



RETURN TO WORK – LEISTUNG MIT/NACH/TROTZ KREBS

Arbeitswiedereingliederung nach krebsbedingter Absenz

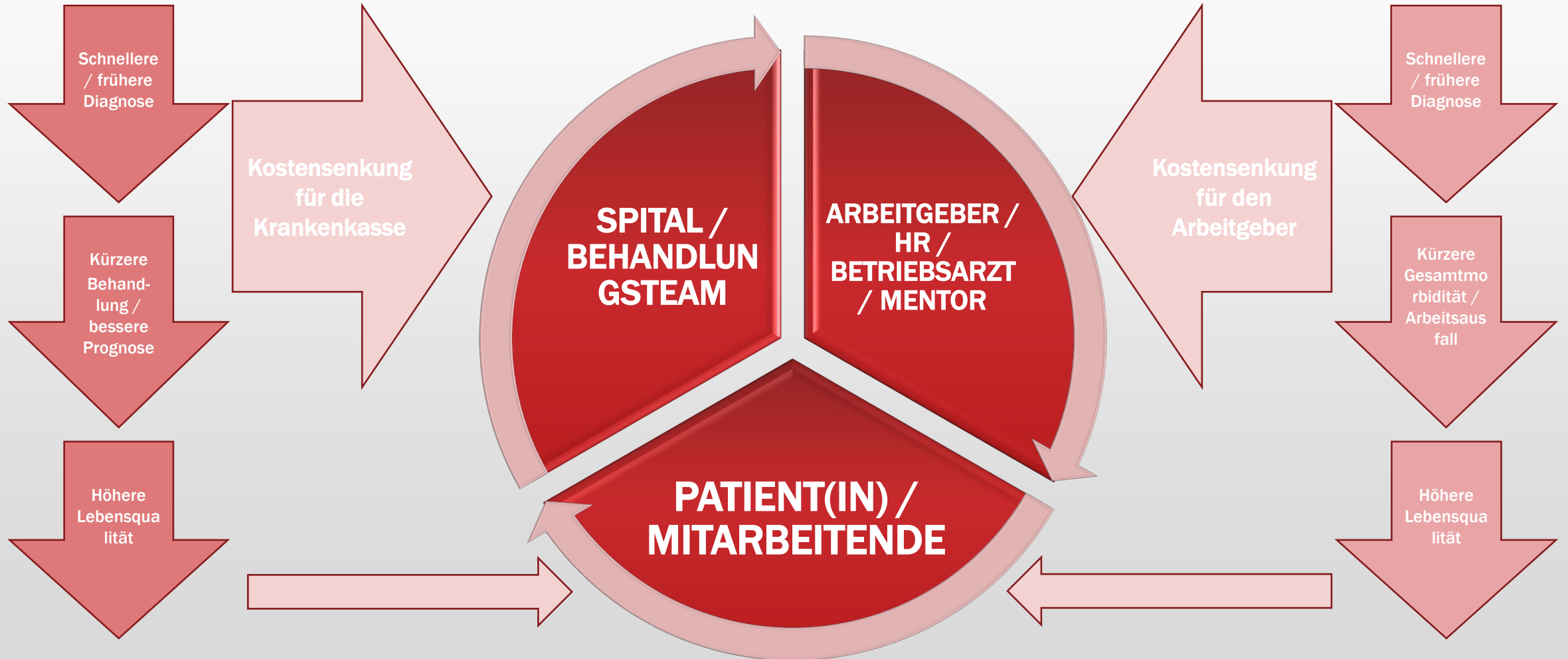
DR.MED. SANDRA KOROSCEC JENSEN, JENSEN HEALTH SERVICES
Mammakarzinom-Survivor | Wettkampfathletin

EXPERTENGRUPPE CANCER SURVIVORSHIP | ANLASS «BERUFLICHE
INTEGRATION NACH ODER MIT EINER KREBSERKRANKUNG»
INSELSPITAL | 20. 5. 2026





INVOLVIERTE PARTEIEN





ARBEITSWIE DEREINGLIE DERUNG

ZAHLEN-FAKTEN-THERAPIE





VORTEILE DER ARBEITSWIEDEREINGLIEDERUNG

MEHRWERT FÜR DEN PATIENTEN

- Schnellere Genesung
- Vorbeugung der Komorbiditäten
- Kraftwiederaufbau gegensteuert Fatigue
- Identitätswiederaufbau (weg von dem Krebspatienten) und psychologische Genesung beugen Depression und Isolation vor

MEHRWERT FÜR DIE KOSTEN

- Vorbeugen der Absenzen, Arbeitsunfällen, Präsentismus, vorzeitigem Tod, Komorbiditäten
- Senkung der direkten- und indirekten Gesundheitskosten
- Hoher ROI (25:1) – mehrfacher Gewinn



KREBSZAHLEN IN DER SCHWEIZ

- Inzidenz/Jahr: 21500 Frauen, 26500 Männer
- Prävalenz: 460`000 (25% der u70J Bevölkerung und cca 33% der 50-69J)
- Sterberate/Jahr: 17100 / 7800 F / 9300 M (29%M/23%F Todesfälle)
- Überlebensrate 5 Jahre: 70% F / 69% M
- Überlebensrate 10 Jahre: 10-95% (Darm&Brust 65-75%, Melanom 85-90%, Lunge 0-20%); Kinder und Jugendliche- 87%
- 20-50% aller Krebserkrankungen könnten durch Prävention vermieden werden.
- Rückkehr der KrebspatientInnen zum Erwerb – im Schnitt 10 Jahren nach der Krebsdiagnose (wo nur 3 Jahren an die Krankheit und dessen Behandlung entfallen)
- BAG, Krebsliga, ZHAW, SOHC/SAKK 2025, Krebsforschung Schweiz, Hirslanden, Pädiatrie Schweiz

KREBSTHERAPIE – AKZEPTANZ - PRÄVENTION - KOSTEN

Die Schweiz gibt pro Kopf der Bevölkerung mehr für Krebs aus als der Rest Europas

Direkte Gesamtkosten von Krebs (€, bereinigt um Kaufkraftparität) für ausgewählte europäische Länder, 2023

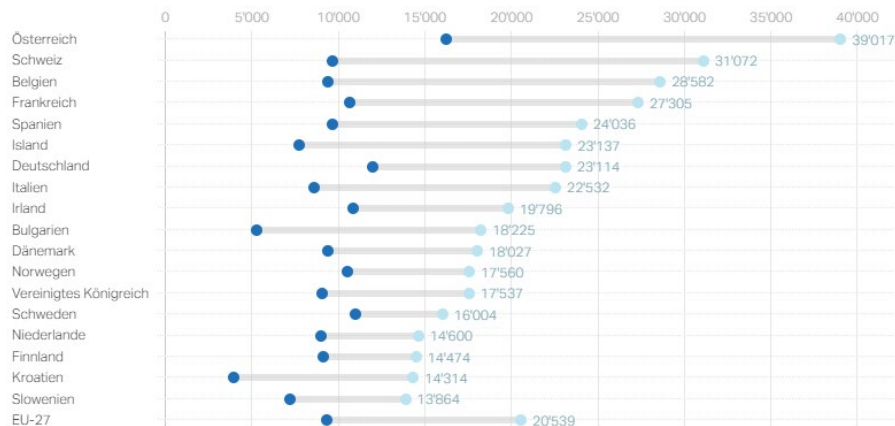
Land	Direkte Kosten (Mio. €)	Kosten pro Kopf (€)
Schweiz	3'749	425
Deutschland	33'814	400
Luxemburg	261	391
Niederlande	6'589	369
Österreich	3'135	343
Frankreich	23'441	343
Belgien	3'713	315
Norwegen	1'435	259
Schweden	2'540	240
Vereinigtes Königreich	13'887	219
Italien	12'474	211
Dänemark	1'194	201
EU-27	117'361	268

Tabeller: jdp • Quelle: EFPIA, IHE • [Daten herunterladen](#)

SWI swissinfo.ch

Die Schweiz und Österreich geben viel mehr für Krebsmedizin aus als andere europäische Länder

Ausgaben für Krebsmedikamente pro Krebsfall, 2014 und 2023 (in €) basierend auf Listenpreisen



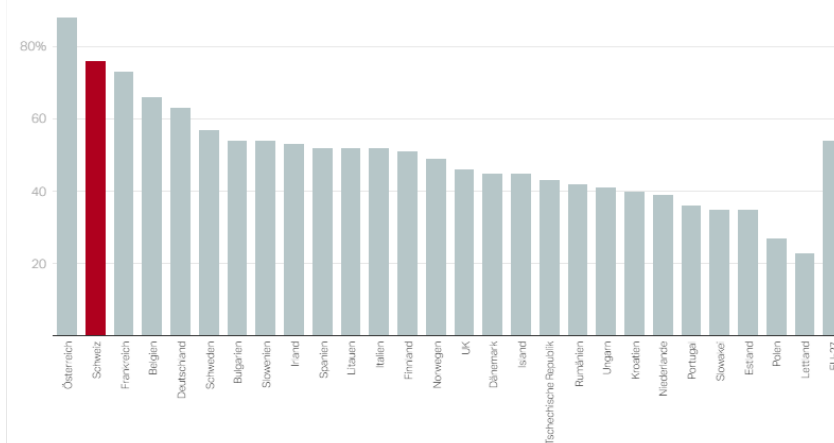
Die Listenpreise sind wahrscheinlich eine Überschätzung der effektiven Preise, wenn man die Preisnachlässe/Rabatte berücksichtigt.

Grafik: jdp • Quelle: EFPIA, IHE • [Daten herunterladen](#)

SWI swissinfo.ch

Österreich und die Schweiz haben die höchste Akzeptanz neuer Krebsmedikamente

Die Akzeptanz neuer Krebsmedikamente in einem Land im Vergleich zu dem Land mit der höchsten Akzeptanz in 12 Krebskategorien. Der theoretische Höchstwert liegt bei 100%. Daten von 2023.

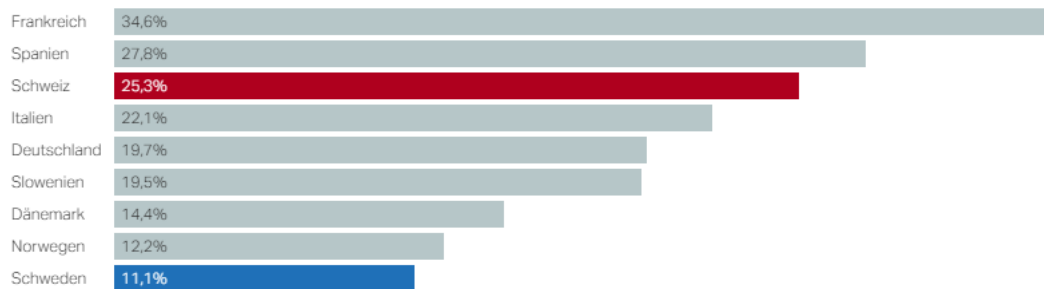


Grafik: jdp • Quelle: Schwedisches Institut für Gesundheitsökonomie • [Daten herunterladen](#)

SWI swissinfo.ch

Schweden hat europaweit den niedrigsten Anteil an Raucherinnen und Rauchern

Prozentsatz der Bevölkerung ab 15 Jahren, die gegenwärtig irgendeine Art von Tabak raucht (%)

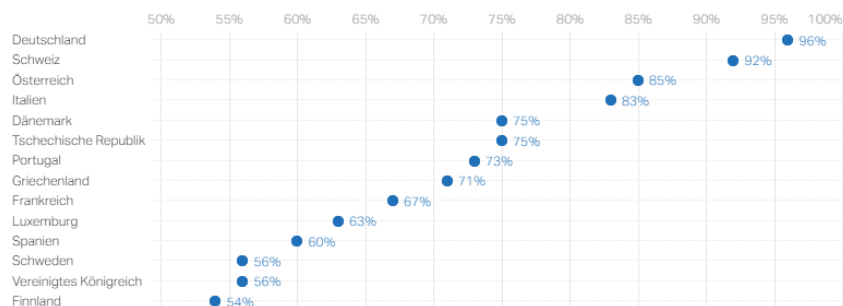


Grafik: jdp • Quelle: WHO • [Daten herunterladen](#)

SWI swissinfo.ch

Deutschland und die Schweiz erstatten den grössten Teil der Krebstherapien

Erstattungsstatus neuer Krebsmedikamente, die von der Europäischen Arzneimittel-Agentur im Zeitraum 2019-2022 genehmigt werden (in % erstattet)



Grafik: jdp • Quelle: IHE • [Daten herunterladen](#)

SWI swissinfo.ch

Schweiz:

- **Hohe Kosten bei durchschnittlichen Resultaten**
- **Dürftige Prävention**
- **Hohe Kostenübernahme**
- **Hohe Akzeptanz der Medikamente**



ARBEITSWIEDEREINGLIEDERUNG IM INTERNATIONALEM VERGLEICH (1)

Schweiz: hohe Qualität des Gesundheitssystems, Zugang zur OnkoReha erschwert (KVG deckt nur kantonal); das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IV) ermöglicht eine schrittweise Wiedereingliederung und bietet theoretisch finanzielle Unterstützung oder Beruf coaching, während praktisch gesetzlicher Diskriminierungsschutz im internationalen Vergleich schwach ist und IV-Bezüger mit Stigmatisierung und Hürden bei der Kündigung und Stellessuche kämpfen. Zugang zu den Unterbringungsmöglichkeiten eingeschränkt.

Niederlande: Bekannt für strukturierte (wenn auch manchmal starre) Wiedereingliederung. Das „Gatekeeper Improvement Act“ (Wet verbetering Poortwachter) verpflichtet Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die RTW während der ersten beiden Jahre der Krankschreibung gemeinsam zu verwalten. Arbeitgeber sind verpflichtet, mindestens 70 % des Gehalts zu zahlen, und ArbeitsmedizinerInnen sind intensiv in die Beratung zu Unterbringungsmöglichkeiten eingebunden.

Deutschland: gesetzliche Renten- und Krankenkassen bieten, neben den Arbeitgebern finanzielle Anreize, in die medizinische und berufliche Rehabilitation zu investieren.

Belgien: verfügt über eine starke Spitalunterstützung und Gesetze zum „Recht auf Vergessenwerden“, um Diskriminierung in Beschäftigung und Finanzdienstleistungen zu verhindern.

Frankreich: Verwendet grosse prospektive Kohortenstudien – wie die CANTO-Studie –, um nachhaltige RTW zu überwachen, was zeigt, dass betriebliche Unterkünfte die Bindung insbesondere von Brustkrebsüberlebenden stark steigern.

USA und UK: RTW verlässt sich stark auf arbeitgeberspezifische Richtlinien und nicht auf strenge zentrale Vorgaben. Der britische NHS konzentriert sich auf eine schnelle Diagnose (z. B. die 62-Tage-Regel für dringende Überweisungen), während die USA Gesetze wie den Family and Medical Leave Act (FMLA) und den Americans with Disabilities Act (ADA) nutzen, um Arbeitsplatzschutz und angemessene Vorkehrungen vorzuschreiben.

Quelle: Krebsliga 2020, Mewes 2015, Schellack 2025



ARBEITSWIEDEREINGLIEDERUNG IM INTERNATIONALEM VERGLEICH (2)

- „Krebsbedingte Arbeitsunfähigkeit wird jedoch anders gehandhabt als bei weniger schwerwiegenden Erkrankungen; teilweise aufgrund von Tabus, der Zurückhaltung, mit einem möglicherweise tödlich erkrankten Abwesenheitsteilnehmer über die Arbeit zu sprechen, und aus Gründen des Mitgefühls für diese Person. Darüber hinaus ist der Krebsüberlebende mit diesen Herausforderungen allein gelassen, obwohl die Mehrheit der Krebsüberlebenden motiviert ist und den Wunsch hat, zur Arbeit zurückzukehren.“ (Stapelfeldt et al. *BMC Public Health* (2015), DK)
- “Überlebende, die innerhalb von 5 Jahren diagnostiziert wurden, berichteten auch über mehr Präsentismus als Kontrollpersonen. Viele Studien berichteten, dass die Komplikationen im Zusammenhang mit Krebs und seiner Therapie (z. B. Müdigkeit und Depression) mit der Arbeitsleistung der Überlebenden verbunden waren. Eine vielfältige Intervention für die verschiedenen in dieser Überprüfung identifizierten Faktoren würde eine Verbesserung der Arbeitsleistung bei berufstätigen Überlebenden erleichtern ...“, Brustkrebsdaten zeigen Erschöpfung und Müdigkeit (46,8 % vs. 25 %), insgesamt eine bessere Arbeitsfähigkeit (8,2 % vs. 8,6 %), geringere körperliche (79 % vs. 91 %) und geistige (Arbeitsfähigkeit (81 % vs. 91 %)“ (Soejima_et_al-2016-Asia-Pacific_Journal_of_Clinical_Oncology, JP)
- “73 % der Arbeitgeber im UK verfügten über keine formelle Richtlinie für den Umgang mit krebskranken Mitarbeitern, und nur etwa 33 % der Unternehmen stellten sicher, dass die zuständigen Mitarbeiter ein gutes Verständnis von Krebs und den Auswirkungen der Behandlung auf die Arbeitsrolle des Einzelnen hatten. Dies hat zur Folge, dass die Arbeitgeber den krebskranken Arbeitnehmern nicht genügend Unterstützung und Informationen zur Verfügung stellen. 62 Darüber hinaus behandelten die Vorgesetzten die Überweisung an Arbeitsmediziner bei krebskranken Arbeitnehmern anders als bei Arbeitnehmern mit anderen Diagnosen. 45 % der Befragten gaben an, dass die Überweisung möglicherweise zu spät erfolgt, um eine Rückkehr an den Arbeitsplatz wirksam zu gewährleisten.“ ... „RTW nach der Krebsdiagnose unterscheidet sich von 40 %/62 %/73 %/89 %/67 % danach 6/12/18/24/60 Monate“ (Mehnert et al. *Cancer* (2013) DE)
- Internationale Studien zeigen, dass die Mehrheit der Krebspatienten ihre Arbeit wieder aufnehmen (Rick et al., 2012). Allerdings weisen Studienergebnisse auch darauf hin, dass – abhängig von der Krebsart und der Behandlung – bis zu 20 Prozent der Betroffenen zwischen einem bis fünf Jahren nach der Behandlung Einschränkungen in ihrer Arbeitsfähigkeit erleben und bis zu zehn Prozent nicht mehr arbeitsfähig sind (Short und Vargo, 2006). In der Schweiz (SOHC 2025) bleiben Betroffene 10 Jahren fern vom Erwerb, obwohl nur die ersten 3 Jahren auf krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen sind. Eine Krebserkrankung und ihre Behandlung können zu vielen arbeitsbezogenen Einschränkungen führen, beispielsweise Veränderungen der physischen Funktionsfähigkeit, Fatigue, Depression, kognitive Einschränkungen und chronische Schmerzen (Leitlinien für Psychologische Betreuung von erwachsenen Krebskranken)



ARBEITSWIEDEREINGLIEDERUNG IN DER SCHWEIZ

- Grosse Unternehmen haben Mitarbeiter-Reintegrationsprogramme eingeführt, Mitarbeiter kommen bei den schlechten bezahlten Rollen und reduzierten Arbeitspensum (20-40%) zurück
- Kleine bis mittlere Unternehmen neigen dazu, den Mitarbeiter freizustellen (sobald es legal ist, nach der beendeten Krankschreibung) oder ihn herabzustufen
- Rückkehr zum Erwerb erfolgt nach 10 Jahren, während nur die ersten 3 Jahren auf krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen sind (wg. Diskriminierung bei der Stellensuche und Angst der Arbeitgeber u.A.). DE/CH weisen geringere RTW-Rate nach Mammakarzinom vor (59%DE vs 80%US, 82%UK (*Rick & al, Dtsch Arztebl Int. 2012*), dass womöglich auf Demotivierung durch die Meinungsbilder zurückzuführen ist, die IV statt Reha in Vordergrund stellen und die Gesellschaft, die einer Frau die Leistungsfähigkeit abspricht
- Konsequenzen für den Mitarbeiter: Mangel an Motivation mit anschliessendem Verlust des Antriebs und der Hingabe, zurückzukommen, was sich negativ auf den Heilungsprozess von Krebserkrankungen auswirkt
- Konsequenzen für den Arbeitgeber / das Unternehmen: Know-how-Verlust; Ressourcenverlust für Erwerb und Ausbildung und Integration neuer Mitarbeiter



KOSTEN

QALY – DIREKTE UND INDIREKTE
KOSTEN - ROI



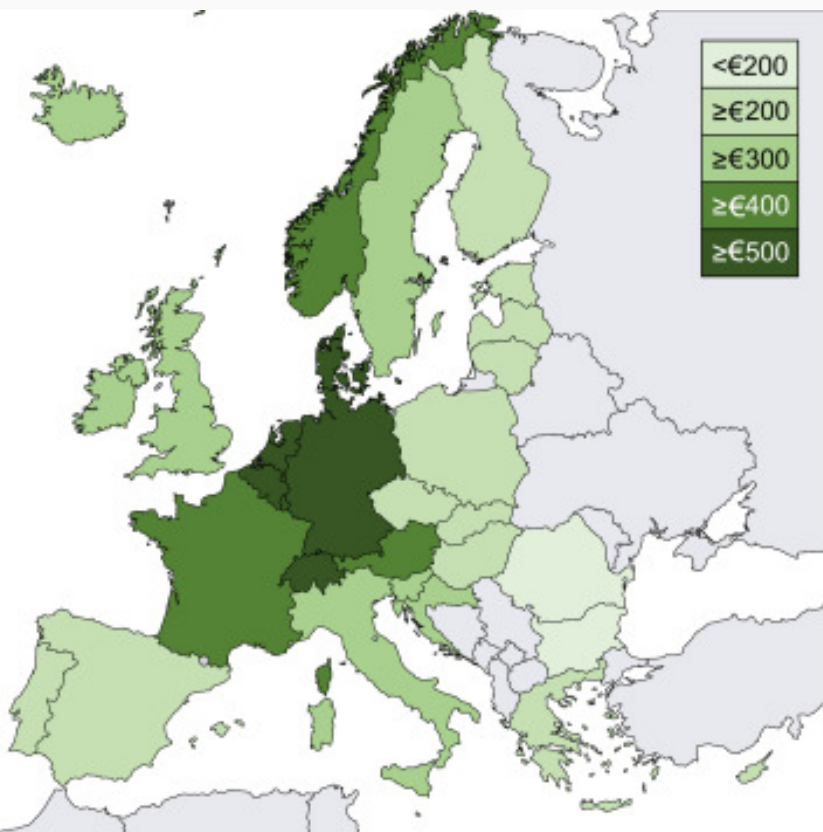


BEGRIFFSKLÄRUNG GESUNDHEITSÖKONOMIE

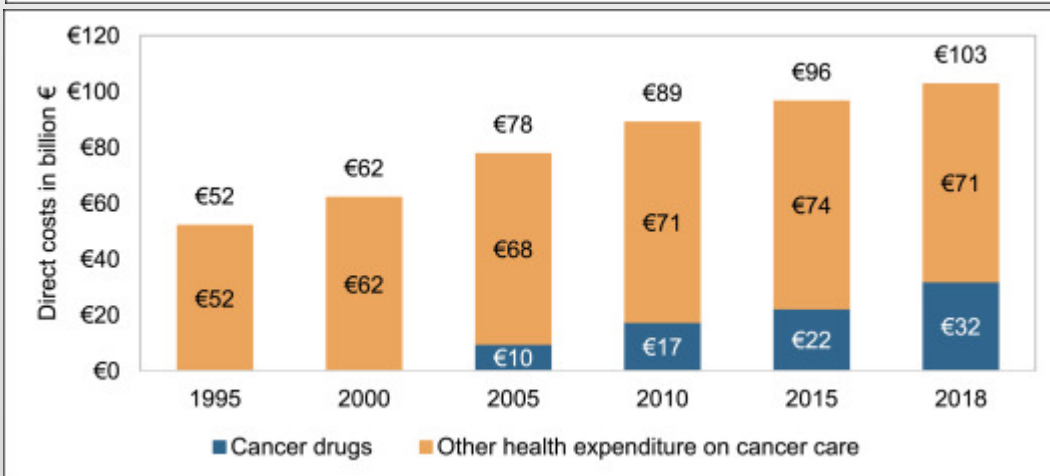
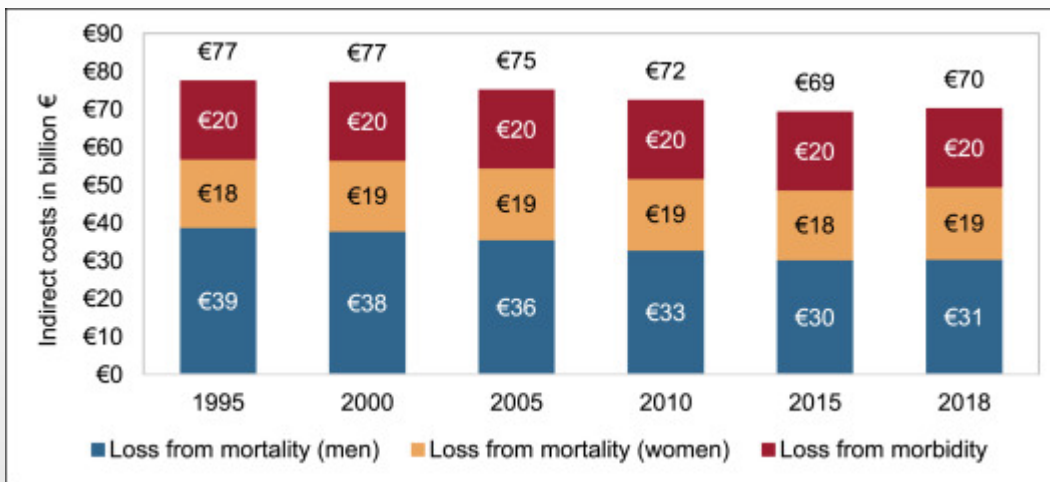
- QALY (Quality-Adjusted Life Year) ist gesundheitsbezogene Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. QALY=1 für ein Jahr gelebt in vollumfänglicher Gesundheit; QALY=0 ist Tod. In der Schweiz werden die Kosten eines gewonnenen QALY auf 100`000 CHF gemessen (BGER und Swiss Health economics)
- Rückkehr zur Arbeit (Return to Work, RTW) wird durch Kosteneinsparungen anhand vermiedener Produktivitätsverluste, geringerer Abhängigkeit vom Krankengeld (dank geringeren Komorbiditäten und Komplikationen durch höhere Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit des Betroffenen) und erhöhter BIP-Beiträge gemessen
- Direkte Gesundheitskosten sind diejenige, die auf die Therapie entfallen (Medikamente, medizinische Behandlung und Pflege, inklusive Komorbiditäten, Aufhebung von Komplikationen und Behandlungsfehlern).
- Indirekte Gesundheitskosten sind die Wirtschaftskosten: Arbeitsausfall (56% Betroffenen), Frühpensionierung, krankheitsbedingte Produktionsverluste (frühzeitiger Tod, Invalidität, Abwesenheit vom Arbeitsplatz (Absentismus), eingeschränkte Produktivität (Präsentismus) und entsprechen Einkommenseinbussen von Erkrankten
- ROI (Return of Investment) ist Profitabilität der Investition. Arbeitgeber und Versicherer profitieren von finanziellen und betrieblichen Vorteilen, wenn sie in strukturierte berufliche Rehabilitationsprogramme und unterstützende Arbeitsplatzrichtlinien investieren. Für Arbeitgeber: Der ROI wird durch geringere Fehlzeiten, geringere Kosten für Invaliditätsansprüche, geringere Mitarbeiterfluktuation, Absentismus, Präsentismus und die Bindung erfahrener Mitarbeiter erzielt. Für Versicherer: Der ROI stellt die finanzielle Rendite aus der Finanzierung spezialisierter Frühinterventionsprogramme zur Krebsunterstützung dar, die nachweislich zu erheblichen Einsparungen bei langfristigen Invaliditätszahlungen führt.

KREBS – KOSTEN IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

Krebskosten 2018, EUR/Capita/Jahr, PPP-angepasst

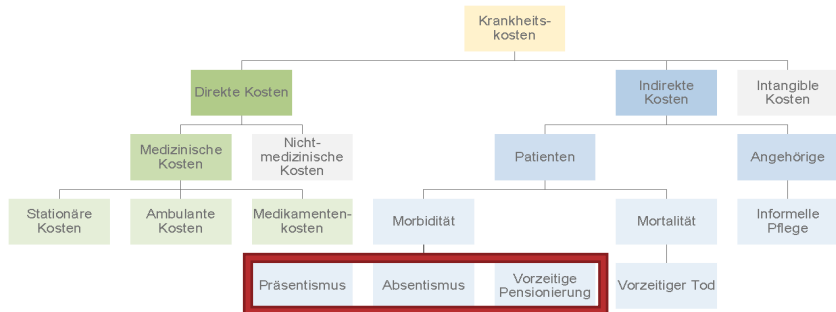


Europe	€378	ITA	€348
AUT	€440	LVA	€201
BEL	€522	LTU	€235
BGR	€165	LUX	€510
HRV	€366	MLT	€282
CYP	€211	NLD	€524
CZE	€278	NOR	€406
DNK	€516	POL	€237
EST	€250	PRT	€256
FIN	€277	ROU	€160
FRA	€459	SVK	€248
DEU	€524	SVN	€362
GRC	€229	ESP	€285
HUN	€226	SWE	€336
ISL	€324	CHE	€578
IRL	€356	GBR	€310



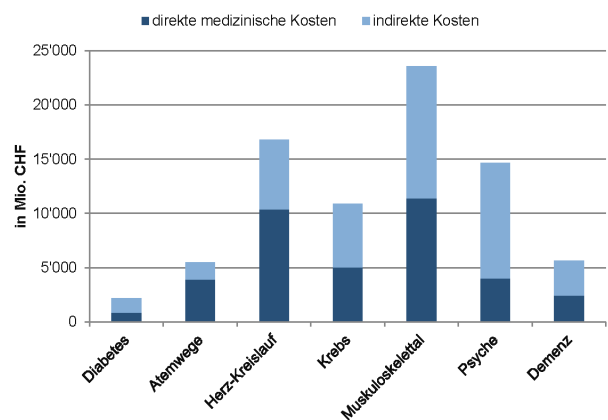
Quelle: Hofmacher, European Journal of Cancer / Science Direct, 2020
 Schweiz: höchste direkte Kosten für Cancer Care und indirekte Kosten vorzeitige Mortalität

KOSTEN DEN NICHT-ÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN IN DER SCHWEIZ 2011 (1)



Krankheitskosten werden in drei Kostenkategorien unterteilt: direkte, indirekte und intangible Kosten. Bei den direkten Kosten unterscheidet man zwischen medizinischen Kosten, die unmittelbar durch den Ressourcenaufwand zur Behandlung einer Krankheit anfallen (stationäre Kosten, ambulante Kosten, Medikamentenkosten) und den nicht-medizinischen Kosten, welche ausserhalb des Gesundheitswesens anfallen und in dieser Studie nicht berücksichtigt werden (z. B. Wohnungsumbauten). Bei den indirekten Kosten handelt es sich um krankheitsbedingte Produktivitätsverluste in Form von reduzierter Leistungsfähigkeit bei Patienten und den Angehörigen. Produktivitätsverluste bei den Patienten fallen in der Form von reduzierter Leistungsfähigkeit während der Arbeit (Präsentismus), vorübergehender Abwesenheit vom Arbeitsplatz (Absentismus) oder permanenter Abwesenheit (vorzeitige Pensionierung) an. Zudem können Produktivitätsverluste aufgrund von vorzeitigem Tod entstehen. Bei den Angehörigen verursacht die unbezahlte Pflege (informelle Pflege) Produktivitätsverluste. Die intangiblen Kosten, welche die Nutzenverluste durch eine Krankheit beschreiben (z. B. Verlust von Lebensqualität), werden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Quelle: Eigene Darstellung.



«Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz», Wieser et al, Polynomics / UNIZH / ZHAW im Auftrag vom BAG, Juni 2014

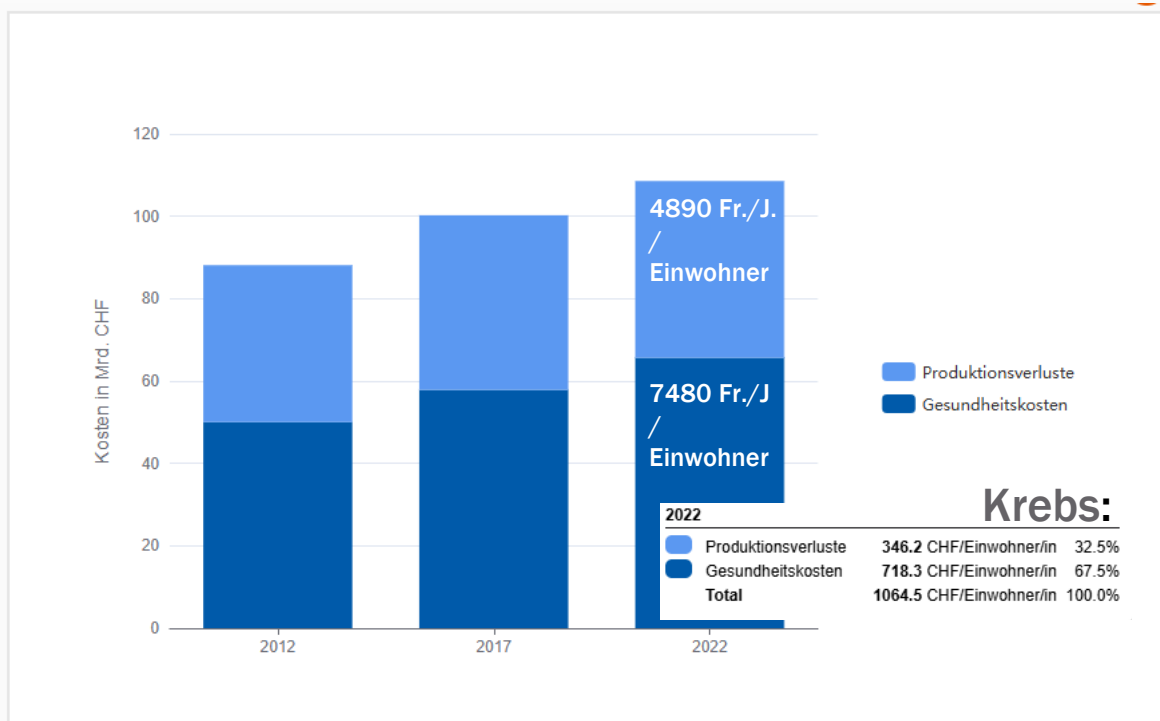
«Im Jahr 2011 beträgt gemäss dem datenbasierten Ansatz der Anteil der NCDs 80.0% an den gesamten Gesundheitsausgaben von CHF 64.6 Mrd., mit 51.1% für die sieben ausgewählten NCDs und 28.9% für die übrigen NCDs. Unter den sieben ausgewählten NCDs machen die Kosten der Herz-Kreislauf- ((CHF 10.3 Mrd.) und muskuloskelettalen (CHF 8.7-11.4 Mrd.) Erkrankungen den grössten Anteil aus, gefolgt von den psychischen Störungen (CHF 4.0-6.3 Mrd.), Krebs (CHF 4.0-5.0 Mrd.), den chronischen Atemwegserkrankungen (CHF 1.6 à 3.9 Mrd.), Demenz (CHF 1.0 à 2.5 Mrd.) und Diabetes (CHF 0.8 à 1.0 Mrd.). Die indirekten Kosten der sieben ausgewählten NCD-Gruppen liegen bei ca. CHF 41.1 Mrd. und sind damit ähnlich hoch wie die direkten Kosten im literaturbasierten Ansatz.»

Die häufigste Krebserkrankungen bei Frauen sind Brustkrebs (N=84'637), Kolon/Rektum-Karzinom (N=21'277), Melanom (N=16'641) und Krebs des Uterus. Männer sind besonders häufig von Prostatakrebs (N=72'099), Kolon/Rektum-Karzinom (N=27'920), Melanom (N=18'282) und Lungenkrebs (N=12'675) betroffen. Die berücksichtigten Krebsarten verursachen jährlich 14'112 Todesfälle, 6'383 bei Frauen und 8'308 bei Männern. Bei Frauen verursachen Brustkrebs (N=1'440), Lungenkrebs (1'071) und Kolon/Rektum-Karzinom (N=771) ungefähr die Hälfte der Todesfälle (N=3'282). Bei Männern gibt es besonders viele Sterbefälle wegen Lungenkrebs (N=2'174), Prostatakrebs (N=1'433) und Kolon/Rektum-Karzinom (N=979).

Indirekte Kosten beim Krebs erreichen 5849 CHF

«Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz», Wieser et al, Polynomics / UNIZH / ZHAW im Auftrag vom BAG, Juni 2014

KOSTEN DEN NICHT-ÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN IN DER SCHWEIZ 2022 (2)

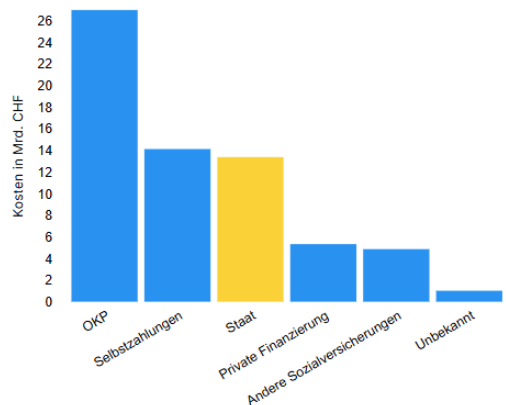
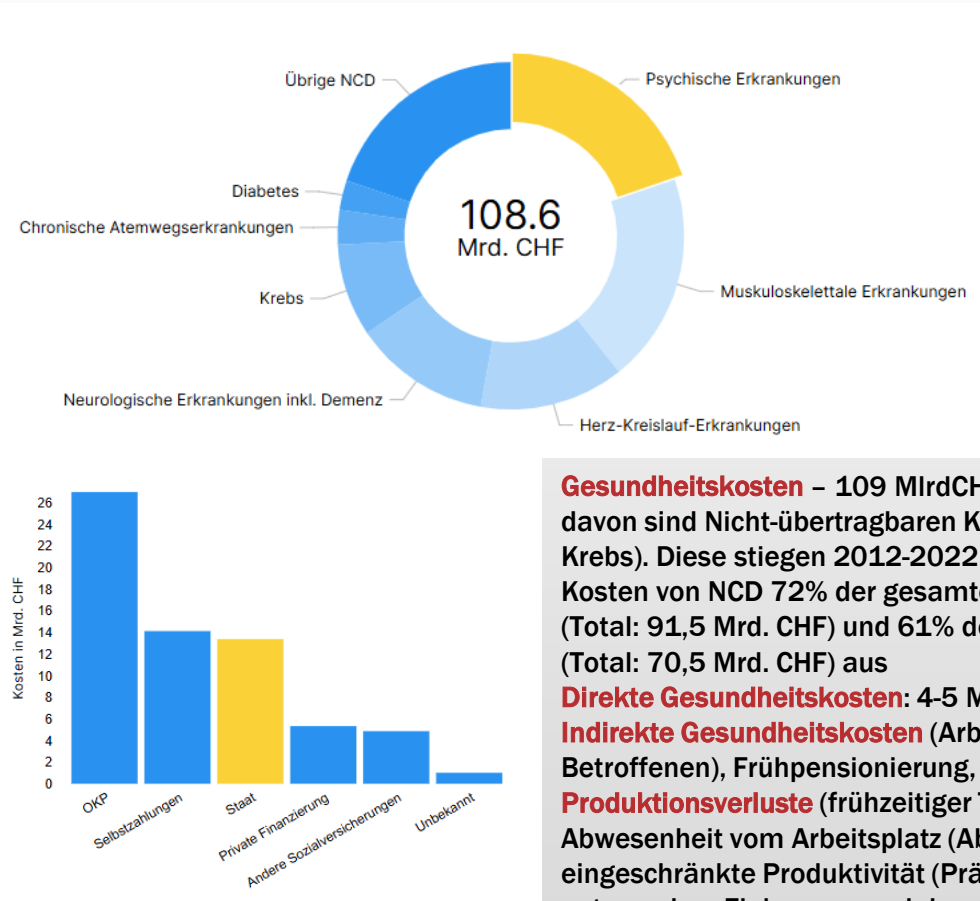


Krebs:

2022	Produktionsverluste	Gesundheitskosten	Total
	346.2 CHF/Einwohner/in	718.3 CHF/Einwohner/in	1064.5 CHF/Einwohner/in
	32.5%	67.5%	100.0%

© Obsan 2026

Quellen: Stucki, M. et al. (2025), BFS – STATPOP, Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)
 Die teuerungsbereinigten Kosten pro Einwohnerin und Einwohner wurden auf Basis des Landesindex der Konsumentenpreise (Referenzjahr: 2012) berechnet.



Gesundheitskosten – 109 MrdCHF/J (14% BIP); 72% davon sind Nicht-übertragbaren Krankheiten; (6.9% davon Krebs). Diese stiegen 2012-2022 um 2022 machten die Kosten von NCD 72% der gesamten Gesundheitskosten (Total: 91,5 Mrd. CHF) und 61% der Produktionsverluste (Total: 70,5 Mrd. CHF) aus

Direkte Gesundheitskosten: 4-5 Mrd.CHF/Jahr

Indirekte Gesundheitskosten (Arbeitsausfall (56% Betroffenen), Frühpensionierung, Krankheitsbedingte **Produktionsverluste** (frühzeitiger Tod, Invalidität, Abwesenheit vom Arbeitsplatz (Absentismus), eingeschränkte Produktivität (Präsentismus) und entsprechen Einkommenseinbussen von Erkrankten = 70,5 Mrd CHF (9% BIP). 5.6 Mrd CHF/Jahr davon sind Krebs-bedingt



ROI – KOSTENEINSPARUNGEN BEI DER ARBEITSWIEDEREINGLIEDERUNG (RTW)

- Die Kosteneinsparungen bei der Rückkehr zur Arbeit (RTW) werden anhand vermiedener Produktivitätsverluste, einer geringeren Abhängigkeit vom Krankengeld und höheren BIP-Beiträgen gemessen.
- Krebspatienten verzeichneten mit 71 % die höchste Wiedereingliederungsrate aller untersuchten Erkrankungen, wobei 91 % der krebspezifischen Daten von 2.348 Kunden bei 12 Anbietern, darunter alle 7 grössten Lebensversicherer des Landes stammen (*Rehabilitation Watch 2025 von Swiss Re*).
- Der ROI beträgt (SwissRe, 2025) **25:1** (Ertrag von 25 \$ für jeden \$, der für externe Rehabilitation ausgegeben wird), aber die meisten Versicherer warten immer noch fast ein Jahr auf die Überweisung von Patienten. Krebskranke, die innerhalb von sechs Wochen an eine Rehabilitation überwiesen wurden, erreichten eine Wiedereingliederungsrate von 79 %, die mittlere Überweisungszeit lag jedoch bei 42 Wochen. Die Ungleichheit deutet darauf hin, dass Lebensversicherer ihre Ergebnisse erheblich verbessern könnten, wenn sie die Krebsrehabilitation früher im Prozess einleiten.
- Die durchschnittlichen Interventionskosten im Jahr 2015 betragen 1.519 € / Patient. Der BI für die Niederlande belief sich 2015 auf -14,7 Mio. € und stieg im Jahr 2020 auf -71,1 Mio. €. Der Eingriff ist somit kostensparend, da die Produktivitätsvorteile die Interventionskosten übersteigen. Für Krebszentren betrug das BI im Jahr 2015 293 T € und stiege bis 2020 auf 1,1 Mio. € (*Mewes, BMC Cancer. 2015*)

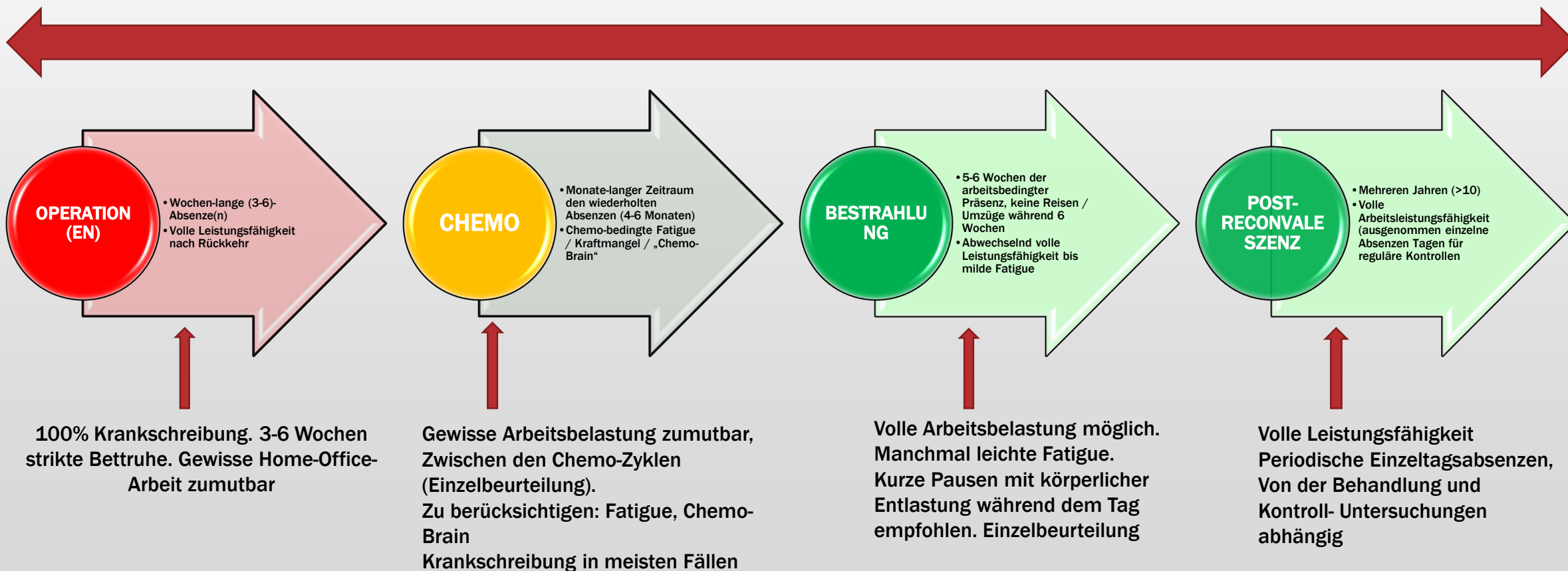


UMSETZUNG

DURCH MEDIZIN (PSYCHOONKOLOGEN,
ARBEITSMEDIZINERN) UND WIRTSCHAFT
(ARBEITGEBER/HR/MENTOR/VORGESETZTEN)



LEBENSZYKLUS KREBSBEHANDLUNG- UND REKONVALESZENZ





HERAUSFORDERUNGEN

BETROFFENE(R) - MITARBEITENDE

- Müdigkeit («Fatigue»), Erschöpfung, Konzentrationsschwäche, «Chemo-Gehirn», Absenzen
- Häufige und langwierige Spitalbesuche, langfristige Symptomkontrolle und Unsicherheit. Veränderung der Fähigkeit, eine positive Lebenseinstellung zu erreichen (BMJ Support Palliat Care. 2015).
- Motivation zum “back @ work” = “back to life”

ARBEITGEBER / ARBEITSKOLLEGE

- Arbeit muss erledigt werden, Fristen erreicht werden
- Zuverlässigkeit der Präsenz des Mitarbeiters / Sicherstellung der Leistungsfähigkeit
- Angst von finanziellen Verlusten
- Angst davor, einem Mitarbeiter Schaden zuzufügen (aus Mangel an Wissen über die Krankheit)



WAS MACHT DIE/DER (KREBS)BETROFFENE WERTVOLLE(R) KOLLEGE/IN – TEAMMITGLIED - MITARBEITENDE

- **Zuverlässigkeit** - glücklich, zurück zu sein und etwas bewirken zu können
- **Fokus** - dieser Mitarbeiter hat gelernt, das Leben zu schätzen. Er/sie wird keine Zeit mit ineffizienten, aber teuren Überstunden verbringen, um die fehlende Balance zwischen Beruf und Privatleben auszugleichen, sondern stattdessen fokussieren und die Qualität liefern
- **Empathie / Resilienz** - dieser Mitarbeiter schätzt die Team-Mitgliedern und demonstriert (mehr) Respekt und Unterstützung
- **Motivation und Leistung** - dieser Mitarbeiter ist motiviert, wieder ins Leben und zurück zum Arbeiten anzukommen. Diese Motivation zeigt positive Auswirkungen auf seine / ihre Leistung und kann sogar den (Krebs-)Heilungsprozess unterstützen.



ZURÜCK INS BÜRO

ALLES WIE ÜBLICH? ODER DOCH NICHT?

- Krankheit / «Ausnahmезustand» vorbei – oder zumindest der Grossteil (Operationen u/o Chemo) und der erste Tag im Büro.
- Fragen:
 - Wie fühle ich mich?
 - Was erzähle ich den Kollegen?
 - Wie schätze ich meine Leistungsfähigkeit ein?
 - Wo ist nun mein Fokus?
 - Wo ist meine Motivation?
 - Wie kann ich meinem Umfeld beibringen, ob und wo ich besondere Achtung benötige?
 - Wie gehe ich mit eigenem Selbstbewusstsein und der Körperbildwahrnehmung um (dass ich niemanden kommunizieren kann)?



UMSETZUNGSTIPS

Für die/den Mitarbeitenden

- Seien Sie ehrlich zu sich selbst – bewerten Sie Ihre Stärke, was können Sie effektiv liefern und wo liegen Ihre Grenzen? Wenn Sie unsicher sind, suchen Sie unverzüglich Hilfe (Ihr Onkologe, Betriebsarzt)
- Seien Sie gegenüber Ihrem Team / Vorgesetzten transparent in Bezug auf Ihre Bedürfnisse (kurze Pausen, Arzttermine)
- Kommunizieren Sie offen, wie Sie die Balance zwischen Ihren Bedürfnissen und Unternehmensbedürfnissen sehen
- Achten Sie auf Ihr Aussehen - professionelle Erscheinung und gutes Aussehen unterstützen Ihr Wohlbefinden - lassen Sie sich nicht gehen

Für den Arbeitgeber

- Beobachten Sie den Mitarbeiter und pflegen Sie eine offene Kommunikationsweise
- Vereinbaren Sie mit dem Mitarbeiter die erforderlichen Pausen und wo / wie diese umsetzen sind
- Mitarbeiter motivieren, ohne zu drängen. Vertrauen zu zeigen (durch die Ernennung von Verantwortung) ist eine den effizienten Wegen
- Respektieren Sie «Nein» (Leistungslimits, die vom Mitarbeiter kommuniziert werden), vereinbaren Sie gleichzeitig den alternativen Weg für die Arbeitserledigung

WIE NICHT ZU SEIN – KRITISCHER BLICK (FÜR DIE MITARBEITENDEN)

Dieses Problem ist die Konsequenz fehlender Zusammenarbeit zwischen der Medizin (Psychoonkologen, Arbeitsmedizinern) und der Wirtschaft (Arbeitgeber, HR, Mentor, Vorgesetzten) während und nach der Onkoreha und des Fokus der Meinungsbilder auf das Leiden statt auf die Leistungsfähigkeit. Zeitgleich ist dies die Ursache der Diskriminierung der Betroffenen am Arbeitsmarkt. Der Rollentausch Patient-Mitarbeiter muss begleitet verinnerlicht werden und am Ehrgeiz / Motivation gearbeitet werden



Nach Krebs zurück in die Arbeitswelt - drei Betroffene erzählen. Bild: Christian Schnur

- Dress-to-Success - es funktioniert!
- Schauen Sie sich im Spiegel an und vergleichen Sie das, was Sie sehen, damit - was Sie gerne sehen wollen, wenn Sie eine(n) BewerberIn für ein Bewerbungsgespräch einladen
- Beachten Sie die Körpersprache – selbstsichere aufrechte Körpersprache signalisiert die Leistungsfähigkeit
- Überwachen Sie Verbesserungen Ihrer Motivation



WAS ZU VERBESSERN – WORAN ZU ARBEITEN

- Stellenwert der Prävention (statt Frühentdeckung) im Gesundheitssystem etablieren (kostensparend und genesungsbeschleunigend)
- Fokus auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit als Priorität von der Diagnose und entsprechende Therapiestrategieplanung (um Komplikationen und damit Zeit-bis-Genesung zu minimieren und Leistungsfähigkeit zu maximieren)
- Paradigmenwechsel vom Leiden /»in Würde sterben« zum Leben & kämpfen
- Intensive Aufklärungsarbeit und Austausch mit der Wirtschaft – Flyer an die Grossfirmen sind nicht ausreichend, den KMUs muss die Angst mittels gezielter Aufklärung und regelmässigen Austausch abgenommen werden



**Wirtschaft ist so stark, wie
deren Personalpool**

***JEDER MITARBEITER IST
WICHTIG***

*Danke für Ihre
Aufmerksamkeit*

DR. MED. SANDRA KOROSEC JENSEN, PHARM.MED.

JENSEN HEALTH SERVICES

POSTFACH CH-4005 BASEL

+41 (0)79 382 54 42

INFO@JENSEN-HEALTH.CH

WWW.JENSEN-HEALTH.CH

