aussteigen bzw. pausieren musste.

Darüber hinaus scheint in dieser Stichprobe auch das Geschlecht beim Verbleib am Arbeitsplatz trotz Krebserkrankung eine Rolle gespielt zu haben. Folgende Tabelle 35 zeigt auf, dass der Anteil von Männern in der Gruppe der Verbliebenen am höchsten ist. Obwohl, wie bereits in Kapitel 4.1 geschildert, das männliche Geschlecht in dieser Stichprobe nicht

für Auswertung relevante Erwerbstypen * Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?
Kreuztabelle

			Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?		Gesamt
			weiblich	männlich	
für Auswertung relevante Erwerbstypen	Rückgekehrte	Anzahl	76	17	93
		Erwartete Anzahl	68,1	24,9	93,0
	Verbliebene	Anzahl	18	24	42
		Erwartete Anzahl	30,8	11,2	42,0
	Rückkehrplaner*innen	Anzahl	32	5	37
		Erwartete Anzahl	27,1	9,9	37,0
Gesamt	Anzahl	126	46	172	
	Erwartete Anzahl	126,0	46,0	172,0	

stark vertreten ist, sind mehr Männer in der Gruppe der Verbliebenen als Frauen. In den Gruppen der Rückkehrplaner*innen und der Rückgekehrten ist

Tabelle 33: Ergebnisse χ^2 -Test: Geschlecht und Erwerbstypen

der Frauenanteil dafür deutlich höher. Um zu überprüfen, ob diese Auffälligkeit in der vorliegenden Stichprobe statistisch signifikant ist, wurde ein χ^2 -Test durchgeführt.

Der χ^2 -Wert nach Pearson in Höhe von 0,000 gibt an, dass mit einer 99,9%-igen Wahrscheinlichkeit kein Fehler gemacht werden würde, wenn die Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der beruflichen Situation nach der Krebsdiagnose gibt, angenommen werden würde. Somit kann gesagt werden, dass Männer in dieser Stichprobe signifikant häufiger im Job verblieben sind als Frauen. Eine mögliche Begründung könnte das Vorhandensein eines klassischen Rollenbildes bei den Befragten sein. In Kapitel 4.6 wird noch erläutert, dass hauptsächlich Männer als Hauptverdiener in ihrem Haushalt gesehen werden. Daraus könnte abgeleitet werden, dass sich vor allem Männer unter Druck gesetzt fühlten, trotz Krebserkrankung am Arbeitsplatz zu verbleiben. Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigten allerdings keine statistische Signifikanz auf, weshalb diese Hypothese als Begründung für den höheren Anteil an Männern in der Gruppe der Verbliebenen für diese Stichprobe als nicht bewahrheitet gilt.

Auf die Frage, inwieweit die Arbeitgeber*innen die Verbliebenen, die Rückgekehrten und die Rückkehrplaner*innen beim Wiedereinstieg bzw. Verbleib am Arbeitsplatz unterstützt haben bzw. derzeit noch unterstützen, gaben 51,5 Prozent die Stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell an. Diese Unterstützungsform wurde am häufigsten

genannt. Außerdem wurde bei 23,5 Prozent der Proband*innen ein Gespräch des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) durchgeführt, indem sämtliche Unterstützungsmöglichkeiten erläutert wurden. Eine weitere Unterstützungsform der Arbeitgeber*innen war die Veränderung der Arbeitsorganisation, wie beispielsweise durch die Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Pausen oder die Möglichkeit der Verrichtung sämtlicher Aufgaben im Homeoffice. Bei 7,6 Prozent der Befragten innerhalb der Gruppen wurde der Arbeitsplatz umgestaltet und 6,8 Prozent wurden auf einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes umgesetzt. Als sonstige Unterstützungsform wurde ein Parkplatz in der Nähe des Arbeitsortes genannt und das Angebot der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers, „dass ich so kommen soll wie ich es kann, auf meinen Körper hören soll und mir die Zeit geben soll die ich brauche“. 11,3 Prozent erhielten keine Unterstützung beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz von ihren Arbeitgeber*innen. Ferner hat fast die Hälfte der Verbliebenen (20 von 43 Befragte) berichtet, keine Unterstützung von den Arbeitgeber*innen in Anspruch genommen zu haben, da sie diese nicht benötigt hätten.

Unterstützung durch die Arbeitgeber*innen⁷

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Hat Ihr Arbeitgeber Sie beim Wiedereinstieg bzw. Verbleib unterstützt? (Mehrfachnennungen möglich)	Ja, es wurde ein BEM-Gespräch (BEM=Betriebliches Eingliederungsmanagement) durchgeführt, in dem sämtliche Unterstützungsmöglichkeiten erläutert wurden	31	16,1%	23,5%
	Ja, durch eine Stufenweise Wiedereingliederung	68	35,2%	51,5%
	Ja, durch die Umgestaltung des Arbeitsplatzes	10	5,2%	7,6%
	Ja, durch Umsetzung innerhalb des Betriebs auf einen anderen Arbeitsplatz	9	4,7%	6,8%
	Ja, durch Umschulung, Fort- und Weiterbildungen	2	1,0%	1,5%
	Ja, durch Veränderung der Arbeitsorganisation (z.B. Arbeitszeit, Pausenregelungen, Homeoffice)	24	12,4%	18,2%
	Ja, durch Konfliktmanagement bzw. Mediation	1	0,5%	0,8%

⁷ In dieser Tabelle wurden die Daten der Verbliebenen, Rückgekehrten und der Rückkehrplaner*innen zusammengeführt.

Ja, durch Vermittlung von Beratungs- und Betreuungsangeboten	2	1,0%	1,6%
Ja, durch Sonstiges	11	5,7%	8,3%
Nein	15	7,8%	11,3%
Für Verbliebene: Trifft nicht auf mich zu, da ich keine Unterstützung benötigt habe.	20	10,4%	15,2%
Gesamt	193	100,0%	146,3%

Tabelle 34: Unterstützung der Arbeitgeber*innen

Die nächsten Abbildungen beziehen sich auf die Veränderungen der beruflichen Verantwortungen und Belastungen nach der Krebsdiagnose. Mit dem bloßen Auge ist bereits erkennbar, dass der mittlere Balken in allen Veränderungen am meisten ausgeprägt ist. Daraus lässt sich ableiten, dass sich der Stundenumfang, die personelle, wirtschaftliche und fachliche Verantwortung, die körperliche und psychische Belastung sowie der Zeit- und Leistungsdruck am Arbeitsplatz bei den meisten Rückgekehrten und Verblieben nach der Krebsdiagnose nicht verändert hat. Allerdings sind an den prozentualen Anteilen Unterschiede zwischen den einzelnen beruflichen Verantwortlichkeiten wahrzunehmen. Unter

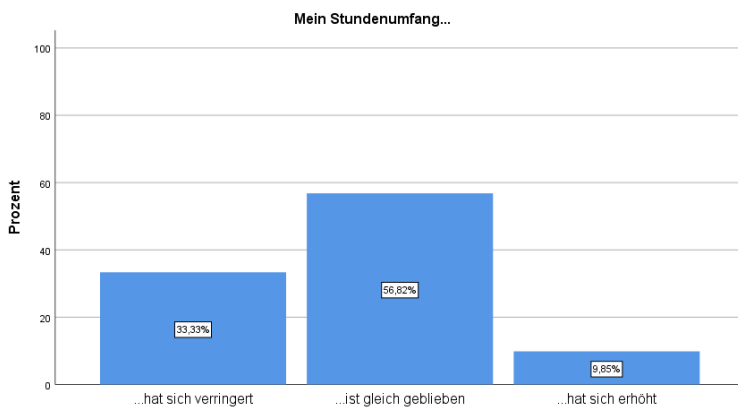


Abbildung 33: Veränderungen innerhalb des Stundenumfangs (N=132)

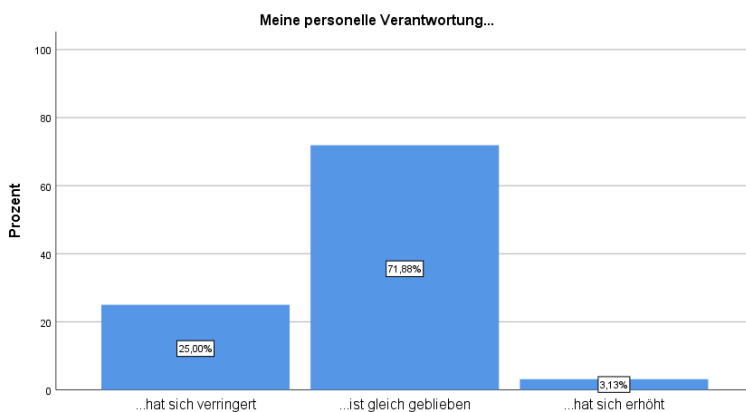


Abbildung 34: Veränderungen innerhalb der personellen Verantwortung (N=128)

den beruflichen Veränderungen, bei denen am meisten Befragte auf eine Verringerung hindeuteten, war der Stundenumfang. 33,3 Prozent der Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig waren, haben ihren Stundenumfang auf der Arbeit aufgrund der Krebserkrankung reduziert. Bei 56,8 Prozent ist dieser gleichgeblieben und 10 Prozent arbeiten nach der Krebsdiagnose wöchentlich mehr Stunden. Die berufliche Verantwortung, bei der am zweithäufigsten eine Verringerung angegeben wurde, ist die personelle Verantwortung. Ein Viertel der Befragten, die der Gruppe der Verbliebenen und

personelle Verantwortung. Ein Viertel der Befragten, die der Gruppe der Verbliebenen und

Rückgekehrten angehörten, hat personelle Verantwortung nach der Krebsdiagnose abgegeben. Lediglich 3,1 Prozent haben mehr personelle Verantwortung zugeteilt bekommen als vor der Krebsdiagnose.

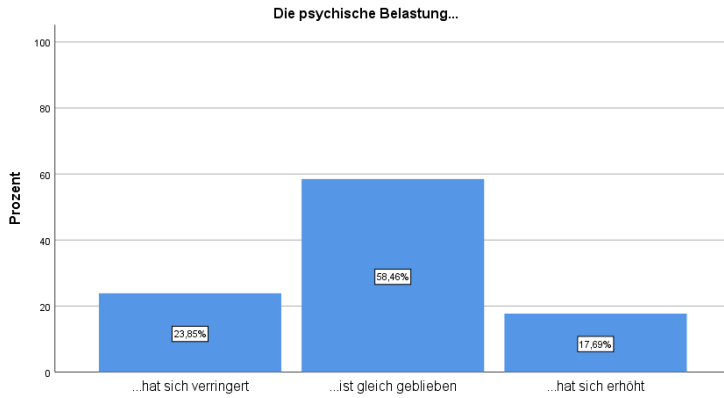


Abbildung 35: Veränderungen innerhalb der psychischen Belastung (N=130)

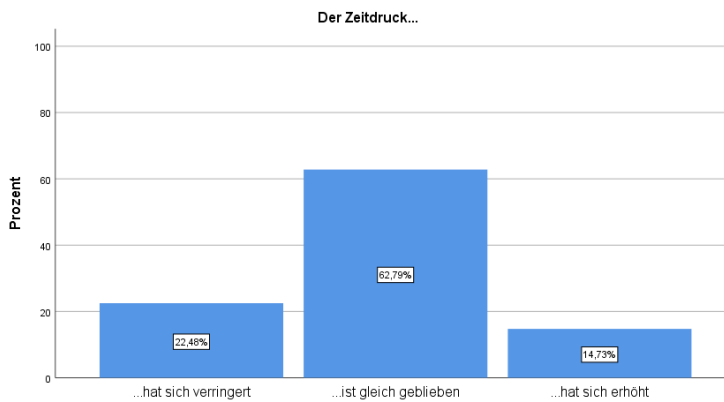


Abbildung 36: Veränderungen innerhalb des Zeitdrucks (N=129)

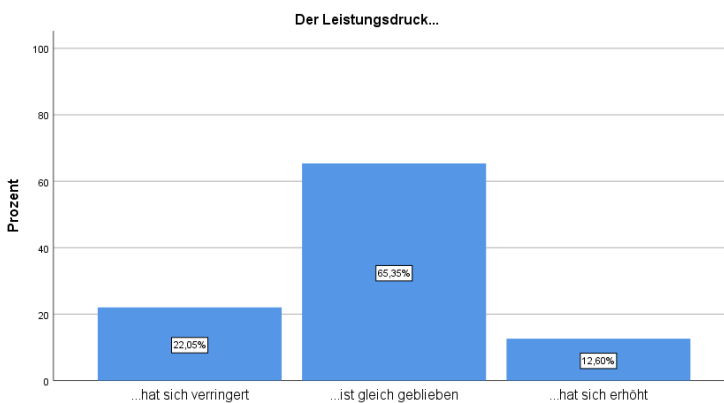


Abbildung 37: Veränderungen innerhalb des Leistungsdrucks (N= 127)

Eine weitere Auffälligkeit in den Daten ist, dass unter den beruflichen Verantwortlichkeiten, bei denen am häufigsten eine Erhöhung aufgeführt wurde, die psychische Belastung sowie der Zeit- und Leistungsdruck sind. Dies galt bei der psychischen Belastung für 17,7 Prozent, beim Zeitdruck für 14,7 Prozent und beim Leistungsdruck für 12,6 Prozent der Verbliebenen und Rückgekehrten. Ob diese auf die bereits vorhandenen Belastungen durch die Krebserkrankung zurückzuführen sind oder ob sie rein beruflichen Gründen unterliegen, kann im Rahmen der vorliegenden Erhebung nicht weiterverfolgt werden. Allerdings muss an dieser Stelle auch erwähnt werden, dass mehr Befragte jeweils angaben, dass sich die psychische Belastung sowie der Zeit- und Leistungsdruck am Arbeitsplatz verringert haben.

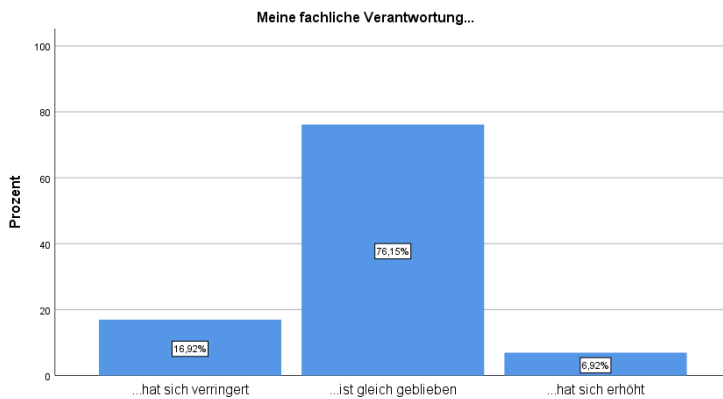


Abbildung 38: Veränderungen innerhalb der fachlichen Verantwortung (N=130)

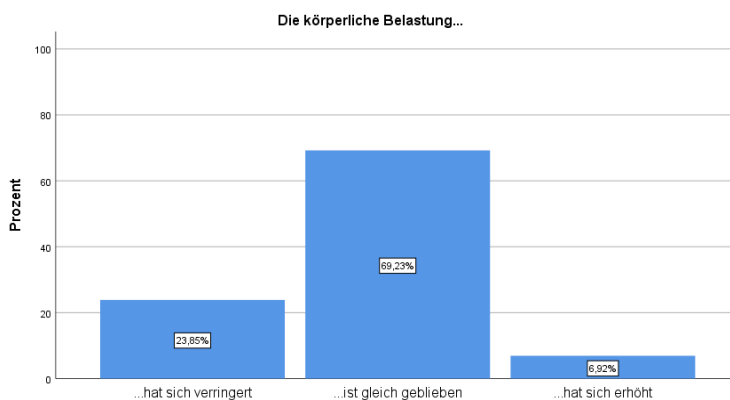


Abbildung 39: Veränderungen innerhalb der körperlichen Belastung (N=130)

Die fachliche Verantwortung und körperliche Belastung in der Erwerbstätigkeit der Rückgekehrten und Verbliebenen ist mehrheitlich gleichgeblieben. Es kann allerdings gesagt werden, dass die Verringerung der körperlichen Belastung vergleichsweise auch häufiger genannt wurde.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass sich bei den meisten Befragten keine Veränderungen hinsichtlich der abgefragten Verantwortlichkeiten und Belastungen am Arbeitsplatz nach der Krebsdiagnose ergaben.

Trotzdem ist eine Tendenz zur Verringerung einzelner Bereiche erkennbar, was darauf hindeuten könnte, dass die befragten Personen aufgrund der Krebserkrankung nicht mehr so leistungsfähig sind, wie sie es vor der Krebsdiagnose einmal waren. Ein weiteres Indiz für diese Annahme ist das hohe Aufkommen von krebs- bzw. behandlungsbedingten Beschwerden in dieser Stichprobe, was in Kapitel 4.3.3 bereits ausführlich erläutert wurde. Obwohl insgesamt 138 Personen entsprechende Beschwerden haben, von denen sich 93 Personen sogar bei der Ausübung der Erwerbstätigkeit eingeschränkt fühlen, geht ein Großteil der Befragten (71,8 Prozent) aktuell einer Erwerbstätigkeit nach und 19,7 Prozent planen zumindest einen Wiedereinstieg in Arbeit, worauf zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb des Kapitels noch einmal eingegangen wird. Dies könnte der Grund dafür sein, dass einige Befragte Belastungen und Verantwortlichkeiten am Arbeitsplatz nach der Krebsdiagnose verringern bzw. abgeben mussten. In diesem Zusammenhang wurde die Hypothese generiert, dass eine Krebserkrankung einen Aufstieg auf der Karriereleiter negativ beeinflusst oder gar verhindert. Die hier gewonnenen Daten lassen eine Überprüfung dieser Hypothese allerdings nicht zu, weshalb erneut auf die Notwendigkeit von weiteren Untersuchungen hingedeutet wird. Spannend wäre es auch zu untersuchen, welche beruflichen Möglichkeiten sich für die Menschen durch die Krebserkrankung eröffnen. In der Befragung haben Personen angegeben, dass sich ihre Verantwortungen im Beruf erhöht haben, auch wenn diese nur der Minderheit entsprechen.

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes wurde der Fokus allerdings auf die beruflichen Herausforderungen von Menschen mit einer Krebserkrankung gelegt, weshalb dieser Themenschwerpunkt aus Gründen der Vollständigkeit nur erwähnt bleibt und hier nicht weiterverfolgt wird.

Eine Hypothese, die hier jedoch überprüft werden konnte, war, ob sich krebs- oder behandlungsbedingte Beschwerden auf die Berufsfähigkeit der Befragten in dieser Stichprobe ausgewirkt haben. Die Ergebnisse des χ^2 -Tests weisen auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Beschwerden und der Berufsfähigkeit hin. Die hier generierte Kreuztabelle zeigt auf, dass unter den Befragten, die angaben, dass es ihnen zum Zeitpunkt der Befragung nicht möglich war, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen,

Ist es Ihnen derzeit möglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen? * Haben Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung oder deren Behandlung Beschwerden wie z.B. Schmerzen, anhaltende Müdigkeit, Depressionen, Übelkeit, Atemnot, Verdauungsprobleme? Kreuztabelle

			Haben Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung oder deren Behandlung Beschwerden wie z.B. Schmerzen, anhaltende Müdigkeit, Depressionen, Übelkeit, Atemnot, Verdauungsprobleme?		Gesamt
			Ja	Nein	
Ist es Ihnen derzeit möglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen?	Ja	Anzahl	96	48	144
		Erwartete Anzahl	104,6	39,4	144,0
	Nein	Anzahl	34	3	37
		Erwartete Anzahl	26,9	10,1	37,0
	Weiß nicht	Anzahl	8	1	9
		Erwartete Anzahl	6,5	2,5	9,0
Gesamt	Anzahl	138	52	190	
	Erwartete Anzahl	138,0	52,0	190,0	

91,9 Prozent Beschwerden aufwiesen. Lediglich 3 von den 37 Personen litten nicht an krebs- oder behandlungsbedingten Beschwerden. Allerdings ist an der Tabelle 37 ebenfalls erkennbar, dass von den

insgesamt 144 Personen,

denen es möglich war, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, 96 Personen, also 66,7 Prozent, Beschwerden aufwiesen. Somit wurde zum einen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufsfähigkeit und den krebs- und behandlungsbedingten Beschwerden für die Stichprobe festgestellt und zum anderen konnte die Annahme, dass die Mehrheit der Befragten mit Beschwerden trotzdem arbeiten geht, anhand der Kreuztabelle ebenfalls bestätigt werden. Es könnte sein, dass die Art und Intensität der Beschwerden in diesem Zusammenhang eine große Rolle spielen, welche jedoch anhand des standardisierten Fragebogens nicht ermittelt wurden.

Tabelle 35: Ergebnisse χ^2 -Test: Erwerbsfähigkeit und Beschwerden

Anschließend wurden die Verbliebenen gefragt, ob sie zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose lieber aufgehört hätten zu arbeiten. Die Mehrheit der Befragten gab hier ‚nein‘ an und 20 Prozent wusste es nicht. Lediglich 17,5 Prozent sagten, dass sie im Nachhinein lieber aufgehört hätten zu arbeiten.

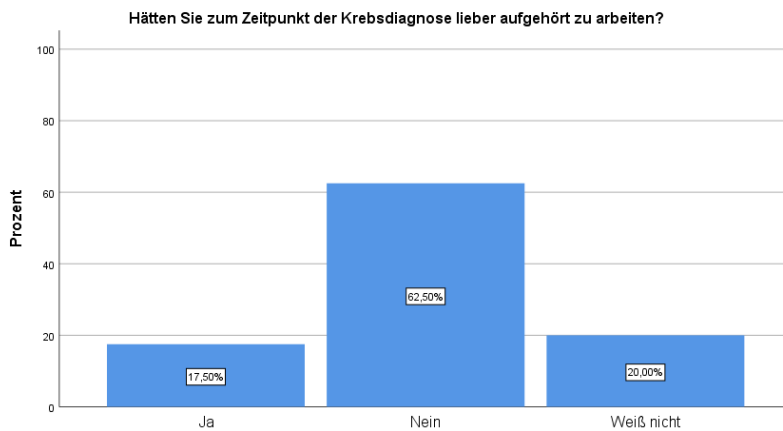


Abbildung 40: Rückblickende Bewertung des Verbleibs am Arbeitsplatz (N=40)

Dies entspricht mit insgesamt 7 Personen der Minderheit. Auf die Frage, was sie damals an einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses hinderte, wurden 5 Mal finanzielle Gründe und jeweils einmal die Sorge, den Arbeitsplatz zu verlieren, die

Verantwortung gegenüber Mitarbeiter*innen und die Unmöglichkeit einer Einschätzung des Krankheitsverlaufes genannt. In diesem Zusammenhang ermöglichte eine Befragungsperson einen kleinen Einblick in ihre reflexive Gedankenwelt, welche die Ergebnisse qualitativ untermauert:

„Reduzierung des Arbeitsumfangs aufgrund der Finanziellen Situation nicht umgesetzt, dies war nicht immer gut. (Manchmal bereue ich das)“

Der Fragebogen beinhaltete am Ende der Erfassung der beruflichen Situation der Krebspatient*innen jeweils eine Zufriedenheitsfrage. So wurden die Rückgekehrten beispielsweise gefragt, wie zufrieden sie damit sind, dass sie trotz Krebserkrankung weiterhin am

Wie zufrieden sind Sie damit, dass Sie trotz Krebserkrankung weiter am Arbeitsplatz verblieben sind? Bitte bewerten Sie dies auf einer Skala von „überhaupt nicht zufrieden“ bis „voll und ganz zufrieden“. Mit den dazwischenliegenden Feldern k...

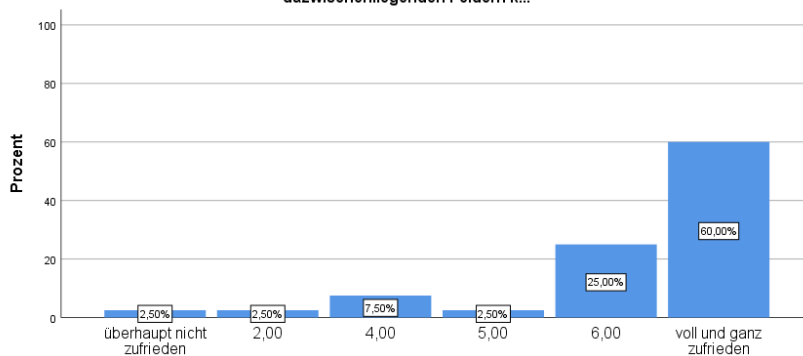


Abbildung 41: Zufriedenheit mit Verbleib am Arbeitsplatz (N=40)

Arbeitsplatz verblieben sind. Auch hier zeichnet sich das oben beschriebene Bild noch einmal ab. Mehr als die Hälfte (60 Prozent) der Verbliebenen gab an, voll und ganz mit ihrem Verbleib am Arbeitsplatz zufrieden zu sein. Ein weiteres

Viertel gab die zweithöchste Antwortoption an, was ebenfalls auf eine hohe Zufriedenheit hinweist. Die restlichen Antwortoptionen von ‚überhaupt nicht zufrieden‘ bis ‚5‘ haben zusammengerechnet nur 15 Prozent aller Verbliebenen angekreuzt.

Anders verhält sich die Verteilungskurve bei der Frage, wie zufrieden die Rückgekehrten

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Ihrer Krebsdiagnose? Bitte bewerten Sie dies auf einer Skala von „überhaupt nicht zufrieden“ bis „voll und ganz zufrieden“. Mit den dazwischenliegenden Feldern können Sie lh...

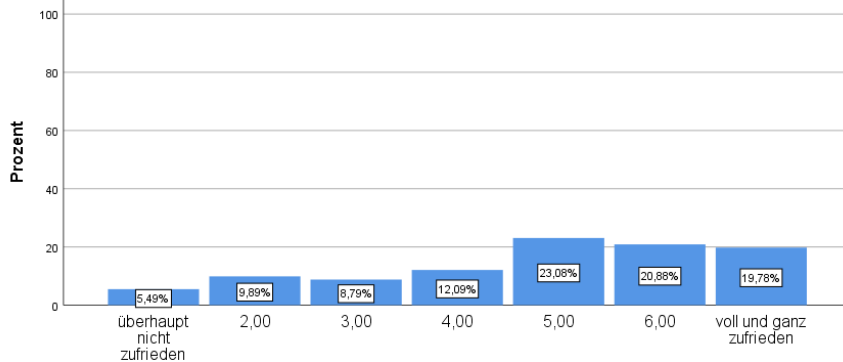


Abbildung 42: Zufriedenheit mit Rückkehr an den Arbeitsplatz (N=91)

mit ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz nach der Krebsdiagnose sind. Diese ist deutlich ausgeglichener und die meistgewählte Antwortoption ist die ‚5‘ welche besagt, dass sie zwar eher, aber nicht voll

und ganz zufrieden sind. Trotzdem bilden die Nennungen im Bereich zwischen 1 und 3, die eher bzw. überhaupt keine Zufriedenheit mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz implizieren, mit einem kumulierten prozentualen Anteil von 24,2 Prozent die Minderheit innerhalb der Gruppe der Rückgekehrten. Insgesamt gaben 63,7 Prozent an, eher bis voll und ganz zufrieden mit ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz nach der Krebsdiagnose gewesen zu sein.

Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer beruflichen Situation? Bitte bewerten Sie Ihre berufliche Situation auf einer Skala von „überhaupt nicht zufrieden“ bis „voll und ganz zufrieden“. Mit den dazwischenliegenden Feldern können Sie Ihre ...

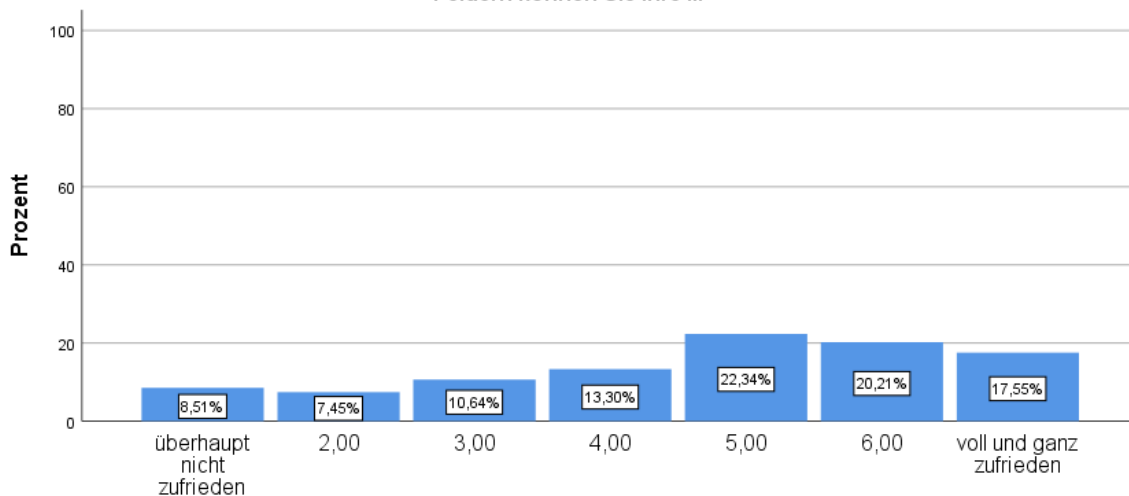


Abbildung 43: Allgemeine Zufriedenheit mit aktueller beruflicher Situation (N=188)

Darüber hinaus wurde eine allgemeine Frage an alle Gruppen gestellt, wie zufrieden die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung mit der beruflichen Situation sind. Hier zeichnete sich eine sehr ähnliche Verteilungskurve ab, wie sie bereits bei den Antworten der Rückgekehrten zu sehen war. Die Mehrheit gab an, eher bzw. voll und ganz zufrieden mit der aktuellen beruflichen Situation zu sein, während nur eine Minderheit eher bis überhaupt nicht zufrieden war. Der Mittelwert liegt hier bei 4,7 mit einer Standardabweichung von 1,8. Werden diese Antworten nach den Erwerbstypen differenziert betrachtet, ist ein deutlicher Unterschied im Antwortverhalten erkennbar. Verbliebene haben einen Mittelwert von 5,7, was

Bericht

Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer beruflichen Situation?

für Auswertung relevante

Erwerbstypen	Mittelwert	N
Rückgekehrte	4,6170	94
Verbliebene	5,6829	41
Rückkehrplaner*innen	3,5946	37
Insgesamt	4,6512	172

Tabelle 36: Mittelwertvergleich: Zufriedenheit mit aktueller beruflicher Situation und Erwerbstypen

auf eine sehr hohe Zufriedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation hin- deutet. Rückgekehrte weisen einen Mittelwert in Höhe von 4,6 auf, der be- reits deutlich geringer als der der Ver- bliebenen ist. Daraus lässt sich ab- leiten, dass Rückgekehrte durch- schnittlich eine mittlere bis leichte Zu- friedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation angaben. Der Mittelwert der Rückkehr- planer*innen ist demgegenüber am geringsten mit 3,6. Dieser besagt, dass diese Perso- nengruppe zum Zeitpunkt der Befragung eher nicht mit ihrer aktuellen beruflichen Situation zufrieden war. Diese Unterschiede zwischen den Ergebnissen innerhalb der Gruppen wie- sen allesamt eine statistische Signifikanz auf. Somit kann die Aussage getroffen werden, dass Verbliebene in dieser Stichprobe am zufriedensten und Rückkehrplaner*innen am un- zufriedensten mit ihrer momentanen beruflichen Situation waren.

4.4.3 Berufliche Herausforderungen

Im folgenden Kapitel geht es um die Herausforderungen, mit denen sich die Befragten der Stichprobe im beruflichen Kontext konfrontiert sahen. Diese wurden im Fragebogen in jeder Gruppe separat abgefragt und im Auswertungsprozess soweit wie möglich zusammenge- fügt. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird jeweils darauf verwiesen, auf welche Gruppen sich die Daten beziehen. Im Anschluss werden die von mehreren Erwerbstypen beantwor-

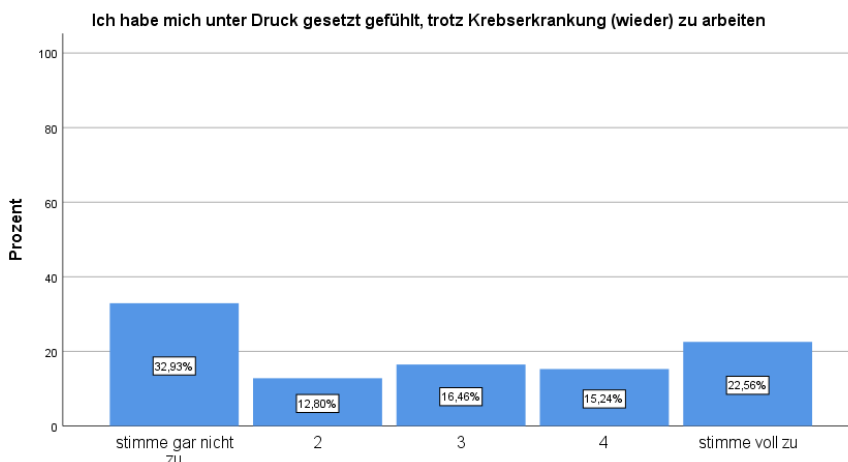


Abbildung 44: Sich unter Druck gesetzt fühlen, trotz Krebserkrankung (wieder) zu arbeiten (N=164)

bewertet werden konnte. In Abbildung 45 ist an der Verteilung der Antworten gut erkennbar, dass für die meisten der Befragten (32,9 Prozent) diese Herausforderung gar nicht zutraf. 22,6 Prozent konnten sich mit der Aussage voll und ganz

teten beruflichen Her- ausforderungen dar- gelegt.

‚Ich habe mich unter Druck gesetzt gefühlt, trotz Krebserkran- kung (wieder) zu ar- beiten‘ war eine der wenigen Aussagen, die von allen teilneh- menden Personen

identifizieren, was bereits die am zweithäufigsten genannte Antwort war. Der berechnete Mittelwert lag bei 2,8 mit einer Standardabweichung von 1,6. Bei der gruppenspezifischen Untersuchung des entsprechenden Antwortverhaltens anhand der Varianzanalyse konnte

Bericht

Ich habe mich unter Druck gesetzt gefühlt, trotz Krebserkrankung (wieder) zu arbeiten

Erwerbstypen	Mittelwert	N
Rückgekehrte	3,1149	87
Verbliebene	1,8485	33
Rückkehrplaner*innen	2,7647	34
Insgesamt	2,7662	154

Tabelle 37: Mittelwertvergleich sich unter Druck gesetzt fühlen innerhalb der mit Erwerbstypen

ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Verbliebenen und den Rückgekehrten sowie den Verblieben und den Rückkehrplaner*innen festgestellt werden. Verbliebene weisen hierbei einen deutlich geringeren Mittelwert in Höhe von 1,8 auf, während Rückgekehrte durchschnittlich 3,1 und Rückkehrplaner*innen 2,8 angaben. Inhaltlich bedeutet dies, dass sich Rückgekehrte am meisten unter

Druck gesetzt gefühlt haben, nach ihrer krankheitsbedingten Abwesenheit schnell wieder in den Beruf einzusteigen. Demgegenüber haben sich Verbliebene im Durchschnitt am wenigsten unter Druck gesetzt gefühlt. Die Höhe der arithmetischen Mittel weisen aber auch darauf hin, dass sich selbst der höchste Wert mit 3,1 der Rückgekehrten eher im mittleren Bereich befindet. Verbliebene fühlten sich eher bis gar nicht unter Druck gesetzt, trotz Krebserkrankung und Behandlungen am Arbeitsplatz zu verbleiben. Rückkehrplaner*innen waren durchschnittlich neutral eingestellt bis hin zu einem Gefühl, eher nicht unter Druck gesetzt zu sein.

Eine Frage, die allen Befragten bis auf die Nicht-Wiedereinsteiger*innen gestellt wurde, war, inwieweit eine Unsicherheit besteht bzw. bestand, ob, wann und wie die Krebserkrankung auf der Arbeit oder im Bewerbungsprozess angesprochen werden soll. Hier gab ungefähr die Hälfte (53,5 Prozent) an, dass sie sich diesbezüglich gar nicht unsicher fühlten bzw. fühlen. Auch der niedrige Mittelwert von 2,1 zeigt auf, dass diese Unsicherheit durchschnittlich eher nicht

Ich war/bin mir unsicher, ob, wann und wie ich meine Krebserkrankung auf der Arbeit/im Bewerbungsprozess ansprechen soll.

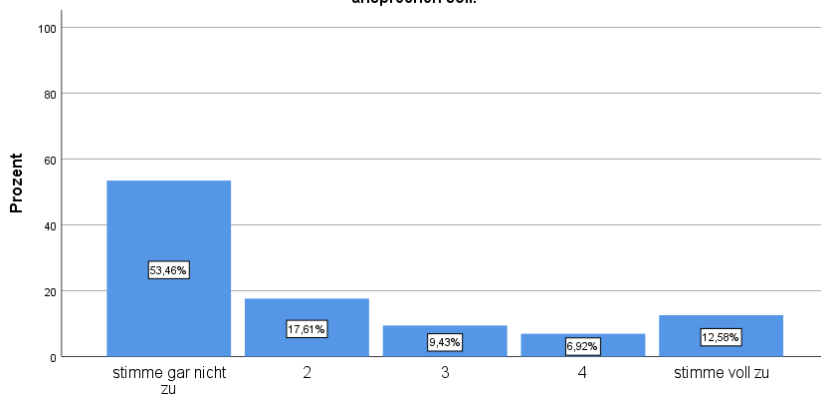


Abbildung 45: Unsicherheit bei der Kommunikation der Krebserkrankung am Arbeitsplatz/im Bewerbungsprozess (N=159)

auf die Befragten zutraf. Jedoch gaben auch 12,6 Prozent an, dass sie sich bei der Kommunikation der Krebserkrankung auf der Arbeit bzw. im Bewerbungsprozess sehr unsicher fühlten, was

immerhin 20 Personen innerhalb der Stichprobe ausmacht und hier nicht unerwähnt bleiben soll.

An den nachfolgenden Aussagen ist erkennbar, dass die teilnehmenden Personen die Möglichkeit hatten, den Fragebogen aus der Retrospektive und aus der Prospektive zu beantworten. Personen, die den Fragebogen rückblickend ausfüllten, wurden hauptsächlich zu den Herausforderungen befragt, mit denen sie sich im beruflichen Kontext konfrontiert sahen. Es ging vor allem um die Erfahrungen, die sie bei ihrem Erst- bzw. Wiedereinstieg in Arbeit oder beim Verbleib am Arbeitsplatz gemacht haben. Dementsprechend gehörten dazu die Personen, die in die Gruppen der Ersteingestiegenen, Verblieben sowie der Rückgekehrten eingeteilt wurden. Die Befragten mit einer Prospektive planten zum Zeitpunkt der Befragung einen Erst- bzw. Wiedereinstieg in Arbeit. Diese wurden vor allem zu ihren Sorgen und Herausforderungen, die hinsichtlich der Planung einer (Wieder-) Aufnahme einer Arbeitsstelle aufkamen, befragt. Hier wird von den Gruppen der Ersteinstiegsplaner*innen und der Rückkehrplaner*innen gesprochen.

Eine solche Differenzierung innerhalb des Fragebogens machte eine Untersuchung nach statistisch relevanten Unterschieden innerhalb aller hier genannten Gruppen unmöglich. Es konnten also keine Aussagen getroffen werden, inwieweit die Planenden im Vergleich zu den Personen, die ihren Verbleib bzw. (Wieder-) Einstieg in Arbeit rückblickend betrachten, mehr oder weniger im beruflichen Sinne herausgefordert sind. Im Folgenden sollen die vergleichbaren Herausforderungen der Gruppen einander gegenübergestellt und das Antwortverhalten der Befragten aus der Retrospektive mit denen aus der Prospektive weitestgehend deskriptiv verglichen werden.

Die Ersteinstiegs- und Rückkehrplaner*innen wurden gefragt, ob sie Sorge haben, ihre Behandlungen nicht mit den entsprechenden Arbeitszeiten in Einklang bringen zu können. In

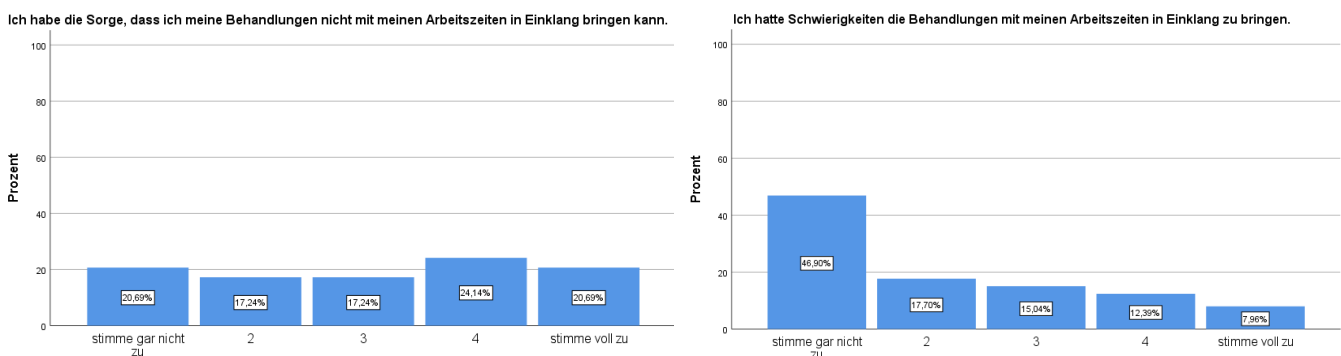


Abbildung 46: (Sorge vor) Schwierigkeiten die Behandlungen mit Arbeitszeiten in Einklang zu bringen (N=29 (links); N=113 (rechts))

Abbildung 47 ist ein sehr ausgeglichenes Antwortverhalten auffällig. Keine der Antwortoptionen wurde deutlich häufiger angegeben als andere. Allerdings ist eine minimale Rechtsverteilung erkennbar. Insgesamt 44,8 Prozent haben angegeben, dass sie der Sorge eher

bis voll und 37,9 Prozent eher bis gar nicht zustimmen würden. Demzufolge liegt der Mittelwert bei 3,1 und die Standardabweichung bei 1,5. Im Vergleich dazu wurden Rückgekehrte, Verbliebene, Ersteingestiegene und Nicht-Wiedereinsteiger*innen gefragt, ob sie tatsächlich Schwierigkeiten hatten, die Behandlungen mit ihren Arbeitszeiten in Einklang zu bringen. Das Antwortverhalten zeichnet eine deutlich abflachende Kurve ab. 46,9 Prozent stimmten der Aussage gar nicht zu, während nur 8 Prozent eine solche Schwierigkeit wahrnahmen. Der Mittelwert liegt hier bei 2,2 mit einer Standardabweichung von 1,3. Es konnte

	Ränge			
	für Auswertung der Herausforderungen relevante Erwerbstypen (RG,VB)	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Ich hatte Schwierigkeiten die Behandlungen mit meinen Arbeitszeiten in Einklang zu bringen.	Rückgekehrte	73	59,24	4324,50
	Verbliebene	33	40,80	1346,50
	Gesamt	106		

außerdem ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen der Rückgekehrten und der Verbliebene-

Tabelle 38: Ergebnisse U-Test: Schwierigkeiten Behandlungen mit Arbeitszeiten in Einklang zu bringen und Erwerbstypen

nen anhand eines U-Tests festgestellt werden. Deutlich mehr Rückgekehrte haben der Herausforderung eher zugestimmt als Verbliebene, was an den mittleren Rängen in Höhe von 59,2 bei den Rückgekehrten und 40,8 bei den Verbliebenen erkennbar ist. Folglich kann gesagt werden, dass Verbliebene weniger Schwierigkeiten hatten, die Behandlungen mit den Arbeitszeiten in Einklang zu bringen. Dies könnte die Tatsache beeinflusst haben, das Verbliebene nach der Krebsdiagnose weiterarbeiten konnten, während Rückgekehrte krankheitsbedingt pausieren mussten. Allerdings könnten viele weitere Faktoren ebenfalls auf den Verbleib am Arbeitsplatz trotz Krebserkrankung Einfluss genommen haben, wie z.B. die Schwere der Erkrankung, deren Folgen und Beschwerden sowie die Art der Behandlungen, um nur einige von diesen zu nennen. In Kapitel 4.9.1 werden krankheits- und behandlungsbedingte Faktoren, die die berufliche Situation nach der Krebsdiagnose beeinflussen können, näher untersucht.

Ein ähnliches Bild ist bei der Sorge bzw. Tatsache zu erkennen, dass sich die Behandlungen negativ auf den beruflichen (Wieder-) Einstieg auswirken. Hier war das Antwortverhal-

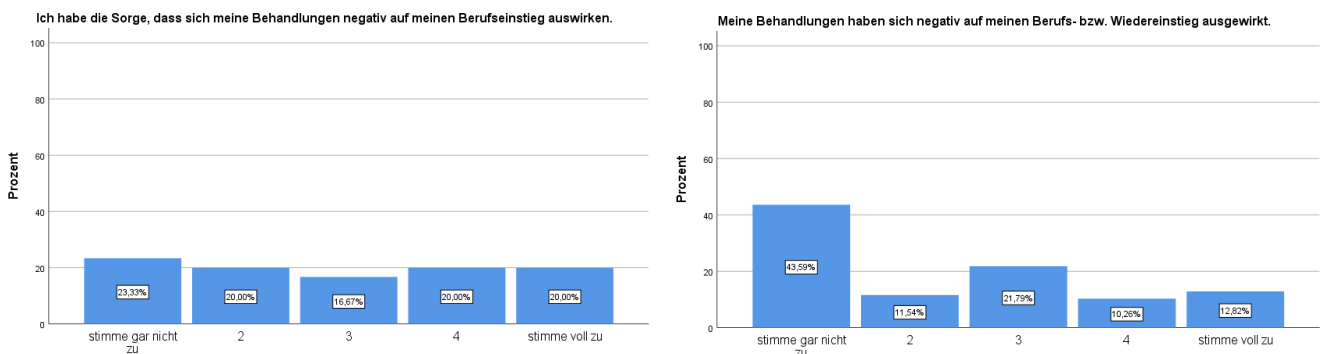


Abbildung 47: (Sorge vor) negative Auswirkungen der Behandlungen auf den (Wieder-) Einstieg in Arbeit (N=30 (links); N=78 (rechts))

ten der Planenden deutlich ausgeglichener als bei den Rückgekehrten und Ersteingestiegenen. Die Personen aus der Retrospektive haben eindeutig häufiger angegeben, dass sich ihre Behandlungen nicht negativ auf ihren (Wieder-) Einstieg in Arbeit ausgewirkt haben. Die Mittelwerte der Rückgekehrten und Ersteingestiegenen lagen bei 2,4 und die der Ersteinstiegs- und Rückkehrplaner*innen bei 2,9 mit jeweils einer Standardabweichung von 1,5.

Ebenso verhalten sich die Verteilungskurven bei der Sorge bzw. Tatsache, dass sich die Arbeit negativ auf die Krebserkrankung auswirkt. Hier machen sich die Rückkehr- und Ersteinstiegsplaner*innen im Durchschnitt tendenziell sogar mehr Sorgen, was auch an dem Mittelwert in Höhe von 3,2 (Standardabweichung 1,4) erkennbar ist. Die meisten Rückgekehrten, Ersteingestiegenen und Verbliebenen gaben an, dass sich ihre Arbeit eher bis gar nicht negativ auf die Krebserkrankung ausgewirkt hat. Der Mittelwert entspricht hier 1,9 mit einer Standardabweichung von 1,1.

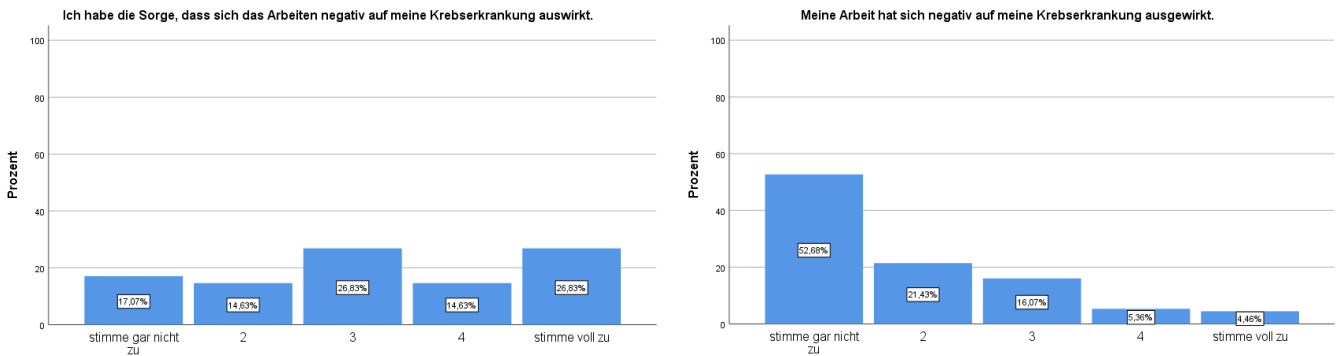


Abbildung 48: (Sorge vor) negative Auswirkungen der Arbeit auf Krebserkrankung (N=41 (links); N=112 (rechts))

Der Sorge, dass der oder die Vorgesetzte die befragte Person als nicht belastbar einschätzt, haben ein Großteil der Ersteinstiegs- und Rückkehrplaner*innen zugestimmt. Im Gegenzug ist eine abflachende Gerade im Antwortverhalten der Verblieben, Rückgekehrten und Ersteingestiegenen erkennbar. Hier trafen die Herausforderungen auf die meisten gar nicht zu. Der Mittelwert der Planenden liegt bei 3,4 (Standardabweichung: 1,2) und der der Erwerbstätigen bei 2,3 (Standardabweichung: 1,3).

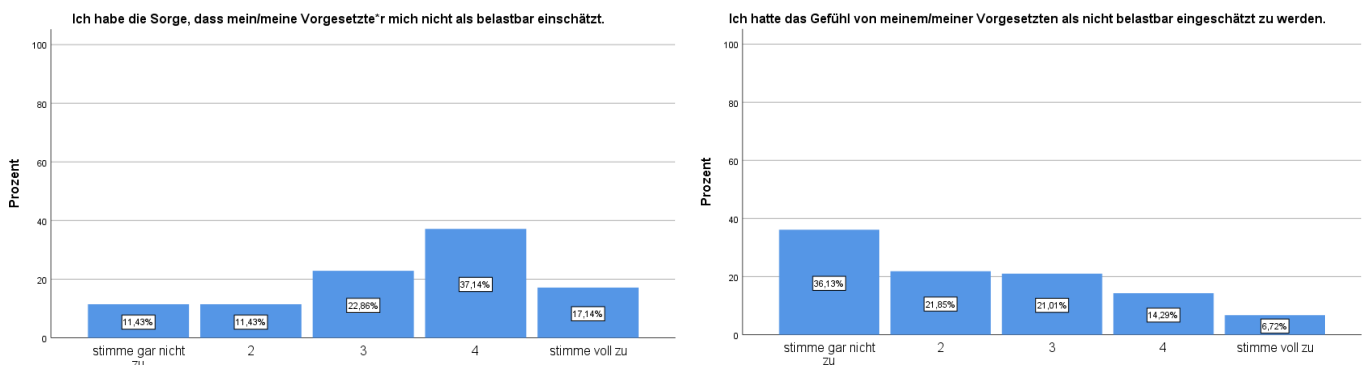


Abbildung 49: (Sorge vor) Einschätzung des/der Vorgesetzten als nicht belastbar (N=35 (links), N=119 (rechts))

Diese dargestellten Ungleichverteilungen innerhalb der Gruppen der Retro- und Prospektiven könnten darauf schließen lassen, dass sich in der Zeit der Planung mehr Personen Sorgen machen, dass sich die krebbsbedingten Behandlungen negativ auf die Arbeit auswirken könnten und bei weniger Personen diese Erfahrung am Ende tatsächlich eintritt. Um diese Hypothese vollständig überprüfen zu können, wäre allerdings eine zweite Erhebung zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb derselben Stichprobe notwendig.

Der Sorge, dass die geforderten Aufgaben im Job aufgrund krankheitsbedingter Beschwerden nur schwer bewältigt werden können, haben keine Ersteinstiegs- und Rückkehrplaner*innen voll zugestimmt. Trotzdem ist die vierte Antwortkategorie am meisten ausgeprägt,

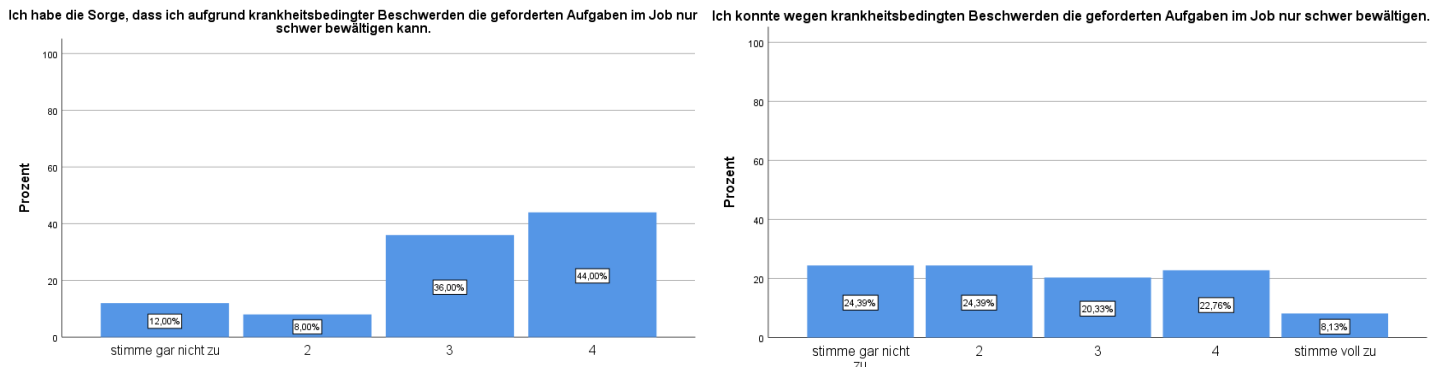


Abbildung 50: (Sorge vor) Schwierigkeiten bei der Bewältigung der geforderten Aufgaben im Job aufgrund von krankheitsbedingten Beschwerden (N=25 (links); N=123 (rechts))

die besagt, dass sich die Befragten innerhalb der Gruppen eher entsprechende Sorgen machen. Anders als die oben dargestellten Verteilungen, verhält sich das Antwortverhalten bei den aktuell Erwerbstätigen nahezu ausgeglichen, als es um die tatsächlichen Schwierigkeiten bei der Bewältigung der geforderten Aufgaben im Job ging. Die entsprechenden Mittelwerte liegen bei den Planenden bei 3,1 (Standardabweichung 1,0) und bei den aktuell Berufstätigen bei 2,7 (Standardabweichung 1,3). Der vergleichsweise höhere Mittelwert bei den Verbliebenen, Rückgekehrten und Ersteingestiegenen könnte ein Indiz dafür sein, dass zwar nicht die Behandlungen, aber wohl die krankheitsbedingten Beschwerden negative Auswirkungen auf die Arbeit für die hier vorliegende Stichprobe hatten.

Darüber hinaus wurde anhand eines U-Tests ein signifikanter Unterschied zwischen den Rückgekehrten und den Verbliebenen festgestellt. Rückgekehrte weisen mit 66,5 einen höheren mittleren Rang auf als Verbliebene mit 42,2. Dies bedeutet, dass Rückgekehrte der Aussage insgesamt mehr zugestimmt haben als Verbliebene. Somit haben Rück-

	Ränge			
	für Auswertung der Herausforderungen relevante Erwerbstypen (RG,VB)	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Ich konnte wegen krankheitsbedingten Beschwerden die geforderten Aufgaben im Job nur schwer bewältigen.	Rückgekehrte	81	66,48	5385,00
	Verbliebene	36	42,17	1518,00
	Gesamt	117		

Tabelle 39: Ergebnisse U-Test: Schwierigkeiten der Bewältigung der geforderten Aufgaben im Job und Erwerbstypen

kehrte der Aussage insgesamt mehr zugestimmt haben als Verbliebene. Somit haben Rück-

gekehrte häufiger die Erfahrung gemacht, die geforderten Aufgaben im Job aufgrund krankheitsbedingter Beschwerden nur schwer bewältigen zu können. Der statistisch signifikante Zusammenhang für diese Stichprobe hat eine mittlere Effektstärke in Höhe von 0,3.

Eindeutiger ist das Antwortverhalten bei der Sorge bzw. Tatsache, dass die Arbeit die Befragten sehr erschöpft und anstrengt. 57,9 Prozent der Planenden stimmten der Aussage voll und weitere 26,3 Prozent stimmten ihr eher zu. Dies zeigt auch der hohe Mittelwert von 4,3 mit einer Standardabweichung von 1,1. Obwohl die Verteilung der Antworten bei den Verbliebenen, Rückgekehrten und Ersteingestiegenen deutlich ausgeglichener ist, stimmten mehr Befragte dieser Aussage eher bis voll zu als gar bzw. eher nicht. Der gemeinsame Mittelwert lag hier bei 3,5 und die Standardabweichung bei 1,3.

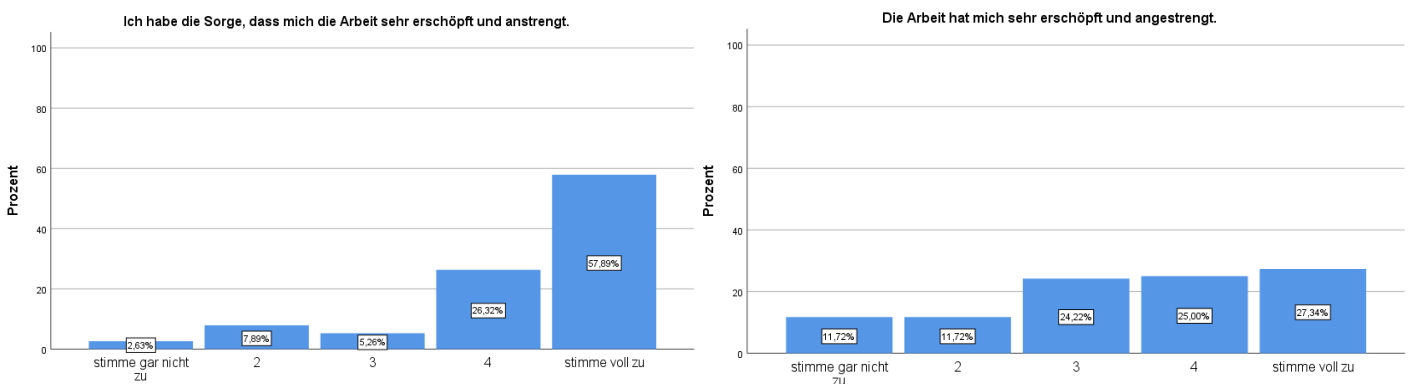


Abbildung 51: (Sorge vor) Erschöpfung durch Arbeit (N=38 (links); N=128 (rechts))

Eine differenziertere Betrachtung dieser Tatsache nach den Erwerbstypen weist eine sta-

Bericht

Die Arbeit hat mich sehr erschöpft und anstrengt.

für Auswertung der Herausforderungen relevante Erwerbstypen (RG,VB)

	Mittelwert	N
Rückgekehrte	3,7470	83
Verbliebene	2,8462	39
Insgesamt	3,4590	122

Tabelle 40: Mittelwertvergleich: Wahrnehmung der Arbeit als erschöpfend und anstrengend innerhalb der Erwerbstypen

tistische Signifikanz zwischen den Rückgekehrten und den Verbliebenen auf. Rückgekehrte gaben im Schnitt öfter an, dass sie die Arbeit sehr erschöpft und anstrengt hat als Verbliebene. Die Differenz zwischen den Mittelwerten beträgt hier 0,9. Dieses Ergebnis ist insofern interessant, da es implizieren könnte, dass Personen trotz einer längeren Abwesenheit von der Arbeit immer noch nicht vollständig regeneriert

an den Arbeitsplatz zurückkehren, sodass die Tätigkeit als sehr erschöpfend und anstrengend wahrgenommen wird. Im Gegenzug sind Personen, die nach der Krebsdiagnose weiterhin am Arbeitsplatz verblieben sind und währenddessen entsprechende Behandlungen vollzogen haben, diesbezüglich nicht so herausgefordert. Eine Erklärung könnte die Art, Intensität und Anzahl der Therapien sein, die weniger Langzeitfolgen mit sich bringen und sogar einen Verbleib am Arbeitsplatz verhindern oder unbeeinflusst lassen könnten. Im

Laufe der vorliegenden Arbeit wurde bereits auf statistisch signifikante Zusammenhänge verwiesen, weshalb hier nicht näher darauf eingegangen wird.

Bericht

Die Arbeit hat mich sehr erschöpft und angestrengt.

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?	Mittelwert	N
weiblich	3,7209	86
männlich	2,8750	40
Insgesamt	3,4524	126

Tabelle 41: Wahrnehmung der Arbeit als erschöpfend und anstrengend in Bezug auf das Geschlecht

Des Weiteren wurde ein Unterschied zwischen dem Geschlecht und der Tatsache, dass die Arbeit als sehr erschöpfend und anstrengend wahrgenommen wird, festgestellt. Frauen stimmten dieser Aussage deutlich mehr zu als Männer, weshalb sich eine Differenz von 0,8 zwischen den Mittelwerten ergibt. Auch hier könnte die Begründung in den durchgeführten Therapien liegen, die die Befragten in körperlichen und psychischen Hinsichten schwächen, sodass die Arbeit als eine weitere Belastung wahrgenommen wird.

Mit der Varianzanalyse konnte ebenfalls ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Anzahl der Behandlungen und dem Geschlecht identifiziert werden, indem Männer (Mittelwert: 1,8) durchschnittlich weniger Therapien vollzogen haben als Frauen (Mittelwert: 2,3).

Bericht

Anzahl der bereits durchgeführten Therapien

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?	Mittelwert	N
weiblich	2,3262	141
männlich	1,7959	49
Insgesamt	2,1895	190

Tabelle 42: Mittelwertvergleich: Anzahl der bereits durchgeführten Therapien in Bezug auf das Geschlecht

Die nächste berufliche Herausforderung bezieht sich auf die Sorge bzw. Tatsache, nicht bzw. nur schwer für sich selbst und die eigenen Bedürfnisse vor der bzw. dem Arbeitgeber*in einzustehen. Die am häufigsten genannte Antwortkategorie aller Befragten ist

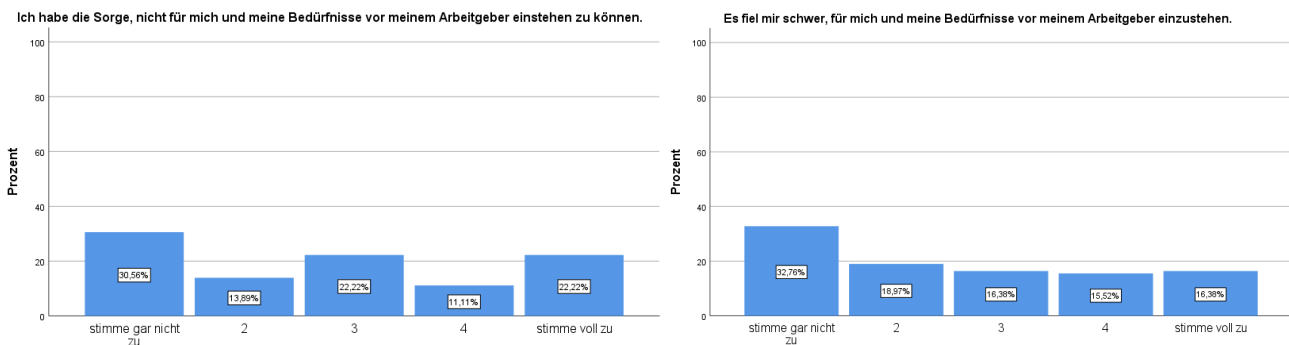


Abbildung 52: (Sorge vor) Schwierigkeiten für die eigenen Bedürfnisse vor den Arbeitgeber*innen einzustehen (N=36 (links); N=116 (rechts))

„stimme gar nicht zu“. Beide Verteilungskurven sind allerdings nahezu ausgeglichen, weshalb diese Herausforderung bzw. Sorge auch auf einen geringen Teil der Stichprobe zutrifft. Der Mittelwert der Planenden liegt bei 2,8 und der der Erwerbstätigen bei 2,6 mit einer Standardabweichung von jeweils 1,5. Auch hier wurde erneut ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Einstehen für die eigene Person und der Gruppen der Verblieben und

Rückgekehrten sowie dem Geschlecht festgestellt. Die Ergebnisse der U-Tests in Tabelle 45 weisen auf höhere mittlere Ränge der Rückgekehrten und der Frauen hin. Folglich sind Rückgekehrte und Frauen mit dieser Herausforderung mehr konfrontiert als Verbliebene und Männer. Die jeweiligen Zusammenhänge weisen eine schwache Effektstärke in Höhe von 0,2 auf.

Ränge				Ränge				
für Auswertung der Herausforderungen relevante Erwerbstypen (RG,VB)				Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?				
	N	Mittlerer Rang	Rangsumme		N	Mittlerer Rang	Rangsumme	
Es fiel mir schwer, für mich und meine Bedürfnisse vor meinem Arbeitgeber einzustehen.	Rückgekehrte	79	59,51	4701,50	weiblich	83	63,36	5258,50
	Verbliebene	31	45,27	1403,50	männlich	31	41,82	1296,50
	Gesamt	110			Gesamt	114		

Tabelle 43: Ergebnisse U-Test: Schwierigkeiten für eigene Bedürfnisse vor Arbeitgeber*in einzustehen in Bezug auf Erwerbstypen und Geschlecht

Die nächsten Herausforderungen wurden nur von insgesamt 15 bzw. 4 Personen bewertet, weshalb darauf aufmerksam gemacht werden muss, dass die Ergebnisse keine allgemeingültigen Ansprüche erheben. Hier war allerdings sehr auffällig, dass mehr als die Hälfte der Planenden angab, die Sorge zu haben, dass ihre Bewerbung aufgrund der Krebserkrankung aussortiert wird. Der hier berechnete Mittelwert liegt bei 4,0 mit einer Standardabweichung von 1,3. Drei der Befragten hatten sogar den Eindruck, dass ihre Bewerbung aufgrund der Krebserkrankung aussortiert wurde.

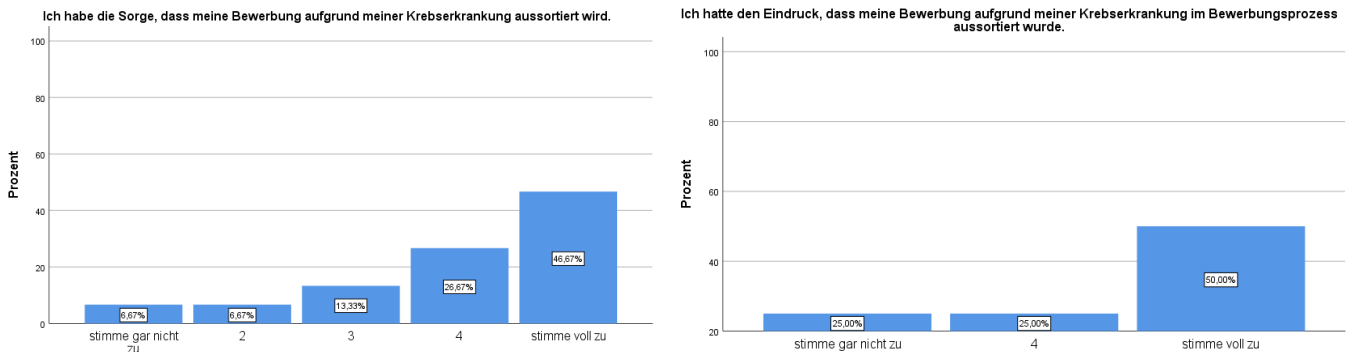


Abbildung 53: (Sorge vor) Aussortieren der Bewerbung aufgrund der Krebserkrankung (N=4 (links); N=15 (rechts))

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Planende jeweils höhere Mittelwerte aufwiesen, was die Sorgen im beruflichen Kontext anging. Ob diese statistisch signifikant waren, konnte aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit nicht überprüft werden. Außerdem ließen sich einige für diese Stichprobe relevanten Unterschiede zwischen den Verbliebenen und Rückgekehrten und dem Geschlecht feststellen. Frauen und Rückgekehrte wiesen in mehreren beruflichen Kontexten jeweils einen höheren Mittelwert auf als Verbliebene und Männer. Im weiteren Verlauf soll die Bedeutung, die die Befragten der Erwerbsarbeit beigemessen haben, beleuchtet werden.

4.5 Bedeutung von Erwerbsarbeit für die Befragten

Im folgenden Kapitel werden die Ansichten und Einstellungen, die die Befragten bezüglich der Erwerbsarbeit haben, dargestellt. Hierbei werden zudem Unterschiede zwischen den Erwerbstypen Verbliebene, Rückgekehrte und Rückkehrplaner*innen untersucht und aufgezeigt. Um die nachfolgenden Ergebnisse, die häufig mit Prozentzahlen dargestellt werden, besser einordnen zu können, muss zunächst erwähnt werden, dass die Aussagen zu

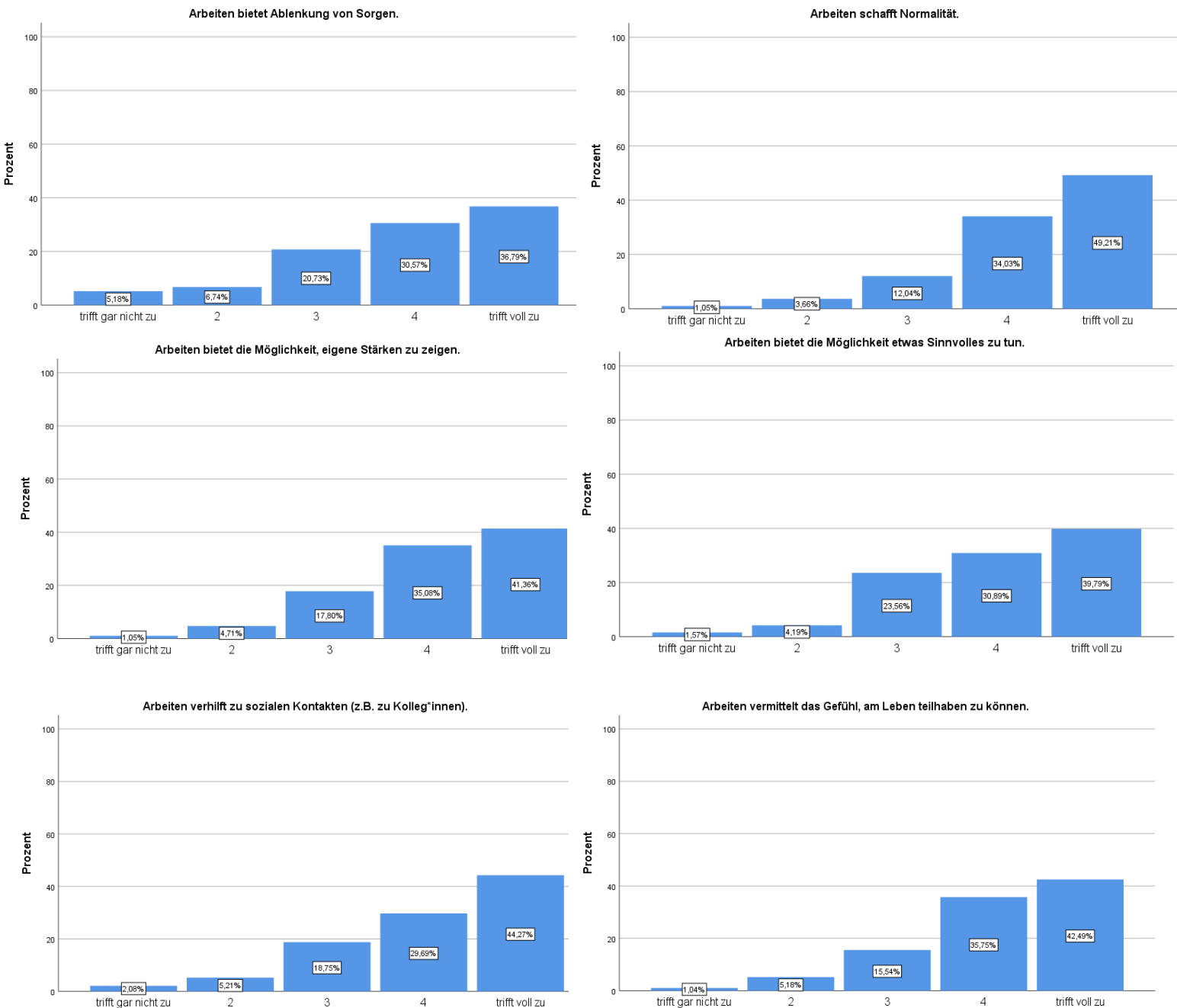


Abbildung 54: Arbeit als Ablenkung von Sorgen (N=193), Arbeit schafft Normalität (N=191), Arbeiten als Möglichkeit eigene Stärken zu zeigen (N=191), Arbeiten als Möglichkeit etwas Sinnvolles zu tun (N=191), Arbeiten verhilft zu sozialen Kontakten (N=192), Arbeiten vermittelt das Gefühl, am Leben teilhaben zu können (N=193)

der Bedeutung von Arbeit von mindestens 191 und höchstens 193 Personen bewertet wurden. Auffallend bei der Betrachtung der Antworten hinsichtlich der Bedeutung von Arbeit für

die Befragten ist, dass viele Aussagen mit ‚trifft voll zu‘ oder mit ‚trifft eher zu‘ bewertet wurden. Zunächst sollen die Aussagen, welchen mehrheitlich von den Proband*innen zugestimmt wurden, näher betrachtet werden.

Die Abbildung 55 zeigt, dass die Balken der oben abgebildeten Diagramme sehr ähnlich verlaufen und ihnen ein sehr ähnliches Ankreuzverhalten der Proband*innen zugrunde liegt. Hierbei wurde die Antwort ‚trifft gar nicht zu‘ jeweils am seltensten angekreuzt. Die Balken wachsen pro Antwort immer mehr an, bis sie bei ‚trifft voll zu‘ angelangt sind, welche grundsätzlich bei allen dargestellten Aussagen die von den Befragten am häufigsten angekreuzte Option war.

So bietet für die Mehrheit der Befragten (76,4 Prozent) Arbeiten eine Möglichkeit, eigene Stärken zu zeigen. Die tendenzielle Zustimmung bestätigt sich im Mittelwert 4,1 mit einer Standardabweichung von 0,9. Des Weiteren bedeutet Arbeiten für die meisten Teilnehmenden (70,7 Prozent) die Möglichkeit etwas Sinnvolles zu tun. Zudem stimmen 74 Prozent der Proband*innen voll oder eher zu, dass Arbeiten zu sozialen Kontakten verhilft. 7,3 Prozent lehnen dies voll oder eher ab. Dies zeigt sich auch im Mittelwert von 4,1 mit einer Standardabweichung von 1. Die Aussage ‚Arbeiten vermittelt das Gefühl, am Leben teilhaben zu können‘ trifft für 78,2 Prozent der befragten Personen voll oder eher zu. Für 6,2 Prozent trifft diese Aussage eher oder gar nicht zu. Für die Mehrheit der Befragten (64,4 Prozent) bietet Arbeiten eine Ablenkung von Sorgen. Außerdem stimmen 83,2 Prozent der Befragten voll oder eher zu, dass Arbeiten Normalität schafft. Für 4,7 Prozent dagegen trifft dies eher oder gar nicht zu. Dass dieser Aussage eindeutig mehr Proband*innen zugestimmt als widersprochen haben, spiegelt sich in dem höchsten Mittelwert der Aussagen über die Bedeutung von Arbeit wider. Dieser liegt bei 4,3 mit einer Standardabweichung von 0,9.

Interessant zu beobachten ist, dass die Aussage ‚Arbeiten ist Geld verdienen – mehr nicht‘ genau gegenteilig von den Proband*innen bewertet wurde, was auch am nachfolgenden Balkendiagramm erkennbar ist.

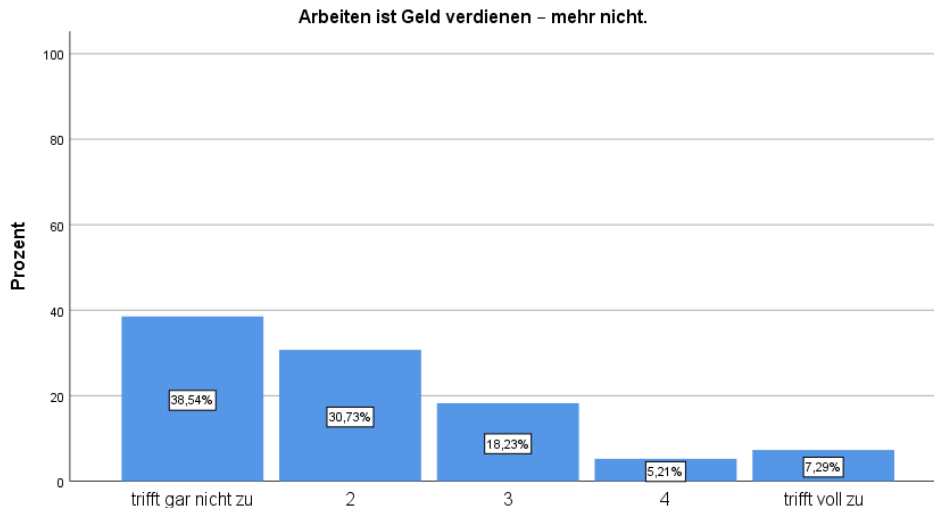


Abbildung 55: Arbeiten als finanzielle Absicherung (N=192)

Hier sind die meisten Antworten bei der Option ‚trifft gar nicht zu‘ zu verzeichnen. Danach sinkt die Anzahl der Proband*innen pro Aussage stetig. Lediglich wenige Teilnehmende haben diese Aussage mit ‚trifft eher zu‘ (5,21 Prozent) bewertet. Nur 2,1 Prozent stimmten der Aussage voll zu. In Summe haben 69,3 Prozent dieser Aussage eher oder gar nicht zugestimmt. 13,5 Prozent gaben an, dass diese Aussage eher oder voll zutrifft.

Die Betrachtung der einzelnen Aussagen zeigt, dass der Erwerbsarbeit vonseiten der krebserkrankten Menschen der Stichprobe neben dem Verdienst auch überwiegend ein ideeller und sinnstiftender Wert zugeschrieben wird. Bestätigt wird dies durch das mehrheitliche tendenzielle Ablehnen der Aussage ‚Arbeiten ist Geld verdienen – mehr nicht‘. Auch der Vergleich der Mittelwerte verdeutlicht diese Annahme. Der Mittelwert der Aussagen, die der Arbeit einen sinngebenden Wert zuschreiben, ist zwischen 4,0 und 4,3 und damit deutlich höher als der Mittelwert 2,1 der Aussage, die Arbeiten auf die finanziellen Einnahmen beschränkt.

Die hier gewonnenen Erkenntnisse über die Bedeutung von Arbeit für die Stichprobe spiegeln sich ebenfalls in dem in Kapitel 2.4 dargestellten aktuellen Forschungsstand zu dieser Thematik wider. Auch Schwarz und Singer beschreiben zum Beispiel, dass für viele krebserkrankte Menschen neben dem Einkommen auch die Aufrechterhaltung von Normalität mit der Erwerbsarbeit einhergeht (2008, 183). Zudem bestätigen die Ergebnisse dieser Befragung die Erkenntnisse von Mehnert, welche feststellte, dass für viele Krebspatient*innen die sozialen Beziehungen zu Kolleg*innen einen hohen Stellenwert haben (2011b, 23). Dies zeigt sich auch im Antwortverhalten der Teilnehmenden bezüglich der aktuellen Herausforderungen. Hier berichten Rückgekehrte, Verbliebene und Ersteingestiegene, dass ihnen der Kontakt mit ihren Kolleg*innen gutgetan hat.

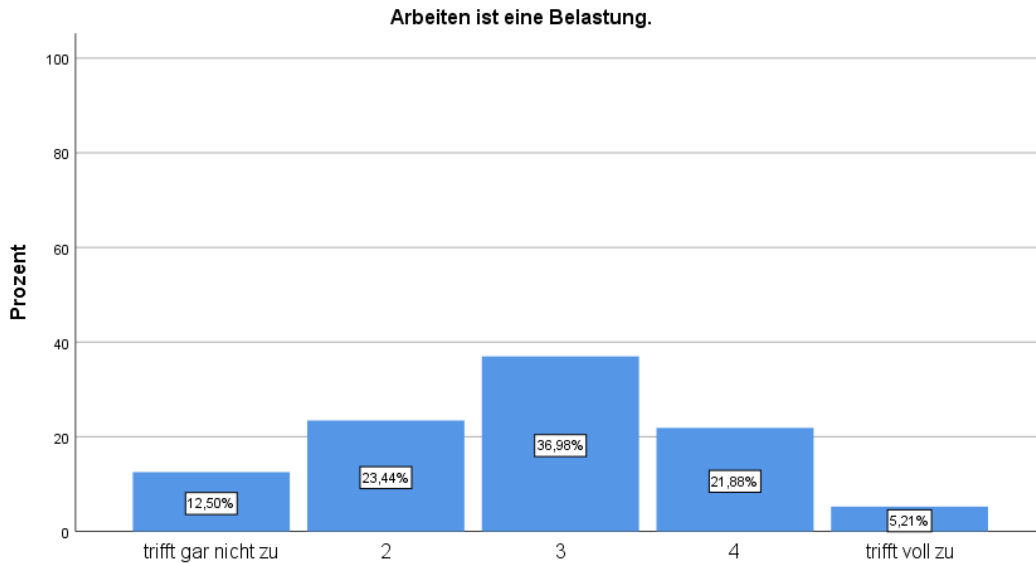


Abbildung 56: Arbeiten als Belastung (N=192)

Bei zwei Aussagen ist das Antwortverhalten der Proband*innen von dem zuvor dargestellten Ankreuzschema abgewichen. Das Balkendiagramm der Aussage ‚Arbeiten ist eine Belastung‘ verdeutlicht dies. Hier haben am meisten Befragte (37 Prozent) die Option ‚ich bin dieser Aussage neutral eingestellt‘ angekreuzt. 23,4 Prozent gaben an, dass dies eher nicht zutrifft. Mit 21,9 Prozent haben circa gleich viele Proband*innen dieser Aussage eher zugestimmt. Für 12,5 Prozent trifft diese Aussage gar nicht zu, wohingegen sie für 5,2 Prozent voll zutrifft.

Auch die Antworten bei der Aussage ‚Arbeiten hilft im Umgang mit der Krebserkrankung‘ sind anders verteilt als zuvor. Für 17,1 Prozent trifft diese Aussage nicht oder eher nicht zu. Für 55,2 Prozent trifft die Aussage eher oder voll zu. 27,1 Prozent sind gegenüber dieser Aussage neutral eingestellt.

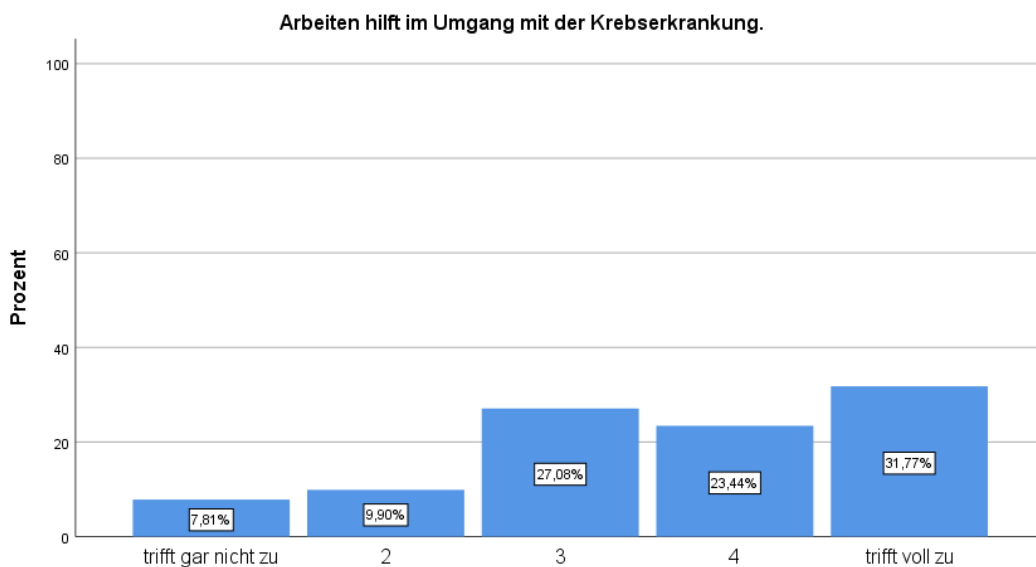


Abbildung 57: Arbeiten als Hilfe im Umgang mit Krebserkrankung (N=192)

Vergleicht man nun die Erwerbstypen miteinander, ist interessant zu sehen, dass sich exakt bei den letzten beiden aufgeführten Aussagen der Mittelwert zwischen den Typen unterscheidet. Bei der Betrachtung der Aussage ‚Arbeiten hilft im Umgang mit der Krebserkrankung‘ fällt auf, dass sie für Verbliebene eher zutrifft, als für Rückkehrplaner*innen und Rückgekehrte. Verbliebene weisen hier einen Mittelwert von 4,3 auf. Rückgekehrte haben im Vergleich dazu einen niedrigeren Mittelwert mit 3,6. Der t-Test ergab, dass hier ein signifikanter Unterschied in der Stichprobe zwischen Verbliebenen und Rückgekehrten vorliegt. Verbliebene stimmten dieser Aussage mit 77 Prozent voll oder eher zu. Rückgekehrte stimmen im Vergleich hierzu mit 56 Prozent circa 20 Prozent seltener zu. Zudem ergab sich beim t-Test eine weitere Signifikanz in der Stichprobe zwischen den Erwerbstypen Verbliebene und Rückkehrplaner*innen. Auch hier stimmten Verbliebene mit 77 Prozent, häufiger als Rückkehrplaner*innen mit 27,5 Prozent, zu, dass Arbeiten im Umgang mit der Krebserkrankung hilft. Dies zeigt sich auch in den Mittelwerten, die bei Verbliebenen 4,3 und bei Rückkehrplaner*innen 3,2 betragen. So lässt sich festhalten, dass Verbliebene in der Stichprobe häufiger angaben, dass die Arbeit im Umgang mit der Krebserkrankung hilfreich war.

für Auswertung relevante Erwerbstypen		Arbeiten hilft im Umgang mit der Krebserkrankung.	Arbeiten ist eine Belastung.
Rückgekehrte	Mittelwert	3,5851	2,7789
	N	94	95
	Std.-Abweichung	1,15851	1,00190
Verbliebene	Mittelwert	4,2558	2,5952
	N	43	42
	Std.-Abweichung	1,04865	1,10563
Rückkehrplaner*innen	Mittelwert	3,1622	3,2162
	N	37	37
	Std.-Abweichung	1,36450	1,03105
Insgesamt	Mittelwert	3,6609	2,8276
	N	174	174
	Std.-Abweichung	1,23296	1,05026

Tabella 44: Mittelwertvergleiche in Bezug auf Erwerbstypen

Rückkehrplaner*innen haben signifikant häufiger als Verbliebene angegeben, dass Arbeiten eine Belastung bedeutet. Dies spiegelt sich auch in der Höhe der Mittelwerte wider. Dieser betrug bei den Rückkehrplaner*innen 3,2 und bei den Verbliebenen 2,6. 22 Prozent der Verbliebenen haben dieser Aussage eher oder voll zugestimmt. Bei den Rückkehrplaner*innen hingegen haben 35,5 Prozent voll oder eher zugestimmt. In der Stichprobe empfinden demnach Rückkehrplaner*innen Arbeit mehr als Belastung als Verbliebene. Über die

Gründe der dargestellten Unterschiede können an dieser Stelle nur Vermutungen angestellt werden.

		Ränge			
		für Auswertung relevante Er- werbstypen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Arbeiten bietet Ablenkung von Sorgen.	Verbliebene	43	46,73	2009,50	
	Rückkehrplaner*innen	37	33,26	1230,50	
	Gesamt	80			

Tabella 45: Ergebnisse U-Test: Arbeiten bietet Ablenkung von Sorgen und Erwerbstypen

Auch die Aussage ‚Arbeiten bietet Ablenkung von Sorgen‘ zeigte eine Signifikanz in der Varianzanalyse zwischen den Erwerbstypen Rückkehrplaner*innen und Verbliebene. Da jedoch diese Variable weder normalverteilt ist noch eine Varianzhomogenität vorliegt, konnten die Ergebnisse nicht interpretiert werden. Jedoch wurde daraufhin ein U-Test durchgeführt, welcher zu folgenden Ergebnissen führte: Verbliebene haben hier einen höheren Mittleren Rang von 46,7 im Vergleich zu den Rückkehrplaner*innen mit 33,3. Der Test war signifikant und hatte eine Effektstärke von 0,3, weshalb hier von einem mittelstarken Zusammenhang der beiden Erwerbstypen in Bezug auf die Aussage ‚Arbeiten bietet Ablenkung von Sorgen‘ die Rede ist.

Somit haben Verbliebene häufiger höhere Antworten angekreuzt als Rückkehrplaner*innen. Daraus lässt sich wiederum schließen, dass Verbliebene der Aussage ‚Arbeiten bietet Ablenkung von Sorgen‘ mehr zustimmen als Rückkehrplaner*innen. 88 Prozent der Verbliebenen stimmen dieser Aussage voll oder eher zu. Dahingegen stimmten 51,5 Prozent der Rückkehrplaner*innen zu, dass Arbeiten Ablenkung von der Krebsdiagnose bietet.

		Ränge			
		Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Arbeiten ist eine Belastung.	weiblich	141	99,55	14037,00	
	männlich	48	81,63	3918,00	
	Gesamt	189			

Tabella 46: Ergebnisse U-Test: Arbeiten als Belastung und Geschlecht

Bei dem Vergleich der angekreuzten Aussagen zur Bedeutung der Arbeit und dem Geschlecht, konnte lediglich bei der Aussage ‚Arbeiten ist eine Belastung‘ ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Der Mittlere Rang der Frauen lag mit 99,6 höher als der der Männer mit 81,6. Dies bedeutet für die Stichprobe, dass

Frauen die Arbeit eher als Belastung wahrnehmen als Männer. Es handelt sich hierbei jedoch mit 0,15 um eine sehr schwache Effektstärke, was bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen den Geschlechtern und der Aussage schwach ist.

Sieben der befragten Personen gaben, zusätzlich zu den vorgegebenen Aussagen zur Bedeutung der Arbeit, eigene Ansichten in dem offenen Eingabefeld an. Diese sollen hier kurz vorgestellt, doch nicht in die Tiefe analysiert werden, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Auffallend ist, dass viele Befragte in den Kommentaren die zuvor dargestellten Aussagen bekräftigen. Dies zeigt zum Beispiel die folgende Aussage *„Teilhabe an der Gesellschaft“*, welche der vorgegebenen Aussage *„Arbeiten vermittelt das Gefühl am Leben teilhaben zu können“* sehr ähnlich ist. *„Durch Arbeit (bezahlte oder ehrenamtliche) erlebe ich das Leben“*. Dieser Satz einer befragten Person verdeutlicht, dass auch in den freiformulierten Anmerkungen der ideelle Wert, welcher häufig der Arbeit zugeschrieben wird, wiederzufinden ist. Zudem wurde der Aspekt, nicht auf die Erkrankung reduziert zu werden, sowie der Spaß an der Arbeit durch den folgenden Kommentar verdeutlicht: *„Erfahrungen zu vermitteln das man trotz Beeinträchtigung etwas leisten kann... Mir macht die Arbeit Spass“*. *„Arbeit bedeutet für mich eine Kombination aus allem incl. Der angenehmen Möglichkeit das alltägliche Leben ‚bezahlen‘ zu können“*. *„Ein zivilisiertes und angenehmes Leben führen zu können“*. Diese zwei weiteren Aussagen lassen zusätzlich zu den sinnstiftenden Aussagen auch den finanziellen Aspekt der Arbeit anklingen. Folgende Aussage verbalisiert die Diskrepanz einerseits zwischen der Bedeutung der Arbeit und andererseits die der eigenen Fähigkeit, die aufgrund der Erkrankung eingeschränkt sein kann:

„Hier finde ich den Inklusionsgedanken sehr interessant. Könnte ich es mir wünschen, wünschte ich mir einen Arbeitsmarkt, an dem ich mit meinen Kompetenzen teilhaben kann. In dem von mir zu bewältigenden Umfang (aktuell 2h am Tag). In der Realität mündet das für mich in ehrenamtlicher Arbeit ohne Vergütung.“

Des Weiteren zeigt die nachstehende Aussage, dass sich die Ansicht auf die Arbeit durch die Erkrankung verändern kann:

„Nach der Erkrankung weiß ich nun das es im Büro nur um Arbeit geht, nicht um meine Person oder meine Wertschätzung. Anerkennung oder Lob gibt es bei uns nicht. Kollegen sind keine Freunde“.

4.6 Aktuelle finanzielle Situation der Befragten

Im nächsten Kapitel wird die aktuelle finanzielle Situation der Befragten dargestellt. Bereits bei den soziodemografischen Daten wurden das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen mit 3517,82 Euro und das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Person mit 1740 Euro aufgezeigt, welche hier nochmal aufgenommen, jedoch nicht vertieft werden sollen.

Auffällig ist, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Erwerbstypen der

Bericht				
Einkommen pro Person				
für Auswertung relevante Erwerbstypen	Mittelwert	N	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwerts
Rückgekehrte	1847,0879	91	850,08748	89,11338
Verbliebene	1995,0177	33	882,16827	153,56578
Rückkehrplaner*innen	1459,8593	36	685,96499	114,32750
Insgesamt	1790,4720	160	839,35426	66,35678

Tabelle 47: Mittelwertvergleiche: Einkommen pro Person innerhalb der Erwerbstypen

Verbliebenen und Rückkehrplaner*innen und dem Nettoeinkommen pro Person gibt. Verbliebene verdienen durchschnittlich im Monat pro Person 1995,02 Euro. Im Vergleich hierzu verdienen Rückkehrplaner*innen circa 500 Euro weniger. Sie verfügen durchschnittlich über ein monatliches Nettoeinkommen von 1459,86 Euro. Eine inhaltliche Begründung hierfür könnte sein, dass Verbliebene aufgrund des ununterbrochenen Arbeitens weniger Einkommenseinbußen hatten/haben als Rückkehrplaner*innen.

Verbliebene verdienen durchschnittlich im Monat pro Person 1995,02 Euro. Im Vergleich hierzu verdienen Rückkehrplaner*innen circa 500 Euro weniger. Sie verfügen durchschnittlich über ein monatliches Nettoeinkommen von 1459,86 Euro. Eine inhaltliche Begründung hierfür könnte sein, dass Verbliebene aufgrund des ununterbrochenen Arbeitens weniger Einkommenseinbußen hatten/haben als Rückkehrplaner*innen.

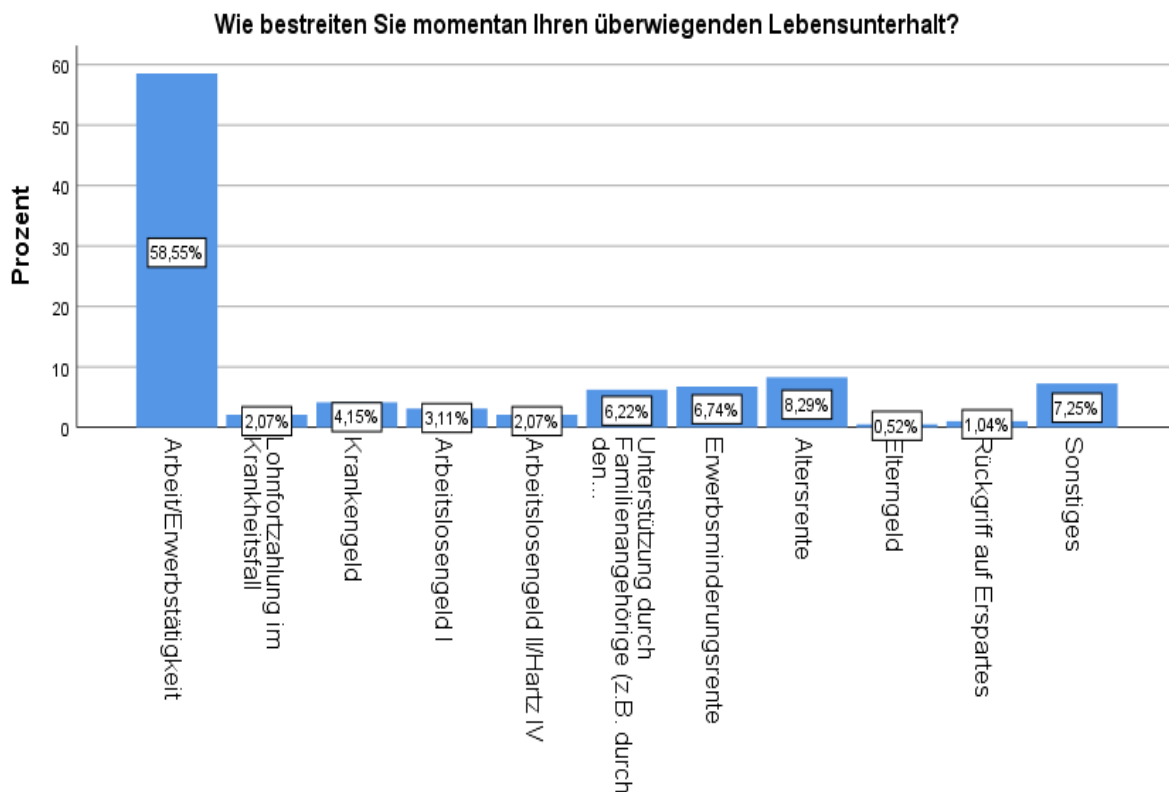
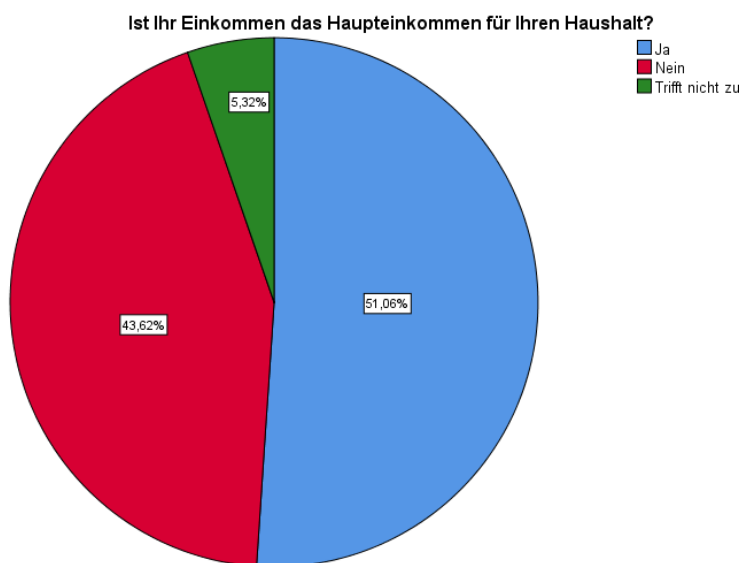


Abbildung 58: Bestreitung des überwiegenden Lebensunterhalts (N=193)

58,6 Prozent der Proband*innen gaben an, ihren Lebensunterhalt mit dem Einkommen einer Erwerbsarbeit zu beschreiben. Dies ist, wie Abbildung 59 zeigt, mit Abstand die am häufigsten genannte Antwort. Demgegenüber beziehen 8,3 Prozent der Befragten eine Altersrente und 6,7 Prozent eine Erwerbsminderungsrente. 6,2 Prozent gaben an, überwiegend durch ihre Familienangehörigen finanziert zu werden. Der Bezug von Krankengeld dient bei 4,2 Prozent als Haupteinnahmequelle. 3,1 Prozent der Befragten beziehen Arbeitslosengeld I. Jeweils 2,1 Prozent bestreiten den Lebensunterhalt durch die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder den Bezug von Arbeitslosengeld II bzw. Harz IV.

7,3 Prozent nutzten die Ankreuzoption ‚Sonstiges‘ und 14 befragte Personen vermerkten in dem Freitextfeld, wie sich ihr Lebensunterhalt zusammensetzt. Bei fünf dieser Aussagen wurde unter anderem auf die Unterstützung von Angehörigen verwiesen. Zudem war auffällig, dass sich die Lebensunterhaltssicherung komplexer gestaltete. Dies konnten die vorformulierten Antwortoptionen offensichtlich nicht ausreichend widerspiegeln oder vermitteln. Folgende Zitate verdeutlichen dies: *„Erwerbstätigkeit, teilweise Erwerbsminderungsrente und Witwenrente“* und *„Rückgriff auf Erspartes 450 Euro Job Unterstützung durch Angehörige“*. Zweimal wurde in den 14 Kommentaren die Witwenrente und einmal Miteinnahmen als überwiegende Einnahmen zur Lebensunterhaltssicherung angegeben.



51,1 Prozent der Befragten stimmten zu, dass ihr Einkommen das Haupteinkommen ihres Haushaltes sei. 43,6 Prozent verneinten diese Frage und 5,3 Prozent gaben an, dass dies nicht zutrifft. Hier wird deutlich, dass viele Haushalte von den Einkommen der krebserkrankten

Abbildung 59: Einkommen der Befragten als Haupteinkommen für den Haushalt (N=188)

Menschen abhängig sind. Dadurch wird erneut die Relevanz der Thematik für die Betroffenen und deren Angehörige deutlich.

Des Weiteren wurde durch ein Chi²-Test ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Haupteinkommen des Haushaltes festgestellt. Hier fällt auf, dass mehr Männer als Frauen angaben, das Haupteinkommen des Haushaltes zu beziehen. Dies

könnte zum einen ein Indiz für ein Rollenverständnis sein, bei welchem der Mann als Hauptversorger gesehen wird (Schadler 2013 20-21). Zum anderen kann an dieser Stelle bedacht werden, dass überproportional viele Männer dem Erwerbstyp der Verbleibenden angehören. Hier ist nun die Abhängigkeit zwischen dem Hauptverdienst und den Erwerbstypen zu testen. Diese ergab jedoch, dass die Nullhypothese angenommen werden muss, was bedeutet, dass in der Stichprobe kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Erwerbstypen und dem Haupteinkommen besteht. Davon lässt sich ableiten, dass auch in der Gruppe der Rückkehrplaner*innen einige für das Haupteinkommen für den Haushalt aufkommen. Hieraus resultierte die Hypothese, dass Befragte, die für das Haupteinkommen des Haushaltes zuständig sind, sich mehr unter Druck gesetzt fühlen, wieder in den Beruf einzusteigen. Jedoch lag diesbezüglich, entgegen der Erwartungen, keine Signifikanz vor, weshalb die Hypothese verworfen werden musste.

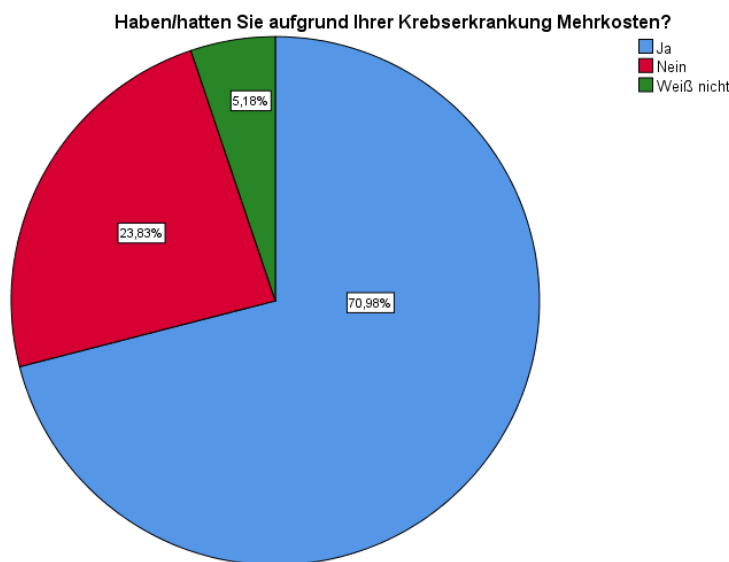


Abbildung 60: Mehrkosten aufgrund der Krebserkrankung (N=193)

Mit 71 Prozent hatten deutlich mehr als die Hälfte der Befragten Mehrkosten aufgrund ihrer Krebserkrankung. 23,8 Prozent verneinten dies. 5,2 Prozent wussten nicht, ob bei ihnen aufgrund ihrer Krebsdiagnose Mehrkosten angefallen sind. Auffällig war hier, dass Proband*innen mit einer Schwerbehinderung signi-

fikant häufiger Mehrkosten hatten als Menschen ohne eine Schwerbehinderung.

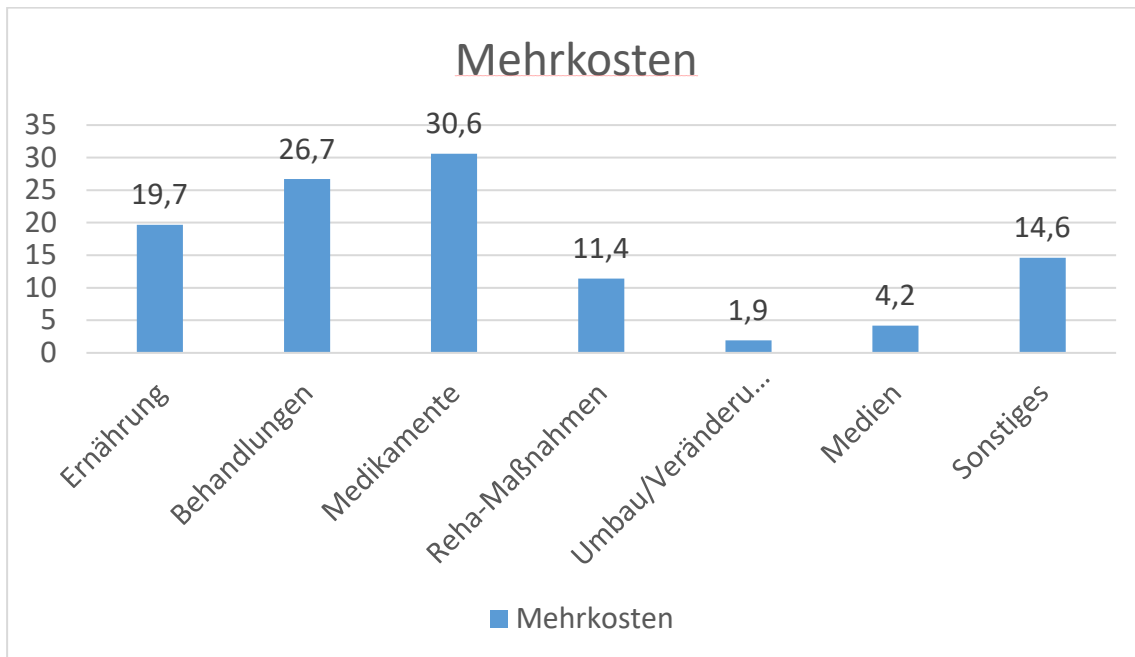


Abbildung 61: Wofür hatten die Befragten Mehrkosten? (Angabe in Prozent) (N=137)

Abbildung 62 zeigt, wofür die 71 Prozent der Befragten (N=137), bei denen aufgrund ihrer Krebserkrankung Mehrkosten anfielen, mehr Ausgaben haben. Die Befragten konnten hierbei mehrere Optionen ankreuzen. Am häufigsten wurden Medikamente (30,6 Prozent) als Grund für Mehrkosten genannt. 26,7 Prozent gaben an, dass aufgrund von Behandlungen Mehrkosten entstanden sind. Zusätzliche Ausgaben für die Ernährung sind bei 19,7 Prozent angefallen. 11,4 Prozent hatten aufgrund von Reha-Maßnahmen Mehrkosten. 4,2 Prozent berichteten, aufgrund von Medien mehr Geld ausgeben zu müssen und 1,9 Prozent gaben als Grund für Mehrkosten den Umbau bzw. die Veränderung der Wohnung oder des Hauses an. Auffallend viele (14,6 Prozent) gaben an, dass für sonstige, in der Auflistung nicht erwähnte Aufwendungen, Mehrkosten anfielen. Fast alle (19 von 20 Personen) nutzten hier das Freitextfeld, um den Grund für die Mehrkosten anzugeben. Hier wurde besonders häufig (7 von 19 Mal) erwähnt, dass Zusatzkosten für die Mobilität, wie beispielsweise Taxifahrten, angefallen sind. Des Weiteren wurde fünfmal erwähnt, dass aufgrund von einer Perücke Mehrkosten entstanden sind. Vier der befragten Personen gaben an, aufgrund ihrer Krebserkrankung mehr Geld für Körperpflegeprodukte und Kosmetika ausgeben zu müssen. Ebenso viele gaben an, dass bei ihnen durch die Beschaffung von Kleidung Mehrkosten entstanden sind. Jeweils zwei Personen berichteten, für die Konservierung von Eizellen und für sportliche Aktivitäten zusätzlich Geld ausgeben zu müssen. Die Auflistung der Kommentare, die bei den sonstigen Mehrkosten hinterlassen wurden, macht deutlich, dass sich Krebs auf viele alltägliche Situationen und Themen auswirkt und dies auch finanzielle Belastungen mit sich ziehen kann. Die folgenden zwei Zitate verdeutlichen dies:

„einmalige Aufbereitung/Einlagerung sowie jährliche Lagerkosten von kryokonserviertem Gewebe, Kosmetika (ohne Hormonelle Wirkstoffe bspw.), Perücke, extra Kleidung (z.B. Baumwoll-T-Shirts für die bestrahlte/gereizte Haut während der Strahlentherapie), Gegenstände wie z.B. Schröpfgläser zur eigenen Behandlung der (Spät)Folgen der Therapien/OP“

„Zuzahlung von Brustorthese, teure Badeanzüge oder Bikinis wo ein Oberteil ohne Hose 80 Euro kostet nur die Zuzahlung und ist nichtmal was ausgefallenes, Chemo Zuzahlung ... können sich viele gar nicht leisten, Nahrungsergänzungsmittel, teure Misteltherapie ... bekommt man nur bezahlt wenn man Paliativ ist und ... und ... und ... nach oben ist noch viel Luft“

Viele der Kommentare bezüglich der Mehrkosten zeigten Ausgaben auf, welche speziell bei Frauen anfallen. Hier sind zum Beispiel die Zuzahlung einer Orthese für die Brust, das Einfrieren von Eizellen oder das Kaufen spezieller Unterwäsche bzw. Badebekleidung aufgrund einer Brustoperation, zu nennen. Aufgrund dieser Anmerkungen wurde die Hypothese: ‚Frauen haben häufiger Mehrkosten aufgrund von Krebs als Männer‘ überprüft. Jedoch konnte in dieser Stichprobe keine Signifikanz zwischen den Mehrkosten und dem Geschlecht festgestellt werden.

Des Weiteren wurde untersucht, ob die Mehrkosten in Zusammenhang mit den Krebsarten stehen. Da es sich bei den Krebsarten um eine Frage mit der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen handelt, können hier keine Signifikanzen berechnet werden, sondern lediglich die Häufigkeiten betrachtet und beschrieben werden.

Kreuztabelle V125*\$Krebsart

		Krebsart ^a								
		Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen festgestellt? (Mehrfachnennungen möglich): Brustkrebs	Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen festgestellt? (Mehrfachnennungen möglich): Gynäkologische Tumore	Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen festgestellt? (Mehrfachnennungen möglich): Prostatakrebs	Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen festgestellt? (Mehrfachnennungen möglich): Lymphome	Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen festgestellt? (Mehrfachnennungen möglich): Darmkrebs	Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen festgestellt? (Mehrfachnennungen möglich): Harnblasenkrebs	Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen festgestellt? (Mehrfachnennungen möglich): Sonstige		Gesamt
Haben/hatten Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung Mehrkosten?	Ja	Anzahl	41	13	11	17	17	12	16	136
		Innerhalb \$Krebsart%	75,9%	72,2%	68,8%	85,0%	73,9%	50,0%	72,7%	
		% vom Gesamtwert	21,4%	6,8%	5,7%	8,9%	8,9%	6,3%	8,3%	70,8%
	Nein	Anzahl	12	5	5	3	4	11	4	46
		Innerhalb \$Krebsart%	22,2%	27,8%	31,3%	15,0%	17,4%	45,8%	18,2%	
		% vom Gesamtwert	6,3%	2,6%	2,6%	1,6%	2,1%	5,7%	2,1%	24,0%
	Weiß nicht	Anzahl	1	0	0	0	2	1	2	10
		Innerhalb \$Krebsart%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	4,2%	9,1%	
		% vom Gesamtwert	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,5%	1,0%	5,2%
Gesamt	Anzahl	54	18	16	20	23	24	22	192	
	% vom Gesamtwert	28,1%	9,4%	8,3%	10,4%	12,0%	12,5%	11,5%	100,0%	

Tabelle 48: Kreuztabelle: Mehrkosten und Krebsart

Aufgrund der niedrigen Fallzahl wurden all die Krebserkrankungen, die weniger als 10 Personen angaben, nicht in die Betrachtung mitaufgenommen. In der oben aufgeführten Tabelle 50 wird deutlich, dass bei Betroffenen mit Brustkrebs, gynäkologischen Tumoren, Prostatakrebs oder Darmkrebs die Prozentzahl der Personen, die Mehrkosten haben (68,8 Prozent- 75,9 Prozent), ähnlich hoch ist wie die des Durchschnitts der gesamten Stichprobe (70,8 Prozent). Im Vergleich hierzu haben Personen mit Harnblasenkrebs (50 Prozent) seltener angegeben, krebsbedingte Mehrkosten zu haben. 85 Prozent der Menschen mit Lymphomen berichteten, zusätzliche Ausgaben aufzuwenden. Dies ist die höchste Angabe innerhalb einer Krebserkrankung.

An dieser Stelle ist zu betonen, dass diese prozentualen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig sind, da die Fallzahlen der Krebsarten Unterschiede zwischen minimal 16 und maximal 54 Teilnehmenden aufweisen.

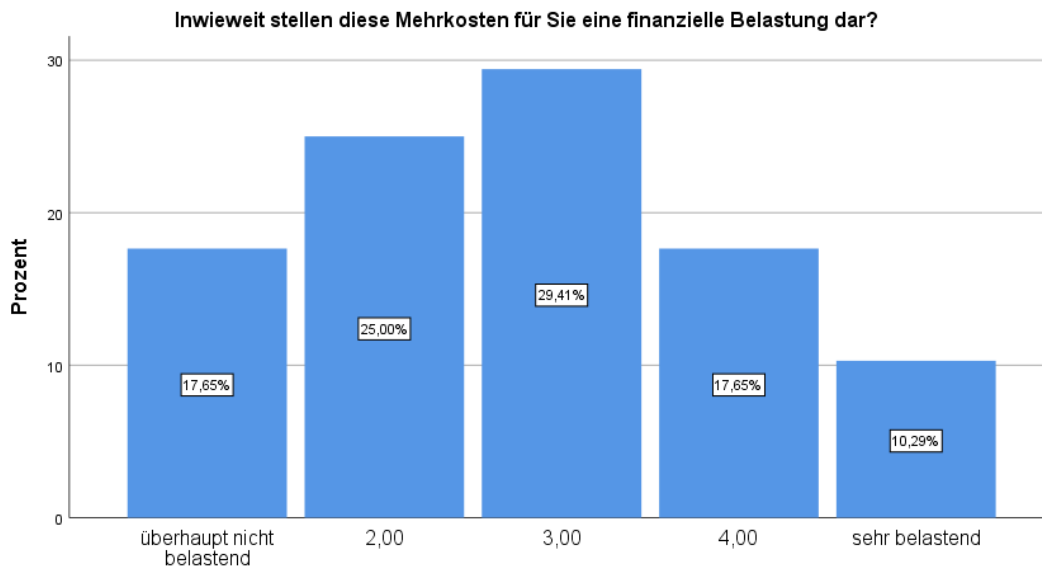


Abbildung 62: Wahrnehmung der Mehrkosten als finanzielle Belastung (N=136)

Die krebsbedingten Mehrkosten sind für 27,9 Prozent von den 136 Befragten, die erhöhte Ausgaben angaben, eher oder sehr belastend. Für 42,7 Prozent stellen die zusätzlichen Kosten eher oder überhaupt keine Belastung dar. 29,4 kreuzten hier die Mitte an und äußerten somit keine genaue Aussage über die Belastung der Mehrkosten.

Bei der Untersuchung, ob die Belastung der Mehrkosten abhängig von den Erwerbstypen ist, ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Erwerbstypen Verbliebene und Rückkehrplaner*innen.

	Ränge			
	für Auswertung relevante Erwerbstypen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Inwieweit stellen diese Mehrkosten für Sie eine finanzielle Belastung dar?	Verbliebene	24	20,06	481,50
	Rückkehrplaner*innen	29	32,74	949,50
	Gesamt	53		

Tabelle 49: Ergebnisse U-Test: Mehrkosten als finanzielle Belastung und Erwerbstypen

Rückkehrplaner*innen haben mit 32,7 einen höheren mittleren Rang als Verbliebene mit 20,6. Dies bedeutet, dass

Rückkehrplaner*innen öfter höhere Antwortoptionen nutzten als Verbliebene. Demzufolge nehmen Rückkehrplaner*innen die Mehrkosten mehr als Belastung wahr als Verbliebene. Hierbei handelt es sich mit einer Effektstärke von 0,42 um einen mittleren Zusammenhang.

Außerdem wurde getestet, ob Menschen, die im jüngeren Alter an Krebs erkrankten, mehr durch die Mehrkosten belastet sind, als Menschen, die später eine Krebsdiagnose erhielten. Dieser Annahme wurde auf Grundlage des 2019 verfassten Berichts über die finanziellen und sozialen Folgen der Krebserkrankung für junge Menschen von Freund et al. nachgegangen. Hier wird deutlich, dass junge Krebspatient*innen von den wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen ihrer Erkrankung im Vergleich zu älteren Erkrankten in besonderer und anderer Weise betroffen sind (Freund et al. 2019, 7). Auch folgendes Zitat einer Probandin verfestigte diese Annahme: *„Ansonsten möchte ich noch Danke sagen, dass man sich mit dieser Studie dem Thema annimmt. Gerade als junger Erwachsener ist eine Krebserkrankung eine große Herausforderung im persönlichen aber vor allem auch im finanziellen und beruflichen Kontext.“* In der Stichprobe konnte jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erkrankungsalter und der Belastung durch Mehrkosten festgestellt werden. Da jedoch auch Personen den Fragebogen rückblickend betrachten konnten und die Krebserkrankung evtl. einige Zeit zurückliegt, stellte sich hier die Frage, ob die Belastung der Mehrkosten (welche bezogen auf die aktuelle finanzielle Situation abgefragt wurden) mit dem Zurückliegen der Krebsdiagnose korrelieren. Auch einige Aussagen von Befragten gaben Grund zu dieser Annahme. Folgendes Zitat zeigt dies: *„[...]Finanziell war es zwischendurch recht eng, da ich aber wieder gesund bin und nun voll arbeite, ist es inzwischen kein Problem mehr[...]. Damals war es finanziell eng, heute ist es ok[...]“*. Jedoch kann auch hier in dieser Stichprobe von keinem signifikanten Zusammenhang gesprochen werden. Dies könnte inhaltlich bedeuten, dass auch Personen, bei denen die Krebsdiagnose einige Jahre zurückliegt, weiterhin von den Mehrkosten belastet sind. Davon könnte abgeleitet werden, dass die Erkrankung nicht nur in der ‚Akutphase‘ Auswirkungen auf die finanzielle Situation hat, sondern auch langfristige finanzielle Einschränkung mit sich bringen kann. weiterhin von den Mehrkosten belastet sind. Davon könnte abgeleitet werden, dass die Erkrankung nicht nur in der ‚Akutphase‘ Auswirkungen auf die finanzielle Situation hat, sondern auch langfristige finanzielle Einschränkung mit sich bringen kann.

In der Stichprobe sind Befragte mit einem höheren Einkommen signifikant weniger von den Mehrkosten belastet. Hierbei handelt es sich um einen mittleren Zusammenhang (Effektstärke: -0,33) zwischen der Belastung der Mehrkosten und der Höhe des Gehalts.

Inwieweit hat sich Ihre finanzielle Situation seit Beginn Ihrer Krebserkrankung verändert? Kreuzen Sie bitte die Aussage an, die am ehesten zutrifft.

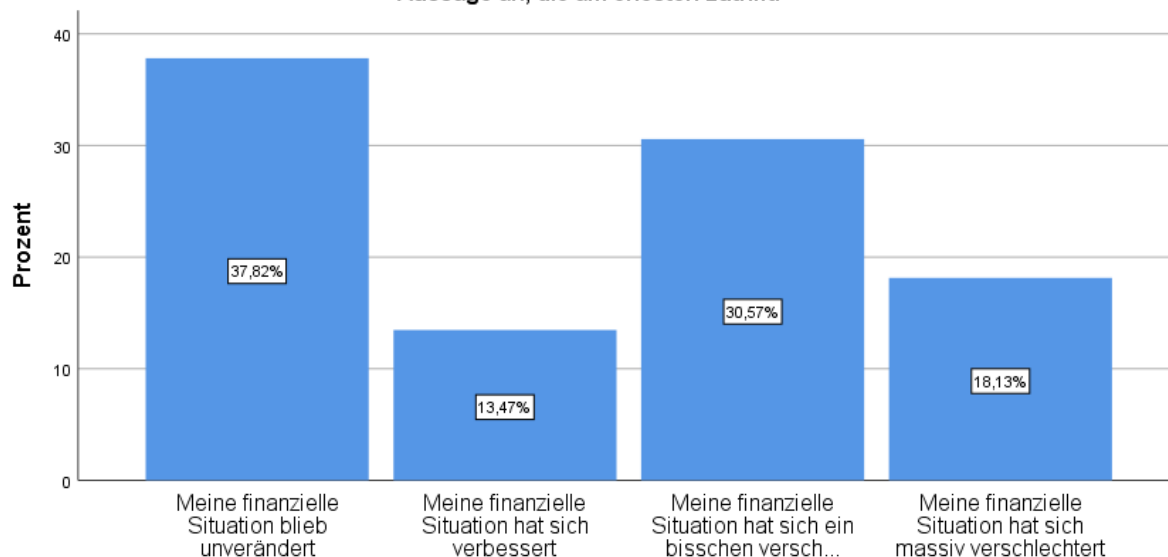


Abbildung 63: Veränderung der finanziellen Situation seit der Krebsdiagnose (N=193)

Auf die Frage, inwieweit sich die finanzielle Situation seit Beginn der Krebserkrankung verändert hat, war die mit 37,8 Prozent am meisten genannte Antwort, dass die finanzielle Situation unverändert blieb. Am zweithäufigsten mit 30,6 Prozent gaben die Befragten an, dass sich ihre finanzielle Situation seit der Diagnose etwas verschlechtert habe. Dass die finanzielle Situation sich massiv verschlechtert hat, gaben 18,1 Prozent der Teilnehmenden an und 13,5 Prozent bekundeten, ihre Finanzen hätten sich seit der Krebsdiagnose verbessert.

	Ränge			
	für Auswertung relevante Erwerbstypen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Veränderung der finanzielle Situation Ränge	Verbliebene	43	30,19	1298,00
	Rückkehrplaner*innen	37	52,49	1942,00
	Gesamt	80		

Tabelle 50: Ergebnisse U-Test: Veränderung der finanziellen Situation und Erwerbstypen (Rückkehrplaner*innen + Verbliebene)

Untersucht man die Veränderung der finanziellen Situation der Erwerbstypen, so kann festgestellt werden, dass es zunächst einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Verbliebenen und den Rückkehrplaner*innen gibt. Rückkehrplaner*innen haben mit 52,5 einen höheren mittleren Rang, als Verbliebene mit 30,2. Dies bedeutet, dass Rückkehrplaner*innen häufiger angaben, ihre finanzielle Situation habe sich ein bisschen oder massiv verschlechtert. Hierbei handelt es sich um einen starken Zusammenhang mit einer Effektstärke von 0,504.

	Ränge			
	für Auswertung relevante Erwerbstypen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Veränderung der finanzielle Situation Ränge	Rückgekehrte	95	76,70	7286,50
	Verbliebene	43	53,59	2304,50
	Gesamt	138		

Tabelle 51: Ergebnisse U-Test: Veränderung der finanziellen Situation und Erwerbstypen (Rückgekehrte + Verbliebene)

Des Weiteren konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Verbliebenen und Rückgekehrten

festgestellt werden. Hier hatten die Verbliebenen mit einem mittleren Rang von 53,6 ebenfalls einen niedrigeren Rang als in diesem Fall die Rückgekehrten mit einem mittleren Rang von 76,7. Hier ist zu erwähnen, dass die Effektstärke des Zusammenhangs lediglich 0,28 beträgt und somit ein schwacher Zusammenhang zwischen diesen Erwerbstypen besteht.

	Ränge			
	für Auswertung relevante Erwerbstypen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Veränderung der finanzielle Situation Ränge	Rückgekehrte	95	62,29	5918,00
	Rückkehrplaner*innen	37	77,30	2860,00
	Gesamt	132		

Tabelle 52: Ergebnisse U-Test: Veränderung der finanziellen Situation und Erwerbstypen (Rückgekehrte + Rückkehrplaner*innen)

Hier hatten die Rückkehrplaner*innen einen höheren mittleren Rang als die Rückgekehrten (Tabelle 54). So lässt sich feststellen, dass sich die finanzielle Situation bei den Rückkehrplaner*innen am meisten verschlechtert hat, gefolgt von den Rückgekehrten. Am wenigsten hat sich die finanzielle Situation bei den Verbliebenen verschlechtert. Grund hierfür könnte sein, dass die Verbliebenen während ihrer Krebserkrankung ununterbrochen am Arbeitsplatz verweilt sind, die Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen jedoch längere Phasen der Abwesenheit hatten. Hiermit sind häufig, beispielsweise aufgrund des Krankengelds, finanzielle Einbußen verbunden.

Eine Abhängigkeit zwischen dem Geschlecht und der Veränderung der finanziellen Situation konnte, ebenso wie zwischen dem Geschlecht und den Mehrkosten, nicht festgestellt werden. Es gibt also keinen relevanten Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Verschlechterung der Finanzen seit der Krebsdiagnose.

Bei der Untersuchung, ob sich die finanzielle Situation bei Familien mit Kindern häufiger verschlechtert hat, konnte keine Differenz zwischen der Veränderung der finanziellen Situation der Personen mit und bei Personen ohne Kind(ern) festgestellt werden. Auch die Untersuchung, ob sich die finanzielle Situation bei Personen mit jüngeren Kindern eher verschlechtert hat, ergab keine statistisch relevante Abhängigkeit der finanziellen Situation und dem Alter des jüngsten Kindes zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose.

	Ränge			
	Mehrkosten dichotom	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Veränderung der finanzielle Situation Ränge	ja	137	96,97	13284,50
	nein	46	77,21	3551,50
	Gesamt	183		

Tabelle 53: Ergebnisse U-Test: Veränderung der finanziellen Situation und Mehrkosten

den mittleren Rängen kann abgelesen werden, dass bei Personen, bei denen Mehrkosten entstanden sind, sich die finanzielle Situation häufiger verschlechterte, als bei Personen,

Auch zwischen den Rückkehrplaner*innen und den Rückgekehrten besteht ein signifikanter, aber schwacher (Effektstärke=0,18) Zusammenhang in Bezug auf die Veränderung der finanziellen Si-

Jedoch wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Mehrkosten und der Veränderung der finanziellen Situation festgestellt. An

die angaben, keine Mehrkosten (gehabt) zu haben. Dies könnte für eine finanzielle Doppelbelastung von Krebspatient*innen sprechen, da diese häufig Einkommenseinbußen und zusätzlich Mehrkosten zu tragen haben. Dadurch werden die Finanzen doppelt belastet, das Einkommen ist geringer, aber die Betroffenen haben zusätzlich mehr Ausgaben. Auch Freund et al. weisen auf eine doppelte finanzielle Belastung von Krebspatient*innen hin und betonen, dass Krebs dadurch für viele Betroffene ein Armutsrisiko mit sich bringt (2019, 10).

Des Weiteren wurde ein Zusammenhang zwischen dem Zurückliegen der Krebsdiagnose und der Veränderung der finanziellen Situation vermutet. Die Hypothese lautete: Menschen, bei denen die Diagnose Krebs kürzer zurückliegt, geben häufiger eine Verschlechterung der finanziellen Situation an. Jedoch konnte in dieser Stichprobe kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Auch dies könnte ein weiteres Indiz für die langfristigen finanziellen Auswirkungen einer Krebsdiagnose sein.

Bei Teilnehmenden mit einem höheren Nettohaushaltseinkommen verbessert sich die finanzielle Situation oder sie bleibt häufiger gleich als bei den Befragten mit einem niedrigeren Einkommen. Hierbei handelt es sich um einen signifikanten Zusammenhang, welcher mit einer Effektstärke von $-0,31$ als mittelstark eingeschätzt werden kann. Dies könnte darauf hinweisen, dass Krebs vor allem bei Menschen mit einem niedrigeren Einkommen ein Risikofaktor für Armut darstellen kann.

Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrer finanziellen Situation? Bitte bewerten Sie Ihre finanzielle Situation auf einer Skala von „überhaupt nicht zufrieden“ bis „voll und ganz zufrieden“. Mit den dazwischenliegenden Feldern können Sie l...

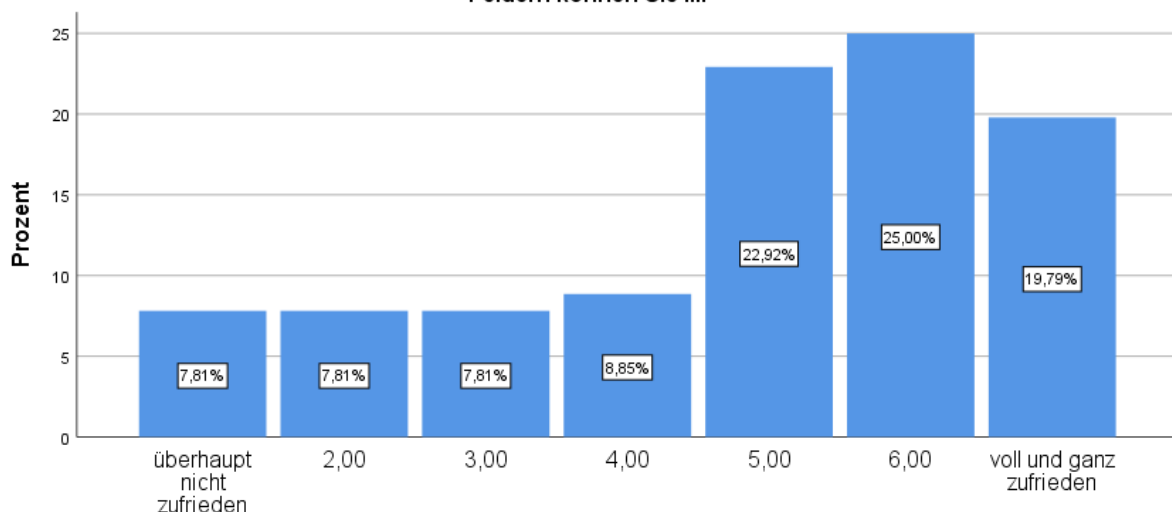


Abbildung 64: Zufriedenheit mit der aktuellen finanziellen Situation (N=192)

Abbildung 65 zeigt deutlich, dass die Befragten der Stichprobe eher zufrieden sind mit ihrer aktuellen finanziellen Situation. Jeweils 7,8 Prozent der Befragten gaben an, mit ihrer finanziellen Situation überhaupt nicht, überwiegend oder eher unzufrieden zu sein. 8,9 Prozent

positionierten sich gegenüber dieser Aussage neutral. 22,9 Prozent sind eher mit ihrer finanziellen Situation zufrieden. Eine überwiegende Zufriedenheit mit den aktuellen Finanzen traf auf 25 Prozent der Befragten zu. 19,8 der Proband*innen gaben an, voll und ganz zufrieden zu sein.

In Summe sind 23,4 Prozent im unteren Bereich der Antwortoptionen, und somit (eher) unzufrieden mit ihrer aktuellen finanziellen Situation. Im Gegensatz dazu sind mehr als doppelt so viele der Befragten (67,7 Prozent) (eher) zufrieden mit ihren Finanzen. Diese Zufriedenheit spiegelt sich auch in dem Mittelwert, welcher 4,9 mit einer Standardabweichung von 1,8 beträgt, wider.

Die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation unterscheidet sich innerhalb der Erwerbstypen. So sind Rückkehrplaner*innen sowohl gegenüber den Verblieben als auch den Rückgekehrten unzufriedener mit ihrer finanziellen Situation. Dies kann anhand der berechneten mittleren Ränge gezeigt werden. So hatten Rückkehrplaner*innen einen mittleren Rang von 30,1 und Verbliebene einen mittleren Rang von 48,1. Der Zusammenhang dieser beiden Erwerbstypen ist mit einer Effektstärke von 0,4 mittelstark. Zwischen der Zufriedenheit der Rückgekehrten und der der Rückkehrplaner*innen besteht ein schwacher Zusammenhang (Effektstärke=0,2). Anhand der mittleren Ränge lässt sich erkennen, dass Rückkehrplaner*innen eine niedrigere Zufriedenheit ihrer finanziellen Situation angaben, als Rückgekehrte. Dies könnte an der aktuellen beruflichen Situation liegen, da Rückgekehrte häufig momentan berufstätig sind und Rückkehrplaner*innen ihren Wiedereinstieg gerade erst planen und somit aktuell häufig finanziellen Einbußen ausgesetzt sind. Weitere aktuelle Herausforderungen werden im folgenden Kapitel aufgezeigt.

4.7 Aktuelle Herausforderungen

Im Rahmen der Befragung wurden die teilnehmenden Personen gefragt, mit welchen Herausforderungen sie sich zum Zeitpunkt der Umfrage konfrontiert gesehen haben. Diese werden im weiteren Verlauf erläutert und auf festgestellte Unterschiede innerhalb einzelner Untergruppen der Stichprobe eingegangen. Eine Übersicht zu den jeweiligen Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichungen ist in der Tabelle 61 zu finden.

Bei der Sichtung der Daten war insgesamt auffällig, dass die Mehrheit der Befragten aktuell nicht hoch belastet zu sein scheint. Unter den drei Herausforderungen, die am häufigsten mit höheren Werten angegeben wurden, bezogen sich zwei davon auf die Corona-Pandemie. Die Aussage ‚Die aktuelle Corona-Pandemie macht mir Sorgen in Bezug auf meine Gesundheit.‘ wurde mit einem Mittelwert von 3,3 mit einer Standardabweichung von 1,5

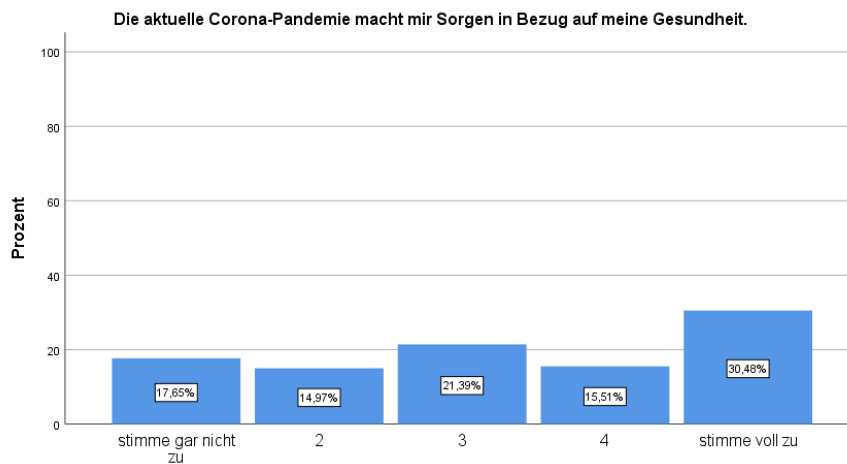


Abbildung 65: Gesundheitliche Sorgen aufgrund der Corona-Pandemie (N=187)

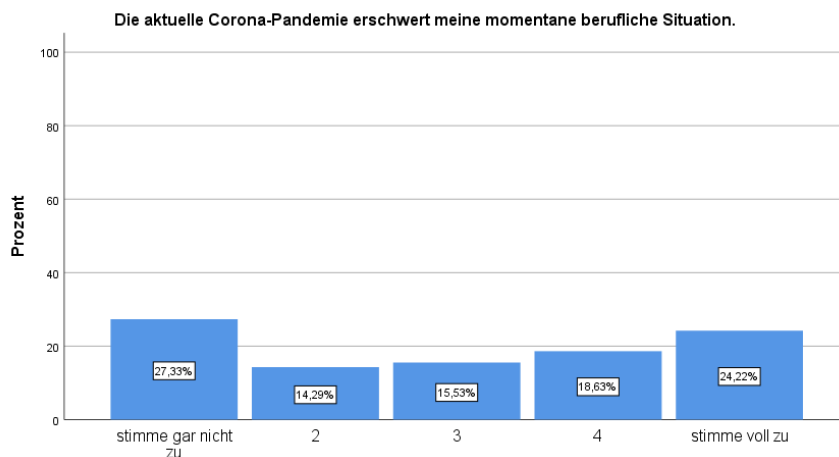
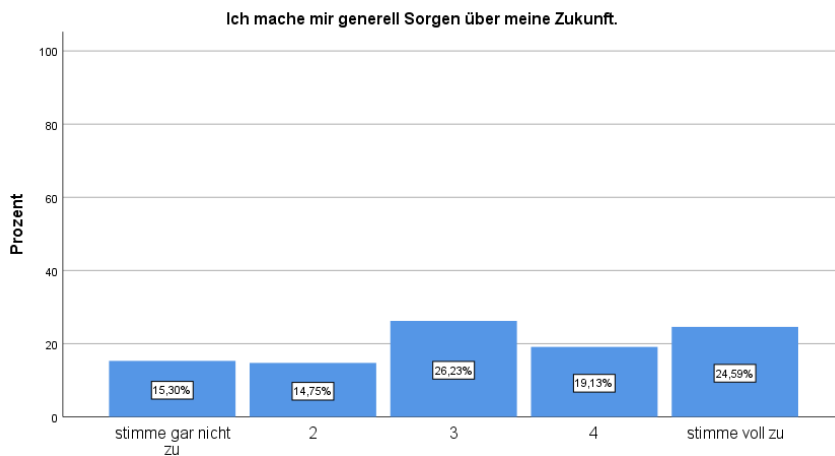


Abbildung 66: Erschwerte berufliche Situation aufgrund der Corona-Pandemie (N=161)

bewertet. Dies entspricht außerdem der aktuellen Herausforderung mit dem höchsten Mittelwert. Die zweite auf die Pandemie bezogene Aussage ‚Die aktuelle Corona-Pandemie erschwert meine momentane berufliche Situation.‘ wurde von den Befragten mit einem Mittelwert in Höhe von 3,0 mit einer Standardabweichung mit 1,6 beurteilt. Die erhöhten Werte könnten dadurch erklärt werden, dass die Be-

fragung bereits im Juli 2020 durchgeführt wurde und die Situation mit der Corona-Pandemie zu diesem Zeitpunkt noch relativ neu war. So haben auch Umstrukturierungen innerhalb zahlreicher Unternehmen und Unternehmensbereiche stattgefunden, um eine weitere Ausbreitung des Virus zu verhindern. An dieser Stelle kommt die Frage auf, ob diese Sorgen und Belastungen spezifisch für Menschen mit einer Krebserkrankung sind oder ob sie ein aktuell übergreifendes Thema für die Allgemeinheit der Allgemeinbevölkerung sind. Allerdings lassen die Daten keinen Vergleich zur Kontrollgruppe zu, weshalb nur darauf hingewiesen werden kann, dass eine Überprüfung, inwieweit Krebspatient*innen zusätzliche oder besondere Belastungen im Hinblick auf die Corona-Situation haben, notwendig wäre.

Die dritte Aussage, der verhältnismäßig mehr zugestimmt wurde, war: ‚Ich mache mir generell Sorgen über meine Zukunft.‘



generell Sorgen über meine Zukunft.‘. Der entsprechende Mittelwert beträgt hier 3,2 mit einer Standardabweichung von 1,4.

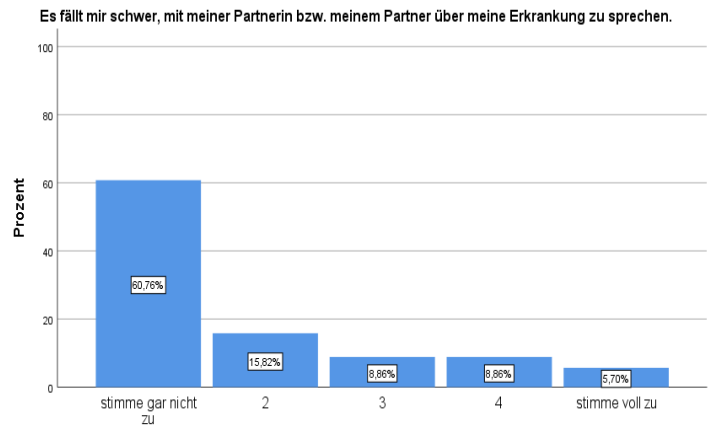
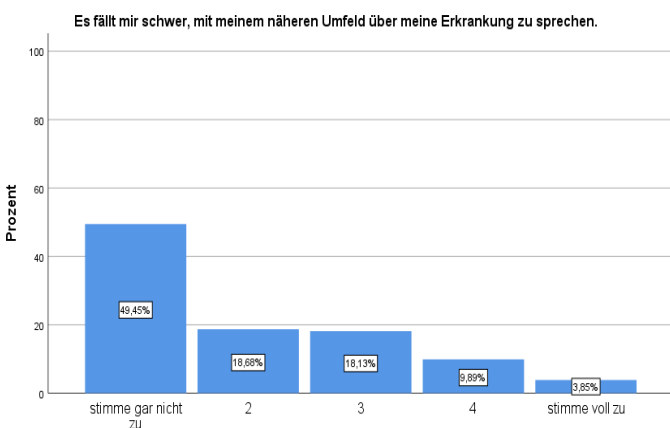
Insgesamt ist anhand dieser Herausforderungen zu sehen, dass die Verteilung

Abbildung 67: Generelle Sorgen über die Zukunft (N=183)

der Antwortverhalten nicht unbedingt eindeutig ist und keine markanten Polarisierungen erkennbar sind. Allein die, im Vergleich zu den anderen aktuellen Herausforderungen, erhöhten Mittelwerte zeigen, dass zumindest kein unerheblicher Teil der Befragten sich mit diesen Herausforderungen konfrontiert sieht.

Im Gegensatz dazu ist ein deutlicheres Antwortverhalten bei den folgenden Aussagen ersichtlich:

- ‚Es fällt mir schwer, mit meinem näheren Umfeld über meine Erkrankung zu sprechen.‘
- ‚Es fällt mir schwer, mit meiner Partnerin bzw. meinem Partner über meine Erkrankung zu sprechen.‘
- ‚Es fällt mir schwer, mit meinen Kindern über meine Erkrankung zu sprechen.‘
- ‚Im Kontakt mit anderen Menschen fühle ich mich unsicher.‘
- ‚Im Umgang mit Behörden (z.B. Krankenversicherung/Rentenversicherung/Jobcenter) fühle ich mich überfordert.‘
- ‚Im Umgang mit meinem Arbeitgeber fühle ich mich überfordert.‘



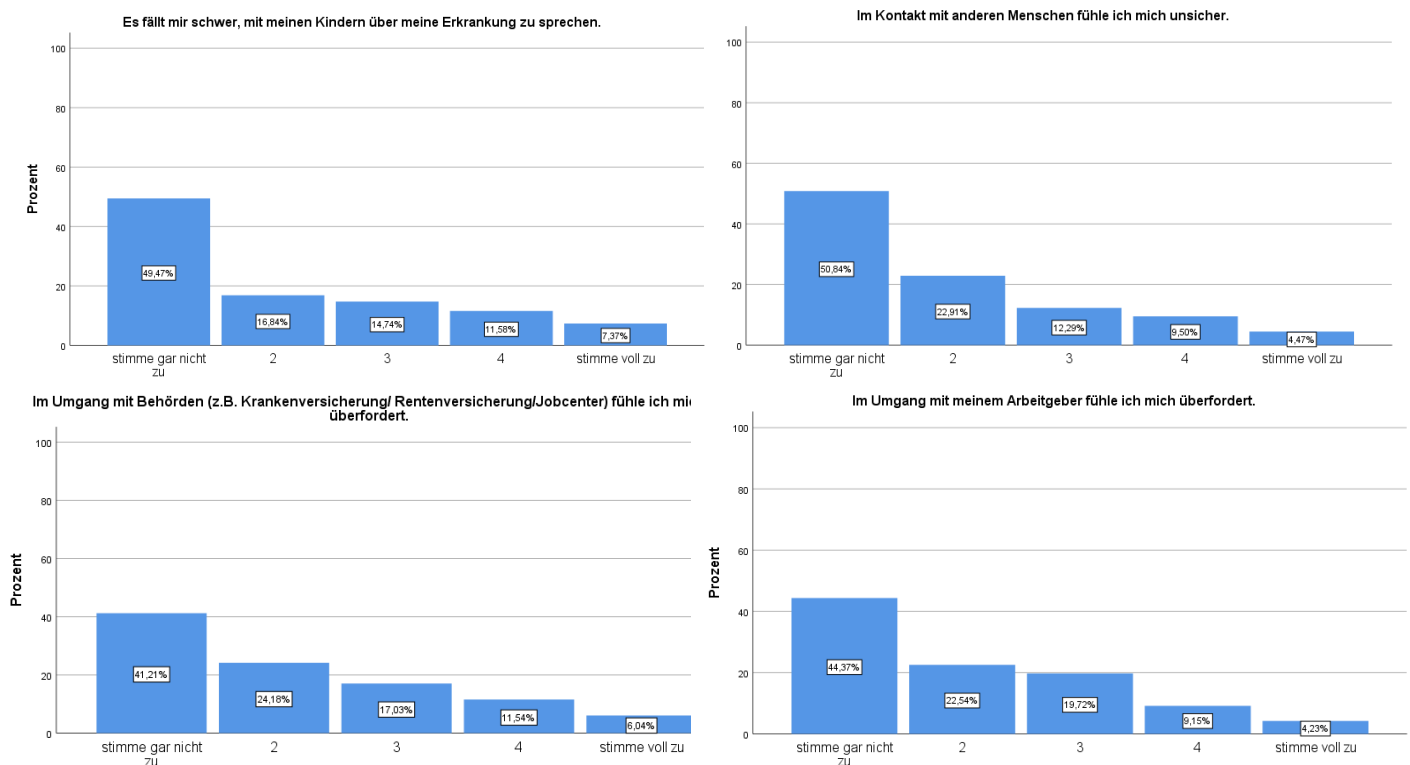


Abbildung 68: Thematisierung der Krebserkrankung:

- Mit nahem Umfeld (N=182)
- Mit Partner*in (N=158)
- Mit Kindern (N=95)

Unsicherheit im Kontakt mit anderen Menschen (N=179)

Überforderung im Umgang mit Behörden (N=182)

Überforderung im Umgang mit Arbeitgeber*in (N=142)

Bei allen sechs Aussagen zeigt sich eine lineare, abfallende Gerade von ‚stimme gar nicht zu‘ bis ‚stimme voll zu‘. Die Mittelwerte erstrecken sich von 1,8 bis 2,2 (siehe hierzu Tabelle 68). Inhaltlich bedeutet dies, dass die Mehrheit weder bei der Kommunikation der Krebserkrankung mit dem familiären bzw. nahen Umfeld, noch im Kontakt mit anderen Menschen, Behörden sowie den Arbeitgeber*innen belastet ist. Ebenso, wenn doch ein wenig flacher, verhalten sich die Geraden der Antwortverhalten bei ‚Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Gesundheitszustand wegen meiner Berufstätigkeit verschlechtert.‘ und ‚Die Bewältigung

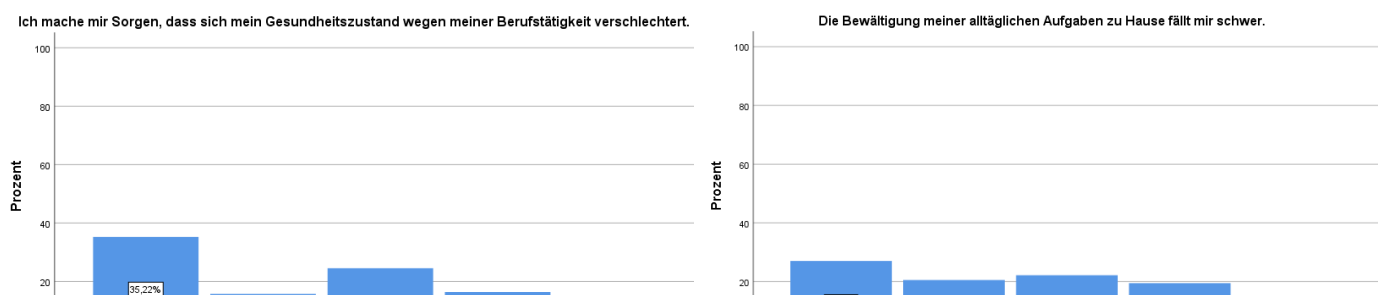


Abbildung 69: Sorge, dass sich Gesundheitszustand wegen Berufstätigkeit verschlechtert (N=159); Schwierigkeiten bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben zu Hause (N=185)

meiner alltäglichen Aufgaben zu Hause fällt mir schwer.'. Auch hier scheint die Mehrheit der Befragten innerhalb der vorliegenden Stichprobe weniger herausgefordert zu sein.

Eine aktuelle Sorge, die zwar einen verhältnismäßig geringeren Mittelwert in Höhe von 2,9 aufweist, erhielt nach der Sorge vor den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Ge-

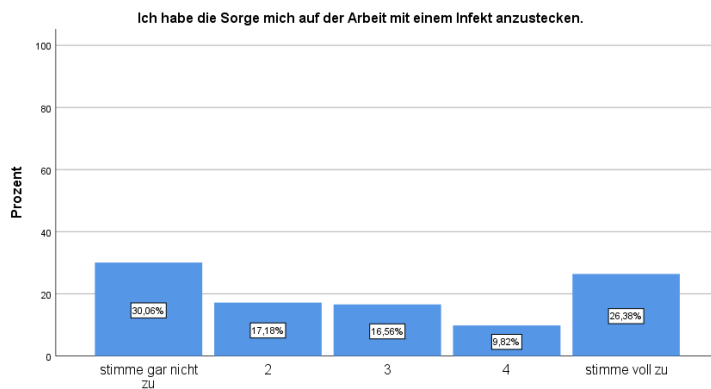


Abbildung 70: Sorge, sich auf der Arbeit mit einem Infekt anzustecken (N=163)

Virus das Antwortverhalten der Befragten beeinflusst hat. Möglich wäre allerdings auch, dass Menschen mit einer Krebsdiagnose aufgrund der erhöhten Infektanfälligkeit als krankheits- und behandlungsbedingtes Symptom teilweise die Befürchtung haben, sich am Arbeitsplatz im Kontakt mit anderen Menschen anzustecken. Eine solche Sorge könnte schließlich erhebliche Auswirkungen auf einen eventuellen Wiedereinstieg in Arbeit nach der Diagnose oder aber auch auf das Wohlbefinden während der aktuellen Berufstätigkeit haben. Da diese Frage allerdings nicht auf eine eindeutige aktuelle Herausforderung von den hier befragten Menschen mit einer Krebserkrankung hingedeutet hat, wird sie hier nicht weiterverfolgt.

Eine naheliegende Begründung für das geringe Aufkommen von aktuellen Sorgen und Belastungen innerhalb der Stichprobe war, dass mehr als die Hälfte der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung keine Krebsbefunde mehr hatten. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass die Proband*innen, die sich momentan nicht in einer stabilen Phase befinden und nicht als ‚krebsfrei‘ bezeichnen, die jeweiligen Aussagen grundsätzlich höher bewertet haben als die andere Personengruppe. Die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche zeigen jedoch nur wenige signifikante Unterschiede zwischen aktuellen Herausforderungen und den Gruppen auf. Lediglich an drei Punkten weisen die Befragten, die momentan keine Krebsbefunde haben, deutlich geringere Mittelwerte auf als die Personen in einer anderen Krankheitssituation. Diese betreffen die generellen Sorgen über die Zukunft, die Belastung durch

gesundheit am meisten volle Zustimmung. Die relativ hohe Standardabweichung von 1,6 und das Balkendiagramm deuten jedoch auch darauf hin, dass sogar für noch mehr Befragte diese Aussage überhaupt nicht zutrif. Es könnte sein, dass die Sorge vor dem Covid19-

Befragte in der stabilen Phase		Bericht		
		Ich mache mir generell Sorgen über meine Zukunft.	Die Schwere meiner Krebserkrankung belastet mich.	Ich mache mir Sorgen, aufgrund meiner Krebserkrankung nicht ausreichend für meinen Ruhestand vorsorgen zu können.
ja	Mittelwert	2,9821	2,5472	2,5612
	N	112	106	98
nein	Mittelwert	3,6197	3,3286	3,2000
	N	71	70	70
Insgesamt	Mittelwert	3,2295	2,8580	2,8274
	N	183	176	168

Tabelle 54: Mittelwertvergleiche: Krankheitsstatus stabile Phase und aktuelle Herausforderungen

die Schwere der Krebserkrankung und die Sorge, aufgrund der Krebserkrankung nicht ausreichend für den Ruhestand vorsorgen zu können. Die Differenz der jeweiligen Mittelwerte erstreckt sich, wie in der Tabelle 61 zu entnehmen, von 0,5 bis 0,8. Diese Herausforderungen sind hauptsächlich auf die Zukunft gerichtet oder betreffen die Erkrankung selbst. Es ist nachvollziehbar, dass Menschen, deren weiterer Krankheitsverlauf noch nicht klar ist, sich mehr Sorgen um die Zukunft machen, als diejenigen, die im Regenerationsprozess nach einer Krebsdiagnose deutlich fortgeschrittener sind. Weitere für die Stichprobe signifikante Unterschiede zwischen den definierten Untergruppen stellten sich allerdings nicht heraus, weshalb das insgesamt niedrigere Aufkommen von aktuellen Herausforderungen nicht unbedingt auf den Krankheitsstatus der Betroffenen zurückgeführt werden kann.

Im Gegenzug wurden bei der Überprüfung von geschlechtsspezifischen Differenzen im Antwortverhalten der Befragten mehrere Signifikanzen innerhalb der vorliegenden Stichprobe festgestellt. An dieser Stelle muss erneut darauf hingewiesen werden, dass im Vergleich zu den Frauen sehr viel weniger Männer an der Umfrage teilgenommen haben. Die geschlechtsspezifische Differenzierung der Daten wurde mit einer Anzahl von ca. 33 bis 45 Männern zu 60 bis 138 Frauen vorgenommen. Um Aussagen über Männer mit einer Krebserkrankung für die Grundgesamtheit treffen zu können, wäre unter anderem eine höhere Teilnehmerzahl notwendig gewesen. Die hier vorgestellten Ergebnisse erheben deshalb keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, sollen aber trotzdem auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede aufmerksam machen.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse, die in Tabelle 57 zu sehen sind, zeigen, dass Frauen jeweils einen höheren Mittelwert aufweisen als Männer. Frauen gaben mit einem Mittelwert von 2,9 an, dass sie sich Sorgen um ihre berufliche Zukunft machen. Männer hingegen bewerteten diese Aussage durchschnittlich mit einem Mittelwert in Höhe von 2,1. Ebenso gaben Frauen durchschnittlich höhere Werte als Männer an, wenn es um allgemeine Sorgen über die Zukunft geht. Der Mittelwert der Frauen beträgt 3,7 und der der Männer 2,9. Frauen machen sich mit einer Differenz der Mittelwerte von 0,6 mehr Sorgen bezüglich der

finanziellen Sicherung im Alter (MW der Frauen: 3,0, MW der Männer: 2,4) und berichten über ein höheres Ausmaß an Schwierigkeiten bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben zu Hause (MW der Frauen: 2,8, MW der Männer: 2,2). Das letzte Ergebnis des durchgeführten t-Tests spricht von einer größeren Sorge seitens der Frauen, dass sich der Gesundheitszustand aufgrund der Krebserkrankung verschlechtert. Hier gaben Frauen durchschnittlich den Wert in Höhe von 2,6 und Männer von 2,0 an.

Bericht

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?		Ich mache mir Sorgen über meine berufliche Zukunft.	Ich mache mir generell Sorgen über meine Zukunft.	Ich mache mir Sorgen, aufgrund meiner Krebserkrankung nicht ausreichend für meinen Ruhestand vorsorgen zu können.	Die Bewältigung meiner alltäglichen Aufgaben zu Hause fällt mir schwer.	Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Gesundheitszustand wegen meiner Berufstätigkeit verschlechtert.
weiblich	Mittelwert	2,8667	3,3603	2,9760	2,8188	2,5902
	N	120	136	125	138	122
männlich	Mittelwert	2,1463	2,8667	2,3659	2,1778	2,0286
	N	41	45	41	45	35
Insgesamt	Mittelwert	2,6832	3,2376	2,8253	2,6612	2,4650
	N	161	181	166	183	157

Tabelle 55: Mittelwertvergleiche: aktuelle Herausforderungen in Bezug auf das Geschlecht

Da nicht bei allen Daten die Voraussetzungen für die Durchführung des oben genannten statistischen Testverfahrens gegeben waren, wurden zusätzlich U-Tests durchgeführt, die weitere drei signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der aktuellen Herausforderungen innerhalb der Stichprobe feststellen konnten. An den jeweiligen mittleren Rängen der Frauen und Männer ist offensichtlich, dass Frauen die Aussage ‚Es fällt mir schwer, mit meiner Partnerin bzw. meinem Partner über meine Erkrankung zu sprechen.‘ häufiger mit höheren Zahlen bewertet haben, sodass ihnen ein höherer Rangplatz erteilt wurde. Der mittlere Rang der Frauen liegt bei 83,9 und der der Männer bei 64,8. Die berechnete Effektstärke dieser statistischen Signifikanz beträgt 0,2 und entspricht einem schwachen Zusammenhang. Ähnlich verhielt sich das Antwortverhalten der Frauen und Männer, als es um die Kommunikation der Krebserkrankung mit den eigenen Kindern ging. Frauen weisen einen mittleren Rang in Höhe von 51,4 und Männer von

Ränge

	Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?			
	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	
Es fällt mir schwer, mit meiner Partnerin bzw. meinem Partner über meine Erkrankung zu sprechen.	weiblich	112	83,89	9395,50
	männlich	44	64,78	2850,50
	Gesamt	156		
Es fällt mir schwer, mit meinen Kindern über meine Erkrankung zu sprechen.	weiblich	60	51,43	3085,50
	männlich	33	38,95	1285,50
	Gesamt	93		
Im Umgang mit Behörden (z.B. Krankenversicherung/ Rentenversicherung/Jobcenter) fühle ich mich überfordert.	weiblich	135	98,16	13251,50
	männlich	45	67,52	3038,50
	Gesamt	180		

Tabelle 56: Ergebnisse U-Tests: aktuelle Herausforderungen und Geschlecht

hohen Zahlen bewertet haben, sodass ihnen ein höherer Rangplatz erteilt wurde. Der mittlere Rang der Frauen liegt bei 83,9 und der der Männer bei 64,8. Die berechnete Effektstärke dieser statistischen Signifikanz beträgt 0,2 und entspricht einem schwachen Zusammenhang.

Ähnlich verhielt sich das Antwortverhalten der Frauen und Männer, als es um die Kommunikation der Krebserkrankung mit den eigenen Kindern ging. Frauen weisen einen mittleren Rang in Höhe von 51,4 und Männer von

39,0 auf. Dieses Ergebnis ist ebenfalls mit einer schwachen Effektstärke für diese Stichprobe statistisch signifikant. Die letzte aktuelle Herausforderung der Befragten, die auf einen relevanten Unterschied zwischen den Geschlechtern aufmerksam macht, ist die Überforderung im Umgang mit Behörden wie beispielsweise dem Jobcenter und der Kranken- oder Rentenversicherung. Der mittlere Rang von Frauen in Höhe von 98,2 ist deutlich höher als der von Männern, der 67,5 beträgt. Die Relevanz dieses Ergebnisses hat eine mittlere Effektstärke von 0,3. Abschließend kann also festgehalten werden, dass Frauen in dieser Stichprobe durchschnittlich ein signifikant höheres Ausmaß an aktuellen Sorgen und Belastungen in mehreren Bereichen und Hinsichten aufzeigen als Männer.

Zuletzt wurden die aktuellen Herausforderungen anhand der unterschiedlichen Erwerbstypen differenziert betrachtet. Es wurden ebenfalls, je nach gegebenen Voraussetzungen, Varianzanalysen und U-Tests durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden. Auch hier konnte aufgrund der vorhandenen Teilnehmer*innenzahlen innerhalb der Erwerbstypen nur ein Vergleich zwischen den Verbliebenen, Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen vollzogen werden.

In den Varianzanalysen ergaben sich sechs aktuelle Herausforderungen, in denen für die Stichprobe statistisch signifikante Unterschiede innerhalb der Gruppen festgestellt wurden. Der Tabelle 59, in der die jeweiligen Mittelwerte abgelesen werden können, kann zunächst ausschließlich deskriptiv entnommen werden, dass Verbliebene grundsätzlich einen niedrigeren Mittelwert angaben als Rückgekehrte und Rückkehrplaner*innen. Außerdem weisen Rückkehrplaner*innen in fünf von sechs Aussagen den höchsten Mittelwert auf. Dieses unterschiedliche Antwortverhalten der entsprechenden Personengruppen in der Stichprobe hat sich mit der Interpretation der Ergebnisse des t-Tests auch als systematisch herausgestellt. Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Rückgekehrten und den Rückkehrplaner*innen und den Verbliebenen und den Rückkehrplaner*innen für folgende Aussagen:

- ‚Ich mache mir Sorgen über meine berufliche Zukunft.‘
(MW Verbliebene: 2,0; MW Rückgekehrte: 2,4; MW Rückkehrplaner*innen: 3,7)
- ‚Ich mache mir Sorgen über meine finanzielle Situation.‘
(MW Verbliebene: 2,3; MW Rückgekehrte: 2,6; MW Rückkehrplaner*innen: 3,5)
- ‚Die Schwere meiner Krebserkrankung belastet mich.‘
(MW Verbliebene: 2,1; MW Rückgekehrte: 2,9; MW Rückkehrplaner*innen: 3,2)
und
- ‚Ich mache mir Sorgen, aufgrund meiner Krebserkrankung nicht ausreichend für meinen Ruhestand vorsorgen zu können.‘
(MW Verbliebene: 2,1; MW Rückgekehrte: 2,7; MW Rückkehrplaner*innen: 3,5).

für Auswertung relevante Erwerbstypen		Bericht					
		Ich mache mir Sorgen über meine berufliche Zukunft.	Ich mache mir generell Sorgen über meine Zukunft.	Ich mache mir Sorgen über meine finanzielle Situation.	Die Schwere meiner Krebserkrankung belastet mich.	Ich mache mir Sorgen, aufgrund meiner Krebserkrankung nicht ausreichend für meinen Ruhestand vorsorgen zu können.	Ich habe die Sorge mich auf der Arbeit mit einem Infekt anzustecken.
Rückgekehrte	Mittelwert	2,4231	3,1667	2,5955	2,9048	2,6867	3,0494
	N	78	90	89	84	83	81
Verbliebene	Mittelwert	2,0313	2,6842	2,2500	2,2105	2,0968	2,1765
	N	32	38	36	38	31	34
Rückkehrplaner*innen	Mittelwert	3,7297	3,6757	3,4595	3,1892	3,5135	2,8824
	N	37	37	37	37	37	34
Insgesamt	Mittelwert	2,6667	3,1697	2,7160	2,8050	2,7682	2,8121
	N	147	165	162	159	151	149

Tabelle 57: Mittelwertvergleiche: aktuelle Herausforderungen in Bezug auf Erwerbstypen

Es wurden zwei weitere signifikante Unterschiede festgestellt, die allerdings nur auf zwei der Erwerbstypen zutrafen. So machen sich Verbliebene durchschnittlich weniger Sorgen über die Zukunft als es Rückkehrplaner*innen tun. Die Mittelwerte für die Verbliebenen beträgt 2,7 und für die Rückkehrplaner*innen 3,7. Außerdem trifft die Sorge, sich auf der Arbeit mit einem Infekt anzustecken, weniger für Verbliebene zu als für Rückgekehrte. Der Mittelwert der Verbliebenen liegt hier bei 2,2 und der der Rückgekehrten bei 3,0.

Das Ergebnis des U-Tests weist darüber hinaus auch auf einen statistisch relevanten Unterschied zwischen Verbliebenen und Rückkehrplaner*innen hin, wenn es um ihr Unsicher-

	Ränge			
	für Auswertung relevante Erwerbstypen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Im Kontakt mit anderen Menschen fühle ich mich unsicher.	Verbliebene	36	30,44	1096,00
	Rückkehrplaner*innen	36	42,56	1532,00
	Gesamt	72		

Tabelle 58: Ergebnisse U-Test: Unsicherheit im Kontakt mit anderen Menschen und Erwerbstypen

42,6 bei dieser Aussage höhere Rangplätze einnehmen als Verbliebene mit 30,4. Folglich fühlen sich Rückkehrplaner*innen im Kontakt zu anderen Menschen im Schnitt unsicherer als Verbliebene.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass Rückkehrplaner*innen und Frauen in dieser Stichprobe aktuell durchschnittlich im höchsten Ausmaß mit Herausforderungen konfrontiert sind. Im Gegensatz dazu fühlen sich Verbliebene und Männer in der vorliegenden Befragung am wenigsten Sorgen und Belastungen ausgesetzt. Bei Rückgekehrten treten aktuell deutlich weniger Herausforderungen auf als bei Rückkehrplaner*innen, sie gaben aber durchschnittlich höhere Werte als Verbliebene an. Es wurde jedoch auch deutlich, dass für die Mehrheit der Befragten die im Fragebogen aufgeführten Herausforderungen nicht gänzlich

heitsgefühl im Kontakt mit anderen Menschen ging. Anhand der mittleren Ränge ist zu erkennen, dass Rückkehrplaner*innen mit

lich zutrafen. Daraus könnte zum einen ein insgesamt niedrigeres Vorhandensein von aktuellen Sorgen und Belastungen in multiplen Hinsichten innerhalb der Stichprobe abgeleitet werden. Zum anderen haben 40 Befragte das Freifeld genutzt, um weitere Themen zu nennen, die sie zum Zeitpunkt der Umfrage als Belastung wahrgenommen haben. Folglich ist es möglich, dass die Antwortkategorien im Fragebogen auf die aktuelle Situation der Befragten nicht unbedingt zutreffend gewählt wurden und bzw. oder nicht gänzlich erschöpfend waren. Um den von den Befragten genannten Themen ebenfalls Gehör zu verschaffen und somit einen vertiefenden Einblick in die aktuelle Situation der Betroffenen zu gewährleisten, werden diese abschließend kurz vorgestellt und eindruckliche Zitate aufgeführt.

In den Ausführungen der Teilnehmer*innen wurde mehrheitlich erwähnt, dass die Befragten es als Belastung empfinden, nicht zu wissen, wie der weitere Krankheitsverlauf aussieht, was sie ihrem Körper zumuten können und ob ein Rezidiv eintreten wird. Zudem wurde die verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund der Krebserkrankung genannt, *„nicht so können wie ich will, egal ob beruflich oder privat“*. Die folgenden Zitate untermauern diese Sorgen zusätzlich:

„Der eigene Anspruch und Wunsch wieder vollständig seine Aufgaben ausfüllen zu können, wenn gleichzeitig der eigene Körper (z.B. aufgrund des durch Chemo geschwächten Immunsystems) noch nicht mit an einem Strang zieht. Dadurch entsteht sowohl Frustration mit dem eigenen Körper als auch das (Schuld-)Gefühl das Team noch immer zu belasten.“

„Auf Grund von sehr vielen Spätfolgen bin ich nach meiner Krebserkrankung immer wieder nicht in der Lage zu arbeiten, mein gesundheitlicher Zustand variiert immer wieder und ist nicht einschätzbar. Das macht meine berufliche Situation sehr unsicher. Eine Erwerbsminderungsrente kommt für mich nicht in Frage, da sie zu niedrig ist und ich dann abhängig vom Jobcenter wäre, weil ein Zuverdienst schwierig ist. Mir macht die Sorge vor Verarmung sehr zu schaffen. Meine Spätfolgen belasten mich, da sie meine Mobilität sehr eingeschränkt haben. Dadurch sind soziale Kontakte erschwert. Ich arbeite von zu Hause. Das führt zu verstärkter Einsamkeit.“

In diesem Zusammenhang wurde auch mehrheitlich auf das Fatigue-Syndrom eingegangen, welches selbst, aber auch die entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und schließlich auf die finanzielle Situation von den Befragten als Belastung wahrgenommen wird:

„Keine Klarheit in der vollständigen Diagnosestellung. Die Suche nach Ansprechpartnern ist sehr anstrengend und führt nicht zu einem annehmbaren Ziel. Fatigue als Begleitscheinung oder Folge der Krebserkrankung ist keine Diagnose (ICD-10). Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hin zur Arbeitsunfähigkeit jedoch eklatant. Eine Erwerbsminderungsrente ist so gering, dass ich möglicherweise Sozialhilfe beantragen muss. Als junger Mensch hat man noch nicht in diesem Sinne vorsorgen können.“

Des Weiteren wurden Themen genannt, die auf Doppel- oder Mehrfachbelastungen der Krebspatient*innen hinweisen. So erwähnten einige Befragte eine körperliche oder psychische Erkrankung und die entsprechende Pflege von (Ehe-) Partner*innen oder Familienangehörigen, Eheprobleme und finanzielle Belastungen aufgrund von Schulden. Dies zeigt, dass die befragten Krebspatient*innen nicht nur mit einer einzigen Thematik, nämlich der Krebserkrankung konfrontiert sind. Sie sind, zusätzlich zu den krebsbedingten Sorgen, von weiteren alltäglichen Themen betroffen, die es ebenfalls zu bewältigen gilt. Daraus kann sich ein hohes Maß an Belastungen von einzelnen Betroffenen in dieser Stichprobe ergeben.

	N	Mittelwert		Std.-Abweichung Statistik	Varianz Statistik
	Statistik	Statistik	Std.-Fehler		
Ich mache mir Sorgen über meine berufliche Zukunft.	163	2,6810	,11987	1,53037	2,342
Ich mache mir generell Sorgen über meine Zukunft.	183	3,2295	,10168	1,37553	1,892
Ich mache mir Sorgen über meine finanzielle Situation.	180	2,7722	,10084	1,35296	1,831
Die Schwere meiner Krebserkrankung belastet mich.	176	2,8580	,09761	1,29493	1,677
Ich mache mir Sorgen, aufgrund meiner Krebserkrankung nicht ausreichend für meinen Ruhestand vorsorgen zu können.	168	2,8274	,11790	1,52817	2,335
Die Bewältigung meiner alltäglichen Aufgaben zu Hause fällt mir schwer.	185	2,6649	,09894	1,34573	1,811
Im Kontakt mit anderen Menschen fühle ich mich unsicher.	179	1,9385	,08899	1,19061	1,418
Es fällt mir schwer, mit meiner Partnerin bzw. meinem Partner über meine Erkrankung zu sprechen.	158	1,8291	,09885	1,24252	1,544
Es fällt mir schwer, mit meinen Kindern über meine Erkrankung zu sprechen.	95	2,1053	,13673	1,33268	1,776
Es fällt mir schwer, mit meinem näheren Umfeld über meine Erkrankung zu sprechen.	182	2,0000	,08850	1,19391	1,425
Im Umgang mit Behörden (z.B. Krankenversicherung/ Rentenversicherung/Jobcenter) fühle ich mich überfordert.	182	2,1703	,09280	1,25200	1,568
Ich habe die Sorge mich auf der Arbeit mit einem Infekt anzustecken.	163	2,8528	,12437	1,58789	2,521
Die aktuelle Corona-Pandemie macht mir Sorgen in Bezug auf meine Gesundheit.	187	3,2620	,10780	1,47408	2,173
Die aktuelle Corona-Pandemie erschwert meine momentane berufliche Situation.	161	2,9814	,12224	1,55110	2,406
Im Umgang mit meinem Arbeitgeber fühle ich mich überfordert.	142	2,0634	,09905	1,18030	1,393
Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Gesundheitszustand wegen meiner Berufstätigkeit verschlechtert.	159	2,4654	,10587	1,33492	1,782
Gültige Werte (Listenweise)	7				

Tabelle 59: Übersicht der aktuellen Herausforderungen

4.8 Unterstützungsbedarfe in berufsbezogenen Kontexten

Im folgenden Kapitel werden die gewonnenen Erkenntnisse der Stichprobe in Bezug zur Unterstützung dargestellt. Hierbei wird zunächst aufgezeigt, von wem die Proband*innen bereits Unterstützung erfahren haben. Darauf folgend wird dargestellt, welche Unterstützung sich die Teilnehmenden gewünscht hätten bzw. wünschen.

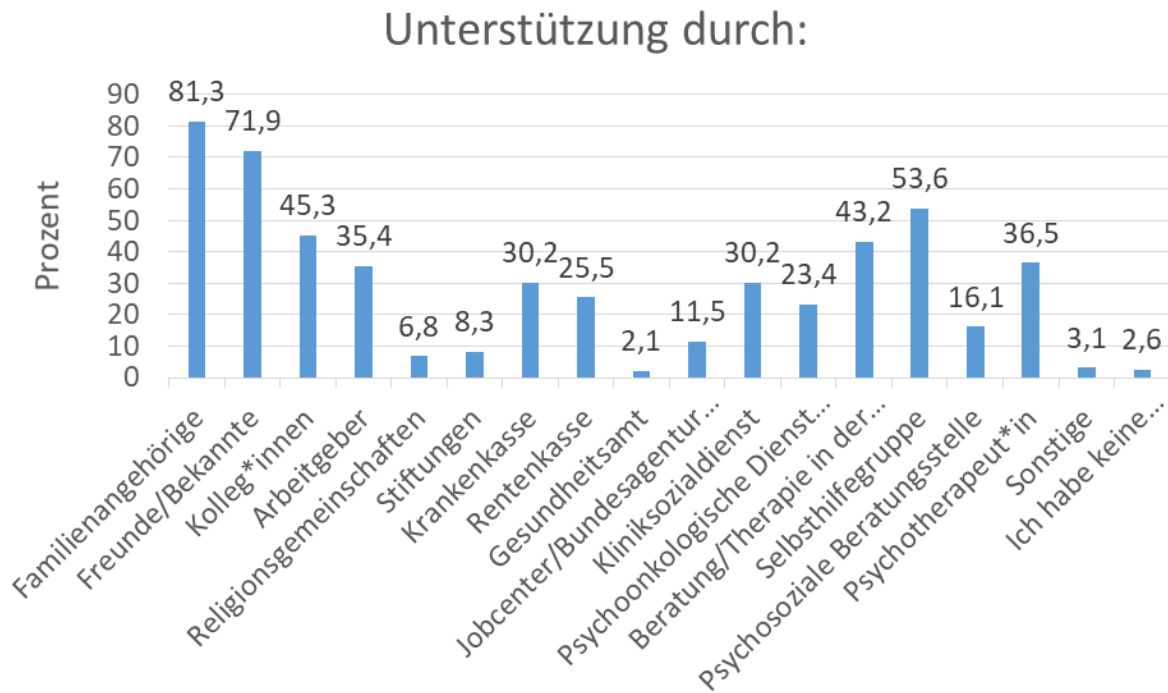


Abbildung 71: Erfahrene Unterstützung der Befragten (N=193)

An diesem Balkendiagramm wird deutlich, dass die Mehrheit (81,3 Prozent) der Befragten von ihren Familienangehörigen unterstützt werden bzw. wurden. Mit 71,9 Prozent gab ebenso ein Großteil der Stichprobe an, Unterstützung durch Freunde oder Bekannte erhalten zu haben. Knapp über die Hälfte hat in einer Selbsthilfegruppe Unterstützung erfahren. In diesem Zusammenhang muss jedoch, ohne die Relevanz von Selbsthilfegruppen in Frage zu stellen, erwähnt werden, dass sich der Zugang zum Feld über Selbsthilfegruppen erschlossen hat. Dies könnte ein Grund für die hohe Anzahl der Personen, die in Selbsthilfegruppen Hilfe erfahren haben, sein. Auch Kolleg*innen spielten mit 45,3 Prozent häufig eine Rolle bei der Unterstützung der Teilnehmenden. Genauso war die Beratung oder Therapie in der Reha für 43,2 Prozent der Befragten hilfreich. 36,5 Prozent gaben an, Unterstützung durch eine*n Psychotherapeut*in erfahren zu haben. Fast gleich viele Personen berichteten, von ihren Arbeitgeber*innen unterstützt worden zu sein. Jeweils 30,2 Prozent wurden von der Krankenkasse und dem Kliniksozialdienst unterstützt. Knapp ein Viertel der Befragten wurde vom psychoonkologischen Dienst im Krankenhaus unterstützt. 16,1 Prozent haben in einer psychosozialen Beratungsstelle Unterstützung erfahren und 11,5 Prozent vom Jobcenter bzw. der Bundesagentur für Arbeit. Unter zehn Prozent der Befragten

gaben an, von folgenden Institutionen Hilfe empfangen zu haben: Religionsgemeinschaften, Stiftungen, Gesundheitsamt. Lediglich 3,1 Prozent gaben an Sonstige Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Hier wurden häufig die Ärzte und Ärztinnen genannt. Des Weiteren wurde die Online-Unterstützung durch Betroffenenportale, die Unterstützung durch Workshops und durch die Gewerkschaft aufgezählt.

Insgesamt ist bei der Angabe, durch wen die Teilnehmenden Unterstützung erfahren haben, festzustellen, dass das nahe und private Umfeld der Betroffenen mit Abstand am häufigsten genannt wurde. Dies könnte bedeuten, dass Familienangehörige sowie Freunde und Bekannte häufig an den Herausforderungen und Belastungen einer Krebserkrankung teilhaben. Hierdurch wird wiederum die Relevanz der Begleitung und Unterstützung von Angehörigen der Krebspatient*innen bestätigt.

Im Folgenden wird dargestellt, in welchem Bereich sich die Proband*innen Unterstützung wünschen bzw. gewünscht hätten. Auffallend ist, dass die Bewertung, in den verschiedenen Bereichen, sehr schwankt. So gibt es Gebiete, in denen sich viele Proband*innen Hilfe gewünscht hätten oder aktuell wünschen. In manchen Bereichen besteht offensichtlich in dieser Stichprobe weniger Hilfebedarf. Zuerst wird auf die Gebiete, in denen eher keine Unterstützung gewünscht wurde/wird, eingegangen. An dieser Stelle ist es wichtig anzumerken, dass bei der Darstellung der Unterstützungsbedarfe die Betroffenen mit ‚stimme voll zu‘ und ‚stimme ein wenig zu‘ zusammengefasst wurden, da beide dieser Antwortoptionen beinhalteten, dass Hilfe gewünscht wurde, wenn auch mit einer unterschiedlichen Gewichtung oder Priorität.

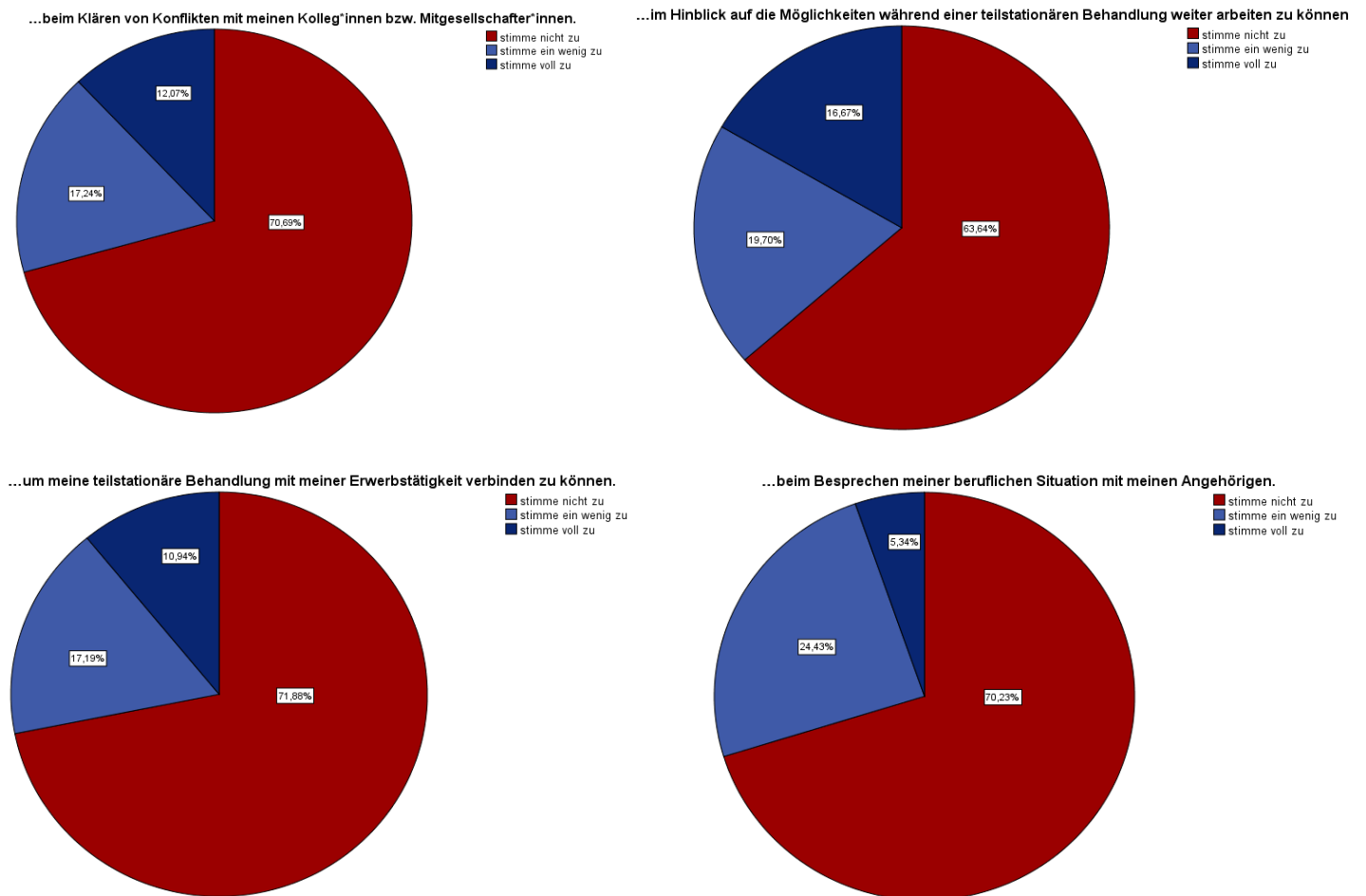


Abbildung 72: Unterstützungsbedarfe hinsichtlich der Klärung von Konflikten (N=1116), der Möglichkeiten während einer teilstationären Behandlung weiterarbeiten zu können (N=66), der Verbindung der teilstationären Behandlung mit Erwerbstätigkeit (N=64), der Besprechung der beruflichen Situation mit Angehörigen (N=131)

Beim Betrachten dieser Kreisdiagramme (Abbildung 73) fällt auf, dass die Mehrzahl der Teilnehmenden (63,6 bis 71 Prozent) in diesen Bereichen keine Unterstützung benötigen bzw. benötigten. So wurde eher keine Hilfe beim Klären von Konflikten mit Kolleg*innen bzw. Mitgesellschafter*innen, beim Besprechen der beruflichen Situation mit Angehörigen und bei der Vereinbarkeit von einer Erwerbsarbeit und einer teilstationären Behandlung sowie bei der Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit während solch einer Behandlung gewünscht. Im Vergleich hierzu wünschten sich in diesen Bereichen 29 bis 36,4 Prozent der Befragten Unterstützung, wenn auch nicht alle im selben Umfang. Hier ist anzumerken, dass der Aussage bezüglich der Unterstützung beim Besprechen der beruflichen Situation mit Angehörigen, mit 5,3 Prozent am seltensten voll zugestimmt wurde.

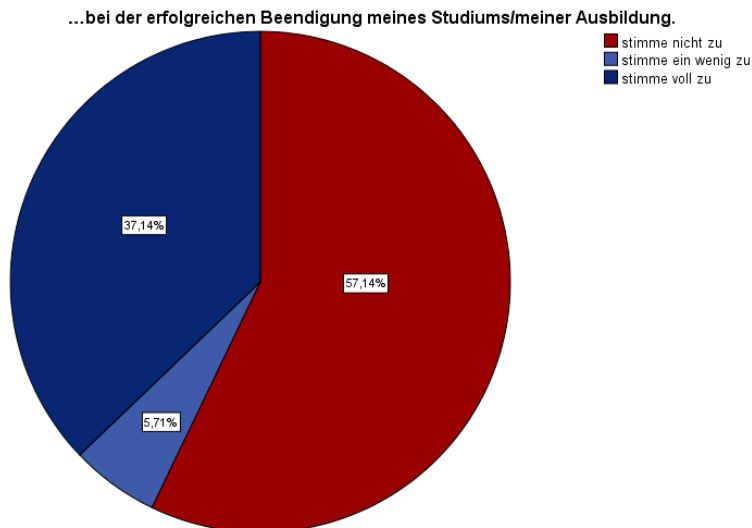


Abbildung 73: Unterstützungsbedarf bei der erfolgreichen Beendigung des Studiums/der Ausbildung (N=35)

wenige Personen beinhaltet, die während ihres Studiums oder ihrer Ausbildung an Krebs erkrankt sind, lässt sich anhand dieser Datengrundlage nur wenig zu den spezifischen Unterstützungsbedarfen dieser Gruppe sagen. Das folgende Zitat, welches im letzten Freitext der Befragung hinterlassen wurde, verdeutlicht jedoch, dass diese Gruppe durchaus besondere Unterstützungsbedarfe hat und es hier weiterer Forschung bedarf.

„Ich bin eine junge Krebspatientin, daher treffen die meisten "üblichen" (Beratungs-) Angebote nicht auf mich zu. Ich war während der Diagnose nicht berufstätig, daher fielen Fragen zu Krankengeld, Arbeitslosigkeit, Rentenansprüche, etc nicht an. Ich würde mir daher wünschen, dass der Soziale Dienst eines Krankenhauses auch über Krankschreibung im Studium und in der Ausbildung, Bafög-Anspruch, Rechte bei Minijobs, Angabe der Schwerbehinderung in der Bewerbung und Beratungsmöglichkeiten bei Diskriminierung im Bewerbungsverfahren korrekt informieren und aufzeigen kann.“

Bei der Untersuchung der Unterstützungsbedarfe war zudem auffällig, dass in vielen Bereichen circa die Hälfte der Befragten sich Unterstützung gewünscht hat/hätte und die andere Hälfte keinen Hilfebedarf äußerte. Eine Übersicht zu diesen Themen bietet die Abbildung 75.

Der von 35 Proband*innen ausgefüllten Aussage bezüglich der Unterstützung bei der erfolgreichen Beendigung des Studiums oder der Ausbildung, haben 57,1 Prozent nicht zugestimmt. 42,9 Prozent stimmten dieser Aussage ein wenig oder voll zu, was bedeutet, dass sie sich hier Unterstützung gewünscht hätten.

Da die Stichprobe jedoch we-

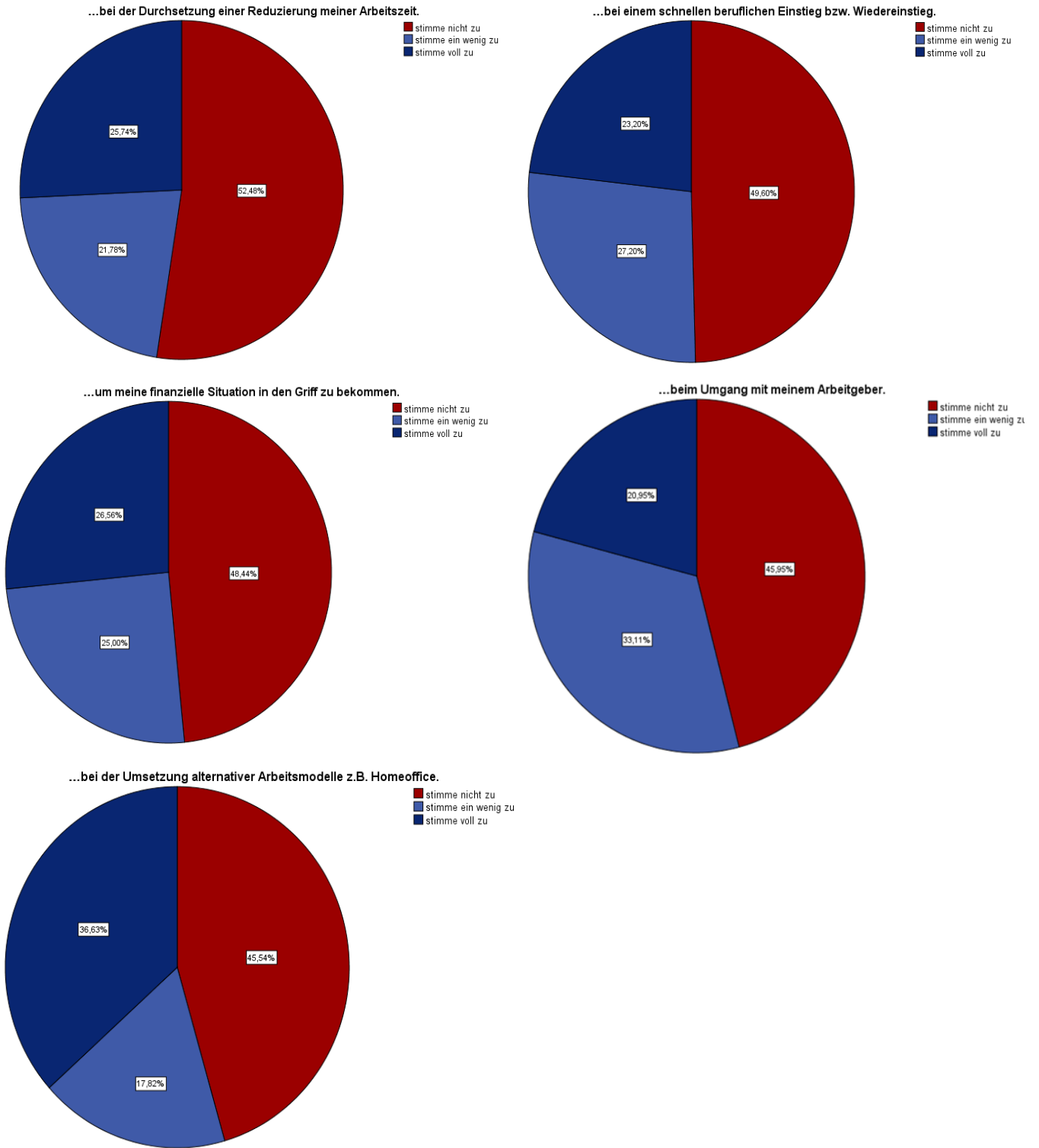


Abbildung 74: Unterstützungsbedarfe hinsichtlich Durchsetzung einer Arbeitszeitreduzierung (N=101), eines schnellen beruflichen (Wieder-) Einstiegs (N=125), der finanziellen Absicherung (N=128), des Umgangs mit Arbeitgeber*in (N=148), der Umsetzung alternativer Arbeitszeitmodelle (N=101)

Circa die Hälfte (52,5 Prozent) der Befragten wünscht sich bei der Durchsetzung der Reduzierung der Arbeitszeit Hilfe. Eine ähnliche Verteilung ist bei folgenden Unterstützungsbedarfen erkennbar: Schneller beruflicher Einstieg bzw. Wiedereinstieg, Umsetzung alternativer Arbeitsmodelle, Umgang mit Arbeitgeber*in und Hilfe bei der finanziellen Situation.

Auffallend ist hier, dass Frauen sich häufiger Unterstützung im Umgang mit ihrem*ihrem Arbeitgeber*in wünschten als Männer. Dies konnte anhand eines U-Test und dem höheren mittleren Rang der Frauen (78,44) im Vergleich zu den Männern (59,24) herausgefunden werden. Da es sich hierbei lediglich um einen schwachen Zusammenhang handelt (Effektstärke: 2,1), wurde des Weiteren ein Zusammenhang zwischen den Erwerbstypen und dem Wunsch nach Unterstützung beim Umgang mit dem*der Arbeitgeber*in untersucht. Diese Vermutung liegt darin begründet, dass überproportional viele Männer in der Gruppe der Verbliebenen sind und der Zusammenhang daraus resultieren könnte.

für Auswertung relevante Erwerbstypen * ... beim Umgang mit meinem Arbeitgeber. Kreuztabelle

		... beim Umgang mit meinem Arbeitgeber.			Gesamt	
		stimme nicht zu	stimme ein wenig zu	stimme voll zu		
für Auswertung relevante Erwerbstypen	Rückgekehrte	Anzahl	31	28	20	79
		Erwartete Anzahl	36,1	26,3	16,6	79,0
	Verbliebene	Anzahl	22	7	0	29
		Erwartete Anzahl	13,2	9,7	6,1	29,0
	Rückkehrplaner*innen	Anzahl	10	11	9	30
		Erwartete Anzahl	13,7	10,0	6,3	30,0
Gesamt	Anzahl	63	46	29	138	
	Erwartete Anzahl	63,0	46,0	29,0	138,0	

Tabelle 60: Ergebnisse chi²-Test: Unterstützungsbedarf hinsichtlich des Umgangs mit Arbeitgeber*in und Erwerbstypen

Dabei wurde festgestellt, dass der Unterstützungsbedarf beim Umgang mit den Arbeitgeber*innen von den Erwerbstypen abhängig ist. Verbliebene gaben seltener als erwartet an, dass sie Unterstützung brauchen. Rückgekehrte gaben seltener als erwartet an, eine Unterstützung in diesem Bereich zu benötigen. Die Rückkehrplaner*innen dagegen stimmen häufiger als erwartet einem Unterstützungsbedarf zu. Ein Grund hierfür könnte sein, dass Verbliebene durchgehend am Arbeitsplatz sind und dadurch beispielsweise auch keine Wiedereingliederung benötigen und somit über weniger krankheitsbezogene Themen mit den Arbeitgeber*innen im Gespräch sind oder verhandeln müssen.

Dabei wurde festgestellt, dass der Unterstützungsbedarf beim Umgang mit den Arbeitgeber*innen von den Erwerbstypen abhängig ist. Verbliebene gaben seltener als erwartet an, dass sie Unterstützung brauchen. Rückgekehrte gaben seltener als erwartet an, eine Unterstützung in diesem Bereich zu benötigen. Die Rückkehrplaner*innen dagegen stimmen häufiger als erwartet einem Unterstützungsbedarf zu. Ein Grund hierfür könnte sein, dass Verbliebene durchgehend am Arbeitsplatz sind und dadurch beispielsweise auch keine Wiedereingliederung benötigen und somit über weniger krankheitsbezogene Themen mit den Arbeitgeber*innen im Gespräch sind oder verhandeln müssen.

	Ränge			
	Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
... bei der Durchsetzung einer Reduzierung meiner Arbeitszeit.	weiblich	77	54,14	4168,50
	männlich	24	40,94	982,50
	Gesamt	101		

Tabelle 61: Ergebnisse U-Test: Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Durchsetzung einer Arbeitszeitreduzierung und Geschlecht

Außerdem wurde festgestellt, dass ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Unterstützungswunsch bei der Durchsetzung der Reduzierung der Arbeitszeit und dem Geschlecht besteht. Frauen wünschen sich hier im Vergleich zu Männern häufiger Unterstützung.

Außerdem wurde festgestellt, dass ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Unterstützungswunsch bei der Durchsetzung der Reduzierung der Arbeitszeit und dem Geschlecht besteht. Frauen wünschen sich hier im Vergleich zu Männern häufiger Unterstützung.

Auffallend ist, dass wenn es um die Unterstützung im Umgang mit Behörden oder bürokratischen Belangen geht, die Mehrheit der Befragten sich hierbei Hilfe gewünscht hätte. Auf diese Unterstützungsbedarfe soll nun näher eingegangen werden.

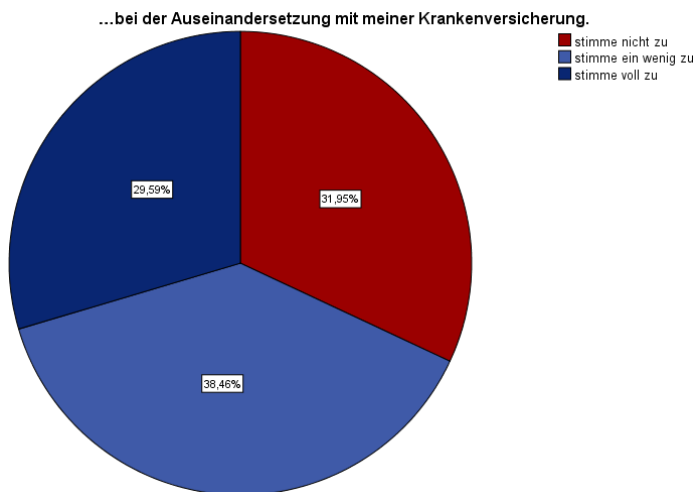


Abbildung 75: Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der Krankenkasse (N=169)



Abbildung 76: Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der Rentenversicherung (N=144)

Bei der Auseinandersetzung mit der Krankenkasse haben sich 32 Prozent von 169 Proband*innen keine Unterstützung gewünscht. 68,1 Prozent wünschen sich bzw. hätten sich jedoch Unterstützung gewünscht, wenn auch nicht alle im selben Umfang.

Auch bei der Auseinandersetzung mit der Rentenkasse benötigt mit 26,4 Prozent (N=144) lediglich circa ein Viertel der Befragten keine Hilfe. Im Vergleich hierzu haben fast dreimal so viele Proband*innen (73,6 Prozent) berichtet, sich in diesem Bereich Unterstützung gewünscht zu haben. Menschen mit einer Schwerbehinderung (mittlerer Rang: 67,3) gaben häufiger an, Unterstützung mit der Rentenversicherung zu benötigen, als Menschen ohne

eine Schwerbehinderung (mittlerer Rang:42,1). Hierbei handelt es sich um einen schwachen Zusammenhang mit einer Effektstärke von 0,2. Dies könnte mit der Möglichkeit der frühzeitigen Beantragung der Rente ab einem GdB von 50 oder mit der Erwerbsminderungsrente, für die eine Schwerbehinderung eine Voraussetzung sein kann, zusammenhängen. Dadurch stehen Menschen mit einer Schwerbehinderung häufiger im Kontakt mit der Rentenversicherung als Menschen ohne Schwerbehinderung.

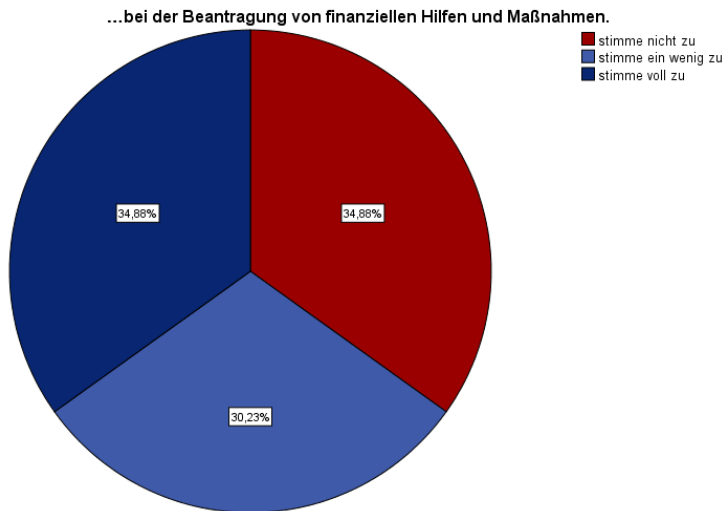


Abbildung 77: Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Beantragung finanzieller Hilfen bzw. Maßnahmen (N=129)

In Abbildung 78 werden die Unterstützungsbedarfe im Hinblick auf die Beantragung von finanziellen Hilfen und Maßnahmen in Form eines Kreisdiagrammes dargestellt. Hier stimmten zwar nicht, wie bei den beiden zuvor dargestellten Bedarfen, circa drei Viertel dem Unterstützungsbedarf zu und ein Viertel lehnte diesen ab, dennoch stimmte mit 65,1 Prozent die Mehrheit der Proband*innen (N=129) zu, dass sie sich Hilfe beim Beantragen von finanziellen Maßnahmen gewünscht hätte.

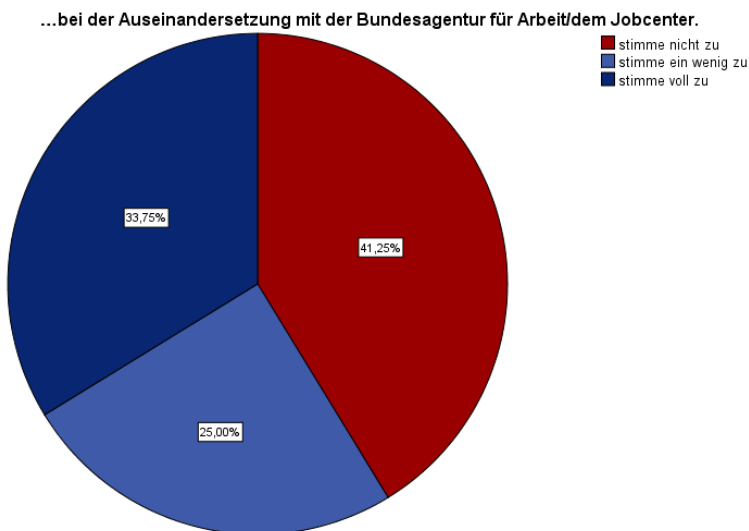


Abbildung 78: Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Auseinandersetzung mit dem Jobcenter/der Bundesagentur für Arbeit (N=80)

Auch bei der Auseinandersetzung mit der Bundesagentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter wünschte sich mit 58,8 Prozent die Mehrheit der Betroffenen (N=80) Unterstützung.

Wie auch bei dem Umgang mit der Rentenversicherung, konnte im Umgang mit dem Jobcenter bzw. der Bundesagentur für Arbeit ein mittelstarker Zusammenhang in Bezug auf Menschen mit einer

Schwerbehinderung festgestellt werden (Effektstärke 0,4). Menschen mit einer Schwerbehinderung gaben hier einen erhöhten Unterstützungsbedarf an. Bei der Untersuchung weiterer Zusammenhänge zwischen Menschen mit einer Schwerbehinderung und Hilfebedarfen wurde festgestellt, dass auch in dem Umgang mit den Arbeitgeber*innen, Umsetzung alternativer Arbeitsmodelle und schneller Wiedereinstieg in den Beruf, häufiger ein höherer Unterstützungsbedarf besteht. Hier kann festgehalten werden, dass Menschen mit einer Schwerbehinderung in dieser Stichprobe einen erhöhten Hilfebedarf haben. Dies könnte

durch die mit dem GdB verbundene Kommunikation mit den Behörden oder durch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund der Krebserkrankung, welche zu einer Notwendigkeit von beispielsweise alternativen Arbeitsmodellen führen könnte, bedingt sein.

Die oben angerissene Annahme, dass bei der Stichprobe ein besonderer Unterstützungsbedarf bei bürokratischen Belangen und dem Kontakt mit Ämtern oder Kassen besteht, wird durch das häufige Erwähnen und Beschreiben von Herausforderungen mit der Krankenkasse in den Kommentaren der letzten offenen Frage des Fragebogens untermauert. Hier wurde von den Betroffenen 19-mal von Herausforderungen und Belastungen, die im Kontakt mit Rentenkassen, Krankenkassen oder Ämtern aufkamen, berichtet. Um einen tieferen Einblick in diese Unterstützungsbedarfe zu bekommen, werden an dieser Stelle einige Aussagen der befragten Krebspatient*innen aufgeführt:

„Das Zusammenwirken der gesetzlichen Leistungen sollte vereinfacht werden. Als Laie weiß man oft nicht, ob die Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung oder sonst wer zuständig ist. [...] Das deutsche Krankensystem hat zwar gute Leistungen, nur weiß der Laie wirklich kaum, wie man diese erhält. Und es ist auch oft zu aufwendig und kompliziert, diese Leistungen abzurufen.“

„[...] Während einer schweren Erkrankung ist man gar nicht in der Lage die bürokratischen Hürden zu überwinden, um Hilfe zu beantragen und auch gar nicht genug informiert [...].“

„man sollte bei einer Krebserkrankung und Behandlung den betroffenen eine Schulung oder Information für den Umgang mit Krankenkassen zukommen lassen. Was Krankenkassen so machen ist schon mehr als ärgerlich. [...] Ich könnte über die Probleme mit der Krankenkasse ein Buch schreiben.“

„Ich habe in meiner Zeit als Krebspatient diverse Kämpfe mit der Krankenkasse, der Arbeitsagentur, der Deutschen Rente [...] ausgefochten.“

„Ich habe nach der Krebsdiagnose 2003 mich selber beim Arbeitsamt abgemeldet, damit ich mich ohne Druck um die Therapie und meine Kinder kümmern konnte. Das war im Nachhinein eine Fehlentscheidung, da mir die Zeit bei der Rentenversicherung fehlt. Habe einige Jahre nur geringfügig gearbeitet. Da hätte ich sicher mehr Beratung benötigt.“

„Wenn man durch die Behandlung und die psychische Belastung der Erkrankung eh bereits geschwächt ist, sind des Weiteren die Papierberge, die einem durch die Krankenkasse und Rentenversicherung aufgebürdet werden, eine große Belastung.“

Durch die Zitate wird deutlich, dass von diesen Betroffenen die Auseinandersetzung mit Behörden als zusätzliche Belastung empfunden wurde. Spannend ist, dass hier die Mehrheit einem Unterstützungsbedarf zugestimmt hat, jedoch bei den aktuellen Herausforderungen eher weniger Proband*innen angaben, dadurch belastet zu sein. Der Aussage ‚Im Umgang mit Behörden fühle ich mich überfordert‘ stimmten lediglich 17,5 Prozent eher oder voll zu. Mit 65,4 Prozent der Teilnehmenden lehnte die Mehrheit dies eher oder voll ab. Auf

der Suche nach einer Erklärung der dargestellten Diskrepanz zwischen den Herausforderungen und Unterstützungsangeboten bezüglich der Behörden wurde die Möglichkeit der retropektivischen Beantwortung des Fragebogens herangezogen. Dadurch könnten Menschen, die den Fragebogen rückblickend beantwortet haben, aktuell zwar mit keinen Herausforderungen konfrontiert sein, sich jedoch rückblickend Unterstützung gewünscht haben. Es konnte jedoch bei der Überprüfung dieser Annahme kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Herausforderung im Umgang mit den Behörden und dem Zurückliegen der Krebserkrankung festgestellt werden. Der Grund für diese Widersprüchlichkeit bleibt an dieser Stelle ungeklärt.

Bei dem Vergleich der Erwerbstypen bezüglich den Unterstützungsbedarfen mit Behörden war auffällig, dass hier lediglich bei dem Umgang mit dem Jobcenter bzw. der Bundesagentur für Arbeit, ein signifikanter Zusammenhang festgestellt wurde. Hierbei gaben mehr als die berechnete erwartete Anzahl der Verbliebenen an, dass sie hier keinen Unterstützungsbedarf haben. Rückkehrplaner*innen und Rückgekehrte gaben häufiger als erwartet an, dass sie hier Unterstützung benötigen. Dies bedeutet, dass Verbliebene in diesem Bereich im Vergleich zu den Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen weniger Unterstützungsbedarf haben. Ein Grund dafür könnte sein, dass Verbliebene weniger oder keinen Kontakt zum Jobcenter bzw. der Bundesagentur für Arbeit hatten, aufgrund ihres ununterbrochenen Arbeitsverhältnisses, auch während der Erkrankungsphase.

für Auswertung relevante Erwerbstypen * ...bei der Auseinandersetzung mit der Bundesagentur für Arbeit/dem Jobcenter. Kreuztabelle

		...bei der Auseinandersetzung mit der Bundesagentur für Arbeit/dem Jobcenter.			Gesamt	
		stimme nicht zu	stimme ein wenig zu	stimme voll zu		
für Auswertung relevante Erwerbstypen	Rückgekehrte	Anzahl	14	7	16	37
		Erwartete Anzahl	15,7	8,6	12,7	37,0
	Verbliebene	Anzahl	13	3	0	16
		Erwartete Anzahl	6,8	3,7	5,5	16,0
	Rückkehrplaner*innen	Anzahl	4	7	9	20
		Erwartete Anzahl	8,5	4,7	6,8	20,0
Gesamt	Anzahl	31	17	25	73	
	Erwartete Anzahl	31,0	17,0	25,0	73,0	

Tabelle 62: Ergebnisse χ^2 -Test: Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Auseinandersetzung mit dem Jobcenter und Erwerbstypen

Bei den anderen Unterstützungsbedarfen, bezüglich der Auseinandersetzung mit Behörden, gab es keine Abhängigkeiten bezogen auf die Erwerbstypen. Dies bedeutet, dass sich Verbliebene, Rückgekehrte und Rückkehrplaner*innen gleich viel Unterstützung in diesen Bereichen, das heißt im Umgang mit der Krankenkasse und der Rentenkasse sowie bei der Beantragung von finanziellen Hilfen, wünschen bzw. gewünscht hätten. Dieses Ergebnis war überraschend, da bei den beruflichen Herausforderungen Verbliebene signifikant seltener als vor allem Rückkehrplaner*innen belastet waren. Dadurch wurde davon ausgegan-

gen, dass sich auch bei den Unterstützungsbedarfen dieses Bild widerspiegelt und Verbliebene angeben, einen geringeren Unterstützungsbedarf zu haben. Jedoch musste diese Annahme durch die dargestellten Ergebnisse verworfen werden. Es muss betont werden, dass hier alle Erwerbstypen einen Unterstützungsbedarf haben, auch wenn dieser eventuell andere Schwerpunkte oder Themen beinhalten könnte.

4.9 Zusammenführung der Ergebnisse innerhalb der Erwerbstypen

Zum Abschluss der Ergebnisdarstellung werden die zuvor herausgearbeiteten Unterschiede der verschiedenen Erwerbstypen zusammengefasst. Bevor dies geschieht, wird zunächst betrachtet, welche krebs- und behandlungsbedingten Faktoren die berufliche Situation nach der Krebsdiagnose beeinflussen können.

4.9.1 Krebs- und behandlungsbedingte Einflussfaktoren auf die berufliche Situation

Im Laufe der vorliegenden Arbeit wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass Krebsdiagnosen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Leben eintreten können. So erkrankten Betroffene teilweise bereits im jungen Kindheitsalter oder erst im hohen Alter nach der Pensionierung an Krebs. In der vorliegenden Befragung wurden vor allem Personen befragt, die in einem erwerbsfähigen Alter an Krebs erkrankt sind. Selbst hier können die Zeitpunkte einer Krebsdiagnose stark voneinander abweichen. Potentielle Befragungspersonen können noch vor der ersten Erwerbstätigkeit in der Ausbildungsphase oder nach langjähriger Berufstätigkeit an Krebs erkranken. Ungeachtet davon, wann die Diagnose gestellt wird, bedeutet sie immer einen Einschnitt in die momentane Lebenssituation der Betroffenen. Eine Krebsdiagnose kann unterschiedliche Folgen mit sich bringen, die sich auf verschiedene Teilbereiche des alltäglichen Lebens auswirken können. Auch im beruflichen Kontext können Krebserkrankungen heterogene Konsequenzen mit sich bringen. Dies bedeutet, dass Krebspatient*innen entweder ihre Erwerbstätigkeit für eine gewisse Zeit aussetzen müssen oder gar nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Ebenso ist es möglich, dass sie neben den krebsbedingten Therapien weiterhin einer Erwerbstätigkeit nachgehen können. Diese berufsbezogenen Konsequenzen einer Krebserkrankung waren Ausgangspunkt für die Bildung der sieben Erwerbstypen, deren Definitionen in Kapitel 3.4 näher erläutert wurden. Im Laufe des Auswertungsprozesses wurde immer deutlicher, dass sich diese neu definierten Erwerbstypen in den Ergebnissen widerspiegeln ließen. So wurden teilweise deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen und den berufsbezogenen, finanziellen und aktuellen Herausforderungen festgestellt. Die folgenden Ausführungen gehen der Frage nach, ob die Art der Krebserkrankung und deren Behandlung die berufliche Situation nach der Krebsdiagnose jeweils unterschiedlich beeinflussen kann.

Hierzu wurden Hypothesen aufgestellt, die sich im Laufe des Auswertungsprozesses ergeben haben. Hintergrund der Hypothesen war die Auffälligkeit, dass Verbliebene insgesamt ein niedrigeres Maß an Herausforderungen und eine höhere Zufriedenheit mit der beruflichen und finanziellen Situation als Rückgekehrte und Rückkehrplaner*innen aufwiesen. Es hätte auch die Annahme bestehen können, dass Verbliebene durchschnittlich belasteter sind, da sie neben den somatischen, psychischen und sozialen Folgen einer Krebserkrankung und deren Behandlung weiterhin ihrer Verantwortung im Beruf nachgehen. Dies könnte zu einer multiplen Belastung von Verbliebenen führen. Die Ergebnisse der Befragung zeigten für die Stichprobe jedoch Gegenteiliges auf. In dem Zug wurde die Hypothese aufgestellt, dass Verbliebene einen weniger schweren Krankheitsverlauf hatten, durch den es ihnen möglich war, trotz Krebserkrankung und Therapien weiterhin einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Eine Annahme war, dass die Behandlungsformen jeweils unterschiedliche Langzeitauswirkungen auf den Körper und die Psyche der betroffenen Personen haben können. Die hierzu vorliegenden Daten der Befragung können nicht auf eine statistisch signifikante Korrelation überprüft werden, weshalb sie anhand der nachfolgenden Kreuztabelle nur deskriptiv beschrieben werden können. Es lässt sich ableiten, dass sich die meisten Verbliebenen einer Operation unterzogen haben. Der Anteil der Personen, bei denen eine Chemotherapie durchgeführt wurde, ist bei den Verbliebenen deutlich geringer als bei den Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen. Rückgekehrte haben zudem häufiger die Bestrahlung als bereits durchgeführte Behandlungsform angegeben. Somit kann gesagt werden, dass die meistgenannte Behandlungsform der Verbliebenen eine Operation war. Neben dieser gaben Rückgekehrte und Rückkehrplaner*innen aber noch zusätzlich weitere Therapien, wie die Chemotherapie und Bestrahlung, an, mit denen mindestens die Hälfte der Befragten innerhalb der genannten zwei Gruppen behandelt wurden. Es könnte also sein, dass die Chemotherapie und Bestrahlung Einfluss auf die weitere berufliche Situation der Krebspatient*innen nehmen, was sich jedoch, wie bereits angedeutet, nicht abschließend prüfen lässt.

Kreuztabelle Behandlungsformen und Erwerbstypen

		für Auswertung relevante Erwerbstypen			Gesamt	
		Rückgekehrte	Verbliebene	Rückkehrplaner*innen		
bereits durchgeführte Therapien	Operation	Anzahl	80	38	30	148
		Innerhalb Behandlungsformen	54,1%	25,7%	20,3%	
		Innerhalb typen_klass_imp	86,0%	90,5%	81,1%	
	Chemotherapie	Anzahl	70	14	25	109
		Innerhalb Behandlungsformen	64,2%	12,8%	22,9%	

	Innerhalb typen_klass_imp	75,3%	33,3%	67,6%	
Bestrahlung	Anzahl	47	15	13	75
	Innerhalb Behandlungsformen	62,7%	20,0%	17,3%	
	Innerhalb typen_klass_imp	50,5%	35,7%	35,1%	
Hormontherapie	Anzahl	5	1	3	9
	Innerhalb Behandlungsformen	55,6%	11,1%	33,3%	
	Innerhalb typen_klass_imp	5,4%	2,4%	8,1%	
Blutstammzell- transplantation	Anzahl	5	0	2	7
	Innerhalb Behandlungsformen	71,4%	0,0%	28,6%	
	Innerhalb typen_klass_imp	5,4%	0,0%	5,4%	
Immuntherapie/ Antikörpertherapie	Anzahl	10	6	5	21
	Innerhalb Behandlungsformen	47,6%	28,6%	23,8%	
	Innerhalb typen_klass_imp	10,8%	14,3%	13,5%	
Gesamt	Anzahl	93	42	37	172

Tabelle 63: Kreuztabelle: Behandlungsformen und Erwerbstypen

In Kapitel 4.4.2 wurde ebenfalls aufgezeigt, dass die Anzahl der bereits durchgeführten Behandlungsformen innerhalb der Gruppen statistisch signifikant voneinander abweicht. So haben Rückgekehrte durchschnittlich am meisten Therapieformen durchgeführt und Verbliebene am wenigsten. Folglich könnte auch die Anzahl der unterschiedlichen Behandlungen die berufliche Situation der Krebspatient*innen mehr oder weniger stark beeinflussen.

Eine weitere Hypothese war, dass der Verbleib am Arbeitsplatz nach einer Krebsdiagnose auch von der Lokalisation des Tumors abhängt. Auch hier lassen die Daten nur eine deskriptive Beschreibung von Auffälligkeiten zu. In der Gruppe der Verbliebenen zeigt sich ein vermehrtes Aufkommen von Menschen mit Prostata- und Harnblasenkrebs. Im Gegensatz dazu sind nur 6 Prozent aller Brustkrebspatientinnen in diesem Erwerbstyp wiederzufinden. An Brustkrebs litten in dieser Befragung vor allem die Personen, die ihre Erwerbstätigkeit pausiert haben. Ebenso ist dieses Ungleichgewicht bei den gynäkologischen Tumoren, Leukämie und Lymphomen zu vernehmen. Es könnte also sein, dass sich unterschiedliche Lokalisationen des Tumors auch unterschiedlich auf die berufliche Situation der Betroffenen auswirken. In dieser Stichprobe hatten demnach Prostata- und Harnblasenkrebspatient*innen weniger starke Konsequenzen als Personen mit Brustkrebs, gynäkologischen Tumoren, Leukämie und Lymphomen. Ob sich dies auch auf die Grundgesamtheit aller Menschen mit Krebs übertragen lässt, muss allerdings anhand einer weiteren Untersuchung überprüft werden.

Kreuztabelle Krebsart und Erwerbstypen

Lokalisation des Tumors		Anzahl	für Auswertung relevante Erwerbstypen			Gesamt
			Rückgekehrte	Verbliebene	Rückkehrplaner*innen	
Brustkrebs	Anzahl	33	3	14	50	
	Innerhalb Krebsart	66,0%	6,0%	28,0%		
	Innerhalb typen_klass_imp	34,7%	7,1%	37,8%		
Gynäkologische Tumore	Anzahl	9	1	6	16	
	Innerhalb Krebsart	56,3%	6,3%	37,5%		
	Innerhalb typen_klass_imp	9,5%	2,4%	16,2%		
Prostatakrebs	Anzahl	3	12	1	16	
	Innerhalb Krebsart	18,8%	75,0%	6,3%		
	Innerhalb typen_klass_imp	3,2%	28,6%	2,7%		
Leukämie	Anzahl	5	1	3	9	
	Innerhalb Krebsart	55,6%	11,1%	33,3%		
	Innerhalb typen_klass_imp	5,3%	2,4%	8,1%		
Lungenkrebs	Anzahl	1	0	0	1	
	Innerhalb Krebsart	100,0%	0,0%	0,0%		
	Innerhalb typen_klass_imp	1,1%	0,0%	0,0%		
Hirntumor	Anzahl	1	1	1	3	
	Innerhalb Krebsart	33,3%	33,3%	33,3%		
	Innerhalb typen_klass_imp	1,1%	2,4%	2,7%		
Hautkrebs	Anzahl	2	2	0	4	
	Innerhalb Krebsart	50,0%	50,0%	0,0%		
	Innerhalb typen_klass_imp	2,1%	4,8%	0,0%		
Lymphome	Anzahl	11	2	5	18	
	Innerhalb Krebsart	61,1%	11,1%	27,8%		
	Innerhalb typen_klass_imp	11,6%	4,8%	13,5%		
Magenkrebs	Anzahl	1	0	0	1	
	Innerhalb Krebsart	100,0%	0,0%	0,0%		
	Innerhalb typen_klass_imp	1,1%	0,0%	0,0%		
Darmkrebs	Anzahl	11	7	3	21	
	Innerhalb Krebsart	52,4%	33,3%	14,3%		
	Innerhalb typen_klass_imp	11,6%	16,7%	8,1%		
Nierenkrebs	Anzahl	0	0	1	1	
	Innerhalb Krebsart	0,0%	0,0%	100,0%		
	Innerhalb typen_klass_imp	0,0%	0,0%	2,7%		
Harnblasenkrebs	Anzahl	9	11	3	23	
	Innerhalb Krebsart	39,1%	47,8%	13,0%		
	Innerhalb typen_klass_imp	9,5%	26,2%	8,1%		
HNO	Anzahl	3	0	0	3	
	Innerhalb Krebsart	100,0%	0,0%	0,0%		
	Innerhalb typen_klass_imp	3,2%	0,0%	0,0%		
Sonstige	Anzahl	10	5	3	18	
	Innerhalb Krebsart	55,6%	27,8%	16,7%		
	Innerhalb typen_klass_imp	10,5%	11,9%	8,1%		
Gesamt	Anzahl	95	42	37	174	

Tabelle 64: Kreuztabelle: Krebsart und Erwerbstypen

Haben Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung oder deren Behandlung Beschwerden wie z.B. Schmerzen, anhaltende Müdigkeit, Depressionen, Übelkeit, Atemnot, Verdauungsprobleme? * für Auswertung relevante Erwerbstypen Kreuztabelle

		für Auswertung relevante Erwerbstypen				Gesamt
		Rückgekehrte	Verbliebene	Rückkehrplaner*innen		
Haben Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung oder deren Behandlung Beschwerden wie z.B. Schmerzen, anhaltende Müdigkeit, Depressionen, Übelkeit, Atemnot, Verdauungsprobleme?	Ja	Anzahl	68	22	33	123
		Erwartete Anzahl	66,5	30,8	25,7	123,0
	Nein	Anzahl	25	21	3	49
		Erwartete Anzahl	26,5	12,3	10,3	49,0
Gesamt	Anzahl	93	43	36	172	
	Erwartete Anzahl	93,0	43,0	36,0	172,0	

Table 65: Ergebnisse χ^2 -Test: Beschwerden und Erwerbstypen

die berufliche Situation nach der Krebsdiagnose auswirken kann. Die Ergebnisse des χ^2 -Tests in Tabelle 67 weisen hier auch auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang hin. In der Gruppe der Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen sind deutlich mehr Personen, die entsprechende Beschwerden aufweisen. Die tatsächliche Anzahl der Verbliebenen, die Beschwerden haben, weicht deutlich von der erwarteten Anzahl ab, was auf einen Zusammenhang hindeutet. Die Hypothese kann folglich für die vorliegende Stichprobe angenommen werden.

Eine hier als letztes überprüfte Vorannahme war, dass sich eine Schwerbehinderung auf die berufliche Situation nach der Krebsdiagnose auswirken könnte. Diese wurde ebenfalls anhand des χ^2 -Tests untersucht und es konnte auch ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Gruppen festgestellt werden. Personen, die angaben, keine Schwerbehinderung zu haben, befinden sich vermehrt in der Gruppe der Verbliebenen. Im Gegenzug ist die Anzahl der Personen mit einer Schwerbehinderung in der Gruppe der Rückgekehrten und Rückkehrplaner*innen erhöht, weshalb die Hypothese für die vorliegende

Sind Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung schwerbehindert? * für Auswertung relevante Erwerbstypen Kreuztabelle

		für Auswertung relevante Erwerbstypen				Gesamt
		Rückgekehrte	Verbliebene	Rückkehrplaner*innen		
Sind Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung schwerbehindert?	Ja	Anzahl	77	25	31	133
		Erwartete Anzahl	71,9	33,3	27,8	133,0
	Nein	Anzahl	5	14	3	22
		Erwartete Anzahl	11,9	5,5	4,6	22,0
	Nicht mehr	Anzahl	11	4	2	17
		Erwartete Anzahl	9,2	4,3	3,6	17,0
Gesamt	Anzahl	93	43	36	172	
	Erwartete Anzahl	93,0	43,0	36,0	172,0	

Table 66: Ergebnisse χ^2 -Test: Schwerbehinderung und Erwerbstypen

Faktoren, wie Krebsart, Behandlungsart und das Vorhandensein von krebs- und behandlungsbedingten Beschwerden, die einzigen Gründe für den Verbleib am Arbeitsplatz bzw. das vorläufige Beenden einer Erwerbstätigkeit sein müssen. Dahinter könnten vielschichtige Ursachen wie beispielsweise die Familiensituation und individuelle Bewältigungsstrategien der Krebspatient*innen sowie die allgemeinen Arbeitsplatzbedingungen liegen, um

Darüber hinaus war die Hypothese naheliegender, dass sich die Tatsache, krebs- und behandlungsbedingte Beschwerden zu haben, auf

die Stichprobe als bewahrheitet gelten kann.

Es wird für notwendig erachtet zusätzlich darauf hinzuweisen, dass nicht nur die hier untersuchten

nur wenige davon zu nennen. Die hier vorhandenen Daten lassen eine weitreichende Untersuchung der Faktoren, die die berufliche Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung nach der Diagnose verändern können, nicht zu. Hier wird eine Notwendigkeit für weitere Untersuchungen, nicht nur im quantitativen, sondern auch im qualitativen Sinne, gesehen.

4.9.2 Charakteristika der Erwerbstypen

Im nachfolgenden Kapitel werden die Charakteristika der Erwerbstypen Verbliebene, Rückgekehrte und Rückkehrplaner*innen dargestellt. Die Beschränkung auf diese drei Erwerbstypen von den ursprünglichen sieben Typen ist mit der Anzahl der Betroffenen, die diesen Gruppen zugeordnet werden konnten, zu begründen. Nur in diesen drei Typen sind genügend Teilnehmende vertreten, um inhaltliche Aussagen treffen und die Gruppen miteinander vergleichen zu können. Zu Beginn ist zu erwähnen, dass durch diesen Vergleich die drei Erwerbstypen häufig gegenseitig als Bezugsgröße dienen. So sind beispielsweise die Formulierungen ‚am wenigsten‘ oder ‚niedrigsten‘ immer auf den Vergleich dieser drei Typen zu beziehen.

Tabelle 69 soll einen zusätzlichen Überblick über die in den folgenden Unterkapiteln erläuterten Charakteristika der Verbliebenen, Rückgekehrten sowie Rückkehrplaner*innen geben.

	Verbliebene	Rückgekehrte	Rückkehrplaner*innen
Soziodemografische Daten und Krankheitsverlauf			
Geschlechterverteilung	Weiblich: 42,9% (N=18) Männlich: 57,1% (N=24)	Weiblich: 81,7% (N=76) Männlich: 18,3% (N=17)	Weiblich: 86,5% (N=32) Männlich: 13,5% (N=5)
Häufigste Krebsdiagnosen	Prostatakrebs (28,6%) Harnblasenkrebs (26,2%)	Brustkrebs (34,7%)	Brustkrebs (37,8%)
Durchschnittliche Anzahl Therapieformen	1,8	2,3	2,2
Anteil an Personen mit einer Schwerbehinderung	58,1% (von N=43)	82,8% (von N=93)	86,1% (von N=36)
Berufliche Herausforderungen	Weisen die geringsten Mittelwerte auf	Weisen durchschnittlich höhere Mittelwerte als Verbliebene und meist geringere Mittelwerte als Rückkehrplaner*innen auf	Weisen die höchsten Mittelwerte auf
Bedeutung Arbeit	Erwerbsarbeit hat sinnstiftende Bedeutung	Erwerbsarbeit hat sinnstiftende Bedeutung Arbeiten wurde verhältnismäßig mehr als Belastung wahrgenommen	Erwerbsarbeit hat sinnstiftende Bedeutung Arbeiten wurde verhältnismäßig am meisten als Belastung wahrgenommen

	Arbeiten als Hilfe im Umgang mit der Krebserkrankung		Arbeiten hilft am wenigsten im Umgang mit der Krebserkrankung
Finanzielle Situation			
Nettoeinkommen pro Person	1995,02 Euro	1847,09 Euro	1459,86 Euro
Mehrkosten	Nehmen Mehrkosten durchschnittlich am wenigsten als Belastung wahr	Nehmen Mehrkosten durchschnittlich mehr als Verbliebene als Belastung wahr	Nehmen Mehrkosten durchschnittlich am meisten als Belastung wahr
Veränderung der finanziellen Situation nach der Krebsdiagnose	Hat sich verhältnismäßig am meisten verbessert oder ist gleichgeblieben	Ist bei den meisten gleichgeblieben oder hat sich geringfügig verschlechtert	Hat sich bei den meisten ein bisschen oder massiv verschlechtert
Aktuelle Sorgen	Weisen die geringsten Mittelwerte auf	Weisen durchschnittlich höhere Mittelwerte als Verbliebene und meist geringere Mittelwerte als Rückkehrplaner*innen auf	Weisen die höchsten Mittelwerte auf
Unterstützungsbedarf	Höchster Unterstützungsbedarf im Umgang mit Behörden (außer Jobcenter)	Höchster Unterstützungsbedarf im Umgang mit Behörden	Höchster Unterstützungsbedarf im Umgang mit Behörden

Tabelle 67: Charakteristika der Erwerbstypen

4.9.2.1 Verbliebene

Bei den Verbliebenen war der verhältnismäßig hohe Männeranteil auffallend. Dies könnte auf den hohen Anteil an Prostatakrebs erkrankten Befragten in dieser Gruppe zurückzuführen sein. Des Weiteren waren die Harnblasenkrebspatient*innen in diesem Erwerbstyp stark vertreten. Auch hier ist zu bemerken, dass dreimal so viele Männer an dieser Krebsart erkranken als Frauen. Zudem könnte mit der Krebsart eventuell auch die zuvor dargestellte vergleichsweise niedrige Anzahl der Behandlungen einhergehen. Die meisten Verblieben haben ein oder zwei Behandlungsformen bereits hinter sich. Hierbei ist die häufigste Behandlungsart die Operation. Auffallend ist, dass verhältnismäßig wenige der Befragten, die durchgehend an ihrem Arbeitsplatz verblieben sind, sich einer Chemotherapie oder Bestrahlung unterzogen haben. Weiterhin ist in dem Erwerbstyp der Verbliebenen der geringste Anteil an Menschen mit einer Schwerbehinderung zu verzeichnen.

Eventuell könnten diese zuvor dargestellten Erkenntnisse Grund für das vergleichsweise geringste Ausmaß an beruflichen Herausforderungen bei dem Erwerbstyp der Verbliebenen sein. So haben sich die im Beruf verbliebenen Teilnehmer*innen tendenziell nicht unter Druck gesetzt gefühlt, trotz Krebserkrankung weiter zu arbeiten. Auch das in Einklang bringen von den Behandlungen und der Arbeitszeit stellte für die Verbliebenen nur selten eine Herausforderung dar. Auch hier könnte eine Verbindung zwischen der geringeren Anzahl der Behandlungen und dem seltenen Vorkommen von einer Chemotherapie sowie Bestrahlung hergestellt werden. Auch die geringen Angaben, dass die Arbeit erschöpfend und anstrengend war, könnte auf dies zurückzuführen sein. Des Weiteren waren Befragte, die

ununterbrochen berufstätig waren, seltener von krebsbedingten Beschwerden eingeschränkt.

Nicht nur in den beruflichen Herausforderungen, sondern auch in den aktuellen Belastungen war auffällig, dass Verbliebene hier viel weniger betroffen waren, als Personen, die ihre Erwerbstätigkeit aufgrund von Krebs unterbrechen mussten. Nur wenige der Betroffenen machen sich aktuell Sorgen um ihre finanzielle und berufliche Situation. Auch bei der Frage nach der Belastung aufgrund der Schwere der Krebserkrankung, gibt die Mehrheit der Verbliebenen an, nicht belastet zu sein. Zudem machen sich die Menschen, die in ihrem Beruf verblieben sind, vergleichsweise am wenigsten Sorgen über ihre Vorsorge bezüglich des Ruhestands. Auffallend in diesem Zusammenhang ist auch, dass Verbliebene das verhältnismäßig höchste Nettoeinkommen pro Person haben. Eventuell nehmen die Angehörigen dieses Erwerbstyps deshalb die Mehrkosten, die aufgrund der Krebsdiagnose entstehen, seltener als Belastung wahr. Zudem blieb die finanzielle Situation nach der Krebsdiagnose bei den meisten Verbliebenen unverändert oder hat sich verbessert. Dies könnte auch ein Grund für die überwiegende Zufriedenheit der Verbliebenen mit ihrer aktuellen finanziellen Situation sein.

Die Mehrheit aller Proband*innen schreibt der Erwerbsarbeit einen ideellen und sinnstiftenden Wert zu. Zusätzlich bewerten Verbliebene tendenziell Arbeit seltener als Belastung. Arbeiten wird vielmehr häufig als Hilfe im Umgang mit der Krebserkrankung eingeschätzt. Trotz der vergleichsweise selten angegebenen Herausforderungen und Belastungen von Verbliebenen ist hier festzuhalten, dass diese, genauso wie die anderen Erwerbstypen, einen Unterstützungsbedarf bei der Auseinandersetzung mit Behörden, abgesehen vom Jobcenter bzw. der Bundesagentur für Arbeit, und der Beantragung von finanziellen Maßnahmen haben.

4.9.2.2 Rückgekehrte

Bei den Personen, die aufgrund ihrer Krebsdiagnose ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen mussten, ist ein im Vergleich zur gesamten Stichprobe höherer Frauenanteil festzustellen. 81,7 Prozent der Befragten in dem Erwerbstyp der Rückgekehrten sind weiblich. 18,3 Prozent sind männlich. Mit dieser Geschlechterverteilung könnte einhergehen, dass bei den Rückgekehrten mit 34,7 Prozent die häufigste Krebsdiagnose Brustkrebs war. Auffallend ist zudem, dass Rückgekehrte sich bereits vergleichsweise am meisten Behandlungsformen unterzogen haben. Die meisten der Rückgekehrten haben zwei oder drei Behandlungsformen hinter sich. Hierbei waren die häufigsten Therapietypen Operationen, Chemotherapien sowie Bestrahlungen. Des Weiteren ist auffällig, dass bei den Menschen, die nach einer Unterbrechung wieder eine Arbeit aufnahmen, 94,6 Prozent eine Schwerbehinderung hatten oder haben. Eventuell könnten die dargestellten Behandlungsformen sowie

die Schwerbehinderung die vergleichsweise höhere Belastung der Rückgekehrten im Vergleich zu den Verbliebenen erklären. Betroffene, die diesem Erwerbstyp angehören, gaben verhältnismäßig häufiger an, berufliche Herausforderungen zu haben bzw. gehabt zu haben. Rückgekehrte haben sich im Vergleich zu den anderen Erwerbstypen am meisten unter Druck gesetzt gefühlt, trotz Krebserkrankung wieder in den Beruf einzusteigen. Im Vergleich zu den Verbliebenen hatten Rückgekehrte häufiger Schwierigkeiten, ihre Behandlungen mit den Arbeitszeiten in Einklang zu bringen. Dies könnte in Zusammenhang mit der höheren Anzahl an Therapieformen in diesem Erwerbstyp gebracht werden. Darüber hinaus war oder ist die Arbeit für viele Menschen, die in den Beruf zurückgekehrt sind, erschöpfend und anstrengend. Auch hier könnten die Behandlungsformen oder das häufige Vorkommen einer Schwerbehinderung eine Rolle spielen. Außerdem hatten oder haben Rückgekehrte aufgrund von ihrer Krebserkrankung verhältnismäßig mehr Schwierigkeiten bei der Bewältigung der berufsbedingten Aufgaben.

Rückgekehrte haben zudem ein höheres Ausmaß an aktuellen Belastungen im Vergleich zu den Verbliebenen. Sie machen sich verhältnismäßig mehr Sorgen über die finanzielle und berufliche Situation. Dies könnte im Zusammenhang mit der Unterbrechung der Erwerbsarbeit stehen, da damit häufig Einkommenseinbußen einhergehen. Auch die vergleichsweise häufigere Sorge, für den Ruhestand nicht ausreichend vorsorgen zu können, könnte darin begründet sein. Zudem sind die Rückgekehrten durch die Schwere der Krebserkrankung verhältnismäßig mehr belastet. Die aktuellen finanziellen Sorgen spiegeln sich auch in dem erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Auseinandersetzung mit Behörden und bei der Beantragung von finanziellen Hilfen wider. Auch im Umgang mit dem Jobcenter bzw. der Agentur für Arbeit haben viele der Rückgekehrten sich Unterstützung gewünscht.

4.9.2.3 Rückkehrplaner*innen

Bei den Personen, die Wiedereinstieg in Arbeit planen, ist ein im Vergleich zur gesamten Stichprobe höherer Frauenanteil festzustellen. 86,5 Prozent der Befragten des Erwerbstyps der Rückkehrplaner*innen sind weiblich. 13,5 Prozent sind männlich. Mit dieser Geschlechterverteilung könnte einhergehen, dass bei den Rückkehrplaner*innen mit 37,8 Prozent die häufigste Krebsdiagnose Brustkrebs war. Die Rückkehrplaner*innen haben im Vergleich zu den Verbliebenen bereits mehr Behandlungsformen in Anspruch genommen. Hierbei waren die häufigsten Operationen, Chemotherapien und Bestrahlungen. Wie auch bei den Rückgekehrten haben bzw. hatten in dem Erwerbstyp mit 91,7 Prozent sehr viele Teilnehmende eine Schwerbehinderung aufgrund der Krebsdiagnose.

Besonders auffallend ist, dass im Vergleich zu den anderen Erwerbstypen Rückkehrplaner*innen im beruflichen Kontext tendenziell mehr herausgefordert sind. Dies zeigt sich auch darin, dass Rückkehrplaner*innen am häufigsten angaben, dass Arbeit für sie Belastung

bedeutet. Zudem wird die Arbeit verhältnismäßig selten als Hilfe im Umgang mit der Krebserkrankung wahrgenommen.

Des Weiteren waren Rückkehrplaner*innen auch zum Zeitpunkt der Befragung verhältnismäßig am meisten belastet. Betroffene, die diesem Erwerbstyp zugeordnet wurden, machen sich am meisten Sorgen über ihre finanzielle und berufliche Zukunft. Auch über die ausreichende Vorsorge im Alter machen sich Rückkehrplaner*innen im Vergleich zu den anderen Erwerbstypen am meisten Sorgen. Dies kann damit zusammenhängen, dass Personen, die ihren Wiedereinstieg gerade planen, nicht erwerbstätig sind und dadurch auch mit anderen aktuellen und finanziellen Herausforderungen konfrontiert sind. Diese Annahme wird verstärkt, wenn man bedenkt, dass die Rückkehrplaner*innen das niedrigste Nettoeinkommen pro Person haben. Hierdurch werden von den Befragten, die ihre Rückkehr in den Beruf planen, auch die Mehrkosten am häufigsten als belastend empfunden. Zudem hat sich bei Rückkehrplaner*innen die finanzielle Situation seit der Krebsdiagnose am häufigsten verschlechtert. Vor diesem Hintergrund könnte auch die tendenzielle Unzufriedenheit über die aktuelle finanzielle Situation dieses Erwerbstyps begründet sein.

Auch im Unterstützungsbedarf spiegelt sich diese verhältnismäßig höhere finanzielle Belastung der Rückkehrplaner*innen, die sich vor allem bei der Beantragung von finanziellen Hilfen und im Umgang mit den Behörden Unterstützung wünschen oder gewünscht hätten, wider.

Durch die dargelegten Ergebnisse wurde deutlich, dass es spezifische Charakteristika innerhalb der Erwerbstypen gibt. Es zeigte sich, dass das Erleben und die Herausforderungen in den jeweiligen beruflichen Situationen von Betroffenen unterschiedlich sein können. Somit stellt die Aufteilung in die jeweiligen Erwerbstypen eine hilfreiche Klassifizierung für die Ermittlung spezifischer Belastungen und Unterstützungsbedarfe von Menschen mit einer Krebserkrankung dar. Zudem kann sie als eine Grundlage und Methodik für weitere Forschungsvorhaben dienen.

5. Fazit und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es zu einem Abbild der beruflichen und finanziellen Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung in Deutschland beizutragen. Das Forschungsprojekt „Berufstätige Tumorpatient*innen – Hürden und Belastungen beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz“, welches der vorliegenden Arbeit zugrunde lag, gelangte mittels eines standardisierten Fragebogens zu seinen Erkenntnissen, indem Menschen mit einer Krebserkrankung im erwerbsfähigen Alter befragt wurden. Die quantitative Erhebung wurde durch eine Online-Umfrage umgesetzt. In Kapitel 4.9 wurden die gewonnenen Ergebnisse

bereits zusammenfassend dargestellt, die spezifisch für die im Forschungsprozess definierten Erwerbstypen gelten. Ergänzend werden im Folgenden die Erkenntnisse aufgezeigt, die allgemein für alle Befragten innerhalb der Stichprobe festgehalten werden konnten.

Die gewonnenen Daten wiesen darauf hin, dass die Krebserkrankung bei der Mehrheit der befragten Personen innerhalb der Stichprobe mit Beschwerden einherging, unabhängig davon, ob die Betroffenen in einer Erwerbsarbeit verblieben sind oder diese abbrechen mussten. Bei einigen Befragten lag die Krebsdiagnose ein paar Jahre zurück, was zeigt, dass Langzeitfolgen der Erkrankung und der anschließenden Behandlung, möglich sein können. Das zeigt sich in der Stichprobe auch am hohen Anteil an Menschen mit einer aus der Krebserkrankung resultierenden Schwerbehinderung. Es wird deutlich, dass Krebs langanhaltende Auswirkungen auf die kognitive, körperliche und psychische Leistungsfähigkeit und damit auch auf die berufliche Situation haben kann. Tumorpatient*innen müssen sich häufig neu mit der Thematik der Erwerbsarbeit auseinandersetzen. Hierbei können die Krebserkrankung und deren Behandlung zu anderen Voraussetzungen und Veränderungen in der beruflichen Situation führen. Dabei reicht die Spannweite von einer Unterbrechungsphase der Erwerbstätigkeit bis hin zu einer verfrühten Berentung oder dem vollständigen Ausstieg aus dem Arbeitsleben. Die Untersuchung zeigte auch, dass Menschen mit einer Krebserkrankung, trotz der zu vollziehenden Behandlungen, weiterhin am Arbeitsplatz verbleiben können.

Mit den Veränderungen im beruflichen Kontext geht häufig auch eine Veränderung der finanziellen Situation einher. Auffällig war hier, dass bei der Mehrheit aller Befragten Mehrkosten aufgrund der Krebserkrankung anfallen. Dabei zeigte sich auch, dass die Mehrkosten in viele alltägliche Bereiche hineinreichen. Dies stellte für einige Proband*innen eine finanzielle Belastung dar. Vor allem Menschen, die ihre Erwerbstätigkeit unterbrochen haben, waren hiervon betroffen.

In diesem Zusammenhang war auffallend, dass für die Mehrheit aller Proband*innen Arbeiten nicht lediglich auf das Einkommen und die finanzielle Absicherung reduziert werden kann. Es stellte sich heraus, dass die meisten Befragten der Erwerbsarbeit einen sinnstiftenden Wert zuschreiben. Arbeiten bedeutet für viele der Befragten Teilhabe am Leben, das Knüpfen und Pflegen von sozialen Kontakten sowie die Möglichkeit, eigene Stärken einzubringen. Des Weiteren bringt die Erwerbsarbeit für die Mehrheit der Proband*innen Struktur und Normalität mit sich. Dies bedeutet jedoch, dass mit einer Beendigung der Beschäftigung nicht nur die finanzielle Situation der Krebspatient*innen betroffen ist, sondern damit auch viele weitere Einschränkungen und Verluste einhergehen können. Die Relevanz der Begleitung und Unterstützung von Krebspatient*innen in dieser Lebensphase, und auch

speziell im beruflichen Kontext, wurde an dieser Stelle deutlich. Die Mehrheit der Proband*innen wünschte sich vor allem Unterstützung im Umgang mit Behörden und bei der Beantragung von finanziellen Hilfen. Es wurde aufgezeigt, dass sich Krebspatient*innen mit vielen Herausforderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen konfrontiert sehen. Eine komplexe und häufig auch langwierige Kommunikation mit den Krankenkassen und Rentenversicherungen kann für Betroffene eine zusätzliche Belastung darstellen und eine Überforderung mit sich bringen. Diese administrativen Angelegenheiten können jedoch aufgrund der Dringlichkeit und der Abhängigkeit von beispielsweise Geldern oder Maßnahmen nicht aufgeschoben werden.

Aufgrund der kleinen Stichprobe stieß das Forschungsprojekt teilweise an seine Grenzen. So gibt es einen weiteren Forschungsbedarf bezüglich Herausforderungen und Unterstützungsbedarfen bei Menschen mit einer Krebsdiagnose, die selbständig beschäftigt sind. Außerdem wiesen junge Menschen innerhalb der Befragung immer wieder auf besondere Belastungen aufgrund der Krebserkrankung hin, auf die aufgrund der geringen Teilnehmer*innenzahl in dieser Arbeit kaum eingegangen werden konnte. Daher gilt es Herausforderungen von Krebspatient*innen in der Ausbildung und dem Studium zu untersuchen und die Schwierigkeiten, die sich durch eine Krebserkrankung ergeben, bei einem ersten Einstieg ins Berufsleben, zu erforschen, um dann spezifische Unterstützungsangebote entwickeln zu können.

Personen, die nicht wieder in den Beruf einsteigen können bzw. wollen, sind in der Stichprobe unterrepräsentiert, sodass keine inhaltliche Auswertung dieser Erwerbstypen möglich war. Hier kann das vorliegende Forschungsprojekt eine Grundlage für weiterreichende Forschung sein. Dabei müsste untersucht werden, mit welchen Herausforderungen Angehörige dieser Erwerbstypen konfrontiert sind, vor allem in Bezug auf die hier gewonnenen Erkenntnisse über die Bedeutung der Arbeit für Krebspatient*innen. Zwar konnte ein signifikant früheres Erkrankungsalter bei Frauen festgestellt werden, welches Annahmen und Erkenntnisse bereits bestehender Studien unterstützt, jedoch gibt es auch hier einen Forschungsbedarf. Es ist nicht abschließend geklärt, inwieweit die Thematik der Erwerbsarbeit vor allem Frauen betrifft, mit welchen besonderen Belastungen sie konfrontiert sind und welche Unterstützungsangebote es hier bedarf.

Zudem stieß die hier angewandte quantitative Forschungsmethode an ihre Grenzen, wenn es um das Feststellen von Beweggründen, Sinnkonstruktionen oder Motivationen der Betroffenen beim Wiedereinstieg oder Verbleib am Arbeitsplatz geht. Es wird für notwendig gehalten, Betroffene anhand von qualitativen Interviews über ihre individuelle gesundheitliche, berufliche und finanzielle Situation zu befragen, um weiterreichenden Aufschluss über

die Hintergründe eines Verbleibs, Wiedereinstiegs bzw. Abbruchs der Erwerbstätigkeit zu erhalten.

Trotz der aufgezeigten Grenzen war es möglich in der Forschungsarbeit die eingangs formulierte Forschungsfrage *„Inwieweit sehen sich Menschen aufgrund einer Krebserkrankung mit der Thematik der Erwerbsarbeit konfrontiert, welche Herausforderungen werden diesbezüglich genannt und welche Unterstützungsbedarfe ergeben sich daraus?“* weitreichend zu beantworten. So kann festgehalten werden, dass sich fast alle (97,3 Prozent) der 193 befragten Personen nach der Krebsdiagnose in irgendeiner Weise mit dem Thema Arbeit auseinandergesetzt haben, indem sie entweder (wieder) erwerbstätig waren oder zum Zeitpunkt der Befragung einen (Wieder-) Einstieg in Arbeit geplant haben. In dieser Stichprobe wurde im berufsbezogenen Kontext vor allem die verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund der Krebsdiagnose und deren Behandlung als Herausforderung angegeben, weshalb die Arbeit von vielen Proband*innen als erschöpfend und anstrengend wahrgenommen wurde. Die Unterstützungsbedarfe, die anhand der Befragung ermittelt werden konnten, waren vor allem im Umgang mit Behörden und Arbeitgeber*innen sowie bei der Beantragung von finanziellen Hilfen und Maßnahmen.

Zum Abschluss der Arbeit soll noch einmal betont werden, dass das zugrunde liegende Forschungsprojekt und die hier dargestellten Ergebnisse nur mithilfe der Personen ermöglicht wurde, die an der Befragung teilgenommen haben. Dadurch konnte zu einem Verständnis über die berufliche und finanzielle Situation von Menschen mit einer Krebserkrankung in Deutschland beigetragen werden, auch indem auf die Unterschiede innerhalb der beruflichen Verläufe nach der Krebsdiagnose aufmerksam gemacht wurde. Die vorliegende Forschungsarbeit bietet eine Grundlage für weitergehende Forschung und soll einen Beitrag zur vertiefenden Betrachtung der bisherigen Unterstützungslandschaft für Menschen mit einer Krebserkrankung in Bezug auf die berufliche und finanzielle Situation leisten.

6. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e. V. 2014. „S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten.“ Zugriff am 27. Juli 2020. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-051OLk_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_abgelaufen.pdf.
- Arndt, Volker, Lena Koch-Gallenkamp, Heike Bertram, Andrea Eberle, Bernd Holleczeck, Ron Pritzkeleit, Mechthild Waldeyer-Sauerland et al. 2019. „Return to Work After Cancer. A Multi-Regional Population-Based Study from Germany.“ *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 58 (5): 811–18.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung. 2020. „Bildung in Deutschland 2020.“ Zugriff am 18. September 2020. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Publikationen/Downloads-Bildungsstand/bildung-deutschland-5210001209004.pdf?__blob=publicationFile.
- Badura, Bernhard, Jochim Klose, Katrin Macco und Helmut Schröder, Hg. 2010. *Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern*. Fehlzeiten-Report 2009. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Behrends, Sylvia, Walter Engel, Kristina Kott und Jenny Neuhäuser. 2018. „Datenreport 2018.“ Zugriff am 26. August 2020. <https://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/private-haushalte-einkommen-konsum-wohnen/278177/nettoeinkommen-privater-haushalte>.
- Bikowski, Kirsten. 2009. *Wirtschaftliche Auswirkungen einer Krebserkrankung: Unveröffentlichte Untersuchung am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg*.
- Birkmayer, Walther und Gottfried Heindl. 1986. *Der liebe Gott ist Internist: D. Arzt in d. Anekdote*. Im Text ungekürzte Ausg., 4. Aufl., 32. - 37. Tsd. dtv 1693. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- Boer, Angela G. E. M. de, Taina Taskila, Anneli Ojajärvi, Frank J. H. van Dijk und Verbeek, Jos H. A. M. 2009. „Cancer Survivors and Unemployment: A Meta-Analysis and Meta-Regression.“ *JAMA* 301 (7): 753–62.
- Bundeszentrale für politische Bildung. 2018. „Bevölkerung mit Migrationshintergrund.“ Zugriff am 26. August 2020. <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>.
- Carlsen, Kathrine, Susanne O. Dalton, Finn Diderichsen und Christoffer Johansen. 2008. „Risk for Unemployment of Cancer Survivors: A Danish Cohort Study.“ *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 44 (13): 1866–74. doi:10.1016/j.ejca.2008.05.020.
- Carter, B. J. 1994. „Surviving Breast Cancer: A Problematic Work Re-Entry.“ *Cancer practice* 2 (2): 135–40.
- Corbin, Juliet M., Anselm L. Strauß und Astrid Hildenbrand. 2010. *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 3., überarb. Aufl. Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.
- Dahl, Alv A., Sophie D. Fosså, Hanne C. Lie, Jon H. Loge, Kristin V. Reinertsen, Ellen Ruud und Cecilie E. Kiserud. 2019. „Employment Status and Work Ability in Long-Term Young Adult Cancer Survivors.“ *Journal of adolescent and young adult oncology* 8 (3): 304–11.
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS), Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen. 2017. „Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS).“ Zugriff am 17. September 2020. https://bds-soz.de/BDS/fachgruppen/ethik/Ethik-Kodex_Satzung_141003.pdf.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. 2019. „Rentenzugang: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.“ Zugriff am 18. September 2020. https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openRVUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20_SY0520%2F10_BI_Extern%2F10_Global%2F20_Rentengeschehen%2F20_Berichte%2FSK90_RTZN_EM_2010_RP_E.srx%28Report%29.

- Dingeldey, Irene, André Holtrup und Günter Warsewa. 2015. „Einleitung: Wandel der Governance von Erwerbsarbeit.“ In *Wandel der Governance der Erwerbsarbeit*, hg. v. Irene Dingeldey, André Holtrup und Günter Warsewa, 1–19. Wiesbaden: Springer VS.
- Dingeldey, Irene, André Holtrup und Günter Warsewa, Hg. 2015. *Wandel der Governance der Erwerbsarbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Döring, Nicola und Jürgen Bortz. 2016. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Unter Mitarbeit von S. Pöschl-Günther. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Esser, Peter und Katharina Kuba. 2019. „Zentrale psychosoziale Herausforderungen bei Krebsüberlebenden.“ *Forum* 34 (2): 181–84.
- Freund, Matthias, Volker König, Gerhard Faber und Ulf Seifart. 2019. „Finanzielle und soziale Folgen der Krebserkrankung für junge Menschen Bestandsaufnahme zur Datenlage und Anhang: Praktische Informationen und Hilfen für Betroffene: Bestandsaufnahme zur Datenlage und Anhang: Praktische Informationen und Hilfen für Betroffene.“
- Fuchs, Tatjana. 2010. „Der DGB-Index Gute Arbeit.“ In *Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern*, hg. v. Bernhard Badura, Jochim Klose, Katrin Macco und Helmut Schröder, 175–95. Fehlzeiten-Report 2009. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Geue, Kristina, Annkathrin Sender, Ricarda Schmidt, Diana Richter, Andreas Hinz, Thomas Schulte, Elmar Brähler und Yve Stöbel-Richter. 2014. „Gender-Specific Quality of Life After Cancer in Young Adulthood: A Comparison with the General Population.“ *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 23 (4): 1377–86.
- Grinyer, Anne. 2007. „The Biographical Impact of Teenage and Adolescent Cancer.“ *Chronic illness* 3 (4): 265–77.
- Grunwald, Klaus und Hans Thiersch, Hg. 2016. *Praxishandbuch lebensweltorientierte soziale Arbeit: Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Grundlagentexte Pädagogik. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Häder, Michael. 2015. *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Handschel, Jörg, Nils-Claudius Gellrich, Andreas Bremerich und Gertrud N. Krüskemper. 2013. „Return to Work and Quality of Life after Therapy and Rehabilitation in Oral Cancer.“ *In Vivo* (27): 401–7.
- Heuser, Christian, Sarah Halbach, Christoph Kowalski, Anna Enders, Holger Pfaff und Nicole Ernstmann. 2018. „Sociodemographic and Disease-Related Determinants of Return to Work Among Women with Breast Cancer: A German Longitudinal Cohort Study.“ *BMC health services research* 18 (1): 1000. doi:10.1186/s12913-018-3768-4.
- Ilmarinen, Juhani E. 2001. „Aging Workers.“ *Occupational and environmental medicine* 58 (8): 546–52.
- Jaeggi, Rahel und Lukas Kübler. 2014. „Pathologien der Arbeit. Zur Bedeutung eines gesellschaftlichen Kooperationsverhältnisses.“ *WSI* 67 (7): 521–27.
- Janßen, Andrea und Sabine Schneider. 2019. „Im Leben bleiben“ *Qualifiziertes Unterstützungsangebot für berufstätige Tumorpatienten: Beratungsprojekt im Sozialdienst, NCT Heidelberg*. Unveröffentlichte Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse.
- Karin Magen. 2013. „Psychoonkologie Online.“ Zugriff am 27. Juli 2020. https://www.psycho-onkologie.net/fileadmin/PDF/News/ANLAGE_8.pdf.
- Koch, Uwe, Jimmie C. Holland und Anja Mehnert. 2016. „Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie.“ In *Handbuch Psychoonkologie*, hg. v. Anja Mehnert und Uwe Koch. 1. Auflage, 13–22. Göttingen: Hogrefe.
- Kuckartz, Udo, Stefan Rädiker, Thomas Ebert und Julia Schehl. 2013. *Statistik: Eine verständliche Einführung*. 2., überarbeitete Auflage. Lehrbuch. Wiesbaden: Springer VS.

- Leuteritz, Katja, Michael Friedrich, Annekathrin Sender, Erik Nowe, Yve Stoebel-Richter und Kristina Geue. 2018. „Life Satisfaction in Young Adults with Cancer and the Role of Sociodemographic, Medical, and Psychosocial Factors: Results of a Longitudinal Study.“ *Cancer* 124 (22): 4374–82.
- Mehnert, Anja. 2011a. „Employment and Work-Related Issues in Cancer Survivors.“ *Critical reviews in oncology/hematology* 77 (2): 109–30.
- Mehnert, Anja. 2011b. „Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung.“ *Forum*, 23–26.
- Mehnert, Anja und Uwe Koch, Hg. 2016. *Handbuch Psychoonkologie*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Mehnert, Anja und Uwe Koch. 2016. „Vorwort der Herausgeber.“ In *Handbuch Psychoonkologie*, hg. v. Anja Mehnert und Uwe Koch. 1. Auflage, 11–12. Göttingen: Hogrefe.
- Neudeck, Marion R., Hans Steinert, Hanspeter Moergeli, Steffi Weidt, Annina Seiler, Klaus Strobel, Josef Jenewein und Natalie Drabe. 2017. „Work Ability and Return to Work in Thyroid Cancer Patients and Their Partners: A Pilot Study.“ *Psycho-oncology* 26 (4): 556–59.
- Noeres, Dorothee, Tjong-Won Park-Simon, Jördis Grabow, Stefanie Sperlich, Heike Koch-Gießelmann, Jelena Jaunzeme und Siegfried Geyer. 2013. „Return to Work After Treatment for Primary Breast Cancer over a 6-Year Period: Results from a Prospective Study Comparing Patients with the General Population.“ *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 21 (7): 1901–9.
- Nüchter, Norbert. 2011. *Über die Bedeutung der Arbeit für das menschliche Leben: Philosophie*. Marburg: Tectum Verlag.
- Österreichische Gesellschaft für Soziologie, Institut für Soziologie der JKU, Hg. 2013. *Krisen in der Gesellschaft – Gesellschaft in der Krise. Herausforderungen für die Soziologie*. Linz: JKU. Zugriff am 17. September 2020. https://publik.tuwien.ac.at/files/PubDat_224751.pdf#page=47.
- Paier, Dietmar. 2010. *Quantitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 1. Auflage. Wien: facultas.wuv.
- Pfeffer, Simone. 2010. *Krankheit und Biographie: Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. Zugl. Erlangen-Nürnberg, Univ., Diss, 2008.
- Robert Koch-Institut. 2019. *Krebs in Deutschland*. Berlin. Zugriff am 25. August 2020. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html;jsessionid=9EA0BAA8A15613252F6C3E1783CC8835.2_cid298.
- Schadler, Cornelia. 2013. „Etwas mehr Krise bitte! Die Verfestigung der Grenze zwischen Arbeit und Familie und die damit einhergehende Retraditionalisierung von Geschlechterpositionen.“ In *Krisen in der Gesellschaft – Gesellschaft in der Krise. Herausforderungen für die Soziologie*, hg. v. Österreichische Gesellschaft für Soziologie, Institut für Soziologie der JKU, 20–21. Linz: JKU. Zugriff am 17. September 2020.
- Scheck, Stephanie. 2014. *Das Stufenmodell von Erik H. Erikson*. Hamburg: Bachelor + Master Publishing.
- Schneider, Sabine. 2011. „Psychosoziale Beratungsangebote.“ *Forum*, 17–22.
- Schwarz, Reinhold und Susanne Singer. 2008. *Einführung psychosoziale Onkologie: Mit 49 Tabellen*. UTB Medizin, Psychologie 3071. München: Reinhardt.
- Smith, Ashley W., Helen M. Parsons, Erin E. Kent, Keith Bellizzi, Brad J. Zebrack, Gretchen Keel, Charles F. Lynch, Mara B. Rubenstein und Theresa H. M. Keegan. 2013. „Unmet Support Service Needs and Health-Related Quality of Life Among Adolescents and Young Adults with Cancer: The AYA HOPE Study.“ *Frontiers in oncology* 3: 75.
- Steiner, John F., Tia A. Cavender, Carolyn T. Nowels, Brenda L. Beaty, Cathy J. Bradley, Diane L. Fairclough und Deborah S. Main. 2008. „The Impact of Physical and Psychosocial Factors on Work Characteristics After Cancer.“ *Psycho-oncology* 17 (2): 138–47.

- Stewart, D. E., A. M. Cheung, S. Duff, F. Wong, M. McQuestion, T. Cheng, L. Purdy und T. Buntton. 2001. „Long-Term Breast Cancer Survivors: Confidentiality, Disclosure, Effects on Work and Insurance.“ *Psycho-oncology* 10 (3): 259–63.
- Student, Johann-Christoph, Albert Mühlum und Ute Student. 2007. *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care: Mit 4 Tabellen*. 2., überarb. Aufl. // 2., überarbeitete Auflage. UTB 2547. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Thiersch, Hans. 2016. „Lebensweltorientierte Soziale Arbeit in der Onkologie.“ In *Praxishandbuch lebensweltorientierte soziale Arbeit: Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*, hg. v. Klaus Grunwald und Hans Thiersch. 3., vollständig überarbeitete Auflage, 255–66. Grundlagentexte Pädagogik. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Tichelli, A., S. Gerull, A. Holbro, A. Buser, G. Nair, M. Medinger, D. Heim, J. P. Halter und J. R. Passweg. 2017. „Inability to Work and Need for Disability Pension Among Long-Term Survivors of Hematopoietic Stem Cell Transplantation.“ *Bone marrow transplantation* 52 (10): 1436–42.
- Tschuschke, Volker und Gabi Angenendt. 2006. *Psychoonkologie: Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs; mit 20 Tabellen*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Walther, Jürgen 2011: Krebs und Armut. In: Zeitschrift Forum 1/2011, Springer, S. 27-30
- Walther, Jürgen, Eva L. Altevogt, Andrea Janßen und Sabine Schneider. 2019. „Im Leben bleiben – Beratungsangebot für berufstätige Tumorpatient*innen“: Ergebnisse des Praxisprojektes und der Evaluation (2017-2018).“ Unveröffentlichter Vortrag, Heidelberg, 3. April.
- Weis, Joachim und Hermann Faller. 2012. „Psychosoziale Folgen bei Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung.“ [Psychosocial issues of long-term cancer survivors]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (4): 501–8.
- Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut, Hg. 2016. *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Zettl, Stefan. 2011. „Krebs und Partnerschaft.“ *Forum*, 31–34