

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Studiengang Soziale Arbeit

Chronifizierte Krebserkrankungen im mittleren Lebensalter

Aufgaben und Herausforderungen für die Soziale Arbeit in
Ambulanten Krebsberatungsstellen

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 03.01.2025

Vorgelegt von: Sarah Lorenz

Matrikelnr.: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüferin: Veronica Pott

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Tilman Lutz

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	4
2. DEFINITIONEN	7
2.1 CHRONIFIZIERTE KREBSERKRANKUNG	7
2.2 MITTLERES LEBENSALTER	8
2.3 AMBULANTE KREBSBERATUNGSSTELLE	8
3 SOZIALE BERATUNG IN KREBSBERATUNGSSTELLEN.....	10
3.1 AUFGABEN DER SOZIALEN BERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN	11
3.2 SOZIALE BERATUNG IN KREBSBERATUNGSSTELLEN ALS REINE INFORMATIONSWETERGABE	12
3.3 RESSOURCENORIENTIERTE SOZIALE BERATUNG IN KREBSBERATUNGSSTELLEN	14
3.4 EMPOWERNDE SOZIALE BERATUNG IN KREBSBERATUNGSSTELLEN.....	16
3.5 ADVOKATORISCHE SOZIALE BERATUNG IN KREBSBERATUNGSSTELLEN.....	19
4 AUFGABEN, HERAUSFORDERUNGEN UND DESIDERATA FÜR DIE SOZIALE BERATUNG IN KREBSBERATUNGSSTELLEN	20
4.1 ANAMNESE FRAU M.	20
4.2 PSYCHOSOZIALE AUFGABEN BEI DER SOZIALEN BERATUNG IN KREBSBERATUNGSSTELLEN	23
4.3 SOZIALRECHTLICHE AUFGABEN BEI DER SOZIALEN BERATUNG IN KREBSBERATUNGSSTELLEN.....	24
4.4 HERAUSFORDERUNGEN UND GRENZEN BEI DER SOZIALRECHTLICHEN BERATUNG CHRONIFIZIERT KREBSERKRANKTER IM MITTLEREN LEBENSALTER.....	28
5. LÖSUNGSANSÄTZE	32
5.1 INSTITUTIONELLE NETZWERKARBEIT ALS FESTER BESTANDTEIL DER ARBEIT IN KREBSBERATUNGSSTELLEN.....	33
5.2 CARING COMMUNITIES ALS BESTANDTEIL VON KREBSBERATUNGSSTELLEN.....	35
5.3 IMPLEMENTIERUNG VON KREBSBERATUNGSSTELLEN IN ONKOLOGISCHEN TAGESKLINIKEN	37
5.4 SOZIALARBEITENDE IN KREBSBERATUNGSSTELLEN ALS SOZIALPOLITISCHE AKTEUR*INNEN.....	40
6. FAZIT	42

LITERATURVERZEICHNIS	46
-----------------------------------	-----------

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	51
--	-----------

1. Einleitung

Jährlich erkranken in Deutschland rund 493.000 Menschen an Krebs (vgl. Krebsinformationsdienst, 2023). Diese Diagnose löst bei vielen Betroffenen erhebliche Ängste aus und bringt neben somatischen auch psychosoziale und finanzielle Belastungen mit sich. Über Jahrzehnte dominierte die Vorstellung, dass eine Krebserkrankung entweder zum Tod führt oder vollständig geheilt werden kann. Diese Dichotomie wurde inzwischen durch Fortschritte in der Forschung und damit der medizinischen Therapie um eine dritte Möglichkeit ergänzt: das Leben mit Krebs. Moderne Immun- und Antikörpertherapien können es – in einigen Fällen – ermöglichen, selbst fortgeschrittene Krebserkrankungen zum Stillstand zu bringen und in eine chronische Krankheit zu überführen. So stellt Dr. Anke Ernst vom Deutschen Krebsforschungszentrum in einem Interview mit dem Gesundheitsmagazin *envivas* der Techniker Krankenkasse fest: „Es gibt nicht nur wie früher ein Leben nach dem Krebs, sondern immer häufiger ein Leben mit dem Krebs.“ (Brodmerkel 2024)

So erfreulich und zuversichtlich stimmend diese medizinische Entwicklung auch ist, bringt sie zugleich neue Fragestellungen und Aufgaben mit sich, die multidisziplinär angegangen werden müssen und zu einem nicht unerheblichen Teil der Sozialen Arbeit zufallen. Wie eingangs erwähnt, geht eine jede (chronische) Krebserkrankung mit psychologischen, sozialen und sozioökonomischen Einschränkungen einher (vgl. Adlkofer/Bruns/Pindl/Schröter/Stecker 2021, 12-15). Diesen Einschränkungen und Herausforderungen widmet sich in ambulanten Krebsberatungsstellen ein multiprofessionelles Team.

Diese Bachelorarbeit untersucht die Rolle der Sozialen Arbeit in ambulanten Krebsberatungsstellen, insbesondere im Kontext der sozialen Beratung chronifiziert Krebserkrankter im mittleren Lebensalter. Ausgehend von der Identifikation neu auftretender „Ausstattungsprobleme“ (vgl. Staub-Bernasconi, 2018, S. 222) liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf den sozioökonomischen Herausforderungen, die mit einer chronifizierten Krebserkrankung einhergehen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Ausarbeitung von Lösungsansätzen für genau diese Herausforderungen.

Für mich war zu Beginn der Themenfindung lediglich klar, mich dem Thema chronifizierte Krebserkrankungen im mittleren Lebensalter widmen zu wollen. Bald zeigte sich jedoch die Notwendigkeit, das Thema einzugrenzen. Nach intensiver Recherche und einem Telefonat mit Marie Rösler von der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) zeigte sich, dass Ratsuchende in Krebsberatungsstellen häufig Beratungsbedarf zu den finanziellen Auswirkungen ihrer Erkrankung äußern. Auch ergab eine von April 2018 bis Dezember 2021

durchgeführte Studie zur Evaluation und Effektivitätsprüfung der Beratungs- und Kursangebote in den Krebsberatungsstellen der Hamburger Krebsgesellschaft e. V. folgende Bedarfe: 62 % der Ratsuchenden wünschten eine sozialrechtliche Beratung, 55,6 % wünschten sich eine psychosoziale Beratung, und lediglich 17 % wünschten eine medizinische Beratung (vgl. Krebs Hamburg 2021, 5). Angesichts dieser Erkenntnisse habe ich den Fokus meiner Arbeit weiter spezifiziert und auf die sozialrechtliche Beratung dieser Zielgruppe gelegt. Die besondere Bedarfsstruktur chronisch Krebserkrankter im mittleren Lebensalter wird unter anderem in folgender Aussage deutlich:

„Basierend auf einem Survey mit 145 teilnehmenden Sozialdiensten in Deutschland wurde ein hoher und in den vergangenen Jahren gestiegener Bedarf nach Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Patientinnen und Patienten aufgrund finanzieller Belastungen in Folge einer Krebserkrankung und -therapie in Deutschland identifiziert. Neben einer langen Krankheitsdauer haben nach Einschätzung der teilnehmenden Sozialdienste insbesondere alleinerziehende bzw. alleinlebende Personen, Personen im Erwerbsalter zwischen 31-60 Jahren, Selbständige und geringfügig Beschäftigte ein bedeutend erhöhtes Risiko, in Folge einer Krebserkrankung finanzielle Belastungen zu erleben. Darüber hinaus ist das Risiko für Frauen sowie gesetzlich Versicherte erhöht. Dabei werden finanzielle Belastungen bislang nur von einem Viertel der teilnehmenden Sozialdienste strukturiert erfasst. Erleben Krebspatientinnen und -patienten finanzielle Belastungen, geben wiederum ein Viertel der Befragten an, dass es innerhalb ihrer Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise zur Beratung dieser Patientengruppe gibt.“ (Surmann et al. 2021, 19)

Weiterhin stellt die AG *Langzeitüberleben nach Krebs* (Lonko) in einem Positionspapier fest, dass es für Langzeitüberlebende (zu denen auch chronifiziert Erkrankte gehören) kaum adäquate Versorgungsangebote gibt. Zudem macht die AG Lonko einen deutlichen Handlungsbedarf aus:

„Unter Expertinnen und Experten besteht ein hoher Konsens darüber, dass das deutsche Versorgungssystem für Langzeitüberlebende bislang keine adäquat strukturierten und ganzheitlichen Versorgungsangebote systematisch vorhält und daher deutlicher Handlungsbedarf besteht.“ (AG Lonko 2021, 4)

Diese Befunde verdeutlichen eine zentrale Problematik: Selbst die beste sozialrechtliche Beratung stößt an ihre Grenzen, wenn die Sozialgesetzgebung keine angemessenen Antworten auf die Bedürfnisse der Betroffenen bereithält. Vor diesem Hintergrund entstand die Forschungsfrage dieser Arbeit:

Welche Antworten hat die soziale Beratung in ambulanten Krebsberatungsstellen auf die sozialrechtlichen Herausforderungen, mit denen die Zielgruppe in Folge ihrer Erkrankung konfrontiert wird? Wo stößt sie an ihre Grenzen und wie könnten Sozialarbeitende in Krebsberatungsstellen zur Erweiterung dieser Grenzen beitragen?

Ich habe mich für eine theoretische, literaturgestützte Arbeit entschieden, da ich meinen Fokus klar auf die Lösungsansätze als Antwort auf die Lücken in der Versorgung jener Zielgruppe lege. Diesem Anspruch gerecht zu werden, schien mir durch eine empirische Arbeit, bei der

sich der Schwerpunkt verlagert hätte, nicht gesichert. Zwar wäre auch das Erarbeiten eines Konzepts zur Implementierung von Krebsberatungsstellen in onkologischen Tageskliniken denkbar gewesen, doch wollte ich mich ungerne auf einen Lösungsansatz beschränken.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel: Nach einer definitorischen Einführung werden im dritten Kapitel die Aufgaben der Sozialen Arbeit in Krebsberatungsstellen dargestellt und in vier verschiedene Beratungsformate unterteilt. Das vierte Kapitel dient der Analyse spezifischer Herausforderungen und Versorgungslücken. Das fünfte Kapitel widmet sich dann fiktiven Lösungsansätzen aus dem Methodenrepertoire der Sozialen Arbeit, die auf der Meso- und Makroebene ansetzen und durch einen fiktiven Fall illustriert werden. Abgerundet wird die Arbeit durch ein Fazit, das die sozialpolitischen Reformbedarfe zusammenfasst und den Beitrag der Sozialen Arbeit hervorhebt.

Dieser Aufbau wurde gewählt, um auch fachfremden Leser*innen einen schrittweisen Zugang zum Thema zu ermöglichen und die Notwendigkeit der skizzierten Lösungsansätze nachvollziehbar darzustellen.

2. Definitionen

2.1 Chronifizierte Krebserkrankung

„Bei einigen Krebserkrankungen ist es gelungen, mit langfristig wirksamen und verträglichen Therapien die Krankheit dauerhaft zurückzudrängen, sodass man in Analogie zu anderen chronischen Krankheiten eine annähernd normale Lebenserwartung erreichen kann.“ (Göbel 2021, 771–776)

„Hiernach gilt als schwerwiegend chronisch krank, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: entweder Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60%.“ Außerdem gilt als schwerwiegend chronisch krank, wer eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“ (Bundesgesundheitsministerium 2024)

Betrachtet man beide Definitionen im Vergleich, so zeigt sich, dass Krebserkrankungen, die nicht heilbar sind und eine kontinuierliche ärztliche Versorgung erfordern, ebenfalls den chronischen Krankheiten zugeordnet werden können. Untermuert wird dies durch die oben aufgeführten Kriterien des Bundesgesundheitsministeriums, da Krebserkrankungen sowohl die regelmäßige medizinische Betreuung als auch die Gefahr einer dauerhaften Beeinträchtigung der Lebensqualität (Neuropathien, Fatigue, psychische Belastungen) mit sich bringen.

Die Legitimierung onkologisch unheilbarer, aber gut behandelbarer Erkrankungen als chronisch erlaubt nicht nur eine verbesserte systematische Versorgung, sondern stärkt auch das Verständnis für den langfristigen Therapiebedarf und die psychosozialen sowie sozioökonomischen Herausforderungen der Betroffenen.

Für Menschen, die eine Krebskrankheit überlebt haben oder mit einer chronifizierten Krebserkrankung (z.B. Multiples Myelom) leben, hat sich in der Fachwelt mittlerweile der Terminus „Cancer Survivors“ etabliert (vgl. Hellberg-Naegele 2019, 53-55). Ein eigener Fachterminus ausschließlich für Menschen, die mit einer chronischen Krebserkrankung leben, existiert zum Zeitpunkt dieser Arbeit noch nicht. Auch findet sich in den Datenbanken des Zentrums für Krebsregisterdaten vom Robert-Koch-Institut keine Datenbank für die Prävalenz dieses Personenkreises.

2.2 Mittleres Lebensalter

„Die längste Periode des Lebensverlaufs ist die des mittleren Erwachsenenalters, also der Lebensabschnitt zwischen dem 39. und dem 64. Lebensjahr.“ (Behrens 2023, 50)

Die präzise Zeitspanne des mittleren Lebensabschnitts variiert je nach Quelle. So definieren Faltermeier und Kolleg*innen das mittlere Erwachsenenalter als den Zeitraum zwischen 40 und 60 Jahren (vgl. Faltermeier/Mayring/Saup/Strehmel/Leplow/von Salisch 2014, 189), während Paul Baltes und Timothy Salthouse (vgl. Baltes/Salthouse 2011) diesen Lebensabschnitt weiter fassen und ihn zwischen 35 und 65 Jahren ansetzen.

Für diese Arbeit wird die Definition von Baltes und Salthouse übernommen. Wenn im Folgenden von Menschen im mittleren Lebensalter die Rede ist, bezieht sich dies auf Personen im Alter von 35 bis 65 Jahren.

Geprägt ist diese Lebensphase von spezifischen Entwicklungsaufgaben, wie Berufstätigkeit, berufliche Weiterbildung, Partnerschaftsgestaltung, Familiengründung, Pflege der Eltern, Pflege des sozialen Netzwerks, soziales Engagement (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Morciszek 2021, 201 ff.). Die genannten Entwicklungsphasen spiegeln normative Übergänge wider, also Veränderungen, die den gesellschaftlichen Erwartungen für diese Lebensphase entsprechen (vgl. Wicki 2024, 136). Dem gegenüber stehen nichtnormative Übergänge (vgl. ebd.), beispielsweise unvorhergesehene Ereignisse wie schwere Schicksalsschläge, zu denen auch die Diagnose einer onkologischen Erkrankung zählt.

2.3 Ambulante Krebsberatungsstelle

Ergänzend zum stationären Beratungsangebot, welches auf onkologischen Krankenhausstationen und in onkologischen Rehas bereitgestellt wird, existieren in Deutschland 2023 circa 121 Hauptstellen und 235 Außenstellen ambulanter Krebsberatungen (vgl. Ihrig/Akkus/Bruns/Bessler/Knurr/Friederich/Bugaj 2024).

Ambulante Krebsberatungsstellen, im Folgenden KBS genannt, bieten zeitnahe, kostenlose und unbürokratische Unterstützung für Betroffene und ihre Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung (vgl. ebd.). Die Angebote von KBS können somit sowohl unmittelbar nach Diagnosestellung als auch im Verlauf der Erkrankung, bei Auftreten eines Rezidivs oder im Rahmen der Nachsorge in Anspruch genommen werden.

So nimmt etwa jede dritte an Krebs erkrankte Person im Verlauf ihrer Erkrankung die Unterstützung einer ambulanten Krebsberatungsstelle in Anspruch (vgl. Ernst/Heyne/Mehnert-Theuerkauf/Kuhnt 2024, 394–399).

Eine steigende Zahl onkologischer Neuerkrankungen, die Chronifizierung onkologischer Erkrankungen, lange Therapiezeiten und die Zunahme ambulanter Therapien sorgen dafür, dass die Relevanz von KBS zunimmt (vgl. Rösler/Bohnenkamp/Einecke-Renz 2020, 489 - 492). Ambulante Krebsberatungsstellen leisten jährlich eine erhebliche Zahl an Unterstützungsangeboten: Eine Befragung unter 124 KBS ergab, dass allein in den Jahren 2018 und 2019 etwa 59 000 individuelle Beratungen stattfanden (vgl. ebd.). Dies verdeutlicht die Relevanz von KBS in der Versorgung onkologischer Patient*innen.

Die Kernaufgaben von KBS lassen sich in vier Hauptbereiche unterteilen:

1. Psychoonkologische Beratungsangebote: Psychologische Unterstützung bei der Verarbeitung der Diagnose und eventuell nach sich ziehender psychischer Belastungen wie (Rezidiv/Progredienz-) Angst oder Depression.
2. Psychosoziale Beratungsangebote: Unterstützung bei sozialen und familiären Belastungen, die durch die Krankheit ausgelöst wurden, Hilfe beim Zurechtfinden in der neuen Lebenswelt mit oder nach der Erkrankung.
3. Sozialrechtliche Beratungsangebote: Aufklärung über sozialrechtliche Ansprüche und Hilfestellung bei deren Beantragung.
4. Gruppenangebote: Selbsthilfegruppen, Informationsveranstaltungen.
(vgl. Ernst et al. 2024, 394–399; Adlkofer et al. 2021, 12–15; Kürschner, D./Rösler, M./Helbig, U. 2012, 278–281)

All diese Bereiche orientieren sich am ersten Leitsatz der Krebsberatung:
„Die Beratung gibt Patienten und Angehörigen Informationen zur Krankheit, Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem und Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen.“ (Krebs Hamburg o. J.)

Um den vielfältigen Herausforderungen und Problemlagen, die onkologische Erkrankungen mit sich bringen, gerecht zu werden, ist das Personal in KBS interdisziplinär aufgestellt und setzt sich aus Psycholog*innen, Sozialarbeitenden und Fachkräften aus dem Gesundheitswesen zusammen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht so eine Beratung und Unterstützung, die vielen Patient*innen gerecht werden kann.

In den Punkten 4.1 und 4.2 wird der Arbeitsauftrag der Sozialen Arbeit in KBS detaillierter erläutert.

Seit 2021 werden KBS zu 80 % durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen finanziert (vgl. Ernst et al. 2024, 394–399). Die Finanzierung der restlichen 20 % teilt sich in Länder und Kommunen (15 %) und einen – meist durch Spenden eingeworbenen – Eigenanteil von 5 % auf (vgl. ebd.). Eine zweijährige Studie, die untersucht, wie sich die Kassenteilfinanzierung auf das Ziel einer „flächendeckenden, kontinuierlichen und finanziell gesicherten ambulanten

psychoonkologischen Versorgung“ (Ernst/Heyne/Mehnert-Theuerkauf/Kuhnt 2023, 181-183) auswirkt, läuft seit dem 01.01.2023 und ist zum Zeitpunkt dieser Thesis noch nicht abgeschlossen.

3 Soziale Beratung in Krebsberatungsstellen

In diesem Kapitel folgt zunächst ein Überblick über die allgemeinen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.

Anschließend wird die soziale Beratung in KBS differenzierter dargestellt. Diese wird – in Anlehnung an den individuellen Unterstützungsbedarf der Ratsuchenden – in vier Stufen unterteilt: beginnend bei der reinen Informationsweitergabe, über eine ressourcenorientierte Beratung, eine empowernde Beratung bis hin zur advokatorischen Unterstützung.

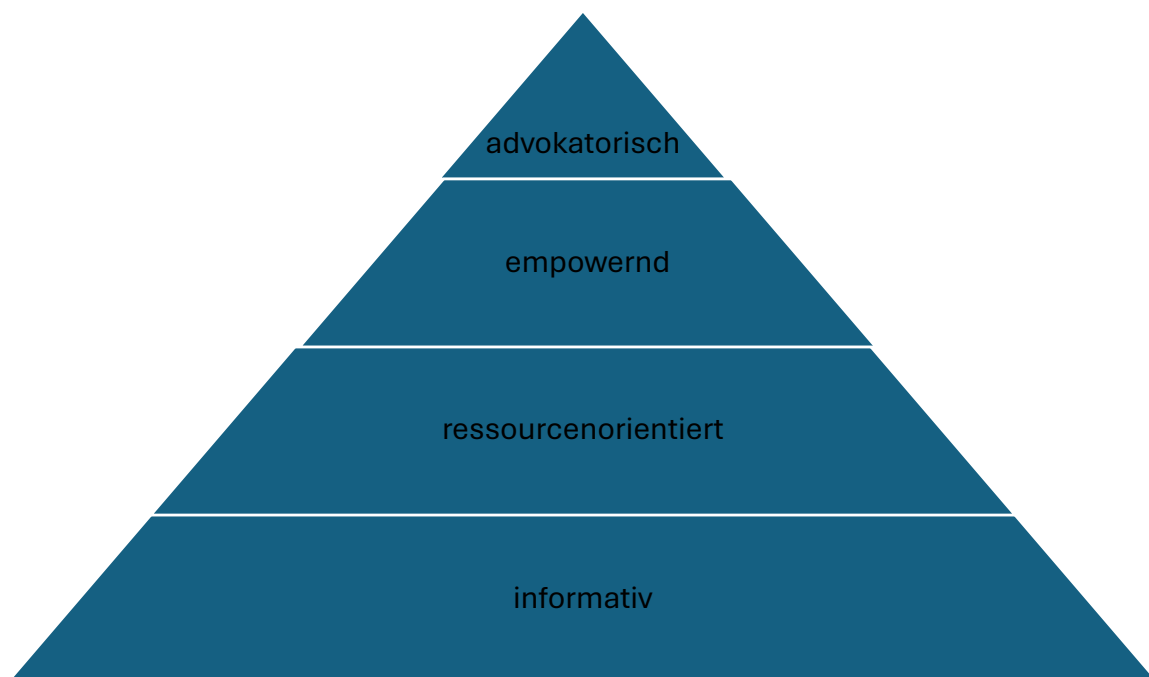


Abbildung 2: Beratungs-Pyramide Quelle: Eigene Darstellung

3.1 Aufgaben der sozialen Beratung im Gesundheitswesen

„Soziale Arbeit im Gesundheitswesen unterstützt Menschen durch Interventionen bei der Veränderung der Lebensweise und Lebenslage sowie der Lösung sozialer Probleme.“
Ziele der Interventionen sind die Stärkung von Lebensqualität und die Förderung von Handlungskompetenz“ (Adlkofer et al. 2021, 12–15).

Die soziale Beratung bei Krankheit findet sich sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialwesen wieder (vgl. Ansen 2008, 51). Arbeitsfelder des Gesundheitswesens sind u. a. der Krankenhaussozialdienst, der öffentliche Gesundheitsdienst psychiatrische Kliniken, Rehabilitationszentren, Krebsberatungsstellen und Beratungsstellen für HIV- und Aidserkrankte. Die soziale Beratung im Gesundheitswesen beschäftigt sich mit den psychosozialen Folgen einer Erkrankung, wohingegen die soziale Beratung im Sozialwesen sich der sozioökonomischen Folgen annimmt (vgl. ebd.).

Vier Kernkompetenzen, über die Sozialarbeitende im Gesundheitswesen verfügen sollten:

1. Kompetenz zur sozialen Sicherung
 2. Kompetenz zur sozialen Unterstützung
 3. Kompetenz zur persönlichen Förderung der Klient*innen
 4. Navigationskompetenz
- (vgl. Dettmers, Bischkopf 2021, 23)

Kernaufgabe der sozialen Beratung im Gesundheitswesen ist es, Ratsuchende zu unterstützen und zu befähigen, die sozialen, beruflichen, persönlichen und finanziellen Probleme, die mit einer Erkrankung einhergehen, bewältigen zu können (vgl. Ortmann/Waller 2005, 2).

So gut wie jede soziale Beratung wird von einer sozialen Diagnostik eingeleitet, die Ansen in drei Kategorien einteilt:

1. Materielle Lebensgrundlagen (Einkommen, Wohnverhältnisse, durch die Krankheit verursachte finanzielle Belastungen)
 2. Soziale Unterstützung (Auswirkungen der Erkrankung auf die sozialen Netze)
 3. Persönliche Fähigkeiten (Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, soziale Kompetenzen)
- (vgl. Ansen 2006, 98)

Ansen betont, welchen wesentlichen Beitrag zur Behandlung von Krankheiten die soziale Beratung leiste und wie wichtig es sei, dass jene durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit erfolge (vgl. Ansen 2008).

3.2 Soziale Beratung in Krebsberatungsstellen als reine Informationsweitergabe

Die Vielfalt onkologischer Erkrankungen spiegelt sich auch in der Heterogenität der Anliegen wider, mit denen sich Ratsuchende an KBS wenden. Gemein sind allen Ratsuchenden Anliegen und Fragen, auf die sie sich durch die soziale Beratung in einer KBS Antworten erhoffen. Dies sind Anliegen, die von der bloßen Informationsbeschaffung bis hin zu intensiverer Unterstützung, etwa advokatorischem Handeln, reichen. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Beratungsanliegen, die sich auf eine reine Informationsweitergabe beschränken, denn: „Ein erster Aspekt zur Problemlösung besteht in der Wissensvermittlung.“ (Stimmer/Ansen 2016, 314)

Ein Teil der Ratsuchenden benötigt lediglich den Ausgleich eines Informationsdefizites (vgl. Theuerkauf/Ernst/Bruns/Wickert/Weis 2021, 305-309). Diese Ratsuchenden formulieren gezielt konkrete Fragen oder benennen spezifische Problembereiche, zu deren Lösung ihnen Informationen fehlen. Nach Erhalt dieser Informationen sind sie in der Regel in der Lage, diese eigenständig oder mithilfe ihres sozialen Umfelds anzuwenden, um ihre Lebenssituation zu verbessern.

Bei solchen Beratungsanliegen wäre eine umfassende soziale Diagnostik gemäß Ansen (vgl. Ansen 2006, 98) in der Regel nicht zielführend, da sie den zeitlichen Rahmen des Gesprächs überschreiten würde. Dennoch können im Verlauf der Beratung Defizite in den von Ansen definierten Kategorien der sozialen Diagnostik – materielle Lebensgrundlagen, soziale Unterstützung und persönliche Fähigkeiten (vgl. ebd.). – offenkundig werden, die den Ratsuchenden zuvor möglicherweise nicht bewusst waren. Diese Erkenntnis könnte in einer oder allen drei Formen der weiterführenden Beratung münden, die in diesem Kapitel erläutert werden.

Im Zuge einer unheilbaren Krebsdiagnose stehen zunächst existentielle Fragen im Vordergrund. Ob und wie viel Rente man eines Tages bekommen wird, scheint in den ersten Tagen, Wochen und auch Monaten ohnehin redundant. Wenn der erste Schock aber überwunden ist, Therapien anzuschlagen beginnen und ein Weiterleben wahrscheinlicher als ein Nichtweiterleben erscheint, tauchen andere Fragen auf.

Diese können unter anderem sein:

- Fragen zur finanziellen Absicherung (der eigenen oder der der Familie)
- Fragen zu Ansprüchen auf finanzielle Erleichterungen (z.B. GdB, Medikamentenzuzahlung, Härtefonds)
- Fragen zur allgemeinen Orientierung in einem komplexen sozialrechtlichen System, in dem sich für individuelle Problemlagen oftmals keine Lösungen finden lassen

(vgl. Adlkofer et al. 2021, 12-15)

Hier setzt die soziale Beratung in der KBS an. Indem die Sozialarbeitenden gezielt Informationen vermitteln und damit ein „Ausstattungsproblem“ (Staub-Bernasconi 2018, 222) lösen: das des fehlenden Wissens über die eigenen Rechte und Ansprüche als onkologisch erkrankte Person.

Durch den Zugang zu Informationen stellen die Sozialarbeitenden eine wichtige Ressource bereit. Abhängig vom Selbsthilfepotenzial, der körperlichen und seelischen Einschränkungen und dem sozialen Netzwerk variiert es individuell, welchen Weg die Klient*innen mit diesem neu erworbenen Wissen einschlagen.

Auch in Fällen, in denen die soziale Beratung sich auf eine reine Informationsweitergabe beschränkt, sollte noch erwähnt werden, dass sie eine „Türöffnerfunktion“ (Schneider/Walther 2021, 213) einnehmen kann. Dies ist der Fall, wenn die Beratung in einer Verweisarbeit mündet, bei der die Ratsuchenden gezielt an spezialisierte Stellen weitergeleitet werden.

Beispiele hierfür wären:

- Erziehungsberatung (besonders relevant für die Zielgruppe dieser Thesis)
- Schuldnerberatung
- Selbsthilfegruppen
- Fachamt für Wohnungsnotfälle

Die soziale Beratung in KBS als reine Informationsweitergabe bildet eine essenzielle Grundlage der Beratungsarbeit. Sie ermöglicht es, Fragen der Ratsuchenden schnell und zielgerichtet zu beantworten, Informationsdefizite auszugleichen und den Weg für weiterführende Unterstützung zu ebnen. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Beratung als Informationsweitergabe in vielen Fällen nur der erste Schritt ist und auch als Ausgangspunkt

für intensivere Beratungsanliegen dienen kann, die in den folgenden Kapiteln (3.3-3.5) näher erläutert werden.

3.3 Ressourcenorientierte soziale Beratung in Krebsberatungsstellen

Die ressourcenorientierte soziale Beratung setzt im Gegensatz zur Beratung als reine Informationsweitergabe die Partizipation der Klient*innen voraus, da sie durch Co-Produktion (vgl. Herriger 2020, 116) gekennzeichnet ist.

Während die auf Informationsweitergabe reduzierte Beratung ohne eine soziale Diagnostik nach Ansen (vgl. Ansen 2006, 98) auskommt, ist diese bei der ressourcenorientierten sozialen Beratung notwendig, um ausmachen zu können, welche Anliegen die Ratsuchenden haben. Im Rahmen dieser Diagnostik lassen sich oft schon Ressourcen in den von Ansen genannten Bereichen materielle Lebensgrundlagen, soziale Unterstützung und persönliche Fähigkeiten (vgl. ebd.) identifizieren. Diese werden dann im Anschluss an die Diagnostik noch genauer betrachtet und erweitert.

Hierfür verfügt die Soziale Arbeit über einen umfangreich gefüllten Werkzeugkoffer, mit dessen Inhalten nicht nur bereits vorhandene Ressourcen ausgemacht werden, sondern auch verdeckte oder verschütt geglaubte Ressourcen zum Vorschein kommen können.

Eine Möglichkeit, durch die sowohl Ratsuchende als auch Sozialarbeitende einen schnellen Überblick über die vorhandenen Belastungen und die vorhandenen Ressourcen, erlangen können, sind die „Koordinaten der psychosozialen Diagnostik“ (vgl. Pauls 2011, 210). Dieses diagnostische Modell ist flexibel anpassbar und kann individuell auf den jeweiligen Beratungskontext zugeschnitten werden. So werden besonders bei der sozialen Beratung in KBS nicht alle von Pauls aufgeführten Dimensionen abgefragt werden. Der Vollständigkeit halber werden sie im Folgenden jedoch aufgeführt.

Stressoren, Belastungen, Defizite

Abklärung bei ökosozialen Defiziten, Belastungen, sozialer Vulnerabilität	Abklärung bei personalen Belastungen, Konflikten, Defiziten, Risikofaktoren
- Belastende/defizitäre Faktoren der Familie (ökonomisch/materiell) - Was fehlt? - Was ist zu viel? - Was ist von ungenügender Qualität? - Was funktioniert schlecht oder gar nicht? - Kongruenzanalyse: Vergleich von Klientenangaben, weiteren Bezugspersonen, eigenem Augenschein - Soziale Belastungsfaktoren, Vernachlässigung/Ablehnung/Stigmatisierung/Marginalisierung - Belastende Situationsfaktoren	- Bindungsqualität: unsichere Bindung - Emotionale Belastung; Labilität - Geringes Selbstwertgefühl, Belastungen, Konflikte, Entwicklungsdefizite, Traumen - Verhaltensauffälligkeiten - Intelligenz- und Leistungsprobleme, Lern- und Arbeitsstörungen - Mangelnde Problemlösungs- und Copingfähigkeiten, fehlende soziale Kompetenzen - Psychische Belastungsfaktoren, niedrig psychisches Funktionsniveau
Umgebung	Person
Abklärung bei förderlichen Umweltbedingungen	Abklärung bei personalen Kompetenzen, Ressourcen, Schutzfaktoren
- Unterstützende Faktoren der Umgebung (Sozialraum), äußeres Wohnumfeld - Haus/Wohnung/Zimmer, u.a. Aufteilung/Ausstattung, Spielmöglichkeiten, Hygiene - Großfamilie, familiäre Einbindung, Unterstützung - Soziales Netz: Nachbarn, Freunde, Kirche, Vereine, Treffpunkte u.ä. - Verantwortungsbereitschaft von Bezugspersonen - Förderliche Schul- bzw. Arbeitsbedingungen	- Sichere Bindung - Emotionale Stabilität, Persönlichkeitsstärken - Positive Aspekte beim Selbstbild - Leistungs- und Lernpotenzial, Stärken - Intelligenzstruktur und Kreativität - Soziale Aktivität und soziale Kompetenzen - Verhaltensaktiva

Stärken und Ressourcen

Abbildung 1: Beispiel Koordinaten der psychosozialen Diagnostik (Pauls 2011, 210)

Stimmer und Ansen unterscheiden nicht zwischen ressourcenorientierter und empowernder (sozialer) Beratung (vgl. Stimmer/Ansen 2016, 274ff.). Für die soziale Beratung in KBS allerdings erscheint diese Differenzierung sinnvoll. Die rein ressourcenorientierte Beratung befähigt die Ratsuchenden nach Ende der Beratungsgespräche, unter Verwendung ihrer

Ressourcen – zu denen auch neu erhaltene Informationen über sozialrechtliche Ansprüche zählen – ihre Ansprüche geltend zu machen. Die Ratsuchenden sind sich ihrer Handlungsmacht und Selbstwirksamkeit bewusst und können so Ansprüche geltend machen, die ihre sozioökonomische Situation verbessern.

Im Gegensatz dazu stehen Ratsuchende, die mit erlernter Hilflosigkeit konfrontiert sind (vgl. Herriger 2020, 116), dies nicht zuletzt als Reaktion auf ihre Erkrankung. Sie haben nicht mehr die Überzeugung, selbst Einfluss auf ihre Lebensumstände nehmen zu können (vgl. ebd.).

Dieser Überzeugung kann die ressourcenorientierte soziale Beratung alleine nur wenig entgegensetzen und sollte den Ratsuchenden daher intensivere Beratungsgespräche im Sinne der (von der Verfasserin dieser Thesis so bezeichneten) empowernden sozialen Beratung anbieten.

3.4 Empowernde soziale Beratung in Krebsberatungsstellen

Die empowernde soziale Beratung knüpft idealerweise direkt an die ressourcenorientierte soziale Beratung an. Diese Form der Beratung innerhalb der sozialen Beratung mit Fokus auf sozialrechtliche Fragen kann als Verschmelzung aus sozialrechtlicher und psychosozialer Beratung betrachtet werden.

Herriger unterscheidet vier Zugänge zu einer Definition von Empowerment (vgl. Herriger 2020, 14). Für diese Arbeit wird der transitive Zugang gewählt: „Definitionen im transitiven Wortsinn schließlich betonen die Aspekte des Ermöglichens, der Unterstützung und der Förderung von Selbstbestimmung durch andere.“ (Herriger 2020, 17)

Jene anderen sind im Fall der Inanspruchnahme einer sozialen Beratung in KBS die Sozialarbeitenden.

Norbert Herriger hat in Anlehnung an Ulrike Willutzki und Norbert Teisman (2013) ein Vier-Phasen-Modell für die ressourcenorientierte Beratung ausgearbeitet (vgl. Herriger 2020, 119). Für diese Arbeit wird das Modell im Rahmen der empowernden sozialen Beratung vorgestellt und mit Beispielen aus dem Praxisfeld der ambulanten Krebsberatung versehen.

Phase 1: Auftragsklärung und Kooperationsvereinbarungen:

Die beratende Person klärt die ratsuchende Person über Rechte und Pflichten in einem gemeinsamen Arbeitsbündnis auf. (vgl. Herriger 2020, 119 f.). Bei der Beratung in einer KBS fallen hierunter folgende Punkte: Schweigepflicht und deren Ende (zum Beispiel bei Selbst- oder Fremdgefährdung), Offenlegung des doppelten Mandats, Grenzen der Beratung in KBS, Möglichkeiten der Beratung in KBS.

Herriger bezeichnet diesen Eingangsprozess als: „Verständigung über die Notwendigkeit einer kooperativen Zusammenarbeit“ (Herriger 2020, 121).

Phase 2: „Joining“ und Remoralisierung:

„Joining („sich anschließen; „Zugang finden“) bezeichnet ein Vorgehen, das es dem Berater möglich macht, Anschluß an die Deutungs-, Erfahrungs-, und Wertewelt des Klienten zu finden, dieses Selbsterleben ohne Bewertung zu validieren und auf diese Weise eine belastbare Vertrauensbeziehung herzustellen.“ (ebd.)

„Remoralisierung meint [...] das Bemühen des Beraters, Kontrapunkte gegen die Erwartung der Nicht-Veränderbarkeit von belastenden Lebenssituationen zu setzen.“ (Herriger 2020, 122)

Übertragen auf die Beratung chronifiziert Krebserkrankter im mittleren Lebensalter bedeutet dies zunächst, die besonderen Herausforderungen dieser Lebenssituation anzuerkennen. Es gilt zu validieren, dass das Leben mit einer chronischen Krebserkrankung sowohl physisch, emotional als auch finanziell belastend ist und dass zentrale Lebenspläne wie beispielsweise die Familiengründung durch die Krankheit möglicherweise aufgegeben werden mussten. Diese Verluste und Veränderungen dürfen als legitime Trauerprozesse anerkannt und entsprechend gelebt werden. Ebenso erfordert es eine Würdigung, dass die Normbiografie der Betroffenen durch den plötzlichen Einbruch der Krankheit gravierend unterbrochen wird.

Im Anschluss an diesen Validierungsprozess folgt ein „mutmachendes Gespräch“ (ebd.), in dem der Glaube an die Möglichkeit positiver Veränderungen gestärkt, Veränderungserwartungen gefördert und gemeinsam konkrete Zielvorstellungen entwickelt werden (vgl. ebd.).

Für die Arbeit in Krebsberatungsstellen bedeutet dies, die Ambivalenz der Situation zu adressieren: Während die Ratsuchenden dem Krankheitsverlauf häufig relativ ohnmächtig gegenüberstehen, sind sie in Bezug auf den Umgang mit den psychosozialen und finanziellen Belastungen durch die Erkrankung nicht gänzlich machtlos. Der erste Schritt, nämlich die aktive Suche nach Unterstützung in einer KBS, zeigt bereits einen vorhandenen Veränderungswillen. Ziel der Beratung ist es, diesen Veränderungswillen in einen nachhaltigen „Veränderungsoptimismus“ (ebd.) umzuwandeln und die Betroffenen bei der Entwicklung konkreter Bewältigungsstrategien zu unterstützen.

Herriger hat **sechs Punkte** herausgearbeitet, mit deren Hilfe dieses Ziel erreicht werden kann:

- „Validierung von Lebenskraft: die letzten Funken Lebenswillen, Hoffnung und Veränderungskraft betonen; Hoffnung wiederaufbauen.
- Perspektivwechsel: einen ‚ersten Hoffnungsfunken zünden‘; Mut machen und Kraft vermitteln für einen ersten Schritt aus der Hoffnungslosigkeit [...]
- Commitment und die motivationale Kraft des Klienten stärken [...]

- Vorhandene bzw. brachliegende Ressourcen für die Erreichung kleinster erster Ziele für den Klienten erfahrbar machen.
- Entscheidungsspielräume eröffnen und verfügbare Entscheidungsoptionen transparent machen [...]
- Eine Haltung des Zutrauens und der Anerkennung dokumentieren; Mut machende Rückmeldung geben, Unterstützung anbieten.“

(Herriger 2020, 122)

Phase 3: Stärkendialog – die Exploration von „Ausnahme-Zeiten“

Als Ausnahme-Zeiten zu verstehen sind

„Zeiten..., in denen die Probleme hätten auftauchen können, aber tatsächlich nicht in Erscheinung getreten sind. Ausgangspunkt im lösungsorientierten Arbeiten ist die Überzeugung, dass es selbst bei gravierenden Problemlagen Phasen gibt, in denen die Schwierigkeiten weniger intensiv sind oder zumindest teilweise bewältigt werden können. Die Identifizierung dieser Ausnahmen wird als entscheidend für die Entwicklung weiterer Lösungen betrachtet und lenkt den Blick auf verfügbare und mobilisierbare Ressourcen“ (Lenz 2011, 215f.).

Es gilt, die vorhandenen Ressourcen kognitiv und emotional zu aktivieren (vgl. Herriger 2020, 123). Hierfür eignen sich bestimmte Fragestellungen, durch deren Beantwortung die Ratsuchenden an vergangene Ausnahmesituationen und damals genutzte Bewältigungsmechanismen erinnert werden (vgl. Herriger 2020, 124). „Welches waren bisher die größten Herausforderungen in Ihrem Leben, die sich erfolgreich bewältigt haben?“ Wie haben Sie das geschafft? Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten haben Sie dazu eingesetzt? Welche Ihrer persönlichen Eigenschaften haben Ihnen geholfen?“ (Herriger 2020, 124) sind Beispiele für solche Fragestellungen.

Weitere „Fragetechniken zur Identifizierung von Ressourcen“ (Herriger 2020, 125f.) sind:

- Wunderfragen (was passiert, wenn Ihre Probleme über Nacht gelöst wären, woran würden Sie das merken?)
- Skalierungsfragen (subjektive Einschätzung der Ratsuchenden zur Zielerreichung des Beratungsprozesses)
- Bewältigungsfragen (zeigen den Ratsuchenden Stärken auf, die sie in der Vergangenheit in scheinbar ausweglosen Situationen mobilisieren konnten)

(vgl. Herriger 2020, 125 f.)

Phase 4: Veränderungsplanung, Risiko-Check, Re-Assessment

Diese letzte und zeitintensivste Phase der ressourcenorientierten Beratung gliedert sich in drei Arbeitsschritte:

- 1) „Zielvereinbarung und Veränderungsplanung
- 2) Risiko-Check und Imagination möglicher Stolpersteine auf dem Weg der Zielerreichung

- 3) Re-Assesment“ (Herriger 2020, 126ff.) (Abschlussbilanz; nicht zwingend endgültig, bei neuen Problemlagen oder einer Wiederkehr der alten Problemlagen kann der Beratungsprozess von neuem angestoßen werden (vgl. ebd.))

Das Vier-Phasen-Modell nach Herriger bietet sowohl Sozialarbeitenden als auch Ratsuchenden in KBS eine strukturierte Grundlage, um gemeinsam Problemlagen systematisch zu analysieren und vorhandene Ressourcen zu identifizieren oder neue Potenziale zu erschließen. Der Fokus auf mögliche Lösungen und Perspektiven zielt darauf ab, die Ratsuchenden zu ermutigen, sich selbst (wieder) mehr zuzutrauen und der – durch die Erkrankung und ihre Folgen ausgelöst – Ohnmacht Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz entgegenzusetzen.

3.5 Advokatorische soziale Beratung in Krebsberatungsstellen

Einige Ratsuchende verfügen (noch) nicht über die erforderliche Selbstwirksamkeit oder Handlungskompetenz, um ihre Problemlagen eigenständig zu bewältigen. In solchen Fällen tritt das advokatorische Handeln der Sozialarbeitenden in den Fokus. Thiersch und Hüdepohl knüpfen dieses Handeln an **drei Bedingungen** (vgl. Thiersch/Lob-Hüdepohl 2018, 1039):

1. „Maßgeblich müssen immer die erkennbaren oder mutmaßlichen Interessen und Optionen der Vertretenen sein; advokatorisch vorweggenommene Entscheidungen oder Interventionen müssen die Zustimmung der Betroffenen erhalten können, wenn sie aktuell dazu in der Lage wären;“ (ebd.)
2. „Advokatorische Stellvertretung muss sich überflüssig machen wollen, indem sie auf eine schnellstmögliche und weitgehende Selbstpräsentation der Vertretenen hinarbeitet.“ (ebd.)
3. „Advokatorisches Handeln ändert seinen Modus: Es wechselt von einer ersetzenden („substituting“) zur unterstützenden („supporting“) Assistenz.“ (ebd.)

Die advokatorische soziale Beratung in KBS kann grundsätzlich der unterstützenden Assistenz zugeordnet werden, da sie darauf abzielt, Ratsuchende in die Lage zu versetzen, zunehmend selbstständig zu handeln. Dies geschieht im Einklang mit einer allgemeinen Handlungsleitlinie der Sozialen Arbeit der Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Staub-Bernasconi 2018, 272), die stets im Fokus bleiben und auf ihre konsequente Umsetzung hin überprüft werden sollte.

Sozialarbeitende fungieren in diesem Kontext nicht nur als Vertreter*innen der Interessen ihrer Klient*innen, sondern auch als Vermittler*innen zwischen den Ratsuchenden und externen

Akteuren, wie Behörden oder Leistungsträgern. Für die Praxis kann dies bedeuten, für Klient*innen bei Krankenkassen, Rentenkassen oder sozialen Diensten einzustehen, wenn diese Schwierigkeiten haben, ihre Ansprüche selbst durchzusetzen. Das Ziel, auf das hingearbeitet wird, sollte jedoch stets sein, selbst überflüssig zu werden.

Eine Herausforderung besteht darin, die Balance zwischen notwendiger Unterstützung und dem Aufbau von Eigenständigkeit zu finden. Zu frühe Verantwortung kann zu Überforderung führen, zu starke Stellvertretung die erlernte Hilflosigkeit festigen.

Die advokatorische soziale Beratung in KBS bietet eine Brücke zwischen kurzfristiger Unterstützung und langfristiger Autonomie, die essenziell für die Bewältigung der Herausforderungen einer chronifizierten Krebserkrankung ist.

4 Aufgaben, Herausforderungen und Desiderata für die soziale Beratung in Krebsberatungsstellen

„Jeder, der geboren wird, besitzt eine Staatsbürgerschaft, eine im Reich der Gesunden und eine im Reich der Kranken. Und wenn wir alle es auch vorziehen, nur den guten Ruf zu benutzen, früher oder später ist doch jeder von uns gezwungen, wenigstens für eine Weile, sich als Bürger jenes anderen Ortes auszuweisen“ (Sontag 2003, 74).

Ratsuchende, die in KBS vorstellig werden, weisen sich als Bürger*innen jenes oben genannten anderen Ortes aus. Die Zielgruppe dieser Thesis verfügt sogar bis an ihr Lebensende über eine Staatsbürgerschaft im Reich der Kranken.

4.1 Anamnese Frau M.

Zum besseren Verständnis der Aufgaben, Herausforderungen und Desiderata bei der Sozialen Beratung chronifiziert Krebserkrankter im mittleren Lebensalter folgt nun eine Anamnese des fiktiven Falls der 41jährigen Frau M., die nach sieben Jahren Erkrankung das erste Mal eine KBS aufsucht.

Gesundheitliche Situation:

Frau M. ist eine einundvierzigjährige Hamburgerin, die 2017 an Brustkrebs erkrankt ist, der bereits bei Erstdiagnose in die Lunge gestreut hatte. Nach der Gabe mehrerer Chemotherapiezyklen und einer Mastektomie erhält Frau M. nun seit 2018 eine Antikörpertherapie. Durch diese im Drei-Wochen-Turnus erfolgende Therapie gelang es, Frau M.s fortgeschrittene Erkrankung in einen chronifizierten Krankheitszustand zu modifizieren.

Alle drei Monate erfolgt ein Staging, bei dem mithilfe einer Computertomografie überprüft wird, ob die Krankheit weiterhin stabil bleibt.

Aufgrund der jahrelangen Therapien leidet Frau M. an schnellen Erschöpfungszuständen und Fatigue. Folglich brauche sie sehr viel Zeit für sich alleine, um sich vom anstrengenden Alltag als chronisch kranke, alleinerziehende Mutter und Alleinverdienerin zu erholen.

Sozial- und Familienleben:

Frau M. ist alleinerziehende Mutter einer elfjährigen Tochter, die die 5. Klasse einer Hamburger Gesamtschule besucht. Gemeinsam leben sie in einer Dreizimmerwohnung der Saga in Eimsbüttel. Zum Vater der Tochter besteht kein Kontakt. Seinen Fürsorgepflichten kommt er weder emotional noch finanziell nach. Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter ist eng und gesund. Frau M. redet offen mit ihrer Tochter über die möglichen Folgen ihrer Erkrankung. Transparenz und Ehrlichkeit ihrer Tochter gegenüber sind ihr enorm wichtig.

Als Frau M. im Jahr 2017 ihre Diagnose erhielt, befand sie sich gerade in einer zweijährigen Beziehung, in der sowohl sie als auch ihr Partner über ein gemeinsames Kind nachdachten, ein Geschwisterchen für die damals vierjährige Tochter. Mit der Diagnose platzte der Traum vom zweiten Kind und kurze Zeit später trennte sich das Paar, weil ihr Partner nicht akzeptieren konnte, kein eigenes Kind bekommen zu können, wenn er mit Frau M. zusammen bliebe. Seit dieser Zeit war sie in kurzzeitigen romantischen Beziehungen involviert, jedoch gab es keine langanhaltende Partnerschaft mehr. Sie wisse nicht einmal, woher sie Zeit oder Energie für eine Partnerschaft nehmen solle.

Frau M.s Eltern sind bereits seit einigen Jahren verstorben. Sie hat eine zehn Jahre ältere Schwester, die als Schauspielerin am Theater arbeitet. Der geschwisterliche Kontakt wird als herzlich beschrieben. Ihren Freundeskreis beschreibt Frau M. als überschaubar, doch die bestehenden Freundschaften als sehr eng. Ihre beste Freundin T. begleitet sie schon seit der Grundschule und sei in der schlimmsten Zeit der Erkrankung (nach Diagnose und während der Chemotherapie) kaum von ihrer Seite gewichen. Frau M. denkt darüber nach, sich einem Sportverein anzuschließen oder einen Schwimmkurs zu besuchen, sorgt sich allerdings, sich damit zu übernehmen.

Berufliche und sozioökonomische Situation:

Frau M. ist gelernte Erzieherin und arbeitet seit der Geburt ihrer Tochter 30 h die Woche in einer Eimsbütteler Kita. Ihr Nettogehalt ohne Jahressonderzahlungen beträgt monatlich 2400 Euro. Sie äußert den dringenden Wunsch, gar die Notwendigkeit, sich beruflich umzuorientieren. Zwar liebe sie die Arbeit mit Kindern, doch sei sie durch die Erkrankung nicht

mehr so belastbar wie früher und brauche ja auch noch Energie für ihre Tochter. Zudem hätte sie gerne ein Arbeitsverhältnis, in dem sie weniger Viren und Bakterien ausgesetzt sei, denn mit einer starken Erkältung oder Grippe könne sie ihre Therapie nicht verabreicht bekommen. Dies sei in der Vergangenheit schon manches Mal vorgekommen.

Vom Jugendamt erhält Frau M. einen Unterhaltsvorschuss in Höhe von 301 Euro. Die Höhe des Kindergeldes beträgt 250 Euro monatlich. So kommt Frau M. auf einen monatlichen Geldeingang von 2951 Euro. Dem gegenüber stehen folgende aufgerundete Fixkosten: Miete warm 850 Euro. Kosten für Kinderbetreuung (Zusatzkosten wegen Betreuungszeiten von 16:00-18:00), Mittagessen der Tochter und Nachhilfe betragen circa 400 Euro. Strom, Internet, Abos und Versicherungen 300. Nach Abzug dieser Kosten bleiben Frau M. und ihrer Tochter noch 1400 zum Leben. Diesen Lebensstandard zu halten, bringt Frau M. allerdings an die absoluten Grenzen ihrer Belastbarkeit.

Psychische Situation:

Frau M. äußert den Eindruck, kurz vor einem Burnout zu stehen. Sie sähe sich eigentlich nicht mehr in der Lage, 30 h wöchentlich zu arbeiten, einen Haushalt zu führen und die zugewandte, geduldige Mutter zu sein, die sie für ihre Tochter unbedingt sein möchte. Gerne würde sie eine Verhaltenstherapie machen, finde jedoch keinen Therapieplatz. Die Kraft für die langwierige Suche gehe ihr langsam aus.

Auch bemerke sie, sukzessive mehr Ängste in Bezug auf die Zukunft ihrer Tochter zu entwickeln. Sie Sorge sich, was passiert, wenn die Therapie eines Tages nicht mehr wirkt und ihre Tochter noch minderjährig zur Halbwaisen mit einem absenten Vater wird. An manchen Abenden könne sie deswegen kaum einschlafen vor Sorge.

Gerne würde sie ihre Tochter wenigstens materiell abgesichert wissen, doch mit ihrem Gehalt, ohne Erbe und ohne die Aussicht auf berufliche Weiterentwicklung scheint ihr dies unmöglich. Den Schock der Erkrankung habe sie schon lange überwunden und sich damit abgefunden, ihre Enkelkinder wahrscheinlich nie kennenzulernen. Lediglich vor den – alle drei Monate erfolgenden – Kontrolluntersuchungen sei sie extrem angespannt.

Den Tod fürchte sie nicht, nur die Frage was dann mit ihrer Tochter passieren wird, die versetze sie in diesen Zeiten beinahe in Panik. So sehr, dass sie sich dann sogar krankschreiben lassen müsse, weil sie ihren Alltag in den Tagen vor der Untersuchung und den Tagen, bis sie das Ergebnis erfahren hat, kaum bewältigen könne.

Ein Thema, das Frau M. auch stark beschäftigt, ist die Trauer um das Kind, das sie gerne noch bekommen hätte. Sie hätte sich immer als mehrfache Mutter in einer Familie wie im Bilderbuch

gesehen. Durch die Erkrankung musste sie sich von diesem Lebensentwurf verabschieden, die Trauer um das durch die Krankheit Verwehrte mache ihr sehr zu schaffen.

4.2 Psychosoziale Aufgaben bei der sozialen Beratung in Krebsberatungsstellen

Sich den psychosozialen Aufgaben und Herausforderungen der sozialen Beratung chronifiziert Krebserkrankter gleichermaßen ausführlich zu widmen wie den sozialrechtlichen Aspekten, würde den Rahmen einer Bachelorarbeit sprengen. Dennoch seien diese Aufgaben im Sinne der Vollständigkeit an dieser Stelle rasch. Eine detaillierte Analyse der spezifischen psychosozialen Herausforderungen und offenen Forschungsfragen, die die Zielgruppe dieser Arbeit betreffen, erfolgt nicht.

Psychosoziale Schwerpunkte der sozialen Beratung in KBS sind:

- „Umgang mit körperlichen Beschwerden
- soziale Belastungen
- emotionale Belastungen
- kognitive Beeinträchtigungen
- Überforderung, Unsicherheit
- Krankheits- und Lebensbewältigung, Alltagskompetenz
- subjektive Krankheitstheorien
- familiäre Ressourcen und Probleme
- Umgang mit Kindern und Jugendlichen
- soziales Netzwerk und soziale Isolation
- ökonomisch-existenzielle Situation und materielle Problemlagen
- Auswirkungen auf das Erwerbsleben
- Gesundheitsförderung und sekundäre Prävention
- Arzt-Patienten-Beziehung (Kommunikation)
- soziale Folgen der Behinderung
- Langzeiterkrankung und Langzeitfolgen
- palliative Situation und letzte Lebensphase
- Trauer“

(Adlkofer et al. 2021, 12-15).

Die psychosoziale Beratung in KBS zielt darauf ab, Ratsuchenden nicht nur Informationen und Unterstützung anzubieten, sondern auch Bewältigungsstrategien zu stärken, Resilienzen zu fördern und soziale Netzwerke zu aktivieren. Besonders chronisch Krebserkrankte im mittleren

Lebensalter, wie Frau M., stehen dabei vor einer Vielzahl von Herausforderungen, die sich häufig überschneiden und verstärken.

Der Fall von Frau M. verdeutlicht dies: Die Analyse ihrer Anamnese zeigt, dass nahezu alle oben aufgeführten psychosozialen Schwerpunkte für sie relevant sind. Insbesondere die sozialen und emotionalen Belastungen, die Auswirkungen der Krankheit auf das Erwerbsleben und die Bewältigung von Langzeitfolgen stellen zentrale Herausforderungen dar. Auch die Betreuung der Tochter und die Sicherstellung familiärer Stabilität nehmen eine bedeutende Rolle ein. Weniger relevant sind für Frau M. derzeit die Arzt-Patienten-Beziehung sowie Themen der letzten Lebensphase, da ihre Erkrankung zwar chronifiziert ist, aber aktuell nicht terminal verläuft.

Die psychosoziale Beratungsarbeit für Frau M. würde erfordern, gezielt auf ihre spezifischen Belastungen einzugehen und vorhandene Ressourcen zu aktivieren (vgl. Abb. 2). Für Frau M. scheint eine ressourcenorientierte soziale Beratung ausreichend. Sie befindet sich nicht in einem Modus der erlernten Hilflosigkeit (vgl. Herriger 2020, 116), sondern in einem der Überforderung, durch die ihr Blick auf das Mögliche teilweise verstellt ist. Um bei dem Bild zu bleiben, könnte die ressourcenorientierte soziale Beratung in der KBS hier als Sehhilfe fungieren.

4.3 Sozialrechtliche Aufgaben bei der sozialen Beratung in Krebsberatungsstellen

„Um etwaige finanzielle Einbußen, die infolge einer Krebserkrankung auftreten können, abzumildern, ist es essenziell, dass die Betroffenen – möglichst von unabhängigen Stellen – sozialrechtlich informiert werden.“ (Dietsche 2023, 42)

Hier setzt die soziale Beratung in KBS an, die sich eines breiten Spektrums sozialrechtlicher Fragestellungen annimmt. Maßgeblich für die Beantwortung jener sind das SGB V, das SGB VI, das SGB IX, das SGB XI, das SGB II, das SGB III, das SGB XII und im Einzelfall das SGB VIII.

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen hat ein Grundsatzpapier zur Sozialen Arbeit in der Onkologie erstellt (vgl. DVSG 2010). Dieses Grundsatzpapier bezieht sich sowohl auf die stationäre (Krankenhaus Sozialdienst, Rehabilitation) als auch auf die für diese Thematik relevante ambulante Beratung Krebserkrankter.

Themengebiete bei der sozialrechtlichen Beratung krebserkrankter Personen:

- Schwerbehindertenausweis
 - Rehabilitation
 - Zuzahlungen
 - Krankengeld
 - Kündigungsschutz
 - Rente
 - Versicherungsfragen
 - Hilfsmittel
 - Pflegegeld
 - Fragen der Existenzsicherung
 - Haushaltshilfe bei Kindern unter 12 Jahren
 - Bedarfe von Kindern und Jugendlichen erkrankter Elternteile
 - Versorgung unterversorgter Angehöriger
 - Teilhabe am Arbeitsleben, familiäre Absicherung
 - Beratung zu Vollmachten und Patientenverfügungen
- (vgl. ebd.)

Am Beispiel Frau M.s, die nach sieben Jahren onkologischer Erkrankung erstmals eine KBS aufsucht, folgt nun eine Analyse und Darstellung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche:

Schwerbehinderung:

Gemäß § 1 SGB IX hat Frau M. Anspruch auf die Anerkennung einer Schwerbehinderung und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach §152 SGB IX. In der Praxis wird Krebserkrankten häufig bereits beim ersten Antrag ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 gewährt (vgl. Holzwarth 2023). Die durch die Krankheit und ihre Behandlungen verursachte Fatigue sowie Frau M.s Ängste könnten dazu beitragen, dass sie noch einen höheren Grad zugestanden bekommt (vgl. ebd.).

Bereits ein GdB von 50 ermöglicht Frau M. eine Reihe von Nachteilsausgleichen, darunter:

- fünf zusätzliche Urlaubstage gemäß § 208 SGB IX,
- ein besonderer Kündigungsschutz nach § 168 SGB IX,
- sowie ein erhöhter Steuerfreibetrag gemäß § 33b EStG

(vgl. ebd.).

Zuzahlungsbefreiung:

Aufgrund ihrer schwerwiegenden chronischen Erkrankung hat Frau M. Anspruch auf eine Reduzierung der Zuzahlungsbelastung für medizinische Leistungen. Die Belastungsgrenze für chronisch Erkrankte liegt bei 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens, im Gegensatz zu den üblichen 2 % für gesetzlich Krankenversicherte (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2024). Um die Zuzahlungsbefreiung in Anspruch zu nehmen, müsste Frau M. ihre chronische Erkrankung durch die Vorlage entsprechender ärztlicher Bescheinigungen nachweisen.

Die genannten Zuzahlungen können – ohne Inanspruchnahme der Zuzahlungsbefreiung - eine erhebliche finanzielle Entlastung darstellen. Hierunter fallen die Kosten für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel sowie stationäre Krankenhausaufenthalte.

Teilhabe am Arbeitsleben und Fragen der Existenzsicherung:

Frau M. strebt eine Fortbildung (siehe Abschnitt 4.1) in einem Beruf an, der sie geringeren Virenbelastungen, weniger Lautstärke und reduzierter Flexibilität aussetzt, jedoch weiterhin den Einsatz ihrer pädagogischen Fähigkeiten ermöglicht. Nach der Arbeit, dem Haushalt und der Beschäftigung mit ihrer Tochter sieht sie sich außerstande, selbst Erkundigungen einzuholen, welche Weiterbildungen es überhaupt gäbe. Hier wünscht sie sich dringend Unterstützung durch die KBS.

Eine Erwerbsminderungsrente gemäß § 43 Abs. 2 SGB VI lehnt Frau M. entschieden ab. Diese Ablehnung gründet sich nicht nur auf die mit einer vollen Erwerbsminderungsrente verbundenen finanziellen Einschränkungen, sondern auch auf den Wunsch, ihre Tagesstruktur aufrechtzuerhalten, ihr Selbstbild zu stärken und das Gefühl von Selbstwirksamkeit zu bewahren. Vor diesem Hintergrund könnte es sinnvoll sein, Frau M. über die Möglichkeit einer teilweisen Erwerbsminderungsrente gemäß § 43 Abs. 1 SGB VI zu informieren. Diese Regelung sieht vor, dass Versicherte Anspruch auf eine teilweise Erwerbsminderungsrente haben, wenn:

1. eine teilweise Erwerbsminderung besteht,
2. innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt wurden, und
3. die allgemeine Wartezeit erfüllt wurde.

Eine teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn Versicherte aufgrund von Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (vgl. § 43 Abs. 1 SGB VI).

Frau M. erfüllt alle genannten Voraussetzungen und könnte – im Falle einer Bewilligung – etwa 550 Euro monatlich an teilweiser Erwerbsminderungsrente beziehen. Die Sozialarbeitenden

der KBS könnten Frau M. im Rahmen der Antragstellung mit ihrer langjährigen Expertise unterstützen, insbesondere durch die Sammlung und Einreichung erforderlicher Nachweise sowie bei der Vorbereitung auf Begutachtungen.

Gleichzeitig bleibt jedoch das Problem der gesundheitlichen Risiken durch Virenexposition (die eine Therapiepause nach sich ziehen kann), insbesondere während der Wintermonate, ungelöst. Eine Berufsberatung, die Frau M. Perspektiven für eine nachhaltige berufliche Neuausrichtung bietet, gehört nicht zum Aufgabenbereich der KBS. Daher sollte – nach einer genauen Klärung von Frau M.s Vorstellungen und Zielen – eine gezielte Verweisberatung an eine geeignete Beratungsstelle erfolgen (siehe Kapitel 4.4).

Haushaltshilfe:

Gemäß § 38 Abs. 1 SGB V haben schwer erkrankte Personen Anspruch auf eine Haushaltshilfe, sofern in ihrem Haushalt ein Kind lebt, das zu Beginn der Maßnahme das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dieser Anspruch umfasst eine maximale Dauer von bis zu 26 Wochen. Zu Beginn ihrer Erkrankung hat Frau M. diese Unterstützung in vollem Umfang in Anspruch genommen. Es bietet sich an, dass die Sozialarbeitenden der KBS Frau M. über den § 20 SGB VIII in Kenntnis setzen, denn gemäß § 20 SGB Abs. 1 VIII haben Eltern Anspruch auf Unterstützung bei der Betreuung und Versorgung eines im Haushalt lebenden Kindes, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Ein Elternteil, der überwiegend für die Betreuung verantwortlich ist, fällt aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen aus.
2. Das Wohl des Kindes kann nicht anderweitig gewährleistet werden, insbesondere nicht durch den anderen Elternteil.
3. Der familiäre Lebensraum für das Kind soll erhalten bleiben.
4. Angebote wie die Förderung des Kindes in Tageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege sind nicht ausreichend.

Für Frau M. bedeutet dies, dass sie zunächst einen erneuten Antrag auf Haushaltshilfe bei ihrer Krankenkasse stellen müsste. Sollte dieser Antrag abgelehnt werden, könnte sie prüfen lassen, ob über die genannten Leistungen nach § 20 Abs.1 SGB VIII in ihrem Fall die Kostenübernahme einer Haushaltshilfe in Frage käme. Die Inanspruchnahme einer solchen Unterstützung würde Frau M. eine dringend benötigte Entlastung ermöglichen, indem sie ihr mehr Zeit für Ruhepausen sowie für die gemeinsame Zeit mit ihrer Tochter verschafft.

Entlastung für Mutter und Kind:

Auch sollte die KBS Frau M. auf das Angebot von Mutter-Kind-Kuren (§ 24 SGB V) aufmerksam machen, einer Möglichkeit, gemeinsame Zeit mit ihrer Tochter fernab alltäglicher Pflichten zu verbringen. Ein weiterer Baustein, durch den nicht nur Frau M., sondern besonders ihre Tochter Entlastung finden könnte, wäre die Beantragung einer Gesprächstherapie für Frau M.s Tochter. Frau M. selbst sollte bei ihrer Therapieplatzsuche unterstützt werden. Denkbar wäre sie gezielt an der KBS bekannte Psychoonkolog*innen mit Kassensitz zu verweisen.

Weiterhin gibt es in Hamburg die *Stiftung Phönix – Krebsberatung für Familien*. Diese hält u. a. ein Gruppenangebot für Kinder krebserkrankter Eltern vor, in dem, verteilt auf 12 Sitzungen, Informationsdefizite ausgeglichen, Bewältigungsstrategien erlernt und Ressourcen gestärkt werden (vgl. Phönix o. J.).

Vollmachten, Testament, Patientenverfügungen:

Frau M. fürchtet sich, die Themen Testament, Vollmachten, Patientenverfügung und Versorgung der Tochter im Todesfall anzugehen. Sie wünscht sich, dass die Sozialarbeitenden in der KBS sich diesen Themen behutsam mit ihr nähern. Denkbar wäre, sich diesen Themen im Rahmen der – auch in der KBS – erfolgenden psychoonkologischen Gespräche zu widmen. Ein solcher Termin für das Ausfüllen der Vollmachten und Patientenverfügungen und auch das Erstellen eines Testaments könnte beispielsweise nach oder vor einem psychoonkologischen Gespräch angesetzt werden.

Bezüglich der Frage der finanziellen Absicherung im Todesfall sollten die Sozialarbeitenden Frau M. über die Leistungen der Waisenrente nach § 48 SGB VI und über die Leistungen des SGB VIII für Waisenkinder aufklären. Da Frau M. angibt, ein enges Verhältnis zu ihrer Schwester und ihrer besten Freundin T. zu haben, wäre es denkbar, eine der beiden (oder beide) mit einzubeziehen. Vielleicht wären sie bereit, sich nach Frau M.s Tod – der momentan weit entfernt scheint, aber dennoch mitgedacht werden muss – um ihre Tochter zu kümmern.

4.4 Herausforderungen und Grenzen bei der sozialrechtlichen Beratung chronifiziert Kranker im mittleren Lebensalter

„In der Sozialen Arbeit (im Gesundheitswesen) spielt die Fähigkeit, den besonderen Einzelfall zu verstehen, eine wichtige Rolle“ (Jost 2013, 92).

So sind manche Personengruppen auch einem größeren Armutsrisiko – als Folge einer Krebserkrankung – ausgesetzt als andere.

Zu diesen Personengruppen gehören:

- Junge Familien (bei Erkrankung der hauptverdienenden Person)
- Alleinerziehende
- Familien, in denen der noch arbeitstätige Part wegen Pflegetätigkeiten seine Arbeitszeit reduzieren muss
- Junge, an Krebs erkrankte Menschen mit geringen Rentenansprüchen
- Einzelverdiener
- Niedriglohneempfänger
- Selbstständige

(vgl. Deutsche Krebshilfe 2020)

In meinem Telefonat mit Marie Rösler von der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie hob Rösler die Relevanz beruflicher Wiedereingliederung für an Krebs erkrankte Personen im erwerbsfähigen Alter hervor.

Als Reaktion auf diesen Bedarf wurde im Oktober 2021 die *CARES-Studie* („Cancer Rehabilitation Support By Cancer Counseling Centers“) ins Leben gerufen (vgl. Rösler/Breidenbach/Hiltrop/Schneider 2023, 12-14). In diesem drei Jahre andauernden Projekt, „[...] wird von Krebs betroffenen Menschen mit unsicherer Wiedereingliederungsprognose deutschlandweit in 20 ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen eine intensivierete Beratung und Unterstützung bei ihrer Rückkehr (bzw. ihrem Verbleib) in die Erwerbstätigkeit angeboten und dieses Angebot insbesondere hinsichtlich der Implementierbarkeit in bestehende Beratungsstrukturen wissenschaftlich evaluiert.“ (ebd.)

Die Teilnahme an der Studie ist in jeder Phase der Krankheit möglich. Der Beratungsschwerpunkt liegt auf den Bereichen Erwerbstätigkeit, berufliche Perspektiven und Existenzsicherung und orientiert sich individuell an den spezifischen Bedürfnissen der Teilnehmenden. Das Konzept der Studie folgt einem bedürfnisorientierten Ansatz (vgl. ebd.) und könnte somit als praktische Umsetzung des diesem Kapitel vorangestellten Zitats (vgl. Jost 2013, 92) gelesen werden.

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit liegen weder eine abschließende Auswertung der Studie noch belastbare Informationen über die Verstetigung des Angebots durch bestehende Beratungsstrukturen vor. Die Ergebnisse der Evaluation werden jedoch (hoffentlich) einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der sozialrechtlichen Beratung von Krebserkrankten im Erwerbsalter leisten. Für chronifiziert krebserkrankte Personen fehlt bislang ein spezifisches Angebot zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben. Die besondere Herausforderung dieser Zielgruppe liegt in der dauerhaft eingeschränkten Leistungsfähigkeit

sowie dem Status ‚unheilbar‘. Zudem kann durch die Dauertherapien der Wunsch oder vielmehr die Notwendigkeit auftauchen, Therapie und etwaige Ruhetage nach der Therapie mit der Berufstätigkeit zu vereinbaren (vgl. Taubert 2024). Dies stellt nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch Vorgesetzte und Kolleg*innen vor erhebliche organisatorische und zwischenmenschliche Herausforderungen. Flexible Arbeitszeitmodelle oder eine reduzierte Arbeitszeit könnten Abhilfe schaffen, sind jedoch nicht in allen Arbeitsbereichen leicht umzusetzen und erfordern ein hohes Maß an Verständnis und Entgegenkommen aller Beteiligten.

Ein Widerspruch zu Josts These (vgl. Jost 2013, 92) und ein Beleg für die Grenzen der sozialrechtlichen Beratung, wenn sie mit bis dato unbekannten oder kaum bekannten Problemlagen konfrontiert wird, findet sich in Umfrageergebnissen des Projekts „Krebs und Armut“. In diesem Projekt wurde analysiert, „[...]welche Veränderungen im Erwerbsleben in den Jahren nach einer Krebserkrankung auftreten.“ (Dietsche 2018, 44–46). Unter anderem wurden im Rahmen dieses Projektes in einer Querschnittsbefragung 322 Krebsbetroffene zu Veränderungen und Einschränkungen durch die Krebserkrankung befragt. 57% der Befragten gaben an, sich bei Sozialberatungen nicht ausreichend „über Inhalte und Wege zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen informiert“ (ebd.) zu fühlen. Ein häufig genannter Kritikpunkt lautete, dass eine Standardberatung erfolge, die sich nicht an individuellen Bedarfen orientiere (vgl. ebd.).

Gerade für die relativ neue Zielgruppe der chronifiziert Krebserkrankten im mittleren Lebensalter zeigt sich hier eine besondere Herausforderung: Die spezifischen Problemlagen dieser Personengruppe – wie der dauerhafte Umgang mit einer unheilbaren Erkrankung, die regelmäßige Inanspruchnahme von Therapiemaßnahmen und die damit einhergehenden Einschränkungen im Erwerbsleben – werden in den bestehenden sozialrechtlichen Regelungen des SGB bisher nur unzureichend berücksichtigt. Die Notwendigkeit einer individuellen Bedarfsermittlung und Beratung wird hier besonders deutlich, da eine einheitliche Standardberatung weder die Vielfalt noch die Komplexität der Herausforderungen dieser Zielgruppe abbilden kann. Diese Lücke offenbart dringenden Handlungsbedarf, um die sozialen und ökonomischen Folgen einer Krebserkrankung angemessen aufzufangen.

Eine mögliche Antwort könnte sich in einer Initiative der Deutschen Krebshilfe finden. Diese hat im Jahr 2024 Mittel in Höhe von drei Millionen Euro für Studien zum Themenbereich „Krebs und Armut: Soziale Ungleichheiten und soziale sowie finanzielle Folgen bei Krebserkrankungen“ bereitgestellt (vgl. Deutsche Krebshilfe 2024). Die Ergebnisse dieser Studien könnten nicht nur zu einem besseren Verständnis der Problemlagen (chronifiziert)

Krebserkrankter beitragen, sondern auch konkrete Handlungsempfehlungen liefern. Insbesondere die von der Deutschen Krebshilfe bereits 2020 formulierte Forderung nach der „Schaffung von adäquaten Rahmenbedingungen für den Verbleib im Erwerbsleben“ (Deutsche Krebshilfe 2020) könnte durch die Studienergebnisse weiter untermauert und konkretisiert werden.

In einer Befragung von 145 Sozialdiensten gaben 98 % der Teilnehmenden an, dass finanzielle Belastungen eine wesentliche Folge ihrer Krebserkrankung seien, wobei diese Belastungen in der Mehrzahl der Fälle auf die lange Krankheitsdauer zurückgeführt wurden (vgl. Surmann et al. 2021, 18). Besonders betroffen sind spezifische Personengruppen wie alleinlebende und alleinerziehende Personen sowie Patient*innen im erwerbsfähigen Alter zwischen 31 und 60 Jahren. Auch Selbständige und Personen in geringfügiger Beschäftigung weisen ein signifikant erhöhtes Risiko auf. Zudem sind Frauen und gesetzlich Versicherte (im Gegensatz zu Privatversicherten) überproportional von finanziellen Belastungen als Folge einer Krebserkrankung betroffen (vgl. ebd.).

Frau M. erfüllt als alleinerziehende Frau im erwerbstätigen Alter mit einer gesetzlichen Krankenversicherung somit fast alle Risikofaktoren, als Folge ihrer chronifizierten Krebserkrankung finanziellen Belastungen ausgesetzt zu sein. Trotz dieses hohen Risikostatus finden sich alleinerziehende Elternteile mit chronischen Krebserkrankungen bislang nicht explizit in den Sozialgesetzbüchern wieder. Aus diesem Desiderat ergibt sich eine soziale Frage, für deren Beantwortung die Sozialpolitik und für deren Bearbeitung die Soziale Arbeit zuständig sind.

Sollte die Krebserkrankung bei Frau M. zum Tode führen, so ist auch ihre Tochter sozioökonomischen Nachteilen ausgesetzt (Finanzierung des Studiums oder der Ausbildung). Diese Thematik bleibt bislang weitgehend unadressiert, sowohl in den sozialrechtlichen Regelungen als auch in der sozialpolitischen Praxis. Die bestehenden Angebote konzentrieren sich häufig auf die erkrankte Person selbst, jedoch fehlen bislang umfassende finanzielle Hilfen für die Hinterbliebenen, insbesondere Kinder, die in ihrer finanziellen Absicherung beeinträchtigt werden könnten.

Selbstständig tätige Personen, die im mittleren Lebensalter chronifiziert an Krebs erkranken und nicht freiwillig in die Rentenkasse eingezahlt oder eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben, bleibt meist nur die Möglichkeit, Bürgergeld zu beantragen oder – bei völliger Erwerbsminderung – direkt Grundsicherung zu beziehen.

Doch auch versicherungspflichtige Angestellte sind nicht vor einem Fall in die Armut geschützt, wenn sie bedingt durch veränderte Lebensläufe nicht innerhalb der fünf Jahre vor Eintritt der Erkrankung drei Jahre lang Pflichtbeiträge in die Rentenkasse eingezahlt haben. Reformen des Krankengeldes und der Erwerbsminderungsrente könnten dazu beitragen, das Armutsrisiko zu verringern (vgl. Surmann et al. 2021, 20).

Im Jahr 2023 zählt Krankheit mit einem Anteil von 13,1 % zu den häufigsten Gründen für Überschuldung in Deutschland (vgl. iff – Überschuldungsreport 2024, 50). Eine zentrale Ursache dafür liegt in der unzureichenden Deckung laufender Kosten durch Krankengeld oder Grundsicherungsleistungen, die im Krankheitsfall oft nicht ausreichen (vgl. iff – Überschuldungsreport 2024, 49). Insbesondere Menschen im mittleren Lebensalter stehen häufig vor der Herausforderung, noch keine ausreichenden finanziellen Rücklagen gebildet zu haben, auf die sie bei längerfristigen Erkrankungen zurückgreifen könnten.

Zudem gehen chronische Erkrankungen häufig mit zusätzlichen finanziellen Belastungen einher, die von den Krankenkassen nicht abgedeckt werden. Dazu zählen unter anderem die Kosten für Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, Unterstützung im Haushalt sowie erhöhte Mobilitätskosten. Diese Mehrkosten stellen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung für die Betroffenen dar. Die Verbindung von eingeschränktem Einkommen und steigenden Ausgaben verdeutlicht die prekäre Lage vieler chronisch Erkrankter.

5. Lösungsansätze

Die sozialen sowie finanziellen Folgen von Krebserkrankungen sind in Deutschland bislang nur unzureichend erforscht. Dies stellt eine erhebliche Lücke in der evidenzbasierten Entwicklung von Unterstützungsangeboten dar. Mit der Bereitstellung von drei Millionen Euro zur Förderung entsprechender Studien setzt die Deutsche Krebshilfe (vgl. Deutsche Krebshilfe 2024) nun ein wichtiges Signal, um diese Problematik sichtbar zu machen und Handlungsperspektiven zu eröffnen. Es bleibt abzuwarten, ob die spezifischen Bedarfe chronifiziert Kranker im mittleren Lebensalter in einer dieser Untersuchungen besondere Berücksichtigung finden werden.

Im folgenden Kapitel werden vier hypothetische Lösungsansätze vorgestellt, die auf die identifizierten Herausforderungen und Forschungsdesiderata eingehen. Ziel ist es,

praxisorientierte Strategien zu entwickeln, die die soziale Beratung dieser Zielgruppe stärken und deren gesellschaftliche Teilhabe langfristig sichern.

5.1 Institutionelle Netzwerkarbeit als fester Bestandteil der Arbeit in Krebsberatungsstellen

Thiersch betont, dass eine effektive Vernetzung zwischen Institutionen der Sozialen Arbeit nur dann erfolgreich sein kann, wenn die „Konzentration auf die eigene Arbeit, Isolierung und Konkurrenz“ überwunden und durch eine „neue Kollegialität“ ersetzt werden (Thiersch 2014, 129).

Eine Befragung bundesweiter Sozialdienste bestätigt diesen Bedarf aus der Perspektive der Praxis: Viele Teilnehmende äußerten in Freitextantworten den Wunsch nach einer stärkeren Vernetzung zwischen verschiedenen Akteuren und Institutionen. Genannt wurden insbesondere eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Akutkliniken und Krebsberatungsstellen sowie zwischen Behörden und Kostenträgern (Surmann et al. 2021, 19).

Vergleicht man die theoretische Perspektive von Thiersch mit den praktischen Forderungen der Befragung, so lassen sich deutliche Überschneidungen erkennen. Beide Seiten unterstreichen die Bedeutung von Vernetzung als Schlüssel, um die Unterstützung für Ratsuchende zu verbessern. Während Thiersch auf die strukturellen und professionellen Voraussetzungen einer gelingenden Vernetzung verweist, zeigt die Befragung, dass auch Betroffene konkrete Defizite in diesem Bereich wahrnehmen und ein Mangel direkte Auswirkungen auf die Beratungsqualität haben kann.

Beispiele für multiprofessionelle Vernetzung:

Kinder und Familie:

Eine Zusammenarbeit von KBS mit den Erziehungsberatungen im Sozialraum der KBS böte die Chance, unmittelbar auf Krisen oder Problemlagen der Kinder Krebserkrankter zu reagieren. Die Beratenden in der KBS sind mit ihren Methoden und Rechtsnormen vertraut, die Beratenden in einer Erziehungsberatung wiederum mit den ihren. Eine Vernetzung, auch in Form eines runden Tisches, könnte dazu beitragen, Bedarfe frühzeitig auszumachen und bereits präventiv auf sie zu reagieren. Besonders relevant ist diese Vernetzung für die Zielgruppe dieser Bachelorarbeit. Zum einen befindet sie sich im Alter der Familiengründung und –festigung, zum anderen ist die Belastung durch eine chronische Erkrankung höher als bei einem Krankheitsverlauf, der mit einer Heilung endet.

Am Beispiel Frau M.s zeigen sich die Vorteile dieser Vernetzung. Sowohl für die Erkrankte selbst als auch für ihre Tochter.

Frau M. hatte sich erst nach sieben Jahren metastasierter Krebserkrankung an eine KBS gewandt. Als Erzieherin und Mutter einer Tochter, die zu Beginn der Erkrankung im Kita-Alter war, hätte Frau M. direkt vom vielfältigen Beratungs- und Unterstützungsangebot der KBS profitieren können. Hierzu müsste die Vernetzung allerdings noch weiter ausgebaut werden, sodass Erziehungsberatungen, Kitas und Schulen in ihrem Sozialraum darüber informieren, dass in ihr Netzwerk auch KBS integriert sind.

Dergestalt hätten Frau M. und ihre Tochter sehr viel früher multiprofessionelle Unterstützung erhalten, der Überlastung zuvorkommen und Unterstützung bei der Bewältigung des Lebens mit einer unheilbaren, potenziell tödlich verlaufenden Krankheit erhalten können.

Durch eine gezielte Vernetzung bestünde also seitens der KBS die Möglichkeit, Ratsuchende über die Hilfen des SGB VIII zu informieren und sie an die Erziehungsberatungen innerhalb ihres Netzwerks zu verweisen. Umgekehrt könnten an Krebs erkrankte Eltern durch Kitas, Schulen und Erziehungsberatungen erfahren, dass sie in KBS Unterstützung erhalten können. Eine solche Vernetzung würde sicherstellen, dass betroffene Familien ganzheitlich und frühzeitig die notwendigen Hilfen erhalten.

Berufliche Umorientierung:

Die Vernetzung mit Berufsberater*innen der Bundesagentur für Arbeit könnte chronisch erkrankten Menschen dabei helfen, alternative Berufsmöglichkeiten zu identifizieren. Denn die Tatsache, dass ein bestimmter Beruf aufgrund der Erkrankung nicht mehr ausgeübt werden kann, bedeutet nicht zwangsläufig, dass dies für alle Berufe gilt.

In Frau M.s Fall würde dies bedeuten, sie mit einer Berufsberaterin in Kontakt zu bringen, die auf soziale Berufe spezialisiert ist. Vielleicht könnte Frau M. aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung einen Bürojob im sozialen Sektor übernehmen, der sie nicht kontinuierlich Krankheitserregern aussetzt.

Unter Umständen könnte sie aufgrund ihrer Berufserfahrung auch gleichwertig mit einer Sozialarbeiterin eingestellt werden und somit mit weniger Arbeitsstunden das gleiche Einkommen wie vorher erzielen. Diese spezifische Berufsberatung kann die soziale Beratung einer KBS allein nicht leisten, weshalb hier die Vernetzung ansetzt.

Auch in diesem Fall sind die Vorteile der Vernetzung wechselseitig. Die Krebsberatungsstelle (KBS) kann Ratsuchende an die Berufsberatung verweisen, während die Berufsberatung ihrerseits Ratsuchende an die KBS verweisen kann, wenn krebserkrankte Personen Unterstützung suchen.

Schulden:

Die Vernetzung mit Schuldnerberatungen im Sozialraum hätte nicht nur Vorteile für die Ratsuchenden, sondern ebenso für die Wissenschaft. So wäre das Augenmerk auf die Schuldengründe ein anderes. Für Schuldnerberater*innen wäre viel mehr im Fokus, alle an Krebs erkrankten Menschen mit dem Angebot von KBS vertraut zu machen. Bei festgestelltem erhöhtem Bedarf könnte die Forschung ansetzen, diesen empirisch zu belegen. Studien, die sozialpolitische Reaktionen nach sich ziehen, könnten insbesondere chronisch krebserkrankten Menschen helfen, sich gar nicht erst zu verschulden.

Auch könnte der Verweis von der KBS auf eine Schuldnerberatung, die sich mit den speziellen Problemlagen (chronisch) krebserkrankter Menschen auskennt, Menschen dazu motivieren, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies könnte die Hemmschwelle senken und die Bereitschaft erhöhen, notwendige Unterstützung zu suchen und anzunehmen.

Sozialdienste der Krankenhäuser und onkologische Tageskliniken des Sozialraums:

Diese Vernetzung böte die Chance, unmittelbar auf Bedarfe reagieren und vorhandene Angebote zu erweitern zu können.

Frau M. hätte nach ihrer Diagnose von einer solchen Vernetzung profitieren können, um direkt Unterstützung in Form psychoonkologischer und/oder sozialer Beratung zu erhalten.

In Punkt 5.3 wird dieser Lösungsansatz noch weiter gefasst.

5.2 Caring Communities als Bestandteil von Krebsberatungsstellen

„Eine Caring Community ist eine Gemeinschaft, in der Menschen füreinander sorgen und sich gegenseitig unterstützen. Gemeinsam wird Verantwortung für soziale Aufgaben wahrgenommen, wobei Vielfalt, Offenheit und Partizipation beachtet und gestaltet werden.“
(Caringcommunities 2023)

In der spezifischen Ausgestaltung einer Caring Community für chronifiziert an Krebserkrankte im mittleren Lebensalter innerhalb von KBS bestünde die Gemeinschaft der „Carenden“ aus Menschen, die sich selbst im mittleren Lebensalter befinden und chronifiziert an Krebs erkrankt sind. Diese Peer-to-Peer-Beratung bietet nicht nur einen niedrighschwelligen Zugang zu Unterstützung, sondern hat auch empowernde Effekte, sowohl für die Ratsuchenden als auch für die Ratgebenden.

Durch den Perspektivwechsel von der passiven Rolle der Ratsuchenden in die aktive Rolle der Ratgebenden erfahren die „Carenden“ eine Rückgewinnung von Handlungsmacht und Selbstwirksamkeit. Dies ist besonders für chronisch krebserkrankte Menschen von Bedeutung, da sie durch ihre Expertise als Langzeitbetroffene anderen Erkrankten Orientierung bieten können. Ihre über Jahre angeeigneten Erfahrungen – seien es psychische

Bewältigungsstrategien oder praxisnahe Hilfestellungen – stellen einen wertvollen Wissensschatz dar. Indem sie diesen teilen, ermutigen sie andere Betroffene und unterstützen sie bei der Bewältigung der chronischen Erkrankung. Gleichzeitig erfolgt die Beratung auf Augenhöhe, was das Vertrauensverhältnis stärkt. Ratsuchende erfahren eine besondere Form der Sicherheit und Authentizität, da die Ratgebenden die mit der Erkrankung verbundenen Unsicherheiten, Ängste und Herausforderungen aus eigener Erfahrung kennen und nachvollziehen können.

Darüber hinaus trägt die Caring Community zur Stärkung der Teilhaberrechte ihrer Mitglieder bei (vgl. Zängl 2023, 18). Sie schafft Räume, in denen Betroffene nicht nur als Empfänger von Hilfe, sondern als aktiv gestaltende Mitglieder der Gemeinschaft wahrgenommen werden. Dies kann soziale Isolation reduzieren, die Vernetzung untereinander fördern und das Gefühl von Zugehörigkeit stärken. Auf struktureller Ebene eröffnet die Integration einer Caring Community in KBS die Möglichkeit, Unterstützung nachhaltiger und bedürfnisorientierter zu gestalten, indem sowohl die Erfahrungen der Betroffenen als auch Partizipation und Solidarität konkret gelebt werden.

Die Caring Community chronisch krebserkrankter Menschen im mittleren Lebensalter als Bestandteil von KBS soll keine Konkurrenz oder gar einen Ersatz für die professionelle Beratung darstellen, sondern vielmehr als ergänzendes Angebot wirken. Während die professionelle Beratung durch ihre Fachlichkeit und systematische Herangehensweise überzeugt, bietet die Peer-to-Peer-Beratung innerhalb der Caring Community einen niedrighschwelligen Zugang und ermöglicht Betroffenen eine zusätzliche, oft emotional tiefgreifendere Form der Unterstützung.

Im besten Fall entsteht ein wechselseitiger Austausch zwischen den „Carenden“ und den professionell Beratenden, von dem beide Seiten profitieren können. Die professionell Sozialarbeitenden erhalten durch den direkten Kontakt mit der Caring Community wertvolle Einblicke in die alltäglichen, oftmals sehr individuellen Bedarfe der Betroffenen. Diese Einblicke können dabei helfen, bestehende Beratungsangebote weiterzuentwickeln und noch zielgruppengerechter zu gestalten. Gleichzeitig ermöglicht die Beteiligung an der Caring Community den „Carenden“ eine Rückgewinnung von Handlungsmacht und stärkt ihre Rolle als aktive Mitgestalter*innen der Beratungslandschaft.

Darüber hinaus bietet die Kollektivierung und Verbindung von Erfahrungswissen – sowohl das der Betroffenen als auch das der Professionellen – ein enormes Potenzial, um auf struktureller Ebene wirksam zu werden. Dieses gesammelte Wissen kann als Ressource dienen, um konkrete Bedarfe chronisch krebserkrankter Menschen sichtbar zu machen und sozialpolitische Forderungen zu untermauern. Damit wird eine wichtige Brücke zu Punkt 5.4

„Sozialarbeitende in Krebsberatungsstellen als sozialpolitische Akteur*innen“ geschlagen, wo die Rolle der Sozialarbeitenden in der Vertretung und Artikulation der Interessen dieser Zielgruppe hervorgehoben wird.

Die Integration der Caring Community in bestehende Beratungsstrukturen würde somit nicht nur eine bedürfnisorientierte Ergänzung der professionellen Beratung darstellen, sondern könnte auch zu einer langfristigen Verbesserung der Angebotsqualität und der sozialpolitischen Wirksamkeit der KBS beitragen.

5.3 Implementierung von Krebsberatungsstellen in onkologischen Tageskliniken

„Ich hätte mir einen Wegweiser gewünscht, der alle Aspekte und Auswirkungen einer Erkrankung umfasst und den Arzt wie den Patienten gut leitet und informiert.“

(Leuschner/Neupert 2024, 133-135)

Die Deutsche Krebsgesellschaft betont die Notwendigkeit, sozialrechtliche Auswirkungen onkologischer Erkrankungen, bereits ab der Diagnosestellung „systematisch“ mitzudenken (vgl. Ghadimi 2024, 98-99).

Auch wenn die Zielgruppe dieser Arbeit chronisch Krebserkrankte im mittleren Lebensalter sind, zeigt sich im obigen Zitat, dass eine frühzeitige sozialrechtliche Aufklärung grundsätzlich von Vorteil wäre. Sie kann Informationsdefizite abbauen und potenziell schwerwiegende Folgen wie z.B. Überschuldung durch finanzielle Einbußen im Krankheitsverlauf mindern. Dies verdeutlicht, wie wichtig ein niedrighschwelliger Zugang zu Beratungsangeboten ist, der nicht nur umfassend informiert, sondern auch strukturelle Barrieren abbaut.

Die Integration von KBS in onkologische Tageskliniken würde mehrere Strukturmaximen Hans Thierschs – insbesondere Alltagsnähe, Regionalisierung/Sozialraumorientierung und (sekundäre) Prävention (vgl. Thiersch 2020, 119 ff.) – praktisch umsetzen.

„Alltagsnähe meint die Präsenz der Sozialen Arbeit in der alltäglichen Lebenswelt der Adressat*innen. Alltagsnähe – so verstanden – realisiert sich z. B. darin, dass gegenüber der oft gegebenen räumlichen Distanz der Adressat*innen zu Behörden und Fachangeboten besondere Formen der Präsenz und Erreichbarkeit der Sozialen Arbeit im alltäglichen Lebensraum der Adressat*innen geschaffen werden.“ (Thiersch 2020, 119)

Am Beispiel von Frau M. lässt sich die Bedeutung dieses Prinzips verdeutlichen: Frau M. sucht ihre onkologische Tagesklinik alle drei Wochen für die Gabe ihrer Antikörpertherapie auf. Diese Klinik ist über die Jahre zu einem festen Bestandteil ihres Lebensraums geworden. Sie bezeichnet diese Tage selbst als „die Krebstage“, da sie durch die Behandlung und die anschließende Ruhezeit bestimmt sind. Wäre eine KBS in die Tagesklinik integriert, könnte

sie in ihrer „alltäglichen Lebenswelt“ (Thiersch 2020, 131) unmittelbar Unterstützung erhalten, ohne zusätzliche Wege und Terminvereinbarungen in Kauf nehmen zu müssen. Vor allem hätte Frau M. bereits ab Diagnosestellung psychosoziale und sozialrechtliche Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen können. Nicht erst sieben Jahre später.

Dies hätte zahlreiche Vorteile:

- Formalitäten wie die Verlängerung des GdB (Grad der Behinderung), Anträge zur Zuzahlungsbefreiung oder die Kostenübernahme für Therapien könnten direkt vor Ort mit einer Fachkraft der KBS geklärt werden.
- Psychosoziale Beratung oder Unterstützung bei der oft mühsamen Suche nach einem Therapieplatz wären durch die regelmäßigen Klinikbesuche einfacher zugänglich.
- Frau M. könnte sich abzeichnende soziale, familiäre und finanzielle Krisen schneller bewältigen, ohne zusätzliche Belastungen durch externe Termine oder lange Wartezeiten.

Diese Beispiele veranschaulichen, dass die Integration von KBS in onkologische Tageskliniken der Maxime der „Alltagsnähe“ (ebd.) folgen würde.

Hans Thiersch unterscheidet zwischen „primärer, sekundärer und tertiärer Prävention“ (Thiersch 2020, 128 ff.). Nach Thiersch setzt die sekundäre Prävention ein, wenn eine Krise absehbar oder bereits eingetreten ist (vgl. Thiersch 2020, 129). Chronische Krebserkrankungen sind unzweifelhaft als solche Krisen zu bewerten. Somit leisten Sozialarbeiter*innen in KBS einen essenziellen Beitrag, indem sie Betroffene bei der „Bewältigung vorhersehbarer Anforderungen“ (Thiersch 2020, 129) unterstützen. Sie intervenieren gezielt, um die Folgen dieser Krisen abzumildern und die Betroffenen bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien zu begleiten. Die Tätigkeit der Sozialen Arbeit in KBS kann daher als exemplarische Umsetzung der sekundären Prävention interpretiert werden. Diese präventive Perspektive verdeutlicht die Bedeutung einer frühzeitigen und kontinuierlichen Begleitung, um die langfristigen Auswirkungen chronischer Krebserkrankungen auf das Leben der Betroffenen zu minimieren.

In den Fördergrundsätzen für ambulante Krebsberatungsstellen findet sich in § 4 Abs. 1 die Forderung nach niedrigschwellig angebotenen Leistungen der KBS (vgl. GKV 2021).

„Niedrigschwelligkeit in der Sozialen Arbeit bezeichnet eine Kategorie [...], durch die der Zugang zu einem Hilfsangebot oder zu sozialen Diensten für Menschen, die Unterstützung benötigen, ohne große Hürden oder Anforderungen ermöglicht werden soll.“ (Konter 2019)

Dennoch ist die Niedrigschwelligkeit von KBS in der Praxis häufig eingeschränkt. Eine wesentliche Barriere stellt der ohnehin belastende Alltag der Betroffenen dar, in dem physische und psychische Ressourcen durch die Erkrankung stark beansprucht werden. Zusätzliche Termine zu koordinieren oder Kraft für jene aufzubringen, stellt insbesondere für chronisch kranke Menschen eine erhebliche Herausforderung dar. Die Anfahrt zu den Beratungsstellen – selbst in einer urbanen Umgebung wie Hamburg – kann ebenfalls eine nicht unerhebliche Belastung darstellen, insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder Energie.

In Hamburg existieren drei allgemeine ambulante Krebsberatungsstellen (zwei durch die Hamburger Krebsgesellschaft, eine durch die AWO betrieben) sowie zwei spezifische Anlaufstellen für Familien mit einem an Krebs erkrankten Mitglied (vgl. Hamburg 2024). Eine Integration von KBS in die Strukturen onkologischer Tageskliniken könnte diese Barrieren deutlich reduzieren, indem unnötige Anfahrtswege und zusätzliche organisatorische Hürden vermieden werden. Für viele Betroffene, die ihre Kräfte sorgfältig einteilen müssen, wäre dies eine erhebliche Erleichterung und ein Schritt in Richtung der tatsächlichen Umsetzung von Niedrigschwelligkeit in der Sozialen Beratung onkologisch erkrankter Menschen. Diesen Bedarf bestätigte mir auch von Marie Rösler von der ASO in unserem Telefonat. Als Reaktion darauf bietet Marie Rösler – bereits im Ruhestand – einmal im Monat Informationsveranstaltungen in den Bremer onkologischen Tageskliniken an, um Patient*innen über ihre sozialrechtlichen Ansprüche aufzuklären.

Die Implementierung von KBS in onkologischen Tageskliniken würde den Zugang zu den dort angebotenen Hilfsangeboten entschieden vereinfachen, indem:

- Der Kontakt zur KBS direkt und unkompliziert im Rahmen der regulären ambulanten Klinikbesuche erfolgen könnte.
- Sichergestellt wäre, dass Patient*innen frühzeitig auf sozialrechtliche und psychosoziale Hilfsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden würden.
- Ärzt*innen in Verlaufsgesprächen Bedarfe ausmachen und sofort mit einem Verweis auf die im Haus ansässige KBS reagieren könnten. Die Hürden, dort Hilfe in Anspruch zu nehmen, wären viel geringer, als müssten die Patient*innen erst andernorts einen Termin vereinbaren.
- Die Information, dass Beratungsmöglichkeiten für die psychosozialen und finanziellen Auswirkungen einer onkologischen Beratung existieren, würde bereits bei Erstdiagnose erfolgen.

Vorteile der Implementierung von KBS in onkologischen Tageskliniken für chronifiziert Krebserkrankte im mittleren Lebensalter:

- Langfristigkeit der Beratung: chronifiziert Krebserkrankte finden sich ohnehin regelmäßig für die Therapie in ihrer onkologischen Tagesklinik ein und könnten somit – bei Bedarf – die Therapietermine mit einem Beratungstermin verbinden.
- Sofortige Reaktion auf Veränderungen im Krankheitsverlauf: In Phasen erhöhter Belastung (zum Beispiel Fortschreiten der Krankheit, Änderung der Therapie, Auftreten von Nebenwirkungen) wäre – durch die unmittelbare Nähe und den interdisziplinären Austausch – eine zeitnahe Beratung möglich.
- Krisenintervention: Die Nachricht eines Progresses kann zu einer schweren Krise(nreaktion) führen, derer sich geschultes Personal sofort annehmen könnte. Dies gilt auch für nicht chronisch erkrankte Personen bei Erstdiagnose.

Die Implementierung von Krebsberatungsstellen in onkologischen Tageskliniken bietet eine praxisorientierte Lösung für die sozialrechtlichen und psychosozialen Herausforderungen chronisch Erkrankter. Sie ermöglicht alltagsnahe, niedrigschwellige und präventive Unterstützung, die gezielt auf die Bedürfnisse der Patient*innen eingeht. Durch die Einbindung in bestehende Strukturen wird nicht nur der Zugang zu Hilfsangeboten erleichtert, sondern auch die Effizienz der sozialrechtlichen Beratung erhöht. Dies trägt letztlich dazu bei, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und strukturelle Lücken in der Versorgung zu schließen.

5.4 Sozialarbeitende in Krebsberatungsstellen als sozialpolitische Akteur*innen

In den berufsethischen Prinzipien des *DBSH* (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.) findet sich folgende Maxime: „Die Professionsangehörigen beteiligen sich aktiv am gesellschaftlichen Diskurs.“ (DBSH 2014)

Daraus lässt sich ableiten, dass eine Aufgabe der Sozialen Arbeit darin besteht, Problemlagen, die auf der Mikroebene im direkten Kontakt mit Klient*innen identifiziert werden, auf die Makroebene zu übertragen und somit sozialpolitische Prozesse anzustoßen, die strukturelle Verbesserungen und nachhaltige Lösungen ermöglichen.

Im Positionspapier der Deutschen Krebshilfe und des Hauses des Krebs-Selbsthilfe-Bundesverbands e. V. werden zahlreiche Änderungsforderungen formuliert, die darauf abzielen, die soziale und finanzielle Belastung von Menschen mit einer Krebserkrankung zu

reduzieren. Diese Forderungen adressieren insbesondere strukturelle Lücken im Gesundheitssystem sowie in der sozialen Sicherung, die maßgeblich zur Entstehung von Armut als Folge einer Krebserkrankung beitragen.

Diese Forderungen betreffen:

- Existenzielle Absicherung: verlässliche wirtschaftliche Basis zur Existenzsicherung.
- Krankengeld: Überarbeitung des § 51 SGB V.
- Erwerbsminderungsrente: Auszahlungen in angemessener und existenzsichernder Höhe; Vereinfachung des Antragsverfahrens bei Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen.
- Krebs- und Erwerbsleben: Schaffung adäquater Rahmenbedingungen zur Sicherung des Verbleibs im Erwerbsleben.
- Krebs und Rehabilitation: Orientierung am Bedarf der Patient*innen.
- Wiedereingliederung: Schaffung flexiblerer Arbeitsformen wie Teilzeitarbeit, Homeoffice, flexiblere Arbeitszeiten; Optimierung der Verfahren zur stufenweisen Wiedereingliederung.
- Risikogruppen: Schaffung adäquater Unterstützungsmöglichkeiten für besonders armutsgefährdete und erkrankte Gruppen.
- Bürokratische Hürden: „Flexibilisierung des Leistungssystems für Krebspatienten“. (Deutsche Krebshilfe 2020)
- Beratung: Gewährleistung einer flächendeckenden Beratung durch multiprofessionelle Teams; Regelfinanzierung durch Krankenversicherungen, Rehabilitationsträger sowie Länder und Kommunen.
(vgl. Deutsche Krebshilfe 2020)

Der letzten Forderung wurde im Jahr 2021 entsprochen: Seitdem erfolgt die Finanzierung von KBS zu 80 % durch gesetzliche und private Krankenkassen (vgl. Ernst et al. 2024, S. 394–399). Weitere 15 % der Finanzierung tragen die Kommunen bei, während die verbleibenden 5 % durch einen, meist spendenfinanzierten, Eigenanteil gedeckt werden (vgl. Ernst et al. 2023, S. 181–183).

Zur Umsetzung der verbleibenden Forderungen wird es notwendig sein, den politischen Druck auf Entscheidungsträger*innen in Bund und Ländern weiter zu erhöhen.

Eine Zunahme des Armutsrisikos tritt insbesondere bei langen Krankheits- und Behandlungsverläufen auf (vgl. Walther 2010). Chronisch krebserkrankte Menschen im mittleren Lebensalter sind daher einem besonders hohen Armutsrisiko ausgesetzt – eine

Problematik, der bislang keine ausreichende gesellschaftliche und politische Beachtung geschenkt wurde.

Sozialarbeitende in KBS, die tagtäglich mit den individuellen und strukturellen Auswirkungen dieses Risikos konfrontiert sind, haben das Potenzial, als Sprachrohr ihrer Klient*innen zu agieren. Durch einen bundesweiten Zusammenschluss aller KBS könnten Sozialarbeitende eine starke Lobby für besonders gefährdete Gruppen, wie chronisch krebserkrankte Menschen im mittleren Lebensalter, bilden. Gemeinsam könnten sie auf die spezifischen Belastungen dieser Risikogruppe und deren gesamtgesellschaftliche Implikationen aufmerksam machen, schließlich werden soziale Probleme erst „[...] über ihre erfolgreiche Etablierung in öffentlichen und politischen Diskursen als relevant und sinnvoll erachtet.“ (Groenemeyer 2010, 23)

Auf der Mikroebene zeigt das Beispiel von Frau M. die besonderen Belastungen auf, denen alleinerziehende Elternteile mit einer chronifizierten Krebserkrankung ausgesetzt sind. Diese Problemlagen könnten von Sozialarbeitenden in KBS auf die Makroebene übertragen werden, da „[...] Benachteiligungen und Diskriminierungen deutlich zu machen [...]“ (Jost 2013, 193) zu den zentralen Aufgabenbereichen der Sozialen Arbeit gehört.

Eine stärkere Zusammenarbeit mit durch das SGB VIII finanzierten Beratungsstellen könnte dabei helfen, die spezifischen Herausforderungen alleinerziehender Elternteile mit einer chronischen Krebserkrankung sichtbarer zu machen. Nicht nur der erkrankte Elternteil, sondern auch das betroffene Kind benötigt besondere Unterstützung – sowohl sozialer als auch finanzieller Natur. Bisher ist diese Unterstützung jedoch nur marginal vorhanden.

Darüber hinaus verdeutlicht Frau M.s Fall exemplarisch die Situation chronifiziert krebserkrankter Menschen im mittleren Lebensalter, deren gesundheitliche Einschränkungen zwar nicht so weitreichend sind, dass sie vollständig arbeitsunfähig wären, die aber dennoch nicht mehr in der Lage sind, ihren ursprünglichen Beruf unter den bisherigen Bedingungen weiterhin auszuüben.

Vermeintliche Einzelfälle wie der Fall von Frau M. bleiben nur so lange unsichtbar, bis sie auf gesellschaftlicher und politischer Ebene thematisiert werden. Wenn viele Einzelfälle gebündelt sichtbar gemacht werden, entsteht daraus eine soziale Frage, die von der Sozialpolitik nicht länger ignoriert werden kann.

6. Fazit

„An diesem Tag Mitte September 2023 wurde mir klar, dass auch die Mitarbeitenden der Sozialversicherungen keinen Überblick über die verschiedenen

Leistungen haben. Das Problem mit mir war, dass ich vom erprobten Normalfall abweiche.“ (Kolbe 2024)

Diesen Satz verfasste die einunddreißigjährige, an chronifiziertem Krebs erkrankte, Karolin Kolbe im Sommer 2024, einige Monate vor Fertigstellung dieser Bachelorarbeit. Obwohl Kolbe mit 31 Jahren noch nicht zur Zielgruppe dieser Arbeit zählt, lässt sich das von ihr geschilderte Problem nahtlos auf die hier behandelte Zielgruppe übertragen. Die Abweichung vom „erprobten Normalfall“ (Kolbe 2024) ist kein Einzelfall mehr, sondern eine häufige Realität für chronifiziert an Krebs erkrankte Menschen im mittleren Lebensalter.

Veränderte Lebensläufe und die mit chronischen Erkrankungen einhergehenden Einschränkungen führen dazu, dass auch Personen ab 35 Jahren häufig nicht in standardisierte Leistungsschemata passen. Dies bringt nicht nur Unsicherheiten auf Seiten der Betroffenen mit sich, sondern überfordert oftmals auch die zuständigen Sachbearbeiter*innen in den Sozialversicherungen und Ämtern.

Hier offenbart sich die dringende Notwendigkeit, Beratungs- und Unterstützungsangebote, die auf die Bedürfnisse chronisch krebserkrankter Menschen im mittleren Lebensalter abgestimmt sind, auszubauen, strukturelle Barrieren abzubauen und somit eine bedarfsgerechte Versorgung dieser relativ neuen Zielgruppe sicherzustellen.

Während in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche nicht ohne ein vorangegangenes Schwangerschaftskonfliktgespräch vorgenommen werden dürfen, sind Menschen nach Erhalt einer onkologischen Diagnose oftmals ohne Beratung, was die psychosozialen und sozioökonomischen Belastungen und Herausforderungen betrifft, die eine Krebserkrankung mit sich bringt. Ein verbindliches Aufklärungsgespräch, das diese Dimensionen berücksichtigt, könnte präventiv wirken, indem es beispielsweise auf finanzielle Belastungen hinweist, die sich aus einer langen Krankheitsdauer ergeben, und so frühzeitig Lösungsansätze aufzeigt. Eine nachhaltige Entlastung jedoch kann nur durch sozialpolitische Maßnahmen erfolgen, die die spezifischen Bedürfnisse dieser Personengruppe anerkennen und adressieren.

Die Arbeitswelt in einer leistungsorientierten Gesellschaft ist primär auf Menschen ausgelegt, die ihre Arbeitskraft uneingeschränkt einbringen können. Chronisch erkrankte Personen, deren Arbeitsfähigkeit zwar vorhanden, jedoch eingeschränkt ist, werden in diesem System oft marginalisiert. Ein gesellschaftlicher Wandel ist hier dringend erforderlich – nicht nur angesichts der verlängerten Überlebenszeiten bei unheilbaren Krebserkrankungen, sondern auch im Kontext der zunehmenden Zahl von Menschen mit Long COVID. Diese Menschen stehen vor besonderen Herausforderungen, die in bestehenden sozialen Sicherungssystemen nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Eine Reform des Krankengeldes und der Erwerbsminderungsrente ist in diesem Zusammenhang unabdingbar. Die Sozialpolitik muss auf die spezifischen Lebensrealitäten dieser Betroffenen reagieren und ihnen angemessene Unterstützung bieten.

Hierbei übernimmt die Soziale Arbeit eine zentrale Rolle, indem sie Missstände sichtbar macht, betroffene Menschen unterstützt und deren Anliegen in die sozialpolitische Diskussion einbringt. Auf diese Weise trägt sie nicht nur zur Verbesserung individueller Lebenslagen bei, sondern ebnet auch den Weg für notwendige strukturelle Veränderungen.

Sozialarbeitende in KBS stehen hierbei besonders im Fokus, da sie täglich mit den direkten und vielschichtigen Auswirkungen einer chronifizierten Krebserkrankung im mittleren Lebensalter konfrontiert sind. Diese spezifischen Erfahrungen bieten eine wertvolle und konstruktive Grundlage, um auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe aufmerksam zu machen und zielgerichtete Maßnahmen zu entwickeln.

Um die psychosoziale und finanzielle Lebenslage der Betroffenen zu verbessern, bedarf es eines ganzheitlichen Ansatzes. Dies könnte durch multiprofessionelle Vernetzung erreicht werden, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Regelmäßige Fortbildungen stellen sicher, dass Sozialarbeitende über aktuelle Entwicklungen informiert bleiben und ihre Kompetenzen kontinuierlich erweitern. Ebenso kann die Initiierung eigener Studien dazu beitragen, die sozialen und finanziellen Belastungen, die eine chronifizierte Krebserkrankung im mittleren Lebensalter mit sich bringt, empirisch zu belegen und bislang unerkannte Herausforderungen zu identifizieren.

Ein weiterer wichtiger Schritt wäre die Implementierung von KBS in onkologischen Tageskliniken (vgl. Punkt 5.3). Diese könnte den Zugang zu Beratungsleistungen erleichtern und die Betreuung der Betroffenen effizienter gestalten. Durch diese und ähnliche Ansätze können Sozialarbeitende in KBS nicht nur zur Verbesserung individueller Lebenslagen beitragen, sondern auch den Weg für strukturelle Veränderungen ebnen.

Diese Arbeit wurde aus der Perspektive einer weißen Frau ohne Migrationshintergrund verfasst. Auch das Beispiel von Frau M. hat eine Person mit diesen Privilegien in den Fokus gestellt. Diese eingeschränkte Perspektive ist als Kritikpunkt zu betrachten, da sie wichtige Dimensionen von Vielfalt außer Acht lässt. Es bleibt unberücksichtigt, dass es (chronisch) an Krebs erkrankte Menschen (im mittleren Lebensalter) gibt, die zusätzlich mit den Herausforderungen einer Flucht konfrontiert sind. Diese Personen stehen vor spezifischen Barrieren, wie etwa der anfänglichen Sprachbarriere, die eine effektive Kommunikation mit Ärzt*innen und Beratungsstellen erschwert und praktische Übersetzungshilfen erforderlich macht. Diese Übersetzungshilfen könnten und sollten auch Teil der Arbeit von KBS sein.

Vielleicht sogar in Form einer Caring Community, die sich aus Krebserkrankten mit Migrationshintergrund zusammensetzt.

Darüber hinaus wurden rassistische Diskriminierungserfahrungen, wie sie nicht-weißen Patient*innen widerfahren können, in dieser Bachelorarbeit nicht thematisiert. Diese Form von Mehrfachbelastung – durch die Erkrankung und durch strukturelle Diskriminierung – stellt eine zusätzliche Herausforderung dar und böte Stoff für eine eigene Bachelorarbeit, wenn nicht sogar Forschung, die sich mit einer intersektionalen Perspektive der Herausforderungen (chronifiziert) Krebserkrankter (im mittleren Lebensalter) annimmt.

Literaturverzeichnis

- Adlkofer, U./Bruns, G./Pindl, M./Schröter K./Stecker P. (2021): Soziale Arbeit in der ambulanten Krebsberatung. In Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (2021) (36), 12-15.
- AG Lonko (2021): („Langzeitüberleben nach Krebs“) im Nationalen Krebsplan. Unterarbeitsgruppe „Bedarfsgerechte Versorgungsmodelle“. Empfehlungspapier. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Empfehlungspapier_UAG_Versorgungsmodelle_AG_LONKO_bf.pdf (Zugriff 16.11.2024).
- Ansen, H. (2006): Am Scheideweg. Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen muss sich theoretisch und praktisch neu verorten. In: Blätter der Wohlfahrtspflege (2006) (3), 96/99.
- Ansen, H. (2008): Soziale Beratung in der klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Ortmann, K./Röh, D. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. 1. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 51–69.
- Baltes P./Salthouse T. (2011): Lernen und Leistung im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Online unter: https://www.psychologie.uni-freiburg.de/studium.lehre/bachelor.of.science/skripte/frueheresem.html/vorlesung-entwicklungspsychologie/vl_ep06_aeltere_pdf (Zugriff 08.11.2024).
- Behrens, Ch. (2023): Lebensphasen verstehen und gestalten. Ressourcenorientierte Impulse zur Neuorientierung. 1. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Brodmerkel, A. (2024): Krebs – Steter Wandel zur chronischen Krankheit. Online unter: <https://www.envivas.de/magazin/gesundheitswissen/krebs-wandel-zur-chronischen-krankheit> (Zugriff 08.11.2024).
- Bundesministerium für Gesundheit (2024): Chronisch kranke Menschen. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-krank-menschen.html> (Zugriff 21.11.2024).
- Bundesgesundheitsministerium (2024): Zuzahlungen bei schwerwiegend chronisch Kranken. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-krankenversicherung.html> (Zugriff 01.12.2024).
- Caringcommunities (2023): Home. Online unter: <https://caringcommunities.ch/cc/caring-community/> (Zugriff 17.12.2024).
- DBSH (2014): Berufsethische Prinzipien des DBSH. Handeln in der Öffentlichkeit. In: Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. Online unter: https://www.dbsh.de/media/dbsh-bund/Profession/2015-02-08_DBSH_Berufsethik_2014.pdf (Zugriff 28.12.2024).

- Dettmers, S. (2021): Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In: Dettmers, S./Bischkopf J. (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt, 18–27.
- Deutsche Krebsgesellschaft (2021): Intensive Begleitung bei der Rückkehr in den Beruf. Online unter: <https://www.krebsgesellschaft.de/studie-berufslotsen.html> (Zugriff 01.12.2024).
- Deutsche Krebshilfe (2020): Krebs und Armut – Positionspapier der deutschen Krebshilfe und des Haus der Krebs-Selbsthilfe-Bundesverband e. V. Online unter: https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Stellungnahmen/Deutsche_Krebshilfe_-_Positionspapier_Krebs_und_Armut.pdf (Zugriff 18.12.2024).
- Deutsche Krebshilfe (2024): Förderungsschwerpunktprogramm „Krebs und Armut: Soziale Ungleichheiten und soziale sowie finanzielle Folgen bei Krebserkrankungen“. Online unter: https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Foerderung/Krebs_und_Armut/Deutsche_Krebshilfe_-_Foerderschwerpunktprogramm_Krebs_und_Armut__Antragsleitfaden_.pdf (Zugriff 12.12.2024).
- Dietsche, S.: Sozioökonomische Folgen von Krebs – Tumorerkrankungen als Armutsrisiko (2023). In: InFo Hämatologie und Onkologie 2023 (26), 38–44.
- Dietsche, S.: Krebs und Armut – Zu den sozioökonomischen Folgen einer Krebserkrankung. In: Spectrum Onkologie 2018 (7), 44–46.
- DVSG-Grundsatzpapier (2010). Soziale Arbeit in der Onkologie – Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen. Online unter: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionierung-Sozialarbeit-Onkologie-2010-06.pdf (Zugriff 13.11.2024).
- Ernst, J./Mehnert, A./Weis, J./Faust, T./Giesler, J.M./Roick, J. (2016): Sozialrechtliche Beratung in ambulanten Krebsberatungsstellen. In: Bundesgesundheitsblatt 2016 (59), 1476–1483.
- Ernst, J./Heyne, S./Mehnert-Theuerkauf, A./Kuhnt, S. (2023): Die Förderung ambulanter Krebsberatungsstellen durch Krankenkassen. In: Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2023 (38), 181–183.
- Ernst, J./Heyne, S./Mehnert-Theuerkauf, A./Kuhnt, S. (2024): Ambulante Krebsberatungsstellen (KBS) in Deutschland – Versorgungsauftrag, Leistungsspektrum, Finanzierung. In: Die Onkologie 2024 (30), 394–399.
- Faltermeier, T./Mayring P./Saup W./Strehmel, P./Leplow, B./von Salisch, M. (2014): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. 3. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Morciszek, M. (2021). Resilienz und Resilienzförderung im frühen und mittleren Erwachsenenalter. In: Fröhlich-Gildhoff, K., Rönna-Böse, M. (Hrsg.): Menschen stärken. Studien zur Resilienzforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer, 201–214.
- Ghadimi, M.: Wenn Krebs zu sozialrechtlichen Fragestellungen führt: sozialrechtliche Fragestellungen in der Onkologie. In Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2024 (39), 98-99.

- Groenemeyer, A. (2010): Doing Social Problems im Kontext der Problematisierung sozialer Probleme. In: Groenemeyer, A. (Hrsg.): Doing Social Problems: Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme und sozialer Kontrolle in institutionellen Kontexten. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 18–40.
- Göbel, R. (2021): Survivorship aus Sicht der Betroffenen. In: Die Onkologie 2021 (27), 771–776.
- GKV-Spitzenverband (2021): Fördergrundsätze des GKV-Spitzenverbandes für ambulante Krebsberatungsstellen gemäß § 65e SGB V. Online unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/kbs/2023_05_24_KBS_Foerdergrundsaeetze_ab_01.09.2021_ergaenzt.pdf (Zugriff 28.11.2024).
- Hamburg (2024) Unterstützung und Beratung vor Ort. In Beratung und Information – Krebserkrankungen. Online unter: <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/gesundheit/gesundheitsfoerderung/krebserkrankungen-33240> (Zugriff 13.12.2024).
- Hellberg-Naegele, M. (2019): Ist Krebs eine chronische Erkrankung? In Pflegezeitschrift 2019 (72), 53–55.
- Herriger, N. (2020): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 6. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Holzwarth, J. (2023): Schwerbehindertenausweis bei Krebs: Was muss ich wissen? Online unter: <https://daskrebsportal.de/leben-mit-krebs/krebs-rechtliches-soziales/schwerbehindertenausweis-bei-krebs-was-wichtig-ist> (Zugriff 01.12.2024).
- Iff-Überschuldungsreport 2024 – Überschuldung in Deutschland (2024): Hauptgründe für die Überschuldung der Beratenen: Gesundheitliche Aspekte werden zum Hauptgrund. Online unter: <https://www.iff-hamburg.de/wp-content/uploads/2024/09/ueberschuldungsreport-2024.pdf> (Zugriff 14.12.2024).
- Ihrig, A./ Akkus, F. D./ Bruns, G./ Bessler, M./ Knurr, A./ Friederich, H.-Ch. / Bugaj, T. J. (2024): Psychosoziale Krebsberatungsstellen in Deutschland. Online unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-024-01114-2> (Zugriff 13.11.2024).
- Jost, A. (2013): Gesundheit und Soziale Arbeit. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kolbe, Karolin (2024): Dauernd hörte ich den Satz: „Da sind wir nicht zuständig“. Online unter: <https://www.zeit.de/arbeit/2024-07/sozialhilfe-erwerbsminderung-sozialesystem-krankheit-armut> (Zugriff 22.12.2024).
- Konter A. (2019): Niedrigschwelligkeit. Online unter: <https://www.socialnet.de/lexikon/Niedrigschwelligkeit> (Zugriff 28.11.2024).
- Krebshamburg (2021): Abschlussbericht. Prospektive, formative und summative Evaluation der Beratungs- und Kursangebote der Krebsberatungsstellen Eppendorf und Harburg der Hamburger Krebsgesellschaft e.V. Online unter: https://krebshamburg.de/wordpress/wp-content/uploads/2022/02/Abschlussbericht_Evaluation-der-Krebsberatungsstellen_2022.pdf (Zugriff 23.12.2024).

Krebshamburg (o.J.): Leitsätze zur Krebsberatung. Online unter: <https://krebshamburg.de/leitsaetze-zur-krebsberatung/> (Zugriff 13.11.2024).

Kürschner, D./Rösler, M./Helbig, U. (2012): Krebsberatung als Aufgabe der Landeskrebsgesellschaften. In: Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2012 (27), 278–281.

Lenz, A. (2011): Aktivierung personaler Ressourcen. In: Lenz, A. (Hrsg.): Empowerment. Handbuch. 1. Aufl. Tübingen: DGVT, 203–222.

Leuschner, N./Neupert, I. (2024): Zwischen den Stühlen: Navigieren durch den Bürokratiedschungel aus Patientensicht und die Anforderungen an professionelle Beratung. In: Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2024 (39), 133-135.

Ortmann, K./Waller, H. (2005): Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In: Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit: eine Erkundung der Praxisfelder. 1. Aufl. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren .

Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Phönix (o.J.): Krebsberatung für Familien. Online unter: <https://www.phoenix.de/beratung/projekte/> (Zugriff 10.12.2024).

Rösler, M./Breidenbach, C./Hiltrop, K./Schneider, S. (2023): Intensivierte psychosoziale Unterstützung für an Krebs Erkrankte bei der Rückkehr in die Erwerbstätigkeit. In: Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2023 (38), 12–14.

Rösler, M./Bohnenkamp, H./Einecke-Renz, M. (2020): Die ambulante psychosoziale Krebsberatung der Landeskrebsgesellschaften in Zahlen. In: Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2020 (35), 489–492.

Schneider, S./Walther, J. (2021): Soziale Arbeit in der Onkologie. In: Dettmers, S./Bischkopf J. (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt, 212–221.

Sontag, Susan (2003): Krankheit als Metapher, Aids und seine Metaphern. 6. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.

Surmann, B./Lingnau, R./Witte, J./Walther, J./Mehlis, K./Winkler, E.C./Greiner, W. (2021): Individuelle finanzielle Belastungen infolge einer Krebserkrankung aus der Perspektive von Sozialdiensten in Deutschland. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2021 (161), 16–23.

Staub-Bernasconi, S. (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2. Aufl. Leverkusen: UTB.

Stimmer, F./Ansen, H. (2016): Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. 1. Aufl. Stuttgart: Ernst Kohlhammer.

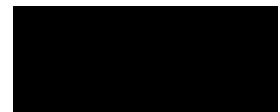
Taubert, A. (2024): Sozialrechtliche Leistungsansprüche onkologischer Patient*innen – ein Überblick. In: Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2024 (39), 108-112.

- Theuerkauf, A./Ernst, J./Bruns, G./Wickert, M./Weis, J. (2021): Ambulante Krebsberatung: Stand und Zukunftsperspektiven. In: In: Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2021 (36), 305-309.
- Thiersch, H. (2014): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Thiersch, H./Lob-Hüdepohl, A. (2018): Moral und Soziale Arbeit. In: Ott0, H-U./Thiersch, H./Treptow, R./Ziegler, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt, 1032–1045.
- Thiersch, H. (2020): Lebensweltorientierte Arbeit revisited: Grundlagen und Perspektiven. 1. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Walther, J. (2010): Krebs und Armut. In: Forum – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. 2010. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12312-010-0573-3> (Zugriff 18.12.2024).
- Wicki, W. (2024): Entwicklungspsychologie. 3. Aktualisierte Aufl. München: UTB.
- Zängl, P.: Was ist eine Caring Community? In: Sempach, R./Steinebach, C./Zängl, P. (Hrsg.): Care schafft Community – Community braucht Care. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 3-24.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 03.01.2025



Unterschrift