

1 **Finanzielle Belastung von Krebspatienten – Evidenz für den deutschen Versorgungskontext**

2 *Witte J¹, Surmann B¹, Batram M², Mehlis K³, Winkler E³, Greiner W¹*

3 ¹ Universität Bielefeld, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

4 ² Universität Bielefeld, Lehrstuhl für Ökonometrie

5 ³ Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Universitätsklinikum Heidelberg

6

7

8 **Hintergrund**

9 Eine Krebsdiagnose und -therapie kann bei Patienten mit körperlichen, emotionalen sowie finanziellen
10 Belastungen einhergehen (Gordon et al. 2017). Während körperliche und emotionale Belastungen
11 mittlerweile mit supportiver Therapie und psychoonkologischer Unterstützung viel Aufmerksamkeit
12 erfahren, gibt es für Deutschland beinahe keine Daten zur individuellen finanziellen Belastung und ihre
13 Auswirkungen auf die Patienten (Walther 2011). Finanzielle Aufwendungen von Krebspatienten um-
14 fassen dabei nicht nur die direkten medizinischen wie nichtmedizinischen Kosten der Therapie, son-
15 dern auch die indirekten Kosten wie Einkommensausfälle (Fryback/Craig 2004). Eine dauerhafte Teil-
16 habe am Erwerbsleben ist wiederum stark mit dem Risiko assoziiert, in finanzielle Schwierigkeiten oder
17 Armut zu geraten (5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2017). Krankheit und Ein-
18 kommensarmut sind zudem unter den drei Hauptüberschuldungsgründen in Deutschland (iff Über-
19 schuldungsreport 2018).

20

21 **Dimensionen finanzieller Belastung von Krebspatienten**

22 Die patientenindividuelle finanzielle Belastung in Folge einer Krebsdiagnose und –Behandlung lässt
23 sich sowohl über objektiv erfassbare Parameter wie zum Beispiel die Zuzahlungshöhe zu Medikamen-
24 ten als auch über durch die subjektive Reaktion auf diese Belastungssituation erfassen. Das Konstrukt
25 subjektiver finanzieller Belastung ist dabei erst seit einigen Jahren Gegenstand systematischer For-
26 schung. Ausgehend von einer Arbeit von Zafar et al. zum Zusammenhang einer Krebsdiagnose und –
27 Therapie und individuellen Belastungen (Zafar et al. 2013) wurden zuletzt eine Reihe von explorativen
28 Erhebungen publiziert, welche individuelle finanzielle Belastungen und Reaktionen (Witte et al. 2019).
29 2017 wurde zudem das erste für den US-amerikanischen Versorgungskontext validiertes Erhebungs-
30 instrument zur Erfassung finanzieller Belastungsreaktionen erfasst. Für Deutschland liegt kein entspre-
31 chendes Instrument vor. Dabei haben sich im Wesentlichen drei Dimensionen herausgebildet, um in-
32 dividuelle Belastungsreaktionen von Patienten abzubilden:

- 33 • Materielle Faktoren, z. B. die Möglichkeit Verdienstauffälle durch Ersparnisse zu kompensie-
34 ren.
- 35 • Psychosoziale Faktoren, z. B. Wahrnehmung der persönlichen finanziellen Situation.
- 36 • Verhaltensbezogene Faktoren, z. B. der Verzicht auf Freizeitaktivitäten oder die Einschränkung
37 der Therapie aufgrund finanzielle Zwänge.

38 In Abhängigkeit der individuellen finanziellen wie psychosozialen Lage eines Patienten können mit ei-
39 ner Krebserkrankung einhergehende Versorgungskosten zu einer subjektiv wahrgenommenen Belas-
40 tungssituation führen. Die objektive finanzielle Belastung eines Patienten setzt sich zusammen aus

- 41 • direkten medizinischen Kosten,
- 42 • direkten nicht-medizinischen Kosten und
- 43 • indirekten Kosten.

44 Direkte Krankheitskosten sind hinsichtlich medizinischer (z. B. Zuzahlungen zu Medikamenten) und
 45 nicht-medizinischer Kosten für einen Patienten (z. B: zusätzliche Haushalts- oder Fahrtkosten) zu un-
 46 terscheiden. Die sog. Überforderungsklausel in § 62 SGB V soll jedoch sicherstellen, dass die direkte
 47 finanzielle Beteiligung an der medizinischen Leistungserbringung nicht zur finanziellen Überforderung
 48 führt. Man unterscheidet die vollständige und die teilweise Befreiung von Zuzahlungen. Bei Personen
 49 mit chronischen Erkrankungen gilt beispielsweise eine Belastungsgrenze von einem Prozent des jähr-
 50 lichen Bruttoeinkommens.

51 Aus volkswirtschaftlicher Perspektive messen indirekte Krankheitskosten den mittelbar mit einer Er-
 52 krankung im Zusammenhang stehenden Ressourcenverlust. Dabei handelt es sich in erster Linie um
 53 die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der erwerbstätigen Bevölkerung hervor-
 54 gerufenen potenziellen volkswirtschaftlichen Verluste (Statistisches Bundesamt 2017). Auch aus indi-
 55 vidueller Patientenperspektive bemessen sich indirekte Kosten im Wesentlichen durch mit Erwerbs-
 56 unfähigkeit verbundenen Einkommensverlusten. Insofern sind indirekte Kosten als Ursache finanzieller
 57 Belastungen in Folge einer Krebserkrankung eher für Personen im Erwerbsalter relevant. Zu den indi-
 58 rekten Kosten sind auch die so genannten intangiblen Kosten zu rechnen. Sie bilden die aus einer Er-
 59 krankung resultierenden Einschränkungen wie Schmerz, Depressionen oder ganz allgemein den Ver-
 60 lust an Lebensqualität ab, werden nachfolgend jedoch nicht weiter betrachtet.

61

62 **Maßnahmen zur Absicherung gegenüber finanziellen Belastungen**

63 Die Tatsache, dass ein Arbeitnehmer aufgrund von Krankheit oder Invalidität kein Einkommen erzielen
 64 kann, ist seit Einführung der Sozialversicherung als Risiko erkannt und versichert worden (Rehfeld
 65 2006). In Deutschland haben Arbeitnehmer grundsätzlich Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krank-
 66 heitsfall von Beginn der Arbeitsunfähigkeit an für einen Zeitraum von sechs Wochen (vgl. Tab. 1). Wird
 67 ein Arbeitnehmer infolge von Krankheit wiederholt arbeitsunfähig, bleibt ihm wegen der erneuten Ar-
 68beitsunfähigkeit der Anspruch auf Arbeitsentgelt für einen weiteren Zeitraum von höchstens sechs
 69 Wochen erhalten. Das setzt aber voraus, dass er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs
 70 Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war. Nach Auslaufen der Lohnfortzahlung
 71 durch den Arbeitgeber besteht für einen Zeitraum von 78 Wochen Anspruch auf Zahlung von Kran-
 72 kengeld durch die gesetzliche Krankenversicherung. Wer darüber hinaus arbeitsunfähig ist, hat An-
 73 spruch auf Arbeitslosengeld I (ALG I). Während einer medizinischen Rehabilitation in Folge einer Krebs-
 74 erkrankung besteht gem. § 64 SGB IX zunächst noch Anspruch auf Übergangsgeld, und zwar für die
 75 Dauer der Reha oder beruflichen Maßnahme, maximal jedoch für einen Zeitraum sechs Wochen.

76 *Tabelle 1: Lohnersatzzahlungen im Krankheitsfall (für Selbstständige gelten zum Teil andere Anspruchshöhen)*

Lohnersatzleistung	Anspruchsdauer	Anspruchshöhe
Lohnfortzahlung	6 Wochen	100 % des Brutto-Arbeitsentgeltes
Krankengeld	78 Wochen**	70 % des Brutto-Arbeitsentgeltes aber nicht mehr als 90 % des Nettoverdienstes
Übergangsgeld	6 Wochen	68 % des Netto-Arbeitsentgeltes*
Arbeitslosengeld I	12 bis 24 Monate***	60 % des Netto-Arbeitsentgeltes****
Erwerbsminderungsrente	Max. bis Beginn Regelaltersrente	Individuell
Grundsicherung	Individuell	Individuell

* Mit Kind: Erhöhter Leistungssatz in Höhe von 75 %. ** Abzüglich der Zeit der Lohnfortzahlung. *** In Abhängigkeit der Dauer der Beschäftigung und des Alters. **** Mit Kind: Erhöhter Leistungssatz in Höhe von 67 %.

77

78 Eine erhebliche gesundheitliche Einschränkung ist neben einer Versicherungsdauer von fünf Jahren die
 79 Voraussetzung für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung.
 80 Die aus arbeitsmedizinischer Sicht festgestellte noch vorhandene Arbeitsfähigkeit bildet ein wichtiges
 81 Kriterium für die Rentenhöhe:

- 82 • Volle Erwerbsminderungsrente bei einem Restleistungsvermögen von unter 3 Stunden pro
 83 Tag,
- 84 • Halbe Erwerbsminderungsrente bei einem Restleistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden
 85 pro Tag; bei Verschlussheit des Arbeitsmarktes wird statt der halben Erwerbsminderungs-
 86 rente die volle Erwerbsminderungsrente gezahlt.

87 In den meisten Fällen ist das Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung (und auch das Kran-
 88 kentagegeld der privaten Versicherung) sowie das ALG I deutlich höher als eine zu erwartende Er-
 89 werbsminderungsrente. Falls Personen keinen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben,
 90 muss die Grundsicherung beantragt werden. Eine dauerhafte krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit
 91 deutlich vor dem eigentlichen Renteneintrittsalter kann für Menschen ohne ausreichende Absicherung
 92 oder finanzielle Ressourcen damit ein bedeutendes Armutsrisiko darstellen.

93

94 **Datenquellen zur finanziellen Belastung von Krebspatienten**

95 Daten zur objektiven finanziellen Belastung eines Krebspatienten lassen sich individuell durch Befra-
 96 gung der Patienten erfassen. Patientenbefragungen bieten dabei die einzige Möglichkeit, detailliert
 97 Informationen über die Einkommens- und Vermögenssituation einer Person in Zusammenhang mit
 98 dem Erkrankungs- bzw. Therapieverlauf und damit verbundenen Veränderungen in der Erwerbsfähig-
 99 keit zu erfassen. Einzelne Aspekte objektiver Krankheitskosten von Krebspatienten lassen sich zudem
 100 auf Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen sowie Daten der deutschen Renten-
 101 versicherung ableiten. Beide Datenquellen bieten auf Ebene der ICD-10-Klassifikation einen unmittel-
 102 baren Bezug zur Erkrankung einer Person und ermöglichen damit auch Vergleichsanalysen zur Perso-
 103 nen mit anderen Erkrankungen. Dabei bietet der im Internet frei verfügbare Scientific use file der Deut-
 104 schen Rentenversicherung eine jährliche Vollerhebung aller Neu- und Bestandsrentner in Deutschland
 105 basierend auf der Rentenzugangstatistik nach § 6 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften der Ren-
 106 tenversicherungsstatik (RSVwV) aus den Konten der Rentenversicherungsträger.

107 *Tabelle 2: Potentielle Datenquellen zur Ermittlung direkter und indirekter Krankheitskosten von Krebs*

Datenquelle	Inhalte		Verfügbarkeit
GKV-Abrechnungsdaten	Direkte medizinische Kosten	Zuzahlungen	Eingeschränkt, DIMDI-Datenpool nicht hinreichend
	Indirekte Kosten	Arbeitsunfähigkeit	
	Indirekte Kosten	Erwerbsstatus	
	Indirekte Kosten	Versicherungsstatus	
Daten der Renten- versicherung	Indirekte Kosten	Rentenart	Public / Scientific use file

108

109

110 **Aktueller Stand der Forschung**

111 *Subjektive finanzielle Belastung von Krebspatienten in Deutschland*

112 Die bislang vorliegenden US-amerikanischen Studien zeigen, dass Krebspatienten eine erhebliche fi-
113 nanzielle Belastung durch die Eigenbeiträge während der Behandlung erleben und daher ihre Behand-
114 lung teilweise nicht wie geplant wahrnehmen oder verzögern (Zafar et al. 2013). Eine starke finanzielle
115 Notlage nach der Krebsdiagnose erhöht offenbar sogar die Mortalität zu erhöhen (Ramsey et al. 2016).
116 Diese Daten sind aufgrund der grundlegend verschiedenen Gesundheitssysteme jedoch nur sehr be-
117 grenzt auf die Situation in Deutschland übertragbar. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive ist
118 zwar der direkte Budget-Impact von Krebserkrankungen auf nationale Versorgungssysteme, auch für
119 den deutschen Versorgungskontext, umfassend evaluiert. Jedoch liegt bislang keine wissenschaftlich
120 belastbare gesundheitsökonomische Evaluation zum finanziellen Risiko von Krebserkrankungen in
121 Folge steigender Zuzahlungen und Veränderungen in der Möglichkeit zur persönlichen Absicherung
122 des Armutsrisikos z. B. durch Erwerbstätigkeit vor.

123 Explorative Daten aus dem deutschen Versorgungskontext stützen die Hypothese finanzieller Prob-
124 lemlage onkologischer Patienten durch steigende Kosten: In einer Pilotstudie am NCT in Heidelberg
125 wurden 156 Patienten zu Veränderungen ihres Einkommens seit ihrer Krebsdiagnose befragt, wobei
126 75 % eine Verschlechterung ihrer finanziellen Situation angaben, bei 60 % beliefen sich die Verluste
127 auf 500 € pro Monat (Walther/Weis 2008). Im Rahmen einer weiteren prospektiven Kohortenstudie
128 wurden 247 Krebspatienten zu Veränderungen Ihrer finanziellen Situation nach Diagnosestellung und
129 Therapiebeginn befragt. Es zeigte sich, dass 81 % Mehrausgaben infolge ihrer Krebserkrankung haben,
130 die für die meisten Betroffenen (76 %) unter 200 € pro Monat liegen. Bei 37 % der Befragten sind
131 Einkommenseinbußen entstanden, welche sich bei einem Drittel (36 %) der Betroffenen auf 501 bis
132 1.200 € pro Monat und bei einem Viertel (24 %) auf mehr als 1.200 € pro Monat belaufen. In der Folge
133 geben 40 % an, im Alltag sparen zu müssen. Multivariate Analysen zeigen darüber hinaus, dass hohe
134 Einkommenseinbußen und/oder Mehrausgaben mit schlechterer Lebensqualität und höherer subjek-
135 tiver Belastung einhergehen (Winkler et al. 2018, Witte et al. 2017). Weitere Primärerhebungen unter
136 deutschen Krebspatienten betonen insbesondere den Verlust der Erwerbstätigkeit als relevantes Ar-
137 mutsrisiko (Ärzteblatt 2018).

138 In der Onkologie spielt die Beratung durch Sozialdienste bei der Bewältigung erlebter psychosozialer
139 wie finanzieller Belastungen eine große Rolle. Inzwischen liegen erste Erhebungen zur individuellen
140 finanzielle Belastung von Krebspatienten auch aus dieser Beratungsperspektive vor (Surmann et al.
141 2019). Basierend auf einer deutschlandweiten Befragung von Sozialdiensten (n=145) wurde die Wahr-
142 nehmung der finanziellen Belastung von Krebspatienten in der Alltagsberatung, die Veränderungen in
143 der Relevanz des Themas, Risikofaktoren und der aktuellen Beratungspraxis im Hinblick auf finanziell
144 belastete Tumorpatienten untersucht. Insgesamt 81 % der teilnehmenden Sozialdienste gaben an,
145 dass finanzielle Schwierigkeiten als Folge einer Krebsdiagnose für mindestens die Hälfte der Patienten
146 ein relevantes Thema in ihrem Beratungsalltag sind. 55 % sahen zudem eine in den vergangenen Jahren
147 steigende Relevanz entsprechender Beratungsthemen für Patienten. Dabei waren vor allem die höhere
148 Überlebenschance, eine steigende Zahl jüngerer Patienten und Veränderungen im Lebensstil sowie
149 schlechtere Sozial- und Arbeitsbedingungen genannte Gründe für diese Entwicklung. Risikofaktoren
150 für finanzielle Schwierigkeiten sind nach Einschätzung der Sozialdienste eine lange Krankheitsdauer,
151 ein Alleinerziehende sowie Selbständigkeit.

152

153 *Objektive finanzielle Belastung von Krebspatienten in Deutschland*

154 Internationale Daten zeigen, dass ein Drittel aller Krebspatienten nach Abschluss der Therapie nicht
155 mehr erwerbstätig ist (Mehnert 2011). Bei denjenigen, die trotz Erkrankung weiterhin berufstätig blie-
156 ben, verringerte sich das durchschnittliche Einkommen. Hauptursache ist häufig ein Rückgang der Leis-
157 tungsfähigkeit (Ärzteblatt 2018). Am Jahresende 2015 erhielten ca. 1,8 Millionen Personen unter 65

158 Jahren in Deutschland Leistungen wegen einer dauerhaften Erwerbsminderung (Deutsche Rentenver-
 159 sicherung 2016). Knapp 173.000 Personen erhielten 2015 erstmalig Rentenleistungen wegen Erwerbs-
 160 minderung, wobei 12,8 % aller Erwerbsminderungsrentenzugänge in diesem Jahr auf eine Krebser-
 161 krankung zurückzuführen waren (Deutsche Rentenversicherung 2019). Dieser Anteil ist unmittelbar
 162 nach der grundsätzlichen Neukonzeption des Zugangs zu einer Erwerbsminderungsrente mit dem Ge-
 163 setz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum 01.01.2001 von 12,5 % im Jahr
 164 2001 auf 14,7 % im Jahr 2004 angestiegen (vgl. Abb. 2). Ab 2004 war dieser Wert jedoch bis 2013
 165 rückläufig, seitdem steigt er wieder geringfügig an.



166

167 *Abbildung 1: Anteil der Rentenzugänge aufgrund von Krebs an allen Erwerbsminderungsrentenzugängen (Quelle: Deutsche*
 168 *Rentenversicherung 2019).*

169 Der durchschnittliche Zahlbetrag einer Erwerbsminderungsrente lag in 2015 bei 731 € (Deutsche Ren-
 170 tenversicherung 2016) und damit deutlich unterhalb des durchschnittlichen Arbeitnehmernettoein-
 171 kommens (ca. 1.800 €, Statistisches Bundesamt 2019). Eine aufgrund von Krankheit erforderliche Teil-
 172 kompensierung eines Erwerbseinkommens kann insofern, bei nicht ausreichender individueller finanzi-
 173 eller Absicherung oder sonstiger Kompensationsmöglichkeit, ein massives Armutsrisiko darstellen. Er-
 174 gebnisse qualitativer Erhebungen stützen diesen Befund (Schröder et al. 2017, Ärzteblatt 2018). Ein
 175 relevanter Parameter zur Abschätzung des Risikos finanzieller Belastung infolge einer Krebserkrankung
 176 stellt deshalb das Eintrittsalter in einer Erwerbsminderungsrente dar. Entsprechende Daten zur ge-
 177 sundheitsbedingten Frühberentung werden von der Deutschen Rentenversicherung in jährlichen Ab-
 178 ständen seit dem Jahr 2000 bereitgestellt. Aufgrund der zuvor beschriebenen gesetzlicher Anpassun-
 179 gen am Rentenzugang zum 01.01.2001 wird nachfolgend lediglich der verfügbare Datenzeitraum ab
 180 2001 betrachtet. Das durchschnittliche Alter bei Eintritt in eine Erwerbsminderungsrente lag im Jahr
 181 2015 unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung bei 51,6 Jahren (vgl. Tab. 3). Das durch-
 182 schnittliche Eintrittsalter ist im Vergleich zum Jahr 2001 in den vergangenen Jahren insgesamt um 0,8
 183 Jahre gestiegen. Bei Menschen mit Krebserkrankungen ist dieser Hinzugewinn überproportional hoch.
 184 Im Durchschnitt nehmen Personen mit Krebserkrankungen im Jahr 2015 2,2 Jahre länger am Erwerbs-
 185 leben teil als noch im Jahr 2001. Dieser Hinzugewinn ist fast viermal größer als bei Personen mit nicht-
 186 onkologischen Erkrankungen (+0,6 Jahre).

187 *Tabelle 3: Durchschnittliches Eintrittsalter in eine Erwerbsminderungsrente (in Jahren; Quelle: Eigene Auswertung auf Basis*
 188 *von Daten der Deutschen Rentenversicherung 2019).*

Alter bei Rentenzugang	2001	2015	Differenz
Alle Erwerbsminderungsrentner	51,1	51,6	+0,5 Jahre
Aufgrund von Krebserkrankung	51,3	53,5	+2,2 Jahre
Aufgrund sonstige Erkrankungen	50,8	51,4	+0,6 Jahre

189

190 Wie sehr eine Krebserkrankung die Berufstätigkeit beeinträchtigt, ist stark von der Altersverteilung der
191 Inzidenz bestimmt. Dabei zeigt sich, dass das Alter einer erstmaligen Krebsdiagnose in den vergange-
192 nen Jahren geringfügig zugenommen hat. Das durchschnittliche Alter bei Krebsneudiagnose lag 2001
193 bei 66,3 Jahren, 2014 bei 67,5 Jahren (Quelle). Dies könnte also ein Indikator dafür sein, dass ein im
194 Zeitverlauf späteres Eintrittsalter in einer Erwerbsminderungsrente aufgrund einer Krebserkrankung
195 unter anderem auch mit einer insgesamt späteren Krebsinzidenz zusammenhängt.

196 Gleichzeitig zeigen die Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten jedoch auch, dass sich unabhängig
197 vom Altersdurchschnitt auch die Struktur der Personen mit Krebsneudiagnose verändert hat. Denn
198 trotz steigendem Durchschnittsalter bei einer Krebsneudiagnose ist der Anteil der krebserkrankten
199 Personen im erwerbsfähigen Alter seit 2007 von 35,8 % auf 37,0 % im Jahr 2014 gestiegen (eigene
200 Berechnung basierend auf Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut 2017).
201 Unter Berücksichtigung des unabhängig von diesen Daten beobachteten Trends des steigenden Alters
202 bei Beginn einer Erwerbsminderungsrente stehen Personen mit einer Krebserkrankung heute dem Ar-
203beitsmarkt potentiell länger zur Verfügung, was wiederum (positive) Auswirkungen auf das Armutsri-
204siko von Krebspatienten hat.

205

206 **Ausblick**

207 Trotz des umfassenden Versicherungsschutzes hat die Betrachtung der finanziellen Belastung von
208 Krebspatienten auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen. Obwohl die Anzahl der Studien zur sub-
209 jektiven finanziellen Belastung von Krebspatienten stetig steigt, ist die Evidenzlage für den deutschen
210 Versorgungskontext noch sehr eingeschränkt. Wesentliche Treiber finanzieller Belastungen von Krebs-
211 patienten werden über direkte und indirekte Krankheitskosten beeinflusst. Aufgrund gesetzlicher Re-
212 gelungen zur Begrenzung von Zuzahlungen sowie der Überforderungsklausel im System der gesetzli-
213 chen Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass insbesondere Veränderungen in der Erwerbsfä-
214 higkeit ein wesentlicher Treiber des Armutsrisikos in Folge von Krankheit ist. Daten zur Abschätzung
215 des Risikos negativer Effekte auf die Erwerbsfähigkeit liegen unter anderem in Form der frei verfügba-
216 ren Daten der Deutschen Rentenversicherung vor. Diese zeigen, dass in den vergangenen 15 Jahren
217 das durchschnittliche Eintrittsalter in einer Erwerbsminderungsrente zugenommen hat – aufgrund ei-
218 ner Krebserkrankung im Vergleich zu sonstigen Erkrankungen sogar überproportional stark. Primäre
219 Datenerhebungen unter Patienten oder Sozialdiensten zeigen ferner die hohe Bedeutung von Einkom-
220 mensverlusten in Folge einer Krebsdiagnose und Therapie. Weitere Forschungsarbeiten sind deshalb
221 erforderlich, um sowohl validierte Instrumente zur subjektiven finanziellen Belastung als auch gezielte
222 Maßnahmen zur Vermeidung von finanziellen Problemen zu entwickeln. Darüber hinaus könnten Da-
223 ten zur individuellen finanziellen Belastung in Folge einer Krebsdiagnose und -Therapie Verfahren zur
224 Nutzenbewertung neuer Technologien informieren.

225

226 **Literatur**

227 Literatur beim Autor.