

Juni · 2/2021

DGHO
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

MITGLIEDER RUNDSCHREIBEN



DGHO Intern
Wahlen zum
Vorstand und Beirat

4

DGHO
Neu: Onkopia-
Webinare

5

Veranstaltungen
Hybride
Jahrestagung

24

INHALT



DGHO

Neu: Onkopedia-Webinare	5
Stellungnahme Modellvorhaben Genomsequenzierung	7
Assistierte Selbsttötung bei Krebspatient*innen	10
Vergabe José Carreras-DGHO-Promotionsstipendien	12

Historische Forschungsstelle

Der besondere Fall: PNH 1678	14
------------------------------------	----

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Patient*innenbeirat mit neuer Zusammensetzung	19
Ausbau des Informationsangebots	20

Veranstaltungen

Hybride Jahrestagung	24
Grußwort des Kongresspräsidenten	25
Veranstaltungshinweise 2021	25

DGHO Intern

Wahlen zum Vorstand und Beirat	4
Bewerbung um die Mitgliedschaft	22

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGHO, liebe Freundinnen und Freunde,

seit einigen Ausgaben ist dieses das erste Mitgliederrundschreiben, in dem Sie keinen Artikel zu COVID-19 finden. Der Grund ist selbstverständlich nicht, dass uns das Thema nicht mehr beschäftigt. Unsere Fachgesellschaft ist weiterhin äußerst aktiv, wenn es um COVID-19 geht. Die Schnelligkeit des Themas erfordert von uns sehr oft kurzfristiges Agieren. Diesem Tempo werden wir mit unserem digitalen Angebot gerecht. So finden Sie auf unserer Website stets die aktuellen Dokumente rund um COVID-19. Neben der Lektüre des vorliegenden Mitgliederrundschreibens laden wir Sie herzlich ein, sich regelmäßig auf unserer Website zu COVID-19 und den vielen weiteren Themen, bei denen sich unsere Fachgesellschaft intensiv engagiert, zu informieren.

Onkopedia ist ein Leuchtturmprojekt der DGHO und hat sich seit seiner Initiierung zu einem Standard-Tool für unser Fachgebiet entwickelt. Die Onkopedia-Leitlinien zeichnen sich u. a. durch ihre komprimierte Darstellung, ihre große Praxistauglichkeit im klinischen Alltag sowie durch Ihre Aktualität aus. Daher freuen wir uns ganz besonders, dass wir Ihnen – realisiert durch die DGHO Service GmbH – ab sofort in zweiwöchigen Abständen kostenlose Onkopedia-Webinare anbieten können. Immer freitags von 14:00 bis 15:00 Uhr geben die verantwortlichen Autor*innen der Onkopedia-Leitlinien, bei denen sich relevante Änderungen ergeben haben, einen entsprechenden Überblick. Im Anschluss bietet ein Chat Raum für Fragen und Diskussionen. Zur Teilnahme laden wir Sie ganz herzlich ein!

Der Vorstand ruft die Mitglieder der DGHO auf, sich aktiv um die ab dem 1. Januar 2022 zu besetzenden Ämter in Vorstand und Beirat zu bewerben. Vakant wird das Amt der*des Vorsitzenden für die Amtsperiode 2022 bis 2023, an die sich laut Satzung automatisch das Amt der*des Geschäftsführenden Vorsitzenden für die Amtsperiode von 2024 bis 2025 anschließt. Darüber hinaus wird mit Beginn des nächsten Jahres die Position für ein weiteres Mitglied im Vorstand für die Amtsperiode 2022 bis 2025 vakant. Ebenfalls zu besetzen sind ab dem 1. Januar 2022 fünf Positionen im Beirat unserer Fachgesellschaft. Sowohl die Arbeit im Vorstand als auch im Beirat bietet – in enger Kooperation mit den vielen ehrenamtlich engagierten Kolleg*innen unserer Fachgesellschaft – einen ausgesprochen großen wissenschaftlichen, medizinischen und gesundheitspolitischen Gestaltungsspielraum in einem der innovativsten Fachgebiete der Medizin!

Für die hybride Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie vom 1. bis 4. Oktober 2021 in Berlin wurden 535 Abstracts eingereicht. Durch Ihr Engagement tragen Sie wesentlich zur Gestaltung eines spannenden Programms bei. Dafür möchten wir uns sehr herzlich bei Ihnen bedanken! Unabhängig von den durch COVID-19 bedingten konkreten Ausgestaltungen der Jahrestagung freuen wir uns gemeinsam mit dem diesjährigen Kongresspräsidenten Prof. Andreas Mackensen und seinem Team auf einen intensiven fachlichen Austausch und besonders – wenn möglich – auch auf persönliche Gespräche – vor Ort und virtuell!

Lorenz Trümper
Geschäftsführender Vorsitzender

Hermann Einsele
Vorsitzender

Maike de Wit
Mitglied im Vorstand

Ingo Tamm
Mitglied im Vorstand

onkopedia – was ist neu?

Jetzt als regelmäßiges Webinar!

Onkopedia ist in den letzten 10 Jahren zu einem Standard in der Diagnostik und Therapie von Patient*innen mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen geworden. Ziel von Onkopedia ist es, Empfehlungen auf dem aktuellen Stand des Wissens zu geben. Das erfordert kontinuierliche Aktualisierung der Leitlinien durch die Expert*innen, aber auch die Bereitschaft der behandelnden Ärzt*innen, diese Empfehlungen umzusetzen.

Wann und wo muss ich meine Routine in der Diagnostik, in der Therapie, im Nebenwirkungsmanagement oder in der Nachsorge ändern bzw. anpassen? Hierzu starten wir jetzt eine neue Reihe von Webinaren.



Inhalt	Onkopedia Leitlinien, bei denen sich relevante Änderungen ergeben haben
Vortragende	verantwortliche Autor*innen der Onkopedia Leitlinien
Format	Webinar über 45 Minuten, anschließend Diskussion über Chat-Funktion
Aufbau	einheitlich: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Nachsorge, ...
Zeitpunkt	freitags 14:00 bis 15:00 Uhr, alle 2 Wochen

Daten, Themen und Referent*innen der ersten Webinare:

Datum	Thema	Referent*innen
28. Mai 2021	Akute Myeloische Leukämie ¹	Prof. Dr. med. Christoph Röllig, Dresden
11. Juni 2021	ASCO Wichtig zu wissen ¹	Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, Berlin
25. Juni 2021	NSCLC ¹	Prof. Dr. med. Frank Griesinger, Oldenburg
9. Juli 2021	Antibakterielle Prophylaxe ¹	Dr. med. Annika Claßen, Köln Prof. Dr. med. Jörg Janne Vehreschild, Frankfurt a. M.
23. Juli 2021	CLL	Prof. Dr. med. Clemens Wendtner, München
6. August 2021	Ösophaguskarzinom	Prof. Dr. med. Michael Stahl, Essen
20. August 2021	DLBCL	Prof. Dr. med. Georg Lenz, Münster

Die Organisation erfolgt über die DGHO Service GmbH. Voraussetzung für die Teilnahme ist die vorherige Anmeldung unter <https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/onkopedia-webinare>. Teilnehmer*innen bekommen rechtzeitig einen persönlichen Zugangslink zugesandt. Im Anschluss an die Webinare wird die Teilnahme bestätigt.

Die Webinare werden aufgezeichnet und können im Anschluss an die jeweilige Veranstaltung unter www.onkopedia.com eingesehen werden.

¹ Diese Webinare wurden von der Ärztekammer Berlin mit 1 Fortbildungspunkt in Kategorie A zertifiziert. Für die weiteren Webinare wurde die Anerkennung als Fortbildung beantragt.

Stellungnahme zum Modellvorhaben Genomsequenzierung

Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 18. März 2021 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

*Die vorliegende Stellungnahme wurde mit der Patient*innen-Selbsthilfe sowie weiteren wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und Institutionen verfasst und am Mittwoch, 21. April 2021 veröffentlicht.*

Zusammenfassung

Diagnostik und Therapie seltener und maligner Erkrankungen befinden sich in einem tiefgreifenden Wandel. Ziel ist die Translation von Ergebnissen der Genomforschung in die Versorgung. Wir begrüßen die Bereitschaft aus der Politik zur weiteren Unterstützung dieser in Deutschland bereits auf hohem Niveau durchgeführten Forschung.

Allerdings wird das vorgeschlagene Modellvorhaben zur Genomsequenzierung der Komplexität der Herausforderung nicht gerecht. So wie der Änderungsantrag jetzt formuliert ist, gefährdet dieses Modellprojekt

- die Qualität der Versorgung
- die Sicherheit der Patient*innen
- die zur Therapieverbesserung notwendige Verbindung von Forschung und Versorgung
- die Kostentransparenz und -kontrolle
- die Fortführung aktueller, mit öffentlichen Geldern geförderter Forschungsprojekte und deren konsequenter Umsetzung in die qualitätsgesicherte Versorgung,
- den Forschungsstandort Deutschland.

Wir fordern, dieses Modellvorhaben in seiner vorgeschlagenen Form nicht umzusetzen.

Sinnvolle Alternativen sind Nutzung und weiterer Ausbau der bereits etablierten Strukturen, d.h. Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Durchführung von Genomsequenzierung, klinischer Beratung und Evaluation in einer Hand auf der Basis hoher Qualitätsanforderungen in bereits zur Verfügung stehenden hochspezialisierten Zentren. Damit kann sowohl den betroffenen Patient*innen effektiv geholfen als auch der Forschungsstandort Deutschland gestärkt werden.

Genomdiagnostik für seltene und maligne Erkrankungen ist kein wirtschaftlicher Selbstzweck, sondern integrativer Bestandteil qualitativ hochwertiger und Patient*innen-zentrierter Versorgung.

Hintergrund

Genetische Alterationen spielen eine zentrale Rolle in der Entstehung seltener angeborener und onkologischer Erkrankungen. Grundsätzlich handelt es sich bei hereditären und bei malignen Erkrankungen um unterschiedliche Fachgebiete. Vor allem die Art der Diagnostik, aber auch der Umgang

mit den Ergebnissen, zeigt jedoch große Überlappungen. Das ist der Hintergrund für die thematische Zusammenfassung in dem von den Fraktionen der CDU/CSU und der SPD gemeinsam eingebrachten Änderungsantrag unter dem Titel „Modellvorhaben Genomsequenzierung“.

In der Onkologie haben sich die betroffenen medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften seit mehreren Jahren angesichts der Vielfalt der molekular diagnostischen Möglichkeiten und der Angebote intensiv mit dem Thema beschäftigt [1, 2]. Anfang 2019 hatten sie ihre Position zum Einsatz der Molekular diagnostik in der Versorgung von Krebspatient*innen in Deutschland definiert und das Positionspapier „Qualitätsgesicherte Molekular diagnostik in der Onkologie: zielgerichtet – qualitätsgesichert – integriert“ publiziert [3]. Zentrale Punkte sind:

- Zielgerichtete Indikation zur Anforderung von Molekular diagnostik
- Orientierung an aktuellen Leitlinien
- Integration der molekular pathologischen/tumorgenetischen Analysen in die weitere Diagnostik und die Therapieempfehlung
- Qualitätssicherung von molekular pathologischer / tumorgenetischer Diagnostik und daraus resultierender Therapieempfehlung
- Datenschutz bei Verbleib von molekularen und klinischen Daten im öffentlichen Raum
- Wissensgenerierende Versorgung.

Diese Forderungen sind nur im engen Verbund spezialisierter Zentren mit der entsprechenden Expertise umzusetzen.

Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD

Die Fraktionen von CDU/CSU und SPD haben einen umfangreichen Änderungsantrag zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) BT-Drs. 19/26822 eingebracht. Unsere Zusammenfassung ist:

- Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) soll für alle Kassen ein Modellvorhaben zur Genomsequenzierung mit geeigneten Leistungserbringern verhandeln.
- Geeignet sind alle Hochschulkliniken, Kliniken und vertragsärztlichen Labore, die die Kriterien der Zentrumszuschläge erfüllen [4].
- Alle Institutionen/Anbieter, die diese Kriterien erfüllen, verhandeln dann gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband über die Qualitätskriterien und über den Preis.
- Die Datenbank lässt das BMG erstellen. Zur Finanzierung werden 10 Mill. Euro bereitgestellt.

Bewertung

Nach unserem Wissenstand wurde dieser Änderungsantrag weder in der wissenschaftlichen Medizin noch in den Organen der Selbstverwaltung im Vorfeld inhaltlich diskutiert. Bei Durchsicht ergeben sich die folgenden, kritischen Punkte:

- Die Komplexität der Genomdiagnostik sowohl bezüglich der Interpretation der Sequenzierungsergebnisse als auch der klinischen Konsequenzen erfordert eine enge Verbindung von Grundlagenforschung, State-of-the-art – Diagnostik und klinischer Expertise. Diese kann nur in spezialisierten, forschungsnahen akademischen Zentren vorgehalten werden.
- Die im Modellvorhaben geforderten Qualitätsanforderungen entsprechen in keiner Weise diesen Notwendigkeiten.
- Das Modellvorhaben ermöglicht privaten Laborbetreibern in Zusammenarbeit mit Kliniken / Klinikketten sowie der pharmazeutisch/diagnostischen Industrie die Durchführung von Genomsequenzierung. Die Notwendigkeit der engen Verbindung von Versorgung und klinischer Forschung kann so nicht sichergestellt werden.
- Die Qualität der Beratung von Patient*innen/Zuweiser*innen bezüglich der klinischen Konsequenzen ist nicht mehr sichergestellt, da diese die interdisziplinäre Zusammenarbeit in spezialisierten forschungsnahen Zentren erfordert.
- Für korrekte Diagnosen und Therapieempfehlungen auf Grundlage von Genomsequenzierungen wird eine hochwertige Durchführung der Sequenzierung benötigt, die nur wenige Einrichtungen erfüllen. Die Befundbewertung erfordert das Wissen über die neuesten Forschungsergebnisse sowie die Kooperation mit den klinischen Expert*innen. Die resultierenden Therapieempfehlungen benötigen einen engen Austausch von spezialisierten klinischen Expert*innen und den molekulargenetischen Expert*innen.
- Die Datenhaltung sollte in diesen Zentren angesiedelt sein als Voraussetzung für eine kontinuierliche Anwendungsnahe Evaluation und Weiterentwicklung. Erfahrungen in Deutschland und international haben gezeigt, dass kommerzielle Anbieter von Genomsequenzierung die versorgungsfinanzierten Daten zum eigenen Nutzen unter Verschluss halten und so den Prozess einer kontinuierlichen Verbesserung untergraben.
- Es bestehen Zweifel, ob die geplante zentrale Datenbank in absehbarer Zeit funktional sein wird. Somit besteht bei Aufsplitterung der Leistungserbringer auch die Gefahr einer Aufsplitterung der Datenhaltung, teilweise im nicht mehr öffentlichen Bereich. Die einheitliche und zentrumsübergreifende Evaluation der hochwertigen klinischen und genomischen Daten ist nicht mehr gewährleistet, weil diese angesichts der enormen (und zunehmenden) Komplexität nur in enger Verzahnung der Datenbankexpert*innen, der genomischen und der klinischen Arbeitsgruppen in den Zentren erfolgen muss.

Diese Forderungen sind nur im engen Verbund spezialisierter Zentren mit der entsprechenden Expertise umzusetzen, eine Öffnung für eine Vielzahl von Leistungserbringern ist damit nicht vereinbar.

Alternativen

In Deutschland gibt es bereits erfolgreiche Modellprojekte, die diese Forderungen umsetzen.

Onkologie

Das **MASTER** (Molecularly Aided Stratification for Tumor Eradication Research)-Programm ist ein präzisionsonkologisches Netzwerk, das 2012 am Deutschen Krebsforschungszentrum und am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg gegründet wurde und seit 2016 auch alle Standorte des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK) mit ihren jeweiligen Einzugsgebieten umfasst. Zudem beteiligen sich auch die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Onkologischen Spitzenzentren, die zum Teil nicht dem DKTK angehören. Insgesamt haben weit mehr als 100 Partner, die das gesamte Spektrum der Versorgung von Krebspatient*innen repräsentieren, zum Erfolg des Programms beigetragen. Seit seinem Bestehen hat das MASTER-Programm in technologischer und struktureller Hinsicht eine Vorreiterrolle für die Präzisionsonkologie in Deutschland eingenommen. Einerseits hat es von Anfang an den systematischen klinischen Einsatz von Genom-, Exom- und Transkriptomsequenzierungen realisiert. Darüber hinaus wurden wesentliche strukturelle Elemente der Präzisionsonkologie in Deutschland pilotiert und kontinuierlich weiterentwickelt (standortübergreifende molekulare Tumorboards, gemeinsame Standards für die Evidenzgraduierung und Priorisierung sowie das Reporting von genetischen Varianten im klinischen Kontext etc.). Eine weitere Errungenschaft des MASTER-Konsortiums besteht in der Entwicklung eines stetig wachsenden Portfolios an molekular stratifizierten klinischen Studien.

Das **nationale Netzwerk Genomische Medizin** (nNGM), unterstützt durch die Deutsche Krebshilfe (DKH) und die Krankenkassen, ist ein Modellvorhaben zur Implementierung von personalisierter Lungenkrebstherapie in Deutschland. Aktuell werden hier Panelsequenzierungen für jährlich 14.000 Lungenkrebspatient*innen bundesweit in einem Verbund von 20 Zentren, in der Mehrzahl onkologische Spitzenzentren, und über 400 Krankenhäusern und onkologischen Praxen durchgeführt. Zentralisiert in den nNGM Zentren findet hierbei die qualitätsgesicherte Sequenzierdiagnostik, die Beratung und interdisziplinäre Therapieempfehlung sowie eine kontinuierliche Evaluation statt. Über besondere Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen ist die Bezahlung dieser Leistungen für über 80% der in Frage kommenden Patient*innen geregelt. Die Optimierung der digitalen Vernetzung der nNGM Zentren mit Krankenhäusern, Praxen und Patient*innen wird ab Sommer 2021 im DigiNet Projekt über den Innovationsfonds gefördert. Die im nNGM aufgebauten Strukturen stellen eine Blaupause für die Implementierung personalisierter Krebstherapie auch bei anderen Tumorentitäten dar.

Die **Zentren für personalisierte Medizin** (ZPM) haben in Baden-Württemberg an den Universitätskliniken Strukturen zur zentralisierten und qualitätsgesicherten genetischen Diagnostik, Beratung in interdisziplinären Expert*innenboards und zur Evaluation individualisierter Therapien für Patient*innen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen etabliert. Zudem sind die IT-Strukturen zur prospektiven Dokumentation der klinischen und genetischen Daten etabliert worden. Die Ausweitung des Modells auf ganz Deutschland im Deutschen Netzwerk Personalisierte Medizin (DNPM) wird aktuell ebenfalls durch den Innovationsfonds gefördert und wird zum Aufbau von ZPM-Strukturen an 20 Universi-

tätskliniken führen. Sowohl die diagnostischen Leistungen als auch die Beratung der Patient*innen und die individualisierte Therapie werden durch Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg finanziert. Die ZPM-BW und das DNPM-Netzwerk stehen somit für eine qualitätsgesicherte und evidenzbasierte wissensgenerierende Versorgung im Bereich der personalisierten Onkologie und perspektivisch auch weiterer Krankheitsentitäten.

Humangenetik

Das **TranslateNamse** Projekt zentralisiert für seltene genetische Erkrankungen eine Beurteilung der bislang ungelösten Fälle in interdisziplinären und – wenn notwendig – zentrumsübergreifenden Fallkonferenzen. Viele Fälle können bereits so gelöst werden und identifizieren dabei auch bisher unentdeckte häufige Erkrankungen. Bei allen anderen Patient*innen erfolgt eine Exomdiagnostik, deren Ergebnisse in einem Expertenpanel mit dem klinischen Spezialisten bewertet werden. Das Projekt wurde durch eine Förderung des Innovationsfonds entwickelt und wird durch Selektivverträge mit den Krankenkassen weitergeführt.

Diese Projekte bringen in der **genom.DE** Initiative auf Einladung des BMG ihre Expertise ein. Sie betreiben eine Datensammlung und -auswertung, die mit der Medizininformatik-Initiative des BMBF abgestimmt ist. Basierend auf ihren Vorarbeiten, erarbeiten sie aktuell in regelmäßigen Treffen Empfehlungen für das BMG zur qualitätsgesicherten und forschungsfreundlichen Implementierung von Genomsequenzierung in die klinische Routine in Deutschland. Das aktuelle Modellvorhaben ignoriert diese Arbeit der eingeladenen Experten und zerstört diese Bemühungen.

Zusammenfassend schlagen wir daher vor, das Modellvorhaben nicht in der vorgeschlagenen Form umzusetzen. Alternativ sollten die o.g. Modellprojekte, die be-

reits eine substanzielle Durchdringung der Versorgung erreicht haben, weiter unterstützt und im Rahmen der genom.DE Initiative integriert werden, um eine qualitativ hochwertige, forschungsnah und Evidenz-generierende molekulargenetische Diagnostik allen hierfür in Frage kommenden Patient*innen in Deutschland zukommen zu lassen.

Referenzen

1. Dietmaier W, Hummel M: Qualitätssicherung in der Molekularpathologie. Pathologie 39:178-180, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00292-018-0423-0>; <https://quip.eu/wp-content/uploads/2018/04/Qualit%C3%A4tssicherung-in-der-Molekularpathologie.pdf>
2. Schirmacher P, Stenzinger A, Kirchner T: Zentralisierte Molekulare Tumordiagnostik durch kommerzielle Anbieter – Konsequenzen für Patient*innen, Krankenversorgung und Forschung. Pathologie 39:583-586, 2018. DOI: 10.1007/s00292-018-0523-x
3. <https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/molekulare-diagnostik/molekulare-diagnostik-positionspapier-2019-1.pdf>
4. <https://www.g-ba.de/richtlinien/117/> §136c

Dieses Positionspapier wurde von Prof. Dr. Jürgen Wolf (Köln) und Prof. Dr. Bernhard Wörmann (Berlin) in Kooperation mit Prof. Dr. Reinhard Büttner (Köln), Bernd Crusius (Bonn), Prof. Dr. Justus Duyster (Freiburg), Prof. Dr. Hermann Einsele (Würzburg), Prof. Dr. Stefan Fröhling (Heidelberg), Prof. Dr. Michael Hallek (Köln), Prof. Dr. Heiko Krude (Berlin), Prof. Dr. Nisar P. Malek (Tübingen), Dr. Christine Mundlos (Berlin), Prof. Dr. Stefan Mundlos (Berlin), Dr. Martina Nothacker (Berlin, Marburg), Prof. Dr. Peter Schirmacher (Heidelberg), Prof. Dr. Brigitte Schlegelberger (Hannover), Prof. Dr. Thomas Seufferlein (Ulm), Dr. Reiner Siebert (Ulm), Bärbel Söhlke (Köln), Jessica Stoltze (Bonn), Prof. Dr. Robert Thimme (Freiburg), Prof. Dr. Lorenz Trümper (Göttingen), Prof. Dr. Christof von Kalle (Berlin), Markus Wartenberg (Wölfersheim) erstellt.

DGHO-Preisausschreibungen 2021

(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 2021

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 2021

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 2021

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

Assistierte Selbsttötung bei Krebspatient*innen: Regelungsbedarf und Ermessensspielraum

Dieser Text wurde am Mittwoch, 28. Juni 2021 als Pressemitteilung veröffentlicht.

Seit das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 den § 217 StGB zum Sterbehilfe-Verbot für verfassungswidrig erklärt hat, steht die Regelung der assistierten Selbsttötung und insbesondere die Rolle von Ärzt*innen dabei im Mittelpunkt gesellschaftlicher, politischer, medizinischer und berufspolitischer Debatten. Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. hatte sich bereits 2015 nach einem intensiven Austausch innerhalb der Fachgesellschaft in die Diskussion um die damals vorgelegten Gesetzesentwürfe eingebracht. Angesichts des nun bestehenden Regelungsbedarfs hat die DGHO erneut eine Diskussion unter ihren Mitgliedern angestoßen. Die aktuelle Umfrage, an der 750 Mitglieder teilgenommen haben, gibt einen Einblick in die aktuelle Situation in der Onkologie und schafft die Basis für praxisorientierte Regelungen, auch unter Berücksichtigung untergesetzlicher Lösungen.

Trotz großer Fortschritte in der Krebsmedizin verlaufen viele Tumorerkrankungen immer noch tödlich, so dass die medizinische Versorgung und Begleitung von an Krebs erkrankten Menschen in der letzten Lebensphase ein Kernbestandteil der Arbeit von onkologisch tätigen Ärzt*innen ist. „Wir nehmen wahr, dass bei einigen Patientinnen und Patienten trotz optimaler palliativmedizinischer Betreuung der Wunsch besteht, ihrem Leben bei unerträglichem Leiden selbstbestimmt ein Ende zu setzen“, so Prof. Dr. med. Lorenz Trümper, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO und Direktor der Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie der Universitätsmedizin Göttingen. „Vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts steht die ärztlich assistierte Selbsttötung erneut im Fokus von Debatten – unter anderem in der Politik und in der Ärzteschaft. Als medizinische Fachgesellschaft können und wollen wir die assistierte Selbsttötung nicht moralisch bewerten, weil wir die Wertevorstellungen aller unserer Mitglieder vertreten. In die aktuelle Debatte zu einer angemessenen politischen Regelung bringen wir uns ein, indem wir mit der erneuten Umfrage einen Einblick zu den Einstellungen, Erfahrungen und zur Handlungspraxis unter unseren Mitgliedern gewinnen. So ergänzen wir die aktuelle – teils auch sehr emotional geführte – Diskussion um die Perspektive praktisch tätiger Onkologinnen und Onkologen und deren Erfahrungen“, so Trümper weiter.

Kontroverse persönliche Einstellungen, geringe Zustimmung zu berufsrechtlichem Verbot

Die persönliche Einstellung zur ärztlich assistierten Selbsttötung unterscheidet sich auch unter praktisch tätigen Onkolog*innen, berichtet Prof. Dr. med. Jan Schildmann,

stellvertretender Vorsitzender des Arbeitskreises Medizin und Ethik der DGHO und Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: „Entsprechend der gesellschaftlichen Debatte ist auch unter den Mitgliedern der DGHO die Haltung zur ärztlich assistierten Selbsttötung heterogen. Interessant ist allerdings die geringe Unterstützung für ein berufsrechtliches Verbot.“ Während die Anzahl der Kolleg*innen, die eine ärztlich assistierte Selbsttötung grundsätzlich ablehnen, in etwa so groß ist wie die derer, die eine ärztlich assistierte Selbsttötung grundsätzlich oder unter bestimmten Bedingungen in Betracht ziehen, befürwortet lediglich jeder Vierte ein entsprechendes Verbot.



Prof. Dr. med. Jan Schildmann

Frage nach einem Rezept ist kein ärztlicher Alltag

Etwa die Hälfte der Umfrageteilnehmenden ist in ihrem Berufsleben schon einmal um Informationen zum Vorgehen bei einer assistierten Selbsttötung gebeten worden. Bei der konkreten Frage nach einem Rezept für ein tödliches Medikament ist es hingegen nur noch ein Drittel der Befragten, und rechnerisch mehr als neun von zehn Umfrageteilnehmenden geben an, noch nie Assistenz zur Selbsttötung geleistet zu haben. Schildmann, der die Studie federführend umgesetzt hat, verweist darauf, dass es sich bei der assistierten Selbsttötung um kein Alltagsphänomen handelt: „Unsere Zahlen zur Praxis decken sich mit internationalen Daten, nach denen die assistierte Selbsttötung selten ist. Dies gilt auch für Länder, in denen sie unter bestimmten Bedingungen rechtlich möglich ist.“ Wichtig sind ihm Aus- und Weiterbildungsangebote für Ärzt*innen zum professionellen Umgang mit Sterbewünschen. „Der angemessene Umgang mit den vergleichsweise häufigen Anfragen nach Sterbehilfe erfordert ethische und kommunikative Kompetenzen, die in der medizinischen Aus- und Weiterbildung vermittelt werden müssen“, so Schildmann.

Bedingungen für Suizidhilfe und Fragen zur ärztlichen Rolle

Deutliche Prioritäten zeigen sich bei den Bedingungen, unter denen die befragten Onkolog*innen eine Assistenz zur Selbsttötung erwägen würden. Hier werden ‚Freiverant-

wortlichkeit‘ und ‚unkontrollierbares Leiden‘ mit Abstand am häufigsten genannt. Bei der Frage, ob die Prüfung der Freiverantwortlichkeit als ärztliche Aufgabe verstanden wird, zeigt sich ein heterogenes Bild – wenn auch mit einer Tendenz. Etwa ein Viertel der Umfrageteilnehmenden gibt an, dass die Prüfung ausschließlich von Ärzt*innen durchgeführt werden soll, knapp die Hälfte, dass die Prüfung von Ärzt*innen durchgeführt werden kann, und nur jeder siebte Umfrageteilnehmende hält die Prüfung für keine ärztliche Aufgabe. *„Die Diskussion über die assistierte Selbsttötung fordert das ärztliche Selbstverständnis heraus. Es ist daher wichtig, in der Ärzteschaft zu diskutieren, welche Aufgaben aus welchen Gründen von Ärztinnen und Ärzten übernommen werden sollten. Unbenommen davon ist, dass Ärztinnen und Ärzte eine Assistenz immer auch ablehnen können“*, so Schildmann. Die Heterogenität bei der Bewertung der ärztlichen Rolle zeigt sich auch bei der Frage, wer ein tödliches Medikament abgeben sollte. Vier von zehn Befragten verstehen die Medikamentenabgabe als ärztliche Aufgabe, jeder Fünfte als optionale Aufgabe für Ärzt*innen, und jeder Vierte gibt hingegen an, dass die Abgabe eines tödlichen Medikaments nicht durch Ärzt*innen erfolgen sollte.

Beratung und Qualitätssicherung



Prof. Dr. med. Eva Winkler

Der Aussage, dass die Beratung von Patient*innen eine ärztliche Aufgabe ist, stimmt ein Drittel der befragten Onkolog*innen zu, vier von zehn sehen die Beratung als optionale ärztliche Aufgabe, und nur jeder zehnte Umfrageteilnehmende gibt an, dass die Beratung nicht von Ärzt*innen durchgeführt werden sollte. *„Dieser Befund macht zwar die Heterogenität unter den Befragten deutlich, zeigt aber auch, dass – zumindest im Grundsatz – die Mehrheit unserer onkologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen die Beratung als eine ärztliche Aufgabe begreift. Darüber hinaus zeigen uns die Zahlen, dass unsere Kolleginnen und Kollegen, die ihre Patientinnen und Patienten oftmals über viele Jahre behandeln und daher auch sehr gut kennen, sie auch in existenziellen Lebensphasen begleiten und nicht allein lassen möchten“*, so Prof. Dr. med. Eva Winkler, Vorsitzende des DGHO-Arbeitskreises Medizin und Ethik, Oberärztin und Leiterin der Sektion ‚Translationale Medizinethik‘ am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) an der Universitätsklinik Heidelberg. Dass für den Fall einer rechtlichen Regelung der ärztlich assistierten Selbst-

tötung auch Vorgaben zur Qualitätssicherung implementiert werden sollten, befürwortet mit sieben von zehn Umfrageteilnehmenden eine deutliche Mehrheit. *„Auch für die konkreten Maßnahmen zur Qualitätssicherung sehen wir Zustimmungen“*, so Winkler weiter. Sechs von zehn der befragten onkologisch tätigen Ärzt*innen geben ‚Meldepflicht der Beratung‘, ‚Meldepflicht der Rezeptausgabe‘ und ‚Begleitforschung‘ als qualitätssichernde Maßnahme an, bei dem Punkt ‚Ärztliche Fortbildungen‘ sind die Zustimmungswerte sogar noch etwas höher.

Regelungsbedarf und Ermessensspielraum

„Mit Blick auf die Interpretation der Ergebnisse sehen wir, dass seitens unserer Kolleginnen und Kollegen der Wunsch nach einem Regelungsbedarf besteht, in dessen Rahmen Ärztinnen und Ärzte sowohl offen als auch differenziert und bedacht mit den von Patientinnen und Patienten vergleichsweise häufig vorgebrachten Sterbewünschen umgehen können“, so Prof. Dr. med. Maïke de Wit, Mitglied im Vorstand der DGHO und Chefärztin der Klinik für Innere Medizin – Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin am Vivantes Klinikum Neukölln. *„Gleichzeitig muss zum Schutz der Patientinnen und Patienten gewährleistet sein, dass Freiverantwortlichkeit, Information, insbesondere über palliativmedizinische Maßnahmen sowie Ernst- und Dauerhaftigkeit eines Anliegens bezüglich der assistierten Selbsttötung geprüft werden können.“*

Schildmann erläutert in diesem Zusammenhang: *„Die Umfrageteilnehmenden unterscheiden zwischen persönlichen moralischen Bewertungen und angemessenen Regelungen. Pauschale Verbote werden den schwierigen individuellen Entscheidungssituationen nicht gerecht, wir benötigen differenzierte und tragfähige Regelungen. Die Umfrageergebnisse bieten hierfür Ansatzpunkte.“*

Trümper ergänzt: *„Die Betreuung von Menschen am Lebensende ist eine besondere Herausforderung für Ärztinnen und Ärzte. Dabei bleibt die Anfrage nach einer ärztlich assistierten Selbsttötung immer eine Ausnahmesituation. Für diese existenziellen Situationen braucht es für Betroffene sowie für Ärztinnen und Ärzte Ermessensspielraum. Wir schlagen die Förderung untergesetzlicher Lösungen zur Sicherung der ärztlichen Zuwendung für diese Patientinnen und Patienten ohne Strafandrohungen bei gleichzeitiger Gewährleistung von Sorgfalt und Versorgungsqualität vor.“*

Die Mitgliederumfrage der DGHO wurde vom 12. bis zum 31. März 2021 durchgeführt. Der Umfragelink wurde an 3.588 DGHO-Mitglieder versendet. 750 Mitglieder haben an der Umfrage teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 20,76 Prozent.

José Carreras-DGHO-Promotionsstipendien gehen an vier Nachwuchswissenschaftler

Der Text wurde am Mittwoch, 5. Mai 2021 als Pressemitteilung veröffentlicht

Starkes Engagement für den wissenschaftlichen Nachwuchs: Um die Erforschung neuer Therapien gegen Leukämie und andere Blut- und Knochenmarkserkrankungen voranzutreiben, verleihen die Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung (DJCLS) und die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) seit 2014 das José Carreras-DGHO-Promotionsstipendium, das mit jeweils 10.000 Euro dotiert ist. Bei der heutigen Online-Verleihung erhielten vier Studierende die begehrten, von der DJCLS finanzierten Förderungen. Preisträger in diesem Jahr sind Michael Kienhöfer (Universitätsklinikum Heidelberg), Ahmad Mayar (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel), Maximilian Mönning (Universitätsklinikum Heidelberg) und Tobias Zeller (Ludwig-Maximilians-Universität München).



Das José Carreras-DGHO-Stipendium soll den Doktoranden ermöglichen, ein Jahr vollzeitig an ihrem Forschungsprojekt zu arbeiten. Gefördert werden jährlich bis zu zehn Nachwuchs-Wissenschaftler mit monatlich 800 Euro über zwölf Monate. Zusätzlich können projektbezogene Reisekosten bis zu 400 Euro zur Verfügung gestellt werden.



Dr. Ulrike Serini, Geschäftsführerin der José Carreras Leukämie-Stiftung: *„Wir haben seit 2014 bereits 37 Studierende mit einem José Carreras-DGHO-Promotionsstipendium finanziell unterstützen können und freuen uns sehr, heute vier weitere Nachwuchswissenschaftler in das Programm aufzunehmen. Als José Carreras Leukämie-Stiftung wollen wir damit dazu beitragen, dass der medizinischen Forschung weitere Fortschritte gelingen. Unser gemeinsames Ziel ist die große Vision unseres Stifters José Carreras: ‚Leukämie muss heilbar werden. Immer und bei jedem.‘“*



Prof. Dr. med. Lorenz Trümper, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO und Vorstand Krankenversorgung der Universitätsmedizin Göttingen: *„Die Hämatologie und Medizinische Onkologie ist eines der sich am schnellsten wandelnden Fächer in der gesamten Medizin. Dabei lebt Innovation immer auch von der leidenschaftlichen Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Fragestellungen. Wir freuen uns sehr, dass wir dem Nachwuchs unseres Fachgebiets mit dem José Carreras-DGHO-Promotionsstipendium einen wichtigen Raum hierfür bieten können.“*

DGHO-Promotionsstipendien 2021

(MO) Zur Förderung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses hat die DGHO gemeinsam mit Partnerinstitutionen Promotionsstipendien etabliert.

Dr. Werner Jackstädt-DGHO-Promotionsstipendium

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet der Geriatrischen Hämatologie und Onkologie. Einsendeschluss: 30. Juni 2021

GWT-GMIHO-DGHO-Promotionsstipendium

Zur Förderung von wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet von Klinischen Studien im Bereich der Onkologie. Einsendeschluss: 30. Juni 2021

José Carreras-DGHO-Promotionsstipendium

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten in der Erforschung der Leukämie und verwandter Blutkrankheiten bei Erwachsenen. Einsendeschluss: 30. Juni 2021

Sieglinde Welker-DGHO-Promotionsstipendium

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten im Bereich von grundlagen- und versorgungsorientierten Forschungsvorhaben auf dem Gebiet seltener hämatologischer Erkrankungen. Einsendeschluss: 30. Juni 2021

Die Promotionsstipendien richten sich an Studierende der Humanmedizin oder verwandter Fächer und sollen es den Stipendiat*innen ermöglichen, ein Jahr vollzeitig an ihrem Forschungsprojekt zu arbeiten.

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

Stimmen der neuen Promotionsstipendiaten:



Michael Kienhöfer
(Universitätsklinikum
Heidelberg)

„Das Forschungsfeld des Epitranskriptoms ist noch größtenteils unbekannt, bietet aber vielversprechende Ansätze für ein besseres Verständnis der akuten myeloischen Leukämie (AML). Dabei geht es um die fehlgeleitete Steuerung der Synthese von Proteinen in einer Zelle, die einen großen Einfluss auf die Verwandlung von gesunden Blutzellen in Leukämiezellen hat. Das genaue Verständnis dieser zugrundeliegenden Mechanismen kann in der Zukunft zu neuen Therapien führen. Das war ausschlaggebend für mich, dieses Thema auszuwählen.“



Ahmad Mayar
(Christian-Albrechts-
Universität zu Kiel)

„Wir untersuchen wie Leukämiezellen Veränderungen im Zentralen Nervensystem hervorrufen, was wiederum eine Einwanderung von Leukämiezellen in diese für Medikamente schwer zugängliche Nische begünstigt. Aus unseren Untersuchungen sollen in der Zukunft neue und schonendere Therapiemöglichkeiten für den Befall des Zentralen Nervensystems durch Leukämiezellen abgeleitet werden. Die Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung und die Universität zu Kiel ermöglichen mir, meine wissenschaftliche Arbeit voranzutreiben, sodass ich meinen Teil zur Leukämiebekämpfung beitragen darf.“

Maximilian Mönning
(Universitätsklinikum
Heidelberg)

„In meiner Forschungsarbeit geht es um Rückfälle bei einer akuten lymphatischen Leukämie (ALL), die sich auf verbleibende Zellen nach der Therapie zurückführen lassen. Deshalb werden wir diese Zellen auf besondere Eigenschaften in ihrem Stoffwechsel und ihrer Genexpression untersuchen, um mit neuester Methodik nach besseren Therapiemöglichkeiten zu suchen. Das Stipendium ermöglicht es mir, mich diesem Ziel voll zu widmen.“

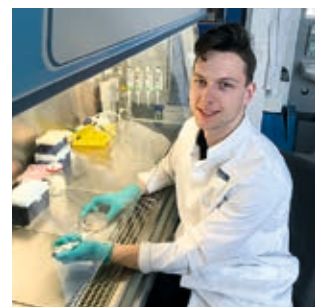


Tobias Zeller
(Ludwig-Maximilians-
Universität München)

„Das Antigen LILRB2 wirkt als Bremse in der Aktivierung von Fresszellen. In meiner Forschungsarbeit untersuche ich, ob mit Antikörpern diese Bremse gelöst und so eine Beseitigung von Blutkrebszellen ermöglicht werden kann. Das José Carreras-DGHO-Promotionsstipendium ermöglicht mir einen einjährigen Einblick in diese experimentelle Forschung. Auf diese zusätzliche Erfahrung werde ich nach dem Studium hoffentlich zurückgreifen können.“



Die Vergabe der Promotionsstipendien fand im Rahmen einer virtuellen Veranstaltung der DGHO und der Deutschen José Carreras Leukämie-Stiftung statt. Dabei präsentierten die neuen Stipendiaten ihre Forschungsansätze vor Fachpublikum.



Der besondere Fall: PNH 1678

Urina Nigra Nil Funesti Indicante

INTERVIEW MIT PROF. PETER VOSWINCKEL, AUFGEZEICHNET VON MICHAEL OLDENBURG

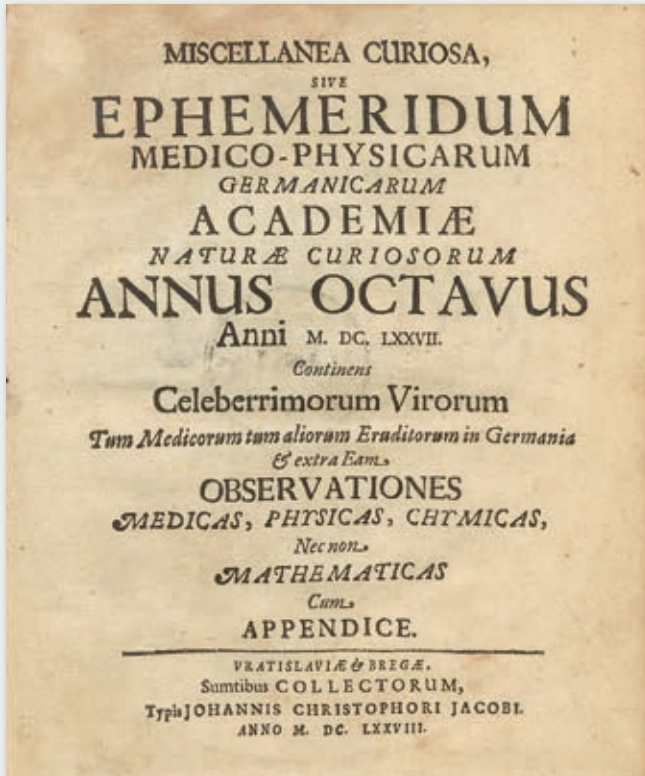


Abb. 1: Jahrgang 8, 1677 (1678) der „Miscellanea“ oder „Ephemeriden“ der Leopoldina Akademie, der ältesten Fachzeitschrift mit Schwerpunkt Medizin.
<https://www.biodiversitylibrary.org/bibliography/77511>

Warum halten Sie diesen Fall aus dem Jahr 1678 für so wichtig, dass Sie ihn unseren Lesern präsentieren möchten?

Es geht mir nicht darum, den Tausenden von klinischen Fallberichten einen weiteren hinzuzufügen. Vielmehr möchte ich den Lesern ein Fest der Sinne bereiten, eine Feierstunde der Erkenntnis und ein Hohelied der Erinnerung. Es geht mir um das Staunen, um Affekte und Empfindungen und deren Bedeutung für unser Wissen heute.

Wie das?

Vergessen Sie für einen Moment alles, was Sie als Laie vielleicht über Hämatologie gehört haben: Blutkörperchen, Erythrozyten, Hämoglobin, Hämolyse, Komplement usw. das sind alles Begriffe aus dem 19. Jahrhundert, als Mikroskop und Chemie in die Wissenschaft traten. Wir befinden uns hier im 17. Jahrhundert: Blutkrankheiten im heutigen Sinne kannte man nicht, sie gaben sich äußerlich nicht als spezifische Blutkrankheiten zu erkennen. Blässe, Abgeschlagenheit, Fieber etc. waren viel zu unspezifisch. (Deswegen gibt es, im Unterschied zu Hautkrankheiten oder Missbildungen auch keine historischen Darstellungen, etwa auf Altarbildern, von Leukämien, Lymphomen, Anämien, sehr zum Leidwesen von kunsthistorisch interessierten Hämatologen!).



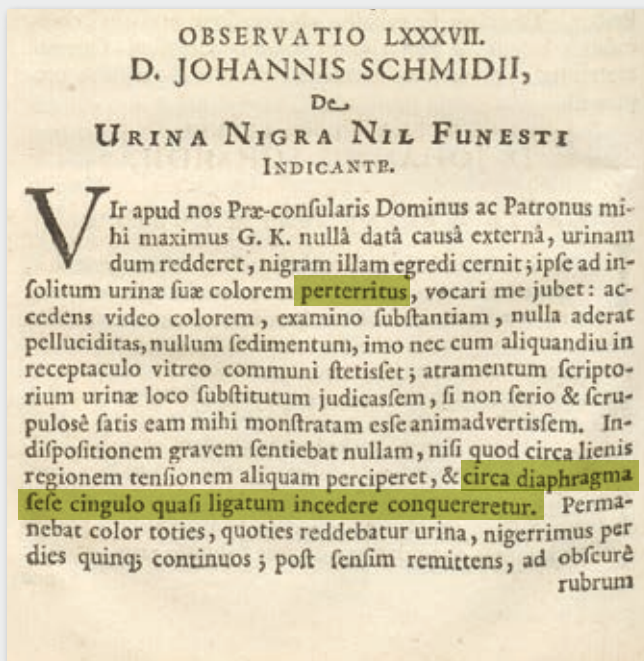
Abb. 2: Barockes Titelkupfer der Miscellanea 1677 mit dem Leitspruch der Leopoldina „Nunquam otiosus!“ „Niemand müßig!“.
<https://www.biodiversitylibrary.org/item/163152#page/9/mode/1up>

Das einzige, was damals sichtbar war – so habe ich es in Vorlesungen zur Medizingeschichte gehört – waren Blut, Urin und sonstige Ausscheidungen...

Genau! Die Uroskopie und, in geringerer Masse, die Hämatoskopie waren die wichtigsten diagnostischen Instrumente. Noch als im frühen 19. Jahrhundert die moderne Erforschung des ‚Blutroths‘ einsetzte, begann dies bezeichnender Weise



Abb. 3: „Kohlschwarzer Urin“. Handkolorierter Druck aus dem Harnbuch des Jodocus Willich, 1582.



mit der Hämolyse: man spritzte Wasser, Gallensäuren oder Chemikalien in die Venen und beobachtete die Dunkelfärbung des Harns. Erst ab 1850 sprach man von „Hämoglobin“ und „Hämoglobinurie“.

Gehen wir 300 Jahre zurück!

Ort: Danzig im Jahre 1678, damals eine der größten Städte Nordeuropas. Der hochgelehrte Stadtphysikus Johann Schmidt und der Bürgermeister Gabriel Krumhausen [Patient] (64) wurden aus heiterem Himmel konfrontiert mit einem „schwarzen Urin“, später im Text heißt es sogar „nigerrima“, so dass der Arzt unwillkürlich dachte, man habe ihm Tusche vorgesetzt. Ein höchst wundersames und seltenes Ereignis! Was passierte daraufhin?

Erschrecken? Panik?

Richtig. „Perterritus“ – zu Tode erschreckt. Andere [seltene!] Berichte von solch schwarzen Urin sprachen von „Todesfurcht“, „Sich Wundern“, „Faszination“, „Kuriösität“. Einer der Väter der PNH-Forschung, der Brite John Dacie resümierte 1942 „always a source of wonder and amazement“. Um genau diesen Impuls des „Staunens“ geht es mir, denn er ist heute weitgehend verloren und hatte doch weitreichende Konsequenzen für den Fortschritt unseres Wissens.

Haben Sie das selbst erlebt?

Ja, ich erlebte 1984 als junger Assistent bei Prof. Theml in Karlsruhe, wie ein männlicher Patient aufrechten Ganges in die Aufnahme kam (wie sich herausstellte, bei einem Hb von 4,5!) und mir ohne Kommentar ein Glas „Coca-Cola“ auf den Tische stellte Seitdem ließ mich die Frage nicht los: Das müssen doch andere Ärzte früher genau so gesehen haben? Was haben Sie daraus gemacht? Wie haben sie es erklärt? Daraus erwuchs, wie Sie wissen, sechs Jahre später eine Habilitationsschrift im Fach Medizingeschichte. Zu meiner Überraschung gab es durch alle Jahrhunderte hindurch in den medizinischen Büchern einen Topos „Urina nigra“, den ich systematisch sammelte und auswertete.

Über schwarzen Urin, der nicht den Tod bedeutet

Unser Praekonsul G.K., mein großer Schutzherr, bemerkte beim Wasserlassen, dass der Urin ohne irgendeine äußere Ursache schwarz herauskam. Wegen dieser ungewöhnlichen Farbe selber zutiefst erschrocken, ließ er mich rufen. Bei meiner Ankunft sehe ich mit eigenen Augen die Farbe und prüfe die Beschaffenheit: Der Urin ist undurchsichtig und ohne Sediment, auch nicht, als er eine Zeit lang in dem gewöhnlichen Glasbehältnis gestanden hatte. Zunächst dachte ich, man hätte mir Tinte anstelle von Urin vorsetzen wollen, wenn ich nicht den Ernst und die Besorgnis beim Vorzeigen wahrgenommen hätte. In seiner körperlichen Verfassung fühlte er sich nicht beeinträchtigt, außer, daß er in der Milzregion ein Spannungsgefühl bemerkte. Auch klagte er darüber, daß er in der Zwerchfellgegend einen Krampf empfinde, als ob er durch einen Gurt geschnürt werde. Die schwarze Farbe hielt sich, sooft er Wasser ließ, über fünf Tage. Dann klarte sie allmählich auf, näherte sich einem Dunkelrot und kam schließlich am 10. Tag in ihren natürlichen Zustand zurück...

Abb. 4: „Über schwarzen Urin, der nicht den Tod bedeutet“

Erste Seite der „Observatio N° 87“, Miscellanea 8, 1677 (1678) p. 144-147.

Waren das alle Fälle von PNH?

Keineswegs. Wir wissen heute, dass es ganz verschiedene Krankheitsentitäten gibt, die mit einer Färbung von dunkelrot bis schwarz imponieren können, denken Sie das „Schwarzwasserfieber“, an die genetische Krankheit „Alkaptonurie“, an die Melanurie (terminales Melanom), Porphyrinurie oder etwa das moderne Crush-Syndrom (Myoglobinurie). All diese modernen Nosologien sind angestoßen worden durch das „Staunen“ über die Harnfarbe! Ja ganze Zweige der Medizin wie etwa die Humangenetik mit ihren ‚Inborn errors of metabolism‘ (Sir Garrod) erwachsen nachweislich aus der sinnlichen Wahrnehmung eines dunklen Urins (Alkaptonurie) und aus dem Nachspüren von Verwandtschaftsbeziehungen.



Abb. 5: Dr. med. Johannes Schmidt (1623-1690) Danzig.

Herzog August Bibliothek Wolfenbüttel: A 27974, Portr. I 11973.1.

<http://www.portraitindex.de/documents/obj/34027372>



Abb. 6: Urinproben nach Hämolyse-Attacke.
Foto freundlicher Weise zur Verfügung gestellt von Alexander Röth, Essen.

Kann man diese modernen Entitäten denn nachträglich zuordnen, zurückinterpolieren auf die historischen Beobachtungen von „Urina nigra“?

Nein, das ist nicht sinnvoll und in der Wissenschaftsgeschichte auch absolut verpönt – auch wenn immer wieder der Versuch unternommen wird, solche Diagnosen rückwärts zu projizieren. Zu ungenau waren die alten Beschreibungen; und allzu oft vermischen sich Aberglauben, Symbolik und Spekulation. Das einzig Verbürgte war das autoptische Zeugnis eines schwarzen Urins, oftmals garniert mit drastischer Metaphorik (Tinte, Porter, Theer, Kaffee, Russ, Rotwein, Magenta, Tiroler Porphyr, Coca-Cola etc.). Darüber hinaus darf man nicht vergessen, dass bis zum 19. Jahrhundert ganz andere Denkmodelle die Medizin beherrschten (Humoralpathologie), heute würde man sagen, ganz andere Betriebssysteme gültig waren, die mit der heutigen naturwissenschaftlichen Medizin völlig inkompatibel sind. Da sind dann die Fachkenntnisse des professionellen Medizinhistorikers unverzichtbar. Vielfach waren es in jüngerer Zeit pensionierte Fachärzte, die „ihr“ Fachgebiet um eine faszinierende Geschichte bereichern wollten oder umgekehrt Kulturhistoriker, die berühmten historischen Figuren eine „Diagnose“ unterschieben wollten.

Was macht Sie denn so sicher, dass es sich hier um eine PNH handelt?

Zwei Gesichtspunkte:

1. Das Gesamtbild. Schon das Partizipialattribut „nil funesti indicante“ signalisiert ein benignes Geschehen im Unterschied zu den meist letalen Ausgängen etwa bei septischen Hämolysen, ferner die geschilderte Periodizität (2 x 5 Tage) und allgemeine Abgeschlagenheit („hypochondriacum malum“). Besonders überzeugt aber hat mich ein fein beobachtetes Detail: „circa diaphragma cingulo quasi ligatum“: „als

Symptome	Häufigkeit [%]
Anämie-Symptome	35%
Hämoglobinurie	26%
Hämorrhagien	18%
Aplastische Anämie	13%
Gastrointestinale Beschwerden	10%
Hämolytische Anämie und Ikterus	9%
Eisenmangelanämie	6%
Thromboembolische Komplikationen	6%
Infektionen	5%
Neurologische Symptome	4%

Abb. 7: Aus: Röth (2009).

ob er durch einen Gurt geschnürt werde.“ Ein Symptom, das erst 1980 als pathognomonisches Zeichen Beachtung fand (Ösophagospasmen; Bauchkrämpfe) und bis heute nicht restlos geklärt ist. (Man vermutet eine Beeinflussung des Muskeltonus durch hämolysebedingte Depletion des Stickstoffmonoxids)

2. Die hohe Authentizität und Glaubwürdigkeit. Der Autor bekundet explizit „accedens video“: „ich sah mit eigenen Augen“. Hinzu kommt die ungewohnt rasche Publikation in einem völlig neuen Medium: der ersten medizinischen Fachzeitschrift der Welt, die erst 1670 von der Leopoldina eingeführt worden war. Das erlaubte eine zeitnahe Kommunikation innerhalb der scientific community. Vorher bestand die „schriftliche“ Medizin aus Folianten mit Sammlungen von tradierten oder nur von Hörensagen bekannten Krankheitsfällen.

Das namengebende Attribut „Nächtlich“ kommt in Schmidt’s Fall gar nicht vor, offenbar Tageszeiten-unabhängig?

Das ist richtig. Wir wissen heute, dass das nächtliche Geschehen nicht zwingend ist. Seit wir die molekulargenetischen Ursachen kennen (Mutation des Phosphatidyl-Inositol-Glykan-Gens auf dem X-Chromosom auf Stammzellebene) und nachweisen können, wissen wir sogar, dass bei vielen PNH-Patienten auch die Harnverfärbung nur sehr blande verläuft und oft gar nicht wahrgenommen wird. Aus epistemischer Sicht finde ich es natürlich bedauerlich, dass die tiefschwarze Farbe, wie sie im Promillebereich der PNH-Patienten auftritt, heute in der Literatur nicht mehr explizit angeführt wird, wie auch die sinnlichen Farbschattierungen kaum noch differenziert werden. Sie sind ersetzt durch den trockenen laborchemischen Urinbefund „Hämoglobin +++“. Man könnte mit dem deutschen Soziologen Philipp Lepenies von einer „Veralltäglichung des Außerordentlichen“ sprechen. In Konsequenz daraus findet die Harnfarbe in manchen Internet-Kompendien (z.B. MSD-Manual; DocCheck.u.a.) gar keine Erwähnung mehr (wohl aber in Onkopedia).

Aber der Name PNH wird beibehalten?

Gewiss, schon mit einer gewissen Verpflichtung gegenüber der Überlieferung. Die Bezeichnung geht zurück auf Paul Strübing, Greifswald, der 1882 einen Fall publizierte und diesen Namen kreierte (Morgentlicher Harn: „dunkelbraun, ja schwarz“). Strübing vermutete schon damals einen Erythrozytendefekt als Ursache.

Seit den dreißiger Jahren beobachten wir einen riesiger Forschungsaufwand zur Aufklärung der PNH-Pathogenese. Der amerikanische Hämatologe William Dameshek äußerte 1941 „Among the many interesting syndromes in medicine, none is more fascinating than PNH“. Und der Handbuchbeitrag von Dacie über die PNH 1967 (Haemolytic Anemias, 2nd ed.) umfasste bereits 140 Seiten und 350 Literaturstellen. Heute wissen wir, dass der erworbene Defekt in dem fehlerhaften GIP-Ankerprotein, das einen bestimmten Anteil von Blutzellen anfällig macht gegen Hämolyseattacken. Interessant ist, dass das klinische Bild sich heute mit sehr unspezifischen Zeichen präsentiert (Anämie, Fatigue, Leukopenie, Thromboembolische Ereignisse).

Die PNH ist sehr selten. (Prävalenz lt. Onkopedia 16 : 1.000.000) Eine Rezensentin aus der Schweiz beklagte an Ihrem Buch, hier werde „mit viel Aufwand ein kleiner Befund hochstilisiert...“ Haben Sie aus einer Mücke einen Elefanten gemacht?

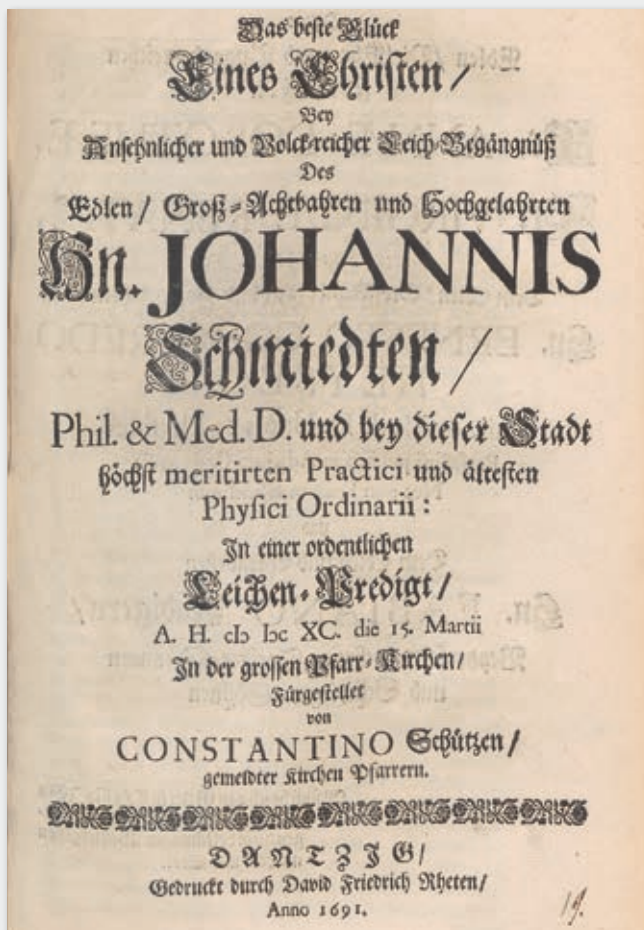


Abb. 8: Leichenpredigt auf den hochgelehrten Dr. Schmidt.
Bibliothek der Polnischen Akademie der Wissenschaften PAN in Danzig
[Biblioteka Gdańska, gegründet 1596], Sign. Oe 96 2° adl. 19.

Der Begriff „selten“ ist erkenntnistheoretisch völlig ohne Belang. Die Kollegin aus Bern übersah völlig den heuristischen Rang des schwarzen Urins. Natürlich: Das Seltene ist selten. In der epidemiologischen Häufigkeitsverteilung von heute verschwindet die PNH in der Gauß'schen Abszisse der Bedeutungslosigkeit (Abb. 10). Aber Sie dürfen nicht vergessen: solange Ärzte bei ihren Patienten oder bei Leichenöffnungen mit schwarzer Materie konfrontiert wurden, bestand das Bedürfnis, sie irgendwie zu operationalisieren, in eine System einzubauen: Sie konstituierte den Vierten Saft der Humoralpathologie (Melancholie, „Schwarze Galle“). Der schwarze Urin bildete und perpetuierte so den empirischen Eckpfeiler der Säftelehre, die über 2000 Jahre das Gleichgewicht der vier Säfte als Gesundheit definierte (Abb. 11). Nach den Worten von Robin Fahraeus bildete diese Vier-Säftelehre „einen der großen Zweige am Baume der menschlichen Kultur.“ Erst mit dem Aufkommen der naturwissenschaftlichen Medizin unter Virchow brach dieses altüberlieferte Denksystem innerhalb weniger Jahrzehnte zusammen, als neu entdeckte chemische und zelluläre Substrate die „Schwarze Galle“ ersetzen. Mit neu definierten Entitäten schwand die semiotische Kraft des Urina nigra, er verlor sozusagen seine Stellung als medizinischer „global player“.

Könnte man sagen: Er verlor also seine Strahlkraft?

Ja. Ich benutze gern das Bild eines Eisbergs. Nehmen Sie das Gesamtklientel der bisherigen PNH-Patienten als Eisberg. Auf der Spitze, die aus dem Wasser ragt, befindet sich jene Kleinst-

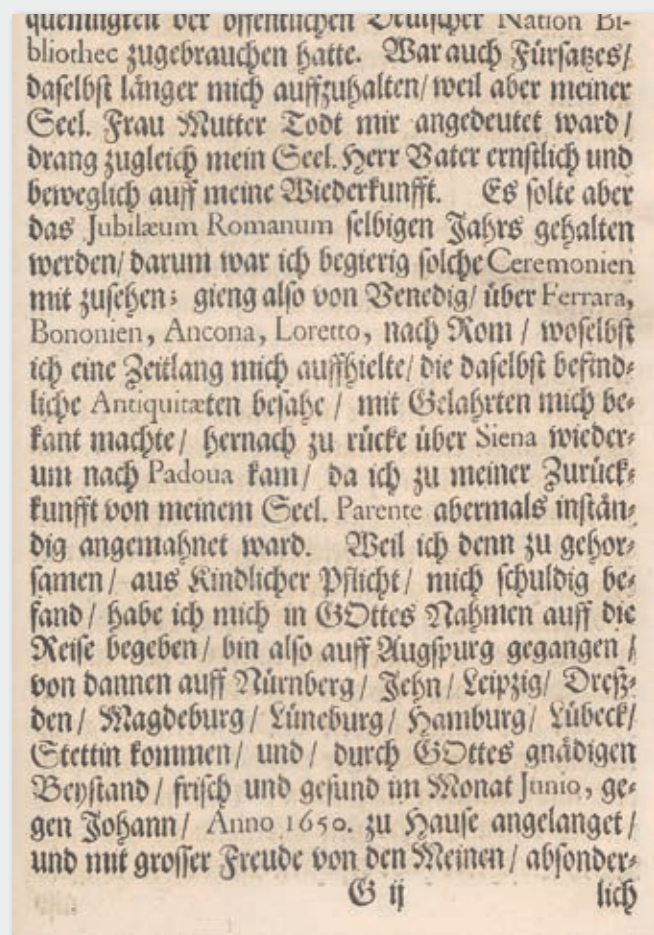


Abb. 9: Darin enthalten: Autobiographische Aufzeichnungen, p. 22-32, hier S. 27, Rückkehr von Padua nach Danzig.
Fürsatz = Vorsatz.

gruppe von Patienten mit dem außerordentlichen „tiefschwarzem“ Urin – wie ein Leuchtturmlicht. Sie hat mit unglaublicher Strahlkraft die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Diese Eisspitze – um im Bild zu bleiben – ist heute weggeschmolzen, aber damit haben wir auch eine ganze Dimension sinnlicher Wahrnehmung preisgegeben. Schon die Wucht von Schmidts Überschrift „De urina nigra nil funiste“ erinnert mich an das gewaltige „Dies ira“ von Mozart, zugleich aber auch an das Diktum von William Shakespeare: „There is a soul of goodness in things evil, would men observingly distil it out“ (Henry V). Im Nachklang des seitdem zurückgelegten Forschungsweges empfinde ich freudig meine Identität als Hämatologe. Hier offenbart sich auch eine Schönheit, wie die Menschen durch tausendfaches Forschen das Buch der Natur Schritt für Schritt erobert haben. Genau das war das Fanal des 17. Jahrhunderts mit seinen Akademie-Gründungen und wissenschaftlichen Zeitschriften (siehe Titeltupfer Abb. 2). Nicht ohne Grund figuriert Schmidts Casus in meinem Buch unter der Kapitelüberschrift: „Barocke Curiositas und Aufblühen des Journalismus.“

Sagen Sie noch etwas über die Zeitschrift:

Die Miscellanea curiosa der Leopoldina waren nach dem „Journal des sçavans“ (1665) und den „Philosophical Transactions“ der Royal Society (1665) eine der frühesten Fachzeitschriften, ja weltweit die erste mit dem Schwerpunkt Medizin. Hier konnten wissbegierige Ärzte ihre Observatio- nes übermitteln und austauschen.

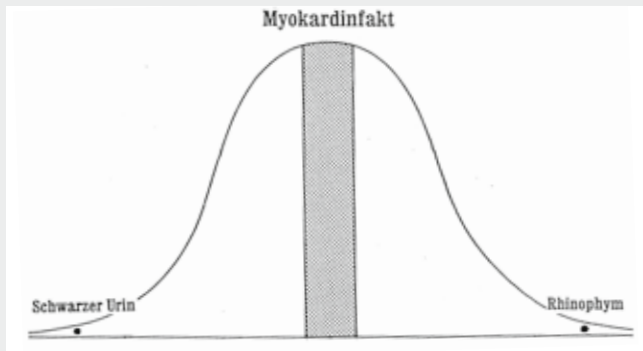


Abb. 10: Häufigkeitsverteilung des modernen Krankheitsspektrums nach dem Schema einer Gaußschen Verteilungskurve.
Graphik: Voswinckel

Johann Schmidt (1623–1690) war ein eifriger Zulieferer. Er war hochgebildet und weitgereist, hatte in Leiden und Montpellier studiert, und sich nach der Promotion (1649) nach Padua und Rom begeben. Er überlebte zwei Ehefrauen; von seinen vier Kindern blieben zwei Töchter zurück: Ein Mensch aus Fleisch und Blut, der unsere Aufmerksamkeit verdient. Gleichzeitig war er eben ein typisches Kind des Barock. In seinen Eingesandts (siehe Abb. 12) findet man gewissenhafteste Deskription neben leichtgläubigem Kolportieren eines (ihm zugetragenen) Falles von einer Frau, die einen Maulwurf [!] erbrochen hat!

Wie war die Rezeption Ihres Buches?

Verhalten. Die Lektüre erfordert ein breites Maß an medizinischer Fachkenntnis, gerade weil es sich um seltene Erkrankungen aus ganz verschiedenen Disziplinen handelt. Trotz reichhaltiger Illustrationen war die graphische Ausstattung des Buches durch den [damaligen] deutschen Ableger von Blackwell wenig glücklich. Im Übrigen ist es einfach so, dass deutsche Bücher im angloamerikanischen Sprachraum kaum wahrgenommen werden. Als 2017 eine japanische Arbeitsgruppe (Y. Kanakura) eine umfangreiche PNH-Monographie vorlegte, mutierte in dem Beitrag von Lucio Luzzatto unser Doktor Schmidt, Danzig – mit Verweis auf mein Buch – zu einem „Dutch physician“ (p. 198) und aus dem Jahr 1678 wurde 1648, welche Angaben seitdem im elektronischen Netz kursieren...

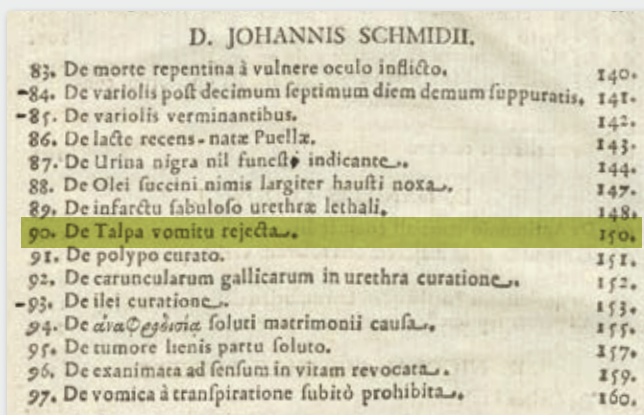


Abb. 12: Exakte Beobachtung neben ‚naiver‘ Leichtgläubigkeit: Schmidt-Eingesandts in die Miscellanea 1677, darunter „Über das Ausspeien eines Maulwurfs“ (N° 90), „Über den Verlust der sexuellen Lust (Anaphrodisie) als Grund für eine Eheauflösung“ (N° 94), Über die Rückbildung einer Milzschwellung nach Entbindung“ (N° 95).

Blut (Sanguis)	Gelbe Galle (Cholé)
Schwarze Galle (Melan-cholia)	Schleim (Phlegma)
• Schwarzer Urin	

Abb. 11: Schematische Darstellung der vier Körpersäfte im Denksystem der Humoralpathologie. Der Schwarze Urin wie auch Teerstuhl als Eckpfeiler.
Graphik: Voswinckel

Offenbar werden hier geschichtliche Hinweise nur zum Dekor benutzt. Ich dagegen möchte die Kollegen ermuntern, sich einmal mit allen Sinnen auf das Abenteuer des Schwarzen Urins einzulassen!

Herr Voswinckel, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Literatur:

Kanakura, Y., T. Kinoshita, J. Nishimura (Ed.): PNH. From Bench to Bedside. Springer-Japan 2017. 358 p. DOI 10.1007/978-4-431-56003-6.
 Röth, A., U. Dührsen, H. Schrezenmeier, J. Schubert: PNH. Pathogenese, Diagnostik und Therapie. DMW 134: 2009, 404-09. DOI 10.1055/s-0028-1124013.
 Schubert, J. et al.: PNH. In: Onkologia-Leitlinie 2019 ff.
 Voswinckel, P.: Strübing-Marchifava: im Eponym vereint. Med. Welt. 37: 1986, 883-4.



mit 15 Farbtafeln, 67 Abb., 282 S.,
Literaturverzeichnis [205-233]
und Anhang „Geschichte des Harnstreifentests“ [235-261].

Das angezeigte Buch von 1992 ist lieferbar beim Verlag Olms/Hildesheim (24,80 €) Nach Rücksprache mit dem Verlag kann das Buch entweder im Buchhandel oder direkt beim Olms-Verlag bestellt werden.

Patient*innenbeirat der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs mit neuer Zusammensetzung



Seit der Gründung des Patient*innenbeirates im Sommer 2019 beraten junge Betroffene ehrenamtlich den Vorstand und das Kuratorium der Stiftung in strategischen Fragen. Die drei Gründungsmitglieder Lorena, Simon und Tobias verabschiedeten sich nach Ablauf ihrer zweijährigen Tätigkeit aus ihrem Amt. Zu Beginn des Jahres 2021 wurde deutschlandweit in den TREFFPUNKTEN zur Bewerbung neuer Mitglieder aufgerufen. Nach Prüfung durch Vorstand und Kuratorium wurden vier neue Mitglieder ausgewählt.

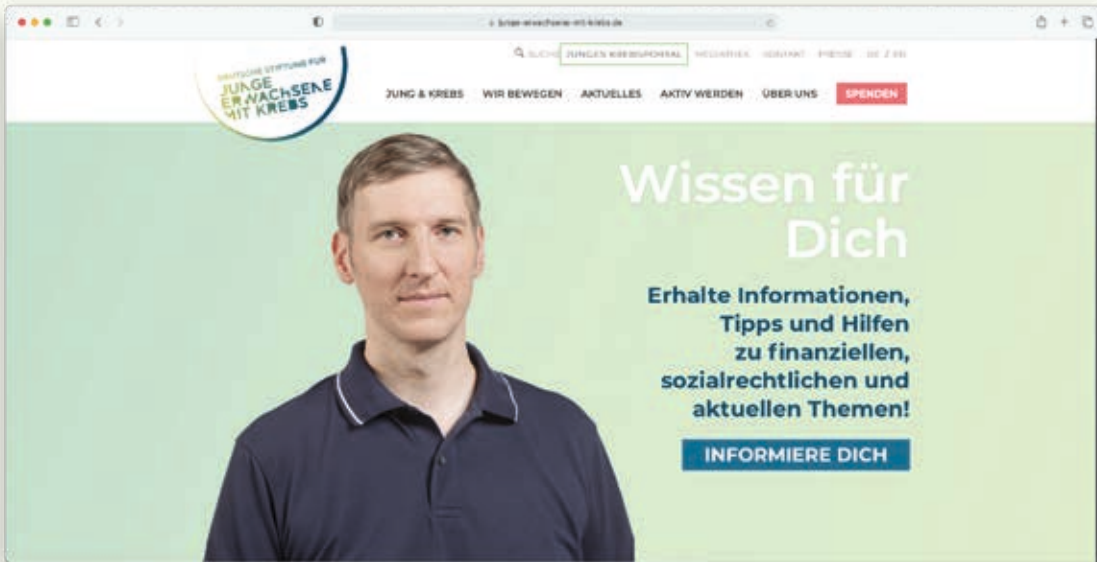
Der erneute Zuwachs, des im letzten Jahr bereits erweiterten Beirates, stärkt diesen nachhaltig und zeugt von der Akzeptanz und Bedeutung dieses noch

jungen Stiftungsgremiums. Mit den nun acht aktiven jungen Betroffenen beweist das Gremium seine wichtige Funktion als Stütze in der Stiftungsarbeit und als Vertretungsorgan der Patient*innen.

Im April 2021 wurden die Rechtsreferendarin Christina, die Lehramtsreferendarin Katharina, die Erziehungswissenschaftlerin Kirsten und der Bachelor-Student Maximilian als neue Mitglieder im Patient*innenbeirat begrüßt.

Ein großer Dank gilt den Gründungsmitgliedern Lorena, Simon und Tobias. Ohne ihr Engagement und ihre ehrenamtliche Unterstützung zugunsten junger Erwachsener mit Krebs wäre die Initiierung und Etablierung des Patient*innenbeirates nicht möglich gewesen.

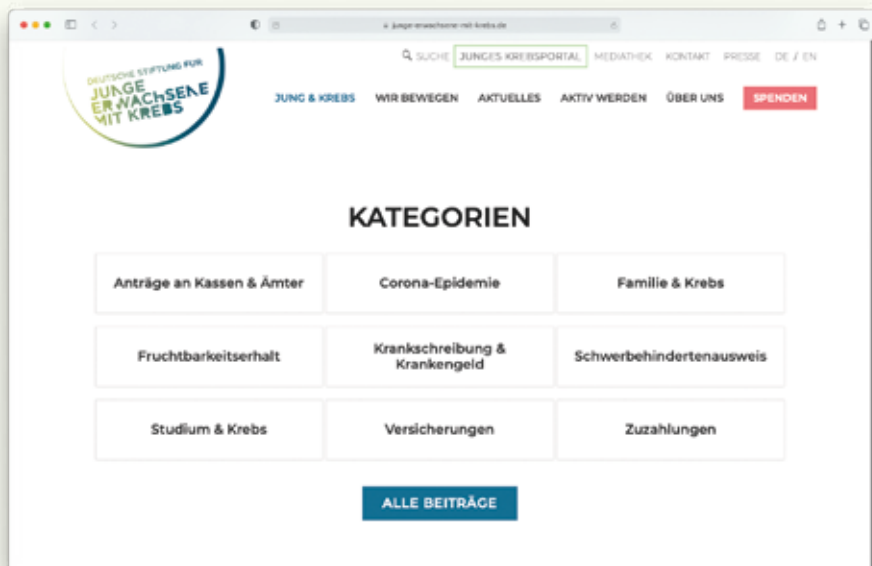
Wissen für Dich – umfangreiche Informationssammlung rund um relevante Themen junger Erwachsener mit Krebs wird weiter ausgebaut

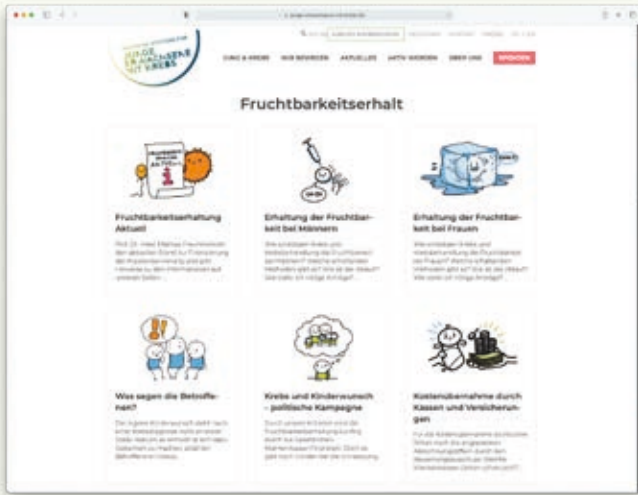


Seit knapp einem Jahr wächst der Wissensbereich auf der Online-Präsenz der Stiftung kontinuierlich. Dieser war aus der Notwendigkeit regelmäßig über die Kampagne Krebs & Kinderwunsch sowie über die Entwicklungen zu Corona zu informieren und dem Anspruch Informationen verständlich und umfassend aufzubereiten, entstanden und hat sich mittlerweile in der Community etabliert.

In Kooperation mit fachlichen Expert*innen werden die jeweiligen Hilfestellun-

gen professionell ausgearbeitet. Jeder Themenkomplex beinhaltet dabei auch Erfahrungen von jungen Betroffenen und veranschaulicht so komplexe Sachverhalte auf niederschwellige Art und Weise. Detaillierte Auskünfte gibt es aktuell zu den Kategorien „Anträge an Kassen und Ämter“, „Corona-Epidemie“, „Familie & Krebs“, „Fruchtbarkeitserhalt“, „Krankschreibung & Krankengeld“, „Schwerbehindertenausweis“, „Studium & Krebs“, „Versicherungen“ und „Zuzahlungen“.





Ein Schlagwortsystem erleichtert den Einstieg und die Suche nach bestimmten Inhalten. Die grafische Aufbereitung der Themenseiten durch unsere Illustratorin Katherina Büttner ist zudem ein echter Hingucker.

Die Informationssammlungen bieten auch Ärzt*innen und medizinischem Personal die Möglichkeit, sich zu zielgruppenrelevanten Themen zu belezen. Sie helfen darüber hinaus auch den jungen ehrenamtlich tätigen Betroffenen im Bereich der Tandem-Partnerschaft des JUNGEN KREBSPORTALS bei ihren Beratungen.

Die Wissensseiten werden regelmäßig überprüft und kontinuierlich ausgebaut. Derzeit arbeitet das Stiftungsteam gemeinsam mit Betroffenen am Thema „Arbeitnehmer & Krebs“. In der Zukunft sollen zudem die Bereiche „Ausbildung & Krebs“ sowie „Selbstständige & Krebs“ hinzukommen.

Die Wissensseiten finden Sie unter:
<https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/wissen/>



**Erste eigene Wohnung,
 erste große Liebe,
 mitten in der Ausbildung ...
 und dann die Diagnose Krebs!**

**Wir lassen junge Erwachsene
 mit Krebs nicht allein.**

SPENDENKONTO

Helfen Sie mit die Versorgung junger Erwachsener mit Krebs nachhaltig zu verbessern.

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



PROGRAMMHIGHLIGHTS

• **Top 5 Themen:**

- Patientenversorgung über die Sektorengrenzen hinweg
- Ärztlich assistierte Selbsttötung
- Fehlermanagement
- Künstliche Intelligenz/ Bearbeitung großer Datensätze und Einsatz im klinischen Alltag
- Corona-Pandemie/ Versorgungsaspekte

• **Key Note Speaker:**

- Frau PD Dr. Özlem Türeci/ RNA Vakzine – vom Tumor- zum Corona-Impfstoff
- Prof. Dr. Stefan Wrobel/ KI-Projekt Smart Hospital NRW
- Bernd Bodenmiller/ Bildgebende Massenzytometrie – Visualisierung von Tumorgewebe in hochaufgelösten 3-D-Animationen

• **Ärztinnenseminar: 1. Oktober**

• **Pflegekongress: 2. Oktober (kostenfreie Registrierung)**

• **Studententag: 3. Oktober (kostenfreie Registrierung)**

• **E-Abstractpräsentationen 24/7**

• **Präsenz-Industrierausstellung: 1.–3. Oktober**

• **Gesamter Kongress on demand bis 30. November**



Jetzt registrieren!

Alle Informationen und aktuelle Tickets unter
www.haematologie-onkologie-2021.com (Registrierung)

KONGRESSORT

CityCube Berlin
Messedamm 22 · 14055 Berlin

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Andreas Mackensen
Universitätsklinikum Erlangen

KONGRESSORGANISATION

DGHO Service GmbH · Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
jahrestagung2021@dgho-service.de

Grußwort des Kongresspräsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Sie kurz über den Stand der Vorbereitung unserer gemeinsamen Jahrestagung vom 1. bis 4. Oktober 2021 in Berlin informieren.

Wir freuen uns sehr, dass trotz der Corona-Pandemie und des aktuell geplanten Hybridformates so viele junge Kolleginnen und Kollegen ihre wissenschaftlichen Beiträge eingereicht haben. So wurden bis zur Abgabefrist am 17. Mai 2021 knapp 540 Abstracts hochgeladen. Aktuell läuft die Begutachtung der eingereichten Abstracts. Schon jetzt möchte ich allen Gutachterinnen und Gutachtern für ihre Unterstützung sehr herzlich danken.

Für die Plenarsitzungen haben wir international renommierte Referentinnen und Referenten gewinnen können. Prof. Dr. Stefan Wrobel, Professor für Informatik an der Universität Bonn und Leiter des Fraunhofer-Instituts für Intelligente Analyse- und Informationssysteme, wird uns in der Eröffnungsveranstaltung das KI-Projekt „Smart Hospital NRW“ vorstellen, welches den Weg für die Transformation von bestehenden Krankenhäusern zu intelligenten Einrichtungen der Zukunft (»Smart Hospitals«) ebnet. Weiterhin freuen wir uns sehr, dass wir Frau PD Dr. Özlem Türeci gewinnen konnten. Sie wird uns über die Entwicklung der RNA-Vakzine vom Tumor- zum Corona-Impfstoff berichten. Prof. Bernd Bodenmiller aus Zürich wird uns schließlich zeigen, wie mit Hilfe der bildgebenden Massenzytometrie Tumorgewebe bis hinab auf die Ebene der einzelnen interagierenden Zelle quantifiziert und in hoch aufgelösten 3-D-Animationen visualisiert werden kann.

Fragen der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten über die Sektorengrenzen hinweg spielen eine zunehmende Rolle und sollen bei der Tagung thematisiert werden. So soll die ärztlich assistierte Selbsttötung, die aktuell im Fokus der gesellschaftlichen und politischen Diskussion steht, diskutiert werden. Auch wollen wir uns dem Thema Fehlermanagement widmen.



Das Erlanger Kongressteam und die DGHO Service GmbH, denen ich für Ihren großen Einsatz danke, freuen sich auf Sie!

Mit besten Grüßen
Ihr

Prof. Dr. med. Andreas Mackensen, Universitätsklinikum Erlangen
Kongresspräsident 2021

KONGRESSTEAM:

Prof. Dr. med. Dimitrios Mouggiakakos
Prof. Dr. med. Stefan Krause
Maria Habermann
E-Mail: DGHO2021@uk-erlangen.de
Tel. +49 9131 85 35956

Veranstaltungshinweise 2021

Webinar ASCO 2021 – Wichtig zu wissen

11. Juni 2021

https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/webinar_asco_2021
eine Veranstaltung der DGHO

Symposium Vision Zero – Innovations in oncology 2021

14. bis 15. Juni 2021

Berlin

<https://www.vision-zero-2021.de/>

unter der Schirmherrschaft der DGHO

16th International Conference on Malignant Lymphoma

15. bis 19. Juni 2021

Lugano, Schweiz

<https://www.icml.ch/icml/16th-icml-redirect/general-information.html>

15. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

16. bis 19. Juni 2021

VIRTUELL

<https://www.kit-kongresse.de/>

Nachlese zur Jahrestagung 2021 der Amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie (ASCO)

16. Juni 2021

Dresden und

VIRTUELL

<https://www.asco-nachlese.de/>

unter der Schirmherrschaft der DGHO

40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

17. bis 19. Juni 2021

Stuttgart

<https://www.senologiekongress.de/de/Startseite/>

Nur für DGHO-Mitglieder sichtbar.

Nur für DGHO-Mitglieder sichtbar.

Zertifizierungskurs „Fachassistent*in für orale und subkutane Tumortherapie“ – Modul 1

18. bis 20. Juni 2021

VIRTUELL

<https://www.csm-congress.de/medkom/>
unter der Schirmherrschaft der DGHO

27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie

24. bis 26. Juni 2021

VIRTUELL

<https://www.degro-jahrestagung.de/>

Update Hämatologie / Onkologie 2021

25. bis 26. Juni 2021

Dresden und

VIRTUELL

<https://www.onko-update.de/>
unter der Schirmherrschaft der DGHO

Onkopedia-Webinar: Lungenkarzinom, nicht-kleinzellig (NSCLC)

25. Juni 2021

<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia-was-ist-neu-live-webinare-als-veranstaltungsreihe>
eine Veranstaltung der DGHO

Immunonkologika & Gezielte Therapien Hämatologie/Onkologie – 3 Länder Spezial

25. bis 26. Juni 2021

München

https://www.fomf.de/fortbildungen/immunonkologika-und-gezielte-therapien-0?utm_source=koop_DGHO&utm_medium=kalender&utm_campaign=HO2021
unter der Schirmherrschaft der DGHO

Best of ASCO 2021

25. bis 26. Juni 2021

Wien, Österreich und

VIRTUELL

<https://www.onconovum.academy/veranstaltungen/archiv/best-of-asco-2021-1.html>

Schulungskurs Applikation von Zytostatika

2. bis 3. Juli 2021

VIRTUELL

<https://www.csm-congress.de/medkom/>
unter der Schirmherrschaft der DGHO

Onkopedia-Webinar: Antibakterielle Prophylaxe

9. Juli 2021

<https://www.dgho-service.de/webinare/onkopedia-webinare>
eine Veranstaltung der DGHO

Onkopedia-Webinar: Chronische Lymphatische Leukämie (CLL)

23. Juli 2021

<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia-was-ist-neu-live-webinare-als-veranstaltungsreihe>
eine Veranstaltung der DGHO

Onkopedia-Webinar: Ösophaguskarzinom

6. August 2021

<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia-was-ist-neu-live-webinare-als-veranstaltungsreihe>
eine Veranstaltung der DGHO

Onkopedia-Webinar: Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL)

20. August 2021

<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia-was-ist-neu-live-webinare-als-veranstaltungsreihe>
eine Veranstaltung der DGHO

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

1. bis 4. Oktober 2021

HYBRID (Berlin und virtuell)

<https://www.haematologie-onkologie-2021.com/>

Impressum

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

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

V.i.S.d.P.: Michael Oldenburg (MO)
Redaktion: Michael Oldenburg
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
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.

