

Sozialrechtliche Leistungsansprüche onkologischer Patient:innen – ein Überblick

Anne Taubert

Sozialdienst Uniklinik Heidelberg, NCT Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

In diesem Beitrag

- Leistungen zur wirtschaftlichen Sicherung
- Leistungen zur beruflichen Teilhabe
- Versorgung von Angehörigen
- Leistungen zur Sicherung der Pflege und in der palliativen Erkrankungssituation
- Schlussfolgerung

Zusammenfassung

Etwa 1,6 Mio. Menschen in Deutschland leben mit einer Krebsdiagnose, die in den letzten 5 Jahren gestellt wurde. Die krankheitsbedingten Herausforderungen, mit denen sich Menschen mit oder nach einer Krebsdiagnose auseinandersetzen müssen, sind abhängig von Alter, Geschlecht, der Art der Erkrankung und Behandlung sowie ggf. vorliegenden Vorerkrankungen. Neben körperlichen Auswirkungen, die die Erkrankung bzw. die Therapie mit sich bringen, müssen sich die Betroffenen auch mit psychosozialen Belastungen und Fragen nach der wirtschaftlichen und sozialen Teilhabe auseinandersetzen. Ein gutes Drittel der an Krebs Erkrankten erhält die Diagnose im erwerbsfähigen Alter. Für diese Patientengruppe stellen sich neben den Fragen der wirtschaftlichen Sicherung und der Versorgung zu Hause auch Fragen nach der Vereinbarkeit der Erkrankung mit ihrer Erwerbstätigkeit bzw. Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit. Das System der gesetzlichen Sozialversicherungen bietet eine grundlegende Absicherung in diesen Bereichen bzw. Hilfestellung zum Ausgleich von Beeinträchtigungen durch die Erkrankung. Durch die gegliederten Trägerzuständigkeiten und die ausdifferenzierten Leistungsansprüche in den einzelnen Sozialgesetzbüchern ergibt sich für viele Betroffene eine Unübersichtlichkeit im Hinblick auf ihre eigene Rechtsposition. Die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Leistungsträgern kann so zur zusätzlichen Belastung für Patient:innen werden. Eine fachlich qualifizierte Information und auf den Einzelfall bezogene Beratung sowie Hilfestellung bei der Erschließung von sozialrechtlichen Leistungen können für Patient:innen und Angehörige Orientierung bieten und damit Belastungen reduzieren. Der vorliegende Beitrag soll einen Überblick über die Leistungsansprüche von Patient:innen mit Krebs geben.

Schlüsselwörter

Patientenrechte · Soziale Arbeit · Finanzielle Unterstützung · Rückkehr zur Arbeit · Beratung



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Etwa 1,6 Mio. Menschen in Deutschland leben mit einer Krebsdiagnose, die in den letzten 5 Jahren gestellt wurde [5]. Fortschritte in der Behandlung und damit einhergehende verbesserte Überlebensraten führen dazu, dass immer mehr Patienten auch in einer metastasierten Erkrankungssituation länger leben. So liegt bei weiteren 3 Mio. Menschen die Krebsdiagnose bis zu 25 Jahre zurück, diese zählen zu den sog. Langzeitüberlebenden [1]. Die krankheitsbedingten Herausforderungen, mit denen sich Menschen mit oder nach einer Krebsdiagnose auseinanderset-

zen müssen, sind abhängig von Alter, Geschlecht, Art der Erkrankung und Behandlung sowie ggf. vorliegenden Vorerkrankungen. Neben körperlichen Auswirkungen, die die Erkrankung bzw. die Therapie mit sich bringen, müssen sich die Betroffenen auch mit psychosozialen Belastungen und Fragen nach der wirtschaftlichen und sozialen Teilhabe auseinandersetzen. Ein gutes Drittel der an Krebs Erkrankten erhält die Diagnose im erwerbsfähigen Alter [1]. Für diese Patientengruppe stellen sich neben den Fragen der wirtschaftlichen Sicherung und der Versorgung zu

Hause auch Fragen nach der Vereinbarkeit der Erkrankung mit ihrer Erwerbstätigkeit bzw. Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit.

Das System der gesetzlichen Sozialversicherungen bietet eine grundlegende Absicherung in diesen Bereichen bzw. Hilfestellung zum Ausgleich von Beeinträchtigungen durch die Erkrankung. Durch die gegliederten Trägerzuständigkeiten und die ausdifferenzierten Leistungsansprüche in den einzelnen Sozialgesetzbüchern ergibt sich für viele Betroffene eine Unübersichtlichkeit im Hinblick auf ihre eigene Rechtsposition. Die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Leistungsträgern kann so zur zusätzlichen Belastung für Patient:innen werden. Fachlich qualifizierte Information und auf den Einzelfall bezogene Beratung sowie Hilfestellung bei der Erschließung von sozialrechtlichen Leistungen können für Patient:innen und Angehörige Orientierung geben und damit Belastungen reduzieren.

Zur Beratung im Einzelfall, für einen konkreten Anlass und die dazu relevanten Rechtsansprüche, sind zunächst die jeweiligen Leistungsträger, also die gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung usw., verpflichtet. Im Gesundheitswesen finden Patient:innen zusätzlich Unterstützung und Beratung in ambulanten sowie stationären Settings durch Fachkräfte der sozialen Arbeit. Anlaufstellen für Menschen mit einer Krebserkrankung sind die Sozialdienste in den Akut- und Rehabilitationskliniken, die ambulanten Krebsberatungsstellen sowie andere allgemeine oder spezifische Beratungsstellen (allgemeine Lebensberatung, Pflegeberatung, Schuldnerberatung usw.). Beraten werden Patient:innen und Angehörige in allen Krankheits- und Behandlungsphasen.

Der vorliegende Beitrag soll einen Überblick über die Leistungsansprüche von Patient:innen mit Krebs geben.

Leistungen zur wirtschaftlichen Sicherung

Neben den körperlichen und psychischen Belastungen, die mit einer Krebserkrankung einhergehen, sind Patient:innen auch mit finanziellen Einschränkungen konfrontiert. Diese betreffen zum einen erhöhte

Ausgaben durch Zuzahlungen für Medikamente und Hilfsmittel, vermehrte Fahrten zu Arztterminen, bildgebende Untersuchungen oder andere, ergänzende Therapien. Zum anderen werden sie durch sinkendes Einkommen aufgrund längerer Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und die Inanspruchnahme von Lohnersatzleistungen verursacht.

Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert sind, erhalten zunächst 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (§3 Entgeltfortzahlungsgesetz) und anschließend Krankengeld für einen Zeitraum von maximal 1,5 Jahren nach §48 SGB V. Für Personen außerhalb des gesetzlichen Versicherungssystems, z. B. Beamte und Selbstständige, greifen andere Sicherungssysteme oder es muss selbst für den Krankheitsfall vorgesorgt werden, z. B. mit einer privaten Krankentagegeldversicherung. Für Menschen in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis besteht lediglich der Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Da es sich nicht um eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung handelt und der Krankenversicherungsschutz häufig über die beitragsfreie Familienversicherung aufgebaut wird, besteht kein Krankengeldanspruch.

Wenn Betroffene nach Ablauf des Krankengeldanspruchs weiterhin arbeitsunfähig sind, können sie Arbeitslosengeld 1 nach der sog. Nahtlosigkeitsregelung (§ 145 SGB III) beziehen, soweit die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Dadurch sollen Personen mit einer geminderten Leistungsfähigkeit nach Ende des Krankengeldbezugs und bis zur Klärung eines möglichen Anspruchs auf Erwerbsminderungsrente gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung finanziell abgesichert werden. Im Zuge des Verfahrens der Nahtlosigkeit wird durch die Rentenversicherung die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen überprüft. Dies geschieht i. d. R. im Rahmen einer onkologischen Rehabilitation, zu deren Antragstellung die Agentur für Arbeit die Betroffenen auffordern muss. Ein ähnliches Verfahren gibt es auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 51 SGB V; [2]). Im Gegensatz zur Agentur für Arbeit ist die Aufforderung zur Antragstellung einer Rehabilitation durch die Krankenkasse eine Ermessensentscheidung. Das heißt,

dass die Krankenkasse nach Abwägung des medizinischen Einzelfalls entscheiden kann, ob eine Überprüfung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten im Rahmen einer Rehabilitation notwendig ist.

Wenn eine Rückkehr in das Berufsleben infolge der Erkrankung, der Behandlung oder der damit einhergehenden Beeinträchtigungen nicht mehr möglich ist, können Patient:innen eine Erwerbsminderungsrente bei der zuständigen gesetzlichen Rentenversicherung beantragen (§43 SGB VI). Abhängig vom noch verbliebenen Leistungsvermögen kann die Rente als Voll- oder Teilrente ausbezahlt werden. Stellt der ärztliche Dienst der Rentenversicherung fest, dass eine Person auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – unabhängig vom erlernten Beruf – nur noch zwischen 3 h und 6 h am Tag einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann, wird eine Teilrente gewährt. Liegt die Leistungsfähigkeit nur noch unter 3 h täglich, wird eine volle Erwerbsminderungsrente gewährt. Die Erwerbsminderungsrenten können befristet, i. d. R. auf 3 Jahre, oder unbefristet bewilligt werden. Wer nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (pflicht-)versichert ist, kann das Risiko der Berufsunfähigkeit bei einem privaten Versicherungsunternehmen absichern. Betroffene, die in sog. verkammerten freien Berufen tätig sind, z. B. Architekt:innen, (Zahn-)Ärzt:innen oder Mitglieder der Anwaltschaft, erhalten bei Berufsunfähigkeit Leistungen von den für sie zuständigen Versorgungswerken. Beamt:innen erhalten Leistungen bei Dienstunfähigkeit, die i. d. R. über die zuständigen Amtsärzt:innen geprüft wird.

Die genannten Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung zur Absicherung im Krankheitsfall oder bei Erwerbsminderung gehen immer mit finanziellen Einbußen einher. Das Krankengeld beträgt ca. 70% des erzielten Regelentgelts, wobei es 90% des letzten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen darf (§47 Abs. 1 SGB V). Nach Abzug der Beiträge für die Sozialversicherungen ist der Bezug von Krankengeld mit einem durchschnittlichen Einkommensverlust von ca. 25% im Vergleich zum letzten Nettogehalt verbunden [4]. Auch das Arbeitslosengeld 1 wird auf der Basis des Entgelts, das vor der Erkrankung erzielt wurde, berechnet. Es beträgt für

Kinderlose 60% des pauschalierten Nettoentgelts und für Personen mit mindestens einem Kind 67% (§§ 149 ff SGB III). Die Bezugsdauer ist zum einen davon abhängig, wie viele Monate in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt wurde, zum anderen vom Lebensalter der betroffenen Person. Die Höhe der zu erwartenden Erwerbsminderungsrente wiederum ist vollständig von der eigenen Erwerbsbiographie und entsprechenden Beitragszahlungen abhängig, i. d. R. fällt sie aber geringer als Krankengeld oder Arbeitslosengeld 1 aus. Um die Leistung zu erhalten, müssen Betroffene im Laufe ihres Erwerbslebens mindestens 5 Jahre Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt haben. Direkt vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen in den zurückliegenden 5 Jahren mindestens 36 Monate Pflichtbeiträge eingezahlt worden sein.

Reicht das Einkommen nicht aus, um den Lebensunterhalt zu decken, können Betroffene ggf. Wohngeld, Bürgergeld oder Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder im Alter erhalten. Über die gesetzlichen Leistungen hinaus können einmalige finanzielle Unterstützungen aus Härtefonds, z. B. der Deutschen Krebshilfe, einiger Länderkrebsgesellschaften oder privater Stiftungen, beantragt werden.

Leistungen zur beruflichen Teilhabe

Fragen der finanziellen Absicherung und längeren Arbeitsunfähigkeit sind häufig mit Fragen der beruflichen Zukunft verbunden. Betroffene stellen sich nicht nur die Frage, ob sie wieder im alten Beruf arbeiten können, sondern auch in welchem Umfang. Nicht selten auch aus einem finanziellen Druck heraus besteht bei Patient:innen in einer chronifizierten Erkrankungssituation der Wunsch, die tumorspezifische Behandlung mit der Berufstätigkeit parallel zu vereinbaren.

Um die körperlichen Einschränkungen und psychischen Belastungen, die mit einer Krebserkrankung einhergehen können, zu verbessern, können Patient:innen eine onkologische Rehabilitation absolvieren. Kostenträger der onkologischen Rehabilitation ist i. d. R. der zuständige Rentenversicherungsträger. In Einzelfällen kann auch die jeweilige Krankenversiche-

rung als Kostenträger infrage kommen. Um die Antragstellung für Personen mit einer Krebserkrankung mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen zu vereinfachen, ist die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (ARGE Krebs NRW) von den gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherung beauftragt worden, dort die Antragsverfahren zu organisieren.

Durch die Betreuung und Behandlung im multidisziplinären Team, bestehend aus Ärzt:innen, Physio-, Ergo- und Bewegungstherapeut:innen, sowie psychoonkologische Betreuung, Ernährungstherapie und soziale Arbeit, sollen Patient:innen vorbereitet werden, Langzeitfolgen ihrer Erkrankung zu erkennen und lernen, damit im Alltag umzugehen. In den 3 Wochen der medizinischen Rehabilitation kann i. d. R. ein Prozess angestoßen werden, den die Patient:innen dann im Alltag eigenständig weiterführen sollen [3]. Neben der Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dient die onkologische Rehabilitation auch der Verbesserung sowie der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Betroffenen. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wird von der Rehabilitationsklinik beurteilt, ob und in welchem Umfang eine Person auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit leistungsfähig ist, ob Einschränkungen bestehen und mit welchen Hilfsmitteln oder weiteren Leistungen der Rehabilitation diese ggf. verbessert werden können. Diese Beurteilung kann die Grundlage sein, um mit Patient:innen die eigenen Ziele und Wünsche für die berufliche Zukunft zu besprechen und mögliche Einschränkungen zu thematisieren. Sie ist aber auch die Basis für die Einschätzung, ob ggf. eine Erwerbsminderungsrente für die Betroffenen infrage kommen kann. Gerade für Patient:innen, die von der Krankenkasse oder der Agentur für Arbeit zur Antragstellung einer Reha aufgefordert wurden, ist es deshalb wichtig, die in der Rehabilitation anstehende Prüfung der Erwerbsfähigkeit und die möglichen Konsequenzen für das Berufsleben bei Antragstellung, aber spätestens im Rahmen der Rehabilitation zu thematisieren.

Nach einer Krebsdiagnose können Betroffene die Feststellung einer Behinderung beim zuständigen Versorgungsamt beantragen. Dieses ist je nach Bundesland beim Landkreis angesiedelt oder überregional organisiert. Als schwerbehindert gelten Menschen im Sinne des SGB IX, wenn bei ihnen mindestens ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 festgestellt wurde. In der Regel ist dies nach der Diagnose eines malignen Tumors der Fall. Neben der Diagnose selbst sind für die Feststellung auch die vorhandenen Funktionseinschränkungen, deren Ausprägung und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen für die Teilhabe relevant.

Mit der Feststellung einer Schwerbehinderung sind für Betroffene sog. Nachteilsausgleiche sowie bestimmte Schutzvorschriften verbunden. Neben steuerlichen Entlastungen und Vergünstigungen, z. B. im öffentlichen Personennahverkehr, können v. a. Personen im Berufsleben von einer Schwerbehinderung profitieren. Für sie besteht ein erweiterter Kündigungsschutz und sie haben Anspruch auf 5 zusätzliche Urlaubstage pro Jahr. Verteilt sich die regelmäßige Wochenarbeitszeit auf mehr oder weniger als 5 Arbeitstage pro Woche, erhöht oder vermindert sich der Anspruch auf zusätzlichen Urlaub entsprechend. Des Weiteren haben Personen mit einer Schwerbehinderung Anspruch auf die Unterstützung durch das zuständige Integrationsamt und den zuständigen Integrationsfachdienst. Integrationsfachdienste beraten Erwerbstätige mit einer Schwerbehinderung beispielsweise zur Anpassung des Arbeitsplatzes mit Hilfsmitteln. Integrationsämter finanzieren diese Leistungen, wenn sie zur Sicherung der Teilhabe notwendig sind und die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Personen mit einer Schwerbehinderung können vorzeitig eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen mit oder ohne Abzüge beantragen.

Versorgung von Angehörigen

In der Zeit der tumorspezifischen Therapie kann es für Patient:innen wichtig sein, Angehörige durch Dritte versorgen zu lassen. Sind Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer schweren Erkrankung, einer akuten Verschlimmerung

der Erkrankung oder einer Krankenhausbehandlung nicht in der Lage, ihre Kinder selbst zu versorgen, können sie eine Haushaltshilfe in Anspruch nehmen. Ein Anspruch besteht nach § 38 Abs. 1 S. 4 SGB V für längstens 26 Wochen, viele Krankenversicherungen zahlen eine Haushaltshilfe im Rahmen von Satzungsleistungen länger. Wichtig ist auch, dass eine bestehende Pflegebedürftigkeit der versicherten Person eine Haushaltshilfe zur Versorgung von Kindern nicht ausschließt (§ 38 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Leben keine Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Haushalt, kann eine Haushaltshilfe zumindest für 4 Wochen nach einer Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen werden. Sind pflegebedürftige Angehörige zu versorgen, können Leistungen der Pflegeversicherung, z. B. Verhinderungspflege, Entlastung bieten.

Leistungen zur Sicherung der Pflege und in der palliativen Erkrankungssituation

Sind Patient:innen aufgrund ihrer Krebserkrankung auf Hilfe bei der Körperpflege, der Mobilität oder therapiespezifischen Anforderungen angewiesen, können sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragen. Die Pflegeversicherung unterstützt die Pflege in der häuslichen Umgebung mit Hilfsmitteln und in Abhängigkeit vom Pflegegrad mit einem Zuschuss zum Pflegedienst oder mit Pflegegeld, wenn Angehörige Pflegeleistungen übernehmen. Darüber hinaus können durch den sog. Entlastungsbetrag Betreuungsstunden oder eine Hilfe im Haushalt in Anspruch genommen und so pflegende Angehörige entlastet werden. Wurde Pflegebedürftigkeit festgestellt, besteht nach 6 Monaten zudem die Möglichkeit, Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen. Diese Leistung kann für wenige Stunden oder Tage, aber maximal bis zu 4 Wochen im Jahr genutzt werden. Kann die Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr gewährleistet werden, beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten der stationären Pflege in dafür zugelassenen Pflegeheimen.

Im ambulanten sowie im stationären Setting können Patient:innen neben der Hilfe bei Grund- und Körperpflege auch

Social law entitlements of cancer patients—an overview

In Germany, around 1.6 million persons are living with a malignant disease diagnosed in the past 5 years. The disease-related challenges faced by persons with or after a cancer diagnosis depend on age, gender, type of disease and treatment, and any preexisting comorbidities. In addition to physical effects of the disease and its treatment, affected persons often have to deal with psychosocial stress and questions related to social and economic participation. Over a third of cancer patients receive their diagnosis at working age. For this patient group, alongside questions of economic security and a functional homelife, there are also questions regarding the compatibility of their disease with their employment and reintegration into professional activities. The German statutory social insurance system offers basic protection in these areas and assistance to compensate for impairments caused by the disease. Due to the structured responsibilities of institutions and the differentiated entitlements to benefits in the individual social security codes, many patients are faced with a lack of clarity regarding their legal position. Dealing with the various service providers can represent an additional burden for patients. Professionally qualified information, individual counselling, and assistance with accessing social benefits can provide orientation for patients and relatives and thus reduce stress. The current article provides an overview of the entitlements of cancer patients.

Keywords

Patient rights · Social work · Financial support · Return to work · Counselling

allgemeine und spezielle palliative Hilfen in Anspruch nehmen. Von der allgemeinen Palliativversorgung durch die Hausärzte, über das Angebot eines ambulanten Hospizdienstes bis hin zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gibt es für Patient:innen individuelle Unterstützung zu Hause oder in stationären Pflegeeinrichtungen, damit Betroffene auch in einer fortgeschrittenen Erkrankungssituation gut versorgt werden. Hinzu kommt die Möglichkeit der stationären und teilstationären Hospizversorgung. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt anteilig über die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Pflegeversicherung. Die Krankenversicherung trägt einen Zuschuss von bis zu 95 %, wobei Leistungen der Pflegeversicherung auf die Gesamtkosten angerechnet werden.

Schlussfolgerung

Die Leistungen zur Sicherung bei Krankheit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit sind, wie dargestellt, umfangreich und teilweise auch unübersichtlich für Betroffene. Für die Erschließung ist neben der Information über das Leistungsspektrum gerade in komplexen Fällen eine qualifizierte, an den Einzelfall genau ange-

passte Beratung hilfreich, um individuelle Lösungen zu erarbeiten.

Fazit für die Praxis

- Die Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherungen zur Sicherung bei Krankheit, Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit sowie der finanziellen Situation von Krebspatient:innen sind umfangreich und komplex.
- Die Erschließung dieser und Realisierung der eigenen Leistungsansprüche sind jedoch nicht für jede betroffene Person ohne Probleme.
- Information, Beratung sowie Hilfe bei der Erschließung dieser Leistungen erhalten Patient:innen durch Fachkräfte der sozialen Arbeit in ambulanten Beratungsstellen sowie durch die Sozialdienste von Akut- und Rehakliniken.

Korrespondenzadresse

Anne Taubert

Sozialdienst Uniklinik Heidelberg, NCT Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 460, 69120 Heidelberg, Deutschland
anne.taubert@med.uni-heidelberg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Taubert gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Arndt V, Dahm S, Kraywinkel K (2021) Epidemiologie: Krebsprävalenz in Deutschland 2017. *Onkologie* (08)
2. DKG e.V. (2020) 51 SGB V, Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen, Arbeitshilfe für Sozialdienste und ambulante Beratungsstellen zur Problematik des § 51 SGB V. <https://www.krebsgesellschaft.de/arbeitsgemeinschaften/aso.html>
3. Rick O (2020) Onkologische Rehabilitation. In: Schmol H-J (Hrsg) *Kompodium Internistische Onkologie*. Heidelberg <https://doi.org/10.1007/978-3-662-46764-0>
4. Huber CA, Mielck A (2005) Einkommensverluste durch den Empfang von Krankengeld – Wann macht Krankheit arm? *Gesundheitswesen* 67(8/9):587–593. <https://doi.org/10.1055/s-2005-858605>
5. RKI (2023) Krebs in Deutschland für 2019/2020, 14. Auflage. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Monika Engelhardt, Roland Mertelsmann, Justus Duyster
Das Blaue Buch

Chemotherapie-Manual Hämatologie und Onkologie

Berlin Heidelberg: Springer 2023, 8. Auflage, 890 S., (ISBN: 978-3-662-67748-3 (Softcover), 978-3-662-67749-0 (eBook)), 43,59 EUR



Jeder Arzt, jede Ärztin ist bestrebt, Patienten eine Therapie anzubieten, die auf aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht und maximale Effektivität verspricht. Infolge der kontinuierlichen und raschen Wissensgenerierung in der hämatologischen und onkologischen Forschung werden erfreulicherweise viele neue, innovative Krebstherapien zugelassen, deren umfassende und detaillierte Erfassung für jeden klinisch tätigen Hämatologen bzw. Onkologen eine Herausforderung in der klinischen Praxis darstellt.

Seit 1994 widmet sich ein Chemotherapie-Vigilanz-Team am Universitätsklinikum Freiburg (UKF) unter der Leitung der Herausgeberin Frau Prof. Engelhardt, der fortlaufenden Aktualisierung, Überprüfung und Qualitätssicherung von Behandlungsprotokollen. Dabei handelt es sich bei dem „Blauen Buch“ nicht nur um eine erstmals im Jahr 2007 publizierte Protokollsammlung, sondern um regelmäßig von einem Ärzte- und Apothekerteam aktualisierte Protokolle, die am UKF täglich eingesetzt werden und in die die Behandlungserfahrung aus über 25 Jahren und mehreren Tausenden Patienten Eingang gefunden haben.

Zentrales Element der nun publizierten 8. Auflage sind die übersichtlichen, tabellarisch aufgebauten Protokollblätter, die sowohl einen raschen Überblick über den Behandlungsablauf bieten, als auch detaillierte Empfehlungen für Supportivmedikation und Prophylaxen beinhalten. Warnhinweise informieren über mögliche Medikamenteninteraktionen, die zu wichtigen Über- und

Unterdosierungen der verabreichten Tumor-Therapeutika führen und somit unmittelbar den Behandlungserfolg beeinflussen können. Des Weiteren finden sich Empfehlungen über die Zeitpunkte der Staging-Untersuchungen, wissenschaftliche Referenzen, sowie Hinweise zur korrekten Dosierung bzw. Dosisberechnung bei eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion bzw. Adipositas, auf die an vielen Kliniken gern zurückgegriffen wird. Die aktuell 8. Auflage enthält neben den klassischen Chemo- bzw. Immuntherapieprotokollen für solide Tumore und hämatologische Neoplasien auch Konditionierungsprotokolle für autologe und allogene Stammzelltransplantationen, CAR-T-Zellen und Protokolle zur sicheren Gabe von „Small Molecules“ bzw. Tyrosinkinase-Inhibitoren.

Zusätzlich finden die Protokolle Eingang in die Software des kommerziell verfügbaren Chemotherapiebestellsystems „Chemo-compile“ und werden in vielen Kliniken als „Blaupause“ für die Erstellung „hauseigener“ Protokolle herangezogen. In der 8. Auflage liegt das Blaue Buch als kostenlos verfügbare Open Access-Publikation vor:

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-67749-0>.

Das Blaue Buch ist in seiner 8. Auflage mit seinen über 600 Protokollen zu einem klassischen Nachschlagewerk für therapieorientierte Behandlungen geworden, das umfassendes Wissen für die sichere State-of-the-Art Behandlung im Alltag von Hämatologen und Onkologen bereitstellt und für das sicherlich in vielen Abteilungen bereits ein Platz im Bücherregal bzw. auf der Festplatte reserviert ist.

Florian Bassermann, München
Johannes Jung, München