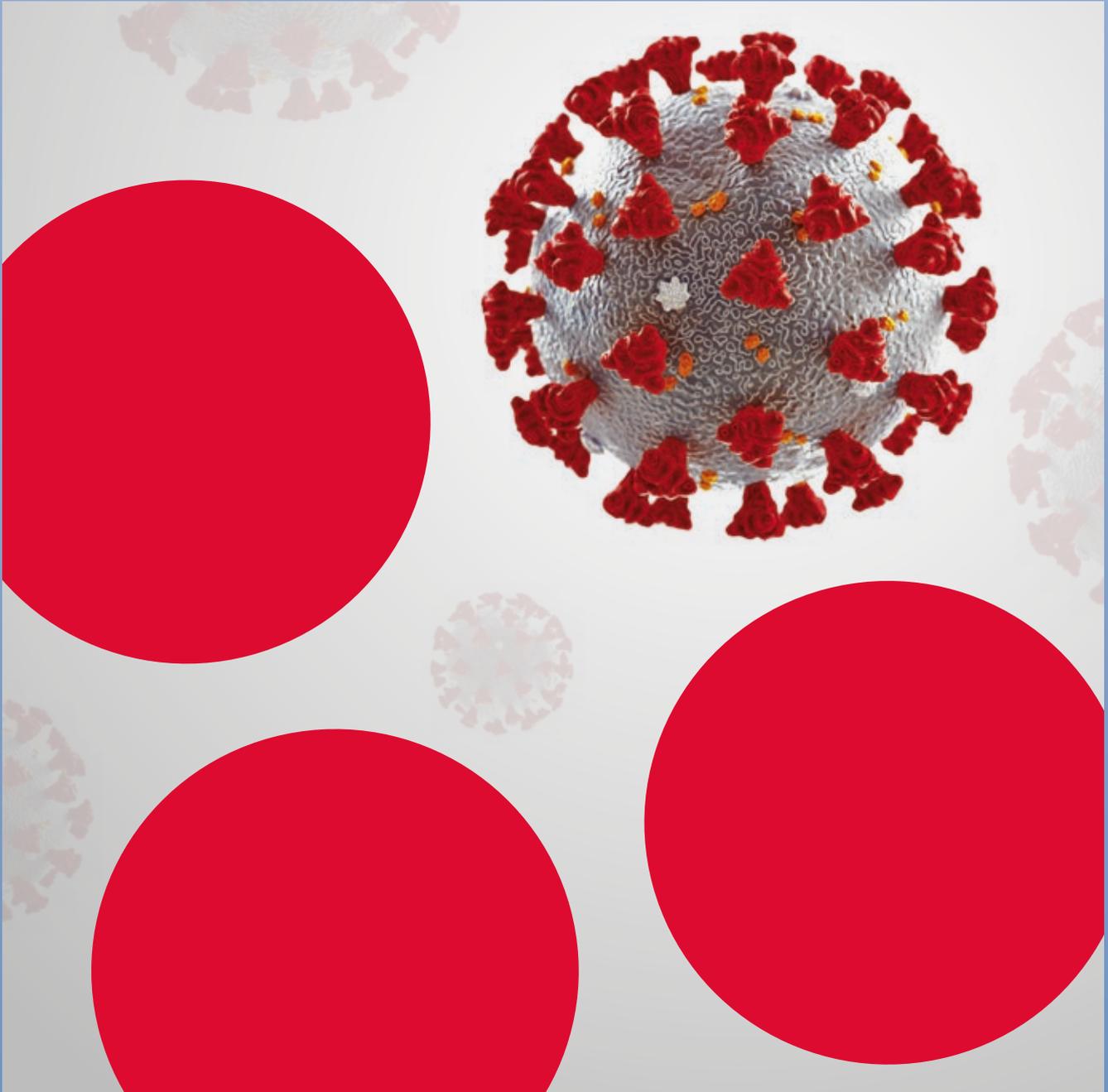


Juni | 2020

DGHO  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

# MITGLIEDER RUNDSCHREIBEN



DGHO  
COVID-19

5

DGHO  
DPD-Testung bei  
FU-haltiger Therapie

9

DGHO  
Frauen in der Häma-  
tologie und Onkologie

16



# INHALT



## DGHO

Editorial.....	3
COVID-19 – eine besondere Herausforderung für die Hämatologie und Onkologie....	5
DPD-Testung bei FU-haltiger Therapie.....	9
Gender-Parität in der Hämatologie und Onkologie .....	16
Musterweiterbildungsordnung.....	18
Stipendien-Initiative .....	19
Preisausschreibungen.....	19
Informationen für die Arbeitskreise .....	20
„Reaktivierung“ des Arbeitskreises eHealth.....	20
Nachruf Prof. Klaus Lechner....	21

## DGHO Historische Forschungsstelle

Der „Fall Czerny“ 1911 .....	22
------------------------------	----

## Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Stiftung baut digitale Angebote aus .....	30
Promotionsstipendium .....	32

## Veranstaltungen

3. Interdisziplinäre Frauenkonferenz .....	17
Trainingskurs Hämatologisch-onkologische Intensivmedizin ...	33
Veranstaltungshinweise .....	35

## DGHO Intern

Jahrestagung 2021 .....	18
Bewerbungen um die Mitgliedschaft.....	37

# Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder,

bevor Sie das aktuelle Mitglieder-rundschreiben aufschlagen, möchten wir uns bedanken. Viele unserer Kolleginnen und Kollegen haben an der Erstellung der Onkopedia-Leitlinie zu COVID-19 mitgearbeitet. Entstanden ist die Leitlinie „Coronavirus-Infektion COVID-19 bei Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen“ unter der Federführung von Prof. Marie von Lilienfeld-Toal. Die Leitlinie umfasst mittlerweile mehr als 60 Entitäten, wird regelmäßig aktualisiert und bildet den Stand des medizinischen Wissens ab.

Wir leben in turbulenten Zeiten, und jeder von uns ist auf verschiedene Art und Weise von COVID-19 betroffen. Trotz aller Bemühungen sind Infektionen in Kliniken und Ambulanzen möglich – leider sogar zu erwarten. Klar ist, dass alle Patientinnen und Patienten die notwendigen Krebstherapien erhalten müssen und sich sicher sein können, dass ihnen wie zuvor sofort und effektiv geholfen werden wird. Ein wichtiges Ziel unserer Arbeit muss es sein, in den nächsten Monaten dieses neue Infektionsgeschehen in die gängigen Abläufe der Krebstherapie zu integrieren.

COVID-19 ist auch der Grund dafür, dass wir das Format der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie von einer Präsenz- in eine virtuelle Veranstaltung wechseln. Wir haben diese Entscheidung gemeinsam mit Prof. Markus Manz, dem diesjährigen Kongresspräsidenten, und den beteiligten Fachgesellschaften getroffen. Wir sind uns bewusst, dass dieser

Formatwechsel dazu führen wird, dass uns der von uns allen hochgeschätzte direkte persönliche Austausch fehlen wird. Gleichsam sind wir aber davon überzeugt, dass sich die hohe Qualität der Jahrestagungen auch in einem virtuellen Format umsetzen lässt. Details zum Ausmaß des diesjährigen Kongresses finden Sie im vorliegenden Mitgliederrundschreiben.

Fluorouracil (FU)-haltige Arzneimittel gehören zu den am Häufigsten eingesetzten Zytostatika in der systemischen Tumorthherapie. Bei einem Teil der Patienten können schwere und lebensbedrohliche Nebenwirkungen auftreten, die Therapie-assoziierte Letalität liegt bei 0,2-1,0%. EMA und BfArM haben neue Empfehlungen zur präemptiven Testung auf einen genetisch bedingten Mangel an Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD) publiziert. Unter Leitung der DGHO haben die betroffenen Fachgesellschaften aus Deutschland, Österreich und der Schweiz ein Positionspapier mit konkreten Vorschlägen zur Umsetzung erarbeitet.

Für die aktuelle Ausgabe des Mitgliederrundschreibens hat Prof. Peter Voswinckel, Leiter der Historischen Forschungsstelle der DGHO, seinen Geschichtsvortrag zum „Fall Czerny“ ausgearbeitet, der ursprünglich auf der Frühjahrstagung 2020 gehalten werden sollte. Darin präsentiert er seine originellen Funde zu Vincenz Czerny, dem Namensgeber des Vincenz-Czerny-Preises, unter dem Titel „Mut und Zivilcourage bei der Überwindung von Fehlentwicklungen“. Aus aktuellem Anlass umschreibt er seine Ausführungen als subjektive „Überlegungen eines Historikers auf dem Wege zur ‚neuen Normalität‘ 2020“.

Lorenz Trümper  
Geschäftsführender Vorsitzender

Hermann Einsele  
Vorsitzender

Maike de Wit  
Mitglied im Vorstand

Ingo Tamm  
Mitglied im Vorstand



# COVID-19 – eine besondere Herausforderung für die Hämatologie und Onkologie

MARIE VON LILIENFELD-TOAL  
 MARIA MADELEINE RÜTHRICH  
 JÖRG JANNE VEHRESCHILD  
 BERNHARD WÖRMANN

Dieser Text wurde in veränderter Form bereits am 17. April 2020 im Deutschen Ärzteblatt publiziert.

## Einleitung

Das gehäufte Auftreten von Pneumonien durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 (engl. *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) in Wu Han, China, im Dezember 2019 führte binnen kürzester Zeit zu einem globalen Ausbruch der assoziierten Erkrankung *Corona Virus Infectious Disease 2019* (COVID-19). COVID-19 weist eine hohe klinische Variabilität auf, das Krankheitsbild schwankt zwischen einer sehr milden Symptomatik bis hin zu einem schweren Infektionsverlauf mit Atemversagen. Häufigste initiale Symptome von COVID-19 sind Fieber, Dyspnoe, Husten, Abgeschlagenheit und Myalgien (1,2). Schwere Krankheitsverläufe sind zu etwa 20% anzunehmen, etwa vier von 100 Patienten werden kritisch krank (3, 4). Die Letalität wird mit ca. 1,4% beziffert – allerdings bei einem starken Anstieg im höheren Lebensalter (5). Wesentliche Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf sind das fortgeschrittene Patientenalter, Rauchen sowie kardiovaskuläre Vorerkrankungen oder Diabetes mellitus (6).

## Bisherige Erfahrungen mit COVID-19 bei Krebspatienten – gibt es ein erhöhtes Infektionsrisiko für Krebspatienten?

Da die gesamte Bevölkerung gleichermaßen immunologisch naiv gegenüber SARS-CoV-2 ist, gibt es keinen Grund, eine unterschiedliche Infektionsrate in unterschiedlichen Kollektiven anzunehmen. Epidemiologische Daten aus China, erste Daten aus dem europäischen Fallregister LEOSS (engl. *Lean European Open Survey on SARS-CoV-2 Infected Patients*) und mündliche Aussagen italienischer Kollegen unterstützen die Annahme einer vergleichbaren Infektionsrate (7, 8), wobei relativ niedrige Fallzahlen von Patienten mit Krebserkrankungen in Europa möglicherweise auf ihr ausgeprägtes Hygienebewusstsein zurückzuführen sind.

## Gibt es ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf bei Patienten mit malignen Erkrankungen?

Es gibt nur wenige Patienten, z. B. mit akuten Leukämien, die aufgrund ihrer malignen Erkrankung selbst ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf haben. Hoch vulnerabel sind vor allem Patienten mit einer ausgeprägten, therapieassoziierten Immunsuppression [7, 8]. Ein höheres Risiko für schwerwiegende Krankheitsverläufe von Krebspatienten konnte bereits für andere respiratorische Virusinfektionen (engl. *Community-acquired respiratory viruses*, CARV) gezeigt werden (9). Manifestieren sich CARVs bei Immunkompetenten meist mit milden Erkältungen, kommt es bei Krebspatienten überproportional häufig zu Viruspneumonien mit zum

Teil lebensbedrohlicher Oxygenierungsstörung. Die assoziierte Mortalität liegt bei bis zu 25% (10-12). Eine Übertragbarkeit auf Infektionen durch SARS-CoV-2 wird durch erste Fallserien unterstützt: Eine Fallserie von 18 Krebspatienten berichtete von einem schweren Verlauf bei 7/18 (39%) infizierten Patienten (7). Eine weitere Analyse von 28 infizierten Krebspatienten ermittelte eine Komplikationsrate von 15/28 (54%), insgesamt 8/28 (29%) Patienten verstarben (8). In beiden Studien zeigte sich das Risiko für einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf kurz nach Gabe der Tumorthherapie erhöht.

## Vorgehen bei Krebspatienten

### Erste Regel: Die Prognose von Krebspatienten darf sich nicht aus Angst vor COVID-19 verschlechtern.

Trotz des höheren Komplikationsrisikos dürfen übertriebene Vorsichtsmaßnahmen nicht zu einem prophylaktischen oder unbegründeten Aussetzen der Tumorthherapie führen und somit die Krankheitskontrolle verschlechtern. Bei manifester COVID-19 Erkrankung ist es oft sinnvoll, konventionelle Chemotherapien bis zur Rekonvaleszenz aufzuschieben oder auszusetzen. Einige gezielte Therapien (*Targeted Therapy*) hingegen sind wenig immunsuppressiv und ihre Fortsetzung vermutlich unproblematisch. In Abbildung 1 sind Entscheidungskriterien für und gegen die Initiierung bzw. Fortsetzung von Krebstherapien aufgeführt, detaillierte Ausführungen sind den Onkopedia-Empfehlungen zu entnehmen. Vor Einleitung komplikationsreicher Maßnahmen wie größeren chirurgischen Eingriffen oder einer allogenen Stammzelltransplantation muss gewährleistet sein, dass ausreichend Kapazitäten vorhanden sind, schwerwiegende Komplikationen zu beherrschen.

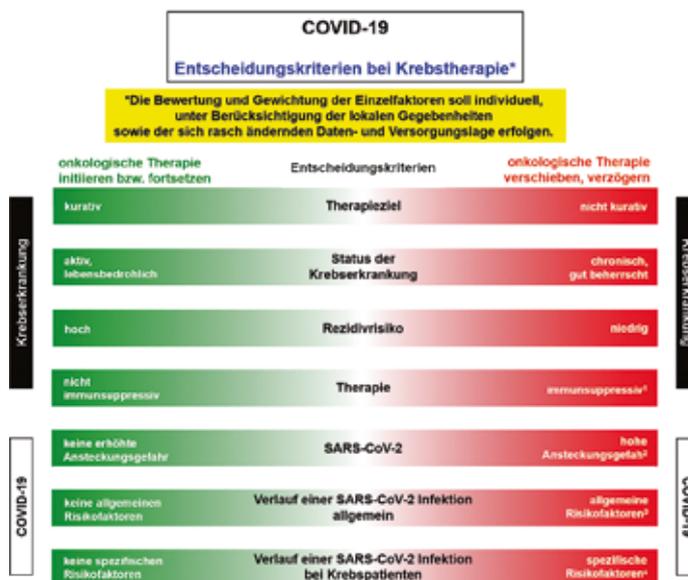


Abbildung 1: COVID-19: Entscheidungskriterien für eine Krebstherapie

**Zweite Regel: Krebspatienten dürfen keiner zusätzlichen Gefahr ausgesetzt werden.**

Um Patienten unter immunsuppressiver Therapie optimal zu schützen, sind die hygienische Händedesinfektion, Mund-Nasen-Schutz sowie die freiwillige soziale Isolation dringend empfohlen. Zur Vermeidung nosokomialer Infektionen kann ein Screening mit kontaktloser Temperaturerfassung sowie Testung auf SARS-CoV-2 aller Patienten und ggfs. auch der Mitarbeiter etabliert werden. Weiterhin sollte ein Mindestabstand von 1,5m im Wartebereich und die Unterbringung von SARS-CoV-2 negativen Patienten weit entfernt von Patienten mit gesicherten COVID-19 Infektionen gewährleistet werden. Die Zahl der ambulanten Wiedervorstellungen sollte auf das Nötigste reduziert werden. Sind Kontrollen beispielsweise in einem Speziallabor unverzichtbar, kann die Blutentnahme vom Hausarzt versandt und eine telefonische Befundbesprechung erwogen werden. Infolge der hohen Kontagiosität hat SARS-CoV-2 ein hohes Potential für nosokomiale Ausbrüche. So hatten auch in der bereits zitierten Fallserie onkologischer Patienten, 8/28 (28%) Patienten die Infektion im Krankenhaus erworben (8). Dies unterstreicht einmal mehr die Notwendigkeit, auch auf die Gesundheit des Personals zu achten. Dazu gehören neben ausreichend Personal auch ausreichend Platz und Schutzkleidung, die Möglichkeit der Testung auf SARS-CoV-2 sowie das Bewusstsein für (a)typische Symptome von COVID-19, um Infizierte frühzeitig zu identifizieren.

**Empfehlungen und Evidenz: Leitlinien – Living Guidelines**

Vor dem Hintergrund der mangelnden Evidenz sind Konsensfindungen für Patienten mit COVID-19 generell, für Krebspatienten im Besonderen eine große Herausforderung. Die DGHO profitiert hier von einer gelebten Leitlinienkultur, die bereits ein breites Spektrum an Leitlinien zu Infektionen

u. a. zu CARV bei Krebspatienten beinhaltet. Innerhalb kürzester Zeit entstand so eine spezifische COVID-19-Leitlinie. Neben allgemeinen und spezifischen Behandlungsoptionen bei COVID-19 mit anti-viralen bzw. anti-inflammatorischen Substanzen umfasst sie Empfehlungen zur Supportivtherapie. Die Onkopedia-Plattform erlaubt eine Aktualisierung der Leitlinie innerhalb von wenigen Tagen. Dem zunehmenden Erkenntnisgewinn kann somit Rechnung getragen werden.

**Erkenntnisgewinn – Register und Umfragen**

Mit der Zunahme von Substanzen für gezielte Therapien vieler Krebserkrankungen wird die Einschätzung von Risiko und Benefit von jedem einzelnen Medikament in Ausnahmesituationen wie der SARS-CoV-2 Pandemie für klinisch tätige Ärzte fast unmöglich. Vor dem Hintergrund fehlender Evidenz werden dennoch Empfehlungen erfragt. Die DGHO ist diesem Problem durch die Sammlung von Erfahrungen zu spezifischen Arzneimitteln mittels nationaler Expertenbefragungen begegnet. Zudem wurden von den verantwortlichen Onkopedia-Autoren für mehr als 60 Entitäten Empfehlungen zur Patientenbetreuung 1) angesichts der Bedrohung durch SARS-CoV-2 und 2) bei nachgewiesener Coronavirusinfektion erarbeitet. Für die Mehrheit dieser liegen aktuell noch keine spezifischen Empfehlungen vor. Generell sollten Krebspatienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion umgehend isoliert, das weitere Prozedere individuell anhand des Infektionsverlaufes entschieden und die Therapie bei infektiös symptomatischen Patienten – analog zu dem Vorgehen bei anderen Virusinfektionen – verschoben werden. Entitätsspezifische Empfehlungen für die Betreuung der Patienten bei nachgewiesener Infektion konnten primär für hämatologische Neoplasien erarbeitet werden. So sollte u. a. bei DLBCL in der Rezidivsituation auf pneumotoxische Medikamente verzichtet werden. Für MPNs wird die Therapiefortsetzung empfohlen, um die Patienten nicht durch unerwünschte Effekte infolge des Absetzens (Rebound-Phänomen bei Ruxolitinib) zu gefährden. Für HZL ist die Therapie mit Purin-Analoga nicht empfohlen, im Falle einer dringenden Therapieindikation können BRAF-Inhibitoren eingesetzt werden. Die Ergebnisse der nationalen Expertenbefragungen zum „Management gezielter Therapien (Targeted Therapy) bei Krebspatienten mit COVID-19“ sind als eigenständige Sammlung auf der Onkopedia-Plattform mit aufgeführt. Teilgenommen haben 91 Experten. Eindeutige Zustimmung (>90%) zeigte sich hierbei für die Therapiefortführungen von HER-2 neu Antikörpern, ALK-TKI, BCR-ABL TKI, BRAF, EGFR-TKI und Hydroxyurea. Die Mehrheit der Experten (>70%) sprach sich für die Weitergabe von CDK4/6 Inhibitoren, VEGF-Antikörpern, PARP Inhibitoren, HDAC Inhibitoren sowie niedrig-dosierter Steroide (<20mg/d Prednisolon) und gegen die Therapiefortführung hoch-dosierter Steroide (> 20mg/d Prednisolon) aus. Für CD20 Antikörper, CD38 Antikörper, Immuncheckpoint-Inhibitoren, Bcl2-Inhibitoren, demethylierende Substanzen, BTK-Inhibitoren, JAK-STAT Inhibitoren, mTOR Inhibitoren, Proteasominhibitoren und IMiDs

Nur für DGHO-Mitglieder sichtbar.



zeigte sich kein eindeutiges Votum für oder gegen die Fortführung der Therapie. Die Ergebnisse sind graphisch nach Substanzklasse dargestellt, detaillierte Angaben sind in der Sammlung zu finden. Parallel zu den Umfragen werden bereits seit einigen Wochen Krebspatienten mit COVID-19 regelhaft in das LEOSS-Register in die Subgruppe der Patienten mit malignen Erkrankungen eingebracht. Bis zum 18. April 2020 konnten 133 der insgesamt 1062 Patienten dieser Subgruppe zugeordnet werden. Neben den Informationen zum Infektionsgeschehen fließen auch Daten zum Krankheitsstatus und der aktuellen Therapie mit ein. Dadurch können die Experteneinschätzungen zur Krebstherapie während der SARS-CoV-2-Pandemie möglichst rasch durch echte Daten ergänzt und ersetzt werden.

Hämatologische und onkologische Patienten weisen ein erhöhtes Risiko für einen schwereren Verlauf von COVID-19 auf. Im Zuge der Entscheidungsfindung über die Fortsetzung oder den Aufschub der Tumorthherapie müssen die verstärkte Immunsuppression oder Hyperinflammation gegenüber der Prognoseverschlechterung der Krebserkrankung abgewogen werden. Evidenz dazu gibt es bisher noch nicht. Die DGHO begegnet dieser Lücke mit einer Kombination aus Empfehlungen, die aus ähnlichen Krankheitssituationen abgeleitet werden können, Empfehlungen, die auf der Einschätzung von Experten beruhen und dem raschen und konzertierten Gewinnen und Verarbeiten von Evidenz durch breite Teilnahme an dem europäischen Register LEOSS.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

1. Giacomelli, A., et al., Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. *Clin Infect Dis*, 2020.
2. WHO, Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020: World Health Organization (WHO).
3. ESOIC, M., ESICM Webinar – Update on Coronavirus. 2020, European Society Of Intensive Care Medicine.
4. Wu, Z. and J.M. McGoogan, Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 2020.
5. Guan, W.J., et al., Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*, 2020.
6. RKI. SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 2020 03.04.2020]; Available from: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html).
7. Liang, W., et al., Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*, 2020. 21(3): p. 335-337.
8. Zhang, L., et al., Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: A retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Ann Oncol*, 2020.
10. Ljungman, P., et al., Outcome of pandemic H1N1 infections in hematopoietic stem cell transplant recipients. *Haematologica*, 2011. 96(8): p. 1231-5.
11. Chemaly, R.F., et al., A multicenter study of pandemic influenza A (H1N1) infection in patients with solid tumors in 3 countries: early therapy improves outcomes. *Cancer*, 2012. 118(18): p. 4627-33.
12. Schnell, D., et al., Risk factors for pneumonia in immunocompromised patients with influenza. *Respir Med*, 2010. 104(7): p. 1050-6.

## COVID-19 bei Krebspatienten



### Informationen zu COVID-19

(MO) Die Zahl der weltweit und der in Deutschland an dem neuen Coronavirus SARS-CoV-2 erkrankten Menschen steigt rasch. Zum einen sind Patientinnen und Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen besonders vulnerabel für die vom Virus ausgelöste Erkrankung COVID-19. Zum anderen sind die Patientinnen und Patienten besonders verunsichert. Seit dem 2. März 2020 veröffentlicht die DGHO kontinuierlich Informationen sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Ärztinnen und Ärzte.

Unter der Federführung von Prof. Marie von Lilienfeld-Toal ist die Onkopedia-Leitlinie „Coronavirus-Infektion (COVID-19) bei Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen“ entstanden. Die Leitlinie umfasst mittlerweile mehr als 60 Entitäten. Sie wird regelmäßig aktualisiert und bildet den Stand des medizinischen Wissens ab.

Auf zwei Übersichtsseiten haben wir für Sie alle Informationen zu COVID-19 zusammengestellt.

#### [www.onkopedia.com/covid-19](http://www.onkopedia.com/covid-19)

- Onkopedia-Leitlinie „Coronavirus-Infektion (COVID-19) bei Patienten mit Blut und Krebserkrankungen“
- Management gezielter Therapie (Targeted Therapy) bei Krebspatienten mit COVID-19
- Expertenmeinungen der jeweils für die einzelnen Entitäten verantwortlichen Autoren
- Nachrichten

#### <https://www.dgho.de/covid-19>

- News
- Links zu den Onkopedia-Dokumenten
- Pressemitteilungen
- Informationen für Patienten
- Sonstige Dokumente

Wir leben in turbulenten Zeiten, und jeder von uns ist auf verschiedene Art und Weise von COVID-19 betroffen. Trotz aller Bemühungen sind Infektionen in Kliniken und Ambulanzen möglich – leider sogar zu erwarten. Klar ist, dass alle Patientinnen und Patienten die notwendigen Krebstherapien erhalten müssen und sich sicher sein können, dass ihnen wie zuvor sofort und effektiv geholfen werden wird. Ein wichtiges Ziel unserer Arbeit muss es sein, in den nächsten Monaten dieses neue Infektionsgeschehen in die gängigen Abläufe der Krebstherapie zu integrieren.



# Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD) – Testung vor Einsatz von 5-Fluorouracil, Capecitabin und Tegafur

JUNI 2020

*Dies ist eine vorläufige Version. Die finale Version enthält die landesspezifischen Regelungen aus Österreich und der Schweiz und in wird in Kürze separat veröffentlicht.*

## Zusammenfassung

Fluorouracil (FU)-haltige Arzneimittel gehören zu den am Häufigsten eingesetzten Zytostatika in der systemischen Tumortherapie. Bei einem Teil der Patienten können schwere und lebensbedrohliche Nebenwirkungen auftreten, die therapieassoziierte Letalität liegt bei 0,2 – 1,0%. Das Risiko schwerer Nebenwirkungen unter einer FU-haltigen Therapie wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Eine Ursache ist der genetisch bedingte Mangel an Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD), einem für den Abbau von FU verantwortlichen Enzym. Zugrunde liegen Varianten im Dihydropyrimidin-Dehydrogenase Gen (*DPYD*). Diese sind selten, bei den Trägern aber mit einem signifikanten Risiko für schwere Nebenwirkungen assoziiert.

Vor dem Hintergrund, dass bis zu 9% der Patienten europäischer Herkunft eine DPD-Genvariante tragen, die zu einer verminderten Aktivität führt, und ca. 0,5% einen vollständigen Mangel aufweisen, hat die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) empfohlen, alle Patienten vor einer systemischen Therapie mit den FU-haltigen Arzneimitteln 5-Fluorouracil (5-FU), Capecitabin und Tegafur auf einen DPD-Mangel zu testen [1]. Diese Empfehlung ist bereits Bestandteil der Fachinformationen der betroffenen Arzneimittel. Wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften aus Deutschland, Österreich und der Schweiz haben Vorschläge zur Umsetzung dieser Empfehlung erarbeitet. Diese sind:

- Patienten sollen vor einer FU-haltigen Therapie auf die vier häufigsten, genetischen *DPYD*-Varianten getestet werden. Diese sind, bezogen auf die *DPYD*-Transkriptvariante 1:
  - *DPYD*\*2A (c.1905+1G>A; IVS14+1G>A; rs3918290)
  - *DPYD*\*13 (c.1679T>G; rs55886062)
  - Polymorphismus c.2846A>T (rs67376798) und
  - HaplotypB3 (c.1236G>A; c.1129-5923C>G).
- Das Ergebnis der genetischen Analyse ist Basis eines differenzierten, risiko-adaptierten Algorithmus mit Empfehlungen zur Therapie mit FU-haltigen Arzneimitteln, siehe Abbildung 1. Die genetische Analyse kann durch therapeutisches Drug Monitoring ergänzt werden.

- Die Umsetzung der Therapieempfehlungen muss unter Berücksichtigung der individuellen Erkrankungssituation und der möglicherweise vorhandenen Therapiealternativen erfolgen.
- Die Testung muss qualitätsgesichert durchgeführt werden. Das Ergebnis soll innerhalb einer Woche vorliegen. Das Ergebnis der Testung ist prädiktiv für die Durchführung der geplanten Chemotherapie und damit obligater Bestandteil der personalisierten Therapieplanung.
- Eine Alternative zur genetischen Analyse ist der prätherapeutische Nachweis von Uracil im Plasma bzw. die Bestimmung der DPD-Aktivität in Leukozyten, die Datenbasis für dieses Vorgehen ist allerdings schmaler als für die DPD-Gendiagnostik.

Die Empfehlungen zur personalisierten Dosierung FU-haltiger Arzneimittel können bei einer kleinen Gruppe von Patienten das Risiko schwerer und lebensbedrohlicher Nebenwirkungen unter einer FU-haltigen Therapie reduzieren und in die leitliniengerechte Versorgung der betroffenen Patienten\* integriert werden, ohne den Behandlungsablauf zu verzögern. Bei der molekulargenetischen Testung auf *DPYD*-Varianten handelt es sich um eine diagnostische Untersuchung im Sinne von § 3 Nr. 7 c des Gendiagnostikgesetzes (GenDG), die einer ärztlichen Aufklärung und einer Einwilligung der Patienten bedarf. Entsprechend der Klassifikation der Gendiagnostik-Kommission sind *DPYD*-Varianten als pharmakogenetische Eigenschaften mit hoher Bedeutung einzuordnen.

## Fluorouracil (FU), Capecitabin, Tegafur

5-Fluorouracil (5-FU) ist ein Antimetabolit aus der Substanzklasse der Fluoropyrimidine. Es wurde erstmals 1957 synthetisiert [2], und wird seit 1958 in der Onkologie eingesetzt [3, 4]. 5-FU wird nach der Aufnahme zu den aktiven Metaboliten FdUMP (Fluorodeoxyuridinmonophosphat), FdUDP (Fluorodeoxyuridindiphosphat) und FdUTP (Fluorodeoxyuridintriphosphat) umgewandelt. Als zentraler Wirkmechanismus von 5-FU wird die Inhibition der Thymidylat-Synthase (TS) durch FdUMP angesehen. TS spielt eine zentrale Rolle im Folsäure-Homocystein-Zyklus sowie in der Purin- und Pyrimidin-Synthese. FdUDP und FdUTP können als Pyrimidin-Analoga in RNS und DNS eingebaut werden und die Zellteilung hemmen.

\* Die in diesem Text verwendeten Genderbegriffe vertreten alle Geschlechterformen.

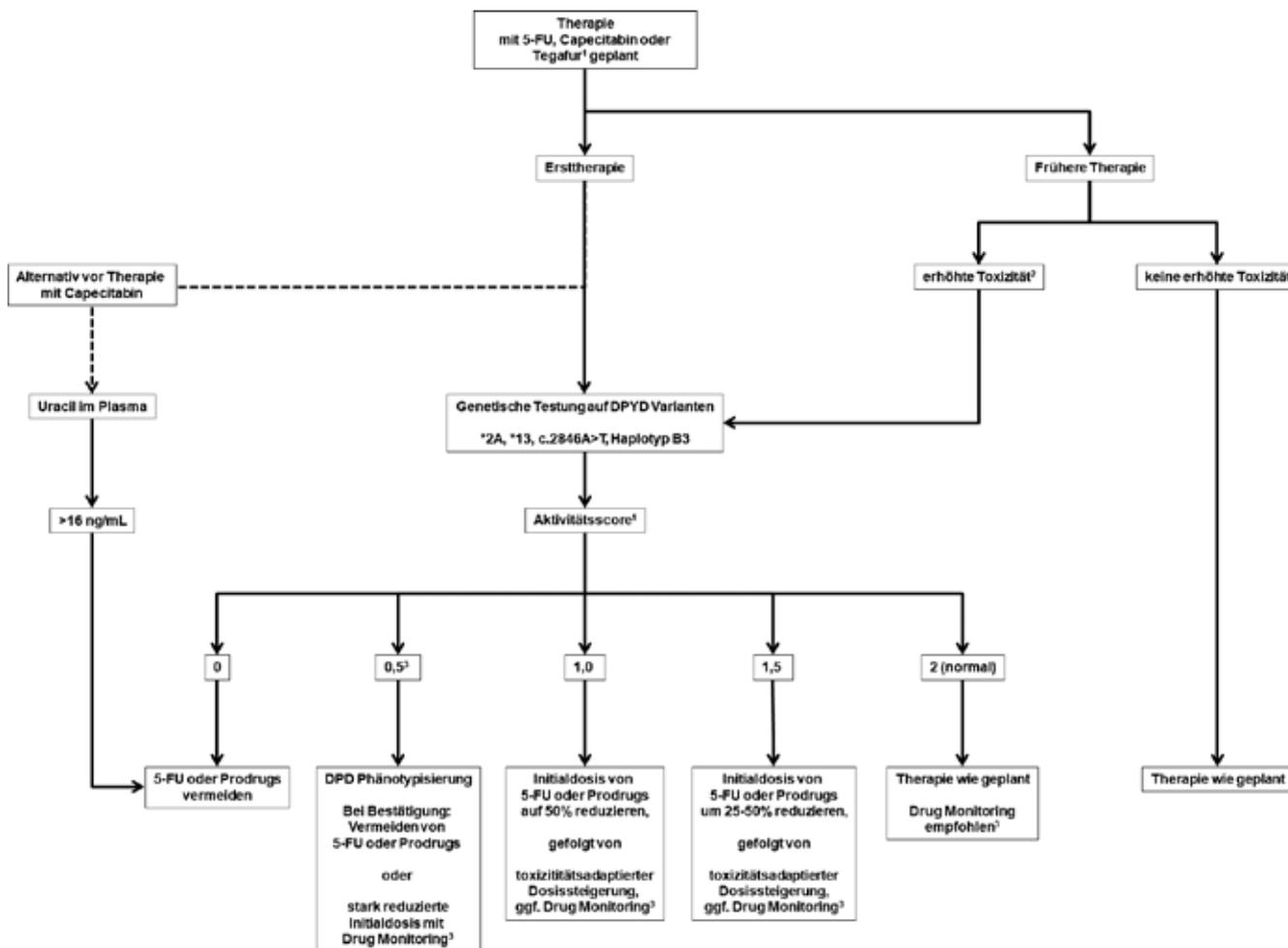


Abbildung 1: Diagnostik vor FU-haltiger Therapie und Therapieempfehlungen

- 1 Die Empfehlungen zum Aktivitätsscore-gesteuerten Einsatz von Tegafur erfolgen in Analogie zu 5-FU und Capecitabin, ohne eigene Evidenz zu diesem Arzneimittel;
- 2 falls auch nach letzter Dosisreduktion noch Toxizitäten aufgetreten sind oder ein Therapiebeginn mit voller Dosis erwogen wird.
- 3 Drug Monitoring ist nur bei 5-FU sinnvoll.

5-FU steht auf der WHO Model List of Essential Medicines. Die systemische, intravenöse Gabe von 5-FU ist für die Therapie von Patienten mit fortgeschrittenem kolorektalem Karzinom, Magenkarzinom, Pankreaskarzinom sowie fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom zugelassen. 5-FU gehört ebenfalls zum Therapiestandard bei Patienten mit lokal begrenztem Kolon- und Rektum-, Magen- und Pankreaskarzinom, beim fortgeschrittenem Ösophaguskarzinom, bei Karzinomen des Kopf-Hals-Bereichs und bei anderen, selteneren Tumorentitäten sowohl in lokal begrenzten als auch in fortgeschrittenen Stadien [5, 6].

Weiterentwicklungen von 5-FU waren die beiden, auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz zugelassenen, oralen Prodrugs Capecitabin und Tegafur. Sie werden nach der Resorption in der Leber zu 5-Fluorouracil metabolisiert. Capecitabin ist zugelassen für die Therapie von Patienten mit lokal begrenztem Kolonkarzinom, fortgeschrittenem kolorektalem Karzinom, Magenkarzinom und Mammakarzinom. Es gehört ebenfalls zum Therapiestandard bei Patienten mit lokal begrenztem Rektumkarzinom in Kombination mit Strahlentherapie, bei nicht erreichter pathologisch-kompletter Remission nach neoadjuvanter Chemotherapie beim

triple-negativen Mammakarzinom, sowie bei anderen 5-FU-sensitiven Karzinomen [5, 6]. Tegafur ist in der fixen Kombination mit Gimeracil und Oteracil (Teysono®) für die Therapie von Patienten mit fortgeschrittenem Magenkarzinom zugelassen.

Eine andere Zubereitungsform ist die 5-FU-Salbe. Sie ist zur topischen Anwendung bei Patienten mit solaren und senilen Keratosen, Morbus Bowen, einzelnen und multiplen oberflächlichen Basaliomen sowie prämaligen Veränderungen in strahlengeschädigter Haut zugelassen. Auch nach topischer Anwendung von 5-FU sind einzelne Fälle mit symptomatischer Neutropenie und charakteristischen, neurologischen Nebenwirkungen beschrieben worden [7], diese werden auch in den Fachinformationen genannt. Mit der Begründung niedriger, systemischer Wirkspiegel nach topischer Anwendung hat das Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) diese Arzneimittel von den Empfehlungen zur präemptiven Testung ausgenommen.

Ebenfalls zur Substanzklasse der FU-haltigen Fluoropyrimidine gehört das Antimykotikum Flucytosin. Es ist zugelassen für die Therapie von Patienten mit Systemcandidosen,

Kryptokokken-Meningitis und Chromoblastomykose. In den aktuellen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Hämatologie und Onkologie (AGIHO) der DGHO wird Flucytosin derzeit nur für die Therapie von Infektionen mit *Cryptococcus neoformans* in Kombination mit liposomalem Amphotericin B empfohlen [8]. Die EMA hat Flucytosin ebenfalls von den Empfehlungen zur präemptiven Testung ausgenommen, hier mit Hinweis auf die dringende und unverzüglich einzuleitende Therapie. Unter Flucytosin wird ein regelmäßiges Drug-Monitoring empfohlen. Für Patienten mit bekannter kompletter DPD-Defizienz ist die Behandlung mit Flucytosin kontraindiziert.

### Fluorouracil (FU)-assoziierte Toxizität

5-FU, Capecitabin und Tegafur werden von vielen Patienten relativ gut vertragen. Etwa 30% der schweren Toxizitätsreaktionen (WHO Grad 3-4), insbesondere Diarrhoe, Mukositis, Hand-Fuß-Syndrom, Myelosuppression mit tiefer und langdauernder Neutropenie sowie Neurotoxizität, sind durch DPD Mangel erklärbar [9, 10, 11]. Die Letalität liegt bei 0,2 – 1% [12, 13, 14, 15]. Weitere häufige Nebenwirkungen sind Anorexie/Übelkeit/Erbrechen, Kardiotoxizität mit Ischämie- oder Kardiomyopathie-typischen EKG-Veränderungen, Alopezie, Hyperurikämie und Erhöhung von Leberwerten.

Das Risiko individueller Nebenwirkungen unter einer Therapie mit 5-FU wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Diese können in genetische und nicht-genetische Ursachen unterschieden werden. Zu den nicht-genetischen Faktoren gehören Dosierung, Applikationsdauer, Biomodulation mit Folsäure, Komedikation und Alter [16, 17]. Zu den genetischen Ursachen gehören weibliches Geschlecht sowie Varianten der 5-FU-metabolisierenden Enzyme. Hierbei spielt die DPD eine zentrale Rolle, erstmals bereits 1988 beschrieben [18]. Weitere mögliche Rollen spielen die Thymidylat-Synthase (TS) als zentrales pharmakologisches Substrat von 5-FU, und die Methylentetrahydrofolatreduktase (MTHFR), entscheidend für die Synthese des Folat-Kofaktors als Inhibitor der Thymidylat-Synthase.

Eine bekannte, vollständig fehlende DPD-Aktivität ist seit langem eine Kontraindikation für die Therapie mit FU-haltigen Arzneimitteln.

In einer kürzlich veröffentlichten „Real-life“ Studie aus Frankreich wird hochgerechnet, dass jährlich 76.200 Patienten mit einer fluoropyrimidin-haltigen Chemotherapie behandelt werden, von denen 1.200 eine lebensbedrohliche Toxizität erleiden bzw. 150 Patienten pro Jahr versterben [19].

### Empfehlungen der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) vom April 2020

Auf Antrag der französischen Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) vom

31. März 2019 hat die EMA eine Überprüfung der Evidenz zu „New testing and treatment recommendations for fluorouracil, capecitabine, tegafur and flucytosine“ durchgeführt.

Die EMA empfiehlt [1],

- Patienten vor Beginn der Behandlung mit Fluorouracil (als Injektion oder Infusion), Capecitabin und Tegafur auf DPD-Mangel zu testen. Dies kann erfolgen durch
  - durch die Messung des Spiegels von Uracil *oder*
  - durch die Prüfung auf das Vorhandensein bestimmter Polymorphismen (Veränderungen) im Gen für DPD.
- dass Patienten mit einem bekannten vollständigen DPD-Mangel keine Injektion oder Infusion mit Fluorouracil, kein Capecitabin oder Tegafur, und kein Flucytosin erhalten dürfen.
- dass bei Patienten mit einem partiellen DPD-Mangel eine reduzierte Anfangsdosis dieser Arzneimittel in Betracht gezogen werden soll, dass die Folgedosen beim Fehlen schwerer Nebenwirkungen erhöht werden können, und dass eine regelmäßige Überwachung der Fluorouracil-Blutspiegel unter kontinuierlicher Infusion das Behandlungsergebnis verbessern kann.

Von dieser Empfehlung nicht betroffen ist die Behandlung schwerer Pilzinfektionen mit Flucytosin (ein weiteres mit Fluorouracil verwandtes Arzneimittel), da der Beginn der Behandlung nicht verzögert werden sollte. Für die Behandlung mit topischem Fluorouracil ist das Testen auf DPD Mangel nicht erforderlich.

Die Empfehlungen der EMA sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgegriffen worden [20].

### Vorhersage der FU-Toxizität

#### Phänotyp

Es gibt eine Reihe von laborchemischen Ansätzen zur Identifizierung von Patienten mit einem DPD-Mangel:

- Bestimmung von Uracil im Plasma
- Bestimmung der DPD- und der TS-Aktivität in mononukleären Zellen
- Bestimmung des physiologischen Verhältnisses von Dihydrouracil/Uracil (UH<sub>2</sub>/U) in Blut, Urin oder Speichel
- Bestimmung von UH<sub>2</sub>/U nach einer Testdosis Uracil

Daten großer prospektiver oder metaanalytischer Studien mit Einsatz der verschiedenen laborchemischen Verfahren mit klinischen Endpunkten bei Patienten vor und unter einer 5-FU-haltigen Chemotherapie fehlen. Die bisher vorliegenden Daten aus drei prospektiven und aus weiteren Kohortenstudien können folgendermaßen zusammengefasst werden [10]:

- Die Bestimmung von Uracil im Plasma ist für die Vorhersage einer Capecitabin-Toxizität geeignet [21]. Ein Uracil-Spiegel von >16ng/ml ist prädiktiv für eine Toxizität im CTCAE Grad 4. Der Anteil von Patienten mit diesem Uracil-Spiegel liegt bei etwa 3%.
- Die enzymatische Aktivität von DPD zeigt eine große interindividuelle Variabilität und einen circadianen Rhythmus [22]. Daten prospektiver Studien zur Korrelation mit 5-FU-assoziiierter Toxizität fehlen. Die DPD-Aktivität in mononukleären Zellen korreliert mit dem Uracil-Spiegel.
- Die Ergebnisse der Bestimmung von Uracil im Plasma sind vergleichbar denen der Bestimmung des Verhältnisses UH2/U [23]. Als Toxizitätsprädiktor ist die Messung des plasmatischen Uracil-Spiegels der Bestimmung des Verhältnisses UH2/U überlegen [21].

In Deutschland gehört die Bestimmung von Uracil, des Quotienten UH2/U oder der Enzymaktivität von DPD bisher nicht zum Standardverfahren vor einer Therapie mit FU-haltigen Arzneimitteln. In den Niederlanden ist die Bestimmung der DPD-Enzymaktivität in Leukozyten als alternative Methode zur Genotypisierung eingeführt [24].

## Genotyp

### Testung auf Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Varianten

Entscheidend für die Wirksamkeit, aber auch für die Toxizität von 5-FU ist die intrazelluläre Metabolisierung. Nur ein kleiner Teil der applizierten Dosis wird zu den aktiven Metaboliten FdUMP, FdUDP und FdUTP umgewandelt. 80-90% werden sehr rasch durch das DPD zu dem inaktiven Metaboliten 5,6-Dihydro-5-Fluorouracil umgewandelt. Physiologisch ist DPD ein entscheidendes Enzym im Katabolismus der Pyrimidinbasen Uracil und Thymidin. DPD wird hoch in

der Leber exprimiert. In Blutzellen ist die Konzentration in Monozyten, gefolgt von Lymphozyten, Granulozyten und Thrombozyten am höchsten. In Erythrozyten ist keine signifikante Aktivität nachweisbar [25]. Eine pharmakologische Blockade von DPD steigert die intrazelluläre Konzentration von 5-FU und führt zu einer höheren Rate aktiver Metaboliten. Sie ist Grundlage von Kombinationstherapien mit einer Bolusgabe von Folinsäure vor der 5-FU-Infusion.

DPD-Mangel ist eine seltene, autosomal rezessiv vererbte Erkrankung. Das klinische Bild ist sehr variabel und reicht von Asymptomatik bis zu einem in der frühen Kindheit symptomatischen Krankheitsbild mit Mikrozephalie sowie schweren neurologischen Symptomen mit mentaler und motorischer Retardierung [26, 27, 28]. 1995 und 1996 wurden erstmals genetische Aberrationen im DPD-Gen bzw. genetisch bedingte Aberrationen des DPD-Transkriptes als Ursache gesteigerter, 5-FU induzierter Toxizität beschrieben [29, 30].

DPD wird vom *DPYD*-Gen kodiert. Es ist auf Chromosom 1p21.3 lokalisiert und umfasst 23 kodierende Exone (Transkriptvariante 1) [31]. Bisher wurden etwa 160 allelische Varianten publiziert. Sie können einen Einfluss auf die Proteinsequenz oder auf das RNS-Spleißen haben. Der GnomAD-Browser enthält mehr als 2.000 *DPYD*-Varianten. Die meisten haben keinen Einfluss auf die Funktion des Enzyms. Bei einigen Varianten gibt es eine Genotyp-Phänotyp-Korrelation. Der DPD-Phänotyp wird jedoch durch weitere Faktoren beeinflusst [16, 32, 33]

Eine inzwischen gängige Einteilung klassifiziert die metabolische Aktivität von DPD in einen Score von 0 – 2 ein [11, 23], siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Nomenklatur der häufigeren und funktionell relevanten *DPYD*-Varianten [11]

Bezeichnung (Allelvariante)	rsID <sup>1</sup>	Nukleotidsequenz/ Aminosäuresequenz <sup>2</sup>	Enzymatische Aktivität <sup>3</sup>	Allelfrequenz <sup>4</sup>	Träger mit >1 Allelvariante in % <sup>4</sup>	Toxizität <sup>5</sup>
Wildtyp			1	-		
*2A	rs3918290	c.1905+1G>A Exon14 Skipping	0	0,006	0,9 – 1,5	2,9 (1,8 – 4,6)
*13	rs55886062	c.1679T>G I560S	0	0,001	0,1 – 0,2	4,4 (2,1 – 9,3)
	rs67376798	c.2846A>T D949V	0,5	0,007	1,1 – 1,5	3,0 (2,2 – 4,1)
Haplotyp B3	rs75017182	c.1129-5923C>G	0,5	0,022	4,3 – 4,7	1,6 (1,3 – 2,0)
	im vollständigen Kopplungsungleichgewicht mit dieser intronischen Variante <sup>6</sup>					
	rs56038477	c.1236G>A				

<sup>1</sup> rsID – nach SNP (Single Nucleotide Polymorphism) database; <sup>2</sup> Sequence Variant Nomenclature; <sup>3</sup> schematische Klassifikation, siehe Tabelle 2;

<sup>4</sup> bei Kaukasiern; <sup>5</sup> Relatives Risiko für schwere Toxizität unter FU-haltiger Therapie, Konfidenzintervall in Klammern; <sup>6</sup> diese Varianten treten immer gemeinsam auf (Haplotyp)

Der relevanteste Polymorphismus für den 5-FU-Metabolismus ist *DPYD\*2A* (c.1905+1G>A; IVS14+1G>A; rs3918290). Die Variante eliminiert die Spleiß-Akzeptor-Stelle von Exon 14, führt zu einem „Skipping“ (Überspringen) des 165 Basenpaare umfassenden Exons und damit zu einem trunkierten, funktionell inaktiven Protein. Homozygotie für *DPYD\*2A* ist für etwa die Hälfte der schweren DPD-Defizienzen verantwortlich. Einen ebenso deletären Einfluss auf die DPD-Aktivität bei Homozygoten hat *DPYD\*13* (c.1679T>G; rs55886062). Diese *missense*-Variante in Exon 13 führt zum Aminosäureaustausch Ile560Ser und zu einem inaktiven Protein, ist aber deutlich seltener. Bei Heterozygotie für eine dieser beiden Varianten ist die Genaktivität reduziert, ebenfalls bei Compound-Heterozygotie mit einer anderen Mutation (c.2846A>T oder c.1129-5923C>G).

Diese Aussagen zur Häufigkeit von DPD-Varianten beziehen sich auf Personen europäischer Herkunft (Caucasians), nicht auf asiatische oder afrikanische Ethnien. Bei Personen afrikanischer Herkunft ist die *DPYD*-Variante Y186C (c.557A>G) gehäuft mit kritischer Toxizität assoziiert.

Tabelle 2 fasst die beiden schwächsten Allel-Aktivitäten in einem Summenscore zusammen und leitet daraus Dosisempfehlungen ab [11, 24].

**Tabelle 2:** Vorhersage des DPD-Phänotyps auf der Basis der beiden schwächsten Allel-Aktivitäten [11]

Genotyp	Score der Aktivität
kein Träger einer <i>DPYD</i> -Variante mit verminderter oder fehlender Funktion (*1/*1)	2.0
Heterozygoter Träger einer <i>DPYD</i> -Variante mit verminderter Funktion (*1/c.1236G>A oder *1/c.2846A>T)	1,5
Heterozygoter Träger einer <i>DPYD</i> -Variante mit fehlender Funktion (*1/*2A oder *1/*13)	1
Träger von zwei <i>DPYD</i> -Varianten mit verminderter Funktion (z. B. *1/c.1236G>A und *1/c.2846A>T) oder Träger einer <i>DPYD</i> -Variante mit reduzierter Funktion und einer Variante mit fehlender Funktion (Kombination von c.1236G>A oder *1/c.2846A>T mit *2A oder *13, also z. B. c.2846A>T)	0,5*
Homozygoter Träger einer <i>DPYD</i> -Variante mit fehlender Funktion (*2A/*2A; *13/*13) oder Heterozygoter Träger von zwei <i>DPYD</i> -Varianten mit fehlender Funktion (*2A/*13)	0

Eine sichere Festlegung auf einen Aktivitätsscore von 0,5 ist schwierig und erfordert eine zusätzliche Phänotypisierung [24]

### 5-FU Dosierung nach *DPYD* Genotyp und Toxizitätsreduktion

Basis der jetzigen Empfehlungen zur Reduktion der FU-induzierten Toxizität sind vor allem Studien aus den Niederlanden. In einer prospektiven Studie mit 2.038 Patienten wurde der heterozygote *DPYD*-Genotyp \*2A bei 22 (1,1%) Patienten gefunden [34]. Eine Reduktion der ursprünglich geplanten Fluoropyrimidindosis (intravenöses 5-FU oder Capecitabin)

auf 50% reduzierte die Rate der FU-assoziierten Toxizität im CTCAE Grad >3 auf 28%. Sie lag damit im Bereich der Rate von FU-assoziierte Toxizität bei Patienten mit *DPYD\*2A* Wildtyp (23%) und deutlich niedriger als im historischen Vergleich bei 51 *DPYD\*2A* heterozygoten Patienten (73%). Durch die Genotyp-gesteuerte Dosisreduktion wurde die Rate FU-induzierter Letalität von 10% auf 0% gesenkt.

In einer weiteren Analyse wurden 1.103 Patienten auf 4 verschiedene Genotypen (*DPYD\*2A*, c.1679T>G, c.284A>T, c.1236G>A) gescreent [35]. Heterozygote *DPYD*-Varianten fanden sich bei 8% der Patienten. Die Genotyp-gesteuerte Reduktion der FU-Dosis um 25-50% (\*2A oder \*13 auf 50%, c.284A>T oder c.1236G>A um 25%) führte zu einer deutlichen Senkung der Toxizität gegenüber der historischen Kontrolle mit einem relativen Risiko von 1,31 – 4,00, abhängig vom Genotyp. 4 Patienten (0,36) waren homozygot oder Compound-heterozygot und erhielten kein Fluoropyrimidin. Kein therapie-assoziiertes Todesfall wurde beobachtet.

Zusätzliche Analysen zeigten die Kosteneffizienz der Genotypisierung [34, 36, 37].

### Testung auf andere genetische Varianten

Genetische Varianten von Thymidylat-Synthase und Methylentetrahydrofolatreduktase, aber auch von weiteren anderen Genen wie miR-27a können das Ansprechen auf 5-FU und die Toxizität beeinflussen [38, 39, 40]. Es fehlen bisher ausreichend große, prospektive, klinische Studien zur Identifikation von singulären Varianten oder eines Sets genetischer Varianten für den klinischen Einsatz, idealerweise auch zur eindeutigen Bestätigung früherer Ergebnisse.

### Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)

Eine zusätzliche Möglichkeit zur Optimierung personalisierter FU-haltiger Therapien ist das therapeutische Drug Monitoring [41]. Es basiert auf der Bestimmung der Plasmaspiegel unter laufender 5-FU-Dauerinfusion nach Therapie-Applikation. Die Ergebnisse, auch aus der Versorgung in Deutschland, zeigen eine hohe Variabilität der Plasmaspiegel [42]. In einer prospektiven, randomisierten Studie an 208 Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom führte die Pharmakokinetik-gesteuerte Adaptation der 5-FU Dosis zu einer signifikanten Steigerung der Remissionsrate und zur Senkung der Toxizität im CTCAE Grad 3/4 [43]. Das TDM unter FU-haltiger Therapie ist in Deutschland bisher nicht flächendeckend etabliert. Es kann ein kostengünstiger Weg zu einer personalisierten Therapie mit FU-haltigen Arzneimitteln sein. Es wird insbesondere bei Patienten mit erhöhter Toxizität unter FU-haltiger Therapie, die nicht durch einen erniedrigten DPD-Aktivitätsscore bedingt ist, siehe Abbildung 1, empfohlen. Kritisch ist die Standardisierung der Präanalytik. Streng zu achten ist auf eine Blutentnahme bei noch laufender 5-FU Dauerinfusion aus einer peripheren Vene (unabhängig von der Lage des Portsystems [44]), in der Regel nach frühestens 18 Stunden. Die Dosisadaptation sollte nach einem etablierten Algorithmus erfolgen [45].

## Diagnostik- und Therapiealgorithmus

Die Empfehlungen für einen Diagnostik- und Therapiealgorithmus sind in Abbildung 1 zusammengefasst. Sie basieren auf den Empfehlungen der Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) Guideline for Dihydropyrimidine Dehydrogenase Genotype and Fluoropyrimidine Dosing: 2017 Update [11], der Dutch Pharmacogenetics Working Group Guideline [24] sowie den Empfehlungen von GPCO-Umicancer und RNPGx aus Frankreich [46].

Sie sehen eine regelhafte, gezielte, molekulargenetische Diagnostik für die 4 häufigsten *DPYD*-Genvarianten vor. Patienten müssen dafür entsprechend des Gendiagnostik-Gesetzes vom behandelnden Arzt aufgeklärt werden, siehe „Aufklärung – genetische Beratung“. Auf der Basis der genetischen Analyse kann ein Aktivitätsscore als Basis der Therapieempfehlungen berechnet werden, siehe Tabelle 2. Dieser Score und die darauf basierende Dosisreduktion wurde in einer prospektiven Untersuchung an 85 Patienten mit einer *DPYD*-Variante angewandt [35]. Diese Studie ist Basis der Therapieempfehlungen. Die Umsetzung der Therapieempfehlungen muss unter Berücksichtigung der individuellen Erkrankungssituation und der möglicherweise vorhandenen Therapiealternativen erfolgen.

Bei Patienten mit einem Score von 0 wird die komplette Vermeidung von 5-FU oder der Prodrugs empfohlen. Eine sichere Festlegung auf den Aktivitätsscore von 0,5 ist schwierig und erfordert eine zusätzliche Phänotypisierung [24]. Bei einem Score zwischen 1,0 – 1,5 wird eine Reduktion der Initialdosis empfohlen. Die Anpassung der weiteren Dosierung kann sich an der klinischen und der laborchemischen Toxizität orientieren. Eine zuverlässige und schnellere Alternative ist die pharmakokinetische Messung der Area under the Curve (AUC) von 5-FU nach der Erstgabe von 5-FU-haltigen Therapie. Diese kann als Basis der 5-FU- Dosierungen in den folgenden Therapiezyklen dienen. Da die Aktivität der DPD interindividuell sehr unterschiedlich ist, ist die Messung der AUC die einzige Möglichkeit, auch eine Unterdosierung von 5-FU zu erkennen. Unter Verwendung eines kommerziellen Tests konnte gezeigt werden, dass bei bis zu 60% der Betroffenen die nach Körperoberfläche dosierte 5-FU-Gabe zu einer Unterdosierung führt [42, 43].

Mit diesem Ansatz ist es nicht möglich, die bereits bei der Erstgabe auftretende, sehr hohe Toxizität bei Patienten mit einem DPD-Aktivitätsscore von 0 zu vermeiden.

### Aufklärung – genetische Beratung

Bei der molekulargenetischen Testung auf *DPYD*-Varianten handelt es sich um eine genetische Untersuchung im Sinne des Gendiagnostikgesetzes, methodisch im Sinne von § 3 Nr. 2 b mit Untersuchung der molekularen Struktur von DNS und RNS, inhaltlich im Sinne von § 3 Nr. 7 c zur Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die die Wirkung eines

Arzneimittels beeinflussen können. Damit sind die folgenden, gesetzlichen Vorgaben einzuhalten:

- Aufklärung (§ 9)
- Einwilligung (§ 8)
- Vornahme der Untersuchung durch einen Arzt (§ 7)
- Mitteilung der Ergebnisse (§ 11)

Die diagnostische genetische Untersuchung dient im konkreten Fall einer pharmakogenetischen Fragestellung mit dem Ziel einer Optimierung der Arzneimitteltherapie. Die Aufklärung über diese Untersuchung muss durch einen Arzt erfolgen, ist aber nicht an eine dezidierte genetische Beratungskompetenz, etwa die fachgebundene genetische Beratung gebunden [47]. Eine entsprechende Richtlinie der Gendiagnostikkommission (GEKO) für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Wirkung eines Arzneimittels bei einer Behandlung gemäß des GenDG wurde publiziert [48]. Danach sind *DPYD*-Varianten als pharmakogenetische Eigenschaften mit hoher Bedeutung einzuordnen.

Wird eine klinisch relevante DPD-Variante gefunden, ist dem Patienten gemäß §10 Abs.1 Satz2 GenDG eine genetische Beratung anzubieten. Der Patient kann auf eine genetische Beratung nach dem Vorliegen der Testergebnisse verzichten, der Verzicht ist schriftlich zu dokumentieren.

Wenn eine genetische Beratung nach dem Vorliegen des Testergebnisses gewünscht wird, darf die Beratung nur durch einen Facharzt für Humangenetik oder einen nach dem GenDG qualifizierten Arzt vorgenommen werden.

## Studien

Bei neuen klinischen Studien mit FU-haltigen Arzneimitteln sollen die o.g. Maßnahmen berücksichtigt werden.

## Literatur

1. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/fluorouracil-fluorouracil-related-substances-article-31-referral-ema-recommendations-dpd-testing\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/fluorouracil-fluorouracil-related-substances-article-31-referral-ema-recommendations-dpd-testing_en.pdf)
2. Heidelberger C, Chaudhuri NK, Danneberg P et al.: Fluorinated Pyrimidines, a New Class of Tumour-Inhibitory Compounds. *Nature* 179:663-666, 1957. DOI: 10.1038/179663a0
3. Kaufman S: 5-Fluorouracil in the Treatment of Gastrointestinal Neoplasia. *N Engl J Med* 288:199-201, 1973. DOI: 10.1056/NEJM197301252880408
4. Schmoll HJ: Development of Treatment for Advanced Colorectal Cancer: Infusional 5-FU and the Role of New Agents. *Eur J Cancer* 32A Suppl 5:S18-22, 1996. DOI: 10.1016/s0959-8049(96)00335-8
5. <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines>
6. <https://www.awmf.org/leitlinien.html>
7. Cohen PR: Topical Application of 5-fluorouracil 5 Percent Cream Associated With Severe Neutropenia: Discussion of a Case and Review of Systemic Reactions After Topical Treatment With 5-fluorouracil. *Dermatol Online J* 24:1305/qt974797j7, 2018. <https://escholarship.org/uc/item/974797j7>
8. Ruhnke M, Cornely OA, Schmidt-Hieber M et al.: Treatment of Invasive Fungal Diseases in Cancer patients-Revised 2019 Recommendations of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Oncology (DGHO). *Mycoses* Mar31, 2020 [Online ahead of print]. DOI: 10.1111/myc.13082

9. Froehlich TK, Amstutz U, Aebi S et al. Clinical importance of risk variants in the dihydropyrimidine dehydrogenase gene for the prediction of early-onset fluoropyrimidine toxicity. *Int J Cancer* 2015; 136(3):730–739, 2015. DOI: 10.1002/ijc.29025
10. Henricks LM, Opdam FL, Beijnen JH et al.: DPYD Genotype-Guided Dose Individualization to Improve Patient Safety of Fluoropyrimidine Therapy: Call for a Drug Label Update. *Ann Oncol* 28:2915–2922, 2017. DOI: 10.1093/annonc/mdx411
11. Amstutz U, Henricks LM, Offer SM et al.: Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) Guideline for Dihydropyrimidine Dehydrogenase Genotype and Fluoropyrimidine Dosing: 2017 Update. *Clin Pharmacol Ther* 103:210–216, 2018. DOI: 10.1002/cpt.911
12. Hoff PM, Ansari R, Batist G et al.: Comparison of oral capecitabine versus intravenous fluorouracil plus leucovorin as first-line treatment in 605 patients with metastatic colorectal cancer: results of a randomized phase III study. *J Clin Oncol* 19: 2282–2292, 2001. DOI: 10.1200/JCO.2001.19.8.2282
13. Van Cutsem E, Twelves C, Cassidy J et al.: Oral capecitabine compared with intravenous fluorouracil plus leucovorin in patients with metastatic colorectal cancer: results of a large phase III study. *J Clin Oncol* 19: 4097–4106, 2001. DOI: 10.1200/JCO.2001.19.21.4097
14. Rosmarin D, Palles C, Pagnamenta A et al.: A candidate gene study of capecitabine-related toxicity in colorectal cancer identifies new toxicity variants at DPYD and a putative role for ENOSF1 rather than TYMS. *Gut* 64: 111–120, 2015. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-306571
15. Saltz LB, Niedzwiecki D, Hollis D et al.: Irinotecan fluorouracil plus leucovorin is not superior to fluorouracil plus leucovorin alone as adjuvant treatment for stage III colon cancer: results of CALGB 89803. *J Clin Oncol* 25: 3456–3461, 2007. DOI: 10.1200/JCO.2007.11.2144
16. Schwab M, Zanger UM, Marx C et al. Role of genetic and nongenetic factors for fluorouracil treatment-related severe toxicity: a prospective clinical trial by the German 5-FU Toxicity Study Group. *J Clin Oncol* 26: 2131–2138, 2008. DOI: 10.1200/JCO.2006.10.4182
17. Ezzeldin HH, Diasio RB: Predicting Fluorouracil Toxicity: Can We Finally Do It? *J Clin Oncol* 26:2080–2082, 2008. DOI: 10.1200/JCO.2007.15.5481
18. Diasio RB, Beavers TL, Carpenter JT et al.: Familial Deficiency of Dihydropyrimidine Dehydrogenase. Biochemical Basis for Familial Pyrimidinemia and Severe 5-fluorouracil-induced Toxicity. *J Clin Invest* 81:47–51, 1988. DOI: 10.1172/JCI113508
19. Barin-Le Guellec C, Lafay-Chebassier C, Ingrand I et al.: Toxicities Associated With Chemotherapy Regimens Containing a Fluoropyrimidine: A Real-Life Evaluation in France. *Eur J Cancer* 124:37–46, 2020. DOI: 10.1016/j.ejca.2019.09.028
20. [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV\\_STP/a-f/fluorouracil-neu.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/a-f/fluorouracil-neu.html)
21. Meulendijks D, Hendricks LM, Jacobs BAW et al.: Pretreatment Serum Uracil Concentration as a Predictor of Severe and Fatal Fluoropyrimidine-Associated Toxicity. *Br J Cancer* 116:1415–1424, 2017. DOI: 0.1038/bjc.2017.94
22. Jacobs BAW, Deenen MJ, Pluim D et al.: Pronounced Between-Subject and Circadian Variability in Thymidylate Synthase and Dihydropyrimidine Dehydrogenase Enzyme Activity in Human Volunteers. *Brit J Clin Pharmacol* 82:706–716, 2016. DOI: 10.1111/bcp.13007
23. Boisdron-Celle M, Remaud G, Traore S et al.: 5-Fluorouracil-related severe toxicity: a comparison of different methods for the pretherapeutic detection of dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency. *Cancer Lett* 249: 271–282, 2007. DOI: 10.1016/j.canlet.2006.09.006
24. Lunenburg ATC, van der Wouden CH, Nijenhuis M et al.: Dutch Pharmacogenetics Working Group (DPWG) Guideline for the Gene-Drug Interaction of DPYD and Fluoropyrimidines. *Eur J Hum Genet* 28:508–517, 2020. DOI: 10.1038/s41431-019-0540-0
25. <https://omim.org/entry/612779>
26. van Gennip AH, Abeling NG, Stroomer AE et al.: Clinical and biochemical findings in six patients with pyrimidine degradation defects. *J Inher Metab Dis* 17: 130–132, 1994. DOI: 10.1007/BF00735416
27. Fernandez-Salguero PM; Sapons A, Wei X et al.: Lack of Correlation Between Phenotype and Genotype for the Polymorphically Expressed Dihydropyrimidine Dehydrogenase in a Family of Pakistani Origin. *Pharmacogenetics* 7:161–163, 1997. DOI: 10.1097/00008571-199704000-00012
28. Van Kuilenburg AB, Vreken P, Abeling NG et al.: Genotype and Phenotype in Patients With Dihydropyrimidine Dehydrogenase Deficiency. *Hum Genet* 104:1–9, 1999. DOI: 10.1007/pl00008711
29. Meinsma R, Fernandez-Salguero P, Van Kuilenburg ABP et al.: Human polymorphism in drug metabolism: mutation in the dihydropyrimidine dehydrogenase gene results in exon skipping and thymine uraciluria. *DNA Cell Biol*. 14: 1–6, 1995. DOI: 10.1089/dna.1995.14.1
30. Wei X, McLeod HL, McMurryough J et al.: Molecular basis of the human dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency and 5-fluorouracil toxicity. *J Clin Invest* 98: 610–615, 1996. DOI: 10.1172/JCI118830
31. <https://www.genecards.org/cgi-bin/carddisp.pl?gene=DPYD>
32. Mattison LK, Fourie J, Desmond RA et al.: Increased prevalence of dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency in African-Americans compared with Caucasians. *Clin Cancer Res* 12: 5491–5495, 2006. DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-06-0747
33. Johnson MR, Diasio RB: Importance of dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) deficiency in patients exhibiting toxicity following treatment with 5-fluorouracil. *Adv Enzyme Regul* 41: 151–157, 2001. DOI: 10.1016/s0065-2571(00)00011-x
34. Deenen M, Meulendijks D, Cats A et al.: Upfront Genotyping of DPYD\*2A to Individualize Fluoropyrimidine Therapy: A Safety and Cost Analysis. *J Clin Oncol* 34:227–234, 2016. DOI: 10.1200/JCO.2015.63.1325
35. Henricks M, Lunenburg CATC, de Man FM et al.: DPYD Genotype-Guided Dose Individualisation of Fluoropyrimidine Therapy in Patients With Cancer: A Prospective Safety Analysis. *Lancet Oncol* 19:1459–1467, 2018. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30686-7
36. Murphy C, Byrne S, Ahmed G et al.: Cost Implications of Reactive Versus Prospective Testing for Dihydropyrimidine Dehydrogenase Deficiency in Patients With Colorectal Cancer: A Single-Institution Experience. *Dose Response* 16: 1559325818803042, 2018. DOI: 10.1177/1559325818803042
37. Lunenburg CATC, Henricks LM, Guchelaar HJ et al.: Prospective DPYD Genotyping to Reduce the Risk of Fluoropyrimidine-Induced Severe Toxicity: Ready for Prime Time. *Eur J Cancer* 54:40–48, 2016. DOI: 10.1016/j.ejca.2015.11.008
38. Jennings BA, Kwok CS, Willis G et al.: Functional Polymorphisms of Folate Metabolism and Response to Chemotherapy for Colorectal Cancer, a Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacogenet Genomics* 22:290–304, 2012. DOI: 10.1097/FPC.0b013e328351875d
39. Fernandez-Rozadilla C, Cazier JB, Moreno V et al.: Pharmacogenomics in Colorectal Cancer: A Genome-Wide Association Study to Predict Toxicity After 5-fluorouracil or FOLFOX Administration. *Pharmacogenomics* 13:209–217, 2013. DOI: 10.1038/tpj.2012.2
40. Amstutz U, Offer SM, Sistonen J et al.: Polymorphisms in MIR27A Associated With Early-Onset Toxicity in Fluoropyrimidine-Based Chemotherapy. *Clin Cancer Res* 21:2038–2044, 2015. DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-14-2817
41. Caudle KE et al. Clinical pharmacogenetics implementation consortium guidelines for dihydropyrimidine dehydrogenase genotype and fluoropyrimidine dosing. *Clin Pharmacol Ther* 94:640–645, 2013. DOI: 10.1053/clpt.2013.172
42. Wilhelm M, Müller L, Müller MC et al.: Prospective, Multicenter Study of 5-Fluorouracil Therapeutic Drug Monitoring in Metastatic Colorectal Cancer Treated in Routine Clinical Practice. *Clinical Colorectal Cancer* 15: 381–388, 2016. DOI: 10.1016/j.clcc.2016.04.001
43. Gamelin E et al. Individual fluorouracil dose adjustment based on pharmacokinetic follow-up compared with conventional dosage: results of a multicenter randomized trial of patients with metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 26:2099–2105, 2008. DOI: 10.1200/JCO.2007.13.3934
44. Mindt S, Aida S, Merx K, Müller A et al.: Therapeutic drug monitoring (TDM) of 5-fluorouracil (5-FU): new preanalytic aspects. *Clin Chem Lab Med* 57:1012–1016, 2019. DOI: 10.1515/cklm-2018-1177
45. Kaldate RR, Haregewoin A, Grier CE et al.: Modeling the 5-Fluorouracil Area Under the Curve Versus Dose Relationship to Develop a Pharmacokinetic Dosing Algorithm for Colorectal Cancer Patients Receiving FOLFOX6. *The Oncologist* 17:296–302, 2012. DOI: 10.1634/theoncologist.2011-0557
46. Lorient MA, Ciccolini J, Thomas F et al.: Dihydropyrimidine Dehydrogenase (DPD) Deficiency Screening and Securing of Fluoropyrimidine-Based Chemotherapies: Update and Recommendations of the French GPCO-Unicancer and RNPx Networks. *Bull Cancer* 105:397–407, 2018. DOI: 10.1016/j.bulcan.2018.02.001
47. [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL-WirkungArzneimittel.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL-WirkungArzneimittel.pdf?__blob=publicationFile)
48. Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Wirkung eines Arzneimittels bei einer Behandlung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 1b GenDG. *Bundesgesundheitsbl* 60:472–475, 2017. DOI: 10.1007/s00103-017-2523-z

<i>Dirk Arnold</i>	<i>Wolfgang Hilbe</i>	<i>Anton Scharl</i>
<i>Jens Blohmer</i>	<i>Ralf-Dieter Hofheinz</i>	<i>Brigitte Schlegelberger</i>
<i>Carsten Bokemeyer</i>	<i>Claus-Henning Köhne</i>	<i>Matthias Schwab</i>
<i>Markus Borner</i>	<i>Wolfgang Knauf</i>	<i>Thomas Seufferlein</i>
<i>Sara Brucker</i>	<i>Volker Kunzmann</i>	<i>Marianne Sinn</i>
<i>Thomas Burmeister</i>	<i>Carlo Largardier</i>	<i>Matthias Stroth</i>
<i>Ingolf Cascorbi</i>	<i>Sylvie Lorenzen</i>	<i>Ingo Tamm</i>
<i>Thomas Decker</i>	<i>Diana Lüftner</i>	<i>Lorenz Trümper</i>
<i>Maike de Wit</i>	<i>Markus Möhler</i>	<i>Martin Wilhelm</i>
<i>Andreas Dietz</i>	<i>Markus Nöthen</i>	<i>Bernhard Wörmann</i>
<i>Hermann Einsele</i>	<i>Christian Pox</i>	
<i>Gunnar Folprecht</i>	<i>Anke Reinacher-Schick</i>	

# Die Ziele fest im Blick: Aktivitäten in und trotz der schwierigen Zeit: „Gender-Parität in der Hämatologie und Onkologie“

SARAH BIECKER

Die DGHO finanziert ein neues Forschungsprojekt zu „Gender-Parität in Hämatologie und Onkologie“. Angesichts der existierenden Geschlechterungleichheit in Medizin und Wissenschaft untersucht das auf drei Jahre angelegte Projekt zunächst den Status quo der Parität, etwa mit Blick auf Besetzung von Leitungspositionen, Verteilung von Forschungsgeldern oder Tätigkeitsfelder in Wissenschaft und Praxis in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Hier werden insbesondere Karrierewege und die Vereinbarkeit von Familien und Beruf sowie vorherrschende Arbeitszeit- und Arbeitsplatzmodelle analysiert.

Die explorativ angelegte und sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgerichtete Studie entwickelt in einem zweiten Schritt Vorschläge zur optimalen Umsetzung von Parität in Klinik und Forschung. Die Studie soll Basis für eine umfassende Implementierung und Institutionalisierung von Geschlechtergleichheit in Hämatologie und Onkologie sein.

Gerade die aktuelle COVID Krise macht die Notwendigkeit der Studie überdeutlich: Ohnehin existierende Ungleichheiten, etwa in der Ausübung von care-Arbeit, der Familienorganisation, dem Krisenmanagement oder der Besetzung von Expertengremien werden noch stärker sichtbar. Lösungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfahren größte Aktualität und Dringlichkeit, die Notwendigkeit und Umsetzung innovativer und flexibler Arbeitszeitmodelle drängt

und weiterhin bleibt ein Großteil der Arbeit von Frauen unsichtbar. Die geschlechterrelevanten Auswirkungen der COVID Krise sind bereits jetzt spürbar und es ist abzusehen, dass sich strukturelle, finanzielle und soziale Ungleichheiten verstärken. Andererseits zeigt sich auch, wie wenig wir es uns leisten können, Know-how zu verlieren, wie lebensrettend Exzellenz in Klinik und Forschung sein kann. Gerade deshalb brauchen wir alle, dürfen niemanden aus strukturellen Gründen auf dem Karriereweg verlieren.

Die Frauen unserer Fachgesellschaft packen an: So hat die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs mit Prof. Diana Lüftner, Vorstand der Stiftung und 1. Vorsitzende des DGHO-Arbeitskreises Frauen in der Hämatologie und Onkologie, den Kontakt unter den Treffpunkten komplett neu organisiert und arbeitet mit teilweise mehreren Webinaren pro Woche zu unterschiedlichen alten – und neuen (COVID-) Themen. Prof. Katja Weisel, 2. Vorsitzende des DGHO-Arbeitskreises, erarbeitet als Mitglied des Leitungsteams im Zentrum für Onkologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf täglich daran, die COVID Krise mit all ihren wissenschaftlichen und infrastrukturellen Herausforderungen zu bewältigen und die Versorgung der onkologischen Patient\*innen auf hohem Niveau aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig gilt es auch für sie als Mutter von zwei schulpflichtigen Kindern den neuen häuslichen Alltag zu bewältigen.



## Sarah Biecker

Bei Fragen zum Projekt, Ideen oder Anregungen wenden Sie sich bitte an Sarah Biecker. Als Sozialwissenschaftlerin hat Frau Biecker in den vergangenen Jahren in zahlreichen internationalen Forschungsprojekten gearbeitet und zu Arbeit, Gender und Sicherheit innerhalb und außerhalb Europas geforscht. Der AK Frauen heißt Frau Biecker herzlich willkommen.

**Kontakt:**  
[biecker@dgho.de](mailto:biecker@dgho.de)

# 3. Interdisziplinäre Frauenkonferenz der DGHO



**Termin:** Freitag, 28. August 2020  
**Veranstaltungsort:** IntercityHotel Berlin-Hauptbahnhof, Berlin



Liebe Kolleginnen  
 liebe Frauen der DGHO,

(IS) wir möchten Sie einladen, zu unserer **DGHO-Frauenkonferenz** am Freitag, den 28. August 2020 nach Berlin zu kommen. In diesem Jahr ist es wichtiger denn je, im Gespräch zu bleiben und berufliche Erfahrungen miteinander auszutauschen. Derzeit gehen wir davon aus, dass die Konferenz als Präsenzveranstaltung stattfinden kann.

Wir starten um 10:00 Uhr mit Frau Prof. Annalen Bleckmann, die schildert, ob Kommunikation Brücken bauen kann. Frau Prof. Marie von Lilienfeld-Toal und Frau Prof. Katja Weisel ergänzen dies um ihre Erfahrungen aus dem Klinikalltag während der Corona-Krise. Hier werden die Aspekte Kommunikation, Arbeitspensum und Organisation des beruflichen und auch des privaten Alltags hervorgehoben, darüber hinaus wird und dargestellt, was jede Kollegin für sich daraus gelernt hat.

Danach erläutert Frau Prof. Ulrike Schara die „Spielregeln“ in Klinik und Wissenschaft. Die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Frau Dr. Christiane Groß, erläutert die Möglichkeiten der Vernetzung, die die Chancengleichheit bekräftigen können. Den Vormittag abschließen werden Frau Maike Busson-Spielberger und Frau Anja Lipschik, mit der Vorstellung der „Kommission Klinika“ in der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e. V. (bukof). Darüber hinaus werden sie erörtern, vor welchen Aufgaben die Gleichstellung in der universitären Medizin steht. Im Anschluss wird es ausreichend Zeit zur Diskussion geben.

Nach dem Mittagessen stehen drei Workshops zur Auswahl. Die Themen sind:

- Wie kann ich erfolgreich führen lernen?
- Wie plane ich meine Karriere in der Wissenschaft?
- Wie schaffe ich es, allen meinen Rollen gerecht zu werden und nicht „aus der Rolle“ zu fallen?

Zum Abschluss des Tages erläutert Frau Sarah Biecker das DGHO-Projekt „Gender-Parität in der Hämatologie und Onkologie“.

Wir sind überzeugt davon, dass Ihnen dieser Tag mit beruflichen Kolleginnen Motivation und Freude bringen wird.

Kommen Sie nach Berlin! Gerade jetzt!

*Ihre*  
 Diana Lüftner und Katja Weisel  
 Arbeitskreis Frauen in der Hämatologie und Onkologie

**Veranstaltungsort:** IntercityHotel Berlin-Hauptbahnhof, Berlin  
**Dauer:** ca. 10:00 bis 17:00 Uhr  
**Kursgebühr:** 50 Euro  
**Anmeldung unter:** <https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/3-interdisziplinäre-frauenkonferenz-der-dgho>

Sämtliche Auflagen bzgl. Abstandsregeln, Hygiene u. ä. werden vor Ort im Veranstaltungshotel gewährleistet sein.



# Die Jahrestagung 2020 findet statt: virtuell, online, digital vom 9.–11. Oktober 2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

die Corona-Pandemie stellt uns alle vor große Herausforderungen. Dies gilt auch für die Organisation und die Vorbereitung der Jahrestagung 2020. Aktuell ist immer noch unsicher, ob und unter welchen Bedingungen Messen bzw. Großveranstaltungen in der Schweiz im Oktober stattfinden können.

Aus diesem Grund wurde nun mit den Vorständen der Fachgesellschaften und mit Prof. Markus Manz als diesjährigem Kongresspräsidenten die Entscheidung getroffen, dass das Format der gemeinsamen *Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie 2020* von einer Präsenz- in eine **virtuelle Veranstaltung** verändert wird.

Wir sind uns bewusst, dass dieser Formatwechsel dazu führt, dass der stets hochgeschätzte direkte persönliche Austausch fehlen wird. Gleichwohl sind wir davon überzeugt, dass sich die hohe Qualität der Fortbildungen und wissenschaftlichen Vorträge auch in einem virtuellen Format umsetzen lässt.

Zur Komprimierung des Programms wird derzeit ein Konzept unter Einbindung von Live-Streams, Chat-Funktionen, On-demand-Videos und Webinaren mit digitaler Interaktion geschaffen.

Ein zentrales Element der Jahrestagung sind Präsentation und Diskussion der aktuellen Forschungsergebnisse aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Hiermit möchten wir Sie auffordern, sich mindestens so aktiv wie bisher zu beteiligen und entsprechende **Abstracts bis zum 1. Juli 2020, 24:00 Uhr** einzureichen. Alle angenommenen Beiträge werden per Video oder als Folien-Download in das Programm integriert werden.

Zudem wird es auch eine virtuelle Einbindung der begleitenden Industrieausstellung geben.

Im Verlauf der kommenden Wochen werden wir Sie regelmäßig informieren. Nutzen Sie auch unsere Website [www.haematologie-onkologie-2020.com](http://www.haematologie-onkologie-2020.com) zur Information.

Wir freuen uns darauf, Sie im Oktober im „virtuellen Raum“ zum physisch distanzierten, aber nicht weniger lebhaften Austausch zu treffen.

*Mit freundlichen Grüßen,  
Ihr Kongresspräsident*

Prof. Dr. med. Markus G. Manz  
E-Mail: [dgho2020@usz.ch](mailto:dgho2020@usz.ch)

Organisation: DGHO Service GmbH  
E-Mail: [jahrestagung2020@dgho-service.de](mailto:jahrestagung2020@dgho-service.de)



## Musterweiterbildungsordnung – Umsetzung durch einen fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan

THOMAS SÜDHOFF

In der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) ist es unter der Federführung von DGIM (Prof. Dr. M. Hallek) und BDI (Dr. T. Schröter) gelungen, den Erhalt einer abgestimmten Weiterbildung im gesamten Gebiet der Inneren Medizin zu sichern. Unrealistische Richtzahlen sind weggefallen, Inhalte sind nach Kompetenzen gegliedert.

Jüngst hat die Bundesärztekammer (BÄK) die Fachgesellschaften aufgefordert, die konkrete Umsetzung der MWBO in den Landesärztekammern mithilfe eines fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan (FEWP) zu erleichtern.

Eine Arbeitsgruppe der DGHO mit Prof. Dr. N. Frickhofen, Dr. C. Oing, M. Oldenburg, Prof. Dr. H. Riess, Prof. Dr. T. Südhoff, Prof. Dr. L. Trümper, PD Dr. U. Wedding, Prof. Dr. B. Wörmann und Dr. S. Zschäbitz hat dieses Ziel umgesetzt, gleichzeitig eine Konformität mit wesentlichen Inhalten der europäischen Curricula von EHA und ESMO erreicht. Dies war auch ein wesentliches Anliegen des Arbeitskreises „Junge DGHO“. Zum Rüstzeug der Kolleginnen in Weiterbildung wird zukünftig neben dem elektronischen Logbuch auch die um den FEWP ergänzte MWBO gehören.

Wir hoffen, dass der FEWP zur Steigerung der Attraktivität der Weiterbildung in der Inneren Medizin und speziell in unserem Schwerpunkt beiträgt. Weiterbildende und ÄrztInnen in Weiterbildung gleichermaßen durch Konkretisierung der Lernziele bei einer gelungenen Weiterbildung auch als Gesprächsgrundlage unterstützt.

In Kürze können Sie den Entwurf des FEWP auf der Website des AK Fort- und Weiterbildung einsehen.

# Stipendien-Initiative der DGHO zur Förderung junger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

## José Carreras-DGHO-Promotionsstipendien vergeben

(MO) Seit ihrer Etablierung erfreuen sich die DGHO-Promotionsstipendien zunehmender Beliebtheit. Die stetig anwachsende Nachfrage macht die Bedeutung der Promotionsstipendien für die Förderung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses im Bereich der Hämatologie und Medizinischen Onkologie deutlich.



Das José Carreras-DGHO-Promotionsstipendium, das von der DGHO gemeinsam mit der Deutschen José Carreras-Leukämie-Stiftung verliehen wird, soll wissenschaftliche Arbeiten in der Erforschung der Leukämie und verwandter Blutkrankheiten bei Erwachsenen im Rahmen der Dissertation von MedizinstudentInnen oder Studierenden verwandter Fächer fördern.

### Die aktuellen José Carreras-DGHO-PromotionsstipendiatInnen sind:

- **Nathalie Bechtler**, Freiburg i. B. *Identifizierung und Inhibition kritischer Signalmediatoren der FLT3-TKD-mutierten NPM1 Wildtyp akuten myeloischen Leukämie*
- **Marcel Butzbach**, Frankfurt a. M. *FLT 3-Kinaseinhibitoren: Sensitizer- und Resistenz-CRISPR/Cas9 Screen unter hypoxischen Bedingungen in der Akuten Myeloischen Leukämie*
- **Rudolf Matthias Hehr**, München *Typisierung verschiedener Formen der akuten myeloischen Leukämie mittels computergestützter morphologischer Diagnostik*

Das José Carreras-DGHO-Promotionsstipendium wird **zweimal pro Jahr** ausgeschrieben: Bewerbungsfristen sind der 15. Januar und der 30. Juni des jeweiligen Jahres.

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

## DGHO-Preisausschreibungen 2020

(MO) Auch in diesem Jahr schreibt die DGHO folgende Preise aus:

### Artur-Pappenheim-Preis

Der Preis ist für eine wissenschaftliche Arbeit bestimmt, die sich mit klinischen, experimentellen oder theoretischen Fragen der Hämatologie befasst.

Dotierung: **7.500 Euro**

Einsendeschluss: **31. Juli 2020**

### Vincenz-Czerny-Preis

Der Preis ist für eine wissenschaftliche Arbeit bestimmt, die sich mit klinischen, experimentellen oder theoretischen Fragen der Onkologie befasst.

Dotierung: **7.500 Euro**

Einsendeschluss: **31. Juli 2020**

### Doktoranden-Förderpreis

Der Preis ist für studentische Arbeiten zu klinischen, experimentellen oder theoretischen Fragen der Hämatologie und Onkologie bestimmt.

Dotierung: **3.000 Euro**

Einsendeschluss: **31. Juli 2020**

Die Ausschreibungsbedingungen und die Fristen für alle Preisausschreibungen finden Sie unter:

<https://www.dgho.de/aktuelles/preisausschreiben>



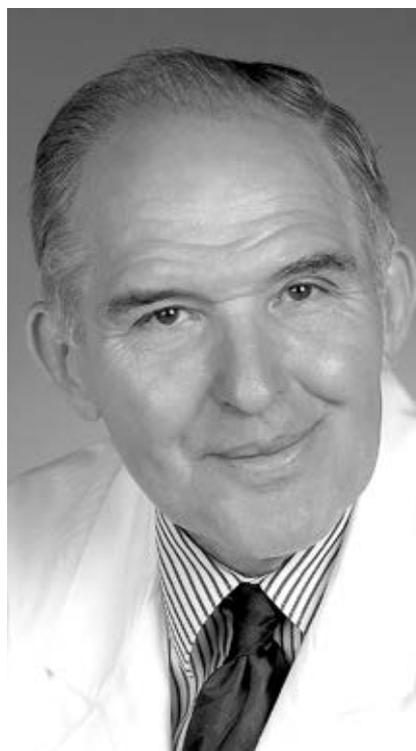
# Nachruf Prof. Klaus Lechner

**K**laus Lechner, emeritierter ordentlicher Professor für Innere Medizin und Leiter der Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie der Universität Wien, ist am 27. April 2020 im Alter von 86 Jahren verstorben. Er war der DGHO sehr verbunden, hat viele gemeinsame Aktivitäten der Hämatologie im deutschsprachigen Raum initiiert und gefördert.

Wir zitieren aus dem Nachruf, verfasst von Ingrid Pabinger, Ulrich Jäger und Herbert Watzke:

„Klaus Lechner hat wie kaum ein anderer die Aufgaben des Arztes, des Wissenschaftlers, des Mentors und des Lehrers mit gleicher Energie und gleichem Tiefgang vereint. Dabei hatte stets der Patient den Vorzug. Klaus Lechner wurde am 10. Jänner 1934 in Bludenz in Vorarlberg geboren. 1960 promovierte er zum Doktor med. sub auspiciis praesidentis und trat als Assistentarzt an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien ein, vorerst als Assistent an der Pharmakologie, dann als Dermatologe und schließlich zur Ausbildung zum Internisten ab 1962. 1992 wurde er ordentlicher Professor für Innere Medizin und Leiter der Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie, 1999 dann auch Vorstand der Univ.-Klinik Innere Medizin I, diese beiden Funktionen übte er bis zu seiner Emeritierung am 1. Oktober 2002 aus.

Zu seinen herausragenden Funktionen und Tätigkeiten gehören: 1988 – 1992 Vorsitzender der deutschen, österreichischen und schweizerischen Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH), 1991 – 1997 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (OeGHO), Mitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaften (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina), korrespondierendes Mitglied der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Ehrenmitglied der GTH, der OeGHO, der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin, der Österreichischen Hämophilie-Gesellschaft, der Wiener Gesellschaft der Ärzte und der Tsche-



chischen, Slowakischen und Ungarischen Gesellschaften für Hämatologie. Sein wissenschaftliches Oeuvre umfasst mehr als 530 Originalpublikationen, viele Buchbeiträge und ein Labor-diagnostik-Gerinnungsbuch.“

Aus Sicht der DGHO ist sein persönliches, frühes Engagement in den großen, multizentrischen Studien der hämatologischen Onkologie von besonderer Nachhaltigkeit. Auf der Basis seiner eigenen Patientenerfahrungen, mit seinem analytischen Verstand und dem ihm eigenen, strukturierten Vorgehen hat er die Qualität der Studienkonzepte und den Erfolg der Studiengruppen wesentlich geprägt.

Geschichte wird von Menschen geprägt. Seit den 80er Jahren hat Klaus Lechner gemeinsame Treffen zwischen österreichischen und deutschen Hämatologen organisiert. Daran nahmen auch Kollegen aus Israel teil. So wurden neue Brücken gebaut.

Die DGHO wird Klaus Lechner mit großer Dankbarkeit in Erinnerung behalten.

# Der „Fall Czerny“ 1911\*

Überlegungen eines Historikers auf dem Weg zur „neuen Normalität“ 2020.  
Hier: Mut und Zivilcourage bei der Überwindung von Fehlentwicklungen.

PETER  
VOSWINCKEL

Er ging, da man ihm ‚die Generalshosen ausgezogen‘ hatte, mit der Mütze eines gemeinen Soldaten in die Lazarette zu den Kriegsverwundeten, wo man, unbeirrt von dem Geschehnis, seinen Rat in den schwierigen Fällen erwartete“, so erinnert sich ein prominenter Zeitzeuge.<sup>1</sup> Keine der offiziellen biographischen Überlieferungen über Vincenz Czerny – es gibt Monographien, Dissertationen, Nachrufe und Lexikonartikel – erwähnt dieses denkwürdige „Hosenausziehen“, keine kennt aber auch die stattliche Abbildung Czernys „mit“ Generalshose, (auch nicht das Bildarchiv der Universität Heidelberg).



Bild mit massenhafter  
Verbreitung: Vincenz  
Czerny als „Generalarzt  
à la suite“ in der  
Illustrierten „Die  
Woche“ des Scherl-  
Verlages, Berlin 1905  
und 1906.  
Im Original 11 x 16 cm!

Wo so viele Emotionen im Spiel waren, ging es offensichtlich um eine „Heilige Kuh“, ja um eine Ikone des Wilhelminismus: Die Uniform des „Generalarztes à la suite des preußischen Sanitätskorps“ mit ihrem prächtigem Paradebusch.<sup>4,5</sup> Das Recht, in Friedenszeiten diesen „Rock des Kaisers“ zu tragen, war Czerny vermutlich 1897 als Ehrentitel von Kaiser Wilhelm II. verliehen worden.<sup>6</sup> Der Heidelberger Hofphotograph Eduard Schultze fertigte 1905 die nebenstehende Aufnahme. Durch wiederholte Publikation in der auflagenstarken Illustrierten „Die Woche“<sup>7</sup> fand sie – sicher nicht ohne Zustimmung Czernys – ubiquitäre Verbreitung im Deutschen Reich und hinterließ zweifellos einen bleibenden, „systemstabilisierenden“ Eindruck bei den Zeitgenossen.

## Was aber passierte 1911/1912?

Anlässlich des Wahlkampfauftaktes zur Reichstagswahl 1912 (der letzten vor dem Ersten Weltkrieg!) eröffnete Czerny im November 1911 im BERLINER TAGEBLATT eine Artikelserie unter der Überschrift „Front gegen Rechts!“<sup>8</sup> Darin plädierte Czerny, der sich nach eigenen Worten von der Politik fernhielt, aus liberaler Überzeugung für ein Zusammengehen der Liberalen mit den gefürchteten Sozialdemokraten, um auf diese Weise den „schwarz-blauen Block“ aus Konservativen und dem katholischen Zentrum aufbrechen zu können. (Man fühlt sich an den Schlagabtausch nach den Landtagswahlen in Thüringen 2020 erinnert.) Auf eine Denunziation des katholischen Pfälzer Boten hin (Wahlhilfe für Sozialdemokraten sei unvereinbar „mit Treue gegen Fürst und Vaterland“)<sup>9</sup> sowie auf eine Vorladung des Kriegsministeriums hin<sup>10</sup> trat Czerny im Januar 1912 (nach eigenen Worten aus Altersgründen) von dem Ehrenamt des Generalarztes zurück – was nach offizieller Bekanntgabe in den Militärdienstnachrichten im Februar 1912 von der Öffentlichkeit als „Maßregelung“ interpretiert und von den Medien kolportiert und hochgespielt wurde.<sup>11</sup> Bekannt war ja auch die mehrfach geäußerte Empfehlung Czernys, der Staat solle seine Millionen weniger in „menschensmordende Schlachtschiffe“ denn in Krebsforschung investieren.<sup>12</sup> Nunmehr ging eine Flutwelle von Aufregung und Empörung durch die Medien (bis hin nach Wien, Salzburg, Linz, Czernowitz und „PESTER LLOYD: „Hetze gegen Professor Czerny“<sup>13</sup>); begleitet von bissigen Kommentaren des liberalen und linken Spektrums (Kladderadatsch, Simplicissimus, Jugend [„Münchener illustrierte Wochenschrift für Kunst und Leben“] u.a.):

*Du raubst den schwarzen Herrn nie  
inskünftig mehr die Ruh‘,  
Fahr wohl, unsel’ger Czerny,  
Du roter Vincenz, Du!*<sup>14</sup>

\* Überarbeitete Fassung des Geschichtsvortrages bei der DGHO-Frühjahrstagung 2020 (abgesagt wegen Covid 19).

Berliner Tageblatt vom 26.02.1912, Abendausgabe.

**Der Fall Czerny.**  
 (Telegramm unseres Korrespondenten.)  
 Heidelberg, 26. Februar.  
 Die ich von genau unterrichteter Seite höre, ist der in der heutigen Morgennummer des „Berliner Tageblatts“ erwähnte Austritt des Wirklichen Geheimen Rats Professor Dr. Czerny aus seinem à la suite-Verhältnis tatsächlich auf die politischen Meinungen dieses aufrichtigen liberalen Gelehrten zurückzuführen. Czerny stand schon in der Zeit, als er noch in Wöhnen und Assistent an der Wilhelmschen Lehranstalt war, deutlich auf Seite des entschiedenen Liberalismus, wie er Ende der sechziger und Anfang der sechziger Jahre unter den Gelehrten Süddeutschlands gerade selbstverständlich war. In Breslau und Heidelberg trat Professor Czerny politisch nie hervor, aber er machte, wenn von Politik gesprochen wurde, aus seinem freihheitlichen Glaubensbekenntnis nirgends eine Ausnahme. Die Uebernehmungen der reaktionären Macht im Reich gegenüber. Das Uebernehmen der reaktionären Macht im Reich hat diesen hervorragenden Mann, der unter „Fortschritt“ nicht bloß das Fortschreiten der Spezialwissenschaften, sondern die geistige und sittliche Hebung der Volksmassen versteht, wie viele andere schon verstimmt, und er trat gern aus seiner Reserve heraus, als da „Berliner Tageblatt“ an ihn die Aufforderung richtete, zu äußern zu der Wahlparole „Die Front gegen rechts“ zu äußern. Die offenkundige Tatsache, daß ein der Stützen der Liberalismus unüberwindlich sich ungewissen auf konservativen Kreise Baden stellte, hat die Ultramontanen und konservativen Kreise Baden beunruhigt und zu einer Heiße gegen Professor Czerny beigesteuert. Da man ihn sonst nichts anhaben konnte, so wies man ihn auf ultramontanen Demagogienblättern, vor allem im „Pfälzer Boten“ darauf hin, daß Czerny, der Anhänger des Stodes der Linken, Generalarzt der preussischen Armee sei. Um allen Kundenspekulationen, deren Ergebnis ja von vornherein klar war, auszuweichen, hat Czerny aus seinem à la suite-Verhältnis

JUGEND vom 27.02.1912

**Das Kommt davon!**  
 Professor Dr. Czerny in Heidelberg, der berühmte Chirurg, ist auf eigenes Ersuchen hin aus seinem Verhältnis als Generalarzt à la suite der Armee geschieden. Dem Ausscheiden liegt, wie es heißt, die Tatsache zu Grunde, daß der Gelehrte im Herbst 1911 gelegentlich einer Umfrage sich für ein Zusammengehen der liberalen Parteien mit der Sozialdemokratie ausgesprochen hat.  
 Ein Heidelberger Zentrumsblättchen triumphiert darüber:  
 „Herr Czerny hat also aufgehört, Generalarzt à la suite zu sein. Das kommt davon, wenn man des Kaisers Rock trägt und es mit dieser Ehre vereinbar hält, für die Unterstützung der Sozialdemokratie Propaganda zu machen.“  
 Was muß nun aber erst Einer tun, der z. B. als Münchener Erzbischof sozusagen den Rock des lieben Gottes trägt und mit den entsehten Sozialdemokraten

**Weshalb ging Czerny?**  
 Kriegeminister von Heeringen erklärte im Reichstag, der Generalstabsarzt der Armee habe Herrn Czerny um eine Unterredung gebeten, dieser sei aber auf die Sache gar nicht eingegangen, sondern habe alsbald sein Abschiedsgesuch vorgelegt. Sonderbar! Höchst sonderbar! Da ihn doch der Generalstabsarzt nur fragen wollte, wie's ihm gehe, was seine Kinder machen und ob er noch mit seinem Schneider zufrieden sei! Das kommt doch vor, nicht wahr? Deshalb gibt man doch nicht seinen Abschied ein! Namentlich bei der Armee! Wer die militärischen Verhältnisse kennt, weiß doch, daß Vorgesetzte öfters ihre Untergebenen zu sich einladen, um ein wenig zu plaudern. Weshalb machte Herr Czerny seinem Kollegen nicht diese Freude?  
 Czerny von Heeringen steht noch heute einfach vor einem Rätsel. Er erklärt es sich höchstens mit zwei Dingen. Entweder war der Professor so zerstreut, daß er statt seiner Visitenkarte sein Abschiedsgesuch abschiedete — das gibt es ja. Dafür hat man Beispiele. Oder es war jene Ueberhebung, jener Kastengeist und Ständedünkel, jene seltsame Auffassung von Ehre und Pflicht, die bei diesen Leuten bekanntlich so ausgeprägt ist, daß sie sich

**Czerny**  
 Aber die Gründe der Entfernung des Geh. Rat Czerny in Heidelberg aus seiner Generalarzt-Stellung ist uns nun volle Aufklärung geworden durch folgendes geheime Aktenstück, das auf unserm Schreibtisch lag:  
 — — — Da der p. Czerny in einem von ihm verfaßten Pamphlet erklärt, daß die „Front nach rechts“ zu richten sei, erscheint derselbe in seinem ärztlichen Wirken wesentlich beeinträchtigt. Es ist anzunehmen, daß er im Zweifelsfalle stets das rechte Bein, den rechten Arm abnehmen, die rechte Seite überhaupt schlechter behandeln wird als die linke und nichts Rechtes mehr zu Stande bringt. Ja selbst vorausgesetzt, daß diese Einseitigkeit sich nicht bemerkbar mache, so ist doch zweifellos, daß er zwischen Anhängern der Rechten und

Jugend vom 12.03.1912, S. 348.

**Dummheiten der Woche.**  
 Dem berühmten Heidelberger Chirurgen Geheimrat Czerny wurde nahegelegt, auf seine militärische Charge als Generalarzt zu verzichten, weil man in Preußen der Ansicht ist, daß ein Mann, der bei den Wahlen für die Front gegen rechts eintritt, zu sehr vom sozialdemokratischen Gifte durchseucht ist, um im Ernstfall ein Bein oder einen Arm antiseptisch amputieren zu können. Geh. Rat Czerny hat den Wink verstanden und auf seine militärische Würde verzichtet. Er kehrt jetzt nicht mehr die Front gegen rechts.

Jugend vom 20.04.1912

**Vornüßliche Blamage.**  
 Ein in Heidelberg erscheinendes Zentrumsblättchen berichtet, daß Wirklicher Geheimrat Professor Dr. Czerny, Generalarzt mit dem Titel Generalmajor, aus dem Verhältnis des Sanitätskorps ausgeschieden sei. Das Blättchen bemerkt dazu:  
 „Der [Name] hat also aufgehört, Generalarzt à la suite zu sein. Das kommt davon, wenn man des Kaisers Rock trägt und es mit dieser Ehre vereinbar hält, für die Unterstützung der Sozialdemokratie Propaganda zu machen. Dementsprechend lassen sich die übrigen hiesigen Sozialdemokraten den Fall Czerny zur Warnung dienen.“  
 Czerny ist einer der bedeutendsten lebenden Chirurgen. Vor der Wahl hat er, der sonst politisch wenig hervorgetreten ist, einen Artikel veröffentlicht, in dem er zum Kampf gegen den schwarzen Mist aufgerufen und ein Zusammengehen der Liberalen mit der Sozialdemokratie bei der Stichwahl gefordert hat. Das macht ihn in den Augen des preussischen Militarismus zur Ursache ärztlicher Tätigkeit in der Armee natürlich unfähig. Wenn jene Ärzte, die dem Militärverband angehören, etwas auf ärztliche Selbstehre und Menschenwürde achten, so müßte ein Rassenaustritt die Antwort auf diese Rohregelung sein, der Rokokos rufen zur Mäßigkeit würde. Aber Rokokos weiß genau, was er sich erlauben darf.

Vorwärts vom 27.02.1912

**Reichstag. — 59. Sitzung. Freitag den 10. Mai 1912.**  
 Der Fall Czerny ist ja bereits behandelt worden. Dieser Fall ist eine Blamage für Deutschland und für unsere Kulturzustände, aber keine Blamage für den Professor Czerny, keine Blamage für diejenigen, die den Mut haben, auch ihrer politischen Überzeugung in jeder Situation Ausdruck zu geben; im Gegenteil, vor solchen Leuten muß man Achtung haben.

Verhandlungen des Reichstages, Bd. 285, 1912, S. 1854. Abgeordneter Georg Gothein, Berlin (1857-1940), Fortschrittliche Volkspartei.

Bis heute konnten rund fünfzig Artikel von der FRANKFURTER ZEITUNG bis zum VORWÄRTS nachgewiesen werden, zur Hälfte in jüngst digitalisierten Zeitungsbeständen.

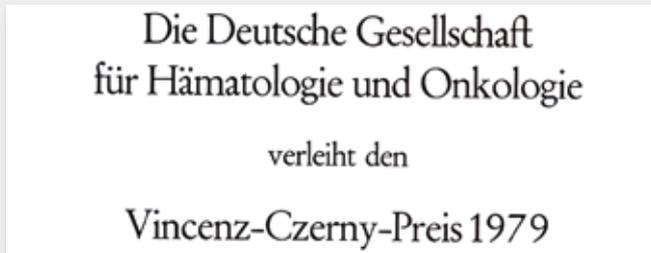
„Sollte der Gelehrte, der heute im 70. Lebensjahr steht, wirklich genötigt worden sein, auf seinen militärischen Rang zu verzichten, so wäre das allerdings die wundersamste Illustration dazu, wie weit es in dem deutschen ‚Kulturlande‘ unter der Herrschaft von Junkern, Pfaffen und Bürokraten nachgerade gekommen ist.“<sup>15</sup>

Czerny selbst, zu diesem Zeitpunkt Ehrenmitglied der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ und „Président d’honneur“ der „Association Internationale pour l’Étude du Cancer“, soll den ganzen Vorfall mit Humor getragen haben,<sup>16</sup> bevor er 1913 an Leukämie erkrankte und, versehen mit dem Kriegsverdienstkreuz 1916,<sup>17</sup> im gleichen Jahr verstarb. Sämtliche Nachrufe und spätere Würdigungen sollten geflissentlich über das Generals-Schirmmützel von 1911/12 hinweggehen.

Als die DGHO 1979 den Vincenz-Czerny-Preis einrichtete,<sup>18</sup> würdigte sie den großen Chirurgen

- als Pionier der operativen Behandlung des Magenkarzinoms (1884);
- als Begründer der onkologischen „postdoc-Achse“ Deutschland-Buffalo (Besuch bei Roswell-Park 1901);
- als Begründer des „Instituts für Experimentelle Krebsforschung“ und des „Samariterhauses in Heidelberg“ (1906);
- als Vorsitzenden der „Internationalen Vereinigung für Krebsforschung“ (1908);
- als Förderer der Strahlentherapie und Anreger des „Radiologischen Institutes“ in Heidelberg (1913).

Simplicissimus,  
Jg. 16, 1912, H. 51  
(18.03.1912), S. 895.



Nun also kann ein weiteres Attribut hinzugefügt werden: Mit seinem mutigen Aufbegehren „gegen den Modernisteneid Roms und den Bekenntniszwang der Oberkonsistorien“ zugunsten der „Wahrheit in Kunst und Wissenschaft“ erweist sich der Altkatholik (!) Czerny als Mann der Aufklärung, der das Kantische „Sapere aude – habe den Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen“, beherzigte und dafür Sanktionen hinnahm.

Preisurkunde 1979  
[Thiel u. Dörmer]  
(Ausschnitt). DGHO-Archiv.

Wie werden die bisherigen 44 Czerny-Preisträger (aufgelistet in der Homepage der DGHO), wie die Mitglieder und Vorstände der DGHO die hier vorgebrachte Kunde über den „Fall Czerny“ aufnehmen? Es steht zu vermuten: mit Genugtuung und einem gewissen Stolz: Mit einem Mann des Fortschrittes identifiziert man sich gern! Und angesichts des aktuellen Bestrebens, die AfD in Grenzen zu halten, findet der Slogan „Front gegen rechts“ gegenwärtig geradezu einhelligen Konsens, auch wenn er – im Unterschied zu 1911, heute recht billig zu haben ist.

Der Historiker freilich, noch dazu in einer außergewöhnlichen, „historischen“ Stunde (Klimawandel; Covid 19-Pandemie) fragt sich: Welcher Misstand könnte heute, im Jahr 2020, den adäquaten Mut eines Czerny erfordern und einen Onkologen veranlassen, seinen klinischen Elfenbeinturm zu verlassen und seine Stimme zu erheben?

Oder, um mit dem Simplicissimus-Gedicht zu fragen: welches ist heute der „politische Krebs“, dem Czerny „zu Leibe rücken täte“ und damit Unmut auf sich zöge?

Ein weiterer Simplicissimus-Einwurf von 1957 mag einen ersten Hinweis geben: Die umseitig abgebildete Illustration zeigt die neuen „Heiligtümer“ der Moderne: Fernsehen, Auto und Külschrank als Götzen der neuen Konsumgesellschaft.<sup>19</sup> Mit deren Grenzen werden wir heute zunehmend konfrontiert: Vermüllung der Welt, Verkehrskollaps, Klimawandel, Artensterben. Der italienische Schriftsteller und Regisseur Paolo Pasolini sprach schon in



Morgen-Ausgabe.



„Berliner Tageblatt“ und „Handels-Zeitung“...
jeden Sonntag u. Samstag...
„ULN“, vom 1. November...
„Berliner Tageblatt“...
„Handels-Zeitung“...
Verlag von Rudolf Wolff in Berlin.

„Berliner Tageblatt“ und „Handels-Zeitung“...
jeden Sonntag u. Samstag...
„ULN“, vom 1. November...
„Berliner Tageblatt“...
„Handels-Zeitung“...
Verlag von Rudolf Wolff in Berlin.

Berliner Tageblatt

Nr. 587
40. Jahrgang

und Handels-Zeitung

Freitag
17. November 1911

Die Front gegen rechts!

T. W. Die Parole, welche einen gemeinsamen Vorkampf der Linksparteien gegen den schwarzen Block verlangt, hat sich in den letzten Monaten immer fröhlicher durchgesetzt. Wenn man sie — weder durch die direkten Angriffe der einen noch durch die indirekten Bedenken der anderen irritiert — seit langem einpflanzen und verpflanzen hat, so sieht man nicht ohne Verwunderung auf das folgende Jahr zu. Stärker und eindringlicher als alles, was zur Begründung dieser Wahlpolitik sich sagen ließ, haben die Zahlen gesprochen, und unabweisbar hat sich die Notwendigkeit auch den zögernden Zeitlern aufgedrängt. Das ganze Volk hat gesehen, daß die Allensberg'sche Partei übermächtig sein und ihrer stierischen Bundesbrüder geduldet werden kann, und zum ersten Male scheint es bereit, das Mittel anzuwenden, das allein zum Ziele führt. In Lind-Clayton, in Schönow-Bielkau, in Köpenick-Zimmerstadt, in Tüschdorf, in Konstantin-Lieberting und an anderen Punkten des Landes wurden die Parteien der Reaktion befragt, und wo ein konservativer Kreis oder ein Zentrumsmandat erobert wurde, da geschah es durch das kluge Zusammengehen von Liberalismus und Sozialdemokratie. Im Schlaf-Vorhingen hat man so die stierische Front nach Möglichkeit eingeschmälert und in Bayern rüht man sich, ein Gleiches zu tun. Hebräer bringt der Hungerheerde Gebote durch: Die Front gegen rechts!

im Reichstag zu sichern vermog, und daß nach Verwirklichung einer Einkameralität nur der Liberalismus den Ausblick geben wird, da er mit der Sozialdemokratie gegen die Rechte und mit der Rechte gegen die Sozialdemokratie stimmen kann. Man muß ihnen vor allem liegen, daß mit Fortnichtigkeit und Bedenken noch nie ein Sieg erungen worden ist. Und daß man eine Partei von Kindern und von Schlafschützern ist, wenn man nicht den klaren Willen zur Rechenschaft hat. Wir haben eine Anzahl hervorragender und bekannte Persönlichkeiten, die gleich und in der „Front gegen rechts“ das einzige mögliche, einzig wirksame Mittel zum Siege sehen, von einer öffentlichen Forderung ihrer Überzeugung erfaßt, und wir teilen heute die ersten der Kundgebungen mit, die uns vorgegangen sind. In dem Schreiben, mit dem wir uns an diese Persönlichkeiten gewendet, wurde gesagt: „Verfolgt der deutsche Liberalismus diesmal nicht eine energische und zielstrebige Realpolitik, verläßt er auch diesmal die Gelegenheit, sich durchzusetzen und die Macht der Reichsparteien und des Zentrums zu brechen, so wird er auf lange hinaus unter einem Mißerfolg zu leiden haben, an dem dann einzig und allein seine schwächliche Bedenkenlosigkeit schuld sein wird.“

Partei wird, um so mehr wächst ihre Verantwortlichkeit, und schon aus Rücksicht für ihre Wähler muß sie die Staatsmaschine im Ganzen erhalten. Man sagt nicht so leicht den Will ab, auf dem man sitzt. Hat man doch in Frankreich gesehen, daß der frühere Sozialdemokratische Freund bei dem Eisenbahnstreik weniger Federlesen gemacht hat, als ein konservativer Minister hätte tun können. Er fannte seine Leute, wußte, wie man sie anzustellen hat und was er dem Staate schuldig war. Auch bei uns in Baden funktioniert die Staatsmaschine trotz der liberal-sozialdemokratischen Allianz ganz tadellos. Bei der Steuerbefreiung und der einkochtragenden Verfassungsfrage haben die deutschen Sozialdemokraten dem gelunden Menschenverstande zum Siege verholfen. Also, bange machen gilt nicht! Hochachtungsvoll Dr. Vinzenz Czerny.

Die Rechten haben gelagt: verdammt den Gedanken nicht zu laßt, denn ein Teil des Bürgerthums erkrankt so leicht! Aber wären die bisherigen Erfolge erzwungen worden, hätte man die Wähler nicht an die Parole gewandt und würde ohne eine solche Vorbereitung der größere Erfolg bei den Reichstagswahlen zu erwarten sein? Die konservativen Kreise Deutschlands haben immer erkannt, daß nicht ihre Klimateil bedrohen könne ein solcher Zusammenstoß der Linksparteien, und darum haben sie gelacht die Klute zwischen Bürger und Arbeiter verbreitet, haben sie dem Bürger die Furcht vor der „roten Gefahr“ eingeimpft, haben sie die Sozialdemokratie durch Schlägen und Herausforderungen immer weiter in einen tiefen Radikalismus hineinzutreiben verlaßt. Bei allem, was sie in den letzten Jahrzehnten unternommen, vergaßen sie nie diesen hohen Zweck, und all ihr Bemühen war, dem schüchternen Bourgeois die Sozialdemokratie als einen außerhalb des Staates stehenden, nicht bürokratischen Überbau darzustellen. Während in England und in Frankreich, in Oesterreich und in Belgien der Liberale dort, wo es die Verwirklichung seiner eigenen Wünsche und Ideen gilt, längst leuchtend mit dem sozialistischen Arbeiter marschiert, wurde bei uns der Liberalismus immer aufs neue mit dem toten Geiste gelehrt, und mit dem stumpfsten Mittel schlug man so das konservativste Aferfeld.

Der erste Ansehung, die wir hier veröffentlichen, wurde uns von seiner Graciosa dem stierischen Geheimrat Professor Dr. Vincenz Czerny, dem berühmten Gesehberger Redigier, zur Verfügung gestellt. Politik war bisher nicht meine starke Seite, aber die Zeiten sind vorüber, wo der Professor sich in das vorzügliche Odipoprofanum vulgus einhüllen und abseits vom Treiben der Welt seine Jährlinge ziehen durfte. Klammert sich jetzt vor den nahen Reichstagswahlen gilt es Farbe zu bekennen, da von denselben für lange Zeit hinaus die Frage entschieden werden wird, ob das deutsche Volk mit freiem Selbstbestimmungsrecht die Bahnen eines vernünftigen Fortschrittes zur Freiheit wandern oder ob das Suchen nach Wahrheit in Kunst und Wissenschaft, die freie Bewegung im Handel und Wandel in freier Welt gelassen werden soll. Denn das unterliegt keinem Zweifel, daß der Modernisierend Rom und der Befestigung der Oberkonservativen von dem Zentrum und den Konservativen zur Grundfrage ihres Stuhles und Denkens gemacht worden sind, diese Parteien zwingen werden, die unbeschränkte Macht über die Schulen, welche sie schon in so hohem Maße ausüben, anzutreten. Das bedeutet aber die Befestigung der für uns in Deutschland unentbehrlichen Toleranz und die Unterdrückung des freien Gedankens.

Die in den vorstehenden, durchaus zutreffenden Ausführungen niedergelegte Reichstagswahlparole muß nach meiner Überzeugung auch für die norddeutschen Liberalen bestimmend sein. Allerdings ist anzugeben, daß es vielen, auch entschiedenen Liberalen im Norden und Osten des Kaiserthums, die durch mancherlei sozialdemokratische Anlehnungen und Verleumdungen erbittert und verstimmt sind, nicht leicht sein mag, der von Herrn Professor Czerny so warm befürworteten Reichswahlparole zu folgen. Wer aber die Drämsie anerkennt, daß vor allem die auf dem Gebiete der Kirche, der Schule, der Wirtschaft und Steuerpolitik, und endlich dem der allgemeinen, die Freiheit der Individualität, der Vereine und der Gemeinden betreffenden Staatsverwaltung kurzzeit sich immer mehr breit machende Reaktion bekämpft werden muß, daß die Herrschaft des schwarzen Blocks, die das dreite Bürgerthum in den letzten Jahren so drückend am eigenen Leibe auf allen jenen Gebieten empfunden und noch täglich zu spüren hat, gebrochen werden muß, koste es, was es wolle, der darf — wenn er nicht so namhaftig die Faust in der Tasche halten will — auch vor der Anwendung des einzigen Mittels, das erstrebenswerthe Ziel zu erreichen, nicht zurücktreten. Wer allein zu schwach ist, eine

den siebziger Jahren in seinen legendären „Freibeuterschriften“ von einer „totalitären Konsumherrschaft“ und prägte den Begriff der „hedonistischen Diktatur“.<sup>20</sup> Eine solche „Diktatur“ würde sich eine Beschädigung ihrer Heiligtümer ebenso wenig gefallen lassen wie seinerzeit der Kriegsminister, als der große Czerny sich von Epauletten, Pickelhaube und Federbusch lossagte. Letztere wirken heute wie lächerliche Relikte; ob nicht in naher Zukunft unser allfälliger Plastik-Hausrat, aber auch SUV's, Billigflüge und Kreuzfahrten als ebenso unstatthafte Auswüchse einer Epoche erscheinen?

Zur weiteren Annäherung wollen wir fragen, was denn für Czerny die Richtschnur seiner Argumentation in dem besagten Aufruf war, nämlich die Maxime vom „vernünftigen Fortschritte zur Freiheit“. Zweifellos gehörte Czerny noch einer Generation von Wissenschaftlern und Naturforschern, die von der Fortschrittsgläubigkeit des 19. Jahrhunderts geprägt war. „Wo Ihr erscheint, da ist das Licht, das Leben, [...] Ihr beherrscht den Himmel, Erd und Meer.“ – so konnte Czerny in der Eröffnungshymne der Naturforscherversammlung 1866 hören.<sup>21</sup> Einen solchen Festgruß wird heute niemand mehr

Pickelhaube mit  
Paradebusch

© Deutsches Historisches  
Museum/ A. Psille, Inv.-  
Nr.: U 53/110



Götzen ihrer Zeit: Sie vermögen „Prestigebedürfnis, Eitelkeit und Egoismus zu befriedigen“ und „auf sublimen Weise auch ein ersatzweises Machterlebnis zu ermöglichen“ (Dahl, Anfang vom Ende des Autos)<sup>22</sup>

anstimmen wollen. Nach Giftgaskrieg, Atombombe und Genozid, nach Klimawandel und Umweltzerstörung ist dem Menschen des 21. Jahrhunderts die Fortschrittsgläubigkeit vergangen. „Die Ineinssetzung von technischem, kulturellen und sittlichem Fortschritt erscheint, von den Erfahrungen der seitdem dahingegangenen Jahrzehnte aus betrachtet, als eine wirklichkeitsfremde Naivität mit schon fast rührenden Zügen“, schrieb der Geschichtsphilosoph Joseph Pieper schon 1949.<sup>23</sup>

Was ist Fortschritt, was ist Freiheit? Es sind dies offenbar die Schlüsselbegriffe, die – jenseits von den alten politischen Parolen „rechts“ oder „links“ – heute einer Neubestimmung bedürfen. „Eine neue Erzählung der Moderne“ forderte jüngst beispielsweise auch der exponierte deutsche Klimaforscher Hans Joachim Schellnhuber<sup>24</sup> und gab damit den Rahmen vor für unsere weitere Betrachtung.

Hilfestellung und tieferes Verständnis finden wir bei einem zweiten Heidelberger Giganten, dem 2002 mit 102 Jahren in Heidelberg verstorbenen Philosophen Hans Georg Gadamer. Er eröffnete seinen bis heute unbedingt lesenswerten Essay „Wissenschaft als Instrument der Aufklärung“ (1972) mit der Frage nach dem „Sapere aude“ und nach dessen aktueller Bedeutung.<sup>25</sup> „Denn warum bedarf es des Mutes? Welche Gefahr droht?“<sup>26</sup> Gadamer erinnert an die andere Bestimmung von „Aufklärung“: sie sei der Ausgang des



Fernsehen, Auto,  
Kühlschrank  
Simplicissimus Nr. 25,  
1957.

Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Sodann präziserte er sein Fragen: „Worin besteht die selbstverschuldete Unmündigkeit der Menschheit, in der sie sich heute befindet und über die sie sich aufklären sollte?“

Die Antwort schließt eine Brücke zum Czerny-Diskurs und lautet: „Es ist in der industriellen Gesellschaft von heute schwerlich mehr blinder Autoritätsglaube und Priesterherrschaft. Ich meine, es ist eben die Benommenheit von dem technologischen Traum ... Der technologische Traum benimmt uns, sofern das Ideal des Machenkönnens zum Zwang des Machenmüssens wird.“<sup>27</sup>

Gadamer postulierte – ähnlich wie Schellnhuber – eine „Dritte Aufklärung“ (nach der Zweiten im 18. Jahrhundert und der Ersten in der griechischen Antike) und verwies dabei auf die Rolle der Wissenschaft: „Denn die Wissenschaft sagt uns mit steigender Klarheit: Die Welt, in der wir leben, ist eine Welt der begrenzten Möglichkeiten. Unsere Welt ist zu Ende, wenn sie so fortfährt, wie sie sich „vorwärtszubewegen“ im Begriffe ist.“<sup>28</sup> Nun gelte es, aus dem technologischen Traum zu erwachen. Die Nötigungen, die uns die globale Produktion aufzwingt, und Abhängigkeiten, die sie schafft, verdeutlichte Gadamer an anderer Stelle am Beispiel von Fernsehen und Individualverkehr.<sup>29</sup> (Er besaß übrigens keinen Führerschein!<sup>30</sup>).



Richtete sich Czernys Appell von 1911 noch gegen obrigkeitliche und kirchliche Gängelei (II. Aufklärung), so stellt sich heute die Herausforderung, unsere Konsum- und Überflussgesellschaft in Frage zu stellen, insbesondere deren Grundverständnis von Mobilität und Freiheit.<sup>31</sup> (III. Aufklärung). Verzicht und das Propagieren von Alternativen ist angesagt. Hier darf man freilich keine ungeteilte Zustimmung erwarten, Konflikte sind vorprogrammiert. „Finger weg, von der Kiste, man klemmt sich sonst enorm!“ so formulierte einst der Arzt Hans Erich Blaich (alias Rataösk) im Simplicissimus. Das Wiederauflebenlassen des Siebziger-Jahre-Slogans „Freie Fahrt für freie Bürger“ durch eine AfD-Kampagne 2018<sup>32</sup> korrespondierte denn auch mit dem Protest der „Friday for Future“-Bewegung. „Das Klimaproblem hält uns hier nur den Spiegel vor, in dem wir die hässliche Fratze der Moderne erkennen“, flankierte Schellnhuber, „das industrielle Wachstum wurde zum Götzen der Moderne, aber es stößt überall an seine Grenzen.“

### Unsere Welt

Städte wachsen himmelan,  
Wälder sterben und verschwinden,  
Erde frißt die Autobahn,  
Gifte reisen mit den Winden.

Tiere sind bald nicht mehr da,  
Außer denen, die wir schlachten,  
Und die Menschen schreien: „Hurra,  
Kommt nur unsere Welt betrachten!“

„Überholt ist die Natur,  
Weg mit allem, was natürlich!  
Unser Wahlspruch lautet: Nur  
Menschgemachtes ist gebürlich.“

Godofredo Stutzin 1997

Godofredo [Götz] Stutzin (1917-2010), Santiago de Chile, Sohn eines 1933 aus Berlin vertriebenen und nach Südamerika ausgewanderten Urologen.<sup>32</sup> Das Gedicht ist publiziert in: Ders.: Es war einmal eine schöne Welt. Santiago 1997, S. 34. Rechtsanwalt Godofredo St. war zu diesem Zeitpunkt „Aussteiger“, leidenschaftlicher Tierschützer, Schriftsteller und lebenswürdiger Brieffreund des Verfassers P.V. Nach einem abenteuerlichen Leben lebte er zuletzt mit seinen Tieren auf dem „Insel-Paradies“ in El Arrayán bei Santiago.



Tafel I. zu der Arbeit von Kaiser/Czerny (wie Anm. #). Oben eine gut verheilte Naht im aufgeklappten Oesophago-duodenaltractus 3 Wochen nach OP eines Hundes (Versuch 6: „Schwarzer, glatthaariger Hund“).

An dieser Stelle sei eine Imagination erlaubt. Als Vincenz Czerny 1880 die Operation des Magenkarzinoms in Angriff nahm und damit die Therapiefähigkeit der Krebskrankheit auf eine neue Stufe hob, berichtete er gewissenhaft über seine operativen Vorversuche an Hasen, Katzen und Hunden. Dabei schilderte er mit rührender Sorgfalt das schrittweise Wohlergehen und das Füttern der operierten Tiere.<sup>34</sup> Gesetzt den Fall, Meister Czerny wäre jene Pressemeldung vor Augen gekommen, die am 18. Dezember 2019 (bei den Vorarbeiten zu diesem Vortrag), durch die Medien ging: „Erlegter Hirsch hatte 6 Kilo Plastik im Magen“.<sup>35</sup> Tatsächlich hatte man im Magen eines in Graubünden erlegten Hirsches 6 kg Plastikreste gefunden (darunter Einmalhandschuhe, Plastiktüten und Vogelfutternetze). Das ausgewachsene Tier war regelrecht verhungert, weil durch den Magen nichts mehr hindurchging – wie einst bei seinen Patienten mit Pyloruskarzinom, dieser „schrecklichen und häufigen Krankheit mit ihren fürchterlichen Qualen“. Würde ein Mann wie Czerny diese Folge menschlichen Wirtschaftens als „vernünftigen Fortschritt zur Freiheit“ betrachten? Würde er nicht wiederum aus dem Elfenbeinturm des Operationssaales heraustreten und die ubiquitäre Verwendung von Plastik anprangern? Müsste er nicht konsequent gegen die „neuen konsumistischen und permissiven Mächte“ (Pasolini) aufgehen, die so etwas zulassen und heraufbeschwören?



Sechs Kilo Plastik im Magen eines Hirsches.  
© Amt für Jagd und Fischerei Graubünden

Am Vorabend seines Todes äußerte derselbe Pasolini († 2.11.1975) in seinem letzten Interview: „Für euch geschehen die Dinge erst dann, wenn sie in den Medien unter den Tagesereignissen erscheinen, schön, fertig, gekürzt, betitelt und gesetzt. Aber was versteckt sich dahinter? Es fehlt uns hier der Chirurg, der den Mut hat, das Gewebe zu untersuchen und zu sagen: Meine Herren, das ist keine harmlose Angelegenheit, das ist bösartiger Krebs.“<sup>56</sup>

Genau hier ergibt sich die Chance, dass sich Wissenschaft und „Friday for Future“-Bewegung treffen. „Wenn die Menschen wüssten, dass die Wissenschaftler sagen, dass wir gegenwärtig nicht einmal mehr eine fünfprozentige Chance haben, das Pariser Klimaziel zu erreichen, und wenn die Menschen wüssten, welches alptraumhafte Szenario uns bevorsteht, wenn wir die Erderwärmung nicht unter zwei Grad Celsius halten, dann bräuchten sie mich nicht zu fragen, warum ich vor dem Schwedischen Parlament einen Schulstreik durchführe“ (Greta Thunberg).<sup>37</sup>

- 1 Philipp Lenard: *Erinnerungen eines Naturforschers*, hrsg. von Arne Schirmacher. Heidelberg: Springer; 2010, S. 247.
- 2 In späteren Chirurgenkalendern und -verzeichnissen wurde der Generalarzt-Ehrentitel bei Czerny ignoriert, im Unterschied etwa zu Ernst von Bergmann.
- 3 Dorothea Liebermann-Meffert datiert den Erwerb des Ehrentitels „Generalarzt“ auf das Jahr 1914 [!]. vgl. Vinzenz [sic] Czerny. *Grand Seigneur of Oncologic Surgery. Life, influence and work of the Second Congress President of the ISS/SIC*. *World J. Surg.* 24 (2000) 1589-98.
- 4 „Ich sehe noch am Beginn dieser vielen hundert Seiten dicken Bücher [Festschriften] das Porträt im Tiefdruck, als ‚Generalarzt à la suite‘ mit vielen, vielen Orden, bedeckt mit einem knisternden Seidenpapier, Symbol des wisperrnden Ruhmes.“ F. Stelzner: *Der Wandel des Altersbegriffes und was damit zusammenhängt*. *Langenbecks Arch. Chir. Suppl. II* (Kongressbericht 1996) 444-447
- 5 *O Czerny, Mann des Ruhmes/ wer hätte das gedacht, daß solchen Heiligtumes Du unwert Dich gemacht*. Kladderadatsch (wie Anm. 14)
- 6 In der Personalakte taucht erstmals 1897 die Bezeichnung auf. Freundliche Mitteilung von Sabrina Zinke, Universitätsarchiv Heidelberg. Der Titel ist auch angeführt in Herrmann Degeners „Wer ist's“ (1909; 1912). Ferner F.L. Seppaintner: *Vinzenz Czerny*. In: *Badische Biographien N.F. Bd. VI*, Stuttgart 2011, S. 66-72
- 7 Meißner, Paul: *Bei Professor Czerny*. *DIE WOCHE*. Moderne illustrierte Zeitschrift (Berlin). Heft 22, 1905, S. 943; ferner (anlässlich von Czernys Rücktritt als Direktor der Chirurischen Klinik) in Heft 31, 1906, S. 1335.
- 8 *BERLINER TAGEBLATT* Jg. 40, Nr. 587 (17.11.1911), Titelblatt. Vgl die Berichterstattung in: *VORWÄRTS* (18.11.) und *Heidelberger Tageblatt* (18.11.)
- 9 „Anfrage an die Großh. Badische Staatsregierung“. *PFÄLZER BOTE* (Heidelberg) Nr. 267 (22.11.1911), S. 2; vgl ebenda vom Vortag „Das Schweineglück der Sozialdemokratie“.
- 10 Vgl. die Ausführungen von Staats- und Kriegsminister Josias von Heeringen vor dem Reichstag am 25.04.1912. Aktenüberlieferung nicht erhalten. Lt. Auskunft des Bundesarchivs vom 21.09.2019 (Jozwiak) ist der gesamte Schriftverkehr der Preußischen Armee auf Grund des Brandes des Heeresarchivs Potsdam 1945 vernichtet.
- 11 *PFÄLZER BOTE* (24.02.1912); *FRANKFURTER ZEITUNG* („Opfer der politischen Überzeugung“, 25.02.); *BERLINER TAGEBLATT*, *NEUES WIENER TAGBLATT*, *SALZBURGER VOLKSBLATT* (26.02.); *HEIDELBERGER TAGEBLATT* („Der Fall Czerny“, 27.02.); *VORWÄRTS* („Borussische Blamage“, 27.02.); *VORARLBERGER VOLKSFREUND* („Klerikale Doppelmoral“, 07.03.)
- 12 Voswinckel: *Erinnerungsort Krebsbaracke*, 2014, S. 77; neuerdings Bettina Hitzer: *Krebs Fühlen. Eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts*. 2020, S. 112.
- 13 *PESTER LLOYD* vom 27.02.1912, S. 4-5.
- 14 Siebenstrophiges Gedicht „Czerny“ in: *Kladderadatsch*, Jg. 65 (1912) Nr. 10 (10.03.1912). Unterzeichnet von P.W. [vermutlich der Herausgeber Paul Warncke].
- 15 *BERLINER TAGEBLATT* vom 26.02.1912. Morgenausgabe.
- 16 wie Anm. 1.
- 17 Laut Mitteilung des Generallandesarchivs Karlsruhe vom 21.10.2019 (Hennhöfer).
- 18 Vgl. Voswinckel: *Fundstücke aus dem DGHO-Archiv 1937-2017*. Berlin 2017, S. 111 ff.



Ein zweiter Gigant  
aus Heidelberg:  
Hans-Georg Gadamer  
(1900-2002).  
© picture-alliance/ dpa

Sicher ist: es wird Einschnitte in unserem Konsum- und Mobilitätsverhalten geben, aber auch in unserem beruflichen Selbstverständnis: Es reicht nicht aus, wenn wir unsere vorgeschriebenen Funktionen „sachgerecht ausüben, ohne uns um anderes zu kümmern“.<sup>38</sup> Die drei Begrifflichkeiten „Aufwachen aus dem technologischen Traum“, „neue Erzählung der Moderne“, „neue Normalität“ erfordern m.E. dasselbe: Mut und Zivilcourage, Selbstbeschränkung und Augenmaß. *Sapere aude!*

» *Es reicht nicht aus, wenn wir unsere vorgeschriebenen Funktionen sachgerecht ausüben, ohne uns um anderes zu kümmern.* «

(Gadamer)

- 19 *Simplicissimus* Nr. 25, 1957 vom 22.06.1957. „Die deutsche Prozession“; Titelillustration von Manfred Oesterle. Wiedergegeben in: Wolfgang König: *Kleine Geschichte der Konsumgesellschaft. Konsum als Lebensform der Moderne*. Stuttgart: Steiner 2008. S. 41
- 20 Pasolini, Pier Paolo: *Freibeuterschriften. Die Zerstörung der Kultur des Einzelnen durch die Konsumgesellschaft*. Berlin: Wagenbach 1978, S. 65, 70.
- 21 Hymne von Friedrich Wilhelm Rogge. In: *Amtlicher Bericht der Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte Bd. 44* (1865).
- 22 Dahl, Jürgen: *Der Anfang vom Ende des Automobils* [1972]. Berlin: Verlag Das kulturelle Gedächtnis 2020, S. 43.
- 23 Pieper, Josef: *Über das Ende der Zeit. Eine geschichtsphilosophische Betrachtung* [1949]. In: *Werke Bd. 6*, Hamburg 1999, S. 286-344.
- 24 Schellnhuber, Hans Joachim: *Wir leben im akuten Notfall. Interview mit dem evangelischen Pressedienst epd vom 29.11.2019*. Redaktionsnetzwerk Deutschland RND.
- 25 Gadamer [1972]. In: *Ders.: Lob der Theorie. Reden und Aufsätze*. Frankfurt: Suhrkamp 1983, S. 88-102.
- 26 Ebenda S. 88.
- 27 Ebenda S. 98
- 28 Ebenda S. 99
- 29 Gadamer: *Die Idee der Toleranz 1782-1982*. In: *Lob der Theorie (wie Anm. 25)* S. 103-122, hier S. 112.
- 30 nach freundlicher Mitteilung des Gadamer-Biographen Jean Grondin, Université de Montréal, an den Verfasser vom 25.02.2020.
- 31 Voswinkel, Peter: *Arzt und Auto. Das Auto und seine Welt im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes von 1907 bis 1975*. Münster 1981: Murken-Altrogge. [Zusammenfassung/Summary S. 143-150].
- 32 Vgl. Aufrufe zur Groß-Demo „Freie Fahrt für freie Bürger“ in Berlin. <https://afdkompakt.de/2018/05/25/27-mai-demo>
- 33 Vgl. Abschnitt „Dr. Joachim Stutzin“ in: Voswinkel: *Hinter die Kulissen geschaut. Aus der Werkstatt eines Ärzte-Biographen*. In: *Hospital, Kunst, Medizin. Festschrift für Axel Hinrich Murken. Historia Hospitalium 23* (Sonderband) 2002-2003, S. 99-128, hier S. 122-128.
- 34 Czerny, V. (Hrsg.): *Beiträge zur operativen Chirurgie. Festschrift für Theodor Billroth zum 25-jährigen Doktorjubiläum*. Stuttgart: Enke 1878, hier besonders Beitrag Kaiser: *Operationen am Magen*, S. 95-160.
- 35 Vgl. u.a.: [https://www.focus.de/wissen/natur/fall-in-der-schweiz-schock-foto-erlegter-hirsch-hatte-sechs-kilogramm-plastik-im-magen\\_id\\_11474387.html](https://www.focus.de/wissen/natur/fall-in-der-schweiz-schock-foto-erlegter-hirsch-hatte-sechs-kilogramm-plastik-im-magen_id_11474387.html)
- 36 Furio Colombo und Pier P. Pasolini: *„Wir sind alle in Gefahr“*. Pasolinis letztes Interview [erstmalig in LA STAMPA vom 08.11.1975]. In: Kunz-Vitali, Fabien (Hrsg.): *Pasolini: Vom Verschwinden der Glühwürmchen*. Hamburg: Laika-Verlag 2015, S. 89-103.
- 37 N.N.: Greta Thunberg. Hessische Landeszentrale für politische Bildung. Wiesbaden 2020. URL: <http://www.hlz.hessen.de/index.php?id=1085>
- 38 Gadamer (wie Anm. 25), S. 102. „Das Ideal der technischen Weltverwaltung formt auch noch den Menschen nach seinem Bilde und macht ihn zum technischen Verwalter, der vorgeschriebene Funktionen sachgerecht ausübt, ohne sich um anderes zu kümmern.“

KRISTINA LEHMANN, FELIX PAWLOWSKI, FRANK ZIEGENHORN

## Virtuelle Alternativen zu physischen Treffen der TREFFPUNKTE

Die aktuellen Auswirkungen der Corona-Pandemie machen auch vor der Stiftungsarbeit keinen Halt. Alle Veranstaltungen, v. a. die physischen Treffen unserer mittlerweile 33 TREFFPUNKTE, sind bis auf weiteres ausgesetzt. Es müssen andere Wege gefunden werden, um den Austausch der jungen Betroffenen zu gewährleisten und zu unterstützen. Die TREFFPUNKTE sind dabei so kreativ und engagiert wie vor der Krise. Treffen wurden kurzerhand in den virtuellen Raum verlegt und der rege Austausch der Mitglieder untereinander kennt kaum digitale Grenzen. Die TREFFPUNKTE setzten sich zudem in einer gemeinsamen Aktion für die Initiative „Hi wir sind's. Die Risikogruppe“ ein. Entstanden sind verschiedene Foto-Collagen mit der klaren und direk-



TREFFPUNKT  
Brandenburg bei der  
Instagram-Aktion  
"Hi wir sind's.  
Die Risikogruppe"

ten Botschaft miteinander und somit füreinander auf Abstand zu gehen. Eine großartige Aktion, die den Einsatz und den Mut der jungen Betroffenen wieder spiegelt.

## Wir.Gemeinsam – In Bewegung durch die Krise



Annelie Voland  
während der Live-  
Sportsession auf dem  
Instagram-Account der  
Stiftung

In Zusammenarbeit mit der Sportwissenschaftlerin Annelie Voland, Doktorandin am NCT Heidelberg, haben wir verschiedene virtuelle Bewegungsangebote für junge Betroffene entwickelt. Im Vordergrund stand die Frage, wie man in Zeiten sozialer Distanzierung gemeinsam aktiv bleiben kann. Annelie Voland ist seit Jahren mit ihrem Projekt

„Gemeinsam Pilgern“ erfolgreich und bestens vertraut mit praktischen Tipps und Anleitungen zu Bewegungsübungen im Alltag. Um die Gruppe der jungen Betroffenen bestmöglich zu erreichen, erfolgt die Ansprache der Teilnehmer über die Social-Media-Kanäle der Stiftung. In kurzen Live-Videos meldet sich Frau Voland seit Anfang April 2020 dreimal wöchentlich über den stiftungseigenen Instagram-Kanal. Die Inhalte wechseln dabei zwischen aktivierenden und spannenden Elementen. Alle Videos sind auch im Nachgang über den YouTube-Kanal der Stiftung verfügbar. Ergänzend zum Video-Angebot unterstützte Frau Voland als Referentin das Webinar „In Bewegung – aktiv gegen Fatigue“. Die Teilnahme und Resonanz der jungen Betroffenen an den virtuellen Angeboten der Stiftung sind überwältigend. Trotz Isolation erzeugt dieses Projekt zusammen mit den jungen Betroffenen ein gemeinsam aktives „Wir“.

## WeKickCorona – Unterstützung durch die Initiative prominenter Sportler

Profi-Sportler als Vorbilder in herausfordernden Zeiten – über das Projekt WeKickCorona ([www.wekickcorona.com](http://www.wekickcorona.com)), initiiert durch die Fußball-Nationalspieler Leon Goretzka und Joshua Kimmich, hat die Stiftung eine Spende erhalten. Die Unterstützung von #WeKickCorona hilft sehr, die Arbeitsfähigkeit des Stiftungsbüros und den Fortbestand der laufenden Projekte zu sichern. Gemeinsam mit fußballaffinen Betroffenen wurde eine Dankes-Collage gestaltet und über die Social-Media-Kanäle der Stiftung verbreitet.



Dankescollage der TREFFPUNKTE

## Junge Erwachsene engagieren sich für junge Erwachsene mit Krebs

Die Auszubildenden des Genossenschaftsverbands haben sich engagiert und fleißig für ihre von Krebs betroffenen Altersgenossen gesammelt. Noch bevor die soziale Distanzierung in unserer Gesellschaft zum Gebot wurde, bekam das Büro der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs Besuch. Das Engagement und große Interesse der Azubis vor Ort zu erleben, bestätigt die positive Wahrnehmung der Stiftungsarbeit in der Öffentlichkeit.



Spendenübergabe in den Räumlichkeiten der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs



## Neues Projekt „Jung & Krebs – Online-Sprechstunde“

Die sehr große Resonanz der bisherigen YouTube-Livestreams zur Corona-Krise haben uns dazu veranlasst eine regelmäßige allgemeine Online-Sprechstunde ins Leben zu rufen. Hier können Betroffene ihre individuellen Fragen zu Ihrer Er-

krankung oder aktuellen Themen stellen. Experten beantworten diese allgemeinen und speziellen Fragen über Medizin und die Stiftungsarbeit dann im Livestream, alle zwei Wochen, mittwochs um 18 Uhr auf dem YouTube-Kanal der Stiftung.

### Ausbau des JUNGEN KREBSPORTAL

Die Stiftung hat sich dazu entschlossen ihr Beratungsangebot im JUNGEN KREBSPORTAL Zug um Zug zu einer umfangreichen Wissens- und Informationsplattform auszubauen. Auf der neugestalteten Startseite des Portals finden Betroffene nun eine Sammlung aller wichtigen Online-Angebote der Stiftung und können, je nach Bedarf an die geeigneten Stellen navigieren.

[www.junges-krebsportal.de](http://www.junges-krebsportal.de)

## Ergänzung des Spendenbereichs der Stiftungs-Webseite

Spenden sind in vielfältiger Form möglich, die Stiftungs-Webseite liefert dazu einen Überblick, zum Beispiel im Hinblick auf Kondolenz- und Nachlassspenden (<https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/aktiv-werden/spenden/>).

Neben der Möglichkeit direkt an die Stiftung zu spenden, gibt es auch bei vielen privaten Veranstaltungen, wie Geburtstagen oder Jubiläen, die Gelegenheit zu Spenden zugunsten der Stiftung aufzurufen („Spenden als Geschenk“).

Ein solches Engagement bietet sich auch bei einer Vielzahl von Anlässen in Unternehmen und Organisationen (klassisches

Beispiel „Weihnachts-Spende“) an. Hier gibt es bereits im Vorfeld die Chance, eine Spenden-Aktion für junge Krebspatienten zu initiieren und so die Hilfsangebote und die Forschung zugunsten junger Menschen mit Krebs zu unterstützen.

### Spendenkonto bei der Postbank

**EMPFÄNGER:** Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs  
**IBAN:** DE57 1001 0010 0834 2261 04  
**BIC:** PBNKDEFF

## Promotionsstipendium der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs vergibt auch in diesem Jahr ein Promotionsstipendium an Studentinnen und Studenten sowie Absolventinnen und Absolventen deutscher Hochschulen und Universitäten. Die Wissenschaftsförderung richtet sich an Akademikerinnen und Akademiker aller Fachrichtungen, die zu einem der folgenden Themenkomplexen forschen:

- Allgemeiner Themenkomplex:  
„Kreberkrankungen bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 39 Jahren“
- Spezielle Themenkomplexe:  
„Junge Erwachsene mit Krebs unter dem Schwerpunkt finanzielle und soziale Folgen“  
„Junge Erwachsene mit Krebs unter dem Schwerpunkt Datenerhebung“ – Auswertung vorhandener Krebsregisterdaten zu Details in Diagnose und Stadium junger Krebspatienten.  
„Junge Erwachsene mit Krebs unter dem Schwerpunkt Medien und Kommunikation“

Das geförderte Promotionsprojekt soll die Stipendiatinnen und Stipendiaten in ihrem wissenschaftlichen Fortkommen unterstützen und so einen Nutzen für die Wissenschaft stiften.

**Förderung · Förderungsdauer von einem Jahr · monatliches Stipendium in Höhe von 800,00 Euro · einmaliger Sachkostenzuschuss in Höhe von 400,00 Euro**

### Termine und Fristen

Ausschreibung des Promotionsstipendiums: 15. März 2020  
Ende der Bewerbungsfrist: 30. Juni 2020  
Vergabe des Promotionsstipendiums: 1. Oktober 2020

Die aktuellen Förderrichtlinien für das Promotionsstipendium 2020/2021 finden Sie unter <https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/wir-bewegen/wissenschaft-foerdern/promotionsstipendium/>

Bei Fragen rund um das Promotionsstipendium, wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle.

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs  
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin  
Tel.: 030 28 09 30 56 0  
Fax: 030 28 09 30 56 9  
[www.junge-erwachsene-mit-krebs.de](http://www.junge-erwachsene-mit-krebs.de)  
[info@junge-erwachsene-mit-krebs.de](mailto:info@junge-erwachsene-mit-krebs.de)



## Informationen im Überblick

### Veranstaltungsort:

Freitag, 25.09.2020:

Park Inn by Radisson Köln City West  
Innere Kanalstraße 15, 50823 Köln

Samstag, 26.09.2020:

Universität zu Köln  
Universitätsstr. 37, 50931 Köln

### Hotel:

Wir bieten Ihnen ein Zimmerkontingent im **Park Inn by Radisson Köln City West** an. Gern können Sie Ihr Hotelzimmer (Standard Einzelzimmer zu 103,00 € inkl. Frühstück / 1 ÜN, zuzügl. 4,35 € Kulturförderabgabe pro Zimmer/Nacht) hier bis zum 28.08.2020 buchen:

Telefonnummer: +49 221 5701 924

E-Mail: [reservierung.koeln@provenhotels.com](mailto:reservierung.koeln@provenhotels.com)

Stichwort: **DGHO**

### Zertifizierung:

Die Zertifizierung der Veranstaltung wird bei der Ärztekammer Nordrhein beantragt.

### Kursgebühr:

DGHO-Mitglieder	<b>150,00 €</b>
Nichtmitglieder	<b>270,00 €</b>

Max. Teilnehmerzahl: 30

Die Kursgebühr enthält Lernmaterialien und die Verpflegung an den Veranstaltungstagen.

Online-Anmeldung: [www.dgho-service.de](http://www.dgho-service.de)

Bitte zurücksenden an die DGHO Service GmbH per  
E-Mail: [anmeldung@dgho-service.de](mailto: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

Die Kursgebühr wurde am \_\_\_\_\_ auf  
das Konto der DGHO Service GmbH überwiesen.  
IBAN: DE10 1001 0010 0009 3921 06  
BIC: PBNKDEFFXXX

Bitte vermerken Sie das Stichwort „Intensiv-  
medizin 2020“ und den Namen des Teilnehmers.

Die Kostenübernahmebestätigung, die als  
Download auf [www.dgho-service.de](http://www.dgho-service.de) verfügbar  
ist, sende ich Ihnen per Fax oder E-Mail zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Hämatologisch-onkologische Intensivmedizin

### Trainingskurs

**25. und 26. September 2020**

**Park Inn by Radisson Köln City West**

**Universität zu Köln**

### Kursleiter:

Prof. Dr. Michael Kiehl, Frankfurt / Oder  
Dr. Catherina Lück, Hannover

## Programmübersicht

**Freitag, 25.09.2020 - Park Inn Köln City West**

- 10:30 Uhr Begrüßungskaffee
- 11:00 Uhr Begrüßung / Einleitung  
Michael Kiehl, Catherina Lück
- 11:15 Uhr Der hämatologische Patient – ein Spezialfall?  
Frank Kroschinsky
- 12:00 Uhr Respiratorisches Versagen inkl. Fallvorstellung  
Tobias Liebegts
- 12:45 Uhr Mittagessen
- 13:30 Uhr Infektionen und Sepsis – Diagnostische Besonderheiten und Therapie  
Matthias Kochanek
- 14:15 Uhr Hämostaseologische Notfälle und intensivmedizinische Komplikationen  
Paul Knöbl
- 15:00 Uhr Intensivmedizinische Komplikationen der allogene Transplantation inkl. Fallvorstellung  
Catherina Lück
- 15:30 Uhr Pause
- 15:50 Uhr Immunphänomene - Intensivmedizinische Nebenwirkungen von Immunonkologika und CAR-T-Zelltherapie  
Boris Böll
- 16:35 Uhr Onkologie - Prognose im Wandel? *Dos and Don'ts der intensiv-medizinischen Versorgung hämatologisch-onkologischer Patienten in Zeiten neuer Therapien*

*(Interaktive Falldiskussion)*  
Michael Kiehl, Catherina Lück

17:30 Uhr Ende des Programms / Abendessen ab 19 Uhr

**Samstag, 26.09.2020 – Universität zu Köln**

09:00 Uhr Gruppeneinteilung

9:15 Uhr	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Klinische Visite 1 Sepsis / MOV Alexander Shimabukuro- Vorhagen	Klinische Visite 2 Ein interessanter Fall Boris Böll	Klinische Visite 3 Beatmung Matthias Kochanek	
Raumwechsel			
10:15 Uhr	Raumwechsel		
Beatmung	Sepsis / MOV	Ein interessanter Fall	
Raumwechsel			
11:15 Uhr	Raumwechsel		
Ein interessanter Fall	Beatmung	Sepsis / MOV	

12:15 Uhr Abschlussdiskussion  
Michael Kiehl, Catherina Lück

12:30 Uhr Ende der Veranstaltung

**Die Teilnehmer sind eingeladen, Patientenfälle beizutragen und Management und Entscheidungsfindung an Situationen im realen Leben zu diskutieren.**

Bitte senden Sie Ihre Fallschilderung vorab an:  
j.mueller@dgho-service.de.

Stand: April 2020. Änderungen vorbehalten.

## Organisation:

**DGHO Service GmbH**  
Alexanderplatz 1, 10178 Berlin  
E-Mail: [j.mueller@dgho-service.de](mailto:j.mueller@dgho-service.de)  
Telefon: 030 / 27 87 60 89-38

### **Teilnahme- und Stornierungsbedingungen:**

Die Anmeldung zur Tagung muss schriftlich erfolgen. Sie erhalten eine Bestätigung/Rechnung, sobald die Kursgebühr oder die Kostenübernahmeerklärung bei uns eingegangen ist. Die Teilnahmegebühr ist ein durchlaufender Posten. Die Verpflegung enthält 19% MwSt. Stornierungen bis zum 31.07.2020 sind kostenfrei. Bei Stornierungen ab dem 01.08.2020 sind 50% der Kursgebühr zu zahlen. Bei zu geringer Teilnahme behalten wir uns eine Absage der Veranstaltung bis zum 31.07.2020 vor. In diesem Fall wird die Kursgebühr erstattet. Der/die Teilnehmer/in nimmt zur Kenntnis, dass er/sie dem Veranstalter gegenüber keine Schadensersatzansprüche 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 2020/2021/2022

## 2. Forum Onkologie in Leipzig

15. August 2020

Leipzig

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=592-10c>

## Forum Onkologie in Düsseldorf

15. August 2020

Düsseldorf

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=597-10e>

## 4. Forum Onkologie in Aachen

22. August 2020

Aachen

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=4c9-10c>

## Update Hämatologie / Onkologie 2020

VIRTUELLES MEETING

28. bis 29. August 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Hamburg

<http://onko-update.de/>

## 3. Interdisziplinäre Frauenkonferenz der DGHO

28. August 2020

Eine Veranstaltung der DGHO

Berlin

<https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/3-interdisziplinare-frauenkonferenz-der-dgho>

## 2. Forum Onkologie in Münster

29. August 2020

Münster

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=598-10c>

## 2. Forum Onkologie in Bayreuth

9. September 2020

Bayreuth

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=593-10e>

## 30. Deutscher Hautkrebskongress

9. bis 12. September 2020

Nürnberg

<https://www.ado-kongress.de/>

## 2. Forum Onkologie in Freiburg

12. September 2020

Freiburg

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=595-10e>

## Forum Onkologie in Hannover

12. September 2020

Hannover

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=4cd-10e>

## 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI)

16. bis 18. September 2020

Berlin

<https://www.dgti-kongress.de/>

## 54. Wissenschaftliche Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V. & 3<sup>rd</sup> International Symposium of the CRC/Transregio FungiNet

16. bis 19. September 2020

Würzburg

<https://www.dmykg-kongress.de/>

## ESMO 2020 Congress

VIRTUELLES MEETING

18. bis 22. September 2020

<https://www.esmo.org>

## Hämatologisches Zytologieseminar für Einsteiger

23. bis 26. September 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Wilsede

<https://wilsede-schule-akademie.de>

[info@wilsede-schule-akademie.de](mailto:info@wilsede-schule-akademie.de)

## Fortbildungsveranstaltung (Modul 1) – Fachassistent/in zur medikamentösen Tumortherapie und Patientenkommunikation

24. bis 26. September 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Köln

[info@winho.de](mailto:info@winho.de)

## Zertifizierungskurs für Pflegende und medizinische Fachangestellte in der Onkologie Modul 2

24. bis 26. September 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Landshut

<https://www.csm-congress.de/medkom/>

## Trainingskurs: Hämatologisch-onkologische Intensivmedizin

25. und 26. September 2020

Eine Veranstaltung der DGHO

Köln

[https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/trainingskurs\\_intensivmedizin2020](https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/trainingskurs_intensivmedizin2020)

## 14. Kursus Ernährungsmedizin in der Onkologie – 1. Kursteil

2. bis 4. Oktober 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Freiburg im Breisgau

<https://www.emo-kurs.de/>

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

VIRTUELLES MEETING

9. bis 11. Oktober 2020

<https://www.haematologie-onkologie-2020.com/>

## 11. Akademie Knochen und Krebs

16. bis 17. Oktober 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Frankfurt am Main

<http://www.akuk-anmeldung.de/>

## 4. Forum Onkologie in Mannheim

21. Oktober 2020

Mannheim

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59a-10e>

## Best of ASCO® 2020 Annual Meeting

23. bis 24. Oktober 2020

Wien, Österreich

<https://www.onconovum.academy/veranstaltungen/archiv/best-of-asco-2020.html>

## BfS-Informationsveranstaltung „Anträge und Anzeigen zur med. Forschung nach dem StrlSchG“

27. Oktober 2020

Oberschleifheim / Neuherberg

[veranstaltungen.medforsch@bfs.de](mailto:veranstaltungen.medforsch@bfs.de)

## Benigne und Maligne Hämatologie/Onkologie – Refresher

30. bis 31. Oktober 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Köln

<https://www.fomf.de/haematoonko-refresher-koeln-1020#fomf-ueberblick>

## 14. Kursus Ernährungsmedizin in der Onkologie – 2. Kursteil

6. bis 8. November 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Freiburg im Breisgau

<https://www.emo-kurs.de/>

## Kölner Hämatologie-Kurs 2020 – Teil III

7. November 2020

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Köln

<https://innere1.uk-koeln.de/zuweiser-professionals/koelner-haematologie-kurs/>

## Leipzig Immune ONcology (LION) Conference

10. bis 11. November 2020

Leipzig

<http://www.lion-conference.com>

**Benigne und Maligne Hämatologie/  
Onkologie – Refresher****13. bis 14. November 2020**unter der Schirmherrschaft der DGHO  
Stuttgart<https://www.fomf.de/haematoonko-refresher-stuttgart-1120>**4. Forum Onkologie in Köln****14. November 2020**

Köln

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59b-110>**2. Forum Onkologie am Bodensee****14. November 2020**

Engen

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59c-10e>**Fortbildungsveranstaltung (Modul 2)  
– Fachassistent/in zur medikamentösen  
Tumorthherapie und Patienten-  
kommunikation****19. bis 21. November 2020**unter der Schirmherrschaft der DGHO  
Köln

info@winho.de

**17. AIO-Herbstkongress – Update  
Medical Oncology****19. bis 21. November 2020**

Berlin

<https://www.aio-herbstkongress.de/>**3. Forum Onkologie in Mainz****20. November 2020**

Mainz

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59e-110>**3. Forum Onkologie in Hamburg****21. November 2020**

Hamburg

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59f-112>**Benigne und Maligne Hämatologie/  
Onkologie – Refresher****27. bis 28. November 2020**

Berlin

<https://www.fomf.de/haematoonko-refresher-berlin-1120>**4. Forum Onkologie in Essen****28. November 2020**

Essen

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=5a0-10a>**6. Forum Onkologie in Berlin****28. November 2020**

Berlin

<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=5a1-10c>**62<sup>nd</sup> ASH Annual Meeting and  
Exposition****5. bis 8. Dezember 2020**

San Diego, USA

**12<sup>th</sup> International Symposium on  
Hodgkin Lymphoma****6. bis 8. März 2021**

Köln

<https://www.hodgkinsymposium.org/>**Fortbildungsveranstaltung (Modul 3)  
– Fachassistent/in zur medikamentösen  
Tumorthherapie und Patienten-  
kommunikation****28. bis 30. März 2021**unter der Schirmherrschaft der DGHO  
Köln

info@winho.de

**Frühjahrstagung 2021 der OeGHO****8. bis 10. April 2021**

Wien, Österreich

<https://www.oegho.at/aktuelles/aktuelles/news-detail/absage-der-oegho-ahop-fruehjahrstagung-2020-92/>**20<sup>th</sup> Meeting of the European Association  
for Haematopathology****24. bis 29. April 2021**

Dubrovnik, Kroatien

<https://www.eahp-sh2020.com/>**Frankfurt Cancer Conference 2021  
VIRTUELLES MEETING****24. bis 26. August 2021**<https://www.uct-frankfurt.de/cancerconference2020.html>**Jahrestagung der Deutschen,  
Österreichischen und Schweizerischen  
Gesellschaften für  
Hämatologie und Medizinische  
Onkologie****1. bis 4. Oktober 2021**

Berlin

**Ernährung 2022 – Medizin fürs  
Leben****23. bis 25. Juni 2022**

Bremen

<https://www.kongress-ernaehrung.de/>



Nur für DGHO-Mitglieder  
sichtbar.

[Redacted content]

Nur für DGHO-  
Mitglieder sichtbar.

[Redacted content]

## 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](mailto:info@dgho.de) · Internet: [www.dgho.de](http://www.dgho.de)

V.i.S.d.P.: Michael Oldenburg (MO)  
Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO:  
Prof. Dr. med. Lorenz Trümper  
Bankverbindung: Postgiroamt Karlsruhe  
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](mailto:info@dgho-service.de)  
Geschäftsführung: Iwe Siems

Steuer-Nr. 1127/027/37914 (FA für Körperschaften I 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.



# Call for Abstracts

**Einreichung noch  
bis 1. Juli 2020**

**Wir laden Sie herzlich ein, Ihre aktuellen wissenschaftlichen Beiträge und Forschungsergebnisse einzureichen. Angenommene Abstracts werden als digitale Vorträge oder Posterpräsentationen in das Programm aufgenommen.**

## HÄMATOLOGIE

- Akute lymphatische Leukämie
- Akute myeloische Leukämie
- B-Zell-Lymphome, aggressiv
- B-Zell-Lymphome, indolent
- Sonstige B-Zell-Lymphome
- T-Zell-Lymphome
- Hodgkin-Lymphom
- Chronische lymphatische Leukämie
- Chronische myeloische Leukämie
- Chronische myeloproliferative Neoplasien
- Gerinnung und Thrombozyten
- Hämatopoetische Stammzellen
- Multiples Myelom und andere Plasmazellerkrankungen
- Myelodysplastische Syndrome
- Nichtmaligne Hämatologie (exkl. Anämien)
- Nichtmaligne Hämatologie: Anämien, Eisenstoffwechsel
- Sonstige Hämatologie

## ONKOLOGIE

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

## QUERSCHNITTSTHEMEN

- Adoleszente und junge Erwachsene (AYA)
- Der spezielle Fall
- Diagnose und Therapie der Infektion
- Ethik
- Geriatrische Onkologie
- Immuntherapie
- Intensivmedizin, Nottfälle
- Komplementärmedizin
- Langzeitüberlebende
- Palliativmedizin
- Patientensicherheit
- Pflege
- Prävention/Epidemiologie
- Psychoonkologie
- Rehabilitation
- Diagnose und Therapie der Infektionen
- Supportive Therapie (z. B. Antiemetika, exkl. Infektionen)
- Translationale Forschung und neue Substanzen
- Tumor-/ Zellbiologie
- Versorgungsforschung
- Blutstammzelltransplantation und zelluläre Therapien
- Big Data und Digitale Medizin
- Studentische Lehre in der Hämatologie und Onkologie
- Weiterbildungskonzepte in der Hämatologie und Onkologie
- Sonstige Themen

