

Hämatologie und Onkologie

MITGLIEDER-RUNDSCHREIBEN DER DGHO

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
 liebe Mitglieder,

das zweite Quartal 2015 hat der DGHO zu mehreren Themen sehr viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit gebracht. Eine wesentliche Aktivität war die Pressekonferenz zu Frauen- und Familienbelangen, die wir gezielt um den Weltfrauentag am 8. März gelegt hatten. Einen Tag bevor der Bundestag die „Frauenquote“ beschloss, wurden hier die Forderungen zu den wünschenswerten Änderungen der Weiterbildungsordnung und von Maßnahmen der Familienförderung dargestellt. Es war motivierend, dass das ZDF mit dem „Heute Journal“ sich mit einem ausführlichen Beitrag von dieser Veranstaltung und der Thematik berichtete, und auch die Bundesärztekammer zunehmend zugänglich wird. Insbesondere arbeiten wir hier gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften an einer Artikelserie im Bundesärzteblatt.

Sie erhalten mit diesem Mitgliederrundschreiben auch das Supplement zum Band 5 der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe. Es enthält die Antworten auf die Fragen zum Survey zur Frauen- und Familienfreundlichkeit des Arbeitsfeldes aus dem Jahre 2014. Da sich hier viele gute Anregungen, aber auch Frustration und Schmerz erkennen (und daraus lernen) lassen, haben wir uns entschieden, diese Originaltöne zusammenzufassen. Da sich viel Persönliches darin versteckt, haben wir nicht nur Namen, sondern auch Ort und Geburtsdatum anonymisiert. Lediglich das Geschlecht haben wir abgedruckt. Eine kleine Lesehilfe: Je mehr Schmerz und Frust, aber auch Tatendrang Sie in einer

Antwort finden, desto wahrscheinlicher stammt die Antwort von einem Mann aus dem Geburtsjahr um 1950. Diese Kollegen haben ihre Kinder kaum kennengelernt.

Die politisch ausgerichtete Frühjahrstagung war in Bezug auf Diskussionsfreudigkeit der Teilnehmer wie auch Teilnehmerzahlen sehr erfolgreich. Für das Kollegium waren die neuen Regelungen des „Pharma-Transparenzkodex“ verunsichernd. Sorgen bestehen in Richtung Verbleib und Nutzung der Daten. Insbesondere ist zu bedenken, dass die Daten in Konfliktsituationen genutzt werden können, um die Ärzte in der Öffentlichkeit zu diskreditieren. Es sei an dieser Stelle unterstrichen, dass die DGHO ihren Mitgliedern nicht generell dazu raten kann, die Daten über Zuwendungen und Honorare zur namentlichen Veröffentlichung durch die pharmazeutischen Unternehmer freizugeben. Bitte beachten Sie, dass der zugehörige Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe schon in 3. Auflage formuliert wurde und für detaillierte Information auf der Website der DGHO zur Verfügung steht.

Last but not least ein historisches Zuckerl: Durch die akribische Arbeit von Prof. Peter Voswinkel konnte die Arbeit und das Schicksal des berühmten Ernst von Leyden weiter geklärt und gewürdigt werden. Die Familie von Leyden dankte der DGHO



Mathias Freund



Diana Lüftner



Martin Wilhelm

INHALT

Wahlen zum Vorstand und Beirat der DGHO	3
DGHO-Frühjahrstagung 2015	4
Ernst von Leyden-Bildnisse an die DGHO übergeben	8
Pressekonferenz der DGHO: Mehr Ärztinnen in Führungspositionen	11
Frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel in Deutschland: Ergebnisse nach vier Jahren AMNOG	14
DGHO-Stellungnahme zum Referentenentwurf: Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland.....	20
Stellungnahme zum Referentenentwurf: Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen	22
DGHO-Preisausschreibungen 2015.....	24
Veranstaltungshinweis: 12. Trainingskurs „Klinische Infektiologie in der Hämatologie und Onkologie“	24
Stipendien-Initiative der DGHO zur Förderung junger Wissenschaftler	25
Aus der Mitgliederbetreuung.....	25
Bewerbungen um Mitgliedschaft	26
Gründung des Arbeitskreises „HIV“-Neoplasien.....	27
Veranstaltungshinweise	28

durch die Überlassung eines wertvollen Marmorreliefs und eines Ölgemäldes. Der eigentliche Schatz waren allerdings die Gespräche mit den Nachfahren von Ernst von Leyden. Wir werden versuchen, diesem Auftakt zu folgen und die Abendveranstaltung der Frühjahrstagung öfter historischen Inhalten widmen. Unsere Gäste haben sich dies ausdrücklich gewünscht.

DGHO-Frühjahrstagung 2015

„Survivorship – lebenslange Begleitung von Krebspatienten?“ und „Durchsichtige Ärzte in einem undurchsichtigen Staat“: Die beiden Schwerpunktthemen der diesjährigen Frühjahrstagung

MICHAEL OLDENBURG

Vom 12. bis zum 13. März 2015 fand in Berlin die diesjährige Frühjahrstagung der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. statt. Schwerpunkte bildeten die Themen „Survivorship – lebenslange Begleitung von Krebspatienten?“ und „Durchsichtige Ärzte in einem undurchsichtigen Staat?“. Darüber hinaus wurde am Abend des 12. März in feierlicher Zeremonie die Rückkehr von historischen von Leyden-Bildnissen nach Berlin vollzogen. Angeregt durch die DGHO-Broschüre „Erinnerungsort Krebsbaracke“ hatten sich Urenkel aus England



Prof. Mathias Freund

und Deutschland spontan entschlossen, der DGHO sowohl ein Marmorrelief als auch ein wertvolles Ölporträt ihres berühmten Ahnherrn Ernst von



Prof. Diana Lüftner (Vorsitzende der DGHO), Prof. Mathias Freund (Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO), Prof. Martin Wilhelm (Mitglied im Vorstand – Sekretär)

Leyden (1832-1910), Begründer des ersten Instituts für Krebsforschung, zu übereignen. (siehe Bericht S. 8-9)

Prof. Mathias Freund, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO, der das Programm der beiden Tage vorstellte, machte bei seinem einleitenden Vortrag deutlich, dass die zukünftige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit soliden Tu-

moren und Blutkrebserkrankungen vor zentralen Herausforderungen stehe. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels werde es notwendig sein, eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten zu versorgen. Darüber hinaus führten die Fortschritte bei der Behandlung von Krebserkrankungen zu einer größeren Anzahl an Langzeitüberlebenden, den sogenannten „Survivors“.

„Survivorship – lebenslange Begleitung von Krebspatienten?“

Die Referentinnen und Referenten machten deutlich, dass Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen neben der originär medizinischen Intervention – je nach individueller Situation – einer ganzen Vielzahl weiterer bspw. psychoonkologischer und psychosozialer Unterstützungsmaßnahmen bedürfen.

Krebs: Einfluss auf die wirtschaftliche Situation

Dr. Ulf Seifart, Chefarzt der Rehabilitationsklinik „Sonnenblick“ im hessischen Marburg und Mitglied des Beirats der DGHO, hob in seinem Vortrag „Identifikation von Risikopatienten, einschließlich sozialer

und finanzieller Probleme“ mögliche Spätfolgen für Langzeitüberlebende hervor. So bestehen signifikante Korrelationen zwischen Krebserkrankungen und dem



Priv.-Doz. Dr. Ulf Seifart

sozioökonomischen Status. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass Krebsüberlebende (33,8 Prozent) ihren Arbeitsplatz signifikant häufiger verlieren als Gesunde (25,2 Prozent). 63,5 Prozent der onkologischen Patienten kehren in ihr Berufsleben zurück, wobei in den ersten

72 Monaten 26 bis 53 Prozent den Arbeitsplatz verlieren, von denen 23 bis 75 Prozent einen neuen Arbeitsplatz finden. „Das heißt, dass nur 50 Prozent unserer Patientinnen wieder voll arbeiten“, so Dr. Ulf Seifart. „Eine Tumordiagnose kann für unsere Patientinnen und Patienten eine schwere wirtschaftliche Belastung bedeuten. Wichtig ist die frühzeitige Identifizierung von Risikopatienten, um zeitnah entsprechende Hilfestellungen anzubieten.“ Gefährdet seien vor allem Patientinnen und Patienten, die eine niedrige formale Schulbildung besitzen, eine körperlich belastende Tätigkeit ausführen und in Schichtarbeit tätig sind. „Es gibt eine ganze Reihe von Hilfsangeboten. Das Problem ist, dass diese Angebote

zu wenig bekannt sind. Was wir brauchen ist mehr Aufklärung und Information“, so Dr. Ulf Seifart.

Krebs: Wenn die Seele mitleidet

Dass eine Krebserkrankung Patientinnen und Patienten in ihrer gesamten medizinischen, sozio-emotionalen und spirituellen Verfasstheit betrifft, machte Dr. Pia



Dr. Pia Heußner

Heußner, Leiterin der Psycho-Onkologie der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums München und Mitglied im DGHO-Arbeitskreis Psycho-Onkologie, deutlich. Die Diagnosestellung, so Dr. Pia Heußner, werde von manchen Patientinnen und Patienten als „erdbebenartiges Gefühl“ beschrieben. Häufig breche mit der Diagnosestellung der Boden unter den Füßen weg und eine ganze Welt zusammen. „Am Anfang steht oft einfach erst einmal Ohnmacht. Dann erleben wir

Phasen von Verleugnung, Aggression, Verhandeln, Depression und Akzeptanz. Diese müssen aber nicht chronologisch ablaufen. Auch ist es nicht ein ‚Einmal-durchlaufen‘, so können bspw. depressive Phasen mehrfach auftreten.“ Von zentraler Bedeutung, so die Psycho-Onkologin, seien ein frühzeitiges „Auffangen“ und eine kontinuierliche Begleitung der Patientinnen und Patienten. Zu einer „gelungenen Rehabilitation“ gehörten bspw. die Verbesserung der physischen Konstitution, der Abbau psychischer Belastungen oder das „Finden einer neuen Normalität“. „Darüber hinaus müssen wir unsere Patientinnen und Patienten bei ihrer Neuorientierung in ihrem sozialen Umfeld unterstützen“, so Dr. Pia Heußner.



Teilnehmerinnen und Teilnehmer der DGHO-Frühjahrstagung

Weitere Vorträge zum Thema „Survivorship – lebenslange Begleitung von Krebspatienten?“

Eva Maria Kalusche-Bontemps, Reichshof-Eckenhagen
„Onkologische Rehabilitation: Wer braucht welche Maßnahmen?“

Monika Reuss-Borst, Bad Kissingen
„Onkologische Rehabilitation: Was nützt sie? Was ist evidenzbasiert?“

Georgia Schilling, Freiburg
„Onkologische Rehabilitation: Nachsorge und Prophylaxe von Langzeitkomplikationen – was ist evidenzbasiert?“

Jörn Beck, Erlangen
„Onkologische Rehabilitation: Was können wir von den Pädiatern lernen?“

Barbara Zimmer, MDK Nordrhein
„Onkologische Rehabilitation: Langzeitbetreuung: Was bezahlen die Kassen? Beispiel: strahlen-assoziiertes Mammakarzinom“

Zum Themenkomplex „Survivorship – lebenslange Begleitung von Krebspatienten“ wird ein **Supplement** erscheinen, das Anfang August an die Mitglieder der DGHO verschickt wird. Alle oben genannten Beiträge werden im Supplement detailliert vorgestellt.



Schwerpunktt Themen:

Hämatologie

- Chronische Lymphatische Leukämie
- Indolente Lymphome
- Multiples Myelom
- Myeloproliferative Erkrankungen

Onkologie

- Gastrointestinale Tumore
- Mammakarzinom
- Lungenkarzinom

Querschnittsthemen

- Immuntherapie
- Gerinnung
- Medizinische Ethik
- Stammzellbiologie



Mit **Pflegetagung** am 10./11. Oktober 2015
und **Studententag** am 10. Oktober 2015

Frühbuchertarif bis 30. Juni 2015

KONGRESSPRÄSIDENT

Dr. med. Martin Wernli, Aarau · Schweiz

WISSENSCHAFTLICHE SEKRETÄRE

Prof. Dr. Mario Margetzi, *Hämatologie*
Prof. Dr. Christoph Mamot, *Medizinische Onkologie*

TAGUNGORT

Congress Center Basel
Messeplatz 21 · 4058 Basel, Schweiz

Anmeldung unter:

www.haematologie-onkologie-2015.com
Menüpunkt „Registrierung & Hotel“

VERANSTALTER/GESAMTORGANISATION

DGHO Service GmbH
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin · Deutschland

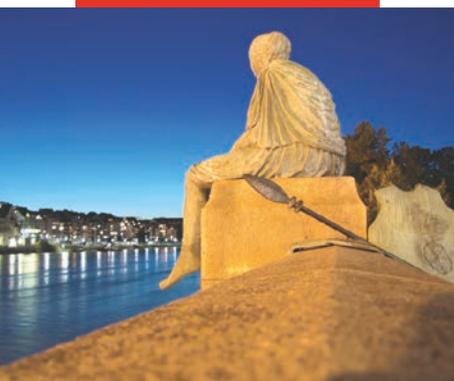
E-Mail: jahrestagung2015@dgho-service.de

Tel.: +49 (0) 30 2787 6089 -14 / -30 / -37

Fax: +49 (0) 30 2787 6089 -18



Basel, Basel Tourismus, Edition Phoenix, Jürg Schneider, Michael Woll



„Durchsichtige Ärzte in einem undurchsichtigen Staat“

Der Transparenzkodex in der Diskussion

MATHIAS FREUND

Seit dem 1. Januar 2015 gilt der Transparenzkodex: Jede geldwerte Leistung einer Pharma-Firma an einen Arzt soll im Internet veröffentlicht werden. Auf der Frühjahrstagung wurde hierzu lebhaft diskutiert.

Zwei Industrie-Vereine haben eine Regelung zur Transparenz beschlossen:

- **Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. (FSA)**

Im FSA sind im Wesentlichen die Mitglieder des VFA vertreten und damit die großen in der Onkologie tätigen Firmen. Die Regelungen sind mit Sanktionen belegt.

- **Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e.V. (AKG)**

Im AKG sind vor allem die Mitglieder des BPI vertreten, meist kleinere Firmen. Die Transparenzregelung ist weitgehend identisch mit der der FSA. Sie ist jedoch eine Empfehlung an die Mitglieder ohne Androhung von Sanktionen.

Für die FSA stellte Dr. Karl Matussek, Vice President Oncology der AstraZeneca die Regelungen auf der Frühjahrstagung dar. Der Transparenzkodex beruht auf einem Beschluss des europäischen Verbands der Pharmaindustrie und bildet letztlich den Physician Payments Sunshine Act der USA ab.

Zusammengefasst sollen alle geldwerten Leistungen an Ärzte wie Referentenhonore, Übernahme von Kosten für Kongress- oder Firmen-Veranstaltungsteilnahme usw. mit Nennung des Empfängers veröffentlicht werden, wobei der Empfänger jedoch schriftlich zustimmen muss. Bei Nichtzustimmung erfolgt eine aggregierte Veröffentlichung. Geldwerte Leistungen im Rahmen von Studien und Forschungsprojekten werden auch aggregiert und ohne Nennung des Empfängers veröffentlicht, um die Vertraulichkeit der Forschungsaktivitäten der Industrie zu schützen.

Ab 2015 enthalten alle Verträge der Industrie Klauseln zur Einwilligung in die Veröffentlichung der Daten. Wer der namentlichen Veröffentlichung zustimmt, erhält 2016 einen persönlichem Log-in für die Website der entsprechenden Firma. Er kann Einsicht in alle Zahlungen zur geplanten Veröffentlichung nehmen, die Daten kontrollieren und das Einverständnis bestätigen. Danach erfolgt die Veröffentlichung auf der Website der Firma. Prof. Wolf-Dieter Ludwig von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) wies in seinem Impulsvortrag auf die vielfältigen Voraussetzungen für wissenschaftliche Integrität hin, darunter:

- moralische Grundhaltung
- verantwortlicher Umgang mit dem menschlichen Wissensdrang und der menschlichen Neugier
- Respektierung der Grenzen der Forschungsfreiheit
- Wahrhaftigkeit Offenheit innerhalb der Forschungsgruppe
- Transparenz und Dialog mit der wissenschaftlichen Gemeinschaft und der Öffentlichkeit
- Aufschluss über die Finanzierung und deren Quellen
- Aufschluss über den Umgang mit Daten und Materialien
- Aufschluss über Interessenkonflikte
- schriftliches Festhalten von Vereinbarungen
- unvoreingenommene und vollständige Publikation der Ergebnisse

Er relativierte überhöhte Erwartungen an die Transparenz durch Veröffentlichung von Zahlungen an die Ärzte. Erste Erfahrungen mit dem „Sunshine Act“ in den USA seien nicht überzeugend.



Die DGHO hat kritisch zum Transparenzkodex Stellung genommen*. Ein Kritikpunkt ist, dass es sich um eine isolierte und letztlich privatrechtliche Regelung für die Medizin handelt. Die entsprechenden Verträge der Unternehmen sind nicht einheitlich. Mit Klauseln in den Verträgen können die Voraussetzungen für eine erweiterte Nutzung der Daten durch die Industrie geschaffen werden. Jeder Arzt muss vor der Unterschrift seinen Vertrag kritisch prüfen. In der Diskussion wurde die Frage gestellt, ob die namentliche Veröffentlichung der Zuwendungen an Ärzte in der Öffentlichkeit honoriert werden wird oder ob sie nicht vielmehr in Situationen der Auseinandersetzung, z. B. bei Finanzierungsverhandlungen, genutzt werden könnte, um die Seite der Ärzte zu diskreditieren. Die DGHO ist für eine übergreifende Transparenzkultur in allen Bereichen des öffentlichen Lebens. Sie sollte für alle Funktionsträger in Verwaltungen, Parlamenten, Universitäten, der Medizin usw. gelten und sollte auf gesetzlicher Grundlage erfolgen. Die Entscheidung, ob ein Arzt seine Daten für die namentliche Veröffentlichung freigibt, ist eine individuelle Entscheidung. Die DGHO respektiert jeden Kollegen, der sich dagegen entscheidet.

* enthalten in: Medizin und Industrie – Notwendigkeit der Zusammenarbeit und Gefahr der Einflussnahme Schwerpunkt Fortbildung http://www.dgho.de/informationen/gesundheitspolitische-schriftenreihe/band-3/dgho_schriftenreihe_Bd3-2014_NEU_web.pdf

Ernst von Leyden-Bildnisse an die DGHO übergeben

Versöhnungsgesten der Enkel und Urenkel in den USA, England und Deutschland

PETER VOSWINCKEL

Das festliche Abendessen im Rahmen der DGHO-Frühjahrstagung stand ganz im Zeichen des großen Internisten und Begründers des Zentralkomitees für Krebsforschung und der *International Association for Cancer Research*¹, Ernst von Leyden. Er war es, der im Jahre 1903 als Direktor der I. Medizinischen Klinik der Charité das erste interdisziplinäre Krebsforschungsinstitut in Deutschland einrichtete. Diese historisch so bedeutsamen Ereignisse hatten 2014 in der DGHO-Broschüre „Erinnerungsort Krebsbaracke“ anschaulich Darstellung gefunden, aber ebenso auch die demütigenden Repressionen und Verleumdungen, denen die Kinder und Enkel Ernst von Leydens während des Nationalsozialismus ausgesetzt waren. Nach der Lektüre der Broschüre waren vier Urenkel übereingekommen, der DGHO in Anerkennung ihres Einsatzes für die historische Aufarbeitung ihrer Geschichte ein **Marmorrelief** und ein **Ölporträt** ihres berühmten Ahnherrn zu



Frühestes Foto mit dem Marmor-Relief (links) in Garmisch-Partenkirchen 1935. v.l.n.r.: Marie-Louise vL, Victoria Veit geb. vL, Helene vL, Luise vL, Wolfgang vL, Victor vL, Otto Veit. Foto: Veit-Wild, Berlin

übergewähren. Als Übergabe-Termin war die Abendveranstaltung der Frühjahrstagung vereinbart worden, zu der der Geschäftsführende Vorsitzende Prof. Mathias Freund zahlreiche Teilnehmer und Ehrengäste



Prof. Michael Hallek, designierter Vorsitzender der DGHO, begrüßt Prof. Flora Veit-Wild, Berlin [Urenkelin von Ernst von Leyden], zwischen ihnen Prof. Peter Voswinckel. Im Vordergrund James von Leyden im Gespräch mit Prof. Ulrich Fölsch.

begrüßen konnte. In mehreren Wortbeiträgen wurde das erzwungene, zehnjährige Indien-Exil des einzigen Leyden-Sohnes Viktor von Leyden (1880-1963) (wegen seiner nach damaligem [Un-]Rechtsverständnis „jüdischen“ Ehefrau Luise geb. Reichenheim) und die Auswanderung des Leyden-Enkels Wolfgang von Leyden (1911-2004) gewürdigt. Letzterer hatte bis zu seiner Emeritierung 1977 als Philosoph an der Durham University gewirkt und danach an der London School of Economics unterrichtet. Dessen Kinder James von Leyden und Lucie Velterop von Leyden waren aus England angereist und übergaben der DGHO das stattliche von Leyden-Porträt, angefertigt von dem holländischen Maler Jozef Israëls (1824-1911). Wie Prof. Peter Voswinckel erläuterte, handelt es sich dabei um dasselbe Porträt, das in den „Lebenserinnerungen“ von Ernst von Leyden abgebildet war und das der mit Leyden befreundete Künstler anlässlich der großen von Leyden-Feier in der Philharmonie 1902 (zum 70. Geburtstag) persönlich überreicht hatte. Das Bild galt lange Zeit als verschollen. Andere Israëls-Gemälde hängen heute in den großen Kunstmuseen der Welt, u. a.

im Rijksmuseum Amsterdam, Metropolitan Museum New York und der National Gallery London. Die Rückkehr des von Leyden-Porträts nach Berlin, in die Stadt seines Wirkens, ist daher nicht nur ein Gewinn für die Medizingeschichte, sondern nach dem Urteil von kompetenter Seite auch ein



Judenstempel im Pass von Luise von Leyden (evang.!). Im November 1938 wurde die Familie vom Bürgermeister aufgefordert, binnen 48 h Garmisch-Partenkirchen zu verlassen. Foto: Veit-Wild, Berlin

¹ Vorläuferorganisation der UICC; sie bestand bis zum Ersten Weltkrieg mit Sitz in Berlin.



Lucie Velterop von Leyden und James von Leyden [Urenkel] bei der Übergabe des Leyden-Porträts von Jozef Israëls an die DGHO, 12. März 2015.

bedeutender Zugewinn für die deutsche Kunstlandschaft.

Es ist beabsichtigt, das Gemälde zunächst im DGHO-Hauptstadtbüro zur Aufhängung kommen zu lassen – neben dem Porträt seines Freundes, des Heidelberger Chirurgen und Krebsforschers Vinzenz Czerny. Das zweite Geschenk des Abends hingegen, ein wuchtiges Marmor-Profildenkmal Ernst von Leydens, wird seinen Platz möglicherweise auf dem Terrain der Charité finden. Prof. Peter Voswinckel, der Verfasser des Buches „Erinnerungsort Krebsbaracke“, hegt die Hoffnung, in wenigen Jahren auch einen *physischen* Erinnerungsort am Standort der ehemaligen Krebsbaracken einrichten zu können. Das Relief (40 x 60 cm) ist offenbar eine Nachbildung jener von Leyden-Gedenktafel, die in Pontresina an den berühmten Urlaubsgast erinnert – gestiftet 1912 von alpinen Freunden Ernst von Leydens (vgl. Abbildungen im Internet). Nach familiärer Überlieferung ist die Marmornachbildung 1935 entstanden, nach der schmachvollen Entlassung Viktors aus dem Staatsdienst – er war als Jurist Ministerialdirektor im Innenministerium gewesen – und der Verlegung des von Leyden-Stammsitzes nach

Garmisch. Dort in die Wand eingelassen, verfolgte das steinerne Antlitz das Gedenken der Familie, unterbrochen von dem zehnjährigen Exil in Bombay 1938-1948. Zahlreiche Fotos dokumentieren die Familienzusammenkünfte unter dem Relief bis 1993, als das Haus verkauft wurde. Die



Luise von Leyden im Exil in Bombay 1938–1948. Im Unterschied zu ihrem Mann Viktor versuchte sie, die kulturelle Begegnung als Bereicherung zu empfinden.

Foto: Veit-Wild, Berlin

fünf Kinder Ernst († 1945 Berlin), Albrecht († 1993 Wien, kinderlos), Rudolf († 1983 Luzern, kinderlos), Wolfgang († 2004), Viktoria († 1993 Wiesbaden) hinterließen insgesamt fünf Enkel, von denen nur die Älteste, Marie-Louise von Leyden, Bonn, (85 Jahre) der Einladung der DGHO nicht Folge leisten konnte.

Prof. Voswinckel schlug in einer kurzen Ansprache den Bogen zur Gauck-Rede im Deutschen Bundestag vom 27. Januar d.J. (Tag des Gedenkens an die Opfer des Nationalsozialismus), worin dieser einen Vorteil für die Enkel und Urenkel-Generation darin gesehen hatte, dass man jetzt offener und unbefangener mit der schambehafteten Vergangenheit umgehen und aufeinander zugehen könnte. Genau dieses habe sich jetzt in dem Kontakt mit den Gästen bestätigt. Am Folgetag schloss sich eine Gesprächsrunde mit den vier Urenkeln an, moderiert von Prof. Peter Voswinckel (Videoaufzeichnung, 90 Min.). Danach besuchte die Gruppe noch die von Leyden-Büste in der kardiologischen Klinik der Charité (Prof. Baumann) und das Medizinhistorische Museum der Charité, bevor man sich bei einem Lunch auf dem Dach des Reichstages verabschiedete. ▶

Zu Gast in Berlin



Ben Ravid, Professor Emeritus of Near Eastern and Judaic Studies (*1936 in London) und Ehefrau Jane, Newton Centre, Massachusetts, zu Besuch in Berlin am 27. März 2015. Foto: DGHO/Voswinckel

Ebenfalls eine Frucht der DGHO-Erinnerungsarbeit war am 27. März 2015 die denkwürdige Begegnung Prof. Peter Voswinckels mit dem 79-jährigen Ben Ravid, Sohn von Esther Klee-Rawidowicz. Sie war nach ihrer zoologisch-naturwissenschaftlichen Promotion in Münster 1924 als Assistentin am Institut für Krebsforschung in Berlin tätig gewesen. Wie in der Broschüre

„Erinnerungsort Krebsbaracke“ dargestellt (Abb. 100/101), publizierte sie mehrere Arbeiten zusammen mit ihrem Mentor, Prof. Hans Hirschfeld, bevor sie sich ganz auf die Züchtung von Krebszellen spezialisierte (Abteilung für experimentelle Krebsforschung, Prof. Rhoda Erdmann). Unter den zahlreichen Fotos und Dokumenten, die Ben Ravid in seinem Archiv besitzt, befindet sich auch die ehrenvolle Ernennung seiner Mutter zum Mitglied des *Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit*, unterzeichnet am 10. März 1930 vom Direktor der II. Med. Klinik der Charité, Friedrich Kraus. Nach ihrer Entlassung 1933 konnte sie ihre Forschungen zunächst am Kings-College, London, unter Julian S. Huxley fortsetzen. Ihre Eltern und ihre einzige Schwester flohen zunächst nach Holland, kamen jedoch in den KZs Westerbork und Bergen-Belsen ums Leben. 1948 übersiedelte Esther Klee

in die USA, wo ihr Mann, der Philosoph Simon Rawidowicz († 1957), einen Lehrauftrag an der Brandeis-University in Massachusetts erhalten hatte. Sie selbst starb am 17. November 1980.



Dr. phil. Esther Klee-Rawidowicz (1900–1980), von 1927 bis 1933 Assistentin am Institut für Krebsforschung; ab 1930 Mitglied des Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit.

Foto: From the Simon and Esther Rawidowicz Archives. Courtesy of Benjamin Ravid.

Gedenktafel für Hermann Strauß (1868–1944)



Irene Hallmann-Strauss (*1933 in Berlin), Enkelin von Hermann Strauß (1868–1944), bei der Enthüllung der Gedenktafel in Berlin, Kurfürstendamm 184. Foto: DGVS, Berlin

Am 28. April 2015 fand in Berlin im Beisein zahlreicher Gäste, darunter Prof. Peter Voswinckel (DGHO), die feierliche Enthüllung einer Gedenktafel für Hermann Strauß und seine Frau Elsa statt. Vor dem Hause Kurfürstendamm 184, dem letzten

Wohnsitz des Ehepaares vor der Deportation nach Theresienstadt, schilderte Dr. Harro Jenss (DGVS) zunächst Leben und Werk dieses vielseitigen Internisten und langjährigen Leiters des Jüdischen Krankenhauses in Berlin, bevor die Enkelin, die als Malerin und Bildhauerin in München lebt, die Enthüllung vornahm. Alle klinisch tätigen Ärzte kennen die Straußkanüle zur Blutentnahme. Sie wurde 1898 erstmals von Hermann Strauß eingeführt und beschrieben. Später wandte sich Strauß der Gastroenterologie zu und trat u. a. mit einem verbesserten Endoskop hervor. Als Vorsitzender der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten war er designierter Kongresspräsident, als er 1933 alle Ämter niederlegen musste. 1942 erfolgte die Deportation des 74-jährigen, der sich stets geweigert hatte, seine Patienten zu verlassen. Die DGHO ist dem Andenken Strauß' insofern verpflichtet, weil er mit



Straußkanüle in der 31. Auflage von „Guttmanns Medizinischer Terminologie“ 1942 (!). Zu diesem Zeitpunkt war Strauß bereits deportiert.

seinem Nachruf auf Hans Hirschfeld im September 1944 – vier Wochen vor seinem eigenen Tod – ein einzigartiges Dokument aus Theresienstadt hinterlassen hat [Ein Typoskript ist erhalten]. Seine Frau Elsa geb. Isaac erlebte zwar die Befreiung, starb aber noch in Theresienstadt im Juni 1945.



Straußkanüle 2015

Foto: Mit freundlicher Genehmigung von Dispomed Witt oHG, Gelnhausen

DGHO plädiert für mehr Ärztinnen in Führungspositionen



Prof. Bernhard Wörmann, Dr. Antonia Busse, Priv.-Doz. Dr. Anne Letsch, Prof. Diana Lüftner, Prof. Tanja Fehm, Dr. Iris Hauth, Dr. Maren Knödler (v.l.n.r.): hier bei der Pressekonferenz der DGHO am 5. März im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin.

MICHAEL OLDENBURG

Obwohl knapp 70 Prozent der Studierenden im Fach Humanmedizin weiblich sind, beträgt der Frauenanteil in Führungspositionen in der Inneren Medizin nur 3,6 Prozent. Vor diesem Hintergrund fordert die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. sowohl die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie als auch eine verstärkte Besetzung von Führungspositionen durch Medizinerinnen. Zentrale Fragestellungen und Lösungsansätze hat die Fachgesellschaft anlässlich des Weltfrauentages am 8. März 2015 gemeinsam mit dem Arbeitskreis Frauen der DGHO und der Arbeitsgemeinschaft der Gynäkologischen Onkologie (AGO) der Deutschen Krebsgesellschaft im Rahmen einer Pressekonferenz am 5. März im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin diskutiert. Auch der 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO unter dem Titel „Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten

und Forderungen.“ widmet sich u. a. dem Thema Frauenförderung.

Aufgrund des demografischen Wandels ist laut DGHO allein von 2008 bis 2020 bei Männern mit einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um 18 Prozent und bei Frauen um 9 Prozent zu rechnen. „Der Bedarf an Krebsfachärzten steigt, zumal in den nächsten Jahren auch etwa ein Viertel der derzeit tätigen Hämatologen und Onkologen in den Ruhestand gehen wird“, konstatiert Prof. Diana Lüftner, Vorsitzende der DGHO. Als Fachgesellschaft sei es der DGHO ein besonderes Anliegen, den ärztlichen Nachwuchs zu fördern und speziell auch junge Ärztinnen in ihrer Karriere zu unterstützen. „Insbesondere müssen wir fachlich



Prof. Diana Lüftner

hochqualifizierte Ärztinnen endlich auch für Führungspositionen in Universitätskliniken und Krankenhäusern gewinnen“, betont Lüftner.

Vom Studienabschluss bis zur Oberärztin – die Karriereschere

Obwohl Frauen einen großen Teil des ärztlichen Nachwuchses stellen – im Jahr 2013 ist der Anteil der Ärztinnen an der berufstätigen Ärzteschaft von 44,3 auf 45 Prozent gestiegen –, sind sie sowohl in einzelnen Fachgebieten als auch in den Führungsebenen des Gesundheitswesens deutlich unterrepräsentiert. Wie der 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO „Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen.“ zeigt, liegt der Anteil von Ärztinnen in Führungspositionen gerade einmal bei 26 Prozent, bei den W3/C4-Professuren sogar nur bei 6 Prozent. „Im Bereich der Hämatologie und der Medizinischen Onkologie bekleidet derzeit keine einzige Ordinaria einen Lehrstuhl“, kritisiert Lüftner. „In der Hämatologie und Onkologie arbeiten mehr Frauen in den Positionen der Assistenz-, Fach- und Oberärztin. Mit der Position der Chefärztin bzw. des Chefarztes kehrt sich dieses Verhältnis dramatisch um“, so die Vorsitzende der DGHO.



Dr. Antonia Busse

Dr. Antonia Busse von der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumormimmunologie an der Charité erläuterte im Rahmen der Pressekonferenz diese Problematik: „Vielen Frauen sind Führungspositionen nicht den Verzicht wert, den sie dafür bringen müssen. Familiengründung bedeutet auch heute noch einen Karriereknick für Frauen, die sich zunächst der Kindererziehung widmen. Und das betrifft nicht nur das Erlangen von Führungspositionen, sondern auch das erfolgreiche Beenden der Weiterbildung.“

Prof. Tanja Fehm, Direktorin der Frauenklinik an der Universitätsklinik Düsseldorf, betonte in ihrem Vortrag „Innovative Arbeitsplatzgestaltung zur



Prof. Tanja Fehm

Nachwuchssicherung und Karriereförderung“ die Notwendigkeit, auf den Nachwuchsmangel zu reagieren. Langfristig werde man die Nachwuchsproblematik nur lösen können, wenn man den Bedürfnissen des ärztlichen Nachwuchses gerecht werde. „Wir müssen Arbeitsmodelle entwickeln, die es jungen Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, Familie und Beruf besser zu kombinieren und eine zeitnahe Rückkehr von jungen Müttern und Vätern in den Beruf erleichtern. Dazu brauchen wir eine adäquate Kinderbetreuung vom Säugling bis zum Schulkind“, so Fehm. Außerdem müssten die Arbeitsplätze den Bedürfnissen der neuen Generation von Ärzten (Generation Y) angepasst werden, um Motivation und Arbeitszufriedenheit zu erzielen. „Hierzu gehören beispielsweise verbindliche Arbeitszeiten, eine klar

strukturierte Ausbildung und die Entlastung von nicht-ärztlichen Arbeiten durch entsprechend qualifiziertes Personal. Darüber hinaus wünscht sich der ärztliche Nachwuchs ein gutes Mentoring sowie adäquate Feedback-Strukturen, um sich optimal weiterentwickeln zu können“, erläuterte Fehm.

Dr. Iris Hauth, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), machte deutlich,



Dr. Iris Hauth

dass die von Lüftner und Fehm für den Bereich der Hämatologie und Onkologie geschilderten Probleme und Herausforderungen auch für andere Disziplinen der Medizin von Bedeutung seien. „In den letzten Jahren hat sich das ärztliche Selbstverständnis deutlich gewandelt. Das bringt Konsequenzen für die ärztliche Weiterbildung und den Klinikalltag“, so Hauth. Junge Psychiaterinnen und Psychiater wünschen sich eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, um eine Familie zu gründen oder Verantwortung für einen pflegebedürftigen Angehörigen zu übernehmen. „Hier müssen wir vorhandene Spielräume nutzen, um qualifizierte Mitarbeiter langfristig zu binden. Gerade in einem sprechenden Fach wie der Psychiatrie und Psychotherapie, wo rezidivierende und chronische Krankheitsverläufe häufig sind, ist eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patient von besonderer Bedeutung“, so Hauth weiter. Die Interdisziplinarität der Teams in den Kliniken oder psychiatrischen Institutsambulanzen würden gute Bedingungen schaffen, um je nach Lebensphase den Beschäftigten Flexibilität zu ermöglichen. Dies komme direkt den Patientinnen und Patienten zugute.

DGHO-Umfrage bestätigt die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie



Dr. Maren Knödler

Dr. Maren Knödler, Oberärztin und Leiterin der Portalambulanz am UCCL am Universitätsklinikum Leipzig und Leiterin des Arbeitskreises Frauen der DGHO, beleuchtete den

Themenkomplex „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Rahmen der aktuellen Weiterbildungsordnung“. Die von ihr und den anderen Referentinnen dargestellte schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie bestätigt auch die aktuelle DGHO-Umfrage. Sowohl die Mehrheit der befragten Ärztinnen als auch der befragten Ärzte gab an, dass eine Vereinbarkeit nur mit Kompromissen möglich sei (jeweils 71 Prozent). In der Summe werden die angegebenen Kompromisse bei den weiblichen DGHO-Mitgliedern am ehesten in der Wahl der Kinderlosigkeit gesehen. Dass Beruf und Familie „eher gut“ bis „sehr gut“ vereinbar sind, glauben nur 11 Prozent der befragten Ärztinnen und 12 Prozent ihrer männlichen Kollegen.

Reformbedarf bei der ärztlichen Weiterbildung

Einer der Gründe für die Disparitäten bei den Karriereverläufen von Ärztinnen und Ärzten liegt laut DGHO in der ärztlichen Weiterbildungsordnung, in der immer noch familienfreundliche Lösungen fehlen. Derzeit, so Lüftner, sei die Anerkennung von Zeiten für die ärztliche Weiterbildung zur Fachärztin erst ab einem Stellenanteil von 0,5 möglich. „Das ist mit Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nicht mehr zeitgemäß. Eine Anerkennung ab einem Anteil von 25 Prozent wäre perspektivisch sicherlich förderlich“, betont die Vorsitzende der Fachgesellschaft, die selbst als Oberärztin an der Berliner Charité arbeitet. „Neben einem Umdenken und der Anerken-

nung beruflicher, familiärer und sozialer Realitäten brauchen wir Instrumente und Maßnahmen, mit denen wir die Karrieren von jungen Ärztinnen fördern können“, so Lüftner weiter.

Forderungen der DGHO

Um die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie zu verbessern, stellt die DGHO folgende konkrete Forderungen auf:

- Anerkennungszeiten für die ärztliche Weiterbildung ab einem Stellenanteil von 0,25 bei einer minimalen Laufdauer von weiterhin sechs Monaten
- Bei Erfüllung aller Inhalte und Bestätigung der Fähigkeiten ist eine Verkürzung der errechneten Weiterbildungszeiten auf Basis von Teilzeitbeschäftigung um bis zu 30 Prozent möglich
- Verstärkte Implementierung von flexiblen Teilzeitarbeitsmodellen; Gewährung eines Zuschlags von 10 Prozent auf das Personalbudget zur Sicherstellung der Übergabezeiten
- Für die Gewährleistung der Kontinuität und Sicherung der Behandlungsqualität ist bei Schwangerschaft eine überlappende Besetzung ab 8 Wochen vor einem voraussichtlichen Geburtstermin notwendig. Hierfür muss ein entsprechendes Budget zur Verfügung gestellt werden.

- Weiterentwicklung von Konzepten zur Kinderbetreuung sowie Ausbau des bestehenden Angebots zur Kinderbetreuung
- Erlöszuschlag für Kliniken und Arztpraxen, die Weiterbildung anbieten
- Implementierung DRG-unabhängiger Finanzierungsmöglichkeiten zur Förderung von Teilzeitarbeit – zum Ausgleich finanzieller Mehrbelastung der Arbeitgeber durch Teilzeitarbeit
- Implementierung und transparente, vorausschauende und verbindliche Planung von Job-Sharing-Stellen in Verbindung mit flexiblen Teilzeitmodellen
- Gewährleistung von Rotationen in Spezial-/Fremdabteilungen und Forschung auch für Ärzte mit Teilzeittätigkeiten (z. B. durch Teambildungen)



Priv.-Doz. Dr. Anne Letsch

Priv.-Doz. Dr. Anne Letsch, Oberärztin an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumormimmunologie an der Charité und stellvertretende Leiterin des Arbeitskreises Frauen der DGHO, und Prof. Bernhard Wörmann, Medizinischer Leiter der DGHO, brachten auf der Pressekon-



5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe

„Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen.“

Der auf der Pressekonferenz vorgestellte 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe kann im Hauptstadtbüro der DGHO kostenlos bestellt werden.

Kontakt

info@dgho.de

Tel.: +49.30.27 87 60 89-0

Fax: +49.30.27 87 60 89-18

ferenz die aktuelle Situation und die sich daraus ergebenden Herausforderungen auf den Punkt: „Wenn wir in Deutschland eine moderne und im internationalen Vergleich konkurrenzfähige medizinische Forschung und Patientenversorgung wollen, dann brauchen wir moderne Arbeitsmodelle, die sich den gewandelten Familienmodellen anpassen.“



Frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel in Deutschland: Ergebnisse nach 4 Jahren AMNOG

Beleg für erheblichen Zusatznutzen?



BERNHARD
WÖRMANN

geringerer Nutzen als Vergleichsverfahren?

Hintergrund

Seit Anfang 2011 werden alle neu zugelassenen Arzneimittel in Deutschland einer frühen Nutzenbewertung nach dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) unterzogen. Bis Ende 2014 wurden 98 Bewertungsverfahren vollständig durchgeführt. Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie hat, zusammen mit Experten von 19 weiteren wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sowie der

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel von 2011 – 2014 analysiert (<http://www.dgho.de/informationen/gesundheitspolitische-schriftenreihe/band-6>).

Zuständig für die frühe Nutzenbewertung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das Ergebnis seiner Festlegungen ist Grundlage der Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischem Unternehmer. Das Verfahren der Nutzenbewertung ist klar und mit en-

gen Fristen strukturiert. Grundlage ist das Dossier des pharmazeutischen Unternehmers, aufgeteilt in 4 Module. Diese Dossiers sind sehr umfangreich; die Module 3 und 4 können mehrere tausend Seiten umfassen. Die Erstellung der Dossiers kann vollständig durch den pharmazeutischen Unternehmer erfolgen. In den letzten Jahren haben sich auch Agenturen etabliert, die verschiedene Dienstleistungen von der Beratung bis zur vollständigen Erstellung der Dossiers anbieten. Nutzenbewertung wird innerhalb der EU auf nationaler Ebene in zahlreichen Staaten, zusätzlich in einigen auch regional durchgeführt.

Besonderheiten des deutschen Verfahrens der frühen Nutzenbewertung

- frühe Nutzenbewertung, beginnend unmittelbar nach der Markteinführung in Deutschland
- Bewertung des medizinischen Zusatznutzens gegenüber einer vom G-BA festgelegten, zweckmäßigen Vergleichstherapie
- Bewertung von Subgruppen innerhalb der Zulassungsindikation
- Schaffung einer Grundlage für Verhandlungen über Erstattungsbeträge (Rabatte).

Ergebnisse

Die Zahl der Anträge auf frühe Nutzenbewertung ist in den letzten 4 Jahren kontinuierlich angestiegen. Bis Ende 2014 wurden 98 Bewertungsverfahren vollständig

durchgeführt und abgeschlossen. In 53 der 98 ausgewerteten Verfahren wurde die Indikation als Ganzes, in 45 Verfahren nach Unterteilung in medizinisch definierten Subgruppen bewertet. Insgesamt ergeben sich dadurch 192 Nutzenbewertungen, siehe Abbildung 1.

Ein *erheblicher Zusatznutzen* war bis Ende 2014 nicht festgestellt worden und wurde erstmals im Februar 2015 zuerkannt. In der Kategorie *kein Beleg für einen Zusatznutzen* sind auch 11 Verfahren (11 %) enthalten, in denen der pharmazeutische Unternehmer ein unvollständiges Dossier eingereicht hatte.

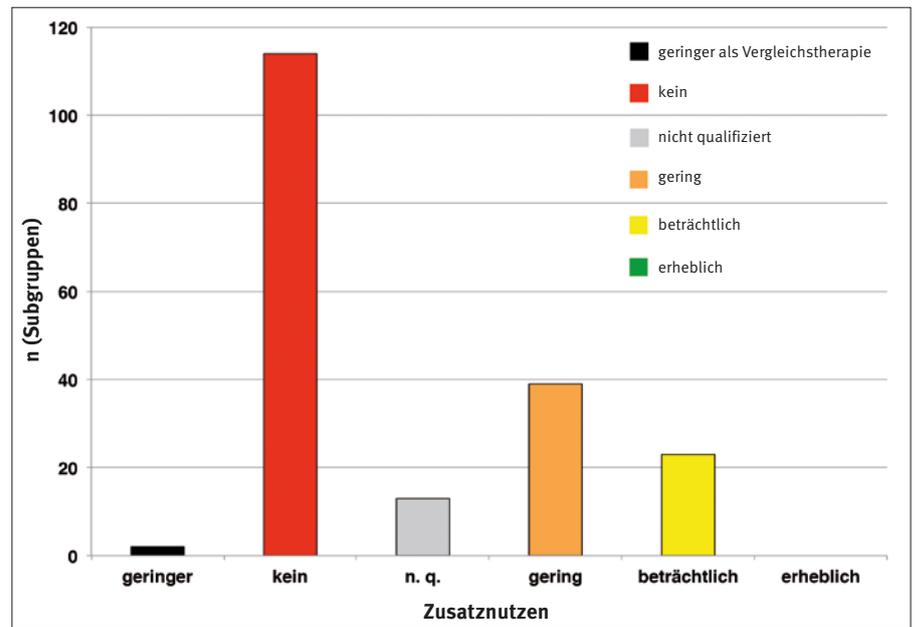
Der G-BA ist den Anträgen der pharmazeutischen Unternehmer zur Kategorisierung des Zusatznutzens nur in 11 % der Verfahren gefolgt. In der großen Mehrzahl war ein erheblicher oder ein beträchtlicher Zusatznutzen beantragt worden. Übereinstimmung gab es fast nur bei Subgruppen, für die weder der pharmazeutische Unternehmer noch der G-BA den Beleg für einen Zusatznutzen sahen.

In der Regel beauftragt der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung eines Berichtes. Ausnahme sind Verfahren zu Arzneimitteln mit Orphan Drug-Zulassung, für die der G-BA den Bericht selbst erstellt. Der G-BA folgte den Vorschlägen des initialen IQWiG-Berichtes bei 78 % der Subgruppen. Bei den Abweichungen entschied der G-BA häufiger für einen höheren Zusatznutzen als vorgeschlagen, es gab aber auch Festlegungen in Richtung eines niedrigeren Zusatznutzens.

Unterschiede zwischen Fachgebieten

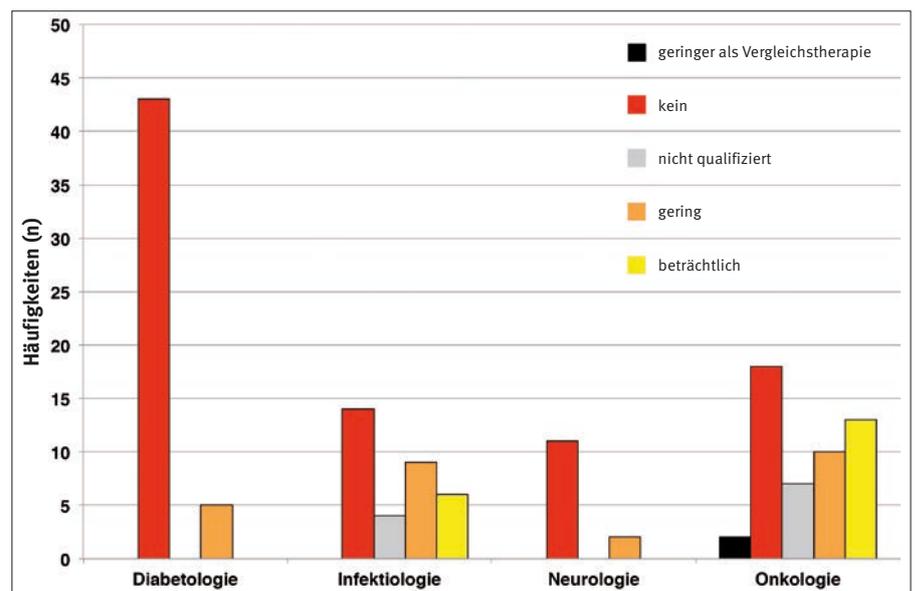
Die Festlegungen der frühen Nutzenbewertung unterscheiden sich erheblich zwischen den verschiedenen Fachgebieten. In Abbildung 2 sind die Ergebnisse der vier, am häufigsten von der frühen Nutzenbewertung betroffenen Bereiche dargestellt. In der Diabetologie wurden vor allem Arzneimittel aus den zwei neuen Wirkstoffklassen der Dipeptidyl-Peptidase-4- und der SGLT2-Inhibitoren bewertet. Fast

Abbildung 1: Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung 2011–2014



Ausgewertet wurden die Ergebnisse von 98 Verfahren mit 192 Subgruppen.

Abbildung 2: Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung nach Fachgebieten



Ausgewertet wurden die Ergebnisse von 15 Verfahren der Diabetologie, 11 der Infektiologie, 10 der Neurologie einschl. Epileptologie und 31 Verfahren der Onkologie, mit insgesamt 142 Subgruppen.

durchgehend war die Bewertung negativ, nur in einzelnen Subgruppen wurde ein *geringer Zusatznutzen* festgelegt. Ähnlich sieht das Ergebnis in der Neurologie bei den neuen Arzneimitteln zur Therapie der Multiplen Sklerose und der Epilepsie aus. Im Unterschied dazu wurde in der Infektiologie vor allem bei den neuen Arzneimitteln für die Behandlung der chronischen Hepatitis C- und der HIV-Infektion häufiger ein *geringer* oder ein *beträchtlicher Zusatznutzen* zuerkannt. Die relativ

besten Bewertungen erhalten die neuen Krebsmittel, allen voran die gezielten Kinase-Inhibitoren, die monoklonalen Antikörper aber auch antihormonell wirksame Präparate. Mehr als die Hälfte der bisher mit *beträchtlicher Zusatznutzen* bewerteten Arzneimittel sind Onkologika. Auf der Negativseite finden sich in der Onkologie auch die einzigen Subgruppen, in denen ein Schaden (*geringerer Nutzen als Vergleichstherapie*) durch ein neues Arzneimittel konstatiert wurde.

Endpunkte und Vergleichstherapie

Auf den ersten Blick erstaunt ein Ergebnis, nach dem nur 40 % der von der European Medicines Agency (EMA) neu zugelassenen Medikamente in Deutschland einen Zusatznutzen haben sollen. Die Diskrepanzen beruhen vor allem auf grundlegenden inhaltlichen Unterschieden der Verfahren. Das zeigt sich am deutlichsten in der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie. In zahlreichen Verfahren hat der G-BA Festlegungen getroffen, die nicht dem Kontrollarm der Zulassungsstudie(n) entsprachen. Vergleichstherapien waren z. B. Arzneimittel derselben Wirkstoffgruppe, während in Zulassungsstudien häufig Placebo verwendet wird. Vergleichstherapien waren auch wirtschaftlich günstige Therapien, die aber aufgrund geringer Effektivität in der Praxis nicht oder kaum eingesetzt werden. Darüber hinaus hat der G-BA für die verschiedenen Subgruppen unterschiedliche Vergleichstherapien festgelegt, während die Zulassungsstudien in der Regel nur einen Kontrollarm enthielten. Bei etwa einem Drittel der vollständig durchgeführten Verfahren wurde die vom G-BA festgelegte, zweckmäßige Vergleichstherapie durch die medizinischen Experten kritisiert. Gründe waren vor allem kurzfristige Änderungen im Stand des Wissens, Festlegungen von Vergleichstherapien ohne hohe Evidenz sowie die Bewertung von sehr kleinen Patientensubgruppen.

Ein zweiter Grund liegt in der unterschiedlichen Gewichtung von Endpunkten bei einer Zulassung und bei der frühen Nutzenbewertung. Zulassungsbehörden wie die EMA und die Food Drug Administration (FDA) der USA haben in den letzten Jahren eine Vielzahl von Endpunkten wie Parameter der Überlebenszeit aber auch Laborparameter oder Kriterien des klinischen und des bildgebenden Ansprechens akzeptiert. Die HTA-Methodik der frühen Nutzenbewertung gibt Parametern der Überlebenszeit ein höheres Gewicht als anderen Parametern. Das kommt Arzneimitteln für Krankheitsindikationen mit

kurzer Überlebenszeit wie in der Onkologie zugute.

Die Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie und die Gewichtung der Endpunkte sind wiederkehrende Kritikpunkte in den Stellungnahmen zur frühen Nutzenbewertung. Stellungnahmen spielen eine wichtige Rolle in diesem Verfahren. Berechtigt sind Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis. Die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften haben an 79 %, die AkdÄ an 42 % der Verfahren aktiv teilgenommen. Die Frist für Stellungnahmen beträgt 3 Wochen nach Veröffentlichung des Berichts von IQWiG bzw. G-BA. Stellungnehmer können an der Anhörung teilnehmen. In der Anhörung werden – oft lebhaft, manchmal sehr kontrovers – divergierende Ansichten zur Bewertung des Dossiers und zu den Berichten diskutiert. Im Nachgang von Stellungnahmen und Anhörung hat der G-BA in 20 Verfahren einen zusätzlichen Bericht in Auftrag gegeben.

Die Subgruppenbildung ist ein ebenfalls kontrovers diskutiertes Thema. Maximal wurden 9 Subgruppen festgelegt, eine auch für Experten und G-BA Mitglieder fast unübersichtliche Aufsplitterung des Verfahrens. In der konkreten Behandlungssituation ist die Berücksichtigung dieser individuellen Faktoren relevant. In Leitlinien

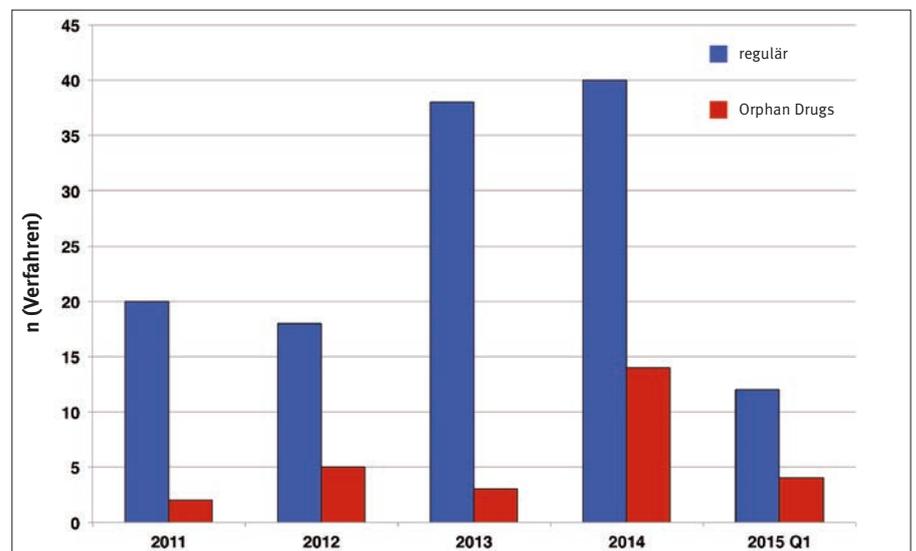
ist für solch kleine Patientengruppen oft kein Therapiestandard definiert.

Medikamente für seltene Erkrankungen – Orphan Drug-Zulassung

16 der bis Ende 2014 abgeschlossenen 98 Verfahren betrafen Arzneimittel mit Orphan Drug-Zulassung, also Arzneimittel für seltene Erkrankungen. Die Entwicklung von Arzneimitteln für diese Patienten ist weniger lukrativ als die Entwicklung von Arzneimitteln für Volkskrankheiten. Der Gesetzgeber hat dieser Problematik Rechnung getragen. Nach dem AMNOG gilt ein Zusatznutzen für Arzneimittel mit Orphan Drug-Zulassung grundsätzlich als belegt. Nachweise zum medizinischen Nutzen und zum medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zu einer zweckmäßigen Vergleichstherapie müssen nicht vorgelegt werden.

Der G-BA legte in den 16 Verfahren mit insgesamt 21 Subgruppen 3-mal einen beträchtlichen, 9-mal einen geringen und ebenfalls 9-mal einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen fest. Damit sind die Ergebnisse für die pharmazeutischen Unternehmer positiver als bei Verfahren für Arzneimittel ohne Orphan Drug-Zulassung. Die Zahl der Verfahren für Arzneimittel mit Orphan Drug-Zulassung steigt, siehe Abbildung 3.

Abbildung 3: Anträge auf frühe Nutzenbewertung nach Zulassungsstatus



Ausgewertet wurden alle Anträge auf frühe Nutzenbewertung von Anfang 2011 bis einschl. des ersten Quartals (Q1) 2015.

Während Arzneimittel mit Orphan Drug-Zulassung in den ersten Jahren eine Seltenheit waren, fand 2014 etwa ein Viertel der Verfahren in diesem Sonderstatus statt. Die „Orphanisierung“ setzte sich im ersten Quartal 2015 fort.

Die Beantragung einer Orphan Drug-Zulassung wird von den pharmazeutischen Unternehmen unterschiedlich genutzt und korreliert nur teilweise mit der Zahl der betroffenen Patienten. In zwei Situationen hatten neue Arzneimittel für dieselbe Indikation (chronische lymphatische Leukämie, medulläres Schilddrüsenkarzinom) sogar einen unterschiedlichen Status.

Erstattungsbeträge und Marktrücknahmen

Die Höhe der als Folge der Nutzenbewertung verhandelten oder festgelegten Reduktionen der Erstattungsbeträge (Rabatte) liegt zwischen 0 und > 50 % der Einstandspreise. Die Ergebnisse der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen werden nicht veröffentlicht.

Externe Berechnungen der jeweiligen Rabatte kommen aktuell z. B. im Arzneiverordnungsreport 2014 (Herausgeber U. Schwabe/D. Paffrath, Springer Verlag), im DAK-AMNOG-Report 2015 (Autoren W. Greiner/J. Witte) oder im Arzneimitteltelegramm® zu unterschiedlichen Ergebnissen. Hintergrund von Divergenzen sind methodische Unterschiede, z. B. durch die Wahl des Herstellerabgabepreises oder des Apothekenverkaufspreises als Basis der Berechnungen.

Die fehlende Transparenz und die Notwendigkeit zur Berücksichtigung der jeweiligen Vergleichstherapie machen eine Korrelation zwischen der Höhe der Erstattungsbeträge und den Ergebnissen der Nutzenbewertung schwierig.

Bisher kam es zu 13 Marktrücknahmen von Arzneimitteln der frühen Nutzenbewertung. Betroffen von den Marktrück-

nahmen sind u. a. 5 Antidiabetika und 2 Antiepileptika. Mit einer Ausnahme hatten alle vom Markt genommenen Arzneimittel *keinen Zusatznutzen* zugesprochen bekommen.

Fazit und Perspektiven

Die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel hat sich innerhalb der letzten 4 Jahre etabliert. Die bisherigen Ergebnisse sind der Bezugsrahmen für neue Verfahren. Die Bedeutung der frühen Nutzenbewertung geht über das Ziel einer bloßen Kostenreduktion durch Senkung von Arzneimittelpreisen hinaus. Das deutsche Verfahren ist im Unterschied zu den Verfahren in anderen Ländern eine frühe Nutzenbewertung. Sie ist nicht Grundlage weitergehender Festlegungen zum Einsatz in Differenzial- und Sequenztherapie, sondern ausschließlich als Basis für die Verhandlung bzw. Festlegung der Erstattungsbeträge konzipiert.

Die vorliegende Auswertung zeigt Stärken und Schwächen der frühen Nutzenbewertung in Deutschland.

Stärken

- stringentes Verfahren
- umfassende Analyse der Dossiers
- höhere Transparenz über die Qualität der Studiendaten
- Förderung von Arzneimitteln für seltene Erkrankungen
- Schaffung der Grundlage für eine umfassende, gesellschaftliche Diskussion über den angemessenen Preis neuer Arzneimittel

Schwächen

- nicht ausreichende Sicherstellung der Festlegung einer zweckmäßigen Vergleichstherapie und der Bildung von Subgruppen nach dem Stand des Wissens und der Praxis
- unzureichende Methodik zur Gewichtung von Endpunkten

- fehlende Transparenz bei der Zuordnung des festgelegten Zusatznutzens zu den Erstattungsbeträgen
- Orphanisierung mit dem Risiko des Missbrauchs eines erleichterten Nutzenbewertungsverfahrens
- Mangel an Daten zu Lebensqualität/Patient-Reported-Outcome, zu Langzeiteffekten, zum realen Einsatz der neuen Arzneimittel, z. B. in Sequenztherapien, und zu gesundheitsökonomischen Parametern.

Einige Defizite können durch Änderungen in Verfahren und Methodik beseitigt werden. Konkrete Vorschläge wurden von Fachgesellschaften und zuletzt im März 2015 von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet. Zur besseren Erfassung des längerfristigen, patientenbezogenen Nutzens neuer Arzneimittel in Deutschland sind auch innovative Ansätze erforderlich.

Autor

PROF. DR. MED. BERNHARD WÖRMANN
Medizinischer Leiter

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie

Berolinahaus

Alexanderplatz 1

10178 Berlin (Mitte)

Tel.: 030 / 27 87 60 89 - 0

E-Mail: woermann@dgho.de

Ambulantes Gesundheitszentrum der
Charité Universitätsmedizin Berlin

Campus Virchow Klinikum

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt
Hämatologie, Onkologie und Tumor-
immunologie

Augustenburger Platz 1

13344 Berlin

Tel.: 030/450553219

E-Mail: bernhard.woermann@charite.de

An der Auswertung beteiligte Experten

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin
Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	Dr. Monika Nothacker, Berlin
Dermatologische Onkologie	Prof. Dr. Dirk Schadendorf, Essen
Diabetologie	Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Tübingen Prof. Dr. Monika Kellerer, Stuttgart Prof. Dr. Stephan Matthaei, Quakenbrück Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Hamburg PD Dr. Erhard Siegel, Heidelberg
Endokrinologie	Prof. Dr. Martin Faßnacht-Capeller, Würzburg
Epileptologie	Prof. Dr. Hajo Hamer, Erlangen
Gastroenterologie, Verdauung, Stoffwechsel	PD Dr. Petra Lynen, Berlin Prof. Dr. Stefan Zeuzem, Frankfurt
Gesundheitsökonomie	Prof. Dr. Reiner Leidl, München
Gynäkologie und Geburtshilfe	Prof. Dr. Diethelm Wallwiener, Tübingen
Gynäkologische Onkologie	Prof. Dr. Tanja Fehm, Düsseldorf
Hämatologie und medizinische Onkologie	Prof. Dr. Dirk Arnold, Freiburg Prof. Dr. Mathias Freund, Rostock Prof. Dr. Diana Lüftner, Berlin Prof. Dr. Helmut Ostermann, München Prof. Dr. Martin Wilhelm, Nürnberg
Hämostaseologie	Prof. Dr. Andreas Tiede, Hannover
Innere Medizin	Prof. Dr. Tilman Sauerbruch, Bonn
Intensivmedizin	Prof. Dr. Stefan Kluge, Hamburg
Kardiologie	Prof. Dr. Bernd Nowak, Frankfurt Prof. Dr. Karl Werdan, Halle
Nephrologie	Prof. Dr. Reinhard Brunkhorst, Hannover
Nuklearmedizin	Prof. Dr. Friedhelm Raue, Heidelberg
Ophthalmologie	Prof. Dr. Focke Ziemssen, Tübingen
Pneumologie	Prof. Dr. Felix Herth, Heidelberg
Rheumatologie	Prof. Dr. Klaus Krüger, München
Urologie	Prof. Dr. Oliver Hakenberg, Rostock



6. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe am 12. Mai 2015 im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin vorgestellt

Der dem Artikel zugrunde liegende 6. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe „**Frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel 2011 bis 2014.**“ wurde am 12. Mai im Rahmen einer Pressekonferenz im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin vorgestellt und kann im Hauptstadtbüro der DGHO kostenlos bestellt werden.

Kontakt

info@dgho.de

Tel.: +49.30.27 87 60 89-0

Fax: +49.30.27 87 60 89-18

Stellungnahme zum Referentenentwurf

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

veröffentlicht am 18. März 2015

Zusammenfassung

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. begrüßt die Initiative eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Sie sieht den Bedarf nicht nur in ländlichen, sondern auch in einigen städtischen Regionen.

Wir schlagen eine Änderung der *Angebots*verpflichtung über Hospiz- und Palliativversorgung in eine *Beratungs*verpflichtung vor.

Wir begrüßen die Möglichkeit, krankenhaushausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtungen (BE) anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten zu verhandeln.

Wir sehen Korrekturbedarf bei einigen Fehlentwicklungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung ist eine eigenständige Herausforderung und ersetzt die gesellschaftliche Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid nicht.

Notwendigkeit der Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. begrüßt die Initiative eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Bis zu 90 % der Patienten in Hospiz- und Palliativeinrichtungen leiden an Krebs. Ein großer Teil der aktiv ärztlich tätigen Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie hat die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Das unterstreicht die große praktische Bedeutung, die die Betreuung der schwerkranken und sterbenden Patienten für unsere Fachgesellschaft hat.

Die DGHO hält die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung für eine eigenständige Herausforderung. Sie trennt diese Aufgabe von der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid.

Die Situation der Palliativversorgung hat sich in den letzten 15 Jahren spürbar verbessert. Bei der Zertifizierung onkologischer Zentren unserer Fachgesellschaft sind Palliativstationen, Vernetzung mit Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und Vernetzung mit Hospizen unabdingbare Voraussetzung für die Erteilung eines Zertifikats.

Ausdrücklich begrüßen wir die weitere Stärkung der ambulanten Palliativversorgung. Der Handlungsbedarf besteht nicht nur darin, ländliche Regionen zu stärken und die allgemeine Palliativversorgung weiter zu entwickeln. Handlungsbedarf besteht auch bei der Vermeidung von Fehlentwicklungen der bestehenden SAPV, siehe unten.

Beratung von Versicherten über Versorgung und Betreuung am Lebensende (§ 132f)

Die vorgeschlagenen Formulierung des § 132f lautet: „Versicherte **sollen** über die medizinischpflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende beraten werden“. Bisher war Grundgedanke der gesetzlichen Regelungen bei Entscheidungen zum Lebensende immer ein hoher Grad von Freiwilligkeit. So war bei den Regelungen zur Patientenverfügung in BGB § 1901a formuliert worden: „(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden.“. Die jetzige Formulierung legt eine Interpretation nahe, für die nicht primär das Wohl des Patienten, sondern ökonomische Überlegungen im Vordergrund stehen. Dieser Gedanke wird durch den ausdrücklichen Hinweis auf die „Vermeidung unnötiger

Krankenhausaufenthalte“ (S. 4 des Entwurfes) unterstützt.

Für § 132f (1), Satz 2 schlagen wir vor: **Schwerkranken und sterbenden Menschen soll in ihrer letzten Lebensphase ein gezieltes Angebot zur Beratung über Hospiz- und Palliativversorgung gemacht werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung ...**

Eine solche Formulierung greift die Notwendigkeit einer individualisierten Vorgehensweise auf, unter Berücksichtigung der sehr vielfältigen Krankheitssituationen. Sie orientiert sich auch an der sehr unterschiedlichen Versorgungssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Status von Palliativstationen als besondere Einrichtungen (BE)

Ausdrücklich begrüßt die DGHO den Vorschlag, Palliativstationen die Möglichkeit zu eröffnen, anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten krankenhaushausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtungen (BE) zu verhandeln.

Dies reflektiert die Erfahrung, dass die derzeitige Dokumentation der Diagnosen, Prozeduren und Zusatzentgelte dazu tendiert, die mit einem hohen inhaltlichen Anspruch angetretene Palliative Versorgung zu einer Checklisten-Medizin zu degradieren und falsche Anreize zu setzen.

Die DRG-Abrechnung von Leistungen auf einer Palliativstation kann außerdem ein Hindernis für interne Verlegungen darstellen: In vielen Kliniken wird der DRG-Erlös der entlassenden Klinik zugerechnet. Wenn ein Patient z. B. von einer chirurgischen Abteilung auf eine Palliativstation verlegt wird, bedeutet dies buchhalterisch einen finanziellen Verlust für diese chirurgische Abteilung. Dies gilt nicht bei Verlegung auf eine Palliativstation, die als besondere Einrichtung geführt wird.

Vor dem Hintergrund der internationalen Bestrebungen einer frühen Integration der Palliativmedizin in die onkologische Versorgung kann der Vorschlag auch kritisch gesehen werden. Die frühe Integration führt vermehrt dazu, dass Patienten bei stationärem Behandlungsbedarf auch in Krankheitsphasen auf Palliativstationen betreut werden, in denen noch hochpreisige Therapien durchgeführt werden. Dies ist mit Entgelten für besondere Einrichtungen kaum abzubilden. In der Folge sind ungewollte Patientenselektionen bzw. Abweisung von Patienten mit noch laufender Therapie zu befürchten. Es kann daher ein Druck auf Patienten zum Abbruch solcher Therapien entstehen, um in den Genuss von Palliativversorgung zu gelangen. Ggf. wären Formen der separaten Finanzierung von bestimmten Therapieformen oder alternativ eine grundlegende Neufassung der Zusatzentgelte für Palliativmedizin innerhalb des DRG-Systems mit dem Ziel eines spürbaren Bürokratieabbaus zu diskutieren.

Korrektur von Fehlentwicklungen der SAPV

Die bisherigen Erfahrungen mit der SAPV werden von der DGHO als positiv bewertet. Allerdings sind einzelne Fehlentwicklungen bestehender Strukturen zu korrigieren. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Vergütungsstrukturen mit Offenlegung der Verträge ist anzustreben. Ein nicht nach Fallschwere und Ressourceneinsatz gewichtetes und intransparentes Benchmarking von Anbietern durch die Kostenträger z.B. in Bezug auf den Bedarf an stationären Einweisungen, ist zu unterbinden. Es kann dazu beitragen, lebensverlängernde stationäre Behandlungen zu verhindern. Das gleiche gilt für Vereinbarungen, bei denen die Höhe der

Vergütung palliativmedizinischer Leistungen von der Vermeidung von Einweisungen abhängig gemacht wird. Durch solche Ansätze besteht die Gefahr, dass das Image der Palliativmedizin mit Lebensverkürzung assoziiert wird.

Ärztlich assistierter Suizid

Die leidenschaftliche Diskussion über den selbstbestimmten Tod und die Rolle der Ärzte ist ein eigenes Thema. Gute palliativmedizinische Versorgung lindert Leiden und beeinflusst damit einen der gewichtigen Gründe für den individuellen Wunsch nach Selbsttötung. Die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung ist kein Ersatz für eine breite gesellschaftliche Diskussion über ärztlich assistierten Suizid.

Die Stellungnahme wurde von Prof. Dr. Bernhard Wörmann in Kooperation mit PD Dr. Ulrich Schuler (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, PalliativCentrum & Medizinische Klinik I, Dresden), Prof. Dr. Norbert Frickhofen (Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Klinik Innere Medizin III Onkologie, Hämatologie, Palliativmedizin, Wiesbaden) und Dr. Imke Strohscheer (Klinik Nordfriesland, Fachklinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation, St. Peter-Ording) für den Arbeitskreis Palliativmedizin der DGHO erarbeitet.

Prof. Dr. med. Mathias Freund
Geschäftsführender Vorsitzender

Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Vorsitzende

Prof. Dr. med. Martin Wilhelm
Mitglied im Vorstand – Sekretär

1st echo – essen conference for hematology and oncology

STEFANIE ROST & BENEDIKT W. PELZER



„In ‚spire research‘ war das Motto der 1st echo – essen conference for hematology and oncology, der ersten Krebskonferenz für Studierende in Deutschland vom 10. bis 12.04.2015 in Essen. 72 Teilnehmer aus der ganzen Welt reisten nach Essen, so zum Beispiel aus Pakistan, Großbritannien und Rumänien. Während dieser drei Tage hatten die Teilnehmer die Möglichkeit aus diversen Sessions zu den Themen Onkologie, Hämatologie und Krebsforschung zu wählen.

Eingestreut waren drei Grand Lectures. Die Opening Lecture wurde von Prof. Dr. U. Dührsen (Essen) gehalten, der über ‚Hodgkin Lymphome‘ referierte. Die Keynote Lecture hielt Prof. Dr. U. Lauer (Tübingen) über ‚Virotherapy in Cancer‘. Die Closing Lecture von Dr. G. Schreibelt (Nijmegen) beschäftigte sich mit ‚Cancer Immunotherapy with Primary Blood Dendritic Cells‘.

Neben den 29 Speakern des Wochenendes, waren auch die Studierenden gefragt zum Programm der echo beizutragen. Wir wählten aus den eingesandte Abstracts für ‚Oral Presentations‘ und ‚Poster Presentations‘ Beiträge aus und eine Jury aus Speakern kürte am Sonntag die drei Gewinner in jeder Kategorie. Die Gewinner der ‚Oral Presentations‘ Kathrin Buffen (Nijmegen) und Julia Severmann (Essen), wie auch der Gewinner der ‚Poster Presentations‘ Sören Latteyer (Essen) konnten mit ihren interessanten Daten überzeugen.

www.echo-essen.de

Stellungnahme zum Referentenentwurf

Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

vom 4. Februar 2015

Zusammenfassung

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. begrüßt die Bereitschaft zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen. Der vorgelegte Referentenentwurf enthält allerdings einige kritische Schwächen:

- Die Kriterien der Vorteilsnahme sind unzureichend definiert.
- Der Bezug auf die gültigen Berufsordnungen schafft regional unterschiedliche Bedingungen.
- Die Angemessenheit einer Bestrafung ist ungenügend definiert.
- Das Recht auf einen Strafantrag soll auf unmittelbar Geschädigte beschränkt werden.

Einleitung

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. begrüßt die Ansätze zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen. Wir haben in den letzten Jahren zur Kenntnis nehmen müssen, dass auch der Bereich der Versorgung von Patienten mit Blut- und Krebskrankheiten Anreize zur Bestechlichkeit bietet. Auf der anderen Seite sind wir damit konfrontiert, dass die Entwicklung dringend benötigter neuer Arzneimittel zur besseren Behandlung und zur Heilung von Blut- und Krebskrankheiten auf der politischen Ebene weitestgehend der global agierenden pharmazeutischen Industrie überlassen wurde. Die Refinanzierung dieser Entwicklung von Arzneimitteln erfolgt durch die Preisbildung auf der nationalen Ebene.

Zur Herstellung der erforderlichen Transparenz in der Interaktion zwischen Ärzten, wissenschaftlichen Fachgesellschaften und pharmazeutischer Industrie hat die DGHO eine eigene Schrift „Medizin und Industrie: Notwendigkeit der Zusammen-

arbeit und Gefahr der Einflussnahme“ erarbeitet und gerade in der 3. aktualisierten Auflage publiziert [1].

Wir begrüßen die Initiative des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zu einer gesetzlichen Regelung mit Schaffung eines neuen Paragraphen § 299a StGB-E.

Allerdings hat der vorliegende Entwurf einige substanzielle Schwächen, die die Wirksamkeit der geplanten Maßnahme in Frage stellt und statt einer Vertrauensbildung zu einer Kultur des Misstrauens führen kann.

Unzureichende Definition der Vorteilsnahme

Einbeziehung der regionalen Berufsordnungen

Der an die Struktur des § 299 StGB angelehnte Straftatbestand des § 299a StGB-E erfasst in Absatz 1 die passive Bestechlichkeit und in Absatz 2 die aktive Bestechung. Der Straftatbestand dient der Sicherung eines fairen Wettbewerbs im Gesundheitswesen sowie dem Schutz des Vertrauens der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen. Zwar rechtfertigen diese Rechtsgüter vom Ausgangspunkt her die Bekämpfung von Korruption mit Mitteln des Strafrechts. Eine Kriminalisierung darf aber nur mittels eines Straftatbestands erfolgen, der den Anforderungen des Bestimmtheitsgrundsatzes genügt und keine gemäß Art. 103 Abs. 2 GG (vgl. auch § 1 StGB) unzulässige Blankettvorschrift darstellt.

Eine nach § 299a Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 StGB-E strafbare Unrechtsvereinbarung soll dann vorliegen, wenn der Vorteil dafür gefordert (etc.) bzw. angeboten (etc.) wird, dass der Angehörige des Heilberufs beim Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arzneimitteln (etc.) „in sonstiger Weise seine Berufsausübungs-

pflicht verletze“. Diese Tatbestandsvariante soll den Grundtatbestand bilden, da die von Nr. 1 erfassten wettbewerbsrechtlichen Pflichten ebenfalls Berufsausübungspflichten sind.

Es ist nicht hinreichend bestimmt, in welchen Fällen ein von dem Straftatbestand erfasster Angehöriger eines Heilberufs (mit staatlich geregelter Ausbildung) „in sonstiger Weise seine Berufsausübungspflichten“ verletzt. Die hier angesprochenen Berufsausübungspflichten sollen sich aus den für den jeweiligen Beruf geltenden spezialgesetzlichen Regelungen ergeben, wobei auch die Berufsordnungen mit einbezogen sind, also der autonomen Berufsverbände, die in mittelbarer Staatsverwaltung handeln.

Nach dem Bestimmtheitsgrundsatz muss die Strafbarkeit gesetzlich bestimmt sein, wobei prinzipiell auch eine Satzung als materielles Gesetz genügt [2]. Jedoch liegt ein dem Bestimmtheitsgrundsatz widersprechendes Blankettstrafgesetz im echten oder engeren Sinne dann vor, wenn Tatbestand und Strafdrohung derart getrennt sind, dass die Ergänzung der Strafdrohung durch einen zugehörigen Tatbestand von einer anderen Stelle und zu einer anderen Zeit selbstständig vorgenommen wird [3].

Im Rahmen des § 299a Abs. 1 Nr. 2 und Abs. Nr. 2 StGB-e wird die Strafdrohung nicht durch den Gesetzgeber, sondern durch den autonomen Satzungsgeber, und dies durch etwaige Änderung der Berufsordnung auch nachträglich selbstständig vorgenommen. § 299a Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 StGB-E widerspricht daher dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot (Art. 103 Abs. 2 GG).

Nur wenn der Straftatbestand eines Blankettstrafgesetzes durch ein anderes förmliches Gesetz ergänzt wird, kann bei der Normierung des Blankettstrafgesetzes auf

die ausfüllende Norm verwiesen werden; erfolgt die Ergänzung eines Blankettstrafgesetzes jedoch durch eine Rechtsverordnung, so genügt eine derartige Verweisung nicht; vielmehr müssen zugleich die Voraussetzungen der Strafbarkeit sowie Art und Maß der Strafe entweder im Blankettstrafgesetz selbst oder in einer anderen (förmlichen) gesetzlichen Vorschrift, auf die das Blankettstrafgesetz Bezug nimmt, hinreichend deutlich umschrieben werden [4].

Selbiges gilt auch bei der Bezugnahme auf Satzungsrecht. Zwar muss der Gesetzgeber nicht stets einen Straftatbestand bis ins Letzte ausführen. Je schwerer die angedrohte Strafe ist – hier steht Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bzw. bis zu fünf Jahren (§ 300 StGB-E) im Raum – umso genauer muss der Gesetzgeber die Strafbarkeitsvoraussetzungen festlegen [5].

Diesen Anforderungen wird § 299a StGB-E nicht gerecht, zumal die Verletzung der Berufsausübungspflichten anhand hochgradig unbestimmter Rechtsbegriffe zu ermitteln ist; z. B. ist in Bezug auf § 33 MBO (bzw. die entsprechenden Regelungen der Berufsordnungen der Landesärztekammern) nicht hinreichend sicher zu prognostizieren, unter welchen Bedingungen eine Vergütung, die Ärzte für eine bestimmte Leistung gegenüber Arzneimittelherstellern erhalten, der erbrachten Leistung entspricht (also angemessen ist). Das Gleiche gilt z. B. im Hinblick auf die „angemessene Höhe“ und „angemessenen Umfang“ (vgl. § Abs. 2 und 3 MBO) oder den „hinreichenden Grund“ (vgl. § 31 Abs. 2 MBO) von Vorteilen.

Die für breite Auslegungsspielräume offene „Angemessenheit“ des Vorteils wird somit ausschlaggebend dafür sein, ob eine Strafbarkeit gemäß § 299a StGB-E gegeben ist. Während die hierdurch gege-

bene Unsicherheit im Hinblick auf berufrechtliche Sanktionen oder sozialrechtliche Regelungen noch hinnehmbar sein mag, ist sie im Rahmen des Strafrechts inakzeptabel.

Durch die Einbeziehung der Berufsordnungen über § 299a Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 StGB-E wird zudem die Basis dafür geschaffen, dass unterschiedliche strafrechtlich relevante Maßstäbe hinsichtlich der Berufsausübungspflichten von Kammerbezirk zu Kammerbezirk gesetzt werden. Auch diese dürfte verfassungsrechtlich kaum zu rechtfertigen sein.

§ 299a Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 StGB-E sollten daher gestrichen werden.

Angemessenheit

Ein Vorteil i. S. des § 299a StGB kann jede materielle oder immaterielle Zuwendung sein, es ist keine Geringwertigkeits- oder Bagatellgrenze vorgesehen.

Dies gibt Anlass zu der Befürchtung, dass es im Zuge einer fortschreitenden Tendenz zur Verschärfung der Vorstellungen zu Grenzen der „Angemessenheit“, zu einer massenhaften Kriminalisierung kommen könnte, wenn sich auch im Kontext der Berufsordnungen z. B. die Auffassung durchsetzt [6], dass die Bewirtung von Kongressteilnehmern mit einer Vielzahl unterschiedlicher Snacks an einem ansprechend gestalteten Stand unangemessen sei.

Außerdem soll ein Vorteil auch im Abschluss eines Vertrags liegen, der Leistungen an den Täter zur Folge hat, und zwar selbst dann, wenn diese nur das angemessene Entgelt für die von ihm selbst vertraglich geschuldeten Leistungen (vgl. S. 17 des Entwurfs). Hierzu ist anzumerken, dass Verträge, die nach den Regelungen des Fachrechts (z. B. ApoG, AMG, HWG, SGB V) zulässig sind, nicht mittels § 299a StGB pönalisiert werden dürfen.

Rolle der Krankenkassen

§ 299a StGB-E soll nur mittelbar die Vermögensinteressen der gesetzlichen Krankenversicherung schützen (vgl. S. 11 des Entwurfs). Obwohl die Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen keine durch eine Straftat nach § 299a StGB-E Verletzten sind, soll ihnen nach § 300 Abs. 2 Nr. 2 das Recht zustehen, einen Strafantrag zu stellen. Dieses Antragsrecht könnte die Kassen dazu verleiten, die Androhung der Strafbarkeit gemäß § 299a StGB zu strategischen Zwecken einzusetzen. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

Referenzen

1. <http://www.dgho.de/informationen/gesundheitspolitische-schriftenreihe/band-3>
2. vgl. Schmitz in: Münchener Kommentar zum StGB, 2. Aufl. § 1 Rn. 19
3. vgl. BGH, NJW 1954, 970, 972
4. vgl. BVerfG, NJW 1987, 3176
5. Vgl. BVerfG, a. a. O.
6. Az.: 2014.10-444

Die Stellungnahme wurde von Prof. Dr. Bernhard Wörmann in Kooperation mit RA Dr. Arnd Pannenbecker (Kleiner Rechtsanwalt, Stuttgart) und dem Beirat der DGHO erarbeitet.

Prof. Dr. med. Mathias Freund
Geschäftsführender Vorsitzender

Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Vorsitzende

Prof. Dr. med. Martin Wilhelm
Mitglied im Vorstand – Sekretär

Preisausschreibungen 2015: Noch bewerben bis zum 31. Juli 2015

MICHAEL OLDENBURG

Zur Förderung und zur Anerkennung herausragender wissenschaftlicher Arbeiten schreibt die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. im Jahr 2015 mehrere Preise aus. Verliehen werden diese im Rahmen der Jahrestagung vom 9. bis zum 13. Oktober in Basel. Nähere Bedingungen der Preisausschreibungen und detaillierte Informationen finden Sie unter www.dgho.de/informationen/preisausschreiben. Ansprechpartner für Rückfragen ist das Team im DGHO Hauptstadtbüro.

Artur-Pappenheim-Preis 2015

Der Artur-Pappenheim-Preis wird für eine wissenschaftliche Arbeit vergeben, die sich mit klinischen, experimentellen oder

theoretischen Fragen der Hämatologie befasst. Der Artur-Pappenheim-Preis ist mit 7.500 Euro dotiert.

Vincenz-Czerny-Preis 2015

Der Vincenz-Czerny-Preis wird für eine wissenschaftliche Arbeit vergeben, die sich mit klinischen, experimentellen oder theoretischen Fragen der Onkologie befasst. Der Vincenz-Czerny-Preis ist mit 7.500 Euro dotiert.

Doktoranden-Förderpreis 2015

Der Doktoranden-Förderpreis wird für eine hervorragende Arbeit auf dem Gebiet der Hämatologie und Internistischen Onkologie vergeben, die während des Studiums der Medizin, der Pharmazie oder der Biologie oder im Rahmen einer Dissertation in einem der genannten

Studiengänge entstanden ist. Der Doktoranden-Förderpreis ist mit 2.500 Euro dotiert.

Einsendeschluss für diese Preisausschreibungen ist der 31. Juli 2015.

Förderpreis Geriatrische Onkologie 2015

Der Preis „Geriatrische Onkologie“ wird seit 2007 jährlich als Förderpreis für Nachwuchswissenschaftler und seit 2014 jährlich alternierend als Förderpreis und als Ehrenpreis für das Lebenswerk um besondere Verdienste zur Förderung der geriatrischen Onkologie ausgelobt. Der Preis ist mit 10.000 Euro – gestiftet durch die Firma medac – dotiert.

In diesem Jahr wird der Preis als Ehrenpreis für das Lebenswerk vergeben. Eine Jury, bestehend aus Vertretern aus Geriatrie und Onkologie, entscheidet nach Ablauf der Einreichungsfrist unabhängig über die Prämierung. Die Übergabe des Preises und die Ehrung der Preisträger wird im Rahmen Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie vom 9.-13. Oktober 2015 in Basel stattfinden.



Preisträgerinnen und Preisträger aus dem vergangenen Jahr auf der Jahrestagung in Hamburg

12. Trainingskurs „Klinische Infektiologie in der Hämatologie und Onkologie“

Bereits ausgebucht!

(DL) Unser bewährter Trainingskurs „Klinische Infektiologie in der Hämatologie und Onkologie“ vom 12.–13. Juni 2015 in Bonn ist bereits ausgebucht. Der Trainingskurs stieß bereits in den letzten Jahren auf immer größeres Interesse. Die Teilnehmer schätzten besonders den Austausch mit den Referentinnen und Referenten in

Kleingruppen, in denen themenblockweise viele Fragen diskutiert werden.

Die große Nachfrage nach dem Trainingskurs Infektiologie bestätigt das erfolgreiche Konzept des Arbeitskreises Infektionen in der Hämatologie und Onkologie der DGHO e.V., in dem sich die Teilnehmer in knappen Grund-

satzvorträgen zu fast allen Aspekten der Infektiologie bei hämatologisch-onkologischen Patientinnen und Patienten, die Ihnen von den Mitgliedern des Arbeitskreises vorgetragen werden, informieren können.

Weitere Informationen zum Programm finden Sie unter www.dgho-service.de

Stipendien-Initiative der DGHO zur Förderung junger Wissenschaftler

José-Carreras-DGHO-Promotionsstipendien vergeben

MICHAEL OLDENBURG

Nach der sehr erfolgreichen erstmaligen Ausschreibung des José Carreras-DGHO-Promotionsstipendiums im letzten Jahr wurden nun erneut sechs junge Doktorandinnen und Doktoranden ausgezeichnet. Die Resonanz auf die im Oktober 2014 ausgeschriebenen José Carreras-DGHO-Promotionsstipendien war groß. Zahlreiche Studentinnen und Studenten der Humanmedizin und Studierende verwandter Fächer aus dem gesamten Bundesgebiet hatten sich um die von der José Carreras Leukämie-Stiftung e.V. finanzierten Stipendien, die gemeinsam mit der DGHO vergeben werden, beworben. Ziel ist es, jungen Doktorandinnen und Doktoranden ideale Voraussetzungen für die Erstellung ihrer Dissertationsarbeiten auf dem Gebiet der Leukämie und verwandter Blutkrankheiten zu ermöglichen.

Die thematische Breite der eingereichten Bewerbungen macht deutlich, dass das Promotionsstipendium vielfältige Forschungsvorhaben aufgreift. Dabei reichen die nun geförderten Arbeiten von Forschungsvorhaben auf molekularer Ebene bis hin zu Fragestellungen zur Gesundheit von Kindern ehemaliger kideronkologischer Patientinnen und Patienten.

„Auch in diesem Jahr freuen wir uns zu sehen, dass es viele junge Talente gibt, die die deutsche Leukämieforschung weiter vor-

ranbringen möchten. Die Talentförderung ist ein wichtiger Baustein hin zu dem Ziel, Heilungschancen und Überlebensraten von Betroffenen weiter zu erhöhen. Dabei verstehen wir die Schaffung von Grundlagen für den medizinischen Fortschritt als eine zentrale Aufgabe der José Carreras Leukämie-Stiftung. Gemeinsam mit der DGHO haben wir hier ein wichtiges Förderinstrument ins Leben gerufen“, erklärt Dr. Gabriele Kröner, Geschäftsführender Vorstand der José Carreras Leukämie-Stiftung e.V.

Prof. Mathias Freund, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO, betont die thematische Breite bei gleichzeitiger Zielgenauigkeit des Promotionsstipendiums. „Die eingereichten Forschungsvorhaben haben uns gezeigt, dass wir mit dem Stipendium ein Förderinstrument geschaffen haben, mit dem Forschungsarbeiten gefördert werden, die die komplexen Herausforderungen der Leukämieforschung abbilden. Letztlich aber treffen alle Forschungsvorhaben das eine Ziel: Die Förderung der Leukämieforschung und die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten.“ Erstmals wird auch ein Projekt zur Erfassung möglicher Langzeitfolgen erfolgreicher Leukämiebehandlung gefördert.

Einsendeschluss für die Bewerbungen war der 31. Dezember 2014. Die Auswahl der Stipendiaten erfolgte über eine Jury, welche von beiden Institutionen paritätisch mit vier unabhängigen Experten besetzt war.

Für die José Carreras-DGHO-Promotionsstipendien 2015 wurden ausgewählt:

Juliane Grimm, Leipzig

Einfluss einer differentiellen Expression der microRNA-9 auf den Transkriptionsfaktor ERG in der Akuten Myeloischen Leukämie

Yascha Khodamoradi, Rostock

Effekte demethylierender Substanzen auf Zellen der akuten T-lymphatischen Leukämie

Richard Karl Lubberich, Aachen

Einfluss von Serumfaktoren auf die Hämatopoese bei Myeloproliferativen Neoplasien und im Rahmen des Alterns

Miriam Odensass, Hamburg

Untersuchung der Proteinfunktion von JAZF1 in der Leukämogenese und Hämatopoese

Mihada Bajrami Saipi, Tübingen

Die Rolle des Tumorsuppressors ASPP2 und seines antiapoptotischen Gegenspielers iASPP in Entstehung und Therapie akuter Leukämien

Theresa Schuster, Berlin

Gesundheit von Kindern ehemaliger kideronkologischer Patienten

Aus der Mitgliederbetreuung



(FH/MO) Nach der Abbuchung der Mitgliedsbeiträge stehen nun Ihre **Mitgliedsurkunden** für das Jahr 2015 zum Download und Ausdruck im Mitgliederbereich (www.dgho.de/@@anmelden) bereit. Außerdem finden Sie hier auch die

Beitragsbescheinigung 2014 für Ihre Steuererklärung. Brauchen Sie Ihre Zugangsdaten? Dann kontaktieren Sie uns einfach per E-Mail an datenbank@dgho.de.

Als neue Mitarbeiterin erreichen Sie nun Frau **Michaela-Maria Hirschberg** in der DGHO-Geschäftsstelle. Zusammen

mit Frau Franca Habedank übernimmt Frau Michaela-Maria Hirschberg die Mitgliederbetreuung und die Pflege der Website. Frau Steffi Haupt ist für ein Jahr in Elternzeit.



Michaela-Maria Hirschberg

Gründung des Arbeitskreises „HIV-Neoplasien“

KAI HÜBEL



Prof. Kai Hübel, Leiter des DGHO Arbeitskreises „HIV-Neoplasien“

Im Rahmen der diesjährigen Frühjahrstagung hat sich der Arbeitskreis HIV-Neoplasien konstituiert. Der Arbeitskreis sieht eine wesentliche Aufgabe darin, eine Diskussionsplattform für Hämatologen/Onkologen und Infektiologen zu bieten und die interdisziplinäre Vernetzung zu fördern. Nur in enger Kooperation beider Fachrichtungen können Therapiekonzepte für HIV-assoziierte Neoplasien sinnvoll entwickelt werden. Hintergrund

ist das erhöhte Risiko für die Entwicklung einer Krebserkrankung bei HIV-positiven Patienten. Dies gilt sowohl für AIDS-definierende wie für eine Reihe nicht-AIDS-definierender Malignome. Gleichzeitig ermöglicht der durch die antiretrovirale Therapie verbesserte Immunstatus der Patienten auch den Einsatz aggressiverer Therapieverfahren bis hin zur Stammzelltransplantation. Trotz bereits erreichter Therapieerfolge bleiben jedoch zahlreiche Fragen offen. So ist beispielsweise die Prognose von Patienten mit HIV-assoziierten aggressiven B-Zell-Lymphomen insgesamt ungünstiger als bei HIV-negativen Patienten.

Neben der Erarbeitung bzw. Weiterentwicklung von Richtlinien und Empfehlungen für die Behandlung HIV-assoziiierter Neoplasien soll der Arbeitskreis einen Raum bieten für die Planung und Durchführung präklinischer und klinischer Studien. Eine HIV-Infektion stellt in der Regel ein Ausschlusskriterium für klinische Studien dar, dabei sind gerade prospektive Studien dringend erforderlich, um Therapiestandards für HIV-assoziierte Neoplasien festzulegen und weiterzuentwickeln. Der Arbeitskreis wird eine Vernetzung mit europäischen Arbeitsgruppen anstreben,

um für geplante Studienprojekte ausreichende Fallzahlen zu erreichen. Darüber hinaus bildet die Fortbildung interessierter Kolleginnen und Kollegen einen Arbeitsschwerpunkt. Erstmals wird der Arbeitskreis auf der kommenden Jahrestagung im Rahmen einer eigenen Fortbildungsveranstaltung über die Thematik informieren.

Interessenten sind herzlich zur Mitarbeit im Arbeitskreis eingeladen.

Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. Kai Hübel
Klinik I für Innere Medizin
Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Priv.-Doz. Dr. med. Marcus Hentrich
III. Medizinische Abteilung
Rotkreuzklinikum München
Nymphenburger Str. 163
80634 München

E-Mail: hiv-neoplasien@dgho.de

Dieses Rundschreiben enthält folgende Beilagen:



GI Oncology 2015
11. Interdisziplinäres Update
www.gi-oncology.de



DSHO 2015
Dresdner Symposium für
Hämatologie und Onkologie
www.dsho.de



Supplement zum 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO.
www.dgho.de/informationen/gesundheitspolitische-schriftenreihe/supplement-zu-band-5

Veranstungshinweise

2015

20TH CONGRESS OF EHA

11. bis 14. Juni 2015
Wien, Österreich

12. TRAININGSKURS „KLINISCHE INFEKTILOGIE IN DER HÄMATOLOGIE UND ONKOLOGIE“

12. bis 13. Juni 2015
Bonn

PSYCHO-ONKOLOGIE/KURSWEITERBIL- DUNG PALLIATIVMEDIZIN

unter der Schirmherrschaft der DGHO
14. bis 20. Juni 2015
Wilsede

13TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON MALIGNANT LYMPHOMA

17. bis 20. Juni 2015
Lugano, Schweiz

WEITERBILDUNG PSYCHOSOZIALE ONKOLOGIE – INTERDISZIPLINÄRES CURRICULUM

Block 1: 17.06.-20.06.2015
Block 2: 02.09.-05.09.2015
Block 3: 04.11.-07.11.2015
Block 4: 20.01.-23.01.2016
Block 5: 02.03.-05.03.2016
Block 6: 27.04.-30.04.2016
Block 7: 15.06.-18.06.2016
17. bis 20. Juni 2015
Münster

WPO-VERTIEFUNGSKURS PSYCHOONKO- LOGIE – IMPLEMENTIERUNG PSYCHOON- KOLOGISCHER ARBEIT IM AKUTKRANKEN- HAUS

19. bis 20. Juni 2015
Hamburg

UPDATE HÄMATOLOGIE / ONKOLOGIE 2015

unter der Schirmherrschaft der DGHO
19. bis 20. Juni 2015
Essen

NACHLESE ZUR JAHRESTAGUNG DER AMERIKANISCHEN GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE ONKOLOGIE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
20. Juni 2015
Dresden

FALLSEMINAR PALLIATIVMEDIZIN

nach dem Curriculum der
Bundesärztekammer
Modul 1
22. bis 26. Juni 2015
Mannheim

BFM-TAGUNG

25. bis 27. Juni 2015
Rostock

35. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SENOLOGIE

25. bis 27. Juni 2015
Leipzig

HÄMOSTASEOLOGIE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
25. bis 27. Juni 2015
Wilsede

UPDATE HÄMATOLOGIE / ONKOLOGIE 2015

unter der Schirmherrschaft der DGHO
26. bis 27. Juni 2015
Dresden

GI-ONCOLOGY 2015 –

11. INTERDISZIPLINÄRES UPDATE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
27. Juni 2015
Wiesbaden

ESMO 17TH WORLD CONGRESS ON GASTROINTESTINAL CANCER

1. bis 4. Juli 2015
Barcelona, Spanien

WEITERBILDUNG PSYCHOSOZIALE ONKOLOGIE FÜR APPROBIERTE PSYCHO- THERAPEUTEN

Block 1: 03.07.-04.07.2015
Block 2: 25.09.-26.09.2015
Block 3: 20.11.-22.11.2015
Block 4: 22.01.-23.01.2016
Block 5: 11.03.-12.03.2016
Block 6: 22.04.-23.04.2016
3. bis 4. Juli 2015
Leipzig

ONKOLOGIE 2020 – 2.0: OPTIMIERUNG DER PATIENTEN- VERSORGUNG IN DER ONKOLOGIE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
10. bis 11. Juli 2015
Hamburg

UPDATE HÄMATOLOGIE / ONKOLOGIE 2015

unter der Schirmherrschaft der DGHO
10. bis 11. Juli 2015
München

HUS MEETING 2015

12. bis 14. Juli 2015
Innsbruck, Österreich

ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG PALLIATIV- MEDIZIN – MODUL 1 – KOMMUNIKATION

13. bis 17. Juli 2015
Göttingen

UPDATE HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE 2015

unter der Schirmherrschaft der DGHO
28. bis 29. August 2015
Hamburg

PRIME TIME HÄMATOLOGIE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
4. bis 5. September 2015
Berlin



HÄMATOLOGISCHER ZYTOLOGIEKURS FÜR FORTGESCHRITTENE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
9. bis 12. September 2015
Wilsede

5TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON ADVANCE CARE PLANNING AND END-OF-LIFE CARE (ACPEL)

9. bis 12. September 2015
München

25. DEUTSCHER HAUTKREBSKONGRESS

10. bis 12. September 2015
München

WEITERBILDUNG PSYCHOSOZIALE ONKOLOGIE FÜR APPROBIERTE PSYCHOTHERAPEUTEN

Block 1: 11.09.-12.09.2015
Block 2: 20.11.-21.11.2015
Block 3: 05.02.-07.02.2016
Block 4: 01.04.-02.04.2016
Block 5: 03.06.-04.06.2016
Block 6: 01.07.-02.07.2016
11. bis 12. September 2015
Hamburg

FALLSEMINAR PALLIATIVMEDIZIN

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer
Modul 2
14. bis 18. September 2015
Heidelberg

48. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR TRANSFUSIONS-MEDIZIN UND IMMUNHÄMATOLOGIE E. V.

15. bis 18. September 2015
Basel, Schweiz

CESAR-JAHRESTAGUNG / CESAR ANNUAL MEETING 2015

17. bis 19. September 2015
Innsbruck, Österreich

6. MÜNSTERANER MIKROSKOPIERKURS

unter der Schirmherrschaft der DGHO
18. bis 20. September 2015
Münster

7. ESSENER PATIENTEN- UND ANGEHÖRIGENSEMINAR – PAROXYSMALE NÄCHTLICHE HÄMOGLOBINURIE (PNH) UND APLASTISCHE ANÄMIE (AA)

19. September 2015
Essen

EUROPEAN CANCER CONGRESS 2015

25. bis 29. September 2015
Wien, Österreich

ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG PALLIATIV-MEDIZIN - MODUL 2 – ETHIK

5. bis 9. Oktober 2015
Göttingen

23. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR IMMUNGENETIK E. V.

8. bis 10. Oktober 2015
Lübeck

JAHRESTAGUNG DER DGHO, OEGHO, SGMO UND SGH

9. bis 13. Oktober 2015
Basel, Schweiz

ETHIK IN DER PALLIATIVVERSORGUNG – EIN MULTIPROFESSIONELLES QUALIFIZIERUNGSPROGRAMM

1. Teil: 14.–15. Oktober 2015
2. Teil: 17.–18. Februar 2016
Göttingen

12. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN VEREINTEN GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE CHEMIE UND LABORATORIUMSMEDIZIN

14. bis 17. Oktober 2015
Leipzig

NORDDEUTSCHES LYMPHOMFORUM: LYMPHOMWORKSHOP 2015

unter der Schirmherrschaft der DGHO
16. bis 17. Oktober 2015
Göttingen

ONKOLOGIE 2020 – 2.0: OPTIMIERUNG DER PATIENTENVERSORGUNG IN DER ONKOLOGIE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
23. bis 24. Oktober 2015
München

4. AACHENER MIKROSKOPIERKURS, STUFE III SPEZIELLE HÄMATOLOGIE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
6. bis 8. November 2015
Aachen

3. HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE REFRESHER-KURS IN KÖLN

unter der Schirmherrschaft der DGHO
6. bis 7. November 2015
Köln

FALLSEMINAR PALLIATIVMEDIZIN

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer
Modul 3
9. bis 13. November 2015
Mannheim

7. HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE REFRESHER-KURS STUTTGART

13. bis 14. November 2015
Stuttgart

WEITERBILDUNG PSYCHOSOZIALE ONKOLOGIE FÜR APPROBIERTE PSYCHOTHERAPEUTEN

Block 1: 13.11.-14.11.2015
Block 2: 29.01.-30.01.2016
Block 3: 11.03.-13.03.2016
Block 4: 15.04.-16.04.2016
Block 5: 10.06.-11.06.2016
Block 6: 22.07.-23.07.2016
13. bis 14. November 2015
Freiburg

4. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR TRANSITIONSMEDIZIN

13. bis 14. November 2015
Hamburg

**ONKOLOGIE 2020 – 2.0:
OPTIMIERUNG DER PATIENTEN-
VERSORGUNG IN DER ONKOLOGIE**

unter der Schirmherrschaft der DGHO
13. bis 14. November 2015
Frankfurt am Main

BASISKURS PALLIATIVMEDIZIN

nach dem Curriculum der
Bundesärztekammer
16. bis 20. November 2015
Heidelberg

12. AIO-HERBSTKONGRESS

19. bis 21. November 2015
Berlin

**ONKOLOGIE 2020 – 2.0: OPTIMIERUNG
DER PATIENTENVERSORGUNG IN DER
ONKOLOGIE**

unter der Schirmherrschaft der DGHO
20. bis 21. November 2015
Leipzig

**ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG PALLIATIV-
MEDIZIN**

23. bis 27. November 2015
Göttingen

**1. HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE
REFRESHER-KURS IN LEIPZIG**

unter der Schirmherrschaft der DGHO
27. bis 28. November 2015
Leipzig

**57TH ASH ANNUAL MEETING AND
EXPOSITION**

5. bis 8. Dezember 2015
Orlando, USA

**38TH ANNUAL SAN ANTONIO BREAST
CANCER SYMPOSIUM**

8. bis 12. Dezember 2015
San Antonio, USA

2016

**ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG PALLIATIV-
MEDIZIN – MODUL 3 – FALLBEISPIELE**

8. bis 14. Februar 2016
Göttingen

32. DEUTSCHER KREBSKONGRESS 2016

24. bis 27. Februar 2016
Berlin

**JAHRESTAGUNG DER DGHO, OEGHO,
SGMO UND SGH**

14. bis 18. Oktober 2016
Leipzig

Impressum

Die Mitglieder-Rundschreiben der DGHO werden in der Regel viermal pro Jahr herausgegeben.

Zuschriften bitte an:
Hauptstadtbüro der DGHO e.V.
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
Telefax: 030 27876089-18
E-Mail: info@dgho.de · Internet: www.dgho.de

V.i.S.d.P.: Michael Oldenburg (MO)
Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO:
Prof. Dr. med. Mathias Freund
Bankverbindung: Postgiroamt Karlsruhe
BLZ 660 100 75, Kontonummer 138 232 754
IBAN DE33 6601 0075 0138 2327 54
BIC PBNKDEFF

Beiträge geben nicht notwendigerweise die Auffassung des Vorstandes der DGHO oder der DGHO selbst wieder. Alle Rechte wie Nachdruck, auch von Abbildungen, Vervielfältigungen jeder Art, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung, Vortrag, Funk, Tonträger und Fernsehübertragungen wie auch elektronische Veröffentlichung (insbesondere Internet) und Speicherung behält sich die DGHO vor.

Produktion dieses Rundschreibens:
DGHO Service GmbH
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
Telefax: 030 27876089-18
E-Mail: info@dgho-service.de
Geschäftsführung: Iwe Siems

Steuer-Nr. 1137/266/21212 (FA für Körperschaften II Berlin); Handelsregister HRB 119462 B (AG Charlottenburg)

Die DGHO, deren Vorstand und die DGHO Service GmbH übernehmen keine Gewähr für die Richtigkeit von Angaben im Rundschreiben, insbesondere für Inhalte außerhalb des redaktionellen Teils (vor allem Anzeigen, Industrieinformationen, Pressezeitung und Kongress- sowie Veranstaltungsinformationen). Eine verwendete Markenbezeichnung kann marken- oder warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn das Zeichen © oder ein anderer Hinweis auf etwaig bestehende Schutzrechte fehlen sollte. Für Dosierungsangaben wird keine Gewähr übernommen.

