

Stigmatisierung von erwerbstätigen Patienten mit Brust-, Darm-, Prostata- und Lungenkrebs

Stigmatization in Employed Patients with Breast, Intestinal, Prostate and Lung Cancer

Autoren

Jochen Ernst¹, Anja Mehnert¹, Sabine Taubenheim², Anke Rentsch³, Beate Hornemann⁴, Peter Esser¹

Institute

- 1 Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig
- 2 Regionales Klinisches Krebsregister Leipzig (RKKRL), Universitätsklinikum Leipzig
- 3 Klinisches Krebsregister, Universitäts KrebsCentrum (UCC), Dresden
- 4 Universitäts KrebsCentrum (UCC), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Schlüsselwörter

Krebs, Stigma, Psychoonkologie, Arbeitsplatzdiskriminierung, Krebsüberlebende

Key words

cancer, stigma, psychooncology, workplace discrimination, cancer survivors

eingereicht 07.03.2017

akzeptiert 27.04.2017

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-110138>

Psychother Psych Med 2017; 67: 304–311

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

PD Dr. Jochen Ernst

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

jochen.ernst@medizin.uni-leipzig.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Die Stigmatisierung von Patienten mit Krebs kann weitreichende Folgen haben, sowohl für den einzelnen Betroffenen als auch für die Gesellschaft. Quantitative Untersuchungen zur Stigmatisierung von erwerbstätigen Patienten mit Krebs liegen bisher kaum vor. Ziel der vorliegenden Studie ist die Untersuchung der wahrgenommenen Stigmatisierung von Patienten mit Krebs in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus

sowie die Beeinflussung wahrgenommener Stigmatisierung durch soziodemografische, krankheits- und berufsbezogene Prädiktoren.

Methoden Im Rahmen einer bizenrischen Studie wurden 858 Patienten mit Brust-, Darm-, Lungen oder Prostatakrebs quantitativ befragt, von denen n = 305 erwerbstätig waren und in die Auswertung eingingen (Altersdurchschnitt 55 Jahre, 43 % weiblich, 47 % Brustkrebs). Als Vergleichsgruppe wird aus unserem Datensatz ein gematchtes Sample nicht-Erwerbstätiger (n = 213) herangezogen. Neben Fragen zu arbeits- und gesundheitsbezogenen Aspekten wurde Stigmatisierung mit dem SIS-D erfasst (Social Impact Scale). Die Daten werden uni- und multivariat ausgewertet.

Ergebnisse Erwerbstätige, v. a. Patienten mit Prostatakrebs und Brustkrebs, sind in nahezu allen Dimensionen weniger stigmatisiert ($p < 0,01$) als nicht-Erwerbstätige, mit Effektstärken zwischen $d = 0,35$ – $0,97$. Den stärksten Einfluss auf die wahrgenommene Stigmatisierung hat das Merkmal geringe Unterstützung durch den Arbeitgeber, weitere Prädiktoren sind ein schlechter Gesundheitszustand, geringe psychische Arbeitsfähigkeit und Diagnose Brustkrebs (R^2 des finalen Modells = $0,35$).

Schlussfolgerung Die Erwerbstätigkeit von Patienten mit Krebs steht im Zusammenhang mit geringerer wahrgenommener Stigmatisierung. Berufsbezogene Stigmatisierung ist v. a. vom Arbeitsumfeld bzw. der unterstützenden Einstellung des Arbeitgebers abhängig.

ABSTRACT

Background The stigma of cancer patients can lead to far-reaching consequences, both for the individual and for the society. Quantitative studies on the stigmatization of cancer patients are scarce. The present study assessed the stigma of cancer patients in relation to their status of employment, and analyzes sociodemographic, disease and occupational predictors.

Methods In a bicentric study, 858 patients with breast, bowel, lung or prostate cancer were included. Of these, n = 305 were employed and entered into the analyses (age average 55 years, 43 % female, 47 % breast cancer). As a comparison group, a matched sample of non-employed persons (n = 213) is used from our data set. In addition to questions on work and health aspects, stigmatization was measured using the SIS-D (Social Impact Scale). The data are evaluated uni- and multivariable.

Results Employed persons with prostate or breast cancer are less stigmatized ($p < 0.01$) than non-employed persons, with effects between $d = 0.35$ – 0.97 . The strongest influence on perceived stigma is the lack of support from the employer, further predictors are poor health, low mental workability and diagnosis of breast cancer (R^2 of

the final model = 0.35).

Conclusion The employment of cancer patients is associated with lesser perceived stigmatization. Occupational stigmatization depends above all on the work environment or the employer's supportive attitude.

Hintergrund

Als Stigmatisierung wird ein sozialer Zuschreibungsprozess bezeichnet, in dessen Folge es zu einer sozialen Abwertung und Ausgrenzung von Menschen aufgrund bestimmter körperlicher oder psychischer Merkmale oder Eigenschaften kommt. Der Prozess der Stigmatisierung folgt einer eigenen Logik, die zunächst in der Wahrnehmung und Identifizierung einer Normabweichung besteht, sodann in der negativen Etikettierung des unterscheidenden Merkmals und schließlich in der Diskriminierung sowie der sozialen Abwertung der Person bzw. des „Stigmaträger“ (vgl. ausführlich [1]). Gesundheitsbezogene Stigmatisierung bezeichnet die Zuschreibung von negativen Eigenschaften bzw. Normabweichungen zu Personen aufgrund bestimmter Krankheitsmerkmale oder Krankheitsfolgen und infolgedessen deren Ausschluss aus sozialen Rollen oder Funktionsbezügen [1–3].

Der Prozess der Stigmatisierung im Zusammenhang mit Krebserkrankungen wurde bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben [4]. Stigmatisierung bei Patienten mit Krebs hängt sowohl von der Diagnosegruppe als auch von äußeren Merkmalen ab (z. B. sichtbare Entstellungen) und wird von bis zu 80 % der Patienten berichtet [5–10].

Ein besonderer Aspekt ist die erwerbsbezogene Stigmatisierung bei Personen mit Krebs. Erwerbsarbeit bedeutet für Patienten die Aufrechterhaltung der Lebensqualität, sie unterstützt die psychische Gesundheit und mindert Armutsrisiken nach der Erkrankung [11]. Etwa 40 % der Krebsdiagnosen werden bei Personen im erwerbsfähigen Alter gestellt, und ca. 85 % der Patienten sind auch motiviert, wieder in den Beruf zurückzukehren [12]. Allerdings kehren nur zwei Drittel der Menschen mit Krebs tatsächlich in das Berufsleben zurück, wobei v. a. hohe berufliche Anforderungen, die modifizierte bzw. abnehmende Leistungsfähigkeit der Betroffenen, ein schlechter Gesundheitszustand sowie eine eingeschränkte Funktionalität eine Rolle spielen [10, 12–15]. Es wurde gezeigt, dass Patienten mit Krebs im Vergleich zu Erwerbstätigen mit anderen Diagnosen deutlich geringere Chance haben, überhaupt in das Berufsleben reintegriert zu werden [16].

Faktoren, welche die berufliche Rückkehr unterstützen, sind v. a. jüngeres Alter, männliches Geschlecht, höhere Bildung und eine bessere psychische und körperliche Gesundheit [17]. Die Rückkehrquote in den Beruf wird in den letzten Jahren auch verstärkt durch umfassende arbeits- und sozialrechtliche Regelungen unterstützt, wie sie z. B. im „Antidiskriminierungsgesetz“ verankert sind [18].

Internationale Studien, vielfach aus dem außereuropäischen Raum, zeigen, dass Patienten mit Krebs am Arbeitsplatz mit stigmatisierenden Einstellungen sowohl der Mitarbeiter als auch der Arbeitgeber konfrontiert werden [19]. Diese negativen Haltungen gründen u. a. auf den Annahmen, die Betroffenen seien nicht mehr leistungsfähig, könnten krankheitsbedingt nicht mehr in ihren

bisherigen Positionen tätig sein und würden zusätzliche Kosten erzeugen (z. B. durch Krankheitstage). Stigmatisierung am Arbeitsplatz vollzieht sich dabei nicht immer bewusst und offen. So zeigt eine qualitative Studie mit 16 Patienten mit Krebs und ihren Arbeitgebern, dass sich die Patienten am Arbeitsplatz zwar stigmatisiert fühlten, die Arbeitgeber dies aber für eher unwahrscheinlich hielten [20]. Berufsbezogene Stigmatisierung manifestiert sich aufseiten der Patienten in Einkommens- und Statusverlusten, in einem subtilen Druck zur Berufsaufgabe (z. B. Verrentung) sowie mitunter in Feindseligkeiten der Mitarbeiter oder Kollegen [21, 22]. Ein Großteil der Studien zum Thema erwerbsbezogene Stigmatisierung von Menschen mit Krebs trägt qualitativen Charakter [20, 23]. Laut quantitativer Studien berichten weniger als 6 % erwerbsbezogene Stigmatisierung (über 700 Patienten mit Krebs unterschiedlicher Diagnosegruppen wurden befragt). Diese stand in einem engen Zusammenhang insbesondere mit Einkommensreduktionen und hohem Verrentungsdruck [24]. Auch zeigt sich, dass das Geschlecht (Frauen) und Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status als Prädiktoren für Stigmatisierung einzuschätzen sind [24]. Eine ältere Studie beziffert den Anteil von Patienten mit Krebs ($n = 101$, unterschiedliche Diagnosen), die durch ihren Arbeitgeber stigmatisiert wurden, auf 10 % [25]. Dabei scheint das unterstützende Verhalten des Arbeitgebers ein wichtiger Schutzfaktor gegen die Stigmatisierung zu sein, wie vereinzelte Studien nahelegen [15, 26]. Hinsichtlich des Einflusses der Diagnosegruppe auf die erwerbsbezogene Stigmatisierung lässt sich keine klare Aussage formulieren. Allerdings könnte die Diagnosegruppe einen Effekt haben, denn Untersuchungen belegen, dass z. B. Lungenkrebs generell stärker stigmatisiert wird als z. B. Brustkrebs [23]. Auch zu der Frage, inwieweit die Erwerbstätigkeit bei Personen mit Krebs eine Schutzfunktion gegenüber dem Stigma, nicht am Arbeitsleben teilhaben zu können, übernimmt, gibt es keine Studien.

Sowohl aus inhaltlicher als auch aus methodischer Sicht ist die Befundlage zu diesem Forschungsgegenstand also wenig belastbar. Insbesondere im deutschsprachigen Raum fehlt es an relevanten Forschungsarbeiten.

Fragestellung

Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang von Stigmatisierung und Erwerbstätigkeit für 4 häufige onkologische Diagnosegruppen, wobei folgenden Fragen nachgegangen wird:

1. Wie stark ist Stigmatisierung bei Patienten mit Krebs ausgeprägt, die nach der Erkrankung wieder erwerbstätig sind? Bestehen Unterschiede zu Patienten mit Krebs, die zwar im erwerbsfähigen Alter, aber nicht erwerbstätig sind?
2. Welche soziodemografischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Berufsbildung, Einkommen), krankheitsbezogenen Faktoren (Diagnosegruppe, Zeit seit Diagnose, aktueller Gesundheits-

zustand) und erwerbsbezogenen Merkmale (Erwerbsumfang, Arbeitsinhalt, Arbeitsfähigkeit, subjektive Bedeutung Arbeit, Einstellung des Arbeitgebers) können als Prädiktoren für die wahrgenommene Stigmatisierung von erwerbstätigen Patienten mit Krebs ermittelt werden?

Material und Methoden

Datenerhebung

Von Mai bis September 2016 wurden in Kooperation mit 2 Klinischen Krebsregistern (Leipzig und Dresden) 1748 Patienten mit Brust-, Prostata-, Darm- oder Lungenkrebs postalisch angeschrieben und um Studienteilnahme gebeten. Neben den notwendigen Studienunterlagen lagen dem Schreiben ein auszufüllender Fragebogen und ein vorfrankierter Rückumschlag bei. Bei ausbleibender Antwort wurden bis zu 2 Erinnerungsschreiben versandt. Die Einschlusskriterien für die Studie waren Alter zwischen 18 und 75 Jahre, Diagnosestellung maximal 30 Monate zurück liegend, Neuerkrankung oder Rezidiv. Die Auswahl der Patienten für die Studie erfolgte geschichtet nach Diagnosegruppe, um trotz unterschiedlicher Inzidenzen etwa gleich große Substichproben zu erhalten. Ein positives Ethikvotum liegt für beide Standorte vor (Leipzig, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig: AZ 342-15-05102015; Dresden, Universitäts KrebsCentrum: EK 442102015).

Patienten

9,4% der insgesamt 1748 angeschriebenen Patienten waren verstorben oder nicht mehr erreichbar. Von den übrigen 1582 Patienten (Leipzig: $n = 696$; Dresden: $n = 886$) nahmen 858 Personen an der Studie teil (Rücklaufquote: 54,2%). Von den 724 Nichtteilnehmern gab rund jeder Dritte keine Gründe an, 11,9% zu hohe körperliche oder psychische Belastungen sowie 6,5% fehlendes Interesse. Patienten mit Brust- und Prostatakrebs nahmen vergleichsweise häufiger, Lungen- und Darmkrebspatienten hingegen seltener teil ($p = 0,023$). Patienten mit niedrigerem Krankheitsstadium (UICC) nahmen häufiger teil als Patienten mit höherem Tumorstadium ($p = 0,033$).

Die vorliegende Auswertung zielt auf die wahrgenommene Stigmatisierung von Erwerbstätigen. Aus diesem Grund werden in die Analysen nur die Personen einbezogen, die zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig waren (voll- bzw. teilzeitbeschäftigt, ggf. aktuell in Krankschreibung) ($n = 305$, entspricht 35,5% der Studienteilnehmer) (► **Abb. 1**). Der Anteil der Erwerbstätigen liegt bezogen auf die Teilnehmer zwischen 30% (Lungenkrebs) und 70% (Prostatakrebs) und unterscheidet sich nicht zwischen Brust- und Prostatakrebs. Zwischen Brust- bzw. Prostatakrebs und Lungen- sowie Darmkrebs gibt signifikante Unterschiede zwischen $p < 0,01$ und $p < 0,001$.

Für die erste Fragestellung generieren wir aus unserem Datensatz eine Vergleichsgruppe von Patienten mit Krebs, die zwar im erwerbsfähigen Alter (bis 65 Jahre), aber nicht erwerbstätig sind (z. B. befristete/unbefristete Erwerbsminderungsrente oder arbeitslos gemeldet; $n = 213$, entspricht 24,8% der Studienteilnehmer). Diese Vergleichsgruppe ist mit der Untersuchungsgruppe gematcht hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht und Zeit seit

Diagnosestellung (alle $p < 0,05$), die Diagnosegruppe wird in den Analysen kontrolliert.

Befragungsinstrumente

Soziodemografische Daten wurden im Selbstbericht erfasst, medizinische Daten wurden entweder im Selbstbericht erhoben oder aus den Datensätzen der Krebsregister entnommen.

Stigmatisierung

Die wahrgenommene Stigmatisierung wurde mit der deutschen Version der Social Impact Scale (SIS-D) erfasst [3, 27]. Analog zur Originalskala ergab sich bei der psychometrischen Prüfung der SIS-D eine 4-faktorielle Lösung mit den folgenden Dimensionen [27]: „Soziale Isolation“ (Cronbachs $\alpha = 0,89$; 9 Items, Range 0–27), „Soziale Zurückweisung“ (Cronbachs $\alpha = 0,81$; 6 Items, Range 0–18), „Internalisiertes Schamgefühl“ (Cronbachs $\alpha = 0,81$; 6 Items, Range 0–18) und „Finanzielle Unsicherheit“ (Cronbachs $\alpha = 0,81$; 3 Items, Range 0–9). Die Antwortmöglichkeiten der als Aussagen formulierten Items sind 4-stufig likertskaliert und liegen zwischen vollständiger Zustimmung und vollständiger Ablehnung. Die Bildung eines Gesamtscores (Range 0–72) ist möglich (Cronbachs $\alpha = 0,93$) [27]. Beispielitems der Skala sind: „Ich habe das Gefühl, dass andere mir wegen meiner Erkrankung aus dem Weg gehen“. (soziale Zurückweisung) oder „Ich habe das Gefühl, dass andere denken, dass ich Schuld an meiner Erkrankung bin“. (internalisiertes Schamgefühl).

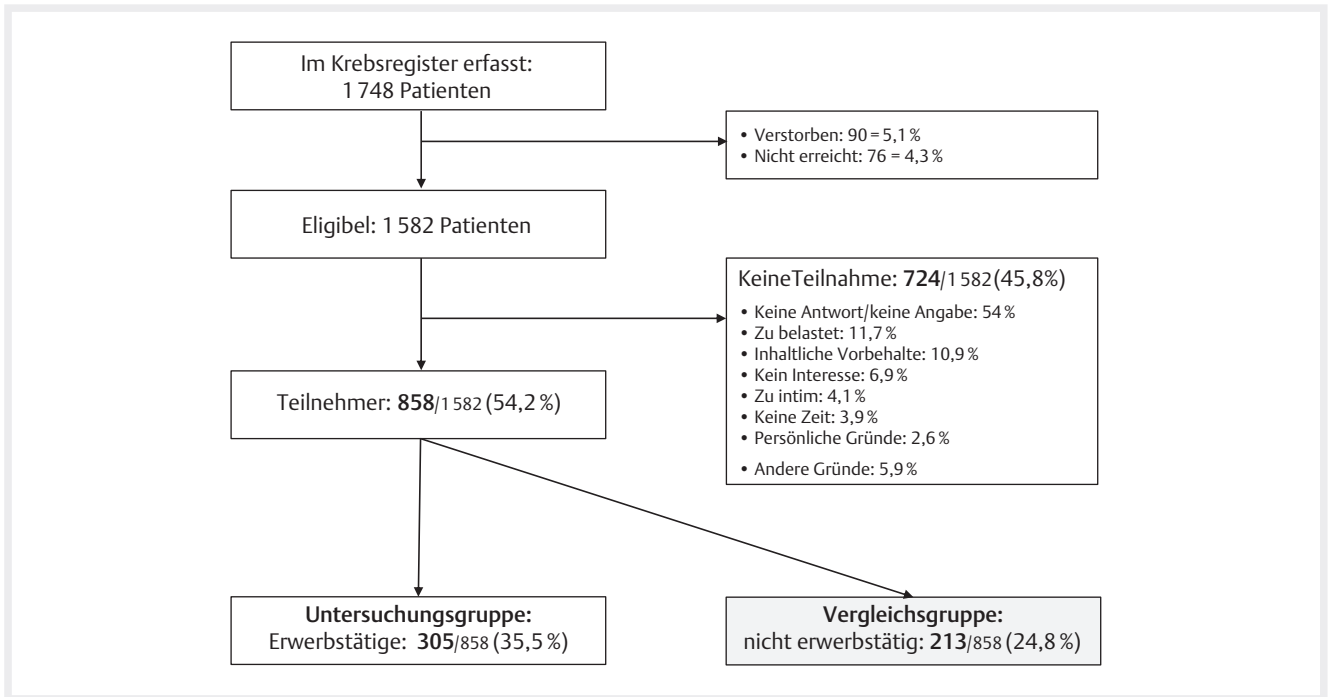
Fragen zur Arbeitssituation

Fragen zur Arbeitssituation bzw. zum Arbeitsumfeld wurden mit einem multi-dimensionalen Instrument erhoben, welches von der Arbeitsgruppe um Bürger et al. entwickelt wurde [28]. Mit dem Fragebogen werden Bedingungen der Wiedereingliederung von Personen in den Erwerbsprozess nach Krankheit erfasst. Ursprünglich für orthopädische Patienten entwickelt und angewendet, ist er aber auch auf andere Krankheitsgruppen wie bspw. Personen mit Krebs anwendbar [26]. Der Fragebogen enthält Aussagen zur persönlichen Bedeutung der beruflichen Tätigkeit (9 Items, z. B. „Ich arbeite v. a., weil ich mir sonst nutzlos vorkommen würde.“) sowie zur Einstellung des Arbeitgebers zur Erwerbstätigkeit des Patienten (6 Items, z. B. „Mein Arbeitgeber möchte, dass ich aufhöre zu arbeiten.“). Den als Aussagen formulierten Items kann zwischen „gar nicht“ und „voll und ganz“ zugestimmt werden (5-stufig skalierte Antwortvorgabe). Für jede der Skalen lässt sich ein Summenscore durch Addition der Einzelitems (nach z. T. erfolgter Umcodierung) bilden. Die jeweilige interne Konsistenz (Cronbachs α) für jede der Subskalen in unserem Sample beträgt $\alpha = 0,67$ (persönliche Bedeutung der beruflichen Tätigkeit) sowie $\alpha = 0,74$ (Einstellung des Arbeitgebers zur Erwerbstätigkeit des Patienten).

Einzelitems zur beruflichen und gesundheitlichen Situation

Zusätzlich wurden folgende Einzelitems in die Analysen einbezogen:

- Arbeitsinhalt (3-fach gestuft): „Sind/waren Sie bei Ihrer Arbeit:... vorwiegend geistig tätig/...vorwiegend körperlich tätig/...etwa gleichermaßen körperlich und geistig tätig“?
- Körperliche Arbeitsfähigkeit: „Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Anforderungen ein?“ (skaliert von 1 „sehr schlecht“ bis 5 „sehr gut“),



► **Abb. 1** Flussdiagramm zur Stichprobe.

- Psychische Arbeitsfähigkeit: „Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Anforderungen ein?“ (skaliert von 1 „sehr schlecht“ bis 5 „sehr gut“),
- Aktueller Gesundheitszustand: „Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand einschätzen?“ (skaliert von 1 „sehr schlecht“ bis 7 „ausgezeichnet“); hierbei handelt es sich um das Item 29 des EORTC Quality of Life Questionnaires (QLQ-C30) [29].

Auswertung

Für die Untersuchung von Unterschieden bezüglich der Stigmatisierung zwischen den Diagnosegruppen bzw. in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus werden Mittelwertvergleiche mittels ANOVA durchgeführt. Eine lineare Regression wird zur Analyse der multivariaten Zusammenhänge zwischen Stigmatisierung (Gesamtscore) und möglicher Prädiktoren berechnet. Für jede Merkmalsgruppe (soziodemografische, krankheitsbezogene und erwerbsbezogene Merkmale) wird zunächst ein separates Modell gerechnet, anschließend ein finales Gesamtmodell. Aus Gründen der Multikollinearität wird im finalen Modell nur die Diagnosegruppe, nicht das Geschlecht als unabhängige Variable einbezogen. Die Irrtumswahrscheinlichkeit ist auf 5 % festgelegt. Des Weiteren werden Effektstärken d nach Cohen berechnet ($d \geq 0,2$: kleine Effekte; $d \geq 0,5$: mittlere Effekte; $d > 0,8$: große Effekte).

Ergebnisse

Die erwerbstätigen Patienten ($n = 305$) sind im Schnitt knapp 55 Jahre, 43,3 % sind weiblich. Knapp drei Viertel arbeiten in Vollzeit. Die Zeit seit Krebsdiagnose liegt durchschnittlich 1,9 Jahre zurück.

46,9 % haben Brustkrebs, 17,4 % Darmkrebs, 6,2 % Lungenkrebs und 29,5 % Prostatakrebs (► **Tab. 1**).

► **Tab. 2** zeigt die wahrgenommene Stigmatisierung bei Patienten mit Krebs (nach Diagnosegruppen) in Abhängigkeit vom aktuellen Erwerbsstatus. Unabhängig vom Erwerbsstatus zeigen die Brustkrebspatientinnen in allen Dimensionen (außer internalisiertes Schamgefühl, hier ist Lungenkrebs stärker betroffen) die höchsten Werte. Prostatakrebs zeigt in allen Dimensionen die geringsten Werte.

Bei Brustkrebspatientinnen sind die Erwerbstätigen im Vergleich zu den nicht-Erwerbstätigen bezüglich aller Dimensionen von Stigmatisierung signifikant stärker betroffen, allerdings mit überwiegend kleinen Effektstärken ($d \leq 0,5$). Deutlichere Differenzen zwischen den Erwerbstätigen und nicht-Erwerbstätigen zeigen sich bei Prostatakrebs. Insbesondere in der Dimension finanzielle Unsicherheit ergibt sich ein großer Effekt in Richtung auf ein höheres Stigma bei nicht-Erwerbstätigen ($p < 0,001$; $d = 0,97$). Bei Lungenkrebs ist lediglich ein Effekt in der Dimension soziale Isolation festzustellen ($p = 0,036$; $d = 0,60$), bei Darmkrebs zeigten sich keinerlei Effekte. Der Stärke der Stigmatisierung ist in Hinblick auf die möglichen Skalenranges v. a. bei den Erwerbstätigen insgesamt eher niedrig.

In dem separaten Modell zum Einfluss soziodemografischer Merkmale auf die wahrgenommene Stigmatisierung zeigen das Geschlecht (weiblich) sowie niedriges Einkommen eine höhere wahrgenommene Stigmatisierung ($p < 0,01$; ► **Tab. 3**). Im Modell mit krankheitsbezogenen Variablen haben die Diagnosegruppe (Prostatakrebs) sowie der allgemeine Gesundheitszustand ($p < 0,001$) einen Effekt auf die Stigmatisierung. Für die erwerbsbezogenen Merkmale sind eine schlechte psychische Arbeitsfähigkeit ($p < 0,01$) und eine geringe Unterstützung seitens des Arbeitgebers ($p < 0,001$) als Prädiktoren für Stigmatisierung einzuschätzen. Für die soziodemografischen Merkmale zeigt sich die geringste Vari-

anzaufklärung (korr. $R^2 = 0,08$), für die erwerbsbezogenen Merkmale die höchste (korr. $R^2 = 0,20$).

Im finalen Modell, d. h. unter Einschluss aller potenziellen Einflussfaktoren, zeigen sich für das Alter signifikante Effekte ($p < 0,01$). Die Prädiktoren Diagnosegruppe (Prostatakrebs) sowie allgemeiner Gesundheitszustand bleiben signifikant ($p < 0,05$). Der größte

Einfluss auf die Stigmatisierungserfahrung ergibt sich für das Merkmal Einstellung des Arbeitgebers (stand. Beta = $-0,32$, $p < 0,001$).

Zusammengefasst können höheres Alter, Diagnose Prostatakrebs, ein guter allgemeiner Gesundheitszustand, eine gute psychische Arbeitsfähigkeit sowie unterstützende Verhaltensweisen des Arbeitgebers als Schutzfaktoren vor Stigmatisierungserfahrung

► **Tab. 1** Stichprobenmerkmale: erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Patienten mit Krebs.

Kategorie		Erwerbstätige (n=305)		nicht-Erwerbstätige (n=213)	
		n	%	n	%
Erhebungszentrum	Leipzig	150	49,2	87	40,8
	Dresden	155	50,8	126	59,2
Alter (Jahre)	Mittelwert (SD; Range)	54,7 (7,6; 26–69)		56,0 (8,5; 23–64)	
Geschlecht	männlich	132	43,3	97	45,5
	weiblich	173	56,7	116	54,5
Familienstand	ledig	40	13,1	35	16,4
	verheiratet	222	72,8	135	63,4
	geschieden	34	11,1	24	11,3
	verwitwet	9	3,0	19	8,9
Höchster Berufsabschluß	Lehre	128	42,0	137	64,3
	Fachschule/Ingenieursschule	59	19,3	28	13,1
	Hochschule	90	29,5	27	12,7
Erwerbsumfang	ohne/anderes	28	9,2	21	9,9
	voll erwerbstätig	222	72,8	–	–
Haushaltseinkommen (€/Monat)	in Teilzeit	83	27,2	–	–
	<2000	64	21,0	115	54,0
Diagnosegruppe	2000–3 000	98	32,1	54	25,4
	>3000	127	41,6	37	17,4
	k. A.	16	5,2	7	3,3
Diagnosegruppe	Brust (C50)	143	46,9	73	34,3
	Darm (C26)	53	17,4	56	26,3
	Lunge (C34)	19	6,2	45	21,1
	Prostata (C61)	90	29,5	39	18,3
Zeit seit Diagnose (Jahre)	Mittelwert (SD; Range)	1,9 (2,0; 0–28)		1,70 (1,0; 0–7)	
Aktuell krankgeschrieben	ja	33	10,8	52	24,2
	nein	272	89,2	161	75,8
Tumorstadium (UICC)	I	66	21,6	–	–
	II	22	7,2	52	24,4
	III	27	8,9	23	10,8
	IV	5	1,6	25	11,7
	k. A.	185	60,7	113	53,1
Metastasen	nein	258	84,6	130	61,0
	ja	43	14,1	72	33,8
	k. A.	4	1,3	11	5,2
Aktuell in Therapie	nein	108	35,4	47	22,1
	ja	184	60,3	153	71,8
	k. A.	13	4,3	13	6,1

► **Tab. 2** Wahrgenommene Stigmatisierung: Erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Patienten mit Krebs (nach Diagnosegruppen).

Stigmatisierung (möglicher Range)	Diagnosegruppe	Erwerbstätige (n = 305)	nicht-Erwerbstätige (n = 213)		
		M (SD)	M (SD)	p	d
soziale Zurückweisung (0–18)	Brust	2,6 (2,9)	3,8 (4,2)	0,011	0,35
	Darm	2,3 (3,5)	1,8 (2,4)	n.s.	–
	Lunge	1,8 (2,0)	2,7 (3,3)	n.s.	–
	Prostata	0,8 (1,8)	2,0 (3,0)	0,004	0,54
finanzielle Unsicherheit (0–9)	Brust	2,2 (2,4)	3,6 (2,8)	<0,001	0,55
	Darm	1,8 (2,0)	2,7 (2,8)	n.s.	–
	Lunge	1,7 (2,4)	2,6 (2,5)	n.s.	–
	Prostata	0,9 (1,7)	3,0 (3,0)	<0,001	0,97
internalisiertes Schamgefühl (0–18)	Brust	3,5 (3,2)	4,6 (4,3)	0,025	0,30
	Darm	3,1 (3,3)	2,7 (2,8)	n.s.	–
	Lunge	3,8 (3,1)	4,2 (3,4)	n.s.	–
	Prostata	2,2 (3,0)	2,9 (3,4)	n.s.	–
soziale Isolation (0–27)	Brust	7,1 (5,1)	9,5 (6,4)	0,003	0,43
	Darm	6,1 (5,8)	7,6 (5,7)	n.s.	–
	Lunge	5,3 (3,9)	8,3 (5,4)	0,036	0,60
	Prostata	4,5 (4,9)	8,1 (5,8)	<0,001	0,69
gesamt (0–72)	Brust	15,2 (11,6)	21,2 (14,5)	0,002	0,48
	Darm	13,3 (13,6)	14,9 (11,2)	n.s.	–
	Lunge	12,7 (9,1)	17,8 (12,4)	n.s.	–
	Prostata	8,4 (10,1)	16,0 (13,0)	<0,001	0,69

identifiziert werden. Die Varianzaufklärung des finalen Modells liegt dabei mit $R^2 = 0,35$ (35 %) im akzeptablen Bereich.

Diskussion

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Stärke wahrgenommener Stigmatisierung bei erwerbstätigen Patienten mit Krebs und den Zusammenhang mit soziodemografischen, medizinischen und erwerbsbezogenen Variablen zu untersuchen. Es wurden 305 erwerbstätige Personen mit Krebs einbezogen, 213 nicht-erwerbstätige Personen mit Krebs wurden als Vergleichsgruppe hinzugezogen.

Der Umfang der wahrgenommenen Stigmatisierung ist in Hinblick auf den möglichen Range der einzelnen Skalen v. a. bei den Erwerbstätigen (im Unterschied zu den nicht-Erwerbstätigen) als eher niedrig einzuschätzen. Dies deckt sich mit Studien, die zeigen, dass Personen mit Krebs nach Rückkehr in das Erwerbsleben in nur geringem Umfang (6–10 %) Stigmatisierung am Arbeitsplatz wahrnehmen [24, 25]. Fife und Wright [3] verweisen in dem Zusammenhang darauf, dass offene Stigmatisierung am Arbeitsplatz zunehmend seltener ist, und die Akzeptanz der Berufsrückkehr mit z. T. eingeschränktem Leistungsvermögen gestiegen sei. Hierbei spielen sicher auch rechtliche Aspekte wie Antidiskriminierungsgesetze eine Rolle [18]. Mit Ausnahme von Darmkrebs zeigen unsere Befunde außerdem eine höhere wahrgenommene Stigmatisierung

nicht-erwerbstätiger Personen mit Krebs. Allerdings können wir hierbei nicht klar trennen, ob Stigmatisierung letztlich Ursache oder Wirkung von Nichterwerbstätigkeit ist. Jedoch liegt die Vermutung nahe, dass die erfolgreiche Wiederaufnahme der Berufstätigkeit aufgrund des hohen Stellenwertes, den die Erwerbstätigkeit für viele Lebensbereiche hat, einen Rückgang der Stigmatisierung unterstützt [16].

Weiterhin haben wir den Einfluss verschiedener Merkmale auf die Stigmatisierungserfahrung erwerbstätiger Personen mit Krebserkrankung überprüft. Dabei zeigten sich im finalen Gesamtmodell der Regression signifikante Effekte für eine geringere Stigmatisierung: höheres Alter, Diagnosegruppe (Prostatakrebs), ein guter allgemeiner Gesundheitszustand sowie eine gute psychische Arbeitsfähigkeit. Der größte Einfluss ergibt sich für eine positive, unterstützende Einstellung des Arbeitgebers [26], was daraufhin deutet, dass die Rolle des Arbeitsumfeldes als eine Schlüsselstelle, z. B. auch mit Hinblick auf die Förderung beruflicher Integration von Menschen mit Krebs, angesehen werden kann. Mit unseren Befunden werden z. T. die aus der Literatur bekannten Zusammenhänge repliziert [24]: weibliche Patienten sind stärker von Stigmatisierung betroffen (aufgrund Multikollinearität nur in den separaten Modellen berechnet), ebenso geringes Einkommen (ein Effekt jedoch nur im separaten Modell). Für hohe Qualifizierte konnten wir keinen Effekt konstatieren. Der allgemeine Gesundheitszustand ist ein Einflussfaktor für Stigmatisierung, und auch die psychische Arbeitsfähigkeit

► **Tab. 3** Regression: Soziodemografische, krankheits- und erwerbsbezogene Prädiktoren von Stigmatisierungserfahrungen (Gesamtscore) bei Erwerbstätigen mit Krebs (n = 305).

Merkmale	Separate Modelle				Finales Modell			
	B	SD B	stand. Beta	p	B	SD B	stand. Beta	p
Soziodemografische Merkmale								
Alter	-0,16	0,09	-0,10	n.s.	-0,28	0,09	-0,18	0,003
Geschlecht (weiblich)	5,00	1,46	0,21	0,003	-	-	-	-
Berufsbildung (Fach-/Hochschule)	1,27	1,41	0,05	n.s.	1,97	1,35	0,08	n.s.
Einkommen (>3000€/Monat)	-3,71	1,41	-0,16	0,009	-1,02	1,43	-0,04	n.s.
Korr. R²	0,08							
Krankheitsbezogene Merkmale								
Diagnosegruppe (Prostatakrebs)	-5,45	1,36	-0,21	<0,001	-3,31	1,54	-0,13	0,032
Zeit seit Diagnose (≥ 2 Jahre)	2,93	1,75	0,09	n.s.	2,88	1,72	0,09	n.s.
Allgemeiner Gesundheitszustand ^a	-3,74	0,52	-0,38	<0,001	-1,84	0,74	-0,18	0,014
Korr. R²	0,20							
Erwerbsbezogene Merkmale								
Erwerbsumfang (Voll-/Teilzeit)	2,16	1,42	0,08	n.s.	-0,26	1,53	-0,01	n.s.
Arbeitsinhalt (geistig u/o körperlich)	-1,01	0,72	-0,08	n.s.	-0,45	0,75	-0,03	n.s.
Arbeitsfähigkeit körperlich ^a	-1,35	1,01	-0,11	n.s.	-0,64	1,10	-0,05	n.s.
Arbeitsfähigkeit psychisch ^a	-3,24	0,99	-0,26	0,001	-2,37	1,04	-0,19	0,023
Subjektive Bedeutung Arbeit ^b	0,25	0,13	0,11	n.s.	0,20	0,13	0,09	n.s.
Einstellung des Arbeitgebers ^c	-1,07	0,18	-0,35	<0,001	-0,99	0,18	-0,32	<0,001
Korr. R²	0,29				0,35			

^a niedriger Wert = Gesundheitszustand bzw. Arbeitsfähigkeit schlecht; ^b niedriger Wert = geringe Bedeutung; ^c niedriger Wert = wenig Unterstützung

higkeit ist in unserem Modell ein signifikanter Prädiktor der Stigmatisierung. Auch in anderen Studien ist die hohe Relevanz insbesondere der psychischen Gesundheit für die Rückkehr in den Beruf gezeigt worden [30]. Eine separate Betrachtung der körperlichen und psychischen Gesundheit wurde von uns nicht vorgenommen und erscheint in zukünftigen Studien daher sinnvoll. Darüber hinaus weisen unsere Ergebnisse auf die Bedeutung von Programmen zur Förderung und Unterstützung der Rückkehr zur Arbeit bei Menschen mit Krebs hin, wie sie z. B. im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) erfolgen [31].

Eine wichtige Limitation der Studie betrifft das querschnittliche Studiendesign, das keine sicheren Aussagen zu kausalen Zusammenhängen erlaubt. Des Weiteren sind unsere Ergebnisse aufgrund der Fokussierung auf 4 Diagnosegruppen nur begrenzt generalisierbar. Weiterhin ist der Fragebogen zur Arbeitssituation bzw. zum Arbeitsumfeld (Bürger et al.) bislang nicht validiert und zeigte in unserer Studie nur befriedigende interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0,67-0,74$).

Trotz der genannten Einschränkungen bietet die vorliegende Studie mit einer großen Stichprobe, einem bizenrischen Ansatz und einer registerbasierten und damit weniger selektiven Auswahl tragfähige Befunde aus dem deutschen Sprachraum zu einer bislang wenig beforschten Problematik.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die Erwerbstätigkeit von Patienten mit Krebs steht im Zusammenhang mit einer geringeren Stigmatisierung. Wahrgenommene Stigmatisierung der erwerbstätigen Patienten ist v. a. vom Arbeitsumfeld bzw. der unterstützenden Einstellung des Arbeitgebers abhängig. Die Ergebnisse verweisen auf die Bedeutung von Programmen zur Förderung der Rückkehr zur Arbeit bei Menschen mit Krebs und unterstreichen die Notwendigkeit, Arbeitgeber hierbei einzubeziehen. Diese Maßnahmen können zu einer Entstigmatisierung von Krebserkrankten beitragen.

Danksagung

Die vorliegende Studie wird von der Roland Ernst Stiftung für Gesundheitswesen zwischen 4/2016 und 10/2017 gefördert (Förderkennzeichen: RES 7/15).

Die Autoren bedanken sich bei Frau Jana Zepp und Herrn Rinat Osin für die Unterstützung bei der Datenerhebung und -eingabe

sowie bei Michael Friedrich für die Hilfe in statistischen Fragen. Unser Dank gilt ebenfalls allen Patientinnen und Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363–385
- [2] Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1963
- [3] Fife BL, Wright ER. The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *J Health Soc Behav* 2000; 41: 50–67
- [4] Ernst J. Stigmatisierung und Krebs. In: Mehnert A, Koch U, (Hrsg.). *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe; 2016: 689–700
- [5] Cho J, Choi EK, Kim SY et al. Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-oncology* 2013; 22: 2372–2378
- [6] Danker H, Wollbrück D, Singer S et al. Social withdrawal after laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010; 267: 593–600
- [7] Phelan SM, Griffin JM, Jackson GL et al. Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. *Psycho-oncology* 2013; 22: 65–73
- [8] Lebel S, Castonguay M, Mackness G et al. The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. *Psycho-oncology* 2013; 22: 140–152
- [9] Lee MK, Lee KM, Bae JM et al. Employment status and work-related difficulties in stomach cancer survivors compared with the general population. *Br J Cancer* 2008; 98: 708–715
- [10] Koch R, Wittekindt C, Altendorf-Hofmann A et al. Employment pathways and work-related issues in head and neck cancer survivors. *Head Neck* 2015; 37: 585–593
- [11] Moffatt S, Noble E. Work or welfare after cancer? Explorations of identity and stigma. *Sociol Health Illn* 2015; 37: 1191–1205
- [12] Mehnert A, de Boer A, Feuerstein M. Employment challenges for cancer survivors. *Cancer* 2013; 119: (Suppl 11): 2151–2159
- [13] de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A et al. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009; 301: 753–762
- [14] Carlsen K, Dalton SO, Diderichsen F et al. Risk for unemployment of cancer survivors: A Danish cohort study. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1866–1874
- [15] Feuerstein M, Luff GM, Harrington CB et al. Pattern of workplace disputes in cancer survivors: a population study of ADA claims. *J Cancer Surviv* 2007; 1: 185–192
- [16] Park JH, Park JH, Kim SG. Effect of cancer diagnosis on patient employment status: a nationwide longitudinal study in Korea. *Psycho-oncology* 2009; 18: 691–699
- [17] Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011; 77: 109–130
- [18] Knapp S, Marziliano A, Moyer A. Identity threat and stigma in cancer patients. *Health psychology open* 2014; 1: 2055102914552281
- [19] Mak AK, Chaidaroon S, Fan G et al. Unintended consequences: the social context of cancer survivors and work. *J Cancer Surviv* 2014; 8: 269–281
- [20] Stergiou-Kita M, Pritlove C, Kirsh B. The „Big C“-stigma, cancer, and workplace discrimination. *J Cancer Surviv* 2016; 10: 1035–1050
- [21] Stergiou-Kita M, Grigorovich A, Tseung V et al. Qualitative meta-synthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. *J Cancer Surviv* 2014; 8: 657–670
- [22] Grunfeld EA, Drudge-Coates L, Rixon L et al. "The only way I know how to live is to work": a qualitative study of work following treatment for prostate cancer. *Health Psychol* 2013; 32: 75–82
- [23] Lebel S, Devins GM. Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncol* 2008; 4: 717–733
- [24] Park JH, Park JH, Kim SG et al. Changes in employment status and experience of discrimination among cancer patients: findings from a nationwide survey in Korea. *Psycho-oncology* 2010; 19: 1303–1312
- [25] Ehrmann-Feldmann D, Spitzer WO, Del Greco L et al. Perceived discrimination against cured cancer patients in the work force. *CMAJ* 1987; 136: 719–723
- [26] Mehnert A, Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation—a prospective study. *Scand J Work Environ Health* 2013; 39: 76–87
- [27] Eichhorn S, Mehnert A, Stephan M. German version of the Social Impact Scale (SIS-D)—Pilot testing of an instrument for measuring experienced stigmatization in a sample of cancer patients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015; 65: 183–190
- [28] Bürger W, Dietsche S, Morfeld M et al. Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation - Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Rehabilitation* 2001; 40: 217–225
- [29] Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 365–376
- [30] Singer S, Meyer A, Wienholz S et al. Early retirement in cancer patients with or without comorbid mental health conditions: a prospective cohort study. *Cancer* 2014; 120: 2199–2206
- [31] Bethge M. Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60: 427–435