

20

Bericht an die Delegiertenversammlung 2014

14

Inhalt

Vorwort des Präsidenten	2
Bericht zur Gesundheitspolitik	4
Bericht des Schatzmeisters	6
Engagement in Europa	7
Die Sektion A: Landeskrebsgesellschaften	12
Die Sektion B / Abteilung Experimentelle Krebsforschung	19
Die Sektion B / Abteilung Klinische Krebsforschung	22
Die Sektion B / Interdisziplinäre Studiengruppen	45
Die Sektion C: Fördermitglieder	52
Arbeit der Geschäftsstelle	58
Stiftungen	69
Kooperationspartner	70

Vorwort

Trotz des medizinischen Fortschritts der letzten Jahre erkranken allein in Deutschland jährlich 490.000 Menschen neu an Krebs, und aufgrund des demografischen Wandels werden die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung Krebskranker in den kommenden Jahren weiter steigen. Diese Entwicklung stellt unser Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Als größte onkologische Fachgesellschaft ist die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) ein wichtiges Sprachrohr der Krebsexperten im deutschsprachigen Raum – diese Rolle ist Ehre und zugleich auch Verpflichtung.

Erfreulicherweise war 2013 ein erfolgreiches Jahr für die DKG. Die Verabschiedung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) im Frühjahr 2013 ist ein Meilenstein für die Qualitätsverbesserung in der Onkologie. Das Gesetz entstand als anfassbares Ergebnis unserer gemeinsamen Überlegungen zu den Handlungsfeldern 1 und 2 des Nationalen Krebsplans – er wurde 2008 von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) zusammen mit dem Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufen. Während derzeit mit Hochdruck an der Umsetzung des Gesetzes gearbeitet wird, herrscht unter den Onkologen Einigkeit: Klinische

Krebsregister sind unabdingbar beim Aufspüren von Versorgungsdefiziten und deren zeitnaher Behebung.

Der Erfolg beim KFRG zeigt im Übrigen, dass es sich lohnt, die Kräfte in der Onkologie zu bündeln: Die Zusammenarbeit zwischen den beiden großen Krebsorganisationen DKG und DKH gestaltete sich 2013 bei vielen gemeinsamen Projekten intensiv und gut. So haben beide ihre Qualitätsanforderungen an die Zentren der onkologischen Versorgung vereinheitlicht. Das heißt, im Drei-Stufen-Modell der Krebszentren (Organkrebszentren, Onkologische Zentren, Onkologische Spitzenzentren) gelten seit Mitte 2013 erstmals einheitliche Anforderungen an die umfassende qualifizierte, multi- und interdisziplinäre sowie transsektorale Patientenversorgung. Das ist ein weiterer wichtiger Schritt bei der Umsetzung des Nationalen Krebsplans.

Von der engen Zusammenarbeit von DKG und DKH haben 2013 auch zwei unserer Kongressveranstaltungen profitiert: der 17. Internationale Krebskongress der Abteilung Experimentelle Krebsforschung im Frühjahr und die 5. Offene Krebskonferenz (OKK) im Herbst 2013. Letztere wurde in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landeskrebsgesellschaft in Dresden durchgeführt. Die guten

Prof. Dr. Wolff Schmiegel, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft

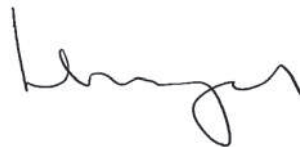


Besucherzahlen bei der OKK zeigen, dass der Bedarf an patientengerechten, fundierten Informationen stark angestiegen ist. Denn Patienten möchten heute aktiv in medizinische Entscheidungen einbezogen werden, sie haben Fragen bei der Bewältigung alltäglicher Lebenssituationen und wollen außerdem wissen, was sie selbst tun können, um ihr Leben zu erleichtern.

Mit einer dritten Kongressveranstaltung, der Quality of Cancer Care Conference (QoCC), haben wir 2013 Neuland beschritten. Die Idee zu dieser Veranstaltung entstand aus der Erfahrung, dass es häufig die Übergänge zwischen Leitlinienentwicklung, Zertifizierung, Dokumentation, klinischen Studien und Versorgungsforschung sind, an denen Reibungsverluste in der Qualitätsentwicklung der Krebsversorgung auftreten. Zwar sind wir bei der Implementierung der Leitlinien in die Zertifizierungsanforderungen ein gutes Stück vorangekommen. So enthalten alle 2013 erschienenen Leitlinien neben evidenzbasierten Entscheidungshilfen für den Arzt auch Qualitätsindikatoren, also Messgrößen zur Beurteilung der Qualität der diagnostischen und therapeutischen Prozesse an den zertifizierten Zentren. Die Diskussionsrunden beim QoCC haben aber gezeigt, dass es sich lohnt, die Kommunikation zwischen den Beteiligten zu

forcieren. Ich denke, wir sollten dieses Konferenzformat weiter ausbauen.

Mein Dank geht an alle, die sich im vergangenen Jahr unter dem Dach der DKG und bei der Deutschen Krebshilfe dafür eingesetzt haben, dass unser hoher Qualitätsanspruch weiter in die onkologische Versorgung hineingetragen wird. Durch Ihre Arbeit leisten Sie dazu einen wichtigen Beitrag: in der Zertifizierung, im Leitlinienprogramm Onkologie, in den DKG-Arbeitsgemeinschaften, im Kontakt mit politischen Entscheidungsträgern, auf Kongressen, mit Hilfe von Präventions- und Aufklärungskampagnen und in der Krebsberatung – dort sind vor allem die Landeskrebsgesellschaften aktiv. Ich möchte Sie dazu ermutigen, in Ihrem Engagement nicht nachzulassen, und hoffe, gemeinsam mit Ihnen weitere notwendige Ziele zu erreichen.



Ihr Wolff Schmiegel
Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft

Bericht zur Gesundheitspolitik

DR. JOHANNES BRUNS

Das wichtigste politische Ereignis im Berichtsjahr 2013 war die Bundestagswahl im September. Neben personellen Veränderungen in Regierung und Verwaltung wurden der neue Koalitionsvertrag formuliert und darin Aufgaben und Entwicklungsrichtungen für die nächsten Jahre festgeschrieben. Sie haben in vielen Bereichen Bedeutung für uns und unsere Mitglieder. Auf der Agenda der neuen Regierung stehen unter anderem das Präventionsgesetz und das damit gesetzgeberisch verbundene Antikorruptionsgesetz für Ärzte. Die Initiativen waren im Bundesrat unmittelbar vor der Wahl gescheitert und müssen nun, nach der Wahl, aufs Neue in den Gesetzgebungsprozess eingebracht werden.

Ohne explizite Nennung im Koalitionsvertrag zeichnete sich 2013 schon frühzeitig die Fortsetzung des Nationalen Krebsplans in der 18. Legislaturperiode ab – als regierungsunabhängige Aufgabe. Gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren waren wir uns einig, unabhängig von der Regierungsbildung die Umsetzung des Nationalen Krebsplans weiter voranzutreiben.

Zu den neuen Aspekten der Gesundheitspolitik gehören der im Koalitionsvertrag festgeschriebene Innovationsfonds und die starke Betonung der Qualitätssicherung

in der Versorgung. Beides ist für die Onkologie von großer Bedeutung und damit von hoher Relevanz für unsere gesundheitspolitische Arbeit. Hier werden wir uns in den nächsten Jahren verstärkt engagieren.

MEILENSTEIN: KREBSFRÜHERKENNUNGS- UND -REGISTERGESETZ (KFRG)

Ein Meilenstein war im Berichtsjahr 2013 das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister“ (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG). Erstmals trat damit ein Gesetz in Kraft, das ausschließlich die Onkologie betrifft. Es verpflichtet zur flächendeckenden Einführung klinischer Krebsregister und zur Anpassung im Bereich der Krebsfrüherkennung bei Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs. Zugleich wurde im SGB V festgeschrieben, dass DKG, Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren an der Erarbeitung und Festlegung von Kriterien und Inhalten von bundesweiten Auswertungen beteiligt werden müssen.

Das KFRG greift wichtige Vorschläge des Nationalen Krebsplans auf. Der Umsetzungsprozess konnte noch vor der Bundestagswahl beginnen. Fristgerecht lagen die Förderkriterien des GKV-Spitzenverbandes vor und wur-

den 2013 verbindlich verabschiedet. Die Bereitschaft der Deutschen Krebshilfe, einen Großteil der notwendigen Investitionen zu übernehmen, brachte den Durchbruch.

DISKUSSIONSTHEMA: ARZNEIMITTELMARKTNEU- ORDNUNGSGESETZ (AMNOG)

Zu den viel diskutierten Themen zählte auch 2013 das AMNOG, besonders das Thema Bestandsmarktaufruf. Wir unterstützten die Position von Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzte. Er plädierte für die Nichtberücksichtigung der Onkologie bei den schon lange in der Versorgung eingesetzten Medikamenten.

Unmittelbar nach der Regierungsbildung Ende 2013 wurde in einem der schnellsten parlamentarischen Verfahren für den Arzneimittelmarkt beschlossen: Der Bestandsmarktaufruf wird nicht fortgeführt. Dafür bleibt das Preismoratorium bestehen, und der Zwangsrabatt für Nicht-Festbetragsarzneimittel wird auf sieben Prozent festgeschrieben.

Gemeinsam mit vier weiteren Fachgesellschaften gaben wir im Mai 2013 zum Prozess der frühen Nutzenbewertung eine Stellungnahme zur „Aktualisierung einiger

Abschnitte der Allgemeinen Methoden Version 4.0 sowie neue Abschnitte zur Erstellung der Allgemeinen Methoden 4.1“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ab. Die fünf Fachgesellschaften schlugen darin Verbesserungen des Evaluationsprozesses in fünf Punkten vor:

- ▶ Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie;
- ▶ Formulierung der Fragestellung;
- ▶ Festlegung und Bewertung des Zusatznutzens;
- ▶ Einbindung von externen Gutachtern;
- ▶ Begründung bei Abweichung von Leitlinienempfehlungen.

WEITER AUF DEM WEG: AMBULANTE SPEZIALFACH- ÄRZTLICHE VERSORGUNG (ASV)

Ein weiteres gesundheitspolitisches Thema war im Berichtsjahr die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Der Gemeinsame Bundesausschuss konnte die geplante Umsetzung der in § 116b SGB V gesetzlich vorgegebenen ASV nicht wie geplant bis zum 31. Dezember 2013 abschließen. Wer jedoch die jahrelange Entwicklung um den § 116b SGB V verfolgt und die damit verbundenen politischen Richtungswechsel verstanden hat, weiß um die Komplexität und politische Brisanz des Regelungsinhalts.

Dr. Johannes Bruns, Generalsekretär der DKG | Foto © www.ro-b.com



Bericht des Schatzmeisters

PROF. DR. THOMAS WIEGEL

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat 2013 im Rahmen einer durch die Finanzbehörden regelmäßig durchgeführten Betriebsprüfung erstmalig mit dem Berliner Finanzamt die noch in Frankfurt/Main aufgesetzten und dort bereits geprüften Abläufe intensiv besprochen und begonnen, die Abläufe an die Situation in Berlin anzupassen. Insbesondere bei der Vertragsabwicklung von Kongressen, der Vermögensverwaltung und bei wissenschaftlichen Projekten waren Neuausrichtungen notwendig, die im Jahre 2014 fortgesetzt werden. Das hatte zur Folge, dass bei dem ein oder anderen Prozess Nachzahlungen und Zahlungsveränderungen notwendig wurden.

Die Einnahmen der Deutschen Krebsgesellschaft aus Mitgliedsbeiträgen betragen 0,96 Mio. Euro. Beiträge werden von den Mitgliedern der drei Sektionen eingezogen, wobei der überwiegende Teil aus der Sektion B und C erfolgt. Dabei sind die Einnahmen in der Sektion B fast doppelt so hoch wie die der Sektion C. Die Beitragseinnahmen aus der Sektion C sind rückläufig. In der Sektion A erfolgte 2013 eine Beitragsanpassung, wie sie die Delegiertenversammlung 2013 beschlossen hatte.

Die Zuwendung über Drittmittel zur Durchführung von Studien, insbesondere in der Sektion B, betrug 1,63 Mio. Euro. Spenden und Erbschaften lagen bei 0,22 Mio. Euro.

Einnahmen aus Vermietung / Verpachtung, einschließlich der Vermögensverwaltung, betragen 1,48 Mio. Euro.

Der mit der Deutschen Krebshilfe geschlossene Grundlagenvertrag, die Zuwendung des Bundes zur Beitragszahlung an die Union of International Cancer Control (UICC), regelmäßige Zuwendungen der Krogmann-Stiftung und der Deutschen Krebsstiftung belaufen sich (ohne unmittelbaren Projektbezug) auf 1,3 Mio. Euro. Darüber hinaus werden die gemeinsamen Projekte mit der Deutschen Krebshilfe gesondert gefördert. Dazu gehören neben dem Leitlinienprogramm Onkologie der Kongress der Abteilung Experimentelle Krebsforschung (AEK-Kongress), die Offene Krebskonferenz (OKK) und die Arbeitsgruppe zur Vorbereitung einer Informationsplattform.

Unter Berücksichtigung von Rücklagen und den abgewickelten Projekten beträgt 2013 der Jahresfehlbetrag 311.853,60 Euro.

In der Vermögensaufstellung werden aktiv 4,46 Mio. Euro aufgeführt, wobei der Anteil der 2011 erworbenen Immobilie Kuno-Fischer-Straße 8, Berlin, mit 3,48 Mio. Euro eingeht.

Darüber hinaus findet eine regelmäßige Rücklagenbildung in die Deutsche Krebsstiftung statt.

Engagement in Europa und darüber hinaus

DR. SIMONE WESSELMANN, DR. ULRIKE HELBIG

Die Onkologie entwickelt sich weltweit fort. Wir wollen unsere Erfahrungen auf internationaler Ebene teilen und von anderen lernen. Das tun wir in verschiedenen Bereichen. So arbeitet der Bereich Zertifizierung der DKG seit 2013 als Associated Partner in der Arbeitsgruppe Comprehensive Cancer Care (Krebsversorgung) des EU-Projekts CanCon (Cancer Control Joint Action) mit und erarbeitet in drei Jahren Projektlaufzeit die Rahmenbedingungen für interdisziplinäre, interprofessionelle und sektorenübergreifende Netzwerke in der Onkologie.

Der Bereich Zertifizierung vertritt die Bundesrepublik Deutschland auch in einem weiteren EU-Projekt: der European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC). Das Expertengremium verfolgt das Ziel, ein europäisches Qualitätssicherungssystem in der Krebsversorgung zu etablieren. Im ersten Schritt konzentrieren sich die Vertreter aller Mitgliedsstaaten dabei auf Brustkrebspatientinnen. ECIBC hat sich 2013 konstituiert und das Projekt in Expertenworkshops und Memberworkshops vorgestellt.

Wir haben 2013 unsere Kontakte zur Union of International Cancer Control (UICC) in Genf intensiviert und konnten ein gemeinsames Projekt „Europa“ anstoßen. Im Fokus stand dabei die Planung der neuen Reihe „European Round Table Meeting“. Das erste Meeting wird 2014 zum

Thema „Improving Cancer Care in Europe – Which Institutional Health Structures are Beneficial and Why?“ stattfinden. Der Fokus liegt auf die Ausrichtung in Europa, um den Austausch zu fördern und Netzwerke auszubauen. Dabei sollen Versorgungsaspekte in der Onkologie genauso berücksichtigt werden wie spezifische therapeutische Aspekte.

POLITISCHE STELLUNGNAHMEN: TABAKPRODUKTRICHTLINIE DER EU

Wir haben im Berichtsjahr 2013 zweimal zur Änderung der Tabakprodukttrichtlinie der EU Stellung genommen. In der Revision sehen wir einen wichtigen Schritt in Richtung Suchtprävention und befürworteten deshalb die Vorschläge der Europäischen Kommission

- ▶ zur Vergrößerung der Warnhinweise,
- ▶ zur Vereinheitlichung der Packungs- und Zigarettengröße,
- ▶ zum Verbot irreführender Werbeaussagen und
- ▶ zum geplanten Verbot von Zusatzstoffen, wie Vitaminen, Koffein und bestimmten Farbstoffen.

Wir forderten darüber hinaus ein eindeutiges Verbot von suchterzeugenden, toxischen oder kanzerogenen Zusatzstoffen und verwiesen auf die Notwendigkeit, die Vorgaben auf alle Tabakerzeugnisse gleichermaßen anzuwenden.

Foto © Council of the European Union



Einweihung der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle der DKG gibt es seit 1986. 2007 zog sie von Frankfurt/Main nach Berlin. Seit 2012 befindet sich der Sitz der Deutschen Krebsgesellschaft in der Kuno-Fischer-Straße 8: im Haus am See. Zur offiziellen Einweihung am 15. Mai 2013 – einem Sommerfest in Haus und Park – kamen rund 100 Gäste.



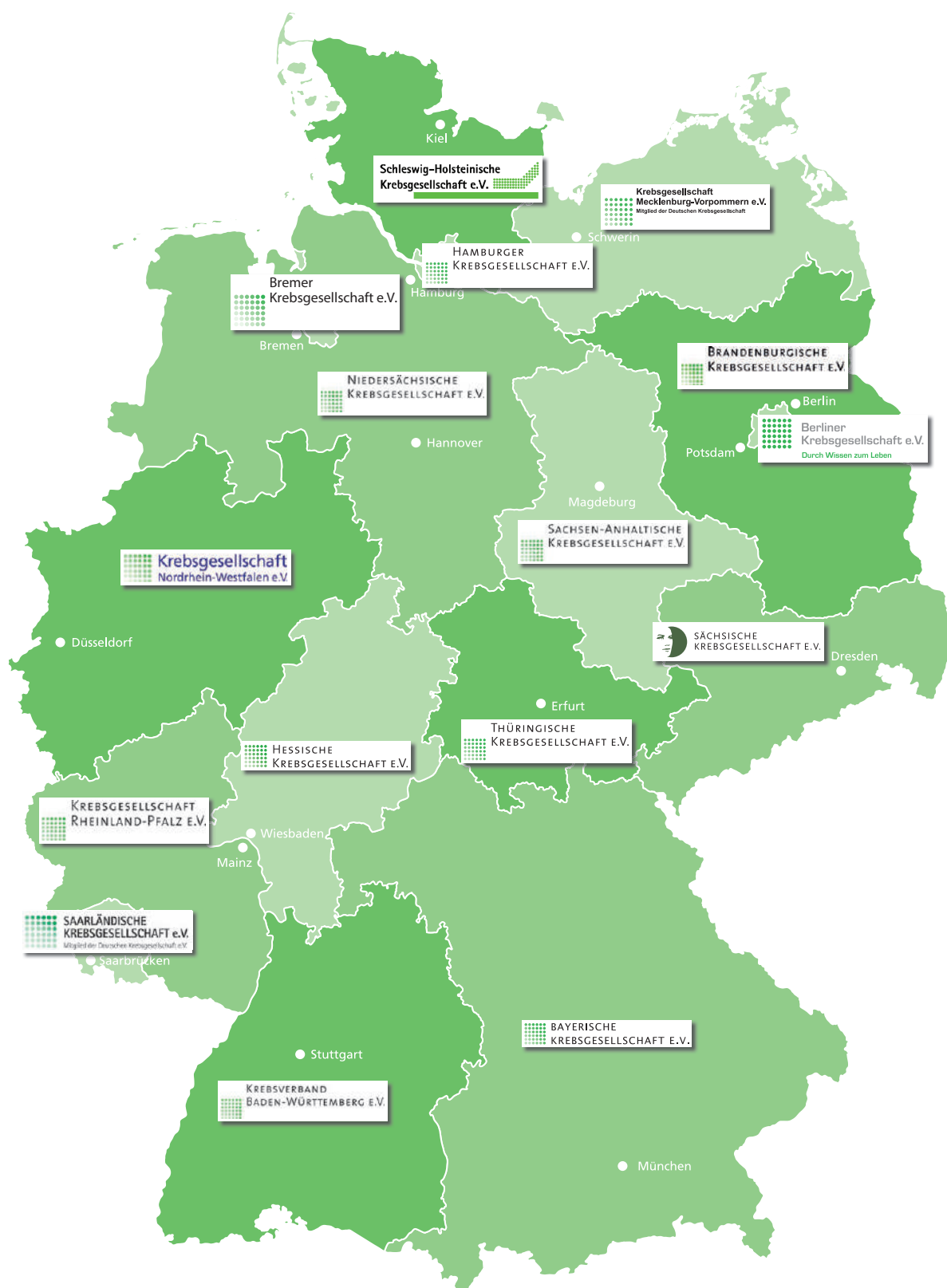
Fotos © DKG



SEKTION A

Sektion A: die Landeskrebsgesellschaften

DR. ULRIKE HELBIG



Die Landeskrebsgesellschaften im Internet

Bayerische Krebsgesellschaft e. V.	www.bayerische-krebsgesellschaft.de
Krebsverband Baden-Württemberg e. V.	www.krebsverband-bw.de
Berliner Krebsgesellschaft e. V.	www.berliner-krebsgesellschaft.de
Brandenburgische Krebsgesellschaft e. V.	www.krebsgesellschaft-brandenburg.de
Bremer Krebsgesellschaft e. V.	www.krebs-bremen.de
Hamburger Krebsgesellschaft e. V.	www.krebshamburg.de
Hessische Krebsgesellschaft e. V.	www.hessische-krebsgesellschaft.de
Krebsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.	www.krebsgesellschaft-mv.de
Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.	www.nds-krebsgesellschaft.de
Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.	www.krebsgesellschaft-nrw.de
Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.	www.krebsgesellschaft-rlp.de
Saarländische Krebsgesellschaft e. V.	www.saarlaendische-krebsgesellschaft.de
Sächsische Krebsgesellschaft e. V.	www.skg-ev.de
Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.	www.sakg.de
Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V.	www.krebsgesellschaft-sh.de
Thüringische Krebsgesellschaft e. V.	www.krebsgesellschaft-thuringen.de

Die Landeskrebsgesellschaften in Zahlen

16 Landeskrebsgesellschaften gibt es in Deutschland. Sie leisten wichtige Arbeit vor Ort – nah am Patienten und seinen Angehörigen.

alle sind aktiv in der Information, psychosozialen Beratung, Unterstützung von Forschung, Unterstützung klinischer Krebsregister, in der Prävention und der Qualitätsverbesserung der onkologischen Versorgung.

alle organisieren Kurse, Symposien, Informationstage und Kongresse; fördern Forschungsprojekte; kooperieren, z. B. mit Tumorzentren und Selbsthilfegruppen; betreiben Öffentlichkeitsarbeit, z. B. mittels Broschüren, Mitteilungsblättern, Webseiten, Pressemitteilungen und -konferenzen.

alle Landeskrebsgesellschaften verstehen sich als Schnittstelle zu Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Onkologen, Kliniken, Kranken- und Rentenversicherungen sowie Landesregierungen.

132 Beratungsstellen werden bundesweit von den Landeskrebsgesellschaften betrieben.

128 Mitarbeiter engagieren sich in den 16 Landeskrebsgesellschaften.

1.236 ehrenamtliche Mitarbeiter, darunter auch die Vorstände, sind in den 16 Landeskrebsgesellschaften aktiv.

10.000 Mitglieder zählen alle 16 Landeskrebsgesellschaften.

62.000 Kontakte wurden in der psychosozialen Beratung im Jahr 2013 gezählt.

430 Kurse wurden bundesweit angeboten und von Patienten, Angehörigen und Kindern krebskranker Eltern genutzt.

6 Mio. Euro Kosten für die Arbeit der Landeskrebsgesellschaften werden durch eine gemischte Finanzierung gedeckt (Spendengelder, Projektmittel von Organisationen, Krankenversicherungen / Rentenversicherungen / Landesregierungen, kommunale Mittel). Ein wichtiger Teil der Aktivitäten der Landeskrebsgesellschaften ist auf die Mitteleinwerbung/das Fundraising gerichtet.

Fünf ausgewählte Aktivitäten 2013

Spannende Vorträge, Diskussionen und ausreichend Zeit, verschiedene Perspektiven und Konzepte für Querschnittfragen in der Onkologie kennen zu lernen, waren das Erfolgsrezept der Sommerakademie 2013. Sie wurde im Vorfeld der DKG-Delegiertenversammlung 2013 von der Berliner Krebsgesellschaft inhaltlich gestaltet. Das halbtägige Vortragsprogramm stand unter dem Thema „Verbesserung der intersektoralen Kommunikation in der Onkologie“.

Im Oktober 2013 lud die Sächsische Krebsgesellschaft in Kooperation mit der DKG und der Deutschen Krebshilfe sowie der Krebselbsthilfe zur Offenen Krebskonferenz 2013 ins Deutsche Hygiene-Museum Dresden ein. Rund 1.000 Patienten, Angehörige und Interessierte nutzten das breite Angebot an Vorträgen, Expertengesprächen und Mitmachangeboten. Ein Novum war die Teilnahme von Selbsthilfegruppen aus Polen und Tschechien. Die alle zwei Jahre stattfindende Offene Krebskonferenz ist eine hervorragende Gelegenheit, Patienten und Angehörigen den Weg zum aktuellen medizinischen Wissen zu ebnet.

Verschiedene Projekte wurden in der Sektion A im Jahr 2013 länderübergreifend durchgeführt:

- ▶ das Hautkrebs-Präventionsprojekt „Sunpass – gesunder Sonnenspaß für Kinder“, an dem sich elf Landeskrebsgesellschaften beteiligten;
- ▶ das Darmkrebsvorsorgeprojekt „1000 mutige Männer“;
- ▶ die Präventionsinitiative „du bist kostbar“;
- ▶ die „5 am Tag für Kids“-Initiative, damit Kinder mehr Obst und Gemüse essen;
- ▶ Nichtraucher-Projekt.

Die Landeskrebsgesellschaften waren 2013 über den Ausschuss Krebsberatung an der Erstellung der S3-Leitlinie Psychoonkologie beteiligt. Im November 2013 haben sich acht Landeskrebsgesellschaften an einer Stichprobenerhebung beteiligt. Es wurde erfasst, wie der Zugang der Patienten zur ambulanten Krebsberatung erfolgt, zu welchem Zeitpunkt Patienten die Beratung suchen und welche Lokalisation der Krebsberatung aus welchen Gründen bevorzugt wird. Die Daten werden 2014 im Mitglieder magazin „Forum“ veröffentlicht.

Für den Deutschen Krebskongress 2014 haben die Landeskrebsgesellschaften sechs Symposien geplant und ausgearbeitet. Darüber hinaus wurde ein Gemeinschaftsstand konzipiert und der traditionelle Beratertag zum Thema „Nach einer Krebserkrankung – zurück in den Alltag“ vorbereitet.

SEKTION B

• AEK Abteilung Experimentelle Krebsforschung

ARBEITSGEMEINSCHAFT	VORSITZENDER/SPRECHER 2. VORSITZENDER/SPRECHER BZW. STELLVERTRETER
<ul style="list-style-type: none"> • AEK Abteilung Experimentelle Krebsforschung	Prof. Dr. Rainer Engers, Neuss Prof. Dr. Petra Boukamp, Heidelberg
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – B Abteilung Biochemie	Prof. Dr. Bernd Groner, Frankfurt/Main Prof. Dr. Martin Eilers, Würzburg Prof. Dr. Peter Angel, Heidelberg
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – I Abteilung Immunologie	PD Dr. Martin Lipp, Berlin Prof. Dr. Jürgen Becker, Graz (A)
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – K Abteilung Kanzerogenese und Epidemiologie	Prof. Dr. Elisabeth Wiesmüller, Ulm Prof. Dr. Michael Schwarz, Tübingen
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – M Abteilung Molekular- und Zytogenetik	Prof. Dr. Petra Boukamp, Heidelberg Dr. Beate Volkmer, Buxtehude
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – P Abteilung Pathologie und Diagnostik	Prof. Dr. Rainer Engers, Neuss Prof. Dr. Roland Moll, Marburg
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – S Abteilung Systembiologie und -medizin	Prof. Dr. Reinhold Schäfer, Berlin Prof. Dr. Thomas Brabletz, Freiburg
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – T Abteilung Therapie und Pharmakologie	Dr. Klaus Bosslet, Penzberg Prof. Dr. Winfried Wels, Frankfurt/Main Dr. Jens Hoffmann, Berlin
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – V Abteilung Virologie	Prof. Dr. Matthias Dobbelsstein, Göttingen Prof. Dr. Sigrun Smola, Homburg
<ul style="list-style-type: none"> • AEK – Z Abteilung Zellbiologie	Prof. Dr. Peter Friedl, Nijmegen (NL) PD Dr. Klaus-Peter Janssen, München

• AEK Abteilung Experimentelle Krebsforschung

PROF. DR. RAINER ENGERS, PROF. DR. PETRA BOUKAMP, PROF. DR. ELISABETH WIESMÜLLER, PROF. DR. MICHAEL SCHWARZ

Viele Aktivitäten in der Abteilung Experimentelle Krebsforschung mit ihren neun Arbeitsgemeinschaften bezogen sich 2013 auf die Vorbereitung des 17th International AEK Cancer Congress. Er fand im März in Heidelberg statt. Zu den weiteren wichtigen Projekten im Jahr 2013 zählten: ▶ die Kooperation zwischen AEK und der European Association for Cancer Research (EACR) bei der Organisation des EACR-23-Kongresses; ▶ die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Systembiologie und -medizin (AEK-S) in der AEK; ▶ die Kooperation zwischen AEK und der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) der DKG bei der Programmgestaltung des Hautkrebskongresses 2014.

Frage: Was war das wichtigste Ereignis für die AEK im Jahr 2013?

Das war der 17th International AEK Cancer Congress 2013 im März. Der gemeinschaftlich von der Deutschen Krebsgesellschaft und Deutschen Krebshilfe getragene Kongress fand in der „Doppelhelix“ des European Molecular Biology Laboratory (EMBL) statt, einem speziell für Kongresse konzipierten und architektonisch äußerst gelungenen Ambiente. Zahlreiche Diskussionen und ein intensiver Austausch unter Wissenschaftlern prägten die Kongresstage in Heidelberg. Das wissenschaftliche Programm präsentierte unter anderem in neun Plenarsitzungen Aktuelles und Bahnbrechendes aus der Grundlagenforschung und translationalen Forschung und bildete dabei die gesamte fachliche Breite von der Tumorzelle bis hin zu seiner Umgebung ab. Dafür standen auch die beiden Keynote-Lectures. Wir freuen uns, dass wir zwei Weltklassensprecher gewinnen konnten: den Molekularbiologen Robert Allan Weinberg für den Bereich Kanzerogenese vom MIT in Boston und Mina Bissell von den Lawrence Berkley National Laboratories in Berkley. Der AEK-Kongress wurde von den Teilnehmern sowohl inhaltlich als auch organisatorisch außerordentlich positiv evaluiert. Das freut uns natürlich sehr.

Warum ist der Kongress so wichtig?

Der AEK Cancer Congress ist der wichtigste internationale Kongress auf dem Gebiet der experimentellen Krebsforschung in Deutschland. Hier gibt es die aktuellsten und wichtigsten Forschungsergebnisse zu verschiedenen Themenbereichen der experimentellen Krebsforschung. Darüber hinaus erlaubt es uns der Kongress, jungen Wissenschaftlern eine besondere Plattform zur Präsentation eigener Ergebnisse und zum Austausch mit renommierten Wissenschaftlern zu bieten. Das ist uns wichtig. So gab es 111 Posterbeiträge von Nachwuchswissenschaftlern. Ausgewählt von einer Gutachterjury, an der sich auch die internationalen Referenten beteiligten, wurden die drei besten Poster prämiert.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Entwicklung der AEK insgesamt ein?

Das Jahr 2013 war durchweg positiv für die AEK. Durch die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Systembiologie und -medizin – kurz: AEK-S – konnten wir 2013 neuen Entwicklungen im Bereich der experimentellen Krebsforschung, aber auch im organisatorischen Bereich Rechnung tragen. Positiv zu bewerten sind ebenso die intensivere Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgemeinschaften der Sektion B sowie die Fortsetzung der bestehenden Kooperation mit der European Association for Cancer Research.

Was möchten Sie in und mit der AEK weiter verbessern?

Wir wollen den Erfolg des AEK-Kongresses ausbauen und bereiten deshalb schon den AEK Cancer Congress 2015 vor. Der Schwerpunkt wird auf translationaler Forschung liegen. Darüber hinaus wollen wir die Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgemeinschaften aus der Sektion B verstärken.

Foto l.: 17th International AEK Cancer Congress im März 2013 in Heidelberg / Foto r.: Kongresspräsidentin des AEK 2013 Prof. Dr. Petra Boukamp (r.) und DKG-Generalsekretär Dr. Johannes Bruns. Fotos © Brigitte Engelhardt



• AKK Abteilung Klinische Krebsforschung

	GRÜN- DUNG	VORSITZENDER/SPRECHER 2. VORSITZENDER/SPRECHER BZW. STELLVERTRETER	WEBSEITE
• ABO	2008	Prof. Dr. Jörg Kotzerke, Dresden Prof. Dr. Norbert Hosten, Greifswald	
• ADO	1991	Prof. Dr. Dirk Schadendorf, Essen Prof. Dr. Ralf Gutzmer, Hannover	www.ado-homepage.de
• AET	2012	Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln	
• AGO		Prof. Dr. Tanja Fehm, Düsseldorf Prof. Dr. Olaf Ortmann, Regensburg Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt, München	www.ago-online.com
• AHMO		Prof. Dr. Andreas Dietz, Leipzig Prof. Dr. Michael Ehrenfeld, München	
• AIO	1976	bis 11/2013: PD Dr. Ullrich Graeven, Mönchengladbach ab 11/2013: Prof. Dr. Volker Heinemann, München bis 11/2013: Prof. Dr. Susanna Hegewisch-Becker, Hamburg ab 11/2013: PD Dr. Helmut Oettle, Berlin	www.aio-portal.de
• AOP		Prof. Dr. Christoph Röcken, Kiel Prof. Dr. Gustavo B. Baretton, Dresden	
• AOT	2012	Prof. Dr. Joachim Schirren, Wiesbaden Prof. Dr. Hans Hoffmann, Heidelberg	
• APM	2010	Prof. Dr. Florian Lordick, Leipzig Dr. Birgitt van Oorschot, Würzburg	
• APO/ GPOH		Prof. Dr. Angelika Eggert, Berlin Prof. Dr. Stefan Rutkowski, Hamburg	www.kinderkrebsinfo.de
• ARO	1987	Prof. Dr. Heinz Schmidberger, Mainz	www.aro-dkg.de
• ASORS		Prof. Dr. Petra Feyer, Berlin Prof. Dr. Hans Helge Bartsch, Freiburg	www.asors.de
• ATO		Prof. Dr. Christian Wittekind, Leipzig Prof. Dr. Stefan P. Mönig, Köln	
• AUO		Prof. Dr. Jürgen Gschwend, München Prof. Dr. Susanne Krege, Krefeld	www.auo-online.de

	GRÜN- DUNG	VORSITZENDER/SPRECHER 2. VORSITZENDER/SPRECHER BZW. STELLVERTRETER	WEBSEITE
• CAO		Prof. Dr. Christoph-Thomas Germer, Würzburg	
• CAO-V		Prof. Dr. Hauke Lang, Mainz	
• KOK	1987	Kerstin Paradies, Hamburg Daniel Wecht, Cölbe Ulrike Ritterbusch, Essen	www.kok-krebsgesellschaft.de
• NOA		Prof. Dr. Walter Stummer, Münster Prof. Dr. Wolfgang Wick, Heidelberg	www.neuroonkologie.de
• OPH	2007	Klaus Meier, Soltau Michael Höckel, Kassel	www.dgop.org
• POA		Prof. Dr. Michael Thomas, Heidelberg Dr. Karl-Matthias Deppermann, Erfurt	
• PRIO		PD Dr. Jutta Hübner, Berlin Prof. Dr. Franz-Josef Protz, Wiesbaden	www.prio-dkg.de
• PSO	1988	Prof. Dr. Susanne Singer, Mainz	www.pso-ag.de



- **ABO** Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie

PROF. DR. JÖRG KOTZERKE

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2013 in der Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie: ▶ die Pressearbeit über die Bedeutung der Bildgebung für die Tumordiagnostik; ▶ die Entwicklung von Empfehlungen für den Einsatz bildgebender Verfahren, beispielsweise für die Befundung multimodaler Bildgebung (PET/CT) für Artdiagnostik und Therapieansprechen; ▶ die Entwicklung und Bewertung neuer lokaler bildgebend gesteuerter interventioneller Verfahren zur Tumorbehandlung; ▶ Vorbereitung des Deutschen Krebskongresses 2014 im Themengebiet der individualisierten bildgeführten Therapie; ▶ Für 2014/2015 ist geplant, eine Veranstaltung gemeinsam mit der International Cancer Imaging Society (ICIS) durchzuführen sowie einen internationalen Workshop zum Thema „Evidenzgenerierung diagnostischer Verfahren“ zu organisieren.

• AET Arbeitsgemeinschaft erbliche Tumorerkrankungen

PROF. DR. RITA SCHMUTZLER

Zu den wichtigsten Projekten der Arbeitsgemeinschaft erbliche Tumorerkrankungen zählten im Berichtsjahr 2013: ▶ Implementierung einer Checkliste zur Erfassung von Frauen mit einer familiären Belastung für Brust- und Eierstockkrebs; ▶ Etablierung einer Arbeitsgruppe Lynch-Syndrom; ▶ Erstellung einer Checkliste zur Erfassung von Menschen mit einer familiären Belastung für familiären Darmkrebs im Rahmen der Arbeitsgruppe Lynch-Syndrom.

Frage: Was war 2013 ein besonders wichtiges Projekt für die AET?

Das war die Gründung der interdisziplinären Arbeitsgruppe Lynch-Syndrom. Sie soll die Versorgung von Menschen mit familiärer Darmkrebsbelastung verbessern und das Thema in den Fokus jener Organkrebszentren rücken, die diese Menschen betreuen.

Was ist daran besonders wichtig?

Das Lynch-Syndrom ist eine autosomal-dominante Erbkrankheit, die verschiedene Organsysteme betreffen kann. Wir haben deshalb die interdisziplinäre Absprache angestoßen, weil wir wollen, dass Lynch-Syndrom-Patienten künftig besser identifiziert und fächerübergreifend betreut werden können. Die Identifikation von Menschen mit familiärer Tumorbelastung wird durch die Errungenschaften in der Krebstherapie und die Zunahme von Langzeitüberlebenden immer wichtiger. Diese Menschen weisen ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Zweittumoren auf, die durch risikoadaptierte Nachsorgekonzepte zu einer deutlichen Überlebensverlängerung führen können.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Entwicklung der AET insgesamt ein?

Das Jahr war sehr wichtig und hat uns in der konzeptionellen Arbeit vorangebracht. Nach der Neustrukturierung der AET im Jahr 2012 haben wir uns 2013 etabliert und viele wichtige Projekte angestoßen. Sie dienen alle dazu, die Compliance von Ratsuchenden, Patienten und Ärzten für eine sektorenübergreifende Versorgung durch spezialisierte interdisziplinäre Zentren in Kooperation mit Organkrebszentren zu erhöhen. Unser Ziel ist es, die Versorgung von Menschen mit familiärer Tumorbelastung zu verbessern. 2013 sind wir wichtige Schritte auf diesem Weg gegangen.

Welche konkreten nächsten Pläne hat die AET?

Wir wollen Checklisten zur Erfassung familiärer Subtypen der häufigsten soliden Tumorentitäten erstellen und unsere Checklisten über die Erhebungsbögen der DKG ins Zertifizierungssystem von Organkrebszentren implementieren. Darüber hinaus wollen wir einen Versorgungsalgorithmus zur sektorenübergreifenden Betreuung von Menschen mit familiärer Tumorbelastung erstellen und eine Empfehlung im Zertifizierungskatalog sowie den S3-Leitlinien erarbeiten. Ein dritter Punkt: Durch Kooperationsverträge wollen wir die Zusammenarbeit zwischen Organkrebszentren und spezialisierten Zentren für familiäre Tumorerkrankungen aufbauen. Das sind spannende Aufgaben, auf die wir uns freuen.

• AGO Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie

PROF. DR. TANJA FEHM, PROF. DR. ANTON SCHARL

Im Fokus der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie stand im Berichtsjahr 2013 unter anderem die Leitlinienarbeit, beispielsweise an der S3-Leitlinie Ovarialkarzinom und an der S2k-Leitlinie Endometriumkarzinom. Zu den wichtigsten Arbeitsergebnissen zählten darüber hinaus: ▶ Therapieempfehlungen der Arbeitsgruppe Mamma der AGO; ▶ Patientenratgeber Mammakarzinom; ▶ State-of-the-Art, Kongress Gynäkologische Onkologie (Berlin); ▶ State-of-the-Art-Meeting Mamma (Frankfurt/Main); ▶ TRAFO-Meeting (Bergisch-Gladbach); ▶ Überarbeitung der Webseite www.ago-online.de; ▶ Einführung der E-Learning-Plattform.

Frage: Was war für die AGO ein besonders wichtiges Ereignis 2013?

Die AGO war in allen Bereichen aktiv und hat erfolgreiche Projekte durchgeführt. Besonders hervorzuheben ist dabei die Erstellung der S3-Leitlinie Ovarialkarzinom.

Was ist daran besonders wichtig?

Die S3-Leitlinie enthält Empfehlungen, die auf der derzeit besten verfügbaren Evidenz beruhen. Die bislang geltende konsensbasierte S2k-Leitlinie wird abgelöst. Da wir wissen, dass eine leitliniengerechte Therapie das Überleben von Patientinnen mit Eierstockkrebs signifikant verbessert, ist die neue Leitlinie so wichtig. Erstmals sind bei der Erarbeitung auch die Fachgesellschaften aus der Schweiz und Österreich einbezogen worden, so dass sich der Geltungsbereich damit ausdehnt.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die AGO ein?

Wir haben mit wichtigen Partnern zusammen große Fortschritte in der Erstellung der Therapieempfehlungen und Leitlinien gemacht. Das ist überaus positiv. Diesen Weg setzen wir fort.

Welche Aufgabe wird die AGO künftige in Angriff nehmen?

Uns liegt die Förderung des gynäkoonkologischen Nachwuchses in Klinik und Forschung sehr am Herzen. Hier sehe ich eine wichtige Aufgabe der AGO in naher Zukunft.

- **AHMO** Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie

PROF. DR. ANDREAS DIETZ

Der im letzten Jahr angekündigte und von der AG Onkologie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO KHT) begleitete Forschungsverbund „Human Papilloma Virus Infection and Oropharyngeal Cancer Consortium“ (HOCC) wurde 2013 beantragt, allerdings nicht bewilligt. Dennoch haben sich hieraus einige Einzelprojekte ergeben, die zu kleineren Forschungsanträgen führten. Zu den wichtigsten Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie zählten darüber hinaus: ▶ März 2013 in Leipzig: Mitwirkung am 3. Workshop zur experimentellen und klinischen Kopf-Hals-Onkologie der AG Onkologie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO KHT); ▶ September 2013: Teilnahme an der ersten europäischen Awareness Week für Kopf-Hals-Tumoren auf Initiative der European Head and Neck Society (EHNS); ▶ finanzielle Unterstützung der multizentrischen klinischen Studie zum supraglottischen Larynxkarzinom, die den Nutzen der transoralen Laserchirurgie näher darstellen soll; ▶ Initiierung der S3-Leitlinie Larynxkarzinom; ▶ Mitarbeit im Zertifizierungsprogramm der DKG und der -kommission des Kopf-Hals-Moduls; ▶ Mitarbeit in der Programmkommission zum Deutschen Krebskongress 2014: Kopf-Hals-Tumoren werden ein Schwerpunktthema des Kongresses.

Frage: Was war 2013 in der Arbeit der AHMO besonders wichtig?

Da ist sicher die erste europäische „Head and Neck Awareness Week“ zu nennen. Sie wurde im September auf Initiative der European Head and Neck Society durchgeführt und richtete sich an die breite Öffentlichkeit, aber auch an Mediziner. Wir waren an dieser Aktionswoche aktiv beteiligt.

Was war daran besonders wichtig?

Wir wollen, dass Menschen sich bewusst mit dem Themenbereich Kopf-Hals-Tumoren auseinandersetzen, vor allem mit Fragen der Früherkennung – das ist ein wichtiger Teil unserer Arbeit. Deshalb hatten wir uns sofort entschlossen, an der europaweiten Aktionswoche teilzunehmen. Die AHMO und die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Kopf-Hals-Tumoren (IAG-KHT) der DKG haben die deutschlandweite Organisation in die Hand genommen. Wir konnten unter anderem 18 Kliniken bzw. Zentren zur Teilnahme an den Patiententagen am 25. September 2013 gewinnen. Es ging um Aufklärung, kostenlose Früherkennungsuntersuchungen und Einblicke in Kopf-Hals-Tumor-Behandlungszentren. Wir haben intensiv mit dem Verband der Kehlkopferoperierten zusammengearbeitet, die spezielle Flyer und Informationsbroschüren hergestellt und verteilt haben. Daneben haben vier Kopf-Hals-Experten an einer Hotline Ärzte beraten, die sich über Feinheiten der Therapie von Kopf-Hals-Tumoren informieren wollten. Flankiert wurde die Aktionswoche durch eigens erstellte Aufklärungsbroschüren und Radiointerviews.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Entwicklung der AHMO ein?

Wir waren sehr aktiv, ob in Zertifizierungsprozessen oder bei der Leitlinienerstellung, in der Weiterbildung und der interdisziplinären Zusammenarbeit. Wir arbeiten immer eng mit anderen Fachgesellschaften zusammen, zum Beispiel mit der AG Onkologie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO KHT) und ebenso in der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Kopf-Hals-Tumoren (IAG-KHT) der DKG. Auch die Zusammenarbeit mit dem Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK) soll unter dem neuen AHMO-Vorsitzenden Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld aus München, der zugleich auch DÖSAK-Vorsitzender ist, intensiviert werden.

Welche Pläne haben Sie weiter für Ihre AG?

Unser jährlicher Workshop zur experimentellen und klinischen Kopf-Hals-Onkologie ist 2013 international geworden – eine sehr gute Entwicklung, die wir fortsetzen werden. Auf dem Deutschen Krebskongress 2014 wird das Thema Kopf-Hals-Tumoren unter anderem mit einer eigenen Plenarsitzung erstmals ein Schwerpunkt sein – auch das bereiten wir intensiv vor. Wir werden auch weiterhin die Bereiche Zertifizierung und Leitlinien aktiv begleiten und den Fachdialog mit anderen Arbeitsgemeinschaften der DKG voranbringen. Und um auf die europäische Awareness Week zurückzukommen: Aus Sicht der AG Onkologie war die Veranstaltung ein Riesenerfolg und soll 2014 wiederholt werden.

An der Kopf-Hals-Expertenhotline während der ersten europäischen „Head and Neck Awareness Week“ im September 2013 (v.l.): Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich, Prof. Dr. Rainer Fietkau, Prof. Dr. Andreas Dietz und Dr. Maren Knödler | Foto © AHMO



• AIO Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie

PROF. DR. VOLKER HEINEMANN

Zu den wichtigsten Ereignissen und Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie zählten im Berichtsjahr 2013: ▶ die Förderung der Arbeitsgruppe Young Medical Oncologist (YMO); ▶ der 10. AIO-Herbstkongress im November 2013, unter anderem mit einem gemeinsamen interdisziplinären Symposium mit der CAO-V der DKG zum Pankreaskarzinom; ▶ die Verleihung des AIO-Wissenschaftspreises; ▶ die Präsentation der AIO-KRK-0306 (FIRE-3) Phase-III-Studie; ▶ die Professionalisierung der Studienarbeit durch die AIO-Studien-gGmbH.

Frage: Was war 2013 das wichtigste Ereignis oder Projekt der AIO?

Ein konkretes Ereignis oder Arbeitsergebnisse hervorzuheben, wird der erfolgreichen Studienarbeit der 22 aktiven AIO-Arbeitsgruppen nicht gerecht. Besonders freuen wir uns jedoch über die hochrangigen Publikationen, die aus den AIO-Studien resultieren: Im Berichtszeitraum waren das 89. Wichtig sind natürlich auch die AIO-Studien selbst. Wir veröffentlichen die aktiven AIO-Studienkurzprotokolle zweimal im Jahr im AIO-Studienhandbuch: Im Jahr 2013 waren unter dem Label der AIO mehr als 80 klinische Studien aktiv.

Woher kommt diese hohe Zahl?

Es ist das Resultat einer vielleicht einmaligen Zusammenarbeit unserer Prüfzentren aus dem ambulanten und stationären Sektor, die bereit sind, in die Sache der AIO und ihre erfolgreiche Studienarbeit zu investieren. Dieser Einsatz hat maßgeblich dazu beigetragen, dass Deutschland heute zu den führenden Ländern in der internistisch-onkologischen Forschung gilt. Wir haben festgestellt – und so berichtete es auch Axel Grothey aus der Mayo Clinic, Minnesota, auf dem AIO-Herbstkongress 2013 –, dass es in den letzten zehn Jahren im Forschungsverhältnis USA / Europa eine Wende gegeben hat: Stammten 2003 noch acht von zehn Highlights zum kolorektalen Karzinom beim ASCO aus den USA, so kamen 2013 neun von zehn aus Europa.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Arbeit der AIO insgesamt ein?

Es war ein sehr erfolgreiches Jahr. Das zeigen auch die Mitgliedszahlen: Mit rund 1.300 Mitgliedern sind wir die mitgliederstärkste wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft der DKG. Das Interesse an der Mitgliedschaft und am interdisziplinären Austausch sind groß. Wir haben 2013 daran gearbeitet, mit der Arbeitsgruppe Young Medical Oncologist – kurz: YMO – verstärkt junge Onkologen einzubinden und deren Interesse an der klinischen Studienarbeit zu fördern. Jüngere Kolleginnen und Kollegen, die bisher noch wenig eigene Erfahrung mit der Durchführung von eigenen Investigator Initiated Trials haben, aber gern Kompetenzen in der klinisch oder translational orientierten Forschung erwerben wollen, werden in dieser Arbeitsgruppe von erfahrenen Experten aus den Reihen der AIO unterstützt. 2013 hat die YMO zwei eigene Projektideen auf den Weg gebracht bzw. umgesetzt.

Welche Aufgaben gehen Sie in der Arbeit der AIO nun weiter an?

Wir werden die AIO-Studien-gmbH weiter konsolidieren und entwickeln und die Interdisziplinarität bei klinischen Studien stärken, indem wir alle übergreifenden und beteiligten Disziplinen einbinden. Außerdem ist die Internationalisierung klinischer Studien eine Aufgabe, die wir in Kooperation mit der DKG und der Deutschen Krebshilfe angehen werden: Durch die molekularpathologische Subspezialisierung haben wir immer kleinere Patientengruppen. Nur mit der Einbindung internationaler Partner können wir die erforderlichen Patientenzahlen für die Studiendurchführung erreichen. Wir wollen außerdem flächendeckende, übergreifende Netzwerke schaffen, die klinische Daten und molekularpathologische Alterationen in gemeinsamen Datenbanken vereinigen. Und nicht zuletzt führen wir die Idee des Forums Young Medical Oncologist (YMO) weiter – das ist ein zukunftsweisendes Modell.

Gut besucht: der 10. AIO-Herbstkongress im November 2013 in Berlin. Foto links: Axel Grothey, US-amerikanischer Onkologe, berichtet auf dem AIO-Herbstkongress von einer deutlich erstarkten europäischen internistisch-onkologischen Forschung | Fotos © www.ro-b.com



• AOP Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie

PROF. DR. CHRISTOPH RÖCKEN

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Ergebnissen in der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie zählten im Berichtsjahr 2013 zum einen die Stellungnahme der AOP und der Deutschen Gesellschaft für Pathologie zur Beteiligung an und Unterstützung von klinischen Studien. Zum anderen arbeitete die AOP zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und dem Berufsverband Deutscher Pathologen im Leitlinienprogramm Onkologie unter anderem an folgenden Leitlinien: ▶ S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren; ▶ S3-Leitlinie Exokrines Pankreaskarzinom; ▶ S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des hepatozellulären Karzinoms; ▶ S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms.

Frage: Was war das wichtigste Projekt der AOP im Jahr 2013?

Wir haben gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie eine Stellungnahme zur Beteiligung an und Unterstützung von klinischen Studien und anderen wissenschaftlichen Untersuchungen veröffentlicht. Es ist ein Grundsatzzpapier für die Arbeit der Pathologen. Die Stellungnahme haben wir auf zwei relevanten und wichtigen Tagungen sowie in der Fachpresse vorgestellt und im Internet veröffentlicht.

Was ist an dieser Stellungnahme so wichtig?

Pathologen können wesentlich zur Qualität und zum Gelingen präklinischer Untersuchungen, klinischer Studien und zur Implementierung der Ergebnisse in der klinisch-pathologischen Diagnostik beitragen. Sie sind dabei Sachwalter des Gewebes, das ihnen zur Verfügung gestellt wird, und sehen sich aktuell einer Reihe von Problemfeldern gegenüber. Besonders die zunehmenden Studienaktivitäten stellen uns vor neue Herausforderungen: Pathologen sind immer stärker gefordert, das ihnen zu klinisch-diagnostischen Zwecken anvertraute Patientengewebe zur Verfügung zu stellen, dabei auch studienbezogene Auskünfte zu geben oder weitere Untersuchungen durchzuführen. Wir haben deshalb die genannte Stellungnahme sowie einen sachlich begründeten und strukturierten Kriterienkatalog erarbeitet. Er dient universitären und außeruniversitären Pathologien und ihren Partnern als Informationsquelle und Entscheidungshilfe für Studien und andere wissenschaftliche Untersuchungen. Es ist aus Sicht der Pathologen ein wichtiger Beitrag für die künftige interdisziplinäre Arbeit in der Onkologie.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Entwicklung der AOP insgesamt ein?

Es war ein erfolgreiches Jahr. Vertreter und Mitglieder der AOP engagierten sich erneut bei zahlreichen Schwerpunktthemen der DKG: molekulare Diagnostik, Biobanking, molekulare Marker als Entscheidungsgrundlage für Therapien, Bedeutung der Pathologie für die Diagnostik hereditärer Tumorerkrankungen, Qualitätssicherung und Referenzbeurteilung und Zusammenarbeit von Klinikern und Pathologie in der Tumordiagnostik.

Was möchten Sie in der AOP weiter verändern?

Da haben wir bereits konkrete Ziele. 2014 wollen wir die Diskussion zur Stellungnahme weiter ausdehnen und einen möglichst breiten Dialog mit zahlreichen Fachgesellschaften führen. Das soll vor allem innerhalb der Sektion B der DKG erfolgen. Außerdem haben wir zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie einen Konzeptvorschlag zur Finanzierung moderner Diagnostik- und Therapieverfahren im Kontext der interdisziplinären Qualitätssicherung erarbeitet. Das wollen wir ebenfalls weiter diskutieren und stärker bekannt machen. Nicht zuletzt hatte die Mitgliederversammlung der AOP beschlossen, dass Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie (DGNN) auch Mitglieder der AOP werden können. Damit öffnet sich unsere Arbeitsgemeinschaft auch für Neuropathologen. Wir freuen uns sehr über den Zuwachs an Fachexperten und Expertise.

• APM Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin

PROF. DR. FLORIAN LORDICK, DR. BIRGITTE VAN OORSCHOT

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin zählen im Berichtsjahr 2013: ▶ Start einer multizentrischen Studie zur Erfassung der Symptombelastung bei Patienten mit inkurabler Krebserkrankung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung; ▶ Start einer multizentrischen Studie zur Erfassung von Über- und Fehlbehandlung am Lebensende; ▶ multiprofessionelle Zusammenstellung von Instrumenten zur Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen bei Patienten mit Krebsdiagnose sowie vor und während der Behandlung der Erkrankung; ▶ Mitwirken an den wissenschaftlichen Arbeitstagen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, April 2013 in Erlangen; ▶ Mitwirken am 3. ASORS-Jahreskongress Supportive Therapie und Rehabilitation bei Krebs, State of the Art 2013, April 2013 in Berlin; ▶ Mitwirken am 23. Deutschen Hautkrebskongress der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO), September 2013 in Essen; ▶ Beteiligung an der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, einer Initiative der Bundesärztekammer, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; ▶ Mitwirkung an mehreren S3-Leitlinienprozessen, unter anderem Palliativmedizin, Supportivtherapie und Nierenzellkarzinom.

Frage: Welches Projekt oder welches Ereignis war 2013 am wichtigsten in der Arbeit der APM? Ein besonders wichtiges Projekt war die Erarbeitung von Kriterien zur Über- und Fehlbehandlung am Lebensende und deren Erfassung in onkologischen Behandlungsstrukturen.

Warum war das notwendig? Erst jüngst wurde eine wichtige Studie hochrangig publiziert. Sie zeigt, dass Überbehandlung am Lebensende zu schwerwiegenden negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und den Ort des Sterbens führt. Wir befinden uns in folgendem Spannungsfeld: Die Hochleistungsmedizin macht heute eine effektive und langwährende Kontrolle onkologischer Erkrankungen möglich. Andererseits verführt sie Ärzte wie Betroffene dazu, nicht immer zum richtigen Zeitpunkt eine Entscheidung zu treffen für eine rein symptomorientierte und palliativmedizinisch ausgerichtete Versorgung. Es war dringend geboten, nicht nur darauf hinzuweisen, sondern auch messbare Kriterien zu definieren und zu veröffentlichen, an welchem Punkt die Über- und Fehlbehandlung am Lebensende beginnt. Für unsere Arbeit ist das sehr wichtig.

Wie schätzen Sie darüber hinaus das Jahr 2013 für die Entwicklung und den Fortschritt der APM ein?

Bedingt durch die zahlreichen Aktivitäten und wichtigen Themen, an denen wir arbeiteten, hat uns das Jahr 2013 enger zusammengeführt. Die Gruppe ist multiprofessionell aufgestellt, bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Psychologen, Angehörigen des Gesundheitswesens, Kunsttherapeuten und weiteren Professionen. Das gibt uns die Stärke, über rein medizinisch-wissenschaftliche Inhalte hinausgehend Themen und Programme vorzudenken und zu entwickeln.

Wie geht es weiter? Was möchten Sie in der APM weiter verändern?

Wir wollen uns 2014 weiter professionalisieren, so dass wir unsere wissenschaftlichen Projekte auf eine organisatorisch tragfähige Plattform stellen können, beispielsweise mit einem Projekt- und Datenmanagement. Das ist notwendig, wenn wir mit unseren Studien ein international konkurrenzfähiges Niveau erreichen wollen. Nur so werden wir innerhalb der Onkologie wichtige Fragen beantworten und Zielrichtungen vorgeben können. Und nicht weniger als das ist unser Ziel.

• AUO Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie

PROF. DR. JÜRGEN GSCHWEND

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Projekten zählen für die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie im Berichtsjahr 2013: ▶ Aus-, Fort- und Weiterbildung in urologischer Onkologie sowie GCP- / AMG-Studiendurchführung, insbesondere die Durchführung der Kurse zur Verbesserung der onkologischen Expertise unter Urologen – die gemeinsam mit dem Arbeitskreis Onkologie (AKO) der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) organisiert werden; ▶ Entwicklung von uro-onkologischen Leitlinien, konkret: Federführung bei den S3-Leitlinien Blasenkarzinom und Nierenzellkarzinom; ▶ Kooperation mit nationalen und internationalen Gruppen, Networking, Publikationen, Pressearbeit; ▶ die Initiierung und Leitung der interdisziplinären Zusammenarbeit für die uro-onkologischen Indikationsgebiete; ▶ Entwicklung von eigenen Studienprotokollen; ▶ Unterstützung von Studienprotokollen der Pharmaindustrie und von Kooperationspartnern; ▶ Evaluierung von geeigneten Studienzentren.

Frage: Was war 2013 ein besonders wichtiges Projekt für die AUO?

Das war die Arbeit an den S3-Leitlinien für das Blasenkarzinom und für das Nierenzellkarzinom. Beide Projekte konnten 2013 deutlich vorangebracht werden. Wir sind zuversichtlich, dass beide Leitlinien wie geplant 2015 publiziert werden können. Die interdisziplinären Arbeitsgruppen Nierentumoren (IAG-N) und BlasenCarcinom (IABC) der DKG, die auch auf Initiative der AUO gegründet worden waren, sind jeweils in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie die federführenden Fachgesellschaften.

Was ist an den Leitlinien besonders wichtig?

Leitlinien werden im Alltag der onkologischen Versorgung dringend benötigt. Dass die AUO so stark in die Entwicklung uro-onkologischer Leitlinien eingebunden ist, sorgt dafür, dass die spezifische Expertise auf diesem Gebiet direkt und maßgeblich in die Leitlinien einfließt.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Entwicklung der AUO ein?

Die Leitlinienentwicklung war ein wichtiger Meilenstein für uns. Daneben haben wir jedoch auch einige Weichen gestellt, die Arbeit der AUO besser auszurichten und moderner zu führen. Diese Dinge müssen nun umgesetzt werden, hierüber werden wir sicher im nächsten Jahr mehr sagen können.

Was sind die nächsten Ziele?

Wir arbeiten derzeit an der Verbesserung der Außendarstellung und an einer engeren Verzahnung mit potenziellen Partnern und Studiensponsoren. Auch der Kurzbegutachtungsprozess für eingereichte Studien wird derzeit modernisiert.

• CAO Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie

PROF. DR. ARNULF HÖLSCHER

Frage: Was war 2013 für die CAO ein besonders wichtiges Ereignis oder Projekt?

Im Zentrum unserer Aktivitäten stand 2013 die weitere Arbeit an der S3-Leitlinie Ösophaguskarzinom, die thematisch die gesamte Bandbreite von der Prävention bis zur Palliation abdeckt. In allen Arbeitsgruppen – es waren vier – brachte die CAO als Arbeitsgemeinschaft der DKG und als Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie die chirurgische Perspektive in die Leitlinie ein.

Was ist an der Leitlinie besonders wichtig?

Es ist von besonderer Bedeutung, dass eine S3-Leitlinie für den Speiseröhrenkrebs vorliegt. Die Leitlinie sollte eine Standardisierung der Diagnostik und Therapie herbeiführen – vor allem in Zentren mit großen Fallzahlen. Denn dort sollte die Behandlung von Speiseröhrenkrebs erfolgen, und zwar entsprechend der Leitlinie.

Was möchten Sie in der CAO weiter erreichen?

Wir planen, die S3-Leitlinie Ösophaguskarzinom Ende 2014 fertigzustellen. Die weitere Arbeit sieht eine neue Konsensuskonferenz im Mai 2014 vor. Vorher werden alle Mitglieder der S3-Leitlinie die Empfehlungen bewerten. Jede Empfehlung und jedes Statement wird mit einem Evidenzgrad versehen. Nach dieser Konsensusitzung wird der Hintergrundtext durch die einzelnen Arbeitsgruppen erstellt.

• OPH Onkologische Pharmazie

DR. KARLA DOMAGK

Die Unterstützung von Apothekerinnen und Apothekern bei der pharmazeutischen Betreuung von Krebspatienten stand 2013 im Fokus der Arbeitsgemeinschaft Onkologisch Pharmazie. Dazu wurde die Initiative der Deutschen Gesellschaft für Onkologische Pharmazie (DGOH) „Orale Krebstherapie – sicher und effektiv durch gemeinsame Beratung“ fortgeführt. Zu den weiteren wichtig Aktivitäten und Ergebnissen in der Arbeit der OPH zählten im Berichtsjahr 2013: ▶ die Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS) der DKG, unter anderem mit einem gemeinsamen Workshop auf dem 21. Pharmazeutisch-onkologischen Fachkongress NZW in Hamburg im Januar 2013; ▶ die Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) der DKG, unter anderem mit einem gemeinsamen Symposium auf dem 21. Pharmazeutisch-onkologischen Fachkongress NZW in Hamburg im Januar 2013 zum Thema „Sicherer Umgang mit Zytostatika im multiprofessionellen Team“; ▶ die Gründung der FortbildungsAkademie „Onkologische Pharmazie“; ▶ die Unterstützung mehrerer pharmazeutisch-onkologischer Fachkongresse.

Frage: Was war 2013 das wichtigste Projekt oder Ereignis für die OPH?

Das war die bundesweite Initiative „Orale Krebstherapie – sicher und effektiv durch gemeinsame Beratung“. Damit wollen wir die pharmazeutische Betreuung verbessern und die Lebensqualität onkologischer Patienten erhöhen.

Warum ist diese Initiative so wichtig?

Wir bieten Beratungshilfen für öffentliche Apothekerinnen und Apotheker in Form von Schulungen und einer spezifischen Oralia-Datenbank an. Wir haben in der oralen Krebstherapie die Situation, dass sich Patient und Arzt erheblich weniger sehen als in der parenteralen Therapie. Der Patient hat also eine deutlich größere Verantwortung in der Therapie, und die Adhärenz ist noch wichtiger, gleichzeitig aber gefährdeter als in der parenteralen Krebstherapie. Der Kontakt zum Apotheker bietet daher eine wertvolle zusätzliche heilberufliche Begegnung, die genutzt werden muss. Hier lässt sich die Beratung durch den Arzt verstärken und die Adhärenz des Patienten erhöhen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 insgesamt für die Arbeit der OPH ein?

Im Fokus stand die beschriebene Initiative, dabei sind wir sehr gut vorangekommen. Zum einen haben wir die Infrastruktur für Schulungen vorbereitet und damit begonnen, ein Netzwerk von Referenten und Institutionen aufzubauen und mit regelmäßigen Newslettern zu informieren. Zum zweiten begannen wir, die Datenbank zu aktualisieren und zu verstetigen. Dafür wurde eine Gruppe von „Monografie-Paten“ eingerichtet – sie verantwortet die Aktualität der Datenbank. Und nicht zuletzt haben wir intensiv daran gearbeitet, die Initiative intern und extern bekannter zu machen: mit einem Poster, einem neuen Informationsflyer, Oralia-Veranstaltungen beim NZW und beim NZW-Süd sowie Artikeln in der Fachpresse. Und es fand ein Expertenmeeting mit den Kollegen der österreichischen Schwesterorganisation ASOP zur Bestimmung von Schnittstellen statt.

Welche Aufgaben geht die OPH als nächstes an?

Es gibt in der Initiative „Orale Krebstherapie“ noch viel zu tun. Wir möchten die Vernetzung weiter ausbauen und Informationsflüsse verbessern, die Schulungen in weiteren Regionen etablieren und die Oralia-Veranstaltungen zu einem festen Bestandteil der NZWs machen. Um die Handhabung der Datenbank zu verbessern, wollen wir eine Nutzerbefragung durchführen. Und natürlich wollen wir die Initiative sowohl national als auch international noch bekannter machen.

• POA Pneumologisch-onkologische Arbeitsgemeinschaft

PROF. DR. MICHAEL THOMAS

Zu den wichtigsten Aktivitäten der Pneumologisch-onkologischen Arbeitsgemeinschaft zählten im Berichtsjahr 2013: ▶ die Veröffentlichung „Positionspapier zur Verbesserung der onkologischen Versorgung krebskranker Patienten mittels personalisierter Tumormedizin“ gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie; ▶ die Weiterentwicklung des Interdisziplinären Netzwerks Thoraxonkologie (INT) ▶ das 5. Februarsymposium Thoraxonkologie; ▶ die Mitwirkung an der Programmerstellung und an der inhaltlichen Organisation von Sitzungen zum Deutschen Krebskongress 2014 im Themenfeld Thoraxonkologie.

Frage: Was war 2013 aus Sicht der POA am bedeutendsten?

Da kann man einige Aspekte nennen. Mir persönlich liegt die weitere Entwicklung des Interdisziplinären Netzwerks Thoraxonkologie – kurz: INT – am Herzen. Das ist 2013 geglückt.

Was ist daran so wichtig?

Es geht um den interdisziplinären Austausch, der in unserer Arbeit unabdingbar ist. Das INT findet zweimal jährlich in Form eines halbtägigen Meetings statt und richtet sich besonders an den klinischen Mittelbau. Themen, die wir bislang aufgegriffen haben, waren unter anderem: Versorgungsstrukturgesetz und dessen Bedeutung für die Thoraxonkologie; Krebsinformationsdienst in der Thoraxonkologie, also das Angebot für Bevölkerung und Fachkreise, sowie Shift stationär / ambulant im Kontext des § 116b SGB V. Wir haben aber auch über Konzepte der Ernährung beim Lungenkarzinom diskutiert, über den Stellenwert der frühen palliativen Führung oder über molekulare Diversifikation beim Lungenkarzinom. Für die POA und alle Kolleginnen und Kollegen, die auf dem Feld der Thoraxonkologie aktiv sind, ist das INT eine hervorragende Gelegenheit zum kompakten und praxisnahen Austausch.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Entwicklung der POA ein?

Die POA war sehr erfolgreich. Beispielsweise konnten wir mit dem „Positionspapier zur Verbesserung der onkologischen Versorgung krebskranker Patienten mittels personalisierter Tumormedizin“ gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie einen Diskussionsprozess in der DKG anstoßen. Wir wollten damit die Notwendigkeiten der molekularen Diagnostik in der Onkologie generell im Kontext der Gesundheitspolitik adressieren. Das ist gelungen.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter vorantreiben?

Wir haben eine Reihe sehr guter Initiativen und Projekte in der POA, zum Beispiel unser jährliches Februarsymposium Thoraxonkologie. Es fand 2013 zum fünften Mal statt und wird von uns und drei weiteren DKG-Arbeitsgemeinschaften sowie der Deutschen Gesellschaft für Pathologie organisiert. Das Februarsymposium bietet einen unkomplizierten, lebendigen und kompetenten Austausch auf hohem Niveau. Dieses Format wollen wir künftig weiter pflegen und an der ein oder anderen Stelle noch verbessern und anpassen.

• PRIO Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie

PD JUTTA HÜBNER, PROF. FRANZ-JOSEF PROTT, PROF. KAREN STEINDORF, PROF. KARSTEN MÜNSTEDT

Zu den wichtigsten Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie zählten im Berichtsjahr 2013: ▶ der Workshop der AG Körperliche Aktivität in Frankfurt/Main; ▶ der Beginn der Zertifikatsfortbildung Integrative Onkologie; ▶ die Etablierung der AG Ernährung; ▶ die Einreichung des Hauptantrags für eine S3-Leitlinie Komplementäre Medizin.

Frage: Was war 2013 das wichtigste Projekt für die PRIO?

Die PRIO hat ein Zertifikat Integrative Onkologie konzipiert. Es umfasst die Themengebiete Prävention, Ernährung, körperliche Aktivität und komplementäre Medizin in Form von vier Seminaren, einer Abschlussprüfung und kontinuierlicher Fortbildung.

Was ist an dieser Fortbildung das Besondere?

Es handelt sich um das erste deutsche Angebot einer wissenschaftlichen Fortbildung auf diesem Gebiet. Es soll Ärzte, Kliniken und Praxen unterstützen, angesichts der hohen Patientennachfrage evidenzbasierte Beratungen durchzuführen. Die Teilnehmer profitieren von einem breiten Angebot an Fortbildungsinhalten, das durch Materialien ergänzt wird, die die eigene Beratungstätigkeit unterstützen. Die Fortbildung wird in Kooperation mit anderen DKG-Arbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften durchgeführt. Experten begleiten die Teilnehmer während und nach der Ausbildung und sind für besondere Fragen kurzfristig erreichbar. Um eine nachhaltige wissenschaftliche Orientierung zu gewährleisten, soll das Zertifikat regelmäßig aktualisiert werden.

Wie schätzen darüber hinaus das Jahr 2013 für die Entwicklung der PRIO ein?

2013 zeichnete sich durch eine positive Entwicklung insbesondere der AG Körperliche Aktivität aus, in der viele, vor allem junge Wissenschaftler an gemeinsamen Projekten arbeiten. Des Weiteren konnten wir in der AG Komplementäre Medizin (AG KAM) und der AG Ernährung Projekte in Kooperation mit verschiedenen Selbsthilfegruppen initiieren bzw. durchführen. Diese Kooperationen sind für beide Seiten eine Herausforderung, aber auch eine Bereicherung. Sie unterstützen das Ziel der PRIO, sich in ihrer Arbeit auf die Patientenperspektive zu fokussieren. Dagegen stellt die über 2-jährige Verzögerung des Verfahrens zur S3-Leitlinie Komplementäre Medizin ein deutliches Handicap für die AG KAM dar.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter erreichen?

Wir arbeiten sehr gut zusammen und nehmen Schritt für Schritt neue Themen und Bereiche in Angriff oder vertiefen die bestehenden Projektschwerpunkte. Beispielsweise werden wir eine eigene AG Prävention etablieren. Für die neue AG Ernährung ist nun ein Konzept für die Durchführung klinischer Studien erforderlich. Das sind unsere nächsten Aufgaben, die wir gemeinsam angehen.

• PSO Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie

PROF. DR. SUSANNE SINGER

Die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie war im Berichtszeitraum 2013 in vielen Bereichen aktiv: bei der Entwicklung und Aktualisierung von Leitlinien, in Zertifizierungsprozessen, bei Forschungsprojekten, in der Fort- und Weiterbildung sowie in der politischen Arbeit: ▶ Mitarbeit an der Entwicklung bzw. Aktualisierung von 20 interdisziplinären S2- und S3-Leitlinien; ▶ Fertigstellung der S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten; ▶ Mitwirkung an der Erstellung und Überarbeitung der Erhebungsbögen und Kennzahlen für den Bereich Psychoonkologie für Darm-, Lungen-, Brust-, Prostata-, gynäkologische Zentren und Hautkrebszentren sowie für die Module Pankreaskarzinom, Kopf-Hals-Tumoren und neuroonkologische Tumoren und für Onkologische Zentren; ▶ Durchführung multizentrischer Interventionsstudien und Forschungsprojekte zu rehabilitationswissenschaftlichen Fragestellungen; ▶ Entwicklung und Aktualisierung von Fragebögen zur Lebensqualität im Rahmen der EORTC Quality of Life Group: 2013 beispielsweise Arbeit an Fragebögen zur Messung von Fatigue und zur Lebensqualität bei Schilddrüsenkrebspatienten sowie Kopf-Hals-Tumorpatienten; ▶ Fortführung des Weiterbildungsprogramms Psychoonkologie zusammen mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (dapo) sowie Begutachtung der Curricula anderer Anbieter; ▶ Prüfung von Einzelfallanträgen für die Tätigkeit als Psychoonkologe in Organkrebszentren und Onkologischen Zentren; ▶ Stellungnahme an den G-BA zum § 116b SGB V zur Regelung psychoonkologischer Leistungen in Krankenhausambulanzen.

Frage: Was war das bedeutendste Arbeitsergebnis 2013 für die PSO?

Das war die Fertigstellung der S3-Leitlinie Psychoonkologie. Sie zeigt, dass und wie professionelle psychosoziale Unterstützung hilft, eine Krebserkrankung zu verarbeiten und psychische Probleme zu reduzieren. Die Leitlinie wurde in Zusammenarbeit mit mehr als 50 Fachgesellschaften erstellt.

Was ist an der Leitlinie besonders bedeutsam?

Es gibt drei grundlegende Schlussfolgerungen aus der Leitlinie. Erstens: Psychoonkologische Leistungen sind effektiv. Zweitens: Psychische und soziale Belastungen müssen sorgfältig, frühzeitig und wiederholt erfasst werden. Und drittens: Für die Erfassung dieser Belastungen stehen validierte Instrumente zur Verfügung.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 insgesamt für die PSO ein?

2013 war ein sehr erfolgreiches Jahr. Wir begingen unser 25-jähriges Jubiläum, unter anderem mit einer dreitägigen Tagung, und haben eine Festschrift herausgegeben. Darüber hinaus haben wir 2013 unsere Webseite www.pso-ag.de einem Relaunch unterzogen. Die Mitgliederzahlen der PSO steigen stetig an. Aktuell haben wir mehr als 350 Mitglieder. Das zeigt uns, dass unsere Arbeit von vielen Menschen als wichtig und unterstützenswert angesehen wird.

Was sind die wichtigsten Aufgaben, die nun vor der PSO stehen?

Der Nationale Krebsplan der Bundesrepublik Deutschland fordert, dass alle Krebspatienten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich erhalten sollen. Daran arbeiten wir. Um dieses Ziel zu erreichen, sind mehrere Schritte notwendig: Wir müssen zum einen sicherstellen, dass die psychische Belastung bei den Patienten rechtzeitig erkannt werden kann. Zum zweiten muss es ausreichend Versorgungsangebote geben. Drittens: Diese Angebote müssen professionell, qualitätsgesichert und gut erreichbar sein. Und viertens: Die Versorgung muss angemessen vergütet werden. Wir brauchen dringend eine geregelte und zuverlässige Vergütung psychoonkologischer Leistungen im stationären und ambulanten Bereich. Für die PSO ist das eines der wichtigsten Ziele für die nahe Zukunft.

Festschrift der PSO zum 25-jährigen Bestehen der Arbeitsgemeinschaft in der DKG / Foto © DKG

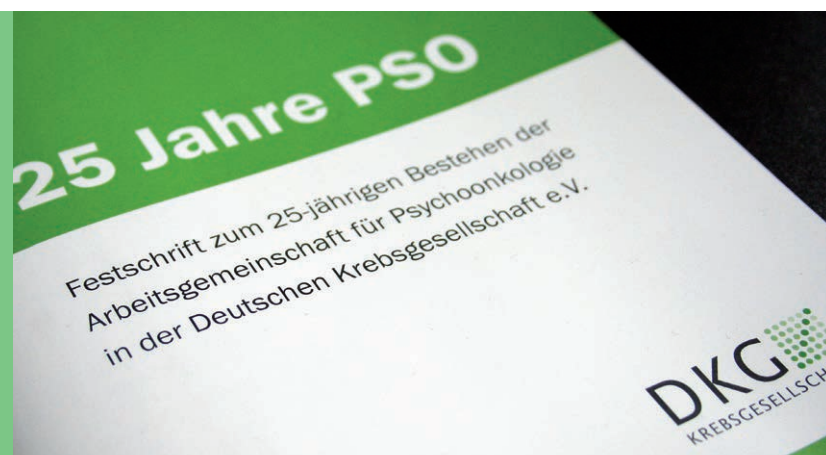
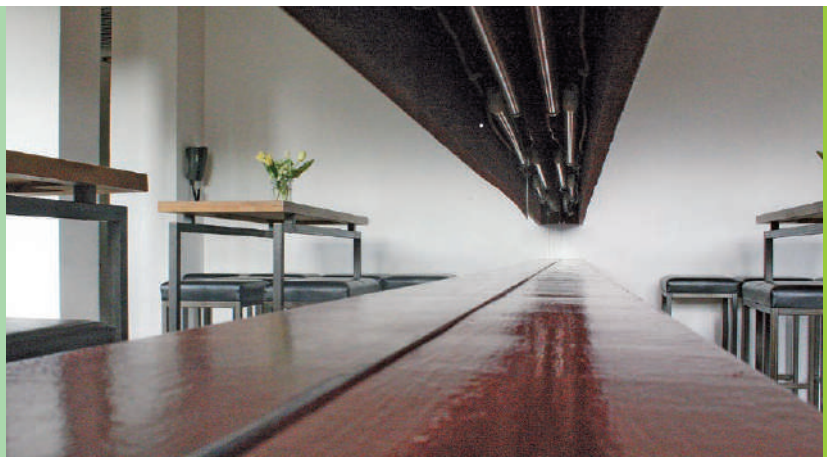


Foto © DKG



Interdisziplinäre Studiengruppen der DKG

	ARBEITSGRUPPE	VORSITZ
• GTCSG	German Testicular Cancer Study Group Interdisziplinäre deutschsprachige Arbeitsgruppe Hodentumoren	Prof. Dr. Susanne Krege (AUO), Krefeld Prof. Dr. Carsten Bokemeyer (AIO), Hamburg Prof. Dr. Rainer Souchon (ARO), Tübingen
• IABC	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom	Prof. Dr. Margitta Retz, München Prof. Dr. Peter Albers, Düsseldorf
• IAG-N	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Nierentumoren	Prof. Dr. Thomas Steiner, Erfurt Prof. Dr. Lothar Bergmann, Frankfurt/Main
• IAH	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hyperthermie	Prof. Dr. Rolf D. Issels, München Prof. Dr. Rainer Fietkau, Erlangen PD Dr. Rüdiger Wessalowski, Düsseldorf
• IAG-KHT	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren	Prof. Dr. Rainer Fietkau, Erlangen Prof. Dr. Andreas Dietz, Leipzig
• IAWS	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Weichteilsarkome	Prof. Dr. Jörg Thomas Hartmann, Bielefeld Dr. Per-Ulf Tunn, Berlin

• GTCSG Interdisziplinäre deutschsprachige Arbeitsgruppe Hodentumoren

PROF. DR. CARSTEN BOKEMEYER

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Projekten der Interdisziplinären deutschsprachigen Arbeitsgruppe Hodentumoren im Berichtsjahr 2013 zählen: ▶ Arbeitsgruppentreffen im Mai 2013: Diskussion laufender Projekte und Analysen, die Möglichkeit einer Kooperation mit der pädiatrischen Studiengruppe MAKEI, mögliche zukünftige Projekte im Bereich der Grundlagenforschung und die Erfahrungen aus dem „Zweitmeinungszentrum Hodentumor“; ▶ Abschluss und Auswertung des Registers für Patienten mit Rezidiv nach Cisplatin-basierter Chemotherapie; Präsentation auf den ASCO- und DGHO-Tagungen 2013; ▶ Koordination und Auswertung der beiden internationalen Register für Patienten mit ZNS- und Knochen-Metastasen: Präsentation beider Analysen wurde für den ASCO 2014 eingereicht; ▶ Fortsetzung der Phase-II-Studie zum Einsatz von Everolimus bei Patienten mit cisplatinrefraktärer Erkrankung oder multiplen Rezidiven (nach Hochdosistherapie); Rekrutierungsziel Ende 2013 wurde erreicht: Präsentation der Ergebnisse ist ebenfalls für den ASCO 2014 eingereicht. ▶ Initiierung einer multizentrischen Phase-II-Studie in der Schweiz (2012) und Deutschland (2013) für Patienten mit Seminom im Stadium IIA/B (Therapie mit einem Zyklus Carboplatin in einer Dosierung von AUC 7, gefolgt von einer Bestrahlung der initialen Tumormanifestation im Sinne eines „involved node“); ▶ Fortführung der drei Register für Leydig-Zell-Tumoren für Patienten mit primärer „poor risk“-Erkrankung nach IGCCCG, zur konventionell und hochdosierten Chemotherapie und zur GOP-Chemotherapie bei Patienten mit refraktärer und mehrfach rezidivierter Erkrankung; ▶ 16 pubmed-gelistete Vollpublikationen mit Beteiligung von Mitgliedern der AG; ▶ Organisation und Durchführung der Europäischen Konsensus-Konferenz, Veröffentlichung der Ergebnisse mit 22 Ko-Autoren aus der deutschsprachigen AG.

Frage: Was ist für Sie das wichtigste Ergebnis 2013?

Die Arbeitsgruppe hat sich in ihrer Interdisziplinarität aus Urologen, internistischen Onkologen, Strahlentherapeuten und Pathologen 2013 weiter konsolidiert.

Was ist daran besonders wichtig?

Diese Arbeitsgruppe lebt die interdisziplinäre, fächerübergreifende Zusammenarbeit.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Arbeitsgruppe ein?

Sehr erfolgreich. Aus der interdisziplinären Zusammenarbeit heraus entstanden zahlreiche wissenschaftlich hochwertige Publikationen und Beiträge zu den Tagungen DGHO und ASCO. Insgesamt gab es 16 pubmed-gelistete Vollpublikationen mit Beteiligung von Mitgliedern unserer Arbeitsgemeinschaft.

Welche Aufgaben gehen Sie als nächstes an?

Da die Europäische Konsensus-Konferenz 2013 sehr erfolgreich war und an der Veröffentlichung der Ergebnisse 22 Ko-Autoren aus unserer AG beteiligt waren, wollen wir dieses Meeting zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren 2015 erneut organisieren und durchführen.

• IABC Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom

PROF. DR. MARGITTA RETZ

Leitlinien und Studien standen 2013 im Fokus der Arbeit der Interdisziplinären Arbeitsgruppe BlasenCarcinom. Zu den wichtigsten Aktivitäten zählten im Berichtsjahr 2013: ▶ die Initiierung und Entwicklung der S3-Leitlinie Blasenkarzinom in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie; ▶ die Entwicklung von IIT-Studienprotokollen: Förderantrag bei der Deutschen Krebshilfe im November 2013 für eine prospektive, einarmige, multizentrische Phase-II-Studie zur Erhebung von Sicherheit und Wirksamkeit einer präoperativen Radiochemotherapie gefolgt von radikaler Cystektomie beim lokal fortgeschrittenen Harnblasenkarzinom (RACE Studie); ▶ die Fort- und Weiterbildung zum Thema Harnblasenkarzinom: Übersichts- und Lehrartikel zum Thema „Update Chemotherapie Blasenkarzinom“ in der Zeitschrift „Aktuelle Urologie“; ▶ die Unterstützung und Beratung von internationalen Studienprotokollen aus der Pharmaindustrie. Durch die IABC konnten neue internationale Studienprotokolle auch nach Deutschland transferiert werden.

Frage: Was war 2013 für die IABC ein besonders wichtiges Projekt? Das war die Bewilligung des Hauptantrages für die S3-Leitlinie Blasenkarzinom. Durch den interdisziplinären Zusammenschluss als IABC-Gruppe, bestehend aus Urologen, Onkologen, Pathologen, Radioonkologen und translationalem Forscherteam, war es überhaupt erst möglich, einen S3-Leitlinienantrag beim Leitlinienprogramm Onkologie zu stellen. Im November 2013 hat dann bereits die erste Konsensuskonferenz mit 55 aktiven Arbeitsgruppenmitgliedern stattgefunden, die zweite ist für den Herbst 2014 geplant. Ich denke, die Leitlinie kann 2015 fertiggestellt und publiziert werden.

Was ist an der Leitlinie besonders wichtig? Die S3-Leitlinie bietet die wichtigste Basis für die medizinische und praktische onkologische Versorgung. Bisher gehörte das Blasenkarzinom in Deutschland zu den verwaisten Tumorentitäten mit geringen Qualitätsstandards. Wir erhoffen uns von der neuen S3-Leitlinie, dass sie ein Meilenstein für die qualitativ hochwertige Versorgung von Blasenkarzinompatienten wird.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 insgesamt ein? Primäres Ziel war die S3-Leitlinie Blasenkarzinom. Die IABC wurde erst vor drei Jahren gegründet und hat bereits jetzt politisch und medizinisch wichtige interdisziplinäre Aktivitäten umgesetzt. Daran arbeiten wir weiter.

Was möchten Sie in der IABC weiter verändern? Die IABC wird in Zukunft ihre Aktivitäten in der Öffentlichkeitsarbeit durch Vorträge, Publikationen und Pressemitteilungen ausbauen. Darüber hinaus wollen wir unseren Fokus stärker darauf richten, nationale prospektive, multizentrische, interdisziplinäre IIT-Studien des Blasenkarzinoms zu initiieren.

• IAH Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hyperthermie

PROF. DR. ROLF ISSELS

Besonders im wissenschaftlichen Bereich kann die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hyperthermie wichtige Erfolge verzeichnen. Zu den wichtigsten Projekten und Aktivitäten zählten im Berichtsjahr 2013: ▶ vier Arbeitskreissitzungen der IAH in Atzelsberg/Erlangen mit jeweils 30 – 40 Teilnehmern; ▶ das Erreichen des 1. Studienziels (Toxicity/Machbarkeit) in der HYREC-Studie (Rektumkarzinomstudie, Phase I/II); die Studie ist nun als Phase II offen für die Rekrutierung; ▶ die HEAT-Studie (Pankreaskarzinom adjuvant randomisierte Phase III). Diese Studie ist seit 2013 mit neun rekrutierenden Zentren offen; ▶ ESHO Preis 2013 (European Society for Hyperthermic Oncology) an PD Dr. R. Wessalowski, Düsseldorf.

Frage: Was war 2013 das wichtigste Ereignis für die IAH?

Das war vor allem ein Erfolg im wissenschaftlichen Bereich: Die neuen Therapieergebnisse für nicht-testikuläre, maligne Keimzelltumoren (MGCT) der Kinder und jugendlichen Erwachsenen im Chemotherapie-refraktären Stadium oder vorbehandeltem Rezidiv mit der Kombination PEI (Cisplatin, Etoposid, Ifosfamid) und regionaler Hyperthermie sind für diese Tumorentität im internationalen Vergleich bahnbrechend (The Lancet oncology 2013).

Was ist daran besonders wichtig?

Die Ergebnisse zeigen ein hohes Langzeitüberleben für eine prognostisch sehr ungünstige Patientengruppe und haben dazu geführt, diese standardisierte Therapieoption auch in die Guidelines des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) zu übernehmen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 insgesamt für die IAH ein?

Es war ein erfolgreiches Jahr. Wir haben regelmäßige Arbeitskreissitzungen durchgeführt, an denen die wichtigsten Hyperthermiezentren in Deutschland teilgenommen haben. Die IAH ist zu einer repräsentativen Plattform der wissenschaftlich fundierten Hyperthermie an akademischen Zentren im Bereich Klinik und Forschung aufgerückt.

Was möchten Sie in der IAH weiter voranbringen?

Neben einer erweiterten Studienkooperation der Zentren sollten künftig auch translationale Forschungsfragen im Rahmen gemeinsamer randomisierter klinischer Studien geprüft werden. Die Definition von prognostischen oder prädiktiven Faktoren bei Patienten, die speziell von einem thermosensitivierenden Effekt der Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie oder Radiotherapie profitieren, wäre von großer Bedeutung. Daran wollen wir arbeiten.

- **IAG-KHT Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren**

PROF. DR. RAINER FIETKAU

Zu den wichtigsten Projekten und Aktivitäten der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren zählten im Berichtsjahr 2013: ▶ 1 Treffen der Arbeitsgruppe (Lübeck, Juli 2013); ▶ gegenseitige Information über geplante, laufende, abgeschlossene Studien; ▶ Vorbereitung des Deutschen Krebskongresses; ▶ Planung gemeinsamer Studien.

Frage: Was war das wichtigste Ereignis 2013 für die Arbeitsgemeinschaft?

Das war die gemeinsame Arbeitstagung in Lübeck am 19. Juli 2013.

Was war daran besonders wichtig?

Es war eine hervorragende Gelegenheit, über die Entwicklung gemeinsamer Studien zu diskutieren.

Wie schätzen Sie das Jahr 2013 für die Arbeit Ihrer IAG ein?

Das Jahr war insofern erfolgreich, als dass wir als Koordinator eine gemeinsame Studie aufbauen konnten.

Was sind die kommenden Aufgaben für die IAG-KHT?

Wir werden uns darauf konzentrieren, vermehrt gemeinsame Studien zu planen.

SEKTION C

Die Sektion C: Mitgliederentwicklung, Sektionssitzungen, Diskussionsthemen

DR. FRANZ AMEISMEIER, DR. ERICH ENGHOFFER

Die Mitgliederzahl der Sektion C ist weiter gewachsen. Ende 2013 waren Repräsentanten von 34 forschenden Pharmaunternehmen und Verlagen fördernde Mitglieder der DKG. Sie treffen sich regelmäßig dreimal im Jahr. Sektionssitzungen fanden 2013 am 11. März, 10. Juni und 4. November statt. Die Sitzungen sind eine wichtige Plattform für den Austausch von Informationen rund um die onkologische Forschung und Versorgung, insbesondere vor dem Hintergrund pharmapolitisch bedeutsamer Entwicklungen. Seit 2008 nimmt der Generalsekretär Dr. Johannes Bruns an den Sitzungen teil, um über die Aktivitäten der Geschäftsstelle sowie des Vorstandes zu berichten und die wesentlichen Entwicklungen in der DKG zu erläutern. Dazu zählte 2013 die vertragliche Zusammenarbeit zwischen der DKG und der Deutschen Krebshilfe bei diversen Projekten, unter anderem bei der Durchführung des Deutschen Krebskongresses 2014. Eine

Reihe zentraler Diskussionsthemen beherrschte das vergangene Jahr. Die neu gewählte Bundesregierung hat noch Ende 2013 folgende Beschlüsse gefasst, die diskutiert wurden:

- ▶ Der Bestandsmarkt wird nicht aufgerufen.
- ▶ Der Zwangsabschlag für patentgeschützte Arzneimittel-Innovationen wird von 16 auf 7 Prozent gesenkt.
- ▶ Am Preismoratorium wird weiter festgehalten.

Neben der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und dem Leitfaden der European Medicines Agency (EMA) zur Bewertung von Krebsmedikamenten waren 2013 erneut gesundheitspolitische Fragen rund um das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) Gegenstand der Diskussionen in der Sektion C.

AMNOG (ARZNEIMITTELMARKTNEUORDNUNGSGESETZ)

Drei Problemfelder bei der (Zusatz-)Nutzenbewertung und Preisfindung von Arzneimitteln bestehen seit Inkrafttreten des AMNOG und warten auf Lösungen:

▶ Der Umgang mit Subpopulationen in den bisherigen Verfahren:

- ▶▶ 64 Verfahren (patentgeschützte und neu zugelassene Arzneimittel bzw. Indikationen) sind zwischenzeitlich abgeschlossen worden. Davon erhielten nur knapp 60 Prozent einen Zusatznutzen zugesprochen.
- ▶▶ Es wurden insgesamt 116 Subpopulationen gebildet; lediglich in 30 Prozent wurde ein Zusatznutzen zugestanden. Davon war in 9 Prozent der Fälle ein beträchtlicher und in 21 Prozent ein geringer Zusatznutzen. Der Rest war nicht qualifizierbar oder ohne Zusatznutzen eingestuft worden.

▶ Zulassungsrelevante primäre Studienendpunkte:

- ▶▶ Es wurde noch kein Konsens hinsichtlich der Relevanz folgender primärer Studienendpunkte für die

betroffenen Krebspatienten erzielt: progressionsfreies Überleben und Ansprechraten. Beides sind von der EMA und FDA anerkannte Endpunkte, die im Zulassungsverfahren berücksichtigt werden, nicht aber bei der Bewertung eines Zusatznutzens seitens des IQWiG.

▶ Zweckmäßige Vergleichstherapie als „Preisanker“:

- ▶▶ Zwischen 2011/2012 wurden bei 40 Subgruppen-Analysen in 30 Prozent Generika zum Kostenvergleich herangezogen; in den Jahren 2013/2014 erhöhte sich die Zahl der analysierten Subgruppen auf 83, und es wurde in 54 Prozent der Fälle mit Generika verglichen.

▶ Ein Fortschritt bei der Wahl der Vergleichstherapie lässt sich konstatieren:

- ▶▶ Liegen die Vorstellungen über eine adäquate Vergleichstherapie zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und dem G-BA auseinander, sollte vom pharmazeutischen Unternehmer ein eigener begründeter Vorschlag im Frühdossier gemacht werden.

NEUWAHL DER DELEGIERTEN DER SEKTION C

Im Dezember 2013 fanden die Neuwahlen der Delegierten der Sektion C statt. Dr. Erich Enghofer wurde nach vielen Jahren der Mitgliedschaft in der Sektion C und in verschie-

denen Funktionen in der DKG verabschiedet – für seinen Einsatz wurde ihm gedankt. Er ist nicht mehr angetreten, da er in den Ruhestand geht.

FOLGENDE PERSONEN WURDEN ALS DELEGIERTE UND VORSTANSDMITGLIEDER GEWÄHLT

Dr. Franz Ameismeier	GlaxoSmithKline – Vorstand
Dr. Sabine Greulich	Boehringer Ingelheim – Vorstand
Dr. Georg Hasch	Merck Serono
Dr. Kai Neckermann	Pierre Fabre Pharma
Dr. H.-U. Jelitto	Roche Pharma
Martina Lehnert-Grimm	Novartis Pharma
Martin Völkl	Celgene
Dr. Michael Hanske	Bristol-Myers Squibb

ARBEITSGRUPPE „GESUNDHEITSPOLITIK UND MARKET ACCESS“

Diese Arbeitsgruppe ist seit einigen Jahren etabliert und beschäftigt sich mit aktuellen gesundheits- und pharmapolitischen Fragestellungen und Entwicklungen. Folgende Aktivitäten der Arbeitsgruppe fanden statt:

- ▶ drei Workshops zum Thema Nutzenbewertung und Krankenhausfinanzierung;
- ▶ vier Newsletter zu den Themen AMNOG, ASV, Diagnostik, Lieferengpässe etc.;

- ▶ eine neue interaktive DRG-Broschüre für 2014;
- ▶ drei parlamentarische Abende und zwei parlamentarische Frühstücke, zum Teil in Kooperation mit der Policy PG Onkologie LAWG;
- ▶ AMNOG-Veranstaltungen für die Sektion C.

MITGLIEDER DES ARBEITSKREISES GESUNDHEITSPOLITIK

Ulrike Charlotte Sager	Pfizer
Dr. Michael Hanske	Bristol-Myers Squibb
Dr. Michaela Flug	Merck Serono
Dr. Peter Kaskel	MSD Sharp & Dohme
Martin Völkl	Celgene
Dirk Binnewitt	GlaxoSmithKline
Joachim Borchardt-Wagner	Lilly Deutschland
Dr. Cornelia Lechner	Amgen
Martina Lehnert-Grimm	Novartis
Dr. Janine Schmalowsky	Sanofi-Aventis

PRESSEAUSSCHUSS DER SEKTION C

Der Presseausschuss der Sektion C hat die Aufgabe, Beiträge aus dem Bereich der Wirtschaftsunternehmen zu onkologischen Themen in der Mitgliederzeitschrift „Forum“ zu veröffentlichen. Der Ausschuss arbeitet bei der Auswahl

von Beiträgen nach festgelegten Regeln. Beschlüsse über Annahme oder Ablehnung von Beiträgen erfolgen mit einfacher Mehrheit.

MITGLIEDER DES PRESSEAUSSCHUSSES

Dr. H.-U. Jelitto	Roche Pharma
Dr. Anne Glögler	Zuckschwerdt Verlag
Dr. Doris Berger	Springer Medizin / Urban und Vogel
Dr. Stefan Sievers	Ferring
Peter Pfuhlmann	Pierre Fabre Pharma
Arndt Prilipp	Boehringer Ingelheim

ARBEITSGRUPPE „DKK 2014“

Die Arbeitsgruppe „DKK 2014“ hat die Aufgabe übernommen, einen konzeptionellen Vorschlag zur Gestaltung des Deutschen Krebskongresses 2014 aus Sicht der Sektion C zu erarbeiten. Dabei sollten die gesundheitspolitischen und strukturellen Rahmenseetzungen aus Sicht der Sektion C angemessen berücksichtigt werden. Das bezog sich auf die Konzeption der Industrieausstellung, der Satellitensymposien sowie auf die Planung und Durchführung eines gesundheitspolitischen Symposiums „Gemeinsam Verantwortung

tragen – Innovationen in der Onkologie“ im Auftrag der Sektion C. Darüber hinaus konzipierte die Arbeitsgruppe eine Befragung von Kongressteilnehmern zu den Aktivitäten der Sektion C, die nach dem DKK 2014 stattfinden sollte. Die erarbeiteten Vorschläge wurden mit dem Kongresspräsidenten Prof. Dr. Michael Hallek und dem Generalsekretär der DKG Dr. Johannes Bruns konstruktiv und erfolgreich diskutiert.

LEITER UND MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE „DKK 2014“

Dr. Georg Hasch	Merck Serono – Leiter und Koordinator der Arbeitsgruppe „DKK 2014“
Erwin Morawski	Pfizer
Dr. Nicole Schenk	MSD Sharp & Dohme
Ulrike Klaus	Celgene
Andrea Haubrich	GlaxoSmithKline
Dr. Ursula Kieck	Fresenius Biotech
Dr. Christiane Burzik	Bayer
Ingrid Zimmermann	Bendalis
Dr. Susanne Huschens	Janssen-Cilag
Monika Wiedenbach	Boehringer Ingelheim
Dr. Lenka Kellermann	Oncology Information Service
Dr. Kai Neckermann	Pierre Fabre Pharma
Dr. Volker Herrmann	AstraZeneca
Dr. Roland Haeckel	Amgen

ARBEIT
DER
GESCHÄFTS-
STELLE

Pressearbeit, Kommunikation und Marketing

DR. KATRIN MUGELE, RENATE BABNIK, DR. ULRIKE HELBIG

In den letzten Jahren hat sich die DKG zu einer gewichtigen Stimme im Gesundheitswesen entwickelt. Als Schnittstelle zwischen Krebsforschung, onkologischer Versorgung und Gesundheitspolitik erzielte die Gesellschaft mit vielen Partnern Fortschritte in der Krebsbekämpfung. Die Ziele sind weiterhin ehrgeizig, die Aufgaben der Gesellschaft vielfältig, und durch die Kooperation mit der Deutschen Krebshilfe sind neue Aufgaben hinzugekommen. Darüber hinaus hat der Informationsbedarf innerhalb der Organisation deutlich zugenommen. Das erfordert eine ganzheitliche und systematische Pressearbeit und Kommunikation.

Die DKG-Geschäftsstelle hat deshalb 2013 den Bereich Kommunikation personell erweitert: Zur Pressesprecherin Dr. Katrin Mugele ist die Kommunikationsexpertin Renate Babnik dazugekommen. Der Bereich bietet zum einen professionellen Service für Journalisten. Er vermittelt Experteninterviews, recherchiert Hintergründe und ist für die Pressearbeit zuständig. Zum anderen werden hier Konzepte entwickelt und umgesetzt, um die Botschaften der DKG mit Hilfe geeigneter Kommunikationsinstrumente koordiniert und zielgruppengerecht intern und extern zu verbreiten: über die Webseite, Social-Media-Kanäle, Printprodukte, auf Veranstaltungen und durch Werbung.

Zu den Schwerpunkten der Pressearbeit und Kommunikation im Berichtsjahr 2013 zählten:

- ▶ Einführung eines internen monatlichen Newsletters „DKG-News für Mitglieder, Mitarbeiter und Partner“, April 2013;
- ▶ Kaminesgespräch mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, Juni 2013 (gemeinsame Veranstaltung mit der Deutschen Krebshilfe);
- ▶ Konzeption und Umsetzung der Berichterstattung im Vorfeld des Deutschen Krebskongresses 2014, ab Juli 2013 (gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe);
- ▶ Konzeptionelle Weiterentwicklung der öffentlichen politischen Diskussionsveranstaltung „Brennpunkt Onkologie“, ab August 2013;
- ▶ Vorbereitung der Offenen Krebskonferenz in Dresden, Oktober 2013 (gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und der Sächsischen Krebsgesellschaft);
- ▶ Entwicklung / Überarbeitung von Flyern und Informationsmaterial über die DKG;
- ▶ Pressearbeit für die Konferenz „Quality of Cancer Care“, November 2013.

Im Bereich Marketing haben wir 2013 die Kooperation mit dem Deutschen Fußballbund und der Deutschen Krebshilfe fortgesetzt und eine neue Präventionskampagne vorbereitet. Der inhaltliche Schwerpunkt lag dieses Mal auf der Vorbildfunktion der älteren Generation für die Jugend im Kontext von Sport und Bewegung. Als Testimonial konnte Fußballer Lukas Podolski gewonnen werden. Der TV-Spot „Bleib am Ball!“ und aufmerksamkeitsstarke Printmotive werden im Fußball-WM-Jahr 2014 eingesetzt.

Konferenzen, Talks, Diskussionsveranstaltungen

DR. KATRIN MUGELE, RENATE BABNIK, DR. ULRIKE HELBIG, DANIEL HUTHMANN

Wie geht es nach der Bundestagswahl mit dem Nationalen Krebsplan weiter? Um diese Frage zu diskutieren, luden wir im Juni 2013 den damaligen Bundesminister für Gesundheit Daniel Bahr zu einem Fachgespräch im kleinen Kreis. Vertreter aus Vorständen, Sektionen und Arbeitsgemeinschaften der DKG und der DKH konnten an diesem Kamingespräch teilnehmen und Fragen an den Minister richten.

2013 luden wir vier Mal zum „Brennpunkt Onkologie“ ein, unserer prominenten Berliner Veranstaltungsreihe für den politischen Diskurs. Themen waren geriatrische Onkologie, KFRG, „Den G-BA neu denken“ und „Danke AMNOG!“. Eine bessere Planung von Inhalten, spannende Referenten, ein optimierter Einladungsversand sowie ein elektronisch versendeter Nachbericht führten 2013 zu steigenden Teilnehmerzahlen. Die Weiterentwicklung der Veranstaltungsreihe ist noch nicht abgeschlossen. Die Impulse aus den einzelnen Veranstaltungen wollen wir künftig stärker für die Arbeit der DKG nutzen.

Gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe haben wir die Sächsische Krebsgesellschaft bei der Vorbereitung der 5. Offenen Krebskonferenz (OKK) unterstützt. Ziel war es, die erstmals in Sachsen stattfindende Veranstaltung

in der Öffentlichkeit und in den Medien bekannt zu machen. Mit Erfolg: Etwa 1.000 Teilnehmer kamen zur OKK 2013 ins Hygiene-Museum, Dresden, und nutzten die umfassenden Vortrags- und Mitmachangebote. Einen großen Anteil an der Programmgestaltung hatte die Selbsthilfe. Die Konferenz bezog außerdem auch Organisationen und Selbsthilfegruppen aus Polen und Tschechien ein. Die DKG beteiligte sich nicht nur an der Öffentlichkeitsarbeit für die Konferenz, sondern war auch mit einem Stand vor Ort, um ihre Arbeit vorzustellen.

2013 haben wir gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) die Konferenz Quality of Cancer Care (QoCC) ins Leben gerufen. 120 Teilnehmer trafen sich an zwei Tagen in Berlin, um die Schnittstellen und Übergänge zwischen klinischer Forschung, Leitlinienentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung und Versorgungsforschung zu diskutieren. Darüber hinaus informierte ein Spezialseminar über den Nationalen Krebsplan. Das Format – eine Kombination aus Workshops und einer Vortragsserie zum aktuellen Stand in der onkologischen Versorgung – bot eine ausgezeichnete Plattform für den konstruktiven Gedankenaustausch. Die QoCC-Konferenz soll als zweijährliche Veranstaltung fortgesetzt werden.

Wie geht es mit dem Nationalen Krebsplan weiter? Bundesminister für Gesundheit Daniel Bahr im Gespräch mit DKG-Generalsekretär Dr. Johannes Bruns (l.) und DKH-Hauptgeschäftsführer Gerd Nettekoven (r.) | Foto l. © DKG | Foto r. © Maik Schuck



Preise, Ehrungen, Auszeichnungen 2013

Prof. Dr. Rolf Sauer (l.) erhielt die Karl-Heinrich-Bauer-Medaille aus den Händen des DKG-Präsidenten Prof. Dr. Wolff Schmiegel.
Foto © DKG



Der Deutsche Krebspreis 2013 ging an (v. l.): Prof. Dr. Alexander Katalinic, Prof. Dr. Lars Zender, Prof. Dr. Volker Heinemann, Prof. Dr. Roman Thomas und Prof. Dr. Stefan Pfister.
Foto © Brigitte Engelhardt





Der Darmkrebs-Kommunikationspreis 2013 ging an Dr. Claudia Pieper für das „Aktionsbündnis gegen Darmkrebs“ (2.v.l.). Nominiert waren darüber hinaus PD Dr. Dirk Hartmann (l.) und Dr. Sebastian Pohle (r.). DKG-Generalsekretär Dr. Johannes Bruns (M.) und Prof. Jürgen F. Riemann, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebenBlicke, nahmen die Ehrung vor.
Foto © Michael Schneider

Prof. Dr. Dieter Saur (M.) erhielt 2013 den AIO-Wissenschaftspreis/translatonaler Teil und Prof. Dr. Stefan Kubicka (2.v.r.) den AIO-Wissenschaftspreis / klinischer Teil. Die Ehrung nahmen Prof. Dr. Thomas Seufferlein (l.), Prof. Dr. Ralf-Dieter Hofheinz (2.v.l.) und PD Dr. Ullrich Graeven (r.) vor.
Foto © www.ro-b.com



Der Bereich Zertifizierung in Zahlen

DR. SIMONE WESSELMANN

149.142 Patienten mit der Erstdiagnose eines malignen Tumors wurden 2013 in einem zertifizierten Zentrum behandelt.

868 DKG-zertifizierte Zentren gibt es Ende 2013.

951 Standorte umfasst die Übersicht der DKG-zertifizierten Zentren Ende 2013.

93 Zertifikate wurden 2013 neu erteilt.

73 Erstzertifizierungen waren zum Jahreswechsel 2013/2014 in Bearbeitung.

alle zertifizierten Organkrebszentren veröffentlichen Jahresberichte und vergleichen die Ergebnisse mit den Vorjahren.

alle zertifizierten Kliniken und ihre Behandlungspartner lassen sich auf www.oncomap.de suchen und finden – die neue Webseite für die tagesaktuelle und benutzerfreundliche Zentrumssuche.

Erfolg im „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“

Die Zertifizierung von Zentren der onkologischen Versorgung soll in Deutschland auf einer gemeinsamen Grundlage stehen – so formuliert es Ziel 5 des Nationalen Krebsplans. Gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe sind wir 2013 diesem Ziel ein Stück näher gekommen. Dafür haben wir im Rahmen des „Nationalen Zertifizierungsprogramms Krebs“ unsere Anforderungskataloge an Onkologische Zentren und Onkologische Spitzenzentren harmonisiert und im einheitlichen Erhebungsbogen zusammengefasst. Die Inhalte wurden in der interdisziplinären Zertifizierungskommission erarbeitet, die von Vertretern beider Gesellschaften gleichberechtigt geleitet wird.

MEDIZIN-MANAGEMENT-PREIS 2013 FÜR DIE DKG

Die DKG hat 2013 für ihr Zertifizierungssystem den Medizin-Management-Preis gewonnen. Mit diesem Preis würdigt der Medizin-Management-Verband jedes Jahr innovative Projekte und Konzepte, die durch neue Wege des Steuerns, Führens und Leitens in allen Segmenten des Medizin-marktes Ergebnisse verbessern. Das DKG-Zertifizierungssystem erhielt die Auszeichnung, weil es durch die Integration neuer Prozesse in den Kliniken die Qualität onkologischer Versorgung verbessert. Der Preis hilft uns dabei, das öffentliche Bewusstsein dafür zu schärfen, dass Krebserkrankungen in spezialisierten und zertifizierten Zentren behandelt werden müssen.

Dr. Simone Wesselmann (l.) und Dr. Anna Winter bei der Verleihung des Medizin-Management-Preises 2013 | Foto © Christian Augustin



Das Leitlinienprogramm Onkologie in Zahlen

DR. MARKUS FOLLMANN

5 S3-Leitlinien wurden 2013 abgeschlossen und veröffentlicht: zum Pankreaskarzinom, Ovarialkarzinom, zum kolorektalen Karzinom, hepatozellulären Karzinom und Hodgkin-Lymphom.

10 evidenzbasierte und multidisziplinär erstellte Leitlinien umfasst nunmehr das Leitlinienprogramm Onkologie zum 31. Dezember 2013.

5 weitere Leitlinienprojekte wurden 2013 begonnen: die Erstellung jeweils einer Leitlinie zum Blasen-, Larynx-, Endometriumkarzinom und zur chronisch lymphatischen Leukämie sowie die Aktualisierung der S3-Leitlinie zum Lungenkarzinom.

12 Leitlinien sind Ende 2013 im Leitlinienprogramm Onkologie insgesamt in Bearbeitung.

2 Patientenleitlinien sind 2013 veröffentlicht worden: zum Magenkarzinom und Hodgkin-Lymphom.

8 Patientenleitlinien sind im Leitlinienprogramm Onkologie insgesamt bislang erstellt worden.

Foto © DKG



Methodik, Wirksamkeit und Aktualität im Blick

Kernaspekte der Leitlinienentwicklung sind die Methodik, die Wirksamkeit von Leitlinien und deren Aktualität. Vertreter des Leitlinienprogramms und Experten aus den Bereichen Leitlinien und evidenzbasierte Medizin diskutierten deshalb im Juni 2013 beim Expertenworkshop die bisherige Bilanz und die zukünftigen Herausforderungen für das Leitlinienprogramm. Künftig wollen wir die Verbreitung der Leitlinien und ihre Auswirkungen auf die Versorgung besser untersuchen. Darüber hinaus sollen geeignete Prozesse etabliert werden, um die Aktualität der Leitlinienempfehlungen zu gewährleisten.

Im Juli 2013 luden wir in die DKG-Geschäftsstelle zum 4. Methodik-Workshop des Leitlinienprogramms Onkologie. Im Fokus der 2-tägigen Veranstaltung standen unter anderem die Evidenzbewertung mittels GRADE sowie formale Konsensverfahren. Der Workshop hat sich als Diskussions- und Fortbildungsplattform für alle Fragen rund um die Methodik etabliert und wird im jährlichen Turnus fortgesetzt.

Mittelfristig wird es im Leitlinienprogramm darum gehen, bestehende Leitlinien zu aktualisieren. Hierfür haben wir ein eigenes Antragsformular entwickelt und es den Leitliniengruppen zur Verfügung gestellt. Überarbeitet wurden 2013 außerdem die Templates für die Leitliniendokumente, um künftig die Fortschreibung der Leitlinien zu vereinfachen.

Die Verbreitung der im Leitlinienprogramm Onkologie entwickelten Qualitätsindikatoren – Ende 2013 waren es insgesamt 96 – wurde 2013 weiter vorangetrieben. Hierzu veröffentlichten wir ein Methodenpapier zur Entwicklung von evidenzbasierten Qualitätsindikatoren auf Deutsch und Englisch und publizierten einzelne Aspekte in der Fachpresse.

Studienhaus Onkologie

CORNELIA NEUGEBAUER

Das Studienhaus Onkologie beschäftigt sich in erster Linie mit der Qualitätssicherung klinischer Studien. Zu diesem Zweck gibt es ein wissenschaftliches Begutachtungsverfahren, das durch die interdisziplinär zusammengesetzte Kommission Klinische Studien in der Onkologie durchgeführt wird. Studienprotokolle, die dieses Verfahren erfolgreich durchlaufen haben, werden mit dem Gütesiegel A ausgezeichnet, das die Erfüllung internationaler Qualitätsstandards bestätigt.

2013 wurden fünf Studien zur Begutachtung und Gütesiegel-A-Zertifizierung eingereicht. Davon haben drei das Gütesiegel A erhalten, zwei Vorgänge sind zum Ende des Berichtsjahres noch in Bearbeitung. Die 2013 mit dem Gütesiegel A ausgezeichneten Studien sind:

▶ CAO/ARO/AIO-12: Induction chemotherapy before or after preoperative chemoradiotherapy and surgery for locally advanced rectal cancer: A randomized phase II trial of the German Rectal Cancer Study Group

▶ SIOP PNET 5 Medulloblastoma: An international prospective study on clinically standard-risk Medulloblastoma in children older than 3 to 5 years with low-risk biological profile (PNET 5 MB - LR) or average-risk biological profile (PNET MB - SR)

▶ METRO-NB 2012: Phase II trial of metronomic treatment in children and adolescents with recurrent or progressive neuroblastoma

Foto © DKG



Anerkennung Psychoonkologie

ANITA GÜNTHER

Für eine Tätigkeit als Psychoonkologe in einem DKG-zertifizierten Zentrum sind definierte Kriterien zu erfüllen. Die notwendige Qualifikation kann zum Beispiel an einer von der DKG anerkannten Fort- und Weiterbildungsinstitution erworben werden. Wir prüfen auf Antrag entsprechende Curricula der Bildungseinrichtungen. Die Kriterien für die Anerkennung wurden von der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo) erarbeitet und veröffentlicht. Alle drei Jahre muss eine Re-Anerkennung erfolgen.

Um als Psychoonkologe in einem DKG-zertifizierten Zentrum tätig zu sein, können Antragsteller ihre berufliche Qualifikation über die Koordinierungsstelle Einzelfallprüfung Psychoonkologie der DKG anerkennen lassen. Wir prüfen in einem Verwaltungs- bzw. Begutachtungsverfahren die eingereichten Fortbildungsnachweise entsprechend der Zertifizierungsrichtlinien: die psychosoziale oder medizinische akademische Grundprofession, psychotherapeutische Weiterbildung sowie psychoonkologische Fortbildung.

11 Fort- und Weiterbildungsinstitutionen haben seit 2010 eine Anerkennung der DKG im Bereich Psychoonkologie erhalten.

6 davon haben eine Re-Anerkennung nach drei Jahren durchlaufen.

3 Jahre gilt die Anerkennung, dann müssen die Fort- und Weiterbildungsinstitutionen ihre Lehrinhalte erneut überprüfen lassen.

31 Anträge zur Einzelfallprüfung für Psychoonkologie in DKG-zertifizierten Organkrebszentren und Onkologischen Zentren konnten 2013 abgeschlossen werden.

Offizieller Startschuss und Fortschritt bei PREFERE



ROSWITHA BUSSAR-MAATZ, DR. ULRIKE HELBIG

Die präferenzbasierte randomisierte Studie zur Evaluation von vier Behandlungsmodalitäten beim Prostatakarzinom mit niedrigem oder frühem intermediärem Risiko (PREFERE-Studie) ist im Januar 2013 offiziell gestartet. Zu diesem Zeitpunkt war das erste Prüfzentrum darauf vorbereitet, Patienten aufzunehmen. Weitere Prüfzentren folgten sukzessive ab April 2013. Ende 2013 waren 75 Prüfzentren seit durchschnittlich drei Monaten am Start. Die Webseite www.prefere.de informiert seit Januar 2013 im Detail über die Studie.

Schwerpunkt des Jahres 2013 war es, die mehr als hundert Prüfzentren für die Rekrutierung von Patienten vorzubereiten. Es waren Ethikvoten von 40 beteiligten Ethikkommissionen einzuholen sowie die Verträge – den Sponsor-Prüfer-Vertrag mit den beiden Universitätskliniken und den Leistungsvertrag mit der PREFERE Managementgesellschaft – zu unterzeichnen. Die ebenfalls vorgeschriebenen Monitor-Initiierungsbesuche führte das beauftragte Koordinierungszentrum für Klinische Studien Heidelberg durch. Bis Ende 2013 erfüllten 75 Prüfzentren alle administrativen Voraussetzungen, um Patienten in die Studie einzubinden. Parallel dazu wurden bereits die ersten Patienten in die Studie aufgenommen.

Die niedergelassenen Urologen, die durch ihren Primärkontakt mit den Patienten eine Schlüsselfunktion für die Rekrutierung einnehmen, wurden mit schriftlichen Informationen und Informationsmaterialien versorgt. Gemeinsam mit den Prüfzentren fanden 27 individuelle Informationsveranstaltungen vor Ort statt. Die ersten Erfahrungen der Prüfzentren wurden auf zwei großen Studientreffen in Berlin aufgearbeitet.

Ende des Jahres 2012 wurde die PREFERE Managementgesellschaft gGmbH gegründet, um den administrativen Teil der Krankenversicherer (gesetzlich und privat), die im Rahmen eines IV-Vertrages eingebunden sind, für die PREFERE-Studie zu übernehmen. Im Jahr 2013 erfolgte entsprechend die Aufbauarbeit, damit die Managementgesellschaft ihre Aufgaben erfüllen kann. Zu den Aufgaben gehören die Untervertragnahme der beteiligten niedergelassenen Urologen und der Prüfzentren, die Mitedistribution an die niedergelassenen Urologen und die Prüfzentren sowie die Bereitstellung der gewonnenen Informationen in den Medien der Krankenversicherer.

Deutsche Krebsstiftung

IRIS MEUMANN



Die Deutsche Krebsstiftung wurde 2008 mit dem Ziel gegründet, die Erträge des Stiftungsvermögens der Deutschen Krebsgesellschaft für die experimentelle und klinische Forschung zur Verfügung zu stellen. Der Sitz der Stiftung ist Frankfurt am Main.

Die Deutsche Krebsstiftung ist eine reine Vermögensstiftung, die die vereinbarten Erträge des Stiftungsver-

mögens satzungsgemäß für Projekte der Deutschen Krebsgesellschaft an diese ausschüttet.

Die Deutsche Krebsstiftung besteht aus drei Gremien: dem Vorstand, dem Rat und dem Kuratorium.

Das Stiftungsvermögen betrug zum 31. Dezember 2013 ca. 900.000 Euro.

Krogmann-Stiftung

Die Krogmann-Stiftung ist 1962 testamentarisch durch die Eheleute Carl und Emma Krogmann gegründet worden mit dem Ziel, die Erträge des Stiftungsvermögens der Deutschen Krebsgesellschaft – damals noch „Deutscher Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung“ – für die experimentelle und klinische Forschung zur Verfügung zu stellen. Der Sitz der Stiftung ist München.

Die Krogmann-Stiftung war bis 2012 eine reine Vermögensstiftung, die die vereinbarten Erträge des Stiftungsvermögens satzungsgemäß für Projekte der Deutschen

Krebsgesellschaft ausschüttete. Seit 2013 ist die Stiftung aufgeteilt in eine Immobilien- und Vermögensstiftung. Grund ist der Kauf des Dachgeschosses der Immobilie in der Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin, und dessen Vermietung.

Die Krogmann-Stiftung besteht aus einem Gremium, dem Kuratorium.

Das Stiftungsvermögen betrug am 31. Dezember 2013 ca. 1.300.000 Euro.

Kooperationspartner: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. ADT



PD DR. MONIKA KLINKHAMMER-SCHALKE, PROF. DR. FERDINAND HOFSTÄDTER

Ein großer Erfolg und zugleich ein Meilenstein auf dem weiteren Weg war 2013 das Krebsfrüherkennungs- und -registrieresetz (KFRG), das am 9. April 2013 in Kraft trat. Es regelt die Rahmenbedingungen zur Durchführung organisierter Früherkennungsprogramme im Bereich Darm- und Zervixkarzinom. Darüber hinaus verpflichtet das KFRG alle Bundesländer, regionale klinische Krebsregister einzurichten, und schafft die Voraussetzungen, um den gesamten Behandlungsverlauf, Ergebnisse und Ergebnisqualität bei Krebsbehandlungen einheitlich zu erfassen.

Das Berichtsjahr 2013 stand somit für die ADT ganz im Zeichen der Umsetzung des KFRG. Der offizielle Startschuss fiel am 18. Juli 2013 in Regensburg: An der Auftaktveranstaltung „Von der Praxis für die Praxis – erfolgreiche Etablierung klinischer Krebsregister“ nahm der damalige Bundesminister für Gesundheit Daniel Bahr teil. Bundesweit unterstützte oder initiierte die ADT eine Reihe wichtiger Schritte bei der Umsetzung des KFRG:

► In Zusammenarbeit mit dem Vorstand des Kooperationsverbundes Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK) wurde ein Arbeitspapier erstellt und veröffentlicht, das die erforderlichen Regelungen zur Umsetzung des KFRG formuliert.

► Es wurde ein Gutachten beauftragt und erstellt, das die datenschutzrechtlichen Vorgaben aus dem KFRG aufbereitet und den Bundesländern bei der Entscheidung hilft, welche Regelungen zwischen den Ländern abzustimmen sind.

► Das KFRG sieht eine bundesweit einheitliche onkologische Dokumentation auf der Grundlage des ADT/GEKID-Basisdatensatzes vor. 2013 hat die ADT begonnen, diesen Basisdatensatz zu aktualisieren. Er soll Anfang 2014 fertiggestellt sein und im Bundesanzeiger sowie auf den Internetseiten von ADT und GEKID veröffentlicht werden.

► Die ADT hat sich intensiv auf den 31. Deutschen Krebskongress (DKK) im Februar 2014 in Berlin vorbereitet und will dort unter anderem mit der 5. Bundesweiten Onkologischen Qualitätskonferenz vertreten sein. Erstmals wurden dafür in Deutschland über 1 Million Patientendaten zu sechs Krebsarten analysiert. Diese Datensammlung wird in den kommenden Jahren verstärkt zentralisiert und in der ADT-Geschäftsstelle ausgewertet. Die Deutsche Krebsstiftung fördert ab Oktober 2013 dafür die Stelle eines Projektleiters für bundesweite Datenanalysen, angesiedelt in der ADT-Geschäftsstelle.

Die ADT hat 2013 den jährlichen Überwachungsaudit nach DIN EN ISO 9001:2008 für den Geltungsbereich Koordination und Förderung der Qualitätssicherung durch Tumorzentren/Klinische Krebsregister und Entwicklung einheitlicher Standards in der Tumordokumentation erfolgreich absolviert.

www.tumorzentren.de

Kooperationspartner: Deutsche Krebshilfe e. V.



RENATE BABNIK

Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe (DKH) engagieren sich seit Jahrzehnten auf unterschiedlichen Ebenen für Krebspatienten: die DKG als wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft und die DKH als private Hilfs- und Förderorganisation. Doch beide verfolgen das gleiche Ziel: die Krebsbekämpfung. Erste gemeinsame Aktivitäten gab es deshalb bereits in den 1980er Jahren. In den 2000er Jahren intensivierte sich die Kooperation in allen Bereichen. Seit 2012 arbeiten DKG und DKH auf Basis des Grundlagenvertrags „Gemeinsam wirken, Synergien nutzen, Expertise bündeln“ zusammen. 2013 wurden unter anderem folgende gemeinsame Projekte und Aktivitäten durchgeführt:

▶ Im Rahmen des „Nationalen Zertifizierungsprogramms Krebs“ haben beide Gesellschaften die Anforderungskataloge an Onkologische Zentren und Onkologische Spitzenzentren harmonisiert und im einheitlichen Erhebungsbogen zusammengefasst. Das sichert gleiche Qualitätsstandards in Organkrebszentren, Onkologischen Zentren und Onkologischen Spitzenzentren.

▶ Prävention ist für beide Gesellschaften ein wichtiges Thema, das in gemeinsame Kampagnen und Kooperationen mündete. Im Jahr 2013 arbeiteten DKG und DKH intensiv an der Kampagne „Bleib am Ball!“ mit Fußballer Lukas Podolski, damit sie im Fußballjahr 2014 starten kann.

▶ „Blaue Ratgeber“ für Betroffene und Präventionsratgeber erschienen 2013 erstmals mit den Logos beider Gesellschaften – sie werden gemeinsam herausgegeben. Abgestimmte, verlässliche Krebsinformationen sind ein wichtiges Anliegen.

▶ Die DKG und DKH unterstützen die bisher größte klinische Langzeitstudie zur Behandlung von Frühformen des Prostatakrebses, die PREFERE-Studie. 2013 fiel der Startschuss für PREFERE.

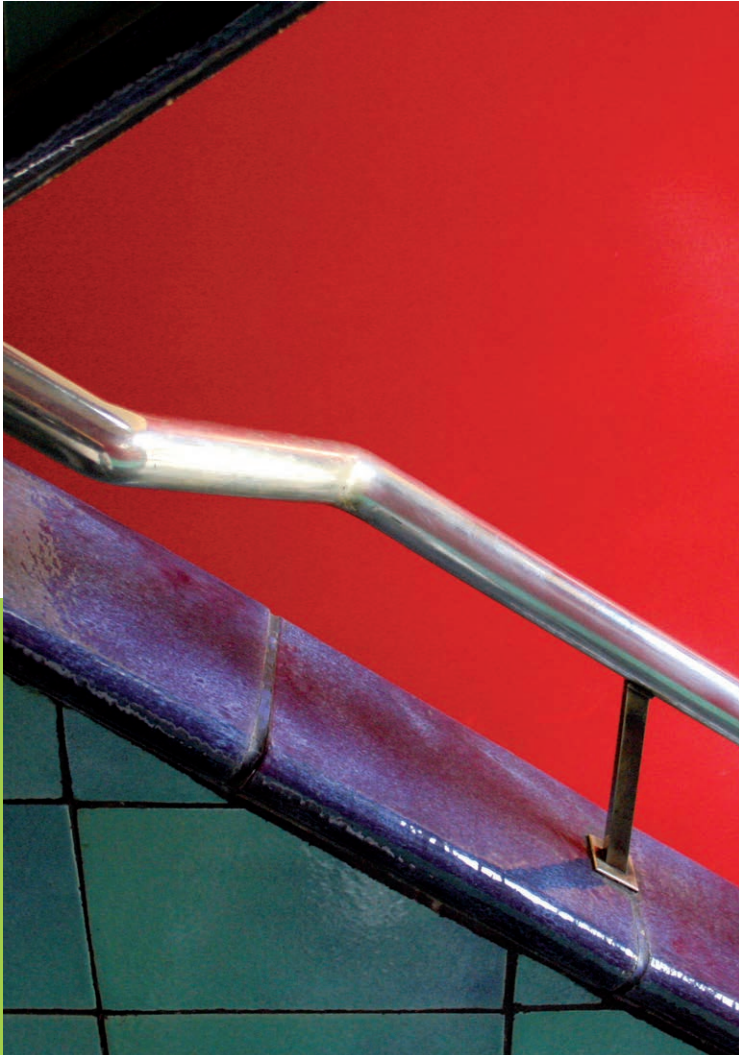
▶ Die Vorbereitung des 31. Deutschen Krebskongresses verlief 2013 erstmals als gemeinsames Projekt, denn der DKK wird ab 2014 von beiden Gesellschaften ausgerichtet. Das Organisationsteam von DKG und DKH, einschließlich Veranstaltungsagentur und Kongresssekretariat, sicherte kurze Abstimmungswege und schnelle Entscheidungen.

www.krebshilfe.de

Impressionen aus der Geschäftsstelle



Fotos © DKG



Impressum

HERAUSGEBER Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8 | 14057 Berlin
Tel.: 030 322 9329-0 | Fax: 030 322 9329-22
service@krebsgesellschaft.de | www.krebsgesellschaft.de

V.I.S.D.P. Dr. Johannes Bruns
REDAKTION Anita Günther, Renate Babnik
GESTALTUNG Haberkern Design
DRUCKEREI Europrint Medien GmbH
DRUCK Mai 2014

Die Broschüre ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Nachdruck, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen oder von Abbildungen, bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers

