

## Indikationsstellung

# Welcher Patient profitiert von einer onkologischen Rehabilitation?

ANDREAS S. LÜBBE, JAN-N. AHMADI

Die Frage nach der geeignetsten Rehabilitation ist genauso schwierig zu beantworten wie die Frage nach der geeignetsten Therapie. Der Onkologe, Operateur, Strahlentherapeut, aber auch der Haus- oder Facharzt muss entscheiden, welche Patienten eine Rehabilitation benötigen und welche Ziele und Maßnahmen individuell sinnvoll sind. Dieser Beitrag gibt Anregungen, wie diejenigen Patienten zu identifizieren sind, die sich am besten für eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme eignen. Der Autor schlägt die Integration der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit in die onkologische Rehabilitation vor.

**K**napp 30 Prozent aller tumor-erkrankten Patienten nehmen eine stationäre onkologische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch; das bedeutet, dass jeder siebte deutsche Bürger sich im Laufe seines Lebens mindestens einmal für mindestens 21 Tage in einer onkologischen Rehabilitationsklinik auf-

hält. Aufgrund dieser hohen Zahl und den damit verbundenen Kosten sollte die Indikation für einen solchen Aufenthalt aus klinischen und gesundheitspolitischen Erwägungen klar definiert sein und kritischen Überprüfungen standhalten.

Doch lässt sich noch immer feststellen, dass manche Patienten nach eingreifenden

primärtherapeutischen Maßnahmen kein Rehabilitationsverfahren wahrnehmen, sei es, dass sie es nicht angeboten bekommen, sei es, dass sie das Angebot ausschlagen. Andere Patienten befinden sich in stationären Rehabilitationseinrichtungen, obwohl ihr körperlicher oder seelischer Zustand den Sinn einer stationären Maßnahme zumindest als fragwürdig erscheinen lässt. Demnach ist die Indikationsstellung für onkologische Anschlussrehabilitationen in der Praxis häufig unklar.

Hinzu kommt, dass die Versorgungssteuerung dezentral bei unterschiedlichen Trägern angesiedelt ist. Sie beinhaltet teilweise unterschiedliche Einschlusskriterien für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Außerdem können seit dem 1. April 2007 Rehabilitationsleistungen im niedergelassenen Bereich, die über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, nur noch von speziell ausgebildeten Ärzten beantragt werden.

Wie kann man nun Patienten identifizieren, die wahrscheinlich von einer stationären Rehabilitationsmaßnahme profitieren? In diesem Beitrag sind konkrete Anhaltspunkte zusammengestellt.

### Warum überhaupt eine Rehabilitation?

Krebspatienten haben nach § 16 SGB (Sozialgesetzbuch) IX einen gesetzlichen Anspruch auf die Durchführung einer



Die Ziele des Patienten für seine Rehabilitation stehen im Mittelpunkt.

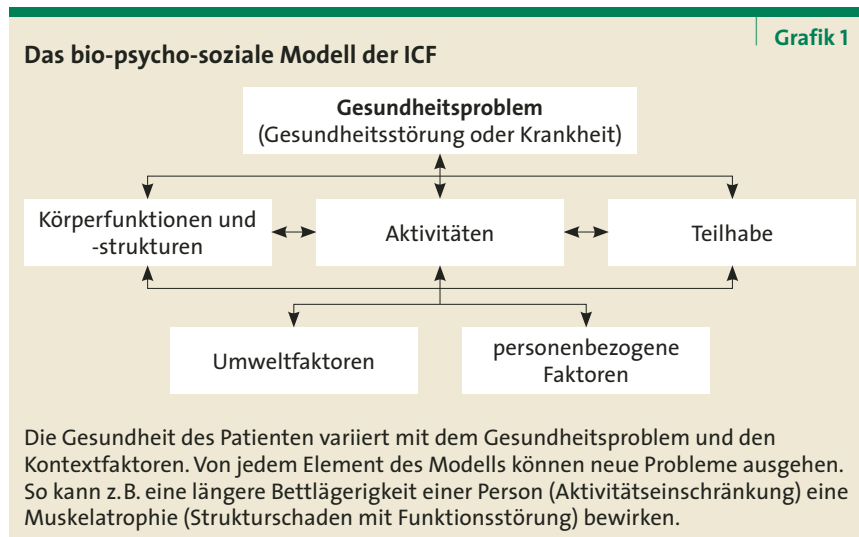
© stockbroke - stockxpert.com

Rehabilitation (Wiederbefähigung zur Teilhabe). Trotzdem sind noch immer manche operierende, strahlen- oder chemotherapierende Kollegen nicht vom Sinn einer Rehabilitation überzeugt. Sie

raten zur Schonung oder unterstellen den Leistungsanbietern Wellness auf Kosten der Solidargemeinschaft oder mangelnde Qualität. Dabei ist gerade Letzteres Dank vielfältiger Untersu-

chungen und Initiativen der Rentenversicherungsträger widerlegt worden.

Auch unter finanziellen Gesichtspunkten sind onkologische Rehabilitationsmaßnahmen sinnvoll. Sie vermeiden Folgekosten und entlasten andere Sozialeistungsträger. Immerhin werden weniger als fünf Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen für Rehabilitation ausgegeben. Der durchschnittliche Vergütungssatz für solche Maßnahmen beträgt nicht mehr als 110 Euro pro Tag und Patient. Trotz allem können sich in knapp jedem dritten Fall Arzt und Patient auf eine Rehabilitation einigen.



### Konkrete Indikationsstellung zur onkologischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation soll nach § 26 ff. des SGB 9 Behinderungen – einschließlich chronischer Krankheiten – abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen oder eine Verschlimmerung verhüten. Die hierzu möglichen Maßnahmen sind

neben den physikalisch-therapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen und psychoonkologischen Maßnahmen auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln, Belastungserprobungen und arbeits-therapeutische Maßnahmen.

Die Zugangswege zur Rehabilitation sind in den § 15 und 31 des SGB VI geregelt. Sie kommen prinzipiell für alle operierten-, strahlen- und chemothera-

pierten Patienten in Betracht und sollten als Anschlussrehabilitation spätestens zwei Wochen nach der Krankenhausentlassung in Anspruch genommen werden. Ausnahmen gelten für Patienten, die Bestrahlungen im Kopf-Hals-Bereich erhalten haben. Hier ist die Frist auf zehn Wochen verlängert. Die Antragstellung erfolgt in der Regel durch den Kontakt des Krankenhausarztes bzw. des Sozialdienstes mit dem Kostenträger.

Kann auf folgende Fragen mit Ja geantwortet werden, sollte der behandelnde Arzt dem Patienten rehabilitative Maßnahmen anbieten:

- Liegt ein ausgedehnter operativer strahlen- oder chemotherapeutischer Behandlungsansatz vor oder haben sich bei einer solchen Maßnahme Symptome, Funktionsstörungen oder Komplikationen im Ablauf, also Folgestörungen, ergeben?
- Liegt Multimorbidität vor, ist die häusliche Versorgung, die berufliche Wiedereingliederung, die gesellschaftliche Teilhabe gefährdet?
- Kann die Multimorbidität durch eine rehabilitative Maßnahme verbessert werden?

### Individualisierter Therapiezielkatalog

Aus den oben genannten therapeutischen Eingriffen (Operationen, Strahlentherapie, Polychemotherapie, anderen Behandlungsverfahren) und Komplikationen sowie Aspekten der Multimorbidität haben Rentenversicherungsträger einen Therapiezielkatalog erarbeitet.

– *Beispiele für somatische Therapieziele:*  
z. B. Kräftigung der Muskulatur, des Rückens, Abdomens etc. und (z. B. nach langer Immobilität) Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Verminderung von Inkontinenz, Verbesserung der Lungenfunktion, Minderung der polyneuropathischen Beschwerden.

– *Beispiele für funktionsbezogene Therapieziele:*  
z. B. Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit, Verbesserung der Selbstversorgung, Verbesserung der Wahrnehmung von Hobbys, Verbesserung der Reisefähigkeit.

– *Beispiele für psychosoziale Therapieziele:*  
z. B. Optimierung der Betreuung von Angehörigen, Reduktion der Depressivität, Akzeptanz des Körperbildes, Förderung der beruflichen Reintegration.

– *Beispiele für edukative Therapieziele:*  
z. B. Erwerb von Kenntnissen zur gesunden Ernährung, Erwerb von Kenntnissen zur Hilfsmittelverwendung, Erwerb von Kenntnissen zur Lymphödemprophylaxe und Therapie.

Aus den unterschiedlichen Rubriken sind für jeden einzelnen Patienten meh-

Klassifikationen der Körperfunktionen und Körperstrukturen der ICF <span style="float: right;">Tab. 1</span>	
Klassifikationen der Körperfunktionen (Kapitel der ICF)	Klassifikationen der Körperstrukturen (Kapitel der ICF)
1. Mentale Funktionen	Strukturen des Nervensystems
2. Sinnesfunktionen und Schmerz	Auge, Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
3. Stimm- und Sprechfunktionen	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Klassifikation der Kontextfaktoren der ICF <span style="float: right;">Tab. 2</span>	
Klassifikation der Umweltfaktoren	Personenbezogene Faktoren (nicht klassifiziert), z.B.
1. Produkte und Technologien (z. B. Hilfsmittel, Medikamente)	Alter Geschlecht
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. Bauten, Straßen, Fußwege)	Charakter Lebensstil
3. Unterstützung und Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems)	Fitness sozialer Hintergrund Erziehung
4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z. B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen)	Bildung/Ausbildung Beruf Erfahrung Coping
5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z. B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften)	genetische Prädisposition

rere Punkte ableitbar. Für welchen Patienten sind nun aber welche Ziele für die Rehabilitation sinnvoll? Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gibt dabei Hilfestellung.

### Internationale Klassifikation für Funktionsstörungen

Verabschiedet wurde die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2001 von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um die Rehabilitation von Patienten zu systematisieren. Damit erleichtert sich die Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialdienstmitarbeitern.

Der Kern der ICF ist das bio-psycho-soziale Modell, das zusätzlich zu biomedizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen) auch den gesamten Lebenshintergrund als sogenannten Kontextfaktor mit einbezieht (Grafik 1). Das Modell berücksichtigt, dass alle externen Gegebenheiten, in denen der Patient lebt (Umweltfaktoren), und persönliche Eigenschaften (personenbezogene Faktoren) seine Handlungen (Aktivitäten) bestimmen und damit auch sein gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft (Teilhabe) beeinflussen.

Um gemeinsam mit dem Patienten die notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen zu bestimmen, muss zunächst in einem „Assessment“ festgestellt werden, welche Lebensbereiche sowie Körperfunktionen und -strukturen bei jedem Patienten individuell beeinträchtigt sind und welche Maßnahmen man ergreifen kann, um die Einschränkungen zu beheben. Dabei ist es hilfreich, die Elemente des bio-psycho-sozialen Modells zu klassifizieren.

### Klassifikationen der Funktionen und Strukturen des Körpers

Die ICF unterteilt den menschlichen Organismus in Körperfunktionen und Körperstrukturen (Tab. 1). Körperfunktionen sind alle physiologischen Funktionen von Körpersystemen, während Körperstrukturen die Anatomie wiedergeben wie Organe, Gliedmaßen etc. Schäden in diesen Bereichen können Aktivitäten von Patienten einschränken.

### Das Konzept der Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person, bezeichnet die ICF als Kontextfaktoren (Tab. 2). Zum einen sind das Umweltfaktoren, die die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt abbilden, in der Menschen leben. Zum anderen gibt es per-

sonenbezogene Faktoren, die die Lebensführung einer Person, ihre Eigenschaften und Attribute umfassen, die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands sind. Für eine gezielte, individuell abgestimmte Rehabilitation ist es wichtig zu bestimmen, welche Faktoren sich positiv (Förderfaktoren) oder

### Ein ICF-Core-Set für einen Patienten mit Bronchialkarzinom ist folgendermaßen vorstellbar:

Tab. 3

ICF-Code	Körperfunktionen
B280	Schmerz
B310	Funktionen der Stimme
B410	Herzfunktionen
B420	Blutdruckfunktionen
B430	Funktionen des hämatologischen Systems
B440	Atmungsfunktionen
B445	Funktionen der Atemmuskulatur
B455	Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
B460	mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen
B530	Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts
B545	Funktionen des Wasser-, Mineral- und Elektrolythaushalts
B730	Funktionen der Muskelkraft
B740	Funktionen der Muskelausdauer
ICF-Code	Körperstrukturen
S340	Struktur des Kehlkopfes
S410	Struktur des kardiovaskulären Systems
S430	Struktur des Atmungssystems
ICF-Code	Aktivitäten und Teilhabe
D330	Sprechen
D449	Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, anders oder nicht näher bezeichnet
D450	Gehen
D460	Fortbewegung in verschiedenen Umgebungen
D470	Transportmittel benutzen
D570	Achten auf die Gesundheit
D620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
D630	Mahlzeiten vorbereiten
D840	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
D845	Arbeit erhalten, behalten und beenden
D920	Erholung und Freizeit
ICF-Code	Umweltfaktoren
E110	Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch
E115	Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
E260	Luftqualität
E310	Engster Familienkreis
E355	Fachleute der Gesundheitsberufe
E570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit
E580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens

**Tab. 4**

<b>Organisation der Rehabilitation im Rehabilitationsteam</b>			
Teil	Eintrittsbesprechung	Verlaufsbesprechungen	Erstinfo
	Einleitung	Ziel der Besprechung	Gesprächsleiter
		Partizipationsziel des Patienten	
	<b>Körperfunktion/Strukturen</b>		
	medizinische Diagnosen/Strukturen		Arzt
	Körperfunktionen		Arzt/Psychologe
	<b>Kontextfaktoren</b>		
	personenbezogene Faktoren		Arzt
	Umweltfaktoren		Pflegekraft
	allgemeiner Eindruck	früher definierte Zwischenziele, Verlaufsinfos, Evaluationen	
		allgemeiner Eindruck	alle
	<b>Aktivitäten/Partizipation</b>		
<b>Assessment</b>	interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		Pflegekraft/ Psychologe
	Mobilität		Physiotherapeut/ Ergotherapeut
	Selbstversorgung		Pflegekraft
	Kommunikation		Sprachtherapeut/ Pflegekraft
	Lernen und Wissensanwendung		Ergotherapeut
	allgemeine Aufgaben und Anforderungen		Ergotherapeut
	häusliches Leben		Ergotherapeut
	bedeutende Lebensbereiche		alle
	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben		alle
	funktioneller Selbstständigkeitsindex (FIM)		Pflegekraft
	<b>Hauptprobleme</b>		
	Körperfunktionen		alle
	Aktivitäten/Partizipation		alle
	ungünstige Kontextfaktoren		alle
	Ressourcen		alle
<b>Zielsetzung</b>	Partizipationsziel des Patienten		alle
	Partizipationsziel des Rehabilitationsteams		alle
	Voraussetzungen zur Zielerreichung		alle
	Zwischenziele/Planung		alle
<b>Planung</b>	Aufträge und Abmachungen		Gesprächsleiter
	Termine		Gesprächsleiter

negativ (Barrieren) auf die Gesundheit auswirken.

**Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe**

Zentral für die Rehabilitation ist das Konzept der Aktivitäten. Zu welchen Leistungen ist der Patient fähig und welche Leistungen

kann er in seinem Umfeld tatsächlich erbringen? Ändert sich der Kontext, verbessert sich möglicherweise die Leistung. So verhilft z. B. ein Rollator zu einer besseren Fortbewegung, wenn der Patient in seiner Fortbewegung eingeschränkt ist. Wichtige Aufgaben der Rehabilitation sind also die Leistungsfähigkeit wiederherzu-

stellen oder zu verbessern, im Umfeld des Patienten Barrieren abzubauen bzw. Förderfaktoren zu schaffen und auf die Leistungsbereitschaft des Patienten einzuwirken.

Die Teilhabe ist ein Begriff dafür, inwieweit eine Person in eine Lebenssituation einbezogen ist. Aktivitäten und Teilhabe sind in der ICF in sogenannte Lebensbereiche zusammengefasst:

- *Lernen und Wissensanwendung* (z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
  - *Allgemeine Aufgaben und Anforderungen* (z. B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
  - *Kommunikation* (z. B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
  - *Mobilität* (z. B. die Körperposition ändern und aufrechterhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
  - *Selbstversorgung* (z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
  - *Häusliches Leben* (z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Pflege oder Unterstützung von Verwandten im Haushalt)
  - *Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen* (z. B. allgemeine interpersonelle Interaktion, besondere interpersonelle Interaktion)
  - *Bedeutende Lebensbereiche* (z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
  - *Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben* (z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung/ Freizeit, Religion/Spiritualität)
- Aus dieser Klassifikation lassen sich beliebig neue Lebensbereiche zusammen mit dem Patienten definieren und individuell an bestimmte Lebensumstände anpassen z. B. bezogen auf einen bestimmten Arbeitsplatz. Das ist entschei-

dend, um Ziele und Präferenzen für die Rehabilitation zu erarbeiten.

### Umsetzung der ICF in die Praxis

Für die Anwendung der ICF in der Rehabilitation ist die Selbstbestimmung des Patienten zu beachten. Der Patient definiert nach dem Teilhabe-Konzept seine Ziele und die Präferenzen für diese Ziele. Darauf aufbauend sollte die Rehabilitation beeinträchtigte Körperfunktionen und -strukturen wiederherstellen und verbessern und eine Verschlimmerung von Funktionsstörungen und -strukturen verhindern. Gleichzeitig müssen die Leistungsfähigkeiten nach den Rehabilitations-Zielen angestrebt werden und weitere Beeinträchtigungen verhindert werden. Auch sollten Barrieren, die die Leistung bzw. Teilhabe verhindern oder erschweren, im Laufe der Rehabilitation abgebaut und Förderfaktoren demzufolge aufgebaut werden. Um diese Ziele und die Krankheitsbehandlungsfolge zu dokumentieren, empfiehlt sich eine Aufstellung von sogenannten Core-Sets, bezogen auf den einzelnen Patienten (Tab. 3). Die Core-Sets nutzen dabei eine einheitliche Kodierung der ICF von Problemen von Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten/Teilhabe und für Umweltfaktoren. Diese Kodierung wird noch durch Schweregrade erweitert, um die einzelnen Faktoren zu beurteilen. Diese Klassifikation unterstützt im Rehabilitationsalltag die interdisziplinäre Kommunikation. Die Aufgaben der einzelnen Bereiche könnten, wie in Tab. 4 gezeigt, im Rehabilitationsteam verteilt sein. In jeder Rehabilitationsklinik können dann ICF-basierte Grund- und Fachraster erstellt werden, die sich als Grundlage für den interdisziplinären Austausch innerhalb des Hauses bewähren kann.

### Fazit

Wie immer in der Medizin, stehen objektiverbare Tatbestände (die stattgehabte Pneumonektomie, die sich daraus ergebenden schlechten Lungenfunktionswerte und die reduzierten Blutgase) den subjektiv empfundenen Beschwerden gegenüber. Es mag durchaus sein, dass der Patient zwar objektivierbar rehabilitationsbedürftig ist, er selbst aber dies für sich nicht erkennt, kaum unter den reduzierten Funktionen leidet und für sich selbst Lösungsmöglichkeiten in seiner

Lebenssituation findet. Unter derartigen Umständen ist die Indikationsstellung zur Rehabilitation schwierig und kann nur erfolgen, wenn der Patient überzeugt werden kann, dass es ihm nach der Rehabilitation besser gehen könnte. Umgekehrt mögen vergleichsweise einfache operative Prozeduren durchgeführt worden sein, objektivierbar kaum körperliche und funktionsbeeinträchtigende Sachverhalte vorliegen – und dennoch bringt der Patient mit hohem Leidensdruck zum Ausdruck, dass er von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren könnte. Hier ist die Kunst des Arztes viel mehr als die Kunst der Sozialarbeiterin gefordert. Im Sinne begrenzter finanzieller Ressourcen sind möglicherweise ambulante psychotherapeutische, psychoonkologische und andere Möglichkeiten zu erwägen, um diesen Patienten Unterstützung anzubieten. Denn nicht bei allen Patienten liegen Kriterien für eine komplexe interdisziplinäre multiprofessionale stationäre onkologische Rehabilitation vor.

### Weiterführende Informationen:

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit © 2005 können Sie auf folgender Website kostenlos als PDF herunterladen: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/>.

### Literatur:

1. Lübke AS. Zur Bedeutung der ICF für die onkologische Rehabilitation. Forum DKG 1/07; 45–8
2. Lübke AS. Prinzipien und Standards der onkologischen Rehabilitation. TumorDiagn u Ther 2004; 25: 65–71.
3. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization 2001. Verlag MMI, Neuland.

### Autoren:

Prof. Dr. Dr. Andreas S. Lübke  
Jan-N. Ahmad

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. Andreas S. Lübke  
Palliativstation in der Karl-Hansen-Klinik  
Antoniusstraße 19  
33175 Bad Lippspringe  
E-Mail: [cec-luebke@medizinischeszentrum.de](mailto:cec-luebke@medizinischeszentrum.de)

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der deutschen Krebsgesellschaft (ASORS).



### Ankündigungen

#### 1. ASORS-Jahreskongress Supportive Therapie und Rehabilitation bei Krebs – State of the Art 2009

##### Veranstalter:

Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)

##### Datum:

30. – 31. Oktober 2009

##### Veranstaltungsort

Sheraton München Arabellapark  
Hotel  
Arabellastraße 5  
81925 München

##### Wissenschaftliche Koordination:

POMME-med GmbH  
Dr. rer. nat. Petra Ortner  
Von-Erckert-Str. 48  
81827 München  
Tel.: 089/45 45 66-25  
E-Mail: [ortner@pomme-med.de](mailto:ortner@pomme-med.de)

##### Kontaktadresse und Anmeldung

EMC Event & Meeting Company  
GmbH; Frau Isabell Daniels  
Neumarkter Str. 21  
81673 München  
Tel.: 089/54 90 96-40  
E-Mail: [daniels@emc-event.com](mailto:daniels@emc-event.com)

##### Infos im Internet:

[www.kongresseonline.de/  
ASORS\\_2009](http://www.kongresseonline.de/ASORS_2009)

#### Supportive Care in Cancer MASCC/ISOO 2009 International Symposium

##### Datum:

25. – 27. Juni 2009 in Rom, Italien

##### Infos im Internet:

[www.mascc.org](http://www.mascc.org)

weitere Informationen  
unter [www.asors.de](http://www.asors.de)