



**Politische Impulse für die Rückkehr ins Arbeitsleben nach Krebs**  
**Awareness, Entstigmatisierung und Kommunikation**

---

Diskussionspapier der Initiative Oncology@Work

Oktober 2020



**Ausgangslage: Immer mehr Menschen (über)leben mit Krebs, doch viele davon arbeiten nach ihrer Erkrankung nie wieder**

- 500.000 Menschen in DE erkranken jährlich an Krebs, ~36% im arbeitsfähigen Alter (RKI 2020)
- Dank moderner Medizin ist Krebs heute häufig keine tödliche, sondern in diesem Sinne eine beherrschbare Krankheit geworden, die eine Rückkehr der Betroffenen ins Arbeitsleben ermöglicht- dennoch gelingt dies einem Drittel der Betroffenen nicht (Deutsche Krebsgesellschaft 2015)
- Das Armutsrisiko und die psychosoziale Belastung der Betroffenen steigen dadurch stark an, während der Wirtschaft wichtige Fachkräfte verloren gehen und allein durch Erwerbsminderungsrenten eine Belastung von ca. 30 Mrd. € entsteht (Luengo-Fernandez et al. 2013, Jönsson et al. 2016)

**Problem: Awareness, Stigma, mangelhafte Kommunikation – Der derzeitige Umgang mit der Krebserkrankung verhindert eine erfolgreiche Wiedereingliederung**

- **Awareness:** Eine Hauptursache für das Scheitern der Wiedereingliederung nach Krebs, ist das fehlende Bewusstsein ihrer Bedeutung für das Individuum, für Unternehmen und die Gesellschaft. Viele der bestehenden und erfolgversprechenden Instrumente zur Unterstützung des „Return to Work“ sind bei Arbeitgebern und Arbeitnehmern kaum oder gar nicht bekannt. Die fehlende Zentralisierung und dadurch niedrigschwellige Verfügbarkeit kritischer Informationen für beide Seiten gleichermaßen, eine oft mangelhafte bzw. nicht zusammengeführte Datenlage zu Krankheitsverläufen und Wiedereingliederung und eine häufig unzureichende Lotsung durch den Prozess der Wiedereingliederung tragen mit weiteren Faktoren dazu bei, die Situation zu verschärfen.
- **Stigma:** Ein Großteil der Krebspatienten ist in der Lage und hat den Wunsch trotz bzw. nach der Erkrankung, die Arbeit wieder aufzunehmen, am Erwerbsleben teilzuhaben und den Selbstwert wieder aufzubauen - zumindest teilweise oder in anderer Form. Fehlannahmen über die Auswirkungen von Krebs auf die Arbeitsleistung oder den Arbeitswillen bei Vorgesetzten, Kollegen aber auch den Betroffenen selbst führen so zu vermeidbaren Austritten aus dem Erwerbsleben.
- **Kommunikation:** Die bereits genannten Punkte führen häufig sehr früh im Krankheitsverlauf zu einem (ungewollten) Abbruch der Kommunikation zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Dies hat häufig eine unnötige Frühverrentung zur Folge oder verhindert, dass gemeinsam das bestmögliche Vorgehen und häufig eine sehr gute Lösung für alle Beteiligten gefunden werden kann.
- **Vulnerable Gruppen:** Menschen in Ausbildung oder Studierende sind nach einer überstandenen Krebserkrankung besonders von Armut gefährdet. Die Fortsetzung der Ausbildung oder des Studiums gerät ins Stocken oder kommt gänzlich zum Erliegen, während die Absicherung durch geringe Beiträge zu den Sozialkassen gefährdet ist und bewährte Sicherungsnetze nicht greifen.

**Lösung: Koordinieren, Kommunizieren, Wissen schaffen und weitergeben**

- **Schaffung von Awareness** für die Relevanz der Wiedereingliederung sowie des dafür bereits bestehenden Angebotes, Zentralisierung relevanter Informationen und Gewährleistung eines niedrigschwelligen Zugangs, Etablierung einer Lotsenstelle zur Unterstützung der Betroffenen und Unternehmen bei der Navigation durch das Gesundheitssystem sowie den bürokratischen Herausforderungen
- **Förderung des Erfahrungsaustauschs** zu Prävention, Früherkennung und Wiedereingliederung sowie Einführung digitaler Begleitinstrumente zur Wiedereingliederung und Ermittlung von Best-Practices durch zentrale Datenbanken zur post-klinischen Versorgung von Krebspatienten
- **Abbau von Stigma** durch Weiterbildung von Führungspersonal und Vermittlung des nötigen Wissens zu Bedürfnissen und Leistungsfähigkeit von Krebspatienten/-überlebenden sowie zur Verfügungstellung qualitätsgesicherter Kommunikationstools und -leitfäden
- **Rechtliche Unterbindung der Ungleichbehandlung** von Krebspatienten in Bereichen wie der Verbeamtung oder der Kreditvergabe sowie verbindliche Etablierung des Workplace-Care-Score

- **Absicherung vulnerabler Patientengruppen** wie Menschen im Studium und Ausbildung durch Implementierung gezielter Leistungen zur Wiederbefähigung zum Studium oder zur Ausbildung unter Berücksichtigung finanzieller, ideeller und sozialer Komponenten sowie bei Bedarf psychologischer Unterstützung

## Aufbau und Inhalt

Zu Beginn des Papiers wird die Intention und die Bedeutsamkeit der Initiative Oncology@Work präsentiert. Anschließend wird die Relevanz der Arbeit für Krebsüberlebende dargelegt und sowohl auf den individuellen als auch auf den sozio-ökonomischen Wert von Return to Work eingegangen. Im Anschluss werden bestehende Defizite bei der beruflichen Wiedereingliederung dezidiert dargestellt und entsprechende Lösungsvorschläge an die Hand gegeben.

## Oncology@Work: Die wachsende Bedeutung von Krebs in der Arbeitswelt

Jährlich erkranken ca. 500.000 Menschen an Krebs (BMG 2019). Anders als oft angenommen ist Krebs dabei keine reine Alterskrankheit: 2016 trafen ca. 160.000 Neuerkrankungen Menschen im arbeitsfähigen Alter (RKI 2020). Dank neuer Therapieansätze können viele Krebsarten über Jahre und zum Teil Jahrzehnte bei immer besserer Lebensqualität kontrolliert werden (Neubauer/Minartz 2018, Witte et al. 2019). Krebs ist und wird daher mehr und mehr zu einer chronischen statt einer tödlichen Erkrankung. Doch durch diesen Fortschritt müssen wir auch die Frage beantworten, wie Krebspatienten während und/oder nach einer Therapie weiterhin bestmöglich am Arbeitsleben teilhaben können.

Gerade in Deutschland ist die Versorgungssituation für Krebspatienten gut. Auch die Wiedereingliederung bietet ein umfangreiches Leistungsportfolio, das vielen Krebsüberlebenden den Verbleib in der Arbeitswelt ermöglichen soll. Bei einem Drittel der Krebspatienten gelingt dies bis heute jedoch nicht (DKG 2015). Durch die Erkrankung und die häufig hochinvasive Therapie werden viele Patienten langfristig und meistens für immer aus ihrem Arbeitsumfeld gerissen. Gleichzeitig haben die Betroffenen häufig mit schweren Langzeitfolgen zu kämpfen, die ebenfalls einer Antwort im Arbeitskontext bedürfen (Mehnert et al. 2012, Rick et al. 2012).

Aus diesen beiden Tatsachen entstehen für die Betroffenen, unser Gesundheitssystem, die Wirtschaft, den Arbeitsmarkt und die Wiedereingliederung große Herausforderungen. Um diesen entgegenzutreten und Maßnahmen für ihre Bewältigung zu entwickeln, haben der BKK Dachverband e.V., die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), die Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE), Lilly Deutschland und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) die Initiative Oncology@Work ins Leben gerufen.

Gemeinsam mit Experten, Organisationen der Selbsthilfe und Patientenvertretungen, der Sozialversicherung, Leistungserbringern sowie politischen Entscheidungsträgern entwickeln wir tragfähige Lösungen für die Wiedereingliederung und Langzeitversorgung von Krebspatienten. Wir fördern eine konsequente Vernetzung und Zusammenarbeit der relevanten Akteure für Rehabilitation und Wiedereingliederung und setzen uns für die Verbesserung ihrer Rahmenbedingungen ein. Darüber hinaus stellen wir uns durch Aufklärung, die Vermittlung von Best-Practices sowie durch das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation aktiv gegen die Stigmatisierung am Arbeitsplatz. Auf diesem Weg wollen wir die

## Zur Relevanz der Arbeit für Menschen mit und nach Krebserkrankungen

derzeit bestehenden Probleme angehen und Potenziale nutzen, um eine bestmögliche und auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Teilhabe am Arbeitsleben, während und nach einer Krebserkrankung, zu erreichen.

In Arbeit zu sein bzw. im Arbeitsleben zu verbleiben, besitzt einen hohen Stellenwert bei Krebserkrankungen – als Bestandteil gesellschaftlicher Teilhabe, als Absicherung nach überstandener Erkrankung und als Früherkennungs- sowie Fürsorgesystem. Eine Wiedereingliederung in den Beruf besitzt sowohl für die Person mit einer Krebserkrankung als auch für die Gesellschaft eine große Relevanz, worauf im Folgenden detaillierter eingegangen werden soll.

### Teilhabe und Sicherheit – Individueller Wert von Arbeit für Krebsbetroffene

Arbeit als Existenzsicherung: Laut einer Studie der Hamburger Fernhochschule (Dietsche 2018) sehen 93 Prozent der Krebskranken einen Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und teilweise empfindlichen finanziellen Einbußen. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass nach einer Krebstherapie Gesundheit und Arbeitsfähigkeit häufig nur langsam zurückkehren und in den meisten Fällen nie wieder die gleiche Leistungsfähigkeit erreicht werden kann, wie vor der Erkrankung. Wenn Krebspatienten infolgedessen der häufig im Rehabilitationsprozess sehr frühen Aufforderung zur Wiedereingliederung nicht fristgerecht nachkommen oder den Anforderungen (noch) nicht entsprechen können, finden sie sich schnell im Rentensystem statt im Arbeitsmarkt wieder. Denn die Frühverrentung geschieht in diesem Fall automatisch. Und das weder in enger Abstimmung mit den Patienten selbst noch mit Arbeitgebern, Behandlern, den Patienten oder den zuständigen Sozialbehörden.

Durch die damit einhergehende Reduktion des Einkommens kann die Erkrankung schnell zu einem Armutsrisiko werden. Dies trifft gerade junge Krebsüberlebende, die durch die geringere Höhe geleisteter Sozialabgaben häufig kaum Ansprüche geltend machen können (Witte et al. 2019, Freund 2018, Leuteritz et al. 2018, Seifart/Schmielau 2017, Laschet Geue et al. 2014).

Arbeit als sozialer und psychologischer Faktor: Neben der finanziellen Absicherung stabilisiert ein angemessenes Arbeitsumfeld auch die psychosoziale Situation von Krebspatienten. Arbeit erweitert das soziale Netz und wirkt so krankheitsbedingter Vereinsamung entgegen. Zudem kann Arbeit dem Alltag Struktur und Zweck geben und den Arbeitnehmer darin unterstützen, Wertschätzung und Selbstwert zu beziehen (BAR 2013).

### ► Die sozioökonomische Relevanz der Berufstätigkeit von Menschen mit und nach Krebs

Ökonomische Belastung: Jedes Jahr gehen ca. 500.000 Erwerbstätigkeitsjahre durch Tumorerkrankungen verloren (GBE Bund 2015), u.a. durch mehr als 20.000 Fälle onkologisch bedingter Erwerbsminderungsrenten (DRV 2019). Die gesamtwirtschaftliche Belastung liegt Schätzungen zufolge bei bis zu 30 Milliarden Euro pro Jahr. Gut ein Drittel dieser Kosten entstehen allein durch krebsbedingte Arbeitsausfälle (Luengo-Fernandez et al. 2013, Jönsson et al. 2016).

Produktivitätsverluste und Rentenausgaben: Die Belastung trifft in logischer Konsequenz ebenfalls die deutsche Rentenversicherung und die Unternehmen selbst. Laut der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) und der Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs gelingt eine volle Wiedereingliederung ohne Teilzeittätigkeit bei

### Verbesserungspotenziale in der Prävention und Wiedereingliederung von Krebsbetroffenen am Arbeitsplatz

onkologischen Erkrankungen nur bei 50 Prozent. Der Anteil von Teilzeittätigen und Vollrentenbezüglern bei Krebs verursacht vermeidbare Mehrausgaben, zusätzliche Einnahmeverluste für die Sozialversicherungen, abgebrochene Erwerbsbiografien und den Verlust von wichtigen Fachkräften.

Mit Wiedereingliederungsmaßnahmen am Arbeitsplatz lassen sich jedoch nachhaltige Erfolge erzielen. Wir konnten diesbezüglich drei Problembereiche ausmachen:

1. Eine mangelnde Awareness für die Bedeutung des Eingliederungsmanagements bei Krebs und den bereits verfügbaren Wiedereingliederungsoptionen bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern
2. Eine Stigmatisierung der Leistungsfähigkeit und des Leistungswillens von Krebsüberlebenden und palliativ versorgten Krebspatienten
3. Die während Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung kaum stattfindende Kooperation zwischen Arbeitgebern, Betriebsmedizinern, behandelnden Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen sowie den Beschäftigten selbst

Die Schnittstelle zwischen Arbeitsgestaltung und Gesundheitsversorgung kann in vielerlei Hinsicht optimiert werden. Neben Fragen der Arbeitgeberinformation fallen dabei insbesondere Leistungs- und Präventionsfragen ins Gewicht. Im Folgenden werden die bestehenden Defizite an den Rahmenbedingungen der betrieblichen Wiedereingliederung geschildert, um daran anknüpfend politische Lösungsansätze für die weitere Diskussion zu formulieren.

### **Themenfeld 1: Schaffung von Awareness hinsichtlich der Relevanz der Wiedereingliederung sowie des dafür bereits bestehenden Angebotes**

*Fehlende Kenntnis über Maßnahmen und deren Wirksamkeit: Häufig fehlt in der Arbeitswelt das Bewusstsein für die Bedeutung der Wiedereingliederung nach Krebs – sowohl bezüglich der Relevanz für das Individuum, das Unternehmen und die Gesellschaft als auch hinsichtlich der verfügbaren Instrumente zur Unterstützung des „Return to Work“ (Göbel 2018, EU-OSHA 2018). Informationen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind kaum zentralisiert. Zudem sind die öffentlich erhobenen Daten zur Krebsversorgung in Deutschland im internationalen Vergleich nur mangelhaft miteinander verknüpft (DGHO 2019).*

Lotsung zur Wiedereingliederung: Trotz zahlreicher Unterstützungsmechanismen und Informationsportale zum Thema, stellt die fragmentierte Landschaft von Trägern und zuständigen Leistungserbringern Arbeitgeber und Arbeitnehmer vor diverse Herausforderungen (DGHO 2019). Eine große Unterstützung bei der Navigation wäre ein zentraler, persönlicher Ansprechpartner, z.B. im Rahmen eines Lotsensystems. Denn Lotsung und Beratung können sich positiv auf Behandlungsergebnisse und die Wiedereingliederung auswirken (Mentschke et al. 2017, Porzig et al. 2017) und sollten daher auch in Deutschland gestärkt werden. Für eine erfolgreiche Wiedereingliederung sollte neben einer medizinischen Begleitung ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt werden. **Lotsung und Beratung müssen daher auch sozialrechtliche Aspekte berücksichtigen.** Dabei müssen Wege gefunden werden, **Patienten und Unternehmen** gleichermaßen bei der Wiedereingliederung zu unterstützen.

Erfahrungsaustausch stärken: Viele Lösungsansätze entstehen durch das gemeinsame Engagement von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Gewerkschaften und Betriebsmedizinern in den Unternehmen. Diese Erfahrungen sollten genutzt werden, um Good-Practices auch

flächendeckend bekannter zu machen und auszurollen. Daher sollten **Maßnahmen zum Austausch zu Prävention, Früherkennung und Wiedereingliederung bei Krebs gefördert** werden.

Förderung von Modellvorhaben: Ein gutes Beispiel wäre die systematische Bewertung der Ergebnisse von Veranstaltungen oder Werkstattgesprächen zu  **kreativen Wiedereingliederungsansätzen** durch das BMAS sowie entsprechend formulierte Themen oder Förderperioden für Modellvorhaben im Rahmen von RehaPro. Die BAR – als gemeinsame Institution der Rehabilitationsträger – könnte ihr Veranstaltungsangebot speziell für Arbeitgeber zu Wiedereingliederungsthemen erweitern.

Weiterbildung stärken: Durch spezielle Schulungs- und Informationsprogramme können bestehende Vorurteile zu Krebserkrankungen und deren Folgen für die Betroffenen abgebaut werden. **Eine Aufklärungskampagne mit Informationsmaterialien und Workshops unter Einbezug weiterer Stakeholder-Gruppen kann Arbeitgeber, Personalverantwortliche und Kollegen in diesen Belangen unterstützen.** Dabei sollten v.a. Personal- und Teamverantwortliche geschult werden, auf Krebsüberlebende zuzugehen, um Potenziale an der Arbeit zu nutzen, Überforderung zu vermeiden und den langfristigen Verbleib im Arbeitsleben zu sichern. Die Fortbildung zum Umgang mit krebserkrankten Kollegen ist zu bezuschussen.

## Themenfeld 2: Abbau von Stigma

Stigma und Benachteiligung durch Unwissenheit und Desinteresse: *Ein Großteil der Krebspatienten ist trotz bzw. nach der Erkrankung wieder in der Lage, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, auch wenn diese anderen Formen als zuvor annehmen kann (Mentschke et al. 2017). Doch Fehlannahmen über ihre Fähigkeiten und die Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitsleistung führen zu vermeidbaren Austritten aus dem Erwerbsleben (EU-OSHA 2018). Oft kann schon ein Abbruch der Kommunikation während der Therapie und/oder Rehabilitation zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber dafür verantwortlich sein. Dem kann über Anreize, die Erhöhung von Verständnis und der Aufklärung verantwortlicher Ansprechpartner im Unternehmen erfolgreich begegnet werden.*

Anreize schaffen: Die Politik sollte Anreize setzen, um Unternehmen zu einer Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Fürsorge zu bewegen. Ein Ansatz wäre ein staatlich zertifizierter **Workplace Care-Score**, welcher von Arbeitgebern zur Fachkräftewerbung und zur Geltendmachung von BGM-Zuschüssen genutzt werden könnte.

Wissen fördern: Ein Großteil der Stigmatisierung entspringt dem Fehlen von Wissen über die Bedürfnisse sowie die Leistungsfähigkeit von Krebspatienten und -Überlebenden. **Qualitätsgesicherte Informationen, Kommunikationstools und -leitfäden** – unabhängig ob im rehabilitativen oder palliativen Setting – müssen niedrigschwellig, einheitlich aufgebaut und zentral für Arbeitgeber zur Verfügung gestellt werden. Der Austausch zu Best-Practices und Erfahrungen muss bei Einhaltung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes der Betroffenen sichergestellt sein.

Stigma abbauen: Krebspatienten werden in einzelnen Bereichen wie der Verbeamtung oder der Kreditvergabe schlechter gestellt – selbst nach fünfjähriger Tumorfreiheit. **Diese Ungleichbehandlung muss gerade im Licht innovativer Therapien und neuer Rehabilitationsmöglichkeiten hinterfragt werden.**

### Themenfeld 3: Verbesserung der Zusammenarbeit an den Schnittstellen

Koordinierung und Kommunikation als Hauptaufgabe: Die frühzeitige und dauerhafte Kommunikation mit dem Arbeitgeber während Therapie und Rehabilitation gilt als zentraler Bestandteil erfolgreicher Wiedereingliederung, da sie Arbeitgeber, Kollegen und Betriebsmediziner zur Vorbereitung der Begleitmaßnahmen befähigt (EU-OSHA 2018, Weißleder 2019, Johnsson et al. 2010). Hier müssen die beteiligten Akteure besser mit dem Gesundheits- und Versorgungssystem vernetzt sowie zur Interaktion befähigt werden.

Standards etablieren, sensibel kooperieren: Eine erfolgreiche Wiedereingliederung ist eine Gemeinschaftsaufgabe, deren erster Schritt mit angemessener Vorbereitung vom Arbeitgeber getätigt werden sollte. Belastungsbezogene Gespräche zu führen, die aktuelle Tätigkeit des Arbeitnehmers hinsichtlich Anpassungsbedarf im Rahmen der Erkrankung zu evaluieren und mithilfe von Betriebsärzten Maßnahmen zu entwickeln, sind nur einige der diversen zu bewältigenden Aufgaben. Viele sind sich dieser Rolle jedoch nicht bewusst oder füllen sie auf sehr unterschiedliche Art und Weise aus. Best-Practices und erforderliche Fähigkeiten sollten daher durch eine einheitliche Weiterbildung für Personalverantwortliche sichergestellt und/oder optimiert werden. **Die Entwicklung der Fortbildungsmöglichkeiten, Gesprächsleitfäden und Standards ist unter Einbezug von Patientenorganisationen und den wesentlichen Organisationen zur Leistungserbringung und -Bewilligung staatlich zu fördern.** Die Weiterbildung sollte auch Sozialbeauftragten, Behindertenvertretern, Betriebsräten und anderen sozial- und behindertenrechtlichen Betreuern zugänglich sein. **Unternehmensinterne Koordinationsstäbe zur Wiedereingliederung**, wie sie in einigen Unternehmen etabliert sind, sollten auf ihre Wirkung wissenschaftlich überprüft und ggf. flächendeckend gefördert werden.

Kommunikation sicherstellen: Ein Risiko für die erfolgreiche, frühzeitige und zielgerichtete Wiedereingliederung besteht darin, dass während der Therapie und der anschließenden Rehabilitation der Kontakt zwischen Patienten, Arbeitgebern und Behandlern abbricht bzw. nicht hinreichend hergestellt wird. Das Ziel ist es daher, die vertrauensvolle Kommunikation zu verbessern. Wünschenswert wäre es, wenn **nach der erforderlichen Zustimmung des Patienten** während der eingeleiteten Therapie im Krankenhaus und der darauffolgenden Rehabilitation eine entsprechende **Information über Art und Fortgang an die jeweiligen Betriebsärzte** erfolgen dürfte. Um eine bestmögliche Wiedereingliederung der Patienten zu ermöglichen, könnten Betriebsmediziner wiederum behandelnde Ärzte über Eingliederungsleistungen vor Ort informieren, um über Fragen des Return to Work bereits frühzeitig in der Therapie aufzuklären. **Beide Maßnahmen würden die Umsetzung der Empfehlungen des G-BA zur stufenweisen Wiedereingliederung unterstützen, da eine verbesserte Kommunikation die Entscheidungen des behandelnden Arztes und des Betriebsmediziners fördern kann.** Neben entsprechenden Anpassungen der Behandlungsleitfäden und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem

Betriebsmediziner, ist auch eine Stärkung der arbeitsmedizinischen, psychosozialen und langzeitorientierten Versorgungsfragen in der onkologischen Ausbildung wünschenswert.

Kodierung unterstützen: Arbeitsmediziner sollten in der begleitenden Symptomerfassung nach ICF durch eine qualitätsgesicherte **Checkliste und digitale Begleitinstrumente** unterstützt werden.

#### Themenfeld 4: Absicherung der Wiedereingliederung und besonderer Patientengruppen

Vulnerable Gruppen schützen: Für den allergrößten Teil der Bevölkerung bietet das deutsche Sozialwesen ein dichtes Sicherheitsnetz an Unterstützungsleistungen. Das gilt auch für die Behandlung, Nachsorge und berufliche Wiedereingliederung von Krebspatienten. Dennoch gibt es einige Ausnahmefälle, für die die Diagnose im Zweifel fatale Folgen haben können. Zudem wird besonders in diesen Fällen das Thema der Langzeitbelastung noch nicht hinreichend abgebildet. Dem ist durch zielgruppenspezifische Ansätze Abhilfe zu leisten.

Leuchttürme identifizieren: In der Fläche finden sich vermehrt Ansätze, die das Überwinden von Schnittstellenproblemen in Rehabilitation und Wiedereingliederung zum Kern haben. Ein Beispiel sind integrierte Rehazentren, die mit Krankenhausträgern, Kassenärzten und Arbeitgebern zusammenarbeiten und bei Einwilligung auch den Kontakt zum Patienten fördern. Solche Projekte müssen identifiziert und auf ihre Wirkung hin evaluiert werden. Die Etablierung einer **zentralen Datenbank zu innovativen Formen der Rehabilitation** und Patientenkoordination wäre ein erster sinnvoller Schritt, um einen **Überblick über die Versorgungslandschaft zu gewinnen und darauf basierend bei positiver Evaluation** die flächendeckende Förderung oder weitergehende Prüfung in Modellprojekten zu erörtern. Hier könnte insbesondere ein Fokus auf die **nahtlose Kommunikation und Koordination der post-klinischen Versorgung** gelegt werden. Die Kooperation sollte Jobberater und Inklusionsbeauftragte einbeziehen.

Menschen in Ausbildung schützen: Studierende und Auszubildende verfügen meist über kein bzw. ein geringes Einkommen und zahlen während ihrer Ausbildung oft, wenn überhaupt, nur geringe Beiträge in die Sozialkassen. Eine Krebserkrankung bedeutet in dieser Population aufgrund der meist mehr als sechsmonatigen Therapie eine zwangsläufige Unterbrechung der Lehre oder des Studiums. Sollte durch die Langzeitfolgen einer Krebserkrankung und -therapie die Fortsetzung der Ausbildung ins Stocken geraten und/oder ganz ausgesetzt werden, fallen die Betroffenen häufig durch die ansonsten bewährten Sicherheitsnetze der Sozialträger. Sollte in diesem Fall dann noch eine Frühverrentung folgen, bedeutet dies ein krankheitsbedingt hohes Armutsrisiko. **Für diese vulnerable Gruppe müssen dringend gezielte Leistungen zur Wiederbefähigung zum Studium bzw. zur Arbeitstätigkeit bereitgestellt werden. Diese müssen sowohl finanzielle als auch ideelle und soziale Komponenten sowie bei Bedarf psychologische Unterstützung umfassen.** Ebenso ist zu überprüfen, wie eine Frühverrentung verhindert bzw. eine angemessene finanzielle Absicherung, z.B. über steuerliche Zuschüsse bei nicht vermeidbarer Verrentung, sichergestellt werden können.

Lösungsansatz besondere Arbeitsformen: Eine andere Gruppe mit hohem Risiko bei einer Krebserkrankung sind Selbstständige, Beschäftigte mit befristeten Verträgen und Zeitarbeiter. Erstere können im Falle der Erkrankung ihre Existenz verlieren. Beiden drohen ähnlich wie Auszubildenden aufgrund geringer Sozialversicherungsbeiträge Armutsrisiken und brauchen daher spezielle Beratungsangebote, um sie bei der Wiedereingliederungsleistung zu unterstützen.

**Notwendige Standards dieser Angebote müssen zunächst politisch definiert und anschließend beispielsweise an Industrie- und Handelskammern angekoppelt werden.**

Langzeitfolgen berücksichtigen: Viele Krebsüberlebende leiden auch nach überstandener Krankheit an Langzeitfolgen, die spezielle langzeitmedizinische Maßnahmen notwendig machen (Seifart 2016). Einige davon werden bislang nicht immer zuverlässig bei einer versorgungsmedizinischen Überprüfung zur Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) berücksichtigt – Erfahrungsberichte sprechen von Kodierungsproblemen (Ärzttekodierung über ICD 10 anstelle der für den GdB geeigneteren, aber aufwendigere ICF) oder einer Nichtberücksichtigung der Beschränkungen in der Versorgungsmedizin-Verordnung. Eine niedrigschwellige Umgehung beider Herausforderungen ergibt sich beispielsweise im Rahmen der Heilungsbewährung. Hier müssen Krebspatienten fünf Jahre nach Diagnose und Feststellung des GdB keine erneute versorgungsmedizinische Überprüfung durchlaufen. Bei **einer Krebserkrankung und einer nachweislich durch das Versorgungsamt anerkannten krebsbedingten Langzeitbelastung** sollte die **Heilungsbewährung daher um fünf Jahre verlängert** werden. Alternativ sollte z.B. im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs untersucht werden, wie Langzeitfolgen besser in der versorgungsmedizinischen Prüfung nachgewiesen bzw. für diese im Versorgungsalltag erfasst werden können.

## Awareness schaffen, Stigma abbauen, Kommunikation stärken

Deutschland verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Der medizinische Leistungsumfang gilt international als Referenz. Durch eine Förderung der Zusammenarbeit, eine Verbesserung des Verständnisses und Wissensstands sowie gemeinsame Anstrengungen für die wenigen noch nicht optimal abgesicherten Patientengruppen, haben wir heute die Chance, das sehr gute Versorgungsniveau weiter zu verbessern. Die genannten Punkte bieten hierzu einen ersten Einblick und Diskussionsansatz. Maßnahmen wie diese helfen, die Unterstützung am Arbeitsplatz und darüber hinaus zu verbessern. Nicht zuletzt kleine und mittelständische Unternehmen würden maßgeblich davon profitieren, dass über Förderung, Wissenstransfer und Standardisierung neue Angebote in Unternehmenszusammenschlüssen durch staatliche Unterstützung und/oder von Drittanbietern generiert werden.

Mit unseren Vorschlägen für politische Maßnahmen in der Wiedereingliederung möchten wir einen ersten Beitrag für einen offenen und weiterführenden Diskurs starten. So komplex wie die Langzeitversorgung von Krebspatienten ist, so anspruchsvoll ist auch ihre Regulierung. Die Antworten für ein bestmögliches Leben nach Krebs können wir nur gemeinsam finden.

Zu diesem Austausch möchten wir Sie herzlich einladen.

Franz Knieps  
BKK-Dachverband

Dr. Johannes Bruns  
Deutsche Krebsgesellschaft

Volker Weber  
IG BCE Hessen-Thüringen

Dr. Gerd Kräh  
Lilly Deutschland

Dr. Anette Wahl-Wachendorf  
Verband Deutscher Betriebs-  
und Werksärzte



## Quellenverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR), 2013: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen. URL: [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) (Letztansicht: 01.10.2019).

Bundesministerium für Gesundheit, 2019: Daten des Gesundheitswesens 2019. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) (Letztansicht: 17.04.2020).

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO e. V.), 2019: Finanzielle und soziale Folgen der Krebserkrankung für junge Menschen. Bestandsaufnahme zur Datenlage und Anhang: Praktische Informationen und Hilfen für Betroffene. URL: [www.dgho.de](http://www.dgho.de) (Letztansicht: 01.10.2019).

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), 2016: Brennpunkt Onkologie vom 28.09.2016. Überleben reicht? Gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. URL: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) (Letztansicht: 01.10.2019).

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), 2015: Krebs überstanden - zurück in den Beruf. URL: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) (Letztansicht: 14.10.2020)

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Rentenversicherung in Zeitreihen. Online verfügbar, URL: [www.deutsche-rentenversicherung.de/](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/) (Letztansicht: 19.03.2020).

Dietsche, S., 2018: Krebs und Armut – zu den sozioökonomischen Folgen einer Krebserkrankung. Spectrum Onkologie 07/2018. URL: [www.medmedia.at/spectrum-onkologie](http://www.medmedia.at/spectrum-onkologie) (Letztansicht: 01.10.2019).

European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2018: Rehabilitation and return to work after cancer – instruments and practices. URL: <https://osha.europa.eu> (Letztansicht: 01.10.2019).

Freund, M., 2018: KREBS und ARMUT. Die besondere Herausforderung bei jungen Patienten. URL: <https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/> (Letztansicht: 19.03.2020).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund), 2015: Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre in 1.000 Jahren für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht, Ausfallart, ICD10. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Letztansicht: 01.10.2019).

Geue K., Sender A., Schmidt R., Richter D., Hinz A., Schulte T., Brahler E., Stobel-Richter Y., 2014: Gender-specific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population, Qual.Life Res. 23:1377-1386.

Göbel, R., 2018: Armutsfalle Krebs. Eine doppelte Bedrohung. Vortrag auf dem Paritätischen Verbandstag 2018. URL: [www.der-paritaetische.de](http://www.der-paritaetische.de) (Letztansicht: 01.10.2019).

International Agency for Research on Cancer, 2019: Carcinogenicity of night shift work. The Lancet Oncology 20/8: 1058-1059.

Johnsson, A., Fornander, T., Rutqvist, L.E., Olsson, M., 2010: Factors influencing return to work: a narrative study of women treated for breast cancer. European Journal of Cancer Care 19: 317–323.

Jönsson, B., Hofmarcher, T., Lindgren, P., Wilking, N., 2016: The cost and burden of cancer in the European Union 1995-2014. European Journal of Cancer 66, 162-170.

Laschet, H., 2017: Diagnose Krebs ist ein Armutsrisiko. Im Fokus Onkologie 68 (19). URL: <https://link.springer.com/> (Letztansicht: 17.04.2020).

Leuteritz K., Friedrich M., Sender A., Nowe E., Stoebel-Richter Y., Geue K., 2018: Life Satisfaction in Young Adults With Cancer and the Role of Sociodemographic, Medical, and Psychosocial Factors: Results of a Longitudinal Study, Cancer 124:4374-4382.

Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., Sullivan, R., 2013: Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol* 14, 1165-1174.

Mehnert, A., 2011: Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 77: 109–130.

Mehnert, A., Härter, M., Koch, U., 2012: Langzeitfolgen einer Krebserkrankung. Anforderungen an die Nachsorge und Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 4/2012. URL: [www.springermedizin.de](http://www.springermedizin.de) (Letztansicht: 01.10.2019).

Mentschke, L., Leuteritz, K., Daneck, L., Breuer, N., Sender, A., Friedrich, M., Nowe, E., Ströbel-Richter, Y., Geue, K., 2017: Krebs und Karriere? – Eine qualitative Untersuchung zur beruflichen Situation und Integration junger Erwachsener mit Krebs. *PPmP* . 67/02: 76-82.

Neubauer, A. S., Minartz, C., 2018: Bleiben Onkologika bezahlbar? Eine Bestandsaufnahme. URL: <http://www.ifg-muenchen.com> (Letztansicht: 01.10.2019).

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), 2012: Occupational Cancer. URL: [www.cdc.gov/niosh/topics/cancer/](http://www.cdc.gov/niosh/topics/cancer/) (Letztansicht: 01.10.2019).

Porzig, R., Neugebauer, S., Heckmann, T., Urbanski, D., Püschner, F., Kaskel, P., Froster, U.G., Adolf, D., 2017: ONKOLOTSE: Studiendesign einer randomisierten, kontrollierten Evaluierung der Begleitung von Krebspatienten durch Onkolotsen im Hinblick auf Hospitalisierungen, gesundheitsbezogene Outcomes, Gesundheitskosten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). URL: [www.egms.de](http://www.egms.de) (Letztansicht: 01.10.2019).

Rick, O., Kalusche, E.M., Dauelsberg, T., König, V., Korsukewitz, C., Seifart, U., 2012: Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztebl* 109: 702–708.

Robert Koch Institut, 2020: Krebs in Deutschland für 2015/2016. URL: [www.krebsdaten.de](http://www.krebsdaten.de) (Letztansicht: 13.10.2020)

Seifart, U., 2016: Krebs und Lebensstil. Was hilft wirklich? *Der Onkologe* 22: 127- 136.

Seifart, U., Schmielau, J., 2017: Return to Work of Cancer Survivors. *Oncol Res Treat* 2017 40: 760–763.

Sommer, S., Kerschek, R., Lenhardt, U., 2018: Gefährdungsbeurteilung in der betrieblichen Praxis: Ergebnisse der GDA-Betriebsbefragungen 2011 und 2015. *baua: Fokus*. URL: [www.baua.de](http://www.baua.de) (Letztansicht: 01.10.2019).

Takala, J., 2015: Arbeitsbedingte Krebserkrankungen müssen in Europa & weltweit verhindert werden. Arbeitspapier. URL: [www.etui.org](http://www.etui.org) (Letztansicht: 01.10.2019).

Weißleder, U.-M., 2019: Nach Krebs zurück ins Arbeitsleben – Ansprüche und Gestaltungsmöglichkeiten in der Rückkehrphase. URL: <https://www.onko-forum-celle.de/soziales.html> (Letztansicht: 01.10.2019).

Witte, J., Surmann, B., Batram, M., Mehlis, K., Winkler, E., Greiner W., 2019: Finanzielle Belastung von Krebspatienten – Evidenz für den deutschen Versorgungskontext. URL: [www.uni-bielefeld.de](http://www.uni-bielefeld.de) (Letztansicht: 01.10.2019).