

Hämatologie und Onkologie

MITGLIEDER-RUNDSCHREIBEN DER DGHO

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
 liebe Mitglieder,

Das neue Jahr 2015 hat neuen Schwung für die Initiativen unserer Gesellschaft gebracht. Im Oktober 2014 hatten wir die Broschüre zur beruflichen Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie vorgestellt und Forderungen formuliert. Forderungen allein verändern die Welt nicht. Es hat jetzt ein zäher Kampf um die Umsetzung und Weiterentwicklung auf diesem Gebiet begonnen. Wir haben die Forderungen am 13. Januar im Familienministerium vorgestellt und sind auf Interesse gestoßen. Die Forderungen zur Weiterbildungsordnung werden auch von anderen Fachgesellschaften unterstützt, darunter die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Wir haben die Forderungen am 28. Januar dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Montgomery, vorgestellt. Auf beiden Ebenen werden weitere Gespräche folgen.

Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden und den Medizinischen Fachangestellten verdient eine besondere Aufmerksamkeit. Unser Leitbild ist die ganzheitliche Betreuung von Krebspatienten. Die Pflege ist ein integraler Bestandteil dieser Betreuung. In diesem Sinne führen wir die Pflorgetagungen als Teil der Jahrestagungen durch und fördern die Entwicklung einer Wissensbasis durch den Arbeitskreis Pflege der DGHO. Am 11. Februar haben Arbeitskreis und Vorstand einen Workshop zur Lage und zu innovativen Perspektiven in der Pflege veranstaltet. Modellprojekte in Klinik und Praxis wurden vorgestellt. Mit der Delegation von

Tätigkeitsfeldern auf die Pflegenden und medizinischen Fachangestellten eröffnen sich neue Entwicklungen. Für die Realisierung müssen aber auch die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Der Arbeitskreis Pflege diskutiert, auf der Grundlage des präsentierten Materials einen Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe zu erstellen.

Eine intensive Debatte wird um die Beihilfe zum Suizid geführt. Unsere Aufgabe ist es, Leiden zu lindern und unseren Patienten auch in der letzten Phase ihres Lebens in diesem Sinne zur Seite zu stehen. Die DGHO setzt sich energisch für den Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung ein. Jüngstes Beispiel ist das gemeinsame Papier mit der DGP zur frühen Integration der Palliativmedizin in der Onkologie in diesem Heft.

Gleichwohl kann es Grenzsituationen geben, in denen ein gesetzliches Verbot der Beihilfe zum Suizid Ärzte, Patienten und ihre Angehörigen in schwere Konflikte stürzen würde. Eine Abgrenzung zu lindern aber potenziell lebensverkürzenden Therapien oder zur Unterlassung von Massnahmen zur Lebensverlängerung wäre problematisch. Die gegenwärtige Gesetzeslage bietet einen sinnvollen Freiraum für die schwierigen und individuellen Entscheidungen in diesem Bereich und sollte nicht verändert werden. Wir

INHALT

| | |
|---|----|
| Editorial..... | 1 |
| Erfolgreiche Juniorakademie 2015..... | 3 |
| Prof. Diana Lüftner mit Prof. Gabriele Kaczmarczyk im Interview | 4 |
| Frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente in Deutschland 2011 – 2014 | 7 |
| DGHO setzt sich für die Änderung der Anerkennungszeiten der ärztlichen Weiterbildung ein..... | 8 |
| Erfolgreicher DGHO-Pflegeworkshop | 8 |
| Ärztlich assistierte Selbsttötung: Ein Problemaufriss zu ethischen und klinischen Aspekten..... | 9 |
| Neues Supplement erschienen | 11 |
| Gemeinsame Stellungnahme der DGHO und der DGP zur frühzeitigen Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Therapie | 12 |
| Berichte der DGHO-Arbeitskreise..... | 14 |
| Die Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Hämatologie und Onkologie (AGIHO) | 17 |
| Stipendien-Initiative der DGHO zur Förderung junger Wissenschaftler | 18 |
| Neue Gesetzesentwürfe der Bundesregierung | 20 |
| Nachruf Prof. Dr. med. Astrid Franke | 21 |
| Nachruf Prof. Dr. med Kurt Hausmann | 22 |
| Veranstaltungshinweise: Frühjahrstagung 2015 | 23 |
| Trainingskurs Infektiologie | 25 |
| Urologieseminar | 27 |
| Bewerbungen um Mitgliedschaft | 28 |
| Veranstaltungshinweise | 29 |

haben eine Befragung unserer Mitglieder zu diesem Thema – trotz Bedenken von verschiedenen Seiten – gewagt. Ziel ist es, die Basis für die Diskussion zu erweitern. Wir sind gespannt auf das Ergebnis und bedanken uns für die Initiative des Arbeitskreises Ethik, die sie möglich gemacht hat und das Engagement unserer Mitglieder!

Mathias Freund

Diana Lüftner

Martin Wilhelm

Call for Abstracts

Wir laden Sie herzlich ein, wissenschaftliche Beiträge für
freie Vorträge und Posterpräsentationen einzureichen.

Abstracteinreichung
bis **4. Mai 2015**

Themengebiete:

Hämatologie

- Akute lymphatische Leukämie
- Akute myeloische Leukämie
- Allogene Transplantation
- B-Zell-Lymphome, aggressiv
- B-Zell-Lymphome, indolent
- Chronische lymphatische Leukämie
- Chronische myeloische Leukämie
- Chronische myeloproliferative Neoplasien
- Gerinnung und Thrombozyten
- Hämatopoetische Stammzellen
- Hodgkin-Lymphom
- Multiples Myelom und verwandte Erkrankungen
- Myelodysplastische Syndrome
- Nicht maligne Hämatologie
- Sonstige B-Zell-Lymphome
- Sonstige Hämatologie
- T-Zell-Lymphome

Onkologie

- Gynäkologische Malignome (z. B. Ovar, Uterus; exkl. Mammakarzinom)
- Hepatobiliäres Karzinom
- Keimzelltumoren
- Kolon-/Rektumkarzinom
- Kopf-Hals-Tumore
- Lungenkarzinom (inkl. Pleura)
- Magenkarzinom, einschl. Kardia
- Mammakarzinom
- Melanom und andere Hauttumoren
- Nierenzellkarzinom
- Oesophaguskarzinom
- Pankreaskarzinom
- Prostatakarzinom
- Sarkome
- Sonstige Onkologie
- Urogenitale Malignome (z. B. Blase, exkl. Prostatakarzinom)
- ZNS-Tumore

Querschnittsthemen

- Adoleszente und junge Erwachsene (AYA)
- Betreuung von Patienten und Langzeitüberlebenden
- Der spezielle Fall
- Ethik
- Geriatrie Onkologie
- Immuntherapie
- Intensivmedizin, Notfälle
- Komplementärmedizin
- Palliativmedizin
- Patientensicherheit
- Pflege
- Prävention/Epidemiologie
- Psychoonkologie
- Rehabilitation
- Sonstige Themen
- Supportive Therapie (z. B. bei Infektionen, Antiemetika)
- Translationale Forschung und neue Substanzen
- Tumor-/Zellbiologie
- Versorgungsforschung

Hinweise zur Einreichung finden Sie auf der Kongress-Internetseite
www.haematologie-onkologie-2015.com

Tagungsort

Congress Center Basel
Messeplatz 21
4058 Basel, Schweiz

Kongresspräsident

Dr. med. Martin Wernli

Wissenschaftliche Sekretäre

Prof. Dr. med. Mario Bargetzi
Prof. Dr. med. Christoph Mamot
Kantonsspital Aarau AG
Postfach, 5001 Aarau, Schweiz
Tel.: +41(0)62 838 44 17
E-Mail: dgho2015@ksa.ch

Veranstalter und Gesamtorganisation

DGHO Service GmbH
Alexanderplatz 1
10178 Berlin
Tel.: +49 (0) 30-2787 6089-13, -14
Fax: +49 (0) 30-2787 6089-18
E-Mail: jahrestagung2015@dgho-service.de

Erfolgreiche DGHO-Juniorakademie 2015

MICHAEL OLDENBURG

Dass die Förderung des ärztlichen Nachwuchses fester Bestandteil der Arbeit der DGHO ist, machte die nunmehr zum fünften Mal stattfindende Juniorakademie deutlich. Vom 28. bis zum 30. Januar 2015 diskutierten 35 junge Ärztinnen und Ärzte sowie Studierende der Humanmedizin mit Referentinnen und Referenten aus allen Bereichen der Hämatologie und Medizinischen Onkologie. Das Format der Juniorakademie besteht aus Plenarsitzungen, Workshops und Freizeitaktivitäten. Die Teilnehmer kamen aus ganz Deutschland und Österreich.



Prof. Mathias Freund und Prof. Diana Lüftner (vordere Reihe) mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Juniorakademie.



Teilnehmerinnen und Teilnehmer während des Vortrags von Prof. Hubert Serve „Personalisierte Medizin: Hope oder Hype?“

Die im Kloster Schöntal (Jagsttal) stattfindende Juniorakademie startete unter dem Themenkomplex „Faszination Hämatologie & Onkologie“. Aus den Perspektiven des Leiters einer Universitätsklinik, eines klinischen Forschers, einer Chefarztin und eines pädiatrischen Hämatologen und Onkologen schilderten die Referentinnen und

Referenten ihre Faszination für das Fachgebiet. Besonders aufmerksam wurden private Darstellungen der eigenen Lebensläufe von den Teilnehmern wahrgenommen. So wurde schon zu Beginn der dreitägigen Veranstaltung die Breite beruflicher Möglichkeiten auf dem Gebiet der Hämatologie und der Medizinischen Onkologie deutlich. Weitere Themen waren Kommunikation, Berufsperspektiven, spezifische Krankheitsbilder und Therapieformen, personalisierte Medizin, Gesundheitspolitik, Weiterbildung und die Geschichte der DGHO. Auf besonderes Interesse stieß das in diesem Jahr zum ersten Mal angebotene Themenfeld der Palliativmedizin, u. a. mit dem Workshop „Begleitung Sterbender“.

Ein großer Dank gilt dem Organisationskomitee [Prof. Dirk Arnold (Freiburg), Prof.

Peter Brossart (Bonn), Prof. Tim Brümendorf (Aachen), Prof. Wolfgang Hilbe (Innsbruck), Prof. Andreas Mackensen (Erlangen), Dr. Friedrich Overkamp (Recklinghausen), Prof. Maïke de Wit (Berlin), Prof. Meinolf Suttrop (Dresden) und Prof. Bernhard Wörmann (Berlin)], allen Referentinnen und Referenten sowie DGHO Service für die Organisation.

In der abschließenden Evaluation wurde deutlich, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders den persönlichen Austausch über hierarchische Stufen hinweg mit den Referentinnen und Referenten schätzen. „Ich fand die Juniorakademie großartig. Besonders die Darstellung der verschiedenen Aspekte der Hämatologie und Onkologie hat mir sehr gut gefallen“, so eine Teilnehmerin.



Auch wenn es regnete: Nach der „Vorbereitung“ ging es mit Wanderschuhen in den Wald.

„Frauen, die nichts fordern, bekommen das, was sie fordern. Nichts!“

Prof. Diana Lüftner im Interview mit Prof. Gabriele Kaczmarczyk

Prof. Gabriele Kaczmarczyk studierte Medizin, Romanistik und Literaturwissenschaft. 1990 wurde sie zur ersten Frauenbeauftragten des Klinikums Charlottenburg der Freien Universität Berlin gewählt. 2005 gründete sie den internationalen Studiengang „Health and Society International Studies Berlin“. 2010 wurde Prof. Dr. med. Kaczmarczyk das Bundesverdienstkreuz verliehen. Gemeinsam mit drei Berliner Chefärztinnen initiierte sie im Jahr 2012 das Projekt „Pro-Quote-Medizin“.

Diana Lüftner: *Sehr geehrte, liebe Frau Professor Kaczmarczyk, Sie haben sich jahrzehntelang für die Belange der Frauen in der Medizin eingesetzt. Ich starte unser Gespräch mal ganz persönlich: Ich kann mich an einen Satz erinnern, der mich zutiefst beeindruckt hat, als Sie vor längerer Zeit zu mir sagten: „Frau Lüftner, Sie müssen aufhören zu bitten, Sie müssen anfangen zu verlangen.“ Wie ist es gekommen, dass Sie diesen Satz so geprägt haben?*

Gabriele Kaczmarczyk: Dem Satz bleibe ich auch heute noch treu.

Von Simone de Beauvoir stammt ein Ausspruch, den ich immer wieder zitiere und den wir auch in unserem Führungshandbuch haben (*U. Ley/G. Kaczmarczyk, Führungshandbuch für Ärztinnen, Wiss. Springer-Verlag, 2. vollst. überarb. Aufl. 2013; Anm. d. Red.*): „Frauen, die nichts fordern, bekommen das, was sie fordern. Nichts!“ Diesen Spruch finde ich sehr gut. Frauen meiner Generation und auch noch die nachfolgenden – die jüngeren nicht mehr so, sie sind selbstbewusster – haben die Tendenz zurückzustehen. Aber dazu besteht gar keine Veranlassung! Viele Frauen sind hochqualifizierte Medizinerinnen. Sie steigen mit guten Abiturnoten ein, machen klasse Examina, ihre Facharztprüfung, ein Teil habilitiert sich sogar. Aber dieses Zurückstehen – das geht von Gehaltsverhandlungen bis in Bewerbungs-



Prof. Gabriele Kaczmarczyk, Prof. Diana Lüftner.

gespräche und die Berufungskommission rein – das ist völlig falsch, und viele Frauen haben es gar nicht nötig. Natürlich sind sie gut genug für Chefpositionen.

Ich habe jahrelang an der Charité als Frauenbeauftragte gearbeitet, vorher im Klinikum Charlottenburg. Ich war als Medizinerin die erste Frauenbeauftragte in der Medizin in Berlin. In vielen Berufungskommissionen habe ich die Mechanismen gesehen, die Frauen ausgrenzen. Oft haben Frauen deswegen schon Angst und Bedenken, sich überhaupt um eine Führungsposition zu bewerben – sie sollte aber ihren Hut in den Ring werfen! Das ist heute allerdings schon etwas anders geworden, Frauen treten heute anders auf, sie werden ja auch mehr gebraucht: und deswegen sollten Frauen dann auch fordern. Nehmen wir ein negatives Beispiel anhand eines Habilitationsstipendiums für Frauen an der Charité. Die Bewerberinnen hatten sich oft nicht überlegt, was sie für eine erfolgreiche Habilitation noch fordern müssten: zum Beispiel eine halbe MTA-Stelle oder eine Reise ins Ausland zum Besuch eines anderen Labors. Wenn man berechtigt konkret einforderte, dann ließ sich auch vieles machen.

DL: *Vermutlich haben Sie aus Ihrer eigenen Biografie einiges abgeleitet?*

GK: Ich selbst habe mir früher viel gefallen lassen. Und ich habe nicht gemerkt, dass ich eigentlich diskriminiert wurde. Das ist mir erst viel später durch Kontakte mit anderen Frauen, Frauenbeauftragten, durch viele Gespräche klar geworden. Ich war in der Anästhesie, mein Facharzt dauerte länger als der aller anderen. Ich musste mehr Tätigkeitsnachweise vorlegen als meine männlichen Kollegen. Ich war neun Monate in der Neurochirurgie-Anästhesie tätig, Tag und Nacht. Das war extrem anstrengend, es wurde im Zeugnis nicht einmal erwähnt. Mir war das damals egal. Aber als ich mich später um Professuren beworben habe, lag das unvollständige Zeugnis immer mit auf dem Tisch. Heute würde ich protestieren und zum Personalrat gehen und mich beraten lassen. Auf die Idee kam ich damals gar nicht. In meiner späteren Tätigkeit als Frauenbeauftragte habe ich dann umgekehrt viele Frauen beraten. Ich habe gefragt „Was wollen Sie erreichen? Wollen Sie kämpfen? Ich mache mit, ich unterstütze Sie. Oder wollen Sie sich einfach mal aussprechen und jammern?“ Und viele haben gesagt: „Ich jammere Ihnen erst mal was vor...“

DL: *... und dann entscheiden wir ...*

GK: ... und dann habe ich gesagt: „Was ist jetzt? Überlegen Sie, lassen Sie sich's durch den Kopf gehen.“ Und viele haben gesagt: „Nein, das hat mir schon geholfen.“ Einige haben aber auch gesagt: „Jetzt machen wir gemeinsam eine Strategie und dann kämpfen wir auch gemeinsam...“, und waren dann mit Unterstützung auch erfolgreich...

Ich ärgere mich übrigens heute, dass ich als Frauenbeauftragte und Mitglied im Fakultätsrat der Charité nicht viel mehr frauenrelevante Anträge gestellt habe. Ein öf-

fentlicher Antrag muss ja zumindest erst einmal beraten werden (bevor er dann wahrscheinlich abgelehnt wird...)

DL: Was war denn ein erfolgreicher Antrag?

GK: Da kann ich mich an eine Sache erinnern – da hatte ich beantragt, dass Frauen (und Männer!) wenn sie in fakultätsinterne Kommissionen gehen, in Forschungs- und Habil-Kommissionen (die oft abends stattfinden – warum eigentlich?) eine bezahlte Kinderbetreuung einstellen können, wenn sonst niemand zu Hause ist. Sie glauben nicht, was da im Fakultätsrat los war. Es hieß: „Die (!) nehmen doch nur das Geld und gehen damit ins Theater.“

DL: Wirklich?

GK: Einigen Männern war kein Argument zu abwegig, zu peinlich [...] bis selbst die anderen männlichen Fakultätsratsmitglieder einen Punkt gemacht haben. Und dann ging der Antrag auch durch. Leider hat aber nie jemand von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

DL: Sie sprachen vorhin über die Mechanismen, mit denen Frauen ausgegrenzt werden. Was haben Sie da erlebt?

GK: Zum Beispiel in einer Berufungskommission: Es gab einen Bewerber, der eine zusätzliche Fähigkeit hatte, die in der Ausschreibung aber gar nicht verlangt war. Irgendjemand wollte den Bewerber aber gern berufen und fand plötzlich die zusätzliche Qualifikation ungeheuer wichtig. Die Bewerberin hatte diese nicht, oder nur nicht angegeben. Das gab dann den Zuschlag für den männlichen Bewerber.

DL: Womit können denn Frauen punkten?

GK: Mit ihrer Sozialkompetenz, die so enorm wichtig gerade für Führungspositionen ist, wie auch Konfliktmanagement, Teamfähigkeit und so weiter – das alles

wurde ja zur Zeit meiner Tätigkeit gar nicht abgefragt. Da wurden vor allem diese lächerlichen Impact-Faktoren zusammengezählt. Und wenn eine Frau Mann und Kinder hatte, wurde sie gefragt: „Was sagt denn Ihr Mann dazu, dass sie sich hier bewerben?“ Kein Mann wurde gefragt...

DL: ...„Was sagt denn Ihre Frau dazu?“

GK: Genau.

DL: Sie haben gerade einen Aspekt angesprochen, diese weichen Faktoren – soziale Kompetenz, andere Varianten von Führungsmanagement. In unserem 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe (Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen, Sept. 2014, Anm. d. Red.) klammern wir diese Faktoren bewusst aus, es gibt dazu nach meinem Verständnis keine wirklichen Daten. Wie sollte man hier vorgehen?

GK: Wie Sie wissen, habe ich die Quotenforderung zusammen mit Ulrike Ley initiiert. Aber wir wollen gar nicht nur Frauen an der Spitze haben! Als ich studierte, kannte ich übrigens keine einzige Professorin. Gab es nicht. Es geht heute um gemischte Teams! Studien aus der Wirtschaft zeigen, dass gemischte Teams am erfolgreichsten arbeiten. Im gemischten Team ergänzen sich Durchsetzungswille, Straightness, Strategie, das „Männliche“, sage ich jetzt ein bisschen salopp, und das andere, die soziale Kompetenz, Teamfähigkeit, das „Weibliche“, optimal. Wobei man natürlich in der Wirtschaft einfacher Erfolge dokumentieren kann...

DL: ... an den Bilanzen ...

GK: ... genau, und in der Medizin ist das schwierig. Weil wir zwar Qualitätsstandards haben, aber kein Belohnungssystem für nachweislich gute klinische Arbeit ...

DL: ... zumindest nicht in den Universitäten. Bei den privaten Trägern gibt es eine

Art Bonus auf das Gehalt, wenn man gut wirtschaftet ...

GK: Ja, aber gute Wirtschaft bedeutet nicht unbedingt auch gute Medizin. Wenn – primitives Beispiel – in der einen Klinik 250 Magenoperationen gemacht werden im Jahr, und 30 Prozent der Patienten und Patientinnen leiden an Komplikationen und in einem anderen Krankenhaus ist bei vergleichbarer Klientel der Prozentsatz viel geringer, muss sich das auch irgendwie auszahlen. Diese Evidenzen fehlen doch.

Es ist bitter, dass es für gute klinische Arbeit keine sichtbare „Belohnung“ gibt. Meine Beobachtung ist, dass Frauen vor allem klinische Arbeit lieben und dort sehr viel leisten [...] Männer sammeln eher diese absurden, aber karrierenützlichen Impact-Faktoren ein. Ich möchte jeder Studentin sagen: „Wissen Sie, Ihr Kommilitone, der jetzt neben Ihnen sitzt, wird vielleicht einmal Ihr Chef, wenn sich nichts ändert.“ Nun ist natürlich die Situation durch den Ärztemangel etwas anders. Man muss Frauen einstellen, muss Frauen nehmen, sonst kann man Stellen nicht besetzen.

Und an dieser Stelle müssen die Frauen ansetzen und Druck machen und Forderungen stellen, damit die Arbeitsbedingungen geändert werden! Das macht der Deutsche Ärztinnenbund und andere Institutionen auch – Kind und Karriere dürfen sich nicht ausschließen! Und es gibt genug Lösungen!

DL: Jetzt haben wir bei unseren Mitgliedern etwas statistisch wirklich hoch Signifikantes herausgefunden: Von den rund 3.000 DGHO-Mitgliedern – davon ungefähr ein Drittel Frauen, zwei Drittel Männer – haben wesentlich mehr Männer Kinder als Frauen, nämlich rund 20 bis 30 Prozent der Frauen, aber rund 70 Prozent der Männer! Das hat uns schockiert.

GK: Und weibliche Mitglieder in Ihrer Fachgesellschaft, wie weit sind die in der Regel in ihrer Karriere?

DL: Dazu muss man wiederum sagen, dass diejenigen Frauen, die bei uns in der Fachgesellschaft sind, schon politisch organisiert zu nennen sind. Fast alle sind Fachärztinnen und Oberärztinnen. Allerdings sind wenig Chefärztinnen dabei.

GK: Sie haben es also schon relativ weit gebracht.

DL: Ja.

GK: Weil sie eben keine Kinder haben. Und die Männer haben die Kinder. Kinder stören die männliche Karriere nicht, aber oft (nicht immer) die Karriere der Frauen. Und wenn Frauen sich ganz für ihre Karriere entscheiden, dann wird ihnen von anderen Frauen immer noch vorgehalten, dass sie Rabenmütter sind. In vielen anderen Bereichen haben Akademikerinnen übrigens auch weniger Kinder als Akademiker. Mich erstaunt das nicht.

DL: Mich erstaunt, dass die Diskrepanz doch so groß ist. Die Männer haben bei unserer Umfrage übrigens auch angegeben, dass bei ihnen die Kompromisse im Beruf einfach immer ihre Frauen gemacht

haben. Was könnte denn in Ihren Augen der Ausweg sein – wie kriegen Ärztinnen das gewuppt, tatsächlich auch Mütter werden zu können?

GK: Bei einigen berühmten Frauen, die mir spontan einfallen, hat der Partner mitgemacht und unterstützt. Aber es geht noch um mehr. Von der ersten Frauenbeauftragten der Freien Universität, Christine Färber, habe ich die Begriffe für die beiden Arten der Diskriminierung übernommen: Die strukturelle und die subtile Diskriminierung. Die „strukturelle“ Diskriminierung: Frau hat Kind und familienunfreundliche Arbeitszeiten, und die Kindertagesstätten sind dafür nicht ausgerichtet. Entscheidender ist jedoch die „subtile“ Diskriminierung. Man traut Frauen bestimmte Tätigkeiten, vor allem operative, einfach nach wie vor nicht zu. Wenn beispielsweise die Chirurgie genannt wird, dann denken immer alle, mit einem Hammer einen Schenkelhalsnagel setzen, das kann die kleine, zarte Frau natürlich nicht. Aber Handchirurgie, Augenchirurgie [...] das können Frauen doch bestens. Übrigens haben nach meiner Erfahrung männliche Mediziner mit Töch-

tern da eine etwas andere Einstellung. Und wir kommen wieder auf den Anfang unseres Gesprächs zurück. Frauen fordern nichts! Und Frauen müssen sich auch gegenseitig fördern, sich solidarisieren und loyal sein. Männer können das besser.

DL: Stichworte gemeinsame Stellen, Job-sharing, Teilzeiten. Sehen Sie da eine Chance?

GK: Die gibt es ... Interessant finde ich die Idee vom Jobsharing. Auch Führungspositionen kann man teilen. Viele Chefs haben doch zu viel zu tun mit Lehre, Verwaltung, Forschung, Administration und auch noch Klinik und Reisen. Warum sich nicht als Chef-Neurologin eine poliklinische Sprechstunde teilen? Und jüngere Männer können sich das inzwischen auch vorstellen. Das finde ich sehr positiv. Oft ist aber in den Köpfen immer noch das Konzept der Selbstausbeutung vorherrschend.

DL: Jetzt haben wir viel besprochen. Was ist nun Ihre konkrete Empfehlung an eine Fachgesellschaft, die ganz gezielt Frauen wirklich unterstützen möchte, in ein höheres hierarchisches Niveau auch tatsächlich reinzukommen? Worauf sollen wir einwirken?

GK: Das ist natürlich ein langer Prozess. Da, wo eigentlich der letzte Karriereschritt erfolgen müsste, kommen die Kinder. Man muss ein Umfeld schaffen, in dem die Frauen und Männer früh eine Familie gründen können. Dann nehmen sie sich Zeit für die Kinder, ein Jahr oder zwei Jahre. Und danach widmet man sich wieder mit Energie der Karriere. Außerdem halte ich eine gesetzliche Quote von 40% in Führungspositionen für das Mittel der Wahl, neben Netzwerken und Mentoring-Programmen.

DL: Jetzt haben wir viel gelernt. Frau Kaczmarczyk, ich bedanke mich für das aufschlussreiche Gespräch.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE



OeGHO
Österreichische Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie




JAHRESTAGUNG

2015
BASEL

Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen
und Schweizerischen Gesellschaften für
Hämatologie und Medizinische Onkologie

www.haematologie-onkologie-2015.com **9.–13. Oktober**




Abstracteinreichung
bis 4. Mai 2015




Fotos: Basel Tourismus (3), Edition Phoenix/Julia Schneider, Michael Will

Frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente in Deutschland 2011 – 2014

BERNHARD WÖRMANN

Seit Anfang 2011 werden neu zugelassene Arzneimittel in Deutschland einer frühen Nutzenbewertung unterzogen. Zuständig ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Bis Ende 2014 wurden 98 Verfahren mit 192 bewerteten Subgruppen abgeschlossen, siehe Abbildung 1.

In 60% der Subgruppen wurde „kein Beleg für einen Zusatznutzen“ festgelegt, in 20% ein geringer, in 12% ein beträchtlicher Zusatznutzen. Das Endergebnis hängt stark von den Endpunkten der zugrundeliegenden Zulassungsstudien ab, siehe Abbildung 2.

In der Onkologie werden häufig Parameter wie das progressionsfreie oder das Gesamtüberleben als primäre Endpunkte der Zulassungsstudie(n) gewählt. Entsprechend werden Onkologika im Vergleich zu Arzneimitteln anderer Fachgebiete relativ gut bewertet.

Dennoch gibt es zahlreiche „Baustellen“. Sehr deutlich werden die Unsicherheiten der Bewertung bei Gegenüberstellung der Ergebnisse von Nutzenbewertungen anderer Länder, siehe Abbildung 3. Die zugrundeliegenden Studien sind identisch, die Schlussfolgerungen sehr unterschiedlich. Die Bedeutung der frühen Nutzenbewertung geht über das Ziel einer Kostenreduktion durch Senkung von Arzneimittelpreisen hinaus. Neben dem Engagement für die Verfügbarkeit neuer und wirksamer Präparate ist es für die DGHO von zentraler Bedeutung, dass der Prozess der Nutzenbewertung nicht getrennt von der Erstellung von Leitlinien und von Verfahren der Arzneimittelzulassung abläuft. Leitlinien, Zulassung und Nutzenbewertung beruhen auf evidenzbasierter Medizin und nutzen dieselben klinischen Studien als Basis ihrer jeweiligen Entscheidungsfindung.

Das Verfahren der frühen Nutzenbewertung ist erfolgreich, wenn der „wahre“ Zusatznutzen eines neuen Arzneimittels festgelegt und der „richtige“ Preis ermittelt wird. Dann verschafft es Patienten und Leistungserbringern Sicherheit über Um-

Abb. 1: Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung in 98 Verfahren (192 Subgruppen, alle Fachgebiete)

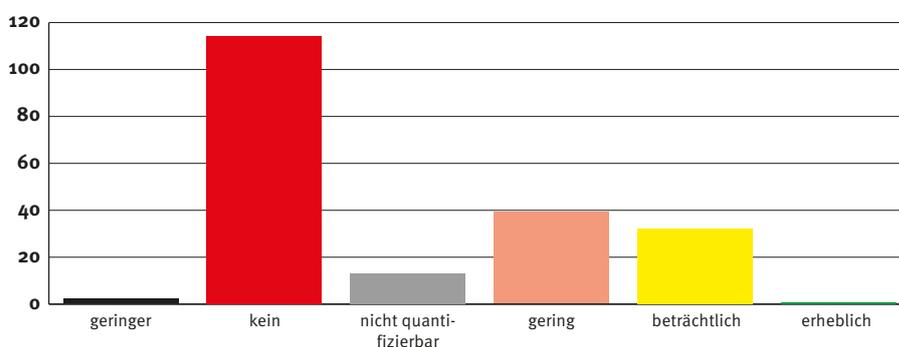


Abb. 2: Ergebnisse in Korrelation zu den gewählten Endpunkten (alle Fachgebiete)

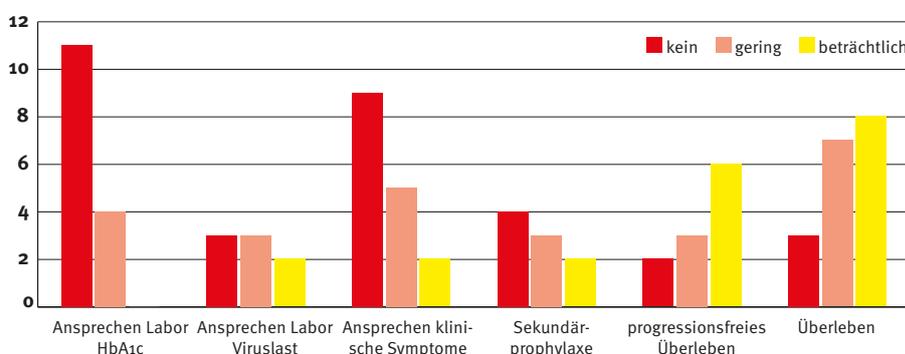


Abb. 3: Ergebnisse ausgewählter Medikamente in 5 Ländern (Onkologie)

| Substanz | Deutschland | Frankreich | England | Kanada | Australien |
|----------------------|-------------|------------|---------|--------|------------|
| Abirateron | gering | kein | kein | kein | kein |
| Abirateron (n. A.) | gering | kein | kein | kein | kein |
| Afatinib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Aflibercept | gering | kein | kein | kein | kein |
| Axitinib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Bosutinib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Brentuximab Vedotin | gering | kein | kein | kein | kein |
| Cabazitaxel | gering | kein | kein | kein | kein |
| Crizotinib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Dabrafenib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Decitabin | gering | kein | kein | kein | kein |
| Enzalutamid | gering | kein | kein | kein | kein |
| Eribulin | gering | kein | kein | kein | kein |
| Ipilimumab | gering | kein | kein | kein | kein |
| Ipilimumab (n. A.) | gering | kein | kein | kein | kein |
| Pertuzumab | gering | kein | kein | kein | kein |
| Pixantron | gering | kein | kein | kein | kein |
| Pomalidomid | gering | kein | kein | kein | kein |
| Ponatinib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Radium-223 | gering | kein | kein | kein | kein |
| Regorafenib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Ruxolitinib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Tegafur | gering | kein | kein | kein | kein |
| Trastuzumab Emtansin | gering | kein | kein | kein | kein |
| Vandetanib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Vemurafenib | gering | kein | kein | kein | kein |
| Vismodegib | gering | kein | kein | kein | kein |

■ kein, absence (Frankreich), not recommended (England, Kanada, Australien) ■ nicht quantifizierbar, deferred (Australien) ■ gering mineur (Frankreich) ■ modéré (Frankreich) ■ beträchtlich, majeur (Frankreich) ■ recommended (England, Kanada, Australien)

fang und Grenzen in diesem Bereich der Arzneimittelversorgung.

Der 6. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe zur Frühen Nutzenbewer-

tung neuer Medikamente in Deutschland 2011 – 2014 wird derzeit mit Experten zahlreicher Fachgesellschaften erstellt und im März erscheinen.

Breite Unterstützung anderer Fachgesellschaften

MICHAEL OLDENBURG

Im 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe „Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen“ hat die DGHO neben weiteren Vorschlägen für eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie folgende Forderungen zur Änderung der Anerkennungszeiten für die ärztliche Weiterbildung aufgestellt:

- Die bisherige Anerkennung von Weiterbildungszeiten ab einem Stellenanteil von 0,5 ist aus Sicht der Fachgesellschaft nicht mehr zeitgemäß und schließt Ärztinnen und Ärzte aus, die trotz eines geringeren Stellenanteils die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt anstreben. Aus diesem Grund fordern wir die Anerkennung von Weiterbildungszeiten bereits ab einem Stellenanteil von 0,25.
- Die minimale Dauer einer Beschäftigung soll nach wie vor sechs Monate

betragen. Die Weiterbildungszeit wie auch einzelne Weiterbildungsabschnitte errechnen sich dabei weiterhin nach den bekannten Jahren/Zeiträumen.

- Rein rechnerisch würde derzeit die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt bei einer 0,25-Stelle 24 Jahre dauern. Aus diesem Grund schlägt die DGHO vor, dass bei Erfüllung aller Inhalte und Bestätigung der entsprechenden Fähigkeiten – nachgewiesen durch das Logbuch – eine Verkürzung der errechneten Weiterbildungszeiten auf der Basis von Teilzeitbeschäftigung um idealerweise bis zu 30 Prozent möglich ist.

Am 28. Januar 2015 übergaben Prof. Mathias Freund, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO, Prof. Diana Lüftner, Vorsitzende der DGHO, und Prof. Martin Wilhelm, Sekretär und Mitglied im Vorstand, die Forderungen an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Frank Ulrich Montgomery. Bei dem Treffen wa-

ren außerdem Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, und Dr. Annette Güntert anwesend.

Der DGHO-Vorstand übergab die Forderungen mit der Unterstützung folgender Fachgesellschaften:

- Anatomische Gesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Deutsche Gesellschaft für Lasermedizin
- Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
- Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie

Mit weiteren Fachgesellschaften steht der Vorstand der DGHO in Gesprächen.

„Mehr Wissen braucht mehr Hände“

Erfolgreicher DGHO-Pflegeworkshop am 11. Februar 2015 in Berlin

MICHAEL OLDENBURG

Dass die zukünftige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen vor zentralen Herausforderungen steht, machte der DGHO-Pflegeworkshop am 11. Februar in Berlin deutlich. Mehr als 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer – darunter Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte sowie Ärztinnen und Ärzte diskutierten bspw. Fragen der interdisziplinären Zusammenarbeit von pflegerischem und ärztlichem Personal, der Delegation von Leistungen wie der Applikation von Chemotherapeutika oder einer notwendigen Spezialisierung von in der Onkologie Tätigen bspw. aufgrund der immer weiter fortschreitenden Erkenntnisse auf dem Gebiet der individualisierten Tumorbologie.

Prof. Mathias Freund, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO, machte in seinem Vortrag deutlich, dass trotz aller Ausdifferenzierung des medizinischen Wissens und der damit einhergehenden notwendigen Spezialisierung von in der Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen Tätigen eine sinnvolle Therapie nur dann möglich sei, wenn das Therapiekonzept einem ganzheitlichen Ansatz folge: *„Wir begleiten unsere Patientinnen und Patienten manchmal bis zu ihrem Tod. Mit dem Wir meine ich uns alle, die am Krankenbett stehen. Eine medizinisch hochklassige und menschlich hochkarätige Betreuung ist nur dann möglich, wenn wir jedes Mitglied des Teams in seiner Tätigkeit und Persönlichkeit wertschätzen.“*

Die kontinuierlich stattfindende Ausdifferenzierung des medizinischen Wissens

und die Zunahme der therapeutischen Komplexität stelle den Pflegeberuf vor neue Herausforderungen. *„Eine generalisierte Ausbildung, wie wir sie von früher kennen, wird der Realität in der Onkologie nicht mehr gerecht. Hier brauchen wir Spezialistinnen und Spezialisten“*, so Vera Lux, Pflegedirektorin der Universitätsklinik Köln. Ein Ansatz sei bspw. Akademisierung der Pflegeausbildung auf Bachelor- oder Masterniveau. Eine mögliche Delegation von bisher originär ärztlichen Leistungen diskutierten die Anwesenden vor dem Hintergrund der Zunahme von verfügbaren oralen Krebstherapeutika, bspw. bei den TKIs. In diesem Zusammenhang betonte Vera Lux die Notwendigkeit, klare Vereinbarungen für die Verantwortungsbereiche zu formulieren und das medizinische Personal intensiv zu schulen.

Die Idee einer Delegation von Leistungen wurde von Dr. Ursula Vehling-Kaiser, Inhaberin einer onkologischen Praxis in Landshut, bestätigt und weiter ausgeführt. Besonders in ländlichen Regionen, so Dr. Ursula Vehling-Kaiser, sei eine Delegation notwendig:

„Hier brauchen wir einfach eine Delegation von Leistungen an medizinische Fachangestellte oder an Pflegekräfte. Das kann die Sicherstellung des Datenschutzes, das Qualitätsmanagement, die Betreuung von Studien oder die Arbeit im SAPV sein.“ Darüber

besteht seit kurzer Zeit die Möglichkeit zur Weiterbildung zur Fachkraft für orale und subkutane Tumortherapie. „Wir wissen heute so viel bei der Behandlung von Krebserkrankungen. Und mehr Wissen braucht mehr Hände“, so Prof. Mathias Freund.

Ärztlich assistierte Selbsttötung. Ein Problemaufriss zu klinischen und ethischen Aspekten¹

JAN SCHILDMANN, BERND ALT-EPPING,
BIRGIT CHRIST, OLIVER CHRIST,
FRANK GIESELER, IMKE STROHSCHNEER,
EVA WINKLER

Die medizinische Versorgung und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten ist eine wichtige ärztliche Aufgabe in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie. Dabei stellen sich neben medizinischen auch ethisch und rechtlich relevante Herausforderungen. In der politischen und gesellschaftlichen Diskussion stehen aktuell die gesetzlichen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen für die (ärztlich) assistierte Selbsttötung im Mittelpunkt. Diese Diskussion fokussiert auf einen sehr kleinen Ausschnitt des Spektrums ärztlichen Handelns am Lebensende. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Perspektiven derjenigen, die in der klinischen Praxis mit der Begleitung von sterbenden Patienten betraut sind, in die aktuelle Diskussion einfließen. Mit diesem Beitrag soll die gegenwärtige Debatte unter besonderer Berücksichtigung klinischer und ethischer Aspekte bei der Betreuung von an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase ergänzt werden.

Handlungspraxis am Lebensende in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie. Begrifflichkeiten und klinisch- ethische Herausforderungen

Entscheidungen in der letzten Lebensphase mit an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten werden häufig auf der Grundlage einer bereits seit längerer Zeit bestehenden Arzt-Patient-Beziehung getroffen. Gespräche über Präferenzen und Werthaltungen von Patientinnen und Patienten in Bezug auf die letzte Lebensphase bilden die Voraussetzung für eine angemessene medizinische Versorgung. Häufige Entscheidungen in der letzten Lebensphase betreffen zum einen die *Symptomlinderung* und zum anderen den *möglichen Verzicht beziehungsweise die Beendigung begonnener medizinischer Maßnahmen* (van der Heide et al. 2003, Schildmann et al. 2014). Eine fachgerechte Symptomlinderung, zum Beispiel die Behandlung von Tumorschmerzen mit Opioiden, führt nach vorliegenden Daten nicht zu einer Lebenszeitverkürzung (Sykes und Thorns 2003). Die Durchführung einer ärztlich indizierten und vom Patienten gewünschten Symptomlinderung ist allerdings auch dann rechtlich möglich, wenn im Einzelfall eine Lebenszeitverkürzung als Folge der symptomlindernden Maßnahmen zu erwarten ist (sogenannte „indirekte Sterbehilfe“²). Der Verzicht auf

oder Abbruch von medizinischen Maßnahmen in der letzten Lebensphase wird häufig auch als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet. Patienten können rechtlich wirksam jegliche medizinische Maßnahme ablehnen. Gleichzeitig ist die Indikationsstellung und die Diskussion über den möglichen Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen mit dem Patienten eine wichtige ärztliche Aufgabe, um Über- und Fehlversorgung in der letzten Lebensphase zu vermeiden (ASCO 2012, Institute of Medicine 1997, Winkler et al. 2011).

Einige Ärztinnen und Ärzte werden von Patientinnen und Patienten mit dem Wunsch nach Maßnahmen zur Lebenszeitverkürzung konfrontiert (Bundesärztekammer 2010). In der Praxis ist ein solcher Wunsch häufig Ausdruck von Hoffnungslosigkeit, dem Gefühl die Situation nicht mehr aushalten zu können oder anderen zur Last zu fallen. In einem Teil der Fälle kann auch eine, neben der Krebserkrankung bestehende, psychische Erkrankung oder Belastungssituationen mit einhergehender Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit Grundlage für einen Sterbewunsch bilden. Neben medizinischen und kommunikativen Kompetenzen sind Kenntnisse der rechtlichen und standesethischen Grundlagen für einen professionellen Umgang mit Sterbewünschen erforderlich. Die Tötung von Patienten ist auch bei ernstlichem und wiederholtem Verlangen von selbstbestimmungsfähigen Patienten in Deutschland gesetzlich verboten. Die (ärztlich) assistierte Selbsttötung ist bislang kein Gegenstand der Gesetzgebung. Empirische Untersuchungen in Deutsch-

¹ Dieser Beitrag wurde von Ärzten und Wissenschaftlern (gehören dem DGHO-Arbeitskreis „Medizin und Ethik“ an) mit unterschiedlichen persönlichen Bewertungen der ärztlich assistierten Selbsttötungen verfasst und soll über wichtige Argumente in der aktuellen Debatte informieren. In Ergänzung zu diesem Problemaufriss und zeitlich parallel zur aktuellen politischen Debatte sind von Seiten der DGHO eine Umfrage zu Erfahrungen und Einstellungen unter den Mitgliedern der Fachgesellschaft sowie eine Stellungnahme zum Thema geplant.

² Die Begriffe „aktive“, „passive“ und „indirekte Sterbehilfe“ sind aufgrund ihrer Unschärfe nicht hilfreich für die interdisziplinäre Diskussion über ärztliche Entscheidungen in der letzten Lebensphase. Sie werden allerdings noch sehr häufig verwendet, so dass wir uns entschieden haben die Begriffe in Klammern zu verwenden.

land (Schildmann et al. 2010 und 2014) und auch in Ländern, in denen explizite Regelungen zur straffreien Durchführung ärztlich assistierter Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen existieren (van der Heide et al. 2003, Onwuteaka-Philipson 2012), zeigen, dass diese im Vergleich zur Symptomlinderung und der Begrenzung medizinischer Maßnahmen sehr selten durchgeführt wird.

Herausforderungen (berufs-) rechtlicher Regelungen bezüglich der ärztlich assistierten Selbsttötung

Für die unterschiedlichen moralischen Auffassungen bei der Beurteilung der ärztlich assistierten Selbsttötung lassen sich jeweils gute ethische Gründe anführen. Zur ethischen Rechtfertigung der ärztlichen Assistenz bei der Selbsttötung eines Patienten wird häufig die Forderung nach Respekt vor der Autonomie des Patienten mit dem Prinzip des Wohltuns (Benefizienz) kombiniert. Dieser Argumentation folgend wird die Assistenz zur Selbsttötung bei selbstbestimmungsfähigen Patientinnen und Patienten mit besonders schwerwiegendem und nicht behandelbarem Leid als möglicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit gefasst. Gegner der ärztlich assistierten Selbsttötung berufen sich auf die Verpflichtung zum Schutz von Leben und verweisen auf praktische Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten und der Authentizität des Wunsches. In Bezug auf eine berufsrechtliche oder gesetzliche Regulierung, die eine (ärztlich) assistierte Selbsttötung erlaubt beziehungsweise unter bestimmten Bedingungen straffrei belässt wird befürchtet, dass dies das Vertrauen in die Arzt-Patient-Beziehung verringern könnte und sich Patienten unter Druck gesetzt fühlen könnten um ärztlich assistierte Selbsttötung „zu bitten“. Die Würde des Menschen beziehungsweise Vorstellungen von einem würdigen Sterben werden sowohl von Befürwortern als auch Gegnern der ärztlich assistierten Selbsttötung als

Begründung für die jeweilige Position angeführt (Übersicht über ethische Argumentation u. a. in Battin M. et al. 1998, Keown J. 2002, Vollmann 2000).

Die in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Bundesärztekammer 2011) geprägte Formulierung: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“, verdeutlicht, dass die ärztliche Assistenz bei der Selbsttötung kein professionelles Angebot sein soll, das gleichberechtigt neben Maßnahmen der Symptomlinderung und anderen Formen der Hilfe beim Sterben steht. Gleichzeitig wird auch von vielen Gegnern der ärztlich assistierten Selbsttötung anerkannt, dass in seltenen Situationen Ärztinnen und Ärzte in einen ethischen Konflikt geraten können, wenn selbstbestimmungsfähige Patientinnen und Patienten wiederholt und ernstlich um die Assistenz bei der Selbsttötung bitten (Nauck et al. 2014). Angesichts der schwierigen Einzelfallsituationen und auch mit Blick auf unterschiedliche Gerichtsurteile zur ärztlich assistierten Selbsttötung (Übersicht Koranyi und Verrel 2013) wurde und wird die Forderung gestellt, durch berufsrechtliche oder gesetzliche Regelungen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten einen klaren normativen Handlungsrahmen zu geben. Die bisherigen Vorschläge zur berufsrechtlichen beziehungsweise zu gesetzlichen Regelungen werden derzeit allerdings, aus unterschiedlichen Gründen, sämtlich kontrovers bewertet. So sind Regelungsvorschläge, die unter bestimmten Bedingungen die ärztlich assistierte Selbsttötung zulassen, mit dem Problem einer normativ überzeugenden Begründung für den Ein- beziehungsweise Ausschluss von bestimmten Patientengruppen behaftet. Gleichzeitig geht der Ein- und Ausschluss von Krankheitssituationen beispielsweise aufgrund einer bestimmten Prognose auch mit klinisch-praktischen Problemen, wie beispielsweise die bekannten Unsicherheiten bei der Erstellung einer Prognose einher. Ein generelles Verbot der ärztlich assistierten

Selbsttötung, wie es von der Bundesärztekammer auf berufsrechtlicher Ebene gefordert wird, wird aus normativer Perspektive mit Verweis auf die unterschiedlichen, jeweils gut begründeten, moralischen Positionen innerhalb der Ärzteschaft und persönliche Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis kritisiert (Deutscher Ethikrat 2014). Darüber hinaus zeigen die uneinheitlichen Regelungen der Landesärztekammern und die geringe Unterstützung eines generellen Verbotes faktisch ein Akzeptanzproblem eines generellen berufsrechtlichen Verbotes innerhalb der Ärzteschaft.

Bei allen Kontroversen innerhalb der Ärzteschaft besteht Übereinstimmung dahingehend, dass die Voraussetzungen für eine verbesserte professionelle und palliativmedizinische Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase geschaffen werden müssen. In diesem Zusammenhang muss auch konstatiert werden, dass alltägliche und gleichzeitig dringliche ethisch relevante Fragen am Lebensende, die sich im Rahmen einer zunehmend ökonomisch geprägten Gesundheitsversorgung stellen derzeit kaum diskutiert werden. Neben weiterem Ausbau von Strukturen und Abbau von bürokratischen Hindernissen zur Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase sind hier auch Maßnahmen wie die verpflichtende Weiterbildung kommunikativer, ethischer und rechtlicher Kompetenzen für professionelle Entscheidungsfindung am Lebensende sowie die Honorierung von schwierigen und zeitaufwendigen Gesprächen im Rahmen einer fürsorglichen Betreuung in der letzten Lebensphase zu nennen. In Bezug auf die ärztlich assistierte Selbsttötung wird von vielen Ärztinnen und Ärzten die Einschätzung geteilt, dass diese nicht Bestandteil der professionellen Tätigkeit ist, aber es in Einzelfällen für Patientinnen und Patienten sowie ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu ethischen Konfliktsituationen kommen kann. Es bestehen allerdings unterschiedliche Ansichten darüber, ob

überhaupt und wenn ja, in welcher Form berufsrechtliche oder gesetzliche Regelungen Patientinnen und Patienten sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in diesen schwierigen Situationen eine Hilfestellung leisten. Vor diesem Hintergrund und auch mit Blick auf einen Beitrag zur aktuellen politischen Diskussion hinsichtlich klinisch-ethischer Gesichtspunkte scheint die Schaffung von Foren für eine kritische Auseinandersetzung innerhalb der Ärzteschaft über angemessene standesethische und (berufs-)rechtliche Rahmenbedingungen vordringlich.

Ansprechpartner:

PD Dr. Jan Schildmann, M.A. (Bochum)
jan.schildmann@rub.de

PD Dr. Dr. Eva Winkler (Heidelberg)
Eva.Winkler@med.uni-heidelberg.de

Literatur

- ASCO Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care. *Journal of Clinical Oncology*, 30:880-887 (2012)
- Battin M et al (Eds). *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*. Routledge Chapman & Hall 1998
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *The Journal of the American Medical Association* 284:2907-2911 (2000)
- Bundesärztekammer. *Ärztliche begleitete Selbsttötung und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft* 2010. <http://www.bundesaeerztekammer.de/page.asp?his=0.6.5048> (2010)
- Bundesärztekammer. *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. Deutsches Ärzteblatt 108:A346-348 (2011)
- Deutscher Ethikrat. *Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention* (2014)
- Emanuel L. A Question of Balance In: Emanuel LL (Ed.). *Regulating how we die. The ethical, medical and legal issues surrounding physician assisted suicide*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1998, S. 21-47
- Institute of Medicine. *Approaching Death. Improving care at the end of life*. Washington D.C., 1997
- Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness. *Psychological Medicine*, 33:75-81 (2003)
- Keown J. *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legislation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Koranyi J, Verrel T. Die straf- und standesrechtliche Bewertung ärztlicher Selbsttötungbeihilfe.

- Anmerkungen anlässlich der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in der Sache Gross gegen die Schweiz vom 14.05.2013. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 7:273-281 (2013)
- Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L. *Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben*. Deutsches Ärzteblatt 111: A-67 (2014)
- Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppeleburg A, Penning C et al. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 380:908-915 (2012)
- van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al. EURELD consortium: End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 362:345-350 (2003)
- Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Ethical assessment of life-prolonging treatment. *Lancet Oncology* 12:720-722 (2012)
- Schildmann J, Hötzel J, Müller-Busch C et al. End-of-life practices in palliative care: a cross sectional survey of physician members of the German Society for Palliative Medicine. *Palliative Medicine* 24:820-827 (2010)
- Schildmann J, Dahm B, Vollmann J. *Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland*. Deutsche Medizinische Wochenschrift. DOI 10.1055/s-0034-1387410 (2014)
- Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncology* 4:312-318 (2003)
- Vollmann J. Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid. Eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte. In: ten Have H, editor. *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*. Medizin und Philosophie, Bd. 5. Stuttgart-Bad Cannstatt: Froman-Hitzboog; 2000, 31-70.

Supplement zu DGHO-Workshop „Ökonomisierung“ erschienen

BERNHARD WÖRMANN

Am 3. September 2014 fand ein DGHO-Workshop zu ökonomischen Steuerungsmechanismen am Beispiel der Hämatologie und Medizinischen Onkologie statt. Das im Karger Verlag erschienene Supplement ist unter www.karger.de/Journal/Issue/262488 verfügbar. Im Folgenden finden Sie eine kurze Zusammenfassung des Supplements zum Workshop. Das Gesundheitswesen wird immer stärker durch ökonomische Vorgaben geprägt. Sie bringen Ärzte in zunehmenden Konflikt mit ihrer Fürsorgepflicht. Dieser Paradigmenwechsel hat in den letzten 20 Jahren dazu geführt, dass schon Ärztinnen und Ärzte in der Ausbildung neben dem medizinisch Notwendigen die zu erlösenden DRG-Erlöse berücksichtigen müssen. Auch die Hämatologie und Onkologie steht in diesem Spannungsfeld. Wir haben

es mit lebensbedrohlichen Krankheiten zu tun, die in der Regel eine aufwändige Therapie sowie eine ganzheitliche Patientenbegleitung erfordern. Der wachsende ökonomische Druck hat durchaus fragwürdige Auswirkungen: Etwa die aus dem DRG-System resultierende Zerlegung komplexer Krebserkrankungen in Einzeldiagnosen und die Schaffung von Sektorengrenzen mit Verschiebung von Kosten aus dem stationären in den ambulanten Bereich, und umgekehrt. Auch bei der Zuordnung der Ressourcen kommt es zu Spannungen, sowohl im ambulanten Bereich zwischen Haus- und Fachärzten als auch im klinikinternen Wettbewerb der verschiedenen Fachdisziplinen.



Eine ökonomische Steuerung medizinischer Leistungen ist notwendig, sollte sich aber besser realisieren lassen, als es derzeit der Fall ist.

In Rahmen eines Workshops „Ökonomische Steuerungsmechanismen: Beispiel Hämatologie und Onkologie“ haben Experten aus Praxis, Klinik, Verwaltung,

Krankenkasse und medizinischer Ethik im September 2014 in Berlin mit dem DGHO-Vorstand nach praktikablen Lösungsansätzen gesucht. Auch die aktuelle Initiative „Choosing wisely“ mit der Erstellung von Top-5-Ranglisten der Über- und der Unterversorgung wurde diskutiert und soll auf unser Fachgebiet übertragen werden.

Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Therapie

Gemeinsame Stellungnahme von

- AG Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und
- DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie

Die gemeinsame Stellungnahme von DGP und DGHO beruht auf einem Entwurf der DGP. Basis waren vor allem publizierte Daten einer randomisierten Studie zum Wert der frühzeitigen Palliativtherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkarzinom. Nach intensiven Diskussionen wurde die jetzige Stellungnahme mit einer stärkeren Berücksichtigung der Heterogenität von Krebspatienten auch in der palliativen Behandlungssituation verabschiedet.

Palliativmedizinische Versorgung ergibt sich aus dem Selbstverständnis der Onkologie für palliative Situationen: Sorge zu tragen, den unheilbar kranken Patienten bestmöglich zu therapieren und zu unterstützen.

Die folgende Stellungnahme der Amerikanischen Krebsgesellschaft (ASCO) vom März 2012 basiert auf 7 randomisierten klinischen Studien mit onkologisch relevanten Endpunkten wie Symptomkontrolle, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten.

Vorläufige klinische Empfehlung der ASCO [nach [1]]:

„Patienten mit metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom sollten ab Diagnosestellung eine palliative Versorgung zeitgleich zur üblichen onkologischen Therapie erhalten, wofür es klare Evidenz aus einer randomisierten Phase III-Studie gibt [2]. Zwar konnte ein Überlebensvorteil einer frühen Integration palliativer Versorgung noch nicht für andere Tumorentitäten gezeigt werden, jedoch spricht eine breite Datenlage dafür, dass eine Palliativversorgung – sei es in Kombination mit onkologischer Standardtherapie oder allein – zu besseren Ergebnissen bei Patienten und ihren Familien führt, im Sinne einer Besserung von Symptomen, Lebensqualität und Zufriedenheit sowie eine geringere Belastung der Angehörigen.“

Ein frühes Angebot palliativer Versorgung führt im weiteren Verlauf der Erkrankung zu effektiverem Einsatz von Hospiz- und Palliativstrukturen und kann u. a. dazu beitragen, unnötige stationäre Aufnahmen, intensivmedizinische Maßnahmen und invasive Tumorthérapien am Lebensende zu vermeiden.

Zwar sind noch kaum evidenzbasierte Erfahrungen verfügbar, bezüglich der besten Strategie, eine palliative Versorgung mit dem Ziel verbesserter Lebensqualität zu implementieren. Immerhin hat bisher keine Studie negative Auswirkungen einer frühen Integration auf Patienten und Angehörige gezeigt oder unverhältnismäßige Kosten dokumentiert.

*Aus diesem Grunde ist der Konsens des Expertengremiums, dass **die Kombination von onkologischer Standardtherapie und Palliativversorgung allen Patienten mit metastasierter Tumorerkrankung und/oder hoher Symptomlast angeboten werden sollte.** Ganz oben auf den Forschungsagenden sollten die Fragen stehen a) wie diese integrierte Versorgung optimiert werden kann und b) wie sie sich auf Outcomes, die für Patienten, Angehörige, Gesundheitswesen und Politik relevant sind (z. B. Lebensqualität, Überlebenszeit, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Kosten) auswirkt.“*

Kommentar der AG Interdisziplinäre Onkologie der DGP und der DGHO

1. Situation in der Onkologie

Die herangezogenen Studien hatten unterschiedliche Versorgungsmodelle zum Hintergrund, die sich aus den lokalen Verhältnissen ergaben und deren Entwicklung jeweils einen längeren Zeitraum in Anspruch nahm. Allen Modellen gemeinsam ist der kooperative und nicht konkurrierende Charakter durch die Hinzuziehung einer weiteren Disziplin und die Therapieführung durch den primär behandelnden Onkologen. Dass die Qua-

lität der Versorgung von Krebspatienten durch frühzeitige Integration palliativmedizinischer Elemente verbessert wird, ist anzunehmen. Hinweise sind ein längeres Gesamtüberleben der Patienten, die rechtzeitig und effektiv palliativmedizinisch mitbetreut werden [3], die negativen Konsequenzen aggressiver Behandlung am Lebensende z. B. der fehlende Benefit von Chemotherapie in den letzten 14 Lebenstagen [4] und eine Abhängigkeit der Lebensqualität vom Ort des Versterbens [5]. Mehrere Autoren haben zudem den Kostenaspekt untersucht [6] und festgestellt, dass die Ergänzung mit Palliativversorgung sogar zu einer Kostenreduktion führen kann. Eine weitere bleibende Herausforderung in der Onkologie ist die adäquate Kommunikation und Vermittlung der entscheidungsrelevanten Informationen [7, 8]. Hier kann palliativmedizinisch orientierte Betreuung das Krankheitsverständnis und Coping der Patienten verbessern (2).

2. Situation in Deutschland

In der bundesdeutschen Bevölkerung hat – verglichen mit anderen europäischen Ländern – der Wunsch, am bevorzugten Ort zu versterben, einen besonders hohen Stellenwert [9]. Begünstigende Faktoren für eine Erfüllung dieses Wunsches sind beschrieben [10], strukturelle Voraussetzungen einer Palliativversorgung zum Teil vorhanden [11], ihre inhaltliche Ausrichtung jedoch nicht umfassend bekannt [12]. Hindernisse für rechtzeitige Integration in die onkologische Versorgung bestehen: Häufig wird „Palliativversorgung“ noch mit dem Aufgeben von Hoffnung assoziiert [13], manchen Onkologen erscheint die Vorstellung der Einbindung eines zusätzlichen Teams nicht zielführend [14]. Genauso müssen Palliativärzte bereit sein, Patienten unter der Hauptbetreuung von Onkologen mit zu versorgen und es darf nicht verpasst werden, zur Überprüfung

sinnvoller tumorkontrollierender Maßnahmen, Onkologen oder Strahlentherapeuten in ein palliativmedizinisches Therapiekonzept zu involvieren. Hier sind in der Umsetzung regionale Unterschiede vorhanden. Weitere Barrieren bestehen gegenüber der Einführung systematischer Outcome-Messungen, welche Bedürfnisse der Patienten und Effektivität palliativmedizinischer Interventionen dokumentieren [15]. Aus der Erfahrung heraus, dass allgemeine Empfehlungen hier nicht ausreichen [16], wurden diagnosespezifische Kriterien für den optimalen Zeitpunkt palliativer Interventionen für verschiedene Malignome entwickelt [17]. Auf Systemebene unterstreicht die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ [18] die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Palliativversorgung. Es bestehen vielfältige Kooperationen der onkologischen und palliativmedizinischen Fachgesellschaften. Allerdings sind palliativmedizinische Kenntnisse und kommunikative Fähigkeiten noch nicht im erforderlichen Umfang in den Weiterbildungen der Ärzte und Pflege verankert. Auch hat nur ein Teil der onkologisch tätigen Ärzte ausreichende Zusatzqualifikationen im Bereich der Palliativmedizin erworben. Medizinisch indiziert ist eine Maßnahme, wenn sie zum Erreichen des Therapieziels entscheidend beiträgt. Es stellt sich also nicht die Frage, *ob* palliativmedizinische Betreuung frühzeitig ins Behandlungskonzept von Patienten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen integriert wird, sondern *wie*.

3. Forderungen an die Weiterentwicklung von Palliativmedizin in der Onkologie

Patienten mit einer unheilbaren Tumorerkrankung soll frühzeitig eine Beratung zu Palliative Care-Konzepten und eine diagnostische Beurteilung des palliativmedizinischen Behandlungsbedarfes angeboten werden. In bewährten Modellen zur Umsetzung findet diese Integration innerhalb von wenigen Wochen nach Diagnose eines unheilbaren Erkrankungsstadiums statt [2, 19-21]. Der Zeitpunkt der Beratung muss aber dem charakteristischen Verlauf der jeweiligen Tumorerkrankung [17] und dem individuellen Patienten

angepasst werden. Die Beratung muss durch qualifizierte palliativmedizinische Fachkräfte in allen palliativmedizinisch relevanten Dimensionen (physische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse) erfolgen und ist zu dokumentieren, z. B. im Arztbrief. Bei Feststellung einer hohen Komplexität soll die spezialisierte Palliativversorgung aktiviert werden. Die Multidimensionalität legt nahe, dass ein multiprofessioneller Ansatz sinnvoll sein kann. Die Beratung soll als eigenständiger Termin mit definierten Rahmenbedingungen stattfinden.

Die Einbindung eines Palliativmediziners bzw. einer medizinisch-pflegerischen Palliativfachkraft in die Tumorkonferenzen sowie zur Beratung bei Symptomen sollte das Angebot erweitern.

Die Vorschläge sollten in die Leitlinien der Fachgesellschaften sowie in die Kriterien zur Zertifizierung als onkologisches (gesamt- oder organbezogen) Zentrum aufgenommen und die Effektivität ihrer Umsetzung überprüft werden. Finanzielle Ressourcen, bzw. Abrechnungsmöglichkeiten müssen geschaffen werden.

Vor allem im Bereich der ambulanten onkologischen Versorgung kann eine ergänzende Kooperation mit Hospizvereinen, bzw. Palliative Care Fachkräften sinnvoll sein, nicht zuletzt unter Einbeziehung der Hausärzte, die die Patienten und ihr Umfeld schon lange und unabhängig von der Krebserkrankung kennen. Begleitstudien, z. B. auch im Rahmen von Pilotprojekten sind wichtig, um den Gewinn für die Patienten zu untermauern und die Angebote in Inhalt, Qualität und Quantität optimieren zu können.

Zudem sollte eine Vertiefung spezifischer palliativmedizinischer und kommunikativer Kenntnisse in der Grundausbildung von Ärzten sowie Gesundheits- und Krankenpflegern erfolgen. Das ergibt sich aus der großen Bedeutung der Kontinuität in der Betreuung (16) und aus dem Selbstverständnis der Onkologie, zu heilen wenn möglich und wenn das nicht (mehr) möglich ist, sich i.S. der „best supportive care“ um die Patienten zu kümmern.

Im Interesse der Patienten gilt es an all diesen Stellen früher, breiter und noch besser tätig zu werden.

Literatur

- Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA et al: **American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care.** *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2012, **30**(8):880-887.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Adman S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF et al: **Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer.** *The New England journal of medicine* 2010, **363**(8):733-742.
- Connor SR, Pyenson B, Fitch K, Spence C, Iwasaki K: **Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window.** *J Pain Symptom Manage* 2007, **33**(3):238-246.
- Saito AM, Landrum MB, Neville BA, Ayanian JZ, Earle CC: **The effect on survival of continuing chemotherapy to near death.** *BMC Palliat Care* 2011, **10**:14.
- Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulis UA, Block SD, Prigerson HG: **Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health.** *J Clin Oncol* 2010, **28**(29):4457-4464.
- Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C: **Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review.** *Palliat Med* 2013.
- Earle CC: **Do unto others.** *J Clin Oncol* 2006, **24**(21):3331-3332.
- Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ: **Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer.** *J Clin Oncol* 2006, **24**(21):3490-3496.
- Higginson IJ, Gomes B, Calanzani N, Gao W, Bausewein C, Daveson BA, Deliens L, Ferreira PL, Toscani F, Gysels M et al: **Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: A comparative population-based survey in seven European countries.** *Palliat Med* 2013.
- Escobar Pinzon LC, Claus M, Zepf KI, Letzel S, Weber M: **[Dying in Rhineland-Palatinate (Germany): Preferred and Actual Place of Death].** *Gesundheitswesen* 2013.
- Bretschneider K, Kasprick L, Luderer C: **„Elisabeth Mobil mbH“ – die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Raum Halle (Saale) – eine wissenschaftliche Auswertung [“Elisabeth Mobil Ltd” – Palliative Care in the Halle (Saale) Area – a Scientific Evaluation].** *Z Palliativmed* 2012, **13**:36-46.
- Kindtworth K, Schneider N, Radbruch L, Jünger S: **Versorgung am Lebensende: Haltungen und Einstellungen in der Bevölkerung [End of Life Care: Attitudes and Preferences in the German Population].** *Z Palliativmed* 2013, **14**:22-28.
- Klinger CA, Howell D, Zakus D, Deber RB: **Barriers and facilitators to care for the terminally ill: A cross-country case comparison study of Canada, England, Germany, and the United States.** *Palliat Med* 2013.
- Lordick F, van Oorschot B: **Palliativmedizin in der Onkologie. Ziele der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft [Palliative medicine in oncology. Objectives of the working group on palliative medicine of the German Cancer Society].** *Forum* 2012, **27**(5):367-371.
- Antunes B, Harding R, Higginson IJ: **Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice: A systematic review of facilitators and barriers.** *Palliat Med* 2013.
- Gaertner J, Wolf J, Frechen S, Klein U, Scheicht D, Hellmich M, Toepelt K, Glossmann JP, Ostgathe C, Hallek M et al: **Recommending early integration of palliative care – does it work?** *Support Care Cancer* 2012, **20**(3):507-513.
- Gaertner J, Wolf J, Hallek M, Glossmann JP, Voltz R: **Standardizing integration of palliative care into comprehensive cancer therapy – a disease specific approach.** *Support Care Cancer* 2011, **19**(7):1037-1043.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer: **Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland [Charter for the care of terminally ill and dying people in Germany].** 2011.
- Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, Moore M, Rydall A, Rodin G, Tannock I et al: **Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial.** *Lancet* 2014, **383**(9930):1721-1730.
- Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, Kaasa S, Davis MP, Bruera E: **Integration of Oncology and Palliative Care: A Systematic Review.** *The oncologist* 2015, **20**(1):77-83.
- Jackson VA, Jacobsen J, Greer JA, Pirl WF, Temel JS, Back AL: **The cultivation of prognostic awareness through the provision of early palliative care in the ambulatory setting: a communication guide.** *Journal of palliative medicine* 2013, **16**(8):894-900.

Der Arbeitskreis Lungenkarzinom

FRANK GRIESINGER, NIELS REINMUTH

Das Lungenkarzinom ist eine der häufigsten Tumorerkrankungen in Deutschland und durch ein zumeist rasches Voranschreiten und schlechte Prognose charakterisiert. In den letzten Jahren konnten die diagnostischen und therapeutischen Optionen deutlich erweitert und verbessert werden, so dass die Therapie heute immer gezielter auf definierte Patientenkollektive fokussiert. Insbesondere mit der Definition von molekular definierten Subgruppen des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) und der Möglichkeit von molekular stratifizierten Therapien, sind neue Herausforderungen und Chancen in der Therapie des NSCLC eröffnet worden. Die Durchführung von klinischen Studien an kleinen Subgruppen stellt daher eine zunehmende Herausforderung dar.

Um die Entwicklung dieser sehr aktuellen und sehr bedeutsamen Tumorentität innerhalb der DGHO noch besser darstellen zu können und um die DGHO bei der Bewertung aktueller Diskussionen zu unterstützen, wurde im Rahmen der letztjährigen Jahrestagung der deutschsprachigen Fachgesellschaften in Hamburg der Arbeitskreis Lungenkarzinom neu gegründet. Als erster

Vorsitzender bzw. Stellvertreter und damit Ansprechpartner wurden die Autoren dieses Beitrages gewählt. Dieser Arbeitskreis beschäftigt sich mit den spezifischen Problemen der Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms und stellt damit eine Ergänzung zu den bestehenden Arbeitskreisen der DGHO dar. Wichtiges Ziel ist die Schaffung einer Anlaufstelle und Plattform der Vernetzung für Hämatologen und Onkologen, die sich für die Therapie des Lungenkarzinoms interessieren. Zudem soll eine enge Kommunikation mit bereits bestehenden Fachgruppen anderer Gesellschaften (wie beispielsweise der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft oder der Sektion Thorakale Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin) gemeinsame Aktivitäten erleichtern und bestehende Aktivitäten (z. B. klinische Studien) erleichtern. Auch sollen bestehende diagnostische Plattformen zur molekularen Testung oder klinische Studiengruppen transparent dargestellt werden und so eine Kontaktaufnahme erleichtert werden.

Zeitnahe Ziele sind neben der Erarbeitung von Vorschlägen für Beiträge auf den kommenden Jahrestagungen der DGHO auch die Erstellung von Präsentationen zu

den Themen medikamentöse Tumorthherapie, Kommunikationswege und Palliativmedizin. Schließlich möchte der Arbeitskreis auch eine Plattform zur Diskussion schwieriger Patientenfälle darstellen und geeignete Ansprechpartner empfehlen.

Weitere aktuelle Informationen sind über die Homepage der DGHO abrufbar. Alle Kolleginnen und Kollegen mit besonderem Interesse an der Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms sind herzlich eingeladen, sich an dem Arbeitskreis zu beteiligen.

Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. Frank Griesinger

Pius Hospital Oldenburg
Klinik für Hämatologie und Onkologie
Georgenstraße 12
26121 Oldenburg

Priv.-Doz. Dr. med. Niels Reinmuth

Krankenhaus Grosshansdorf
Wöhrendamm 80
22927 Grosshansdorf

E-Mail: lungenkarzinom@dgho.de

Gewinner des Leukemia Clinical Research Award steht fest

Der mit 7.500 Euro dotierte Leukemia Clinical Research Award ist für wissenschaftliche Arbeiten bestimmt, die sich schwerpunktmäßig mit klinischen und experimentellen Fragestellungen aus dem Gebiet der malignen hämatologischen Systemerkrankungen befassen und wird von der DGHO ausgeschrieben.

Der Preis wurde im Rahmen des Symposiums ACUTE LEUKEMIAS XV am 24. Februar 2015 in München verliehen. Im Rahmen

des Symposiums erfolgte die Bekanntgabe des Preisträgers und die Übergabe des Preises, verbunden mit einem Vortrag der Ergebnisse.

In diesem Jahr geht der Leukemia Clinical Research Award an:

Dr. med. Stefan Gröschel, Heidelberg

Thema der Arbeit *“A Single Oncogenic Enhancer Rearrangement Causes Concomitant EVI1 and GATA2 Dereglulation in Leukemia”*

Dr. med. Stefan Pöschel hat die genetische Grundlage der inv(3)/t(3;3) AML aufgedeckt. Insbesondere konnte er zeigen, dass nicht RPN1, sondern der Stammzell-Regulator GATA2, anders als in der aktuell gültigen WHO AML Klassifikation beschrieben, ursächlich für die Dereglulation des Proto-Onkogens EVI1 ist. Die Ergebnisse dieser herausragenden Arbeit wurden von Dr. med. Stefan Gröschel als Erstautor in Cell publiziert.

Der Arbeitskreis Intensivmedizin in der Hämatologie und Onkologie

MICHAEL KIEHL, PETER SCHELLONGOWSKI,
GERNOT BEUTEL

Einleitung:

Die Zahl der intensivmedizinisch zu versorgenden Patienten mit hämatologischen und onkologischen Grunderkrankungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Parallel steht die Intensivmedizin einer steigenden Komplexität in der klinischen Versorgung dieser Patientengruppe durch einerseits zunehmendes Lebensalter und den damit vergesellschafteten Komorbiditäten und andererseits einer stetigen Entwicklung neuer antineoplastischer Substanzen gegenüber. In der Zukunft wird diese Herausforderung und die bereits vor mehreren Jahren publizierte Erkenntnis, dass jeder 6. postoperative und jeder 8. internistische Patient an einer malignen Grunderkrankung leidet, qualitativ und quantitativ nur durch eine enge Kooperation von Hämatologen/Onkologen und Intensivmedizinern zu bewältigen sein.

Dieser Herausforderung stellte sich die DGHO durch die Gründung des Arbeitskreises „Intensivmedizin in der Hämatologie und Onkologie“ im Rahmen der Frühjahrs-tagung 2013. Die Gründung dieses Arbeitskreises erfolgte in enger Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie.

Parallel zu den Aktivitäten der DGHO/ÖGHO wurde auf der gemeinsamen Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGI-IN/ÖGIAIN, 2012) die Sektion Hämatologische und Onkologische Intensivmedizin gegründet. Namentlich werden diese Aktivitäten in den verschiedenen Fachgesellschaften vertreten durch:

Arbeitskreis Intensivmedizin in der Hämatologie und Onkologie der DGHO:

- Prof. Dr. Michael Kiehl, Klinikum Frankfurt (Oder), Deutschland

- Ass. Prof. Dr. Peter Schellongowski, Medizinische Universität Wien, Österreich

Arbeitsgruppe Hämatologische und Onkologische Intensivmedizin der ÖGIAIN:

- Ass. Prof. Dr. Peter Schellongowski, Medizinische Universität Wien, Österreich
- Ao. Univ. Prof. Dr. Thomas Staudinger, Medizinische Universität Wien, Österreich

Sektion Hämatologische und Onkologische Intensivmedizin der DGIIN:

- Dr. Gernot Beutel, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland
- Dr. Matthias Kochanek, Universitätsklinikum Köln, Deutschland

Aus diesem gemeinsamen Engagement von Intensivmedizinern und Hämatologen/Onkologen entstand die Initiative „Intensive Care in Hematologic-Oncologic Patients (iCHOP)“.

Ein Ziel der Aktivitäten ist neben der Beratung der Fachgesellschaften in den intensivmedizinischen Fragestellungen die Umsetzung multizentrischer Forschungsvorhaben mit klinischen und grundlagenorientierten Fragestellungen.

Ein weiteres Ziel der kooperativen Aktivitäten von **iCHOP** ist die realitätsnahe Abbildung der klinischen Praxis und Versorgungsqualität kritisch kranker hämatologischer und onkologischer Patienten, um ein genaueres Verständnis des Status quo der intensivmedizinischen Versorgung zu generieren. Die hieraus resultierenden und an ein kontinuierliches Fort- und Weiterbildungsangebot gekoppelten Forschungsvorhaben stehen als Basis einer übergeordneten Aufgabe: Die Verbesserung der intensivmedizinischen Versorgung dieser besonderen Patientengruppe.

Bereits jetzt konnten neben einer Onlineplattform zur Projektkommunikation und Förderung des wissenschaftlichen Austauschs bereits folgende Projekte innerhalb dieses Forschungsnetzwerks realisiert werden:

- Online-Survey „Intensivmedizinische Versorgung von Krebspatienten“ (D/A).
Status: passiv, finale Datenanalyse

- Online-Studie „Prävalenz und medizinischer Zustand kritisch kranker Krebspatienten (D).
Status: aktiv, finale Datenerhebung

Status: aktiv, finale Datenerhebung

- HON-Circle mit dem Schwerpunkt nephrologischer Komplikationen bei Krebspatienten.
Status: aktiv, unizentrische PK-Projekte

Status: aktiv, unizentrische PK-Projekte

- Internationales prospektives Register für kritisch kranke Krebspatienten (D/A)
Status: Pilotphase

Parallel zu den genannten Hauptprojekten haben sich einzelne Zentren zu kleineren Kooperationen zusammengeschlossen. Hier werden beispielsweise moderne molekularbiologische Diagnoseverfahren bei neutropenischen Patienten mit Ventilator-assoziiertes Pneumonie oder die prognostische Wertigkeit von Bioparametern untersucht. Neben der bereits geschaffenen Zusammenarbeit im nationalen und deutschsprachigen Raum ist eine Kooperation mit dem multizentrischen französisch-belgisches Netzwerk für hämatologische-onkologische Intensivmedizin im Aufbau. Erste Gespräche hierzu fanden bereits statt und waren vielversprechend.

Der Arbeitskreis konnte sich auch auf den letzten beiden Jahrestagungen im Rahmen gut besuchter wissenschaftlicher Sitzungen und Fortbildungsveranstaltungen mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt mit positiver Resonanz erfolgreich präsentieren.

Zur weiteren Gestaltung der Aktivitäten des Arbeitskreises und zur Umsetzung der Folgeprojekte möchten wir wissenschaftlich interessierte Kolleginnen und Kollegen zur aktiven Mitarbeit herzlich einladen.

Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. Michael G. Kiehl

Medizinische Klinik I · Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH · Müllroser Chaussee 7 · 15236 Frankfurt (Oder)

Tel: +49 (0)335-548 460-0 · Fax: -2

info@ichop.eu

Die Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Hämatologie und Onkologie (AGIHO)

GEORG MASCHMEYER

In der Behandlung bösartiger Erkrankungen spielen Infektionen aufgrund der in der Regel bestehenden krankheits- oder therapiebedingten Abwehrschwäche eine große Rolle. Die Vorbeugung, Diagnostik und Behandlung derartiger Komplikationen stellt daher eine zentrale Herausforderung in der Hämatologie und Onkologie dar.

Während für Infektionen bei Patienten, die nicht an einer Krebserkrankung leiden, auch in Deutschland Standards in Prophylaxe, Diagnostik und Therapie definiert wurden, existierten derartige Vorgaben für Patienten mit Krebserkrankungen bis Mitte der 1990er Jahre nicht in gleicher Weise.

Die Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Hämatologie und Onkologie (AGIHO), eine Fachgruppe der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO), hat sich zum Ziel gesetzt, diesem Mangel abzuweichen und Konzepte zur Kontrolle therapieassoziierter infektiöser Komplikationen zu entwickeln.

Struktur der AGIHO

Unsere 1996 von Prof. Hiddemann (München) und Prof. Maschmeyer (Potsdam) gegründete Arbeitsgemeinschaft setzt sich aktuell aus 150 Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland und Österreich zusammen, die ein besonderes Interesse an der Erforschung und Behandlung von Infektionen bei krebserkrankten Menschen haben.

Der **Vorstand** besteht aus Herrn Prof. Dr. G. Maschmeyer (1. Vorsitzender, Potsdam) und Herrn Prof. Dr. H. Ostermann (2. Vorsitzender, München).

Ein **Beirat** aus 7 gewählten Mitgliedern unterstützt die Arbeit des Vorstands. Er besteht aus Frau Prof. Dr. M. von Lilienfeld-Toal (Jena), Frau PD Dr. C. Rieger (München), Herrn PD Dr. W. Heinz (Würzburg), Herrn Prof. Dr. O. A. Cornely (Köln), Herrn Prof. Dr. M. G. Kiehl (Frankfurt/Oder), Herrn Prof. Dr. A. Ullmann (Würzburg) und Herrn Prof. Dr. D. Buchheidt (Mannheim).

Ziele und Tätigkeiten der Arbeitsgemeinschaft

Ein wesentliches Ziel der AGIHO ist es, Leitlinien zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Infektionen bei Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen zu erstellen. Diesem Ziel kommt die Arbeitsgemeinschaft durch Bildung von themenspezifischen Arbeitsgruppen nach, die diese Leitlinien regelmäßig aktualisieren und auf den zwei- bis dreimal jährlich stattfindenden Treffen der Arbeitsgemeinschaft zur Diskussion stellen. Dreizehn evidenzbasierte Leitlinien der AGIHO sind bisher in internationalen Fachzeitschriften wie *Annals of Hematology*, *Annals of Oncology*, *European Journal of Cancer* und *Haematologica* veröffentlicht worden und sind auf der Webseite www.agiho.de verfügbar („Leitlinien“). Kurzversionen finden sich auf www.dgho-onkopedia.de/onkopedia/leitlinien. Daneben finden sich auch Ad-hoc-Empfehlungen zum Umgang mit Infektionen durch RSV (respiratory syncycial virus) und zur Durchführung von Pneumokokkenimpfungen.

Ein zweites Ziel der AGIHO ist die Unterstützung klinischer Studien zur Epidemiologie, Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Infektionen bei hämatologischen und onkologischen Patienten. Auch hier sind bereits international publizierte Studienergebnisse verfügbar, so in *Annals of Oncology* und im *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. Aktuelle Studieninitiativen findet man ebenfalls auf der Webseite www.agiho.de unter „Studien“.

Zum Zwecke der klinischen Fortbildung im Bereich der Epidemiologie, Prophylaxe, Diagnostik und Therapie infektiöser Komplikationen bei Patienten mit hämatologischen oder onkologischen Erkrankungen führt die AGIHO jährlich einen zweitägigen **Trainingskurs** mit Beteiligung zahlreicher Experten auf diesen Themengebieten durch. Die Anmeldung erfolgt über die DGHO Service GmbH (www.dgho-service.de). Der Flyer für den Kurs 2015 (12. + 13.6.2015 in Bonn) kann dort sowie auf

der AGIHO-Webseite (www.agiho.de unter „Termine“) eingesehen werden.

Auf den Jahrestagungen der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Med. Onkologie richtet die AGIHO jährlich ein Symposium „Update Infektionen in der Hämatologie und Onkologie“ aus. Anlässlich des alle 2 Jahre stattfindenden internationalen Symposiums „Acute Leukemias“ in München organisiert die AGIHO englischsprachige interdisziplinäre Symposien zu organbezogenen Infektionen, klinischen Differentialdiagnosen und Therapieempfehlungen.

Weitere Informationen

Falls Sie weitere Informationen zu unserer Arbeitsgemeinschaft benötigen oder Fragen zur Mitgliedschaft haben, wenden Sie sich bitte an eines der beiden Sekretariate in Potsdam (swendt@klinikumebv.de) und München (marion.kreuzer@med.uni-muenchen.de). Bitte berücksichtigen Sie, dass über diese E-Mail-Adressen keine ärztlichen Auskünfte in Krankheitsfragen gegeben werden.

Für die Beantragung Ihrer Mitgliedschaft finden Sie ein Anmeldeformular und weitere Hinweise in der Rubrik „Mitgliedschaft“ auf der Webseite www.agiho.de.

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Georg Maschmeyer

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

Klinikum Ernst von Bergmann
Charlottenstr. 72 · 14467 Potsdam
gmaschmeyer@klinikumebv.de

Prof. Dr. Helmut Ostermann

Klinikum der Universität München
Campus Großhadern
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Marchioninistr. 15 · 81377 München
helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Stipendien-Initiative der DGHO zur Förderung junger Wissenschaftler



Dr. Werner Jackstädt-DGHO-Promotionsstipendium für geriatrische Hämatologie und Onkologie

Worum geht es?

(MO) Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet der **Geriatrischen Hämatologie und Onkologie** im Rahmen der Dissertation von Medizinstudenten oder Studierenden verwandter Fächer haben die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie und die Dr. Werner Jackstädt-Stiftung ein einjähriges Promotionsstipendium etabliert. Die Förderung soll dem Stipendiaten ermöglichen, ein Jahr vollzeitig an seinem

Forschungsprojekt zu arbeiten und umfasst eine monatliche Fördersumme von 800 Euro über insgesamt zwölf Monate. Zusätzlich kann die Teilnahme an fachbezogenen Kongressen mit bis zu 400 Euro unterstützt werden. Auch eine vorübergehende Forschungstätigkeit im Ausland ist im Rahmen des Promotionsprojektes möglich. Gestiftet wird das Fördergeld für das Stipendium von der Dr. Werner Jackstädt-Stiftung. Das Promotionsstipendium wird einmal jährlich von der DGHO und der Dr. Werner Jackstädt-Stiftung ausgeschrieben. Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 30. Juni des jeweiligen Jahres.

Wer kann sich bewerben?

Das Stipendium richtet sich an Studierende der Humanmedizin oder verwandter Fächer an einer deutschen Fakultät. Das Stipendium ist für eine wissenschaftliche Arbeit bestimmt, die sich mit experimentellen Fragen der geriatrischen Hämatologie und Onkologie beschäftigt.

Weitere Informationen

Die Bewerbung muss eine Beschreibung des geplanten Vorhabens mit Hintergrund und Projektaufbau, eine Beschreibung des Umfelds der geplanten Arbeiten, ein Empfehlungsschreiben des betreuenden Wissenschaftlers mit Darlegung der Be-

treuungsbedingungen und eine Bescheinigung der Fakultät über die Kenntnisnahme der Stipendienbewerbung enthalten. Es ist zu bestätigen, dass der Antragsteller kein Stipendium von anderer Stelle erhält.

Das Preisrichterkollegium besteht aus mindestens zwei vom Vorstand der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie benannten Experten und mindestens einem vom Kuratorium Medizin der Dr. Werner Jackstädt-Stiftung benannten Experten. Den Preisrichtern ist es gestattet, die Arbeiten weiteren, externen Gutachtern zur Beurteilung vorzulegen.

Stipendiaten und Themen werden auf der Jahrestagung der deutschsprachigen Fachgesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie im Jahr der Bewilligung, die Ergebnisse auf den Jahrestagungen der darauffolgenden Jahre vorgestellt.

Weitere Informationen zur Bewerbung und zu den Bewerbungsvoraussetzungen finden Sie unter: www.dgho.de/informationen/promotionsstipendien.



GMIHO-DGHO-Promotionsstipendium

Worum es geht?

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet von **Klinischen Studien im Bereich der Onkologie** im Rahmen der Dissertation von Medizinstudenten oder Studierenden verwandter Fächer haben die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie

DRG Seminare 2015

Am 12. und 19. Januar 2015 fand in Frankfurt a. M. und Berlin das Fortbildungsseminar DRG statt. Die Referenten, alle Mitglieder des Arbeitskreises DRG und Gesundheitsökonomie, erläuterten den insgesamt mehr als 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Seminare die spezifischen praxisrelevanten Probleme und Regeln am Beispiel der Hämatologie und Onkologie. Weiterhin wurden tiefere Kenntnisse

über die Kalkulation der DRG vermittelt und Instrumente vorgestellt, mit denen das DRG-System arbeitet. Die Teilnehmer begrüßen eine jährliche Fortsetzung der DRG Seminare. Zukünftige Termine sowie Anmelde-möglichkeiten finden Sie unter www.dgho-service.de.

Weitere Informationen des Arbeitskreises unter www.dgho.de/gesellschaft/verein/arbeitskreise.

e. V. und die GMIHO Gesellschaft für Medizinische Innovation – Hämatologie und Onkologie mbH ein einjähriges Promotionsstipendium etabliert. Die Förderung soll dem Stipendiaten ermöglichen, ein Jahr vollzeitig an seinem Forschungsprojekt zu arbeiten und umfasst eine monatliche Fördersumme von 800 Euro über insgesamt zwölf Monate. Zusätzlich kann die Teilnahme an fachbezogenen Kongressen mit bis zu 400 Euro unterstützt werden. Auch eine vorübergehende Forschungstätigkeit im Ausland ist im Rahmen des Promotionsprojektes möglich. Gestiftet wird das Fördergeld für das Stipendium von der GMIHO Gesellschaft für Medizinische Innovation – Hämatologie und Onkologie mbH. Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 30. Juni des jeweiligen Jahres.

Wer kann sich bewerben?

Das Stipendium richtet sich an Studierende der Humanmedizin oder verwandter Fächer an einer deutschen Fakultät. Das Stipendium ist für eine wissenschaftliche Arbeit bestimmt, die sich mit Fragen von Klinischen Studien im Bereich der Onkologie beschäftigt.

Weitere Informationen

Die Bewerbung muss eine Beschreibung des geplanten Vorhabens mit Hintergrund und Projektaufbau, eine Beschreibung des Umfelds der geplanten Arbeiten, ein Empfehlungsschreiben des betreuenden Wissenschaftlers mit Darlegung der Betreuungsbedingungen und eine Bescheinigung der Fakultät über die Kenntnisnahme der Stipendienbewerbung enthalten. Es ist zu bestätigen, dass der Antragssteller kein Stipendium von anderer Stelle erhält. Das Preisrichterkollegium besteht aus mindestens zwei vom Vorstand der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie benannten Experten und mindestens zwei von der GMIHO Gesellschaft für Medizinische Innovation – Hämatologie und Onkologie mbH benannten Experten. Den Preisrich-

tern ist es gestattet, die Arbeiten weiteren, externen Gutachtern zur Beurteilung vorzulegen.

Stipendiaten und Themen werden auf der Jahrestagung der deutschsprachigen Fachgesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie im Jahr der Bewilligung, die Ergebnisse auf den Jahrestagungen der darauffolgenden Jahre vorgestellt.

Weitere Informationen zur Bewerbung und zu den Bewerbungsvoraussetzungen finden Sie unter: www.dgho.de/informationen/promotionsstipendien.



Sieglinde Welker-DGHO-Promotionsstipendium

Worum geht es?

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet seltener hämatologischer Erkrankungen im Rahmen der Dissertation von Medizinstudenten oder Studierenden verwandter Fächer haben die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie und die Sieglinde Welker-Stiftung ein einjähriges Promotionsstipendium etabliert. Die Förderung soll es dem Stipendiaten ermöglichen, ein Jahr vollzeitig an seinem Forschungsprojekt zu arbeiten und umfasst eine monatliche Fördersumme von 800 Euro über insgesamt zwölf Monate. Zusätzlich kann die Teilnahme an fachbezogenen Kongressen mit bis zu 400 Euro unterstützt werden. Auch eine vorübergehende Forschungstätigkeit im Ausland

ist im Rahmen des Promotionsprojektes möglich. Gestiftet wird das Fördergeld für das Stipendium von der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (7.500 Euro) und der Sieglinde Welker-Stiftung (2.500 Euro). Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 30. Juni des jeweiligen Jahres.

Wer kann sich bewerben?

Das Stipendium richtet sich an Studierende der Humanmedizin oder verwandter Fächer an einer deutschen Fakultät und ist für eine wissenschaftliche Arbeit bestimmt, deren Gegenstand ein grundlagen- und versorgungsorientiertes Forschungsvorhaben ist.

Weitere Informationen

Die Bewerbung muss eine Beschreibung des geplanten Vorhabens mit Hintergrund und Projektaufbau, eine Beschreibung des Umfelds der geplanten Arbeiten, ein Empfehlungsschreiben des betreuenden Wissenschaftlers mit Darlegung der Betreuungsbedingungen und eine Bescheinigung der Fakultät über die Kenntnisnahme der Stipendienbewerbung enthalten. Es ist zu bestätigen, dass der Antragsteller kein Stipendium von anderer Stelle erhält. Das Preisrichterkollegium besteht aus mindestens zwei vom Vorstand der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie benannten Experten und mindestens zwei von der Sieglinde Welker-Stiftung benannten Experten. Den Preisrichtern ist es gestattet, die Arbeiten weiteren, externen Gutachtern zur Beurteilung vorzulegen. Stipendiaten und Themen werden auf der Jahrestagung der deutschsprachigen Fachgesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie im Jahr der Bewilligung, die Ergebnisse auf den Jahrestagungen der darauffolgenden Jahre vorgestellt. Weitere Informationen zur Bewerbung und zu den Bewerbungsvoraussetzungen finden Sie unter: www.dgho.de/informationen/promotionsstipendien.

Neue Gesetzesentwürfe der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat Ende 2014 drei Entwürfe für neue Gesetze vorgestellt.

BERNHARD WÖRMANN

1. eHealth-Gesetz

(Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen)

Im vorliegenden Referentenentwurf befasst sich dieses Gesetz im Wesentlichen mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Viele weiterführende Aspekte von eHealth werden nicht adressiert. Die DGHO hat mit ihrem AK eHealth eine Stellungnahme zum Referentenentwurf verfasst <https://www.dgho.de/informationen/nachrichten/e-health-gesetz-2013-dgho-nimmt-stellung>. Sie ist auch Bestandteil der zusammenfassenden Stellungnahme der AWMF, www.awmf.org/die-awmf/awmf-aktuell/detail/news/awmf-stellungnahme-zum-referentenentwurf-eines-e-health-gesetzes.html.

2. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

(GKV-VSG, Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung)

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthält eine ganze Reihe sehr unterschiedlicher Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung, www.bmg.bund.de/

[fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungstaerkungsgesetz/141217_Entwurf_VSG.pdf](#). Stichworte sind:

- stärkere Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten
- Begrenzung der Nachbesetzung von Kassenarztsitzen in überversorgten Gebieten
- Erhöhung der Weiterbildungsstellen für Hausärzte und Anpassung der Vergütung
- angemessene Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen
- Einrichtung von Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen
- Verbesserung des Krankenhaus-Entlassungsmanagements
- Anspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten mengenanfälligen planbaren Eingriffen
- Einrichtung eines Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss
- Einführung einer Methodenbewertung für Medizinprodukte

Diese Auflistung macht deutlich, dass sehr unterschiedliche Absichten in einem Gesetz zusammengeführt werden sollen. Die Stellungnahme der DGHO wird Anfang März auf der Homepage veröffentlicht.

lungnahme der DGHO wird Anfang März auf der Homepage veröffentlicht.

3. Präventionsgesetz

(Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention)

Die Bundesregierung hat am 17. Dezember 2014 auch den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Prävention vorgelegt www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzesentwurf_Praeventionsgesetz.pdf.

Geplante Maßnahmen sind u. a.:

- bessere Kooperation von gesetzlicher Krankenversicherung, gesetzlicher Rentenversicherung, gesetzlicher Unfallversicherung sowie sozialer Pflegeversicherung.
- Etablierung einer Nationalen Präventionskonferenz
- Förderung der Prävention im Betrieb
- Verdopplung der Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung
- Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen

Dieses Rundschreiben enthält folgende Beilagen:

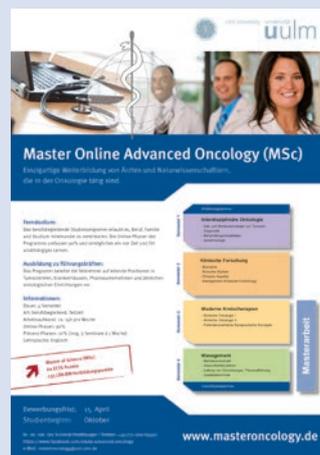
Interplan

Update Hämatologie/Onkologie 2015



Uni Ulm

Master Online Advanced Oncology (MSc)



Uni Heidelberg

5th Heidelberg Myeloma Workshop



Nachruf Frau Professorin Dr. med. Astrid Franke

KATHLEEN JENTZSCH-ULLRICH,
M. HEROLD, W. HELBIG

Am 28. November 2014 verstarb leider viel zu früh Frau Prof. Astrid Franke geb. am 6. August 1941. Sie war eine der wenigen C₄-Professorinnen für Hämatologie und Onkologie in Deutschland und hatte von 1992 bis 2006 an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg den Lehrstuhl für Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie inne.

Geboren wurde sie in Danzig im heutigen Polen. Im Zuge der Vertreibung kam sie nach dem 2. Weltkrieg nach Magdeburg, der Stadt, der sie bis zu ihrem Tode treu blieb. Nach dem Abitur nahm sie 1960 das Studium der Medizin an der damaligen Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) auf. Das Staatsexamen absolvierte sie 1966 als Beststudentin. Noch im gleichen Jahr schloss sie ihre Inaugural-Dissertation zum Thema „Die indirekte Hämagglutination zur serologischen Diagnose der Pasteurellose und Listeriose“ mit dem Prädikat *summa cum laude* ab. Danach folgte die Ausbildung zur Fachärztin für Innere Medizin.

Bereits mit 34 Jahren habilitierte sie sich mit dem Thema „Pathogenese der Adjuvansarthritis – Parabioseversuche und hämatologische Verlaufsbeobachtungen“ (1975). Ein Jahr später folgte die Verleihung der *Facultas docendi* (1976) und die Berufung zur Hochschuldozentin (1977). 1985 wurde Frau Franke zur außerplanmäßigen Professorin ernannt.

Die Leitung der Abteilung Hämatologie der MAM übernahm sie erstmalig 1981, zunächst kommissarisch und seit 1985 in vollamtlicher Position. Nach der Wiedervereinigung wurde sie 1990 erste Stellvertreterin des Direktors der Klinik für Innere Medizin und 1991 erste Stellvertreterin des Ärztlichen Direktors.

Im gleichen Jahr wurde sie zur Vorsitzenden des Gründungsvorstandes des Tumorzentrums Magdeburg/Sachsen-An-



Foto: Audiovisuelles Zentrum der Universität Magdeburg

halt e. V. gewählt, dessen Vorsitz sie bis 2001 innehatte und dem sie bis zuletzt als Ehrenmitglied treu verbunden war.

1992 wurde Frau Prof. Franke auf die C₄-Professur des Fachgebietes Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie berufen und somit zur ersten Klinikdirektorin ihres Fachbereichs an der neu gegründeten medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg.

Eine ihrer herausragenden Leistungen für die Klinik für Hämatologie und Onkologie der Universität Magdeburg war die Schaffung eines akkreditierten hämatologischen Speziallabors für Zytologie, Molekularbiologie und Durchflusszytometrie sowie einer zertifizierten Transplantationsseinheit für autologe Stammzelltransplantationen.

Bekannt und beliebt waren ihre Mikroskopierkurse, die sie regelmäßig seit den 70-iger Jahren bis zu ihrer Emeritierung durchführte.

Auch gesundheitspolitisch war Frau Prof. Franke intensiv engagiert; von 1992 bis 1998 war sie als Mitglied im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit tätig und brachte ihre Erfahrung ein.

In der Zeit von 1997 bis 2000 war sie Vorsitzende der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales in Magdeburg.

Frau Prof. Franke war in zahlreichen Fachgesellschaften aktiv; so war sie langjähriges Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Hämatologie und Bluttransfusion der DDR, der Ostdeutschen Studiengruppe für Hämatologie und Onkologie (OSHO), im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sowie Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft, der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie sowie der Sachsen-Anhaltinischen Krebsgesellschaft.

Eine langjährige Zusammenarbeit verband Frau Prof. Franke mit den Patientenorganisationen der Deutschen Leukämiehilfe (DLH) und der Sachsen-Anhaltinischen Krebsgesellschaft.

Frau Prof. Franke zeichnete sich in all ihren Tätigkeitsfeldern durch hohen Sachverstand, unermüdeliches Engagement, Leitungspersönlichkeit und eine zielsichere situative Intuition aus. Gespräche mit ihr, privater oder medizinischer Natur, eröffneten Einblicke in ihre verblüffenden Kenntnisse von Land und Leuten. Sie zeigten ihr reges Interesse gegenüber der historischen und gesellschaftlichen Entwicklung der Region.

Wir verlieren mit Frau Prof. Franke eine der engagiertesten Frauen ihres Fachgebietes, eine von allen hochgeschätzte Kollegin und einen lieben Menschen.

Nachruf Herr Professor Dr. med. Kurt Hausmann

ROLF KUSE

Kurt Hausmann, ehemaliger Leitender Arzt der Hämatologischen Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg, ist am 23. Oktober 2014 im Alter von 95 Jahren verstorben.

Er wurde im Juli 1919 in Mecklenburg geboren. Der Besuch des Humanistischen Gymnasiums in Schwerin förderte seine geisteswissenschaftlichen Interessen, für die er später trotz angespannter Alltagsarbeit immer wieder Zeit fand. Das Medizinstudium absolvierte er unter den schwierigen Bedingungen des 2. Weltkrieges in Breslau und Hamburg, unterbrochen von langfristigen Kriegseinsätzen, z.B. in Russland. Das Staatsexamen und die Promotion erfolgten kurz nach Kriegsende. Seine Begabung für mikroskopische Morphologie wurde während seiner Tätigkeit am Pathologisch-Anatomischen Institut des AK St. Georg gefördert. In diesem Klinikum erfolgte auch seine Weiterbildung zum Internisten, und hier entwickelte er sein frühes Interesse an der Hämatologie.

Als einer der ersten in Deutschland publizierte er ab 1947 über den Einsatz von Zytostatika bei Leukämien. Ein früher Forschungsschwerpunkt mit Publikationen seit 1948 und 1949 betraf die Behandlung der perniziösen (megaloblastären) Anä-



Foto: privat

mie. Seit den 50er und 60er Jahren wurden grundlegende Kenntnisse über den Schwermetallnachweis in Blutzellen erarbeitet. In den 70er Jahren fanden in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Eppendorf umfangreiche Untersuchungen zu verschiedenen Schweregraden des Eisenmangels statt. Erwähnenswert sind weiterhin Hausmanns frühe Hinweise auf Knochenmarkschäden durch Medikamente, zum Beispiel durch Chloramphenicol, und Lösungsmittel wie Benzol, was in Hamburg zu vorbildlichen gewerbeärztlichen Auflagen führte.

Seinem Weitblick und persönlichen Einsatz ist es zu verdanken, dass die Gesundheitsbehörde im Jahre 1961 am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg die erste hämatologische Abteilung im deutschsprachigen Raum einrichtete. Der Bau von drei Kernkraftwerken in der Umgebung Hamburgs und ein zuvor in Jugoslawien

geschehener Strahlenunfall mit Verlegung von drei Opfern nach Paris haben zu dieser gesundheitspolitischen Entscheidung beigetragen. Schnell entwickelte sich die Abteilung im norddeutschen Raum zu einer zentralen Einrichtung zur Diagnostik und Therapie aller Formen von Leukämien und malignen Lymphomen, aber auch zur Behandlung von Anämien und Blutungsleiden, speziell auch von Hämophilien. Die Habilitation erfolgte 1971. Die enge Zusammenarbeit mit den Abteilungen des AK St. Georg, anderen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und wissenschaftlichen Institutionen innerhalb und außerhalb Hamburgs, insbesondere mit dem von K. Lennert geleiteten Institut für Pathologie an der Universität Kiel, war ihm besonders wichtig. Seine Fähigkeit zur Kooperation bildete eine entscheidende Voraussetzung für wesentliche Ergebnisverbesserungen in vielen Bereichen der Hämatologie.

Auch im Ruhestand ist er wissenschaftlich aktiv geblieben, wobei seine Untersuchungen und Publikationen zur Entstehung von malignen Lymphomen durch Asbest den Schwerpunkt bildeten. Im Wesentlichen aber widmete sich Hausmann mit ruhiger Intensität ohne gesellschaftliche Zwänge seinen geisteswissenschaftlichen und musischen Interessen. Dabei stand in den letzten zwei Jahrzehnten die Musik im Vordergrund.

Incidence and Etiology of Human Leukemia and Related Diseases

KURT HAUSMANN†

INCREASED MORTALITY from leukemia has been reported from different countries. Similar observations were made in Hamburg, a large seaport and industrial towns in northern Germany. In 1946 there were 37 and in 1955 65 deaths due to leukemia per one million population (fig. 1).

Since 1930, 1080 cases of human leukemia and related diseases such as lymphosarcoma, reticulocellular sarcoma, and plasma cytoma have been observed

† Hamburg, Germany.

Frühes Beispiel für die Bedeutung von Umweltfaktoren in der Ätiologie der Leukämie (Strahlen-Exposition; Benzol; Kohlenwasserstoffe. u. a.). Vortrag von Kurt Hausmann in Boston 1956 (Proceedings of the International Society of Hematology, New York 1958).

Anmeldung zur DGHO Frühjahrstagung 2015

Per Fax an: **+49 (0)30 27 87 60 89-18**
oder online unter www.dgho-service.de

Hiermit melde ich mich an. Die Teilnahme ist kostenfrei.

12.03.2015 **13.03.2015** **beide Tage**

12.03.2015 Abendessen für EUR 25,- p. P.
(nur möglich bei gleichzeitiger Anmeldung der Teilnahme zur Frühjahrstagung)

Ich bin DGHO-Mitglied kein Mitglied

(bitte ein Formular pro Teilnehmer/in)

Klinik/Institution

Titel, Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Unterschrift / Stempel

Veranstaltungsort

dbb forum berlin
Friedrichstraße 169/170
10117 Berlin

Veranstalter



Web: www.dgho.de

Organisation



Alexanderplatz 1, Berolinhahaus
10178 Berlin

Telefon: 030 27 87 60 89-14

Telefax: 030 27 87 60 89-18

E-Mail: w.wieseke@dgho-service.de

Web: www.dgho-service.de

Die DGHO Frühjahrstagung ist von der Ärztekammer Berlin
für den 12.03.2015 mit 5 Punkten und für den 13.03.2015
mit 2 Punkten zertifiziert.

DGHO 2015
Frühjahrstagung

Donnerstag, 12. März 2015

**Survivorship – lebenslange Begleitung
von Krebspatienten?**

Freitag, 13. März 2015

**Durchsichtige Ärzte in einem
undurchsichtigen Staat?**



Survivorship – Lebenslange Begleitung von Krebspatienten?

11:00 – 12:45 **Onkologische Rehabilitation**

- Wer braucht welche Maßnahmen?
- *Eva Maria Kalusche-Bontemps, Reichshof-Eckenhagen*
- Was nützt sie? Was ist evidenzbasiert?
- *Monika Reuss-Borst, Bad Kissingen*
- Wer bezahlt?
- *DRV (angefragt)*

12:45 – 13:15 **Mittagspause**

13:15 – 14:45 **Welches Leben gelingt? Welches scheitert?**

- Psychoonkologische Betreuung: wer gibt welche Hilfe?
- *Pia Heußner, München*
- Identifikation von Risikopatienten, einschl. sozialer und finanzieller Probleme?
- *Ulf Seifart, Marburg*

14:45 – 15:00 **Kaffeepause**

15:00 – 16:30 **Langfristige Begleitung**

- Nachsorge und Prophylaxe von Langzeitkomplikationen – was ist evidenzbasiert?
- *Georgia Schilling, Freiburg*
- Nachsorgenetzwerke in der Pädiatrischen Onkologie: Deutsche und Europäische Erfahrungen
- *Jörn Beck, Erlangen*
- Langzeitbetreuung: Wer organisiert sie? Was bezahlen die Kassen? Beispiel: strahlentherapie-assoziiertes Mammakarzinom.
- *Barbara Zimmer, Düsseldorf*

16:30 – 18:30 **Beiratsitzung der DGHO (auf Einladung)**

- **Sozialmedizinischer Workshop des**
- AK Onkologische Rehabilitation

Sitzungen der DGHO Arbeitskreise:

- AK AMG
- AK Palliativmedizin
- Neugründung AK HIV Neoplasien

ab 19:00 **Abendessen** (kostenpflichtige Anmeldung) im Restaurant „Bocca di Bacco“

Durchsichtige Ärzte in einem undurchsichtigen Staat?

08:00 – 10:00 **Sitzungen der DGHO Arbeitskreise:**

- AK Onkologische Rehabilitation
- AK Prostatakarzinom
- AK Fort- und Weiterbildung

09:00 – 15:00 AK Pflege

10:00 – 10:30 **Kaffeepause**

10:30 – 12:00

Satellitensymposium*
der Firma Roche Pharma AG
Was heißt „Heilung“? Was ist eine „langfristige Freiheit von Symptomen“ in der Onkologie?



- Moderation: *Bernhard Wörmann, Berlin*
- Heilung / langfristige Freiheit von Symptomen – aus der Perspektive des GBA
- *Thomas Müller, Berlin*
- Heilung / langfristige Freiheit von Symptomen – aus der Perspektive der Gynäkoonkologie
- *Michael Lux, Erlangen*
- Heilung / langfristige Freiheit von Symptomen – aus der Perspektive der Hämatologie
- *Michael Hallek, Köln*

12:00 – 12:30 **Mittagspause**

12:30 – 14:00

Satellitensymposium*
der Firma Pfizer GmbH
Fortschritte der transnationalen Medizin beim Hormonrezeptor-positiven (HR+), HER2-Rezeptor(HER2)-negativen metastasierten Mammakarzinom



- Moderation: *Diana Lüftner, Berlin*
- Aktuelle Behandlungsstandards und medizinischer Bedarf beim HR+, HER2-negativen metastasierten Brustkrebs
- *Christoph Thomssen, Halle*
- Mechanismen hormoneller Resistenz bei HR+, HER2-negativen Brustkrebs
- *Peter Fasching, Erlangen*
- Zellzyklusinhibition beim Mammakarzinom – neue Wege und Möglichkeiten
- *Marcus Schmidt, Mainz*

14:00 – 14:30 **Kaffeepause**

14:30 – 16:30 **Durchsichtige Ärzte in einem undurchsichtigen Staat?**

- Moderation: *Mathias Freund, Rostock*
- Spagat zwischen Industriekontakt und Bestechlichkeit
- *Wolf-Dieter Ludwig, Berlin*
- Transparenzkodex des FSA
- *Karl Matusek, AstraZeneca GmbH, Wedel*
- Schaffen einer Transparenzkultur?
- *NV*

ab 17:00

OFFENE DISKUSSIONSRUNDE

Ende der Veranstaltung

Sitzungen des BNHO und ADHOK

(Stand Februar 2015, Programmänderungen vorbehalten)

* Transparenzvorgabe gemäß FSA-Kodex: Die Satellitensymposien werden von den Firmen Roche Pharma AG und Pfizer Deutschland GmbH mit je EUR 20.000 unterstützt.

Programmübersicht

Freitag, 12.06.2015

- 11:00 – 11:15 **Einführung, Begrüßung**
G. Maschmeyer, Potsdam
- 11:15 – 12:00 **Neutropenie und Immundefekt:**
Grundlagen, Epidemiologie
H. Ostermann, München
- 12:00 – 12:45 **Mikrobiologische Grundlagen:**
Erreger, Resistenzen, Diagnostik
H. Wisplinghoff, Köln
- 12:45 – 13:45 Mittagspause
- 13:45 – 14:30 **Bildgebende Diagnostik:**
Verfahren und Stellenwert
C.P. Heußel, Heidelberg
- 14:30 – 15:00 **State-of-the-art:**
Diagnostik bakterieller Infektionen
G. Maschmeyer, Potsdam
- 15:00 – 15:30 **State-of-the-art:**
Diagnostik invasiver Mykosen
D. Buchheidt, Mannheim
- 15:30 – 16:00 **State-of-the-art:**
Diagnostik viraler Infektionen
M. von Lilienfeld-Toal, Jena
- 16:00 – 16:30 Kaffeepause
- 16:30 – 17:15 **Diagnostik: Gruppenarbeit**
zu diagnostischen Problemen
D. Buchheidt, Mannheim
G. Maschmeyer, Potsdam
H. Ostermann, München
C. Rieger, München
- 17:15 – 17:30 **State-of-the-art:**
Therapie FEO
H. Ostermann, München
- 17:30 – 17:45 **State-of-the-art:**
Therapie CDI
G. Maschmeyer, Potsdam
- 17:45 – 18:00 **State-of-the-art:**
Therapie Pilzinfektionen
C. Rieger, München

18:00 – 18:15 **State-of-the-art:**

Sepsis

H. Ostermann, München

18:15 – 19:00 **Therapie: Gruppenarbeit**

zu FEO CDI Pilzinfektionen und Sepsis

G. Maschmeyer, Potsdam

H. Ostermann, München

C. Rieger, München

M. von Lilienfeld-Toal, Jena

19:15 – 20:00 Abendessen

Samstag, 13.06.2015

07:30 – 09:00 Frühstück / „Check-out“

09:00 – 09:15 **Einführung:**

Konzept

G. Maschmeyer, Potsdam

09:15 – 09:30 **State-of-the-art:**

Antibakterielle Prophylaxe

G. Maschmeyer, Potsdam

09:30 – 10:00 **State-of-the-art:**

Antivirale Prophylaxe

M. Sandherr, Weilheim

10:00 – 10:15 **State-of-the-art:**

Antimykotische Prophylaxe

C. Rieger, München

10:15 – 11:00 **Prophylaxe: Gruppenarbeit**

G. Maschmeyer, Potsdam

H. Ostermann, München

C. Rieger, München

M. Sandherr, Weilheim

11:00 – 11:30 Kaffeepause

11:30 – 11:45 **State-of-the-art:**

Umkehrisolation

H. Ostermann, München

11:45 – 12:15 **State-of-the-art:**

Impfungen

A.J. Ullmann, Würzburg

12:15 – 12:30 **Resümee und Feedback**

H. Ostermann, München

Infektiologie

**12. Trainingskurs
für Klinische Infektiologie in der
Hämatologie und Onkologie**

**12. – 13. Juni 2015
GSI – Gustav Stresemann Institut
Bonn**

Kursleiter:

Prof. Dr. Georg Maschmeyer, Potsdam
Prof. Dr. Helmut Ostermann, München

Organisation

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Management infektiöser Komplikationen ist zum unverzichtbaren Bestandteil der Behandlung von Patienten mit malignen Erkrankungen geworden. Mit zunehmender Intensivierung und Komplexität antineoplastischer Therapieverfahren steigt der Anspruch an die Professionalität der supportiven Therapie.

Seit 1996 hat sich die Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO), der Erarbeitung von Standards in der Prophylaxe, Diagnostik und Therapie infektiöser Komplikationen gewidmet. Die von unserer AGIHO publizierten Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie infektiöser Komplikationen zeugen von der großen Aktivität der hier engagierten Kolleginnen und Kollegen.

Wir haben bei der Programmgestaltung berücksichtigt, dass der Wissensstand der Teilnehmer heterogen ist. Daher werden wir die interaktiven Arbeitsgruppen für Anfänger und für Fortgeschrittene anbieten. Wir sind froh, dass es uns gelungen ist, eine große Zahl von Experten für die Programmgestaltung dieses Kurses zu gewinnen. An dieser Stelle sei ihnen ein herzlicher Dank für ihre aktive Unterstützung gesagt.

Wir laden Sie herzlich ein, an diesem 12. Trainingskurs für Klinische Infektiologie teilzunehmen und freuen uns, Sie im Juni 2015 in Bonn begrüßen zu dürfen.

Mit besten Grüßen

Ihre

Prof. Dr. G. Maschmeyer Prof. Dr. H. Ostermann

Veranstaltungsort:

Gustav-Stressemann-Institut
Langer Grabenweg 68
53175 Bonn

Anreise:

Reisen Sie bequem und klimafreundlich mit dem Veranstaltungsticket der Deutschen Bahn ab 99 €.



Buchen Sie Ihre Reise mit dem Stichwort „**DGHO**“

telefonisch unter **+49 (0)1806 - 31 11 53****

** Telefonkosten 20 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz, maximal 60 Cent pro Anruf aus den Mobilfunknetzen.

Kursgebühr:

DGHO Mitglieder: 380,00 € inkl. MwSt.
Nichtmitglieder: 430,00 € inkl. MwSt.

Die Kursgebühr enthält:

- Kaffeepausen, Mittag- und Abendessen
- 1 Übernachtung mit Frühstück

Zertifizierung

Fortbildungspunkte werden bei der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung beantragt.

Mit freundlicher Unterstützung von:



Transparenzinfo: gemäß FSA-Kodex: Das Seminar wird von Pfizer Pharma GmbH mit EUR 6.170,70 € unterstützt.

Teilnahme- und Stornierungsbedingungen:

Die Anmeldung zur Tagung muss schriftlich bis 30.04.2015 erfolgen. Sie erhalten eine Bestätigung/Rechnung, sobald die Tagungsgebühr oder die Kostenübernahmeerklärung bei uns eingegangen ist. Die Kursgebühr ist umsatzsteuerfrei nach § 4 Nr. 22a UStG. Die Übernachtungs- und Verpflegungsleistungen beinhalten 7% bzw. 19% MwSt. Eine Stornierung muss in schriftlicher Form erfolgen und ist vor Ablauf der Anmeldefrist kostenfrei möglich. Bei Annullierungen nach dem 30.04.2015 werden 50% der Teilnahmegebühr erstattet. Bei zu geringer Teilnahme behalten wir uns eine Absage der Veranstaltung bis 30.04.2015 vor. In diesem Fall wird die Kursgebühr erstattet. Die/der Teilnehmer/in nimmt zur Kenntnis, dass er/sie dem Veranstalter gegenüber keine Schadenersatzansprüche stellen kann, wenn die Durchführung der Tagung durch unvorhergesehene, politische oder wirtschaftliche oder klimatische Gewalt erschwert oder verhindert wird. Mit der Anmeldung erkennt der/die Teilnehmer/in diesen Vorbehalt an.

Online-Anmeldung: www.dgho-service.de

Bitte zurücksenden an DGHO Service GmbH per
E-Mail: anmeldung@dgho-service.de
Fax: 030 / 27 87 60 89-18

Titel, Vorname, Name _____

Klinik/Praxis/Firma _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

DGHO Mitglied Nichtmitglied

Ich bin auf dem Gebiet der klinischen Infektiologie:

Fortgeschrittener Anfänger

Die Kursgebühr wurde am _____, 2015 auf
das Konto der DGHO Service GmbH überwiesen.
IBAN: DE10 1001 0010 0009 3921 06

BIC: PBNKDEFF
Bitte vermerken Sie das Stichwort „Infektiologie 2015“
und den Namen des Teilnehmers.

Die Kostenübernahmebestätigung, die als Download
auf www.dgho-service.de verfügbar ist, sende ich
Ihnen per Fax oder E-Mail zu.

Datum Unterschrift _____

Urologieseminar

des AK Prostatakarzinom

Samstag, 25.04.2015

| | |
|---------------|---|
| ab 10:00 Uhr | Begrüßungskaffee und Begrüßung; <i>B. Wörmann, Berlin und R. Schaefer, Bonn</i> |
| 10:30 – 11:00 | Früherkennung – ist sie noch sinnvoll? <i>L. Weißbach, Berlin</i> |
| 11:00 – 11:30 | Diagnostik des PCA – was ist an Untersuchungsmethoden validiert? <i>A. Heidenreich, Aachen</i> |
| 11:30 – 12:00 | Therapieoptionen des lokalisierten PCA: Active Surveillance vs. radikale Prostatektomie vs. Bestrahlung <i>G. Lümmen, Troisdorf</i> |
| 12:00 – 12:30 | Therapieoptionen des lokal fortgeschrittenen PCA: radikale Prostatektomie versus Radiatio <i>M. Ehmann, Mannheim</i> |
| 12:30 – 13:00 | Mittagspause |
| 13:00 – 13:30 | Therapieoptionen beim metastasierten hormonaiven PCA; <i>S. Machtens, Bergisch Gladbach</i> |
| 13:30 – 14:00 | kastrationsresistentes PCA: Optionen, Sequenzen, Monitoring; <i>F. Honecker, St. Gallen</i> |
| 14:00 – 14:30 | Immuntherapie beim kastrationsresistenten PCA? <i>B. Wörmann, Berlin</i> |
| 14:30 – 15:30 | berufspolitische Dimension der Kooperation zwischen Urologen und medizinischen Onkologen <i>S. Schmitz, Köln und A. Schröder, Neumünster</i> |
| 15:30 Uhr | Ende der Veranstaltung |

Stand: 16.02.2015

| | | |
|--------------------------|-----------------------|---------------|
| Veranstaltungsort | President Hotel, Bonn | |
| Buchung | bis 31.03.2015 | ab 01.04.2015 |
| Teilnahmegebühr | 125,00 € | 150,00 € |



Anmeldung zum Urologieseminar des AK Prostatakarzinoms

Samstag, 25. April 2015
Bonn, President Hotel

DGHO 
SERVICE GMBH

per Fax an: **+49 (0)30 / 27 87 60 89 - 18** oder online unter **www.dgho-service.de**

Ich melde mich verbindlich an.

Klinik/ Institution

Titel, Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Teilnahme- und Stornierungsbedingungen:

Die Anmeldung zur Tagung muss schriftlich bis 06.04.2015 erfolgen. Sie erhalten eine Bestätigung/Rechnung, sobald die Tagungsgebühr oder die Kostenübernahmebestätigung bei uns eingegangen ist. Die Teilnahmegebühr ist ein durchlaufender Posten. Die Verpflegung enthält 19% MwSt. Eine Stornierung muss in schriftlicher Form erfolgen und ist vor Ablauf der Anmeldefrist kostenfrei möglich. Bei Annullierungen nach dem 06.04.2015 werden 50 % der Teilnahmegebühr erstattet. Bei zu geringer Teilnahme behalten wir uns eine Absage der Veranstaltung bis 06.04.2015 vor. In diesem Fall wird die Tagungsgebühr erstattet. Der/die Teilnehmer/in nimmt zur Kenntnis, dass er/sie dem Veranstalter gegenüber keine Schadenersatzansprüche stellen kann, wenn die Durchführung der Tagung durch unvorhergesehene politische, wirtschaftliche oder klimatische Gewalt erschwert oder verhindert wird. Mit der Anmeldung erkennt der/die Teilnehmer/in diesen Vorbehalt an.



Veranstaltungshinweise

2015

KÖLNER HÄMATOLOGIE-KURS 2015

unter der Schirmherrschaft der DGHO
7. März 2015
Köln

MÜNSTERANER FACHARZTKURS „HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE“

unter der Schirmherrschaft der DGHO
12. März 2015
Münster

DGHO FRÜHJAHRSTAGUNG 2015

12. bis 13. März 2015
Berlin

www.dgho-service.de/tagungen_seminare_weiterbildungen/dgho_fruhjahrstagung_2015

ADVANCED PROSTATE CANCER CONSENSUS CONFERENCE

12. bis 14. März 2015
St. Gallen, Schweiz

www.prostatecancerconsensus.org
prostatecancerconsensus@kssg.ch

SOZIALMEDIZINISCHER WORKSHOP DES ARBEITSKREISES ONKOLOGISCHE REHABILITATION

im Rahmen der DGHO Frühjahrstagung 2015
12. März 2015
Berlin
www.dgho-service.de/tagungen_seminare_weiterbildungen/dgho_fruhjahrstagung_2015/programm
w.wieseke@dgho-service.de

KÖLNER ZYTOLOGIETAGE

13. bis 14. März 2015
Köln

14TH ST. GALLEN BREAST CANCER CONFERENCE

18. bis 21. März 2015
Wien, Österreich
www.oncoconferences.ch

18TH INTERNATIONAL AEK CANCER CONGRESS

18. bis 20. März 2015
Heidelberg
www.aek-congress.org/

WTZ-FACHARZTKURS HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
19. März 2015
Essen

CELLULAR THERAPY

19. bis 20. März 2015
Erlangen

SYMPOSIUM „CARE FOR CHRONIC CONDITION“

20. März 2015
Berlin
www.g-plus.org/

BASISKURS HÄMATOLOGISCHES LABOR

unter der Schirmherrschaft der DGHO
23. bis 27. März 2015
Kiel
www.med2-kiel.uk-sh.de/Veranstaltungen.html

MÜNSTERANER FACHARZTKURS „HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE“

unter der Schirmherrschaft der DGHO
26. März 2015
Münster

4. ASORS-JAHRESKONGRESS SUPPORTIVE THERAPIE UND REHABILITATION BEI KREBS – STATE OF THE ART 2015

27. bis 28. März 2015
München
www.kongresseonline.de/ARSORS_2015

JETZT BESTELLEN

FAX-NR. 030 27876089-18

Der neue Kodierleitfaden ist da!

Hiermit bestelle ich:

_____ Exemplare des Kodierleitfadens 2015

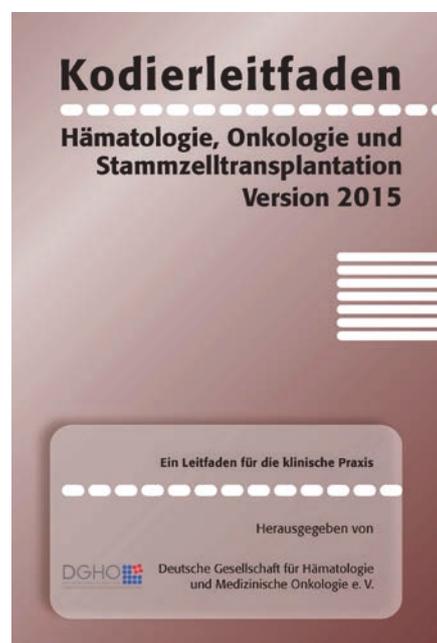
zum Einzelpreis von 6,50 EUR inkl. Mehrwertsteuer und Versandkosten.

Bitte senden Sie die Rechnung und die Lieferung an:

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____



ISBN 978-3-00-048216-8

ECHO – ESSEN CONFERENCE FOR HEMATOLOGY AND ONCOLOGY

10. bis 12. April 2015
Essen
www.echo-essen.de

9. AIO-GI-TAG

17. bis 18. April 2015
Berlin

121. KONGRESS DER DGIM

18. bis 21. April 2015
Mannheim
www.dgim2015.de

AACR ANNUAL MEETING 2015

18. bis 22. April 2015
Philadelphia, USA
www.aacr.org/Meetings/Pages/Meeting-Detail.aspx?EventItemID=25#.U-IENKP6h6Y

9. SÄCHSISCHER KREBSKONGRESS

18. April 2015
Chemnitz
www.skk2015.de

BASISKURS PALLIATIVMEDIZIN

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer
20. bis 24. April 2015
Mannheim
www.palliativakademie-mannheim.de/palliativakademie@umm.de

8TH INTERNATIONAL MEETING KOMPETENZ-NETZWERK STAMMZELLFORSCHUNG NRW

21. bis 22. April 2015
Bonn
www.kongress.stammzellen.nrw.de/de/programm-referenten/programm.html

HÄMATOLOGIE HEUTE 2015 – „HÄMATOLOGIE & FREUNDE“

23. bis 25. April 2015
Ulm
www.haematologie-heute.de/

ONKOLOGIE KOMPAKT

unter der Schirmherrschaft der DGHO
23. bis 25. April 2015
Wilsede

UROLOGIESEMINAR

25. April 2015
Bonn
www.dgho-service.de/tagungen_seminare_weiterbildungen/urologieseminar

THE 13TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON MYELODYSPLASTIC SYNDROMES

29. April bis 2. Mai 2015
Washington D.C., USA
www.mds.kenes.com/

HÄMATOLOGIE KOMPAKT

unter der Schirmherrschaft der DGHO
7. bis 9. Mai 2015
Wilsede

6. AKADEMIE KNOCHEN UND KREBS

unter der Schirmherrschaft der DGHO
8. bis 9. Mai 2015
München

TUMORGENETISCHE ARBEITSTAGUNG

28. bis 30. Mai 2015
Göttingen – Uslar/Volpriehausen
www.tumorgenetische-arbeitstagung.de

ASCO ANNUAL MEETING 2015

29. Mai bis 2. Juni 2015
Chicago, USA
am.asco.org/

10TH INTERNATIONAL LUEBECK CONFERENCE ON THE PATHOPHYSIOLOGY AND PHARMACOLOGY OF ERYTHROPOIETIN AND OTHER HEMOPOIETIC GROWTH FACTORS

3. bis 5. Juni 2015
Lübeck
www.physio.uni-luebeck.de/index.php?id=167

11. BERLINER KREBSKONGRESS

5. bis 6. Juni 2015
Berlin
www.berliner-krebskongress.de

AKTUELLE ONKOLOGIE 2015

6. Juni 2015
Mönchengladbach

20TH CONGRESS OF EHA

11. bis 14. Juni 2015
Wien, Österreich
www.ehaweb.org/congress-and-events/annual-congress-2/20th-congress/

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

12. bis 13. Juni 2015
Bonn
www.dgho-service.de/tagungen_seminare_weiterbildungen/Trainingskurs%20Klinische%20Infektiologie%20

PSYCHO-ONKOLOGIE/KURSWEITERBILDUNG 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
www.lymphcon.ch/

UPDATE HÄMATOLOGIE / ONKOLOGIE 2015

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

FALLSEMINAR PALLIATIVMEDIZIN

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer; Modul 1
22. bis 26. Juni 2015
Mannheim
www.palliativakademie-mannheim.de/palliativakademie@umm.de

BFM-TAGUNG

25. bis 27. Juni 2015
Rostock
www.kinderkrebsinfo.de/aktuelles/termine/index_ger.html?record_id=e129213

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. INTERDISZPLINÄRES UPDATE

unter der Schirmherrschaft der DGHO
27. Juni 2015
Wiesbaden
www.gi-oncology.de/

ESMO 17TH WORLD CONGRESS ON GASTROINTESTINAL CANCER

1. bis 4. Juli 2015
Barcelona, Spanien
www.worldgicancer.com

UPDATE HÄMATOLOGIE / ONKOLOGIE 2015

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



UPDATE HÄMATOLOGIE / ONKOLOGIE 2015

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

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
www.acpel2015.org/

FALLSEMINAR PALLIATIVMEDIZIN

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer
Modul 2
14. bis 18. September 2015
Heidelberg
www.agaplesion-akademie.de
info@agaplesion-akademie.de

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

15. bis 18. September 2015
Basel, Schweiz
www.dgti2015-kongress.de/
dgti@mci-group.com

EUROPEAN CANCER CONGRESS 2015

25. bis 29. September 2015
Wien, Österreich
www.ecco-org.eu/Events/ECC2015

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

8. bis 10. Oktober 2015
Lübeck
www.dgi2015.de

JAHRESTAGUNG DER DGHO, OeGHO, SGMO UND SGH

9. bis 13. Oktober 2015
Basel, Schweiz
www.haematologie-onkologie-2015.com

ETHIK IN DER PALLIATIVVERSORGUNG – EIN MULTIPROFESSIONELLES QUALIFIZIERUNGSPROGRAMM

1. Teil: 14.10.-15.10.2015
2. Teil: 17.02.-18.02.2016
14. bis 15. Oktober 2015
Göttingen
www.palliativmedizin.uni-goettingen.de/akademie

12. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN VEREINTEN GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE CHEMIE UND LABORATORIUMS-MEDIZIN

14. bis 17. Oktober 2015
Leipzig
www.dgkl2015.de/

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
www.palliativakademie-mannheim.de/palliativakademie@umm.de

7. HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE REFRESHER-KURS STUTTGART

13. bis 14. November 2014
Stuttgart

BASISKURS PALLIATIVMEDIZIN

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer
16. bis 20. November 2015
Heidelberg
www.agaplesion.de/akademie.html
info@agaplesion-akademie.de

12. AIO-HERBSTKONGRESS

19. bis 21. November 2015
Berlin

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
www.hematology.org/Meetings/

2016

32. DEUTSCHER KREBSKONGRESS 2016

24. bis 27. Februar 2016
Berlin
www.dkk2016.de/

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.

