
BERUFLICHE INKLUSION KREBSERKRANKTER

Auftrag an die Klinische Soziale Beratung

Mag. Ilse Haslinger

FH Campus Wien, Studiengang Klinische Soziale Arbeit, Favoritenstraße 226, A-1100 Wien, AUSTRIA

KURZFASSUNG:

Im Zentrum dieses Artikels stehen 216 Personen, die im erwerbsfähigen Alter von einer Krebserkrankung betroffen sind und 2012 eine Beratung bei „Krebs und Beruf“, einem Projekt der Österreichischen Krebshilfe Wien, in Anspruch genommen haben. Mit Hilfe einer Sekundärdatenanalyse der entsprechenden Falldokumentationen wird quantifiziert, welche Merkmale diese KlientInnen auszeichnen, welche Faktoren ihre berufliche In-/Exklusion beeinflussen und welche Anforderungen sie an die Sozialberatung hatten.

Bei der Auswertung zeigte sich, dass eine weitere Berufstätigkeit trotz Krebserkrankung bei mehr als der Hälfte der KlientInnen möglich war. Die höchste Inklusion wiesen Frauen unter 55 Jahren mit der Diagnose Brustkrebs sowie KlientInnen im Angestelltenverhältnis auf. Die berufstätigen KlientInnen wurden vor allem bei der Sicherung ihrer Inklusion unterstützt. Beruflich Exkludierte benötigen in erster Linie Beratung zu sozialen Problemen und zur Existenzsicherung. Beide Gruppen zeigten überdies einen hohen Gesprächsbedarf hinsichtlich der Krankheitsbewältigung.

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen zu einem besseren Verständnis der Problemlage chronisch Kranker beitragen und können zur gezielten Weiterentwicklung der beruflichen und sozialen Beratungsangebote für diese Gruppe genutzt werden.

1 EINLEITUNG

Die Chance auf Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit bei Krebserkrankung hängt nicht nur vom Krankheitsverlauf ab. Trotz des Rechts auf Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (UN-Übereinkommen 2008) erfahren Betroffene z.T. gravierende Nachteile im Berufsleben aufgrund der Krebsdiagnose. Sie erleiden unfreiwilligen und existenzbedrohlichen Arbeitsplatzverlust oder Einkommenseinbußen aufgrund ihrer verminderten Leistungsfähigkeit, machen Erfahrungen mit versteckter oder offener Diskriminierung, Rat- und Verständnislosigkeit der (beruflichen) Umwelt, Tabuisierung des Themas u.v.a. Während onkologische Medizin, Psychoonkologie und Pflegewissenschaften krebserkrankte Personen als eigenständig wahrnehmen und krankheitsspezifische Angebote setzen, werden Betroffene in arbeits- und sozialrechtlicher Hinsicht nicht von anderen akut oder chronisch Erkrankten unterschieden. Umso wichtiger ist das Angebot einer Sozialberatung wie „Krebs und Beruf“: Sie bietet gezielte arbeits- und sozialrechtliche Information und kompetente Unterstützung zur Berufstätigkeit, sie gibt den Betroffenen aber auch die Möglichkeit zur psychischen Entlastung, indem psychosozialen und krankheitsbezogenen Anliegen ebenfalls Raum gegeben wird. Dieser bio-psycho-soziale Beratungsansatz konnte in der vorliegenden Untersuchung sehr klar gezeigt werden.

2 FORSCHUNGSFRAGEN UND -METHODIK

In einem quantitativen Forschungsdesign wurden anhand einer Stichprobe von 216 KlientInnen von „Krebs und Beruf“ folgende Fragen beantwortet:

- (1) Wer sind die KlientInnen von „Krebs und Beruf“? Wo gibt es homogene Gruppen und welche heterogenen Merkmale lassen sich quantifizieren?*
- (2) Welche Faktoren sind erkennbar, die die berufliche Inklusion fördern bzw. behindern?*
- (3) Welche Anforderungen haben inkludierte und exkludierte Klientinnen an Beratungssetting und -inhalt?*

Ein quantitatives Untersuchungsdesign bot sich für die Untersuchung auch deshalb an, weil aus der internationalen Cancer Survivorship-Forschung (vgl. Mehnert und Koch, 2013) bereits Parameter bekannt sind, die sich auf die berufliche Teilhabe prinzipiell förderlich oder nachteilig auswirken können. Diese Hypothesen wurden mit den Ergebnissen verglichen. Spezifische Aussagen oder Zahlen über die Sozialberatung von Krebskranken ließen sich in der Literatur nicht finden.

3 STICHPROBE

Ausgewertet wurden 216 anonymisierte Anamnesebögen sowie die zugehörigen Fallverlaufs-Dokumentationen aus dem Geschäftsjahr 2012 der Wiener Beratungsstelle „Krebs und Beruf“, die von einer der beiden dort tätigen Beraterinnen handschriftlich verfasst worden waren. Aus dieser Stichprobe kann auf die Grundgesamtheit aller KlientInnen geschlossen werden, die 2012 betreut wurden.

Die Sekundärdaten enthielten relativ vollständige Angaben zur Krebsdiagnose, zur Person, ihrer Berufstätigkeit und zur Beratung selbst, wobei die einzelnen Parameter unterschiedliche Datenniveaus aufwiesen. Die Beratungsinhalte mussten aus den Fallverläufen allerdings erst durch Textanalyse qualitativ erschlossen werden. Dabei kristallisierten sich folgende sechs Themenkreise heraus: *Beruf und Arbeitsrecht, Medizin, Sozialrecht, soziale Probleme* sowie die beiden Interventionsformen *Vernetzung mit anderen Institutionen und psychosoziale Unterstützung*. Zum Krankheitsstadium, dem Punkt, der sicherlich den größten Einfluss auf berufliche Teilhabe hat, lagen keine Angaben vor – in der Regel sind aber Personen mit sehr schweren Krankheitsverläufen, die eine Berufstätigkeit unmöglich machen, nicht mehr KlientInnen von „Krebs und Beruf“.

Tabelle 1. Variablen in der Stichprobe

Krebserkrankung	Person	Berufstätigkeit	Beratung
Krebsdiagnose	Alter	Beruf	Zeitpunkt des Erstkontaktes
Krankheitsdauer	Geschlecht	Einkommensquelle	Kontaktform (tel., pers.)
Laufende Therapie	Migrationshintergrund	Berufliche In-/Exklusion	Kontakthäufigkeit
Erst-/Wiedererkrankung	Familiäre Verhältnisse		Beratungsinhalte

Die Frage nach der (1) KlientInnenstruktur konnte durch eine Beschreibung der Stichprobe beantwortet werden. Danach wurden die Gruppen der (2) beruflich Inkludierten und Exkludierten einander gegenübergestellt und verglichen. Die Analyse der (3) Beratung schließlich bringt Aufschluss über den Bedarf der KlientInnen und die Bedeutung eines bio-psycho-sozialen Beratungsansatzes in diesem Handlungsfeld.

4 ERGEBNISSE

4.1 KlientInnen der Stichprobe

- (1) **Krebserkrankung:** 40% aller beratenen KlientInnen sind Frauen mit Brustkrebsdiagnose. Diese Zahl liegt über dem epidemiologischen österreichischen Schnitt von 29% (s. Statistik Austria 2010) und ist wohl auf die Entstehungsgeschichte des Projektes sowie begleitenden Angebote wie Frauen-Selbsthilfegruppen,... zurückzuführen. Alle anderen Krebsformen bleiben je unter 9% und sind breit gestreut. Bei 80% der KlientInnen handelte es sich um eine Ersterkrankung. Rund 80% unterzogen sich zum Zeitpunkt des Erstkontaktes einer primären Krebstherapie. Die Krebsdiagnose lag bei 53% der KlientInnen nicht länger als sechs Monate vor dem Beratungsbeginn.
- (2) **Alter und Geschlecht:** Die Alterskurve ist symmetrisch-normalverteilt, Median und Mittelwert beinahe ident bei ca. 49 Jahren, Männer und Frauen unterscheiden sich dabei kaum. Das Altersminimum liegt bei 15,8 Jahren und das Maximum bei 82,5 Jahren. Dies spiegelt die große Bandbreite der Betroffenheit wieder. Das Geschlechterungleichgewicht in der Beratung ist über die Jahre 2010 bis 2012 konstant und beträgt 3:1 Frauen gegenüber Männern – nicht untypisch für Sozialberatung.
- (3) **Migrationshintergrund:** Die Wiener Bevölkerungsstatistik weist 31% Personen auf, die nicht in Österreich geboren sind sowie 18% Angehörige der zweiten Generation von MigrantInnen, also Personen, bei denen mindestens ein Elternteil nicht in Österreich geboren ist. Zur Beratung kamen 27% MigrantInnen erster Generation sowie 4% der jüngeren zweiten Generation. Grund für diese relativ hohe Akzeptanz unter MigrantInnen ist wohl die nachhaltige Vernetzung der Einrichtung mit den Onkologischen Stationen Wiener Spitäler. Auch unter den MigrantInnen gibt es wesentlich mehr Frauen (66%) als Männer (34%), der Unterschied ist aber nicht so groß wie unter den Nicht-MigrantInnen. Zwischen Geschlecht und Migration besteht aber kein signifikanter Zusammenhang bei der Inanspruchnahme der Beratung.

Tabelle 2. Migrationshintergrund und Geschlecht

Migrationshintergrund	Männer	Frauen
KlientInnen mit Migrationshintergrund	34%	66%
KlientInnen ohne Migrationshintergrund	23%	77%
KlientInnen gesamt	26%	74%

- (4) **Familiärer Hintergrund der KlientInnen:** 56% leben in Ehe oder aufrechter Partnerschaft. 32% der KlientInnen betreuen minderjährige Kinder. 25% leben allein im Haushalt.
- (5) **Einkommensquellen:** Über 95% der KlientInnen verfügen zum Zeitpunkt der ersten Beratung über ein eigenes Einkommen aus Erwerbsarbeit oder aus Sozialversicherungs- und Transferleistungen.
- (6) **Berufliche Teilhabe:** Die KlientInnen von „Krebs und Beruf“ waren bei Erstkontakt zu rund 58% beruflich inkludiert, d.h. sie waren mehrheitlich erwerbstätig. Filtert man die bekannten 10% KlientInnen im Pensionsalter aus dem sample, dann liegt der Wert für Inkludierte entsprechend höher, nämlich bei 65%. Die Gruppe der Frauen mit Brustkrebsdiagnose stellt eine Besonderheit dar: diese Frauen waren zu 68% beruflich inkludiert, 92% von ihnen sind unter 60 Jahre, fast alle also im erwerbsfähigen Alter. 57% von ihnen sind Angestellte, nur 26% Arbeiterinnen.
- (7) **Berufsgruppenzugehörigkeit:** Einfache bzw. qualifizierte/leitende Angestellten stellen mit 46% insgesamt die größte Gruppe in der Stichprobe, einfache und qualifizierte ArbeiterInnen nehmen zusammen mit 28% Platz zwei ein, gefolgt von 20% ohne Beruf (Schü-

lerInnen, StudentInnen, Haushaltsführende, Personen mit Mehrfachproblematik wie Asylsuche, Suchterkrankung, Behinderung, Delinquenz u.a.), und 6% Selbstständigen. Frauen sind zu 51% Angestellte, zu 25% Arbeiterinnen und nur zu 4% Selbstständige. Männer sind zu gleichen Anteilen Arbeiter und Angestellte mit je 33,3% und sie dominieren die an sich kleine Gruppe der Selbstständigen.

Tabelle 3. Berufsgruppen verteilt nach Geschlecht

Berufsgruppen	gesamt	Frauen	Männer
Angestellte	46%	51%	33%
ArbeiterInnen	28%	25%	33%
Selbstständige	6%	4%	13%
Sonstige	20%	20%	21%

4.2 Beruflich In- und Exkludierte im Gruppenvergleich

Mehnert und Koch (2013) fassen die aktuelle internationale Cancer Survivorship-Forschung von ca. 60 empirischen Studien der letzten zehn Jahre zusammen, die sich mit dem Thema Erwerbstätigkeit bei Krebs beschäftigen. Im Schnitt waren es laut Studienergebnissen 63,5% der erkrankten Personen, die an ihren Arbeitsplatz zurückkehrten - die Anzahl steigt mit zunehmendem Abstand zur Diagnose und Primärbehandlung von durchschnittlich 40% während der ersten sechs Monate bis zu 89% nach 24 Monaten. Als förderliche Faktoren für berufliche Inklusion werden Eigenschaften beschrieben, die insgesamt an ArbeitnehmerInnen geschätzt werden: hohe intrinsische Motivation, niedriges Alter, hoher Bildungsstandard, männliches Geschlecht, kein Migrationshintergrund, bei Krebskranken zusätzlich noch Art, geringer Grad und günstige Prognose der Erkrankung, wenig invasive Behandlungen, geringe krankheitsbedingte Behinderung und keine zusätzlich auftretenden komorbiden psychischen Störungen.

In der Stichprobe lagen Daten über Alter, Geschlecht, Migration und Beruf vor. Der Inklusionsgrad (65% ohne Pensionisten) deckte sich mit den zitierten Forschungsergebnissen, nicht differenziert nach Krankheitsdauer. Es zeigte sich ebenfalls ein Vorteil höherer beruflicher Qualifikation sowie eines nicht-migrantischen Hintergrundes, nicht aber von männlichem Geschlecht und geringem Alter. Keinen messbaren Einfluss auf die berufliche In-/Exklusion der KlientInnen zeigten in der Stichprobe die Parameter Geschlecht, Familienverhältnisse sowie die Krankheitsfaktoren.

Zwischen folgenden Parametern fanden sich in der Stichprobe signifikante Zusammenhänge ($p < 0,05$):

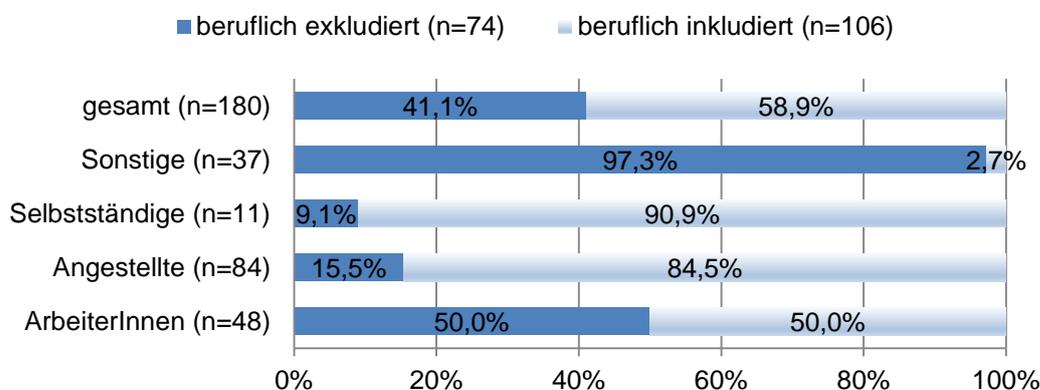


Abbildung 1. Berufsgruppen bei In-/Exkludierten (n=180)

- (1) **Berufliche Teilhabe und Berufsgruppen:** Die berufliche Teilhabe ist unter den Selbstständigen am höchsten, hier hatten 91% ein aktives Gewerbe angemeldet. Angestellte sind mit ca. 85% ebenfalls sehr hoch inkludiert, während ArbeiterInnen nur noch zu rund 50% beruflich teilhaben. Nach der Hypothese über inklusions-förderliche Faktoren ist eine berufliche Höherqualifizierung ein sehr guter Schutz für den Erhalt des Arbeitsplatzes, die vorliegenden Zahlen bestätigen dies.
- (2) **Berufliche Teilhabe und Lebensalter:** Die mittleren Altersgruppen zwischen 40 und 54 haben sehr hohe Inklusionswerte, die 50-54 Jährigen liegen dabei sogar an der Spitze mit 78%. Die große Gruppe der Brustkrebs-Patientinnen, die ihre Berufe trotz Krankheit weiterhin ausüben können, scheint hier die Zahlen nach oben zu beeinflussen. Jüngere Personen unter 40 sind nur zu 50% inkludiert, hier sind auch nur wenige Brustkrebs-Diagnosen zu finden. Die berufliche Teilhabe sinkt in der Altersgruppe ab 55 rapide ab auf 45% ab. Ein höheres Lebensalter ist in vielen Berufen ein grundsätzlich nachteiliger Faktor, diese Hypothese kann in der Stichprobe für Personen ab 55 Jahren signifikant bestätigt werden. Der geringe Inklusionwert der unter 40jährigen können aus dem Datenmaterial nicht erklärt werden.
- (3) **Berufliche Teilhabe bei Migrationshintergrund:** Der Unterschied ist signifikant: Die berufliche Teilhabe beträgt 45% in der MigrantInnengruppe, bei den Nicht-MigrantInnen 64%, was die Ausgangshypothese über Nachteile von MigrantInnen am Arbeitsmarkt bestätigt.

4.3 KlientInnen in der Beratung

- (1) **Zeitpunkt für Erstkontakt:** Mehr als die Hälfte, 53% aller KlientInnen, wandte sich bereits in den ersten sechs Monaten nach der Diagnose an die Beratungsstelle, nur 22% erst nach über anderthalb Jahren. Wenn weniger Zeit zwischen Diagnose und erstem Kontakt zur Beratungsstelle vergangen ist, ist die berufliche Inklusion insgesamt höher: Personen, die sich innerhalb von sechs Monaten meldeten, waren noch zu 70% beruflich inkludiert. Lag der Krankheitsbeginn bereits mehr als 24 Monate zurück, so waren die Betroffenen nur mehr zu 32% berufstätig. Der Zusammenhang erwies sich als signifikant.
- (2) **Kontaktform:** 45% aller KlientInnen in der Stichprobe hatten ausschließlich telefonischen Kontakt mit der Einrichtung. Darüber hinaus fanden 48% aller Kontakte nur ein einziges Mal statt, vornehmlich zur Informationsvermittlung. In der Gruppe der nur telefonisch beratenen KlientInnen beträgt der Anteil an Einmalkontakten sogar 85%. Der Zusammenhang zwischen Beratungsform (telefonisch oder persönlich) und Anzahl der Kontakte (ein- oder mehrmalig) ist nicht nur hoch signifikant, er scheint auch kausal. Signifikant ist ebenfalls der Zusammenhang zwischen der Kontaktform und dem Migrationshintergrund der KlientInnen: Nicht-MigrantInnen nutzten beide Formen gleichermaßen (51% telefonisch zu 49% (auch) persönlich). Personen mit Migrationshintergrund bevorzugten dreimal häufiger den persönlichen Kontakt (73%) und nur zu 27% Telefongespräche – sprachliche und kulturelle Gründe können dabei vermutet werden.
- (3) **Beratungsinhalte:** *Medizinische Themen* (57%) und Fragen zu *Beruf und Arbeitsrecht* (55%) wurden von den KlientInnen am häufigsten in die Beratung eingebracht. Auskünfte zu *Sozialrecht* (Kranken- und Pensionsversicherungsleistungen, Pflegegeld, Behindertenpass, Patientenanzwaltschaft, Sachwalterschaft,...) benötigten 44%, ihre *sozialen Problemlagen* (Wohnen, Überschuldung, Kinderbetreuung, pflegebedürftige Angehörige, Ehescheidung, Delinquenz, ...) besprachen 24% der KlientInnen. Die beiden Interventionen *psychosoziale Unterstützung* und *Vernetzung mit (anderen) Institutionen* waren bei jeweils mehr als einem Drittel der Personen nötig. Im Gruppenvergleich brauchten Inkludierte signifikant mehr Beratung zu *Beruf und Arbeitsrecht* (80%), auf sie entfallen auch in Summe mehr Gespräche über *Medizin* (63%). Exkludierte nennen *Sozia-*

le Probleme als stärkste Kategorie (62%), dicht gefolgt von Sozialrechtsfragen (54%) – beide Ergebnisse sind signifikant. Nicht signifikant unterscheiden sich In- und Exkludierte bei *medizinischen Themen* und beim Bedarf an *psycho-sozialer Unterstützung* zur Krankheitsbewältigung.

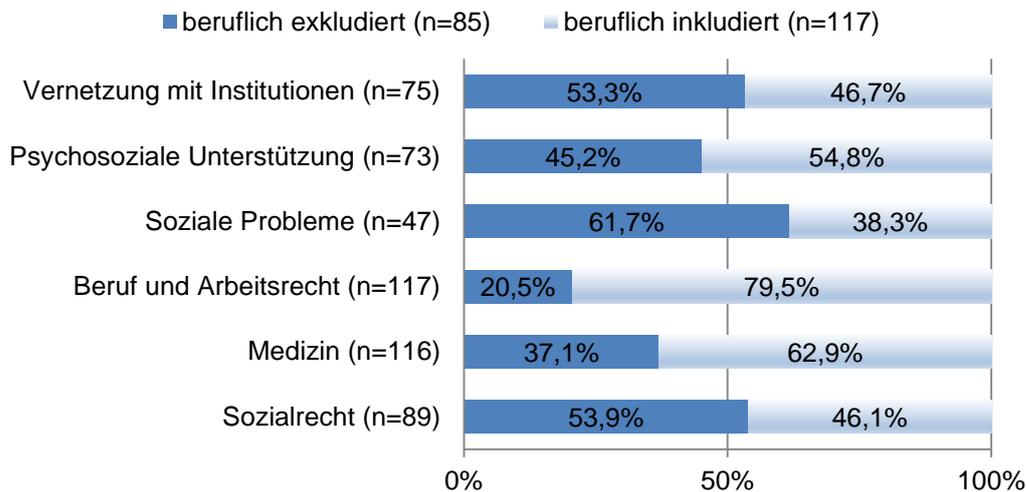


Abbildung 2. Beratungsinhalte bei Beruflich In-/Exkludierten (n=202)

- (4) **Kontakthäufigkeit:** Es zeigt sich nach der Kontakthäufigkeit kein Zusammenhang mit der beruflichen Teilhabe der KlientInnen. Beruflich Inkludierte haben mit 62% zwar öfters persönliche Kontakte zu „Krebs und Beruf“ als Exkludierte (38%), der Unterschied ist aber nicht signifikant. Die rein telefonischen Kontakte sind in beiden Gruppen annähernd gleich verteilt. Männer wählten zu 39% telefonische Beratung, Frauen in etwas mehr Fällen, zu 47%.

5 ZUSAMMENFASSUNG

In der Stichprobe waren die effektivsten **protektiven Faktoren für berufliche Teilhabe**, folgende KlientInnen-Eigenschaften: weiblich, 40 bis 54 Jahre alt, Diagnose Brustkrebs, erste Krebserkrankung, Krankheitsbeginn vor weniger als sechs Monaten, kein Migrationshintergrund, beruflich im Angestelltenverhältnis oder selbstständig, in aufrechter Partnerschaft und nicht allein in einem Haushalt lebend. Diese Ergebnisse bestätigen nur zum Teil die Fachliteratur. Das **höchste Risiko für berufliche Exklusion** hatten in der Stichprobe männliche Klienten, einfache ArbeiterInnen, Personen mit Migrationshintergrund, allein Lebende, Personen über 55 und unter 40 Jahren, ferner Personen, bei denen der Krankheitsbeginn mehr als zwei Jahre zurücklag und die bereits unter Rezidiven oder Metastasen litten.

Signifikante Unterschiede zwischen In- und Exkludierten betrafen die Variablen Alter, Berufsgruppe, Migrationshintergrund sowie die Beratungsinhalte *Sozialrecht, Beruf und Arbeitsrecht, soziale Probleme und Vernetzung mit anderen Institutionen*.

Die KlientInnen in der Stichprobe stellen insgesamt eine **inhomogene Gruppe** dar mit einer einzigen Gemeinsamkeit – ihrer Krebserkrankung. Die Sozialberatung muss sich daher sehr eng an der Lebenswelt des jeweiligen ratsuchenden Menschen orientieren. Dabei ist die **Existenzsicherung** vorrangiges Beratungsziel – durch Absicherung der bestehenden Erwerbstätigkeit oder Erschließung finanzieller u.a. Leistungen bei sozialer Ungleichheit, oftmals auch durch Ausbau der Vernetzung mit unterstützenden Institutionen. Darüber hinaus hatten die KlientInnen hohen Gesprächsbedarf zur Krankheitsbewältigung insgesamt. Besonders anhand der Beratungsinhalte zeigte sich die enge Verbindung der **physischen, psychischen und sozialen**

Ebene, denn oftmals verschärft eine Krebserkrankung die ohnehin schon bestehenden Multiproblemlagen noch weiter. Diese individuell hoch komplexen bio-psycho-sozialen Zusammenhänge verlangen von den SozialberaterInnen in diesem Handlungsfeld neben einer reflektierten empathischen Haltung eine besonders hohe Beratungskompetenz sowie ein umfangreiches generalisiertes aber auch spezialisiertes Wissen über Menschen, Krebs und Beruf.

LITERATURVERWEISE

- [1] Faltermaier, T. 2001: Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive, in: Marschalck, P & Wiedl, KH (Hg.), Migration und Krankheit. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, 93-112.
- [2] Kleve, H. 2000. Integration/Desintegration und Inklusion/Exklusion. Eine Verhältnisbestimmung aus sozialarbeitswissenschaftlicher Sicht. In: Sozialmagazin, 25. Jg., Heft 12, S. 38-46.
- [3] Mehnert, A. und Koch, U. 2013. Berufliche Integration und psychosozialer Gesundheitsstatus von Krebspatienten. In: Weis, J. und Brähler, E. (Hrsg.). Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Stuttgart: Schattauer, S. 45-52.
- [4] Pauls, H., Stockmann, P. und Reicherts, M. (Hrsg.). 2013. Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg: Lambertus.
- [5] Richter, M. und Hurrelmann, K. 2009. Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, M. und Hurrelmann, K. (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, S. 13-33.