

# Take Home Messages

Expertenworkshop  
Supportivtherapie in der  
Onkologie

16.01.2004 -18.01.2004

Flims/ Schweiz



# Ethik in der Onkologie

D. v. Engelhardt



# Take-Home Messages Ethik

- Wohl (Salus) und Willen (Voluntas) des Kranken sollten an oberster Stelle die medizinische Therapie leiten.
- Aufklärung des Kranken, die immer seine Zustimmung einschließt (informed consent), spannt sich aus zwischen Verschweigen der Diagnose und Solidarität in der Wahrheit der Situation (Treppe der Aufklärung).
- Zwischen Krankheitsverständnis, Therapieziel und Arzt-Patienten-Beziehung besteht ein innerer Zusammenhang (Technik versus Humanität).
- Lebensqualität, die Lebenszeit voraussetzt, mit ihr aber nicht identisch ist, bezieht sich in Selbst- und Fremdbeurteilung auf physische, psychische und geistige Bereiche und erfüllt sich in Sterbensqualität.



# Antiemese

**Moderation: W. Abenhardt /J. Casper**

**I. Krämer: Pharmakoökonomische Aspekte**

**C. Bokemeyer: Rolle der NK1-Antagonisten**

**H.-P.Lipp: Sicherheitsprofile von Antiemetika**

**C. Bokemeyer: Leitlinien-adaptierte Therapie in Deutschland**



# Take-Home Messages Antiemese (1)

## Antiemetische Substanzen

### 5HT<sub>3</sub>-Antagonisten (Setrone)

- In äquieffektiven Dosen ist die klinische Wirksamkeit der verfügbaren Setrone vergleichbar.  
i.v. : Granisetron 1 mg, Ondansetron 8 mg, Tropisetron 5 mg, Dolasetron 100 mg  
p.o.: Granisetron 2 mg, Ondansetron 12-24 mg, Tropisetron 5 mg, Dolas. 100-200 mg
- Die orale und die intravenöse Therapie sind gleichwertig, die Dosierungsangaben für die orale Therapie schwanken bei Ondansetron und Dolasetron
- Bei der Mehrzahl der Patienten ist niedrigste effektive Dosierung ausreichend Bei speziellen Risikofaktoren (CT-Dauer länger als 5 Std., Cisplatin > 70 mg/m<sup>2</sup>) kann die Gabe von höheren Dosen ( 3 mg Granisetron, 32 mg Ondansetron) erwogen werden.
- Bei primärem Therapieversagen oder Nebenwirkungen kann eventuell der Wechsel auf ein anderes Setron erwogen werden.



# Take-Home Messages Antiemese (2)

- Die Auswahl des Setrons sollte nach folgenden Kriterien erfolgen
  - Praktikabilität (Einmaldosierung)
  - Sicherheitsprofil (Arzneimittelinteraktionen, Cytochrom P450-Metabolisierungstyp)
  - Wirtschaftlichkeit

## Dexamethason

- Dexamethason-Dosis 8 mg/ Tag iv. am Tag der Chemotherapie ist ausreichend bei moderat – hochemetogen Chemotherapie
- 2x4 mg oral an den Folgetagen

## Aprepitant

- NK1 Antagonist Aprepitant seit Nov. 2003 zugelassen für die Prophylaxe und Therapie von akutem und verzögertem Erbrechen nach hochemetogener Cisplatin-Therapie
- Aprepitant wird als Teil einer Kombinationstherapie angewendet
- Dosierung : 125 mg oral am Tag der Chemotherapie  
80 mg oral Tag 2-3



# Take-Home Messages Antiemese (3)

- Emetogenes Risiko wird beeinflusst durch
- 1. Patientenindividuelle Faktoren
  - Junges Alter (+), weibl. Geschlecht (+), Emesis-Vorerfahrung (+), Alkoholkonsum (-)
- 2. Art der Chemotherapie
  - Zytostatikum, Dosierung, Applikationsweise, Therapieintervall
  - Emetogenität der Zytostatika (modif. Nach Hesketh)
    - Hochemetogene Zytostatika (Emesis bei fast allen Patienten)
    - Moderat emetogene Zytostatika (Emesis bei >30% der Pat.)
    - Gering emetogene Zytostatika (Emesis bei >10% der Pat. )
    - Minimal emetogene Zytostatika (Emesis bei <10% der Pat.)



# Take-Home Messages Antiemese (4)

- **Hochemetogen**
  - Cisplatin, Dacarbazin
- **Moderat emetogen**
  - Carboplatin, Oxaliplatin, Anthrazykline, Cyclophosphamid, Irinotecan
- **Gering emetogen**
  - Mitoxantron, Taxane, Capecitabine, Topotecan, Gemcitabine
- **Minimal emetogen**
  - Hormone, Vinkaalkaoide, Bleomycin





# Take-Home Messages Antiemese (5)

- Die aktuellen Therapieempfehlungen, die unter [www.onkosupport.de](http://www.onkosupport.de) veröffentlicht sind, müssen überarbeitet werden, da der erste NK1-Antagonist jetzt zugelassen ist und neue Daten vorliegen.
- Das National Comprehensive Cancer Network (NCCN) empfiehlt in seinen Empfehlungen auch den Einsatz von NK1-Antagonisten bei moderat emetogener Chemotherapie.  
[www.nccn.org/physician\\_gls/PDF/antiemesis.pdf](http://www.nccn.org/physician_gls/PDF/antiemesis.pdf)
- Im März 2004 wird eine Emesis-Konsensus-Konferenz der MASCC in Perugia stattfinden, in der neue Therapieempfehlungen auch für Europa ausgesprochen werden.



# Take-Home Messages Antiemese (6)

Vorschlag für neue Therapieempfehlungen bei hoch - und moderat emetogener Chemotherapie

**Hochemetogene Chemotherapie**

- Verbesserte Kontrolle (+20%) des akuten und verzögerten Erbrechens bei Cisplatin-haltiger hochemetogener Chemotherapie durch Kombination Aprepitant + 5HT<sub>3</sub>-Antagonist + Dexamethason. Dreierkombination sollte als neuer Therapiestandard angesehen werden.
- Bei nicht Cisplatin-haltiger hochemetogener Chemotherapie kann der Einsatz dieser Kombination ebenfalls erwogen werden. Hier wären weitere Studien sinnvoll.

**Moderat emetogene Chemotherapie**

- Therapiestandard am Tag der Chemotherapie bleibt 5HT<sub>3</sub>-Antagonist + Kortikoid, an den Folgetagen Dexamethason. Bei Patienten, die dadurch keinen ausreichenden Schutz gegen Ü/E erhalten, kann die Gabe der Dreierkombination mit Aprepitant erwogen werden. Studien hierzu werden in Kürze publiziert.



# Knochenmetastasen

**Moderation: P. Feyer / H. Goldschmidt**

**I. J. Diel: Bisphosphonate oral oder i.v.**

**M. H. Seegenschmiedt: Strahlentherapeutische Interventionen**

**R. Bartl: Spätfolgen therapeutischer Interventionen**



# Take-Home Messages Knochenmetastasen (1)

- Das Management von Knochenmetastasen erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Bei allen tumorbedingten Osteolysen, insbesondere bei Mamma-Ca und Multiplem Myelom sollten Bisphosphonate eingesetzt werden. Der Einsatz scheint auch bei Prostata-Ca gerechtfertigt.
- Bei nicht schmerzhaften Osteolysen sollte die Anwendung prognoseabhängig erfolgen.
- In der adjuvanten Therapie kann der Einsatz von Bisphosphonaten zur Prophylaxe von Knochenmetastasen beim Mamma-Ca erwogen werden.



# Take-Home Messages Knochenmetastasen (2)

## Bisphosphonate

### Klassische Indikationen

- Hypercalziämie
- Tumorbedingte Osteolysen

**Akuttherapie:** Stickstoffhaltige Bisphosphonate, 15-60 Min. Infusion, monatliche Abstände

### Adjuvante Therapie zur Reduktion des Auftretens von Skelettmetastasen

- 2 positive Studien mit oralem Clodronat (Diel, Powles) bei Mamma-Ca Patientinnen.
- Weitere Studien mit stickstoffhaltigen Bisphosphonaten oral oder i.v. notwendig.

### Therapie und Prophylaxe der Tumortherapie-induzierten Osteoporose

- DXA- Messung vor Therapiebeginn, Kontrolle bei Risikopatienten (1 x jährlich)
- Risikopat: hormonabhängige Tumoren (Mamma, Prostata, Langzeit-Kortison-Therapie)
- Therapie: Stickstoffhaltige BP oder Raloxifen oder Parathormon



# Take-Home Messages Knochenmetastasen (3)

## Indikationen für lokale Radiotherapie

Klassische Indikation: Schmerzen oder Frakturgefahr oder drohender Querschnitt

Kombination von RT und Bisphosphonaten empfohlen. Studien notwendig.

Dissemination ossärer Metastasen

- Halbkörperbestrahlung oder Radionuklidtherapie, +/- systemische Therapie

## Ausblick in der Zukunft

Prognose von Patienten mit solitärer Osteolyse prüfen

Register für Therapie und Verlauf ossärer Metastasierung bei verschiedenen Tumorerkrankungen

Die aktuellen Therapieempfehlungen der ASCO für den Einsatz von Bisphosphonaten sind publiziert im JCO 21; 2003 : 4041-4057



# Wachstumsfaktoren

Moderation: H. Delbrück/. H. Ch. Tesch

M.R. Nowrousian: Anämie

J. Weis: Fatigue

H. Link: Neutropenie



# Take-Home Messages Tumoranämie (1)

- Tumoranämie ist eine häufige Begleiterscheinung bei Tumor-patienten, die die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigt und möglicherweise auch einen negativen Einfluss auf die Prognose der Patienten hat.
- Im Vergleich mit der Transfusion von Erythrozytenkonzentraten führt die Behandlung mit rhEPO zu einem anhaltenderen Anstieg des Hb-Werts und zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Gleichzeitig wird die Transfusionsfrequenz durch Einsatz erythropoese-stimulierender Substanzen um 20 – 50 % reduziert.
- Mögliche Effekte der Korrektur der Anämie durch rhEPO auf den Ausgang der Tumorthherapie sind noch nicht definitiv geklärt.
- Es gibt keine deutschen Guidelines, diese werden derzeit unter der Federführung des ASO erarbeitet. Empfehlungen für die Praxis wurden von H. Link und C. Bokemeyer publiziert in „Der Onkologe 9; 2003:743-752. Die Therapieempfehlungen der ASCO sind unter [www.asco.org](http://www.asco.org) abrufbar.





# Take-Home Messages Fatigue (1)

- Die Fatigue-Symptomatik zeigt große Unterschiede im Hinblick auf den Zeitpunkt des Auftretens (akut versus chronisch), die Ausprägung sowie den Verlauf.
- Eine Vielzahl von Ursachenfaktoren sind bislang noch wenig erforscht.
- Nach derzeitigem Kenntnisstand kann davon ausgegangen werden, dass die Ursachen der Fatigue multikausal bedingt sind.
- Anämie kann Auslöser der Fatigue-Symptomatik sein, allerdings gibt es viele Formen der Fatigue, die unabhängig vom Hb-Wert sind.



## Take-Home Messages Fatigue (2)

- Nach derzeitigem Kenntnisstand ist die Behandlung entsprechend sehr unterschiedlich, die Anhebung des Hämoglobinwertes kann bei einigen Patienten zu einer Steigerung der Leistungsfähigkeit und Verringerung der Fatigue-Symptomatik führen und entsprechende Verbesserungen der Lebensqualität bedingen.
- Grundsätzlich ist bei der Fatigue-Problematik außerhalb der diagnostizierten Anämie eine umfassende Differenzialdiagnostik vorzunehmen.
- Supportive Maßnahmen der Aktivierung, psychosozialen Betreuung, Psychoedukation, Verbesserung der Krankheitsverarbeitung sowie neuropsychologisches Training sollten mit einbezogen werden. Insbesondere für gezielte und gesteuerte sportliche Betätigung existieren Studien, die den positiven Effekt zur Fatigueverringerng nahelegen.



# Take-Home Messages Fatigue (3)

- Der derzeitige Kenntnisstand hinsichtlich der Ursachen und des Verlaufs lässt einen erhöhten Forschungsbedarf, insbesondere in der Wechselwirkung von somatischen und psychosozialen Faktoren erkennen. Entsprechende Studien sollten durchgeführt werden, um die Wechselbeziehungen zwischen somatischen und psychischen Einflussfaktoren besser aufklären zu können.
- Die Deutsche Fatigue-Gesellschaft (DfaG) hat sich zum Ziel gesetzt entsprechende Studien durchzuführen.
  - [www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de](http://www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de)
- Die Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin (ARNS) hat sich zum Ziel gesetzt ein Positionspapier zur Frage zu erarbeiten, ob, wann und in welchen Dosierungen Wachstumsfaktoren in der Fatigue-Behandlung generell eingesetzt werden sollten.



# Take-Home Messages Neutropenie (1)

- Für die Behandlung der Neutropenie mit G-CSF gibt es die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, die unter [www.dgho.de](http://www.dgho.de) und unter [www.onkosupport.de](http://www.onkosupport.de) abrufbar sind.
- Die Empfehlungen sind in 4 Klassen unterteilt:
  - Klasse I: Eindeutige Indikation
  - Klasse II. Akzeptable Indikation
  - Klasse III: Möglicherweise sinnvolle Indikation
  - Klasse IV: Theoretische, nicht ausreichend untersuchte Indikation
- Da diese Empfehlungen aus 2000 stammen, sind einige Fragestellungen inzwischen ausreichend mit Daten belegt und die Empfehlungen werden in Kürze überarbeitet.



# Take-Home Messages Neutropenie (2)

- **Klasse I: Eindeutige Indikation**  
Mobilisation hämatopoetischer Progenitor- und Stammzellen aus dem Knochenmark in das periphere Blut (autolog und allogene) Schwere chronische Neutropenie (NP): idiopathische NP; mit Stoffwechseldefekten assoziierte NP, NP bei M. Gaucher, NP bei schweren kombinierten Immundefekten, kongenitale oder zyklische NP ohne Chromosomenaberrationen (G-CSF).



# Take-Home Messages Neutropenie (3)

- **Klasse II: Akzeptable Indikation**  
Initiale Prophylaxe nach intensiver myelotoxischer zytostatischer Chemotherapie: Erwartete Neutropeniedauer <500 Neutrophile/ $\mu$ l von mindestens sieben Tagen. Nach myeloablativer Therapie und allogener oder autologer Knochenmarktransplantation Aplastische Anämie Neutropenie bei: Felty-Syndrom und bei T-gamma lymphoproliferativem Syndrom, Haarzelleukämie HIV-Infektion: Medikamentös-bedingte Neutropenie, z.B. Azidothymidin (AZT), Ganciclovir und andere. Nach myeloablativer Therapie und autologer oder allogener Transplantation von peripheren Blutstammzellen.



# Take-Home Messages Neutropenie (4)

- **Klasse III: Möglicherweise sinnvolle Indikation**  
Initiale Prophylaxe nach mäßig myelotoxischer zytostatischer Chemotherapie: Erwartete Neutropeniedauer <500 Neutrophile/ $\mu$ l von 5-7 Tagen und Vorliegen von Risikofaktoren (Tabelle 2), erwartetes Risiko der febrilen Neutropenie über 40%. Sekundäre Prophylaxe nach zytostatischer Chemotherapie, wenn nach dem ersten Kurs eine Neutropenie (<500/ $\mu$ l) länger als 5 Tage aufgetreten ist.  
Therapie der Neutropenie nach Strahlentherapie  
Autoimmunneutropenie Neutropenie beim myelodysplastischen Syndrom (nicht prophylaktisch).



# Take-Home Messages Neutropenie (5)

- **Klasse IV: Theoretische, nicht ausreichend untersuchte Indikationen**  
Dosiserhöhung der zytostatischen Chemotherapie ohne Stammzelltransplantation Prophylaxe der Neutropenie während der Strahlentherapie Chronische primär HIV-assoziierte Neutropenie Infektionen ohne Neutropenie Schwere nicht-neutropenische Infektion, z.B. in der Frühphase oder Prophylaxe der Sepsis Schwere Infektionen in der Chirurgie: Wundheilungsstörungen, Verbrennungspatienten. Stimulation myeloischer Blasten vor zytostatischer Chemotherapie Frühgeborene mit Sepsisrisiko Rezidivierende Infektionen bei Risikopatienten.  
**Klasse V: Keine Indikation: Erwarteter tiefster Neutrophilenwert (Nadir) nach Chemotherapie  $>500/\mu\text{l}$ . GM-CSF bei schwerer kongenitaler oder zyklischer Neutropenie**





# Take-Home Messages Neutropenie (6)

## Diskussionen und Änderungsvorschläge für aktualisierte Guidelines 2004

- Die Dosiserhöhung der Chemotherapie ohne Stammzelltransplantation ist mit G-CSF möglich und führt zu besseren Ergebnissen (M. Hodgkin, R-CHOP-14 Therapie bei aggressiven Lymphomen).
- Verwendung von langwirksamem pegyliertem G-CSF (PEG- Filgrastim), z.B. bei CHOP-Chemotherapie.
- Stimulation der Myeloblasten bei akuter myeloischer Leukämie mit G-CSF während der Chemotherapie. Signifikant besseres Überleben bei Standard-Risiko-Patienten.



# Schmerztherapie

Moderation: A. Kretzschmar



# Take-Home Messages Schmerztherapie (1)

- Wichtig ist grundsätzlich die Berücksichtigung kausaler Behandlungsmöglichkeiten neben der symptomatischen Therapie (Hormon- und Chemotherapie bei ausreichender Aussicht auf Erfolg, Strahlentherapie).
- Eine interdisziplinären Erörterung der Behandlungsoptionen sollte stets möglich sein (Behandlungsstrategie sollte nicht davon abhängig sein in welcher Fachrichtung der Patient aktuell vorgestellt wird, sondern fachübergreifend muss der optimale Behandlungsweg angestrebt werden).



# Take-Home Messages Schmerztherapie (2)

- Etablierung von Sachverstand in der Schmerztherapie bei allen beteiligten Fachrichtungen, die Tumorpatienten mit Schmerzen behandeln (Hausärzte, medizinische Onkologen, Strahlentherapeuten, auf dem Gebiet der Onkologie aktive Chirurgen) um eine gute Behandlung der Patienten sicher zu stellen und das Anrufen eines reinen „Schmerztherapeuten“ für Standardfälle zu vermeiden.



# Take-Home Messages Schmerztherapie (3)

- Die durch aktuelle Gesetzesänderung (GMG) entstandene fehlende Erstattungsfähigkeit von Laxantien zur Prophylaxe und Therapie opiatbedingter Verstopfung muss im Therapieplan berücksichtigt werden. Das Erreichen einer Sonderregelung der Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit von Laxantien in dieser Indikation ist nötig. Die transdermalen Applikationssysteme (TTS) von Buprenorphin und Fentanyl als stark wirksame Opiate zur Langzeittherapie, die vor allem unter dem Gesichtspunkt Obstipation signifikante Vorteile gegenüber oral applizierten Opiaten bieten, gewinnen durch die Problematik zusätzlich an Stellenwert.



# Psychoonkologie

Moderation: J. Weis



# Take-Home Messages Psychoonkologie (1)

- **Psychoonkologie ist zentraler Bestandteil supportiver Therapie. Als interdisziplinäre Aufgabe beinhaltet sie sowohl psychoonkologische Basiskompetenzen des behandelnden Onkologen, als auch fachspezifische Kenntnisse der Diagnostik und Behandlung der psychoonkologischen Experten. Fort- und Weiterbildung sowie die Qualitätssicherung gehören ebenso zu den Aufgaben der Psychoonkologie wie die direkte Betreuung und Behandlung der Patienten und ihrer Angehörigen.**
- **Finanzierbarkeit psychoonkologischer Dienste im Akutkrankenhaus unter neuen DRG Bedingungen ist noch unklar: Keine Erlössteigerung nach derzeitigen OPS Standards, Verhandlungen mit den entsprechenden Stellen sind noch am laufen. Zu diskutieren ist auch eine Einbindung psychoonkologischer Dienstleistungen über eine Basisfinanzierung im Rahmen der DRG Kernziffern.**



# Take-Home Messages Psychoonkologie (2)

- **Bedarf psychoonkologischer Intervention: Screening und Diagnostik der psychischen Komorbidität, der Krankheitsverarbeitung und des Behandlungsbedarfs sind zentrale Aufgaben. Bedarfsschätzung ist schwierig, da häufig diskrepante Einschätzungen zwischen Arzt bzw. Pflegepersonal und Patient bestehen. Erklärungen hierfür: Prozesse der Krankheitsverarbeitung, Angst vor Stigmatisierung, Angst vor Destabilisierung durch belastende Gespräche etc.**
- **Anhand von Fallbeispielen wurden die Probleme der Aufklärung über Therapie und Folgestörungen, Compliance, Fragen der Einwilligung, Einsichtsfähigkeit und Entscheidungsfähigkeit des Patienten, sowie die ethische Verantwortung der behandelnden Onkologen und Psychoonkologen diskutiert.**





# Take-Home Messages Psychoonkologie (3)

- **Effektivität von psychoonkologischen Interventionen: Eine Vielzahl von Studien belegt die Effektivität psychoonkologischer Interventionen im Hinblick auf Symptomreduktion, Erhöhung der Lebensqualität sowie Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und Adaptation. (EBM Levels I und II). Gut dokumentiert EBM Analysen für Patientinnen nach Mamma Ca, Notwendigkeit weiterer Effektivitätsnachweise für andere Diagnosegruppen.**
- **Psychoonkologie und Seelsorge: Wurde nur noch kurz gestreift. Überschneidung von Aufgaben beider Gruppen, Bedeutung der Spiritualität im Rahmen der Krankheitsverarbeitung und Sterbebegleitung.**



# Palliativmedizin

Moderation: H.Bartsch



# Take-Home Messages Palliativmedizin (1)

- Der quantitativ größte Teil onkologischer Patienten, die sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich betreut werden, befindet sich in palliativen Therapiesituationen. Eine scharfe Trennlinie zwischen noch Symptom-orientierter onkologischer Palliativtherapie und ausschließlich palliativmedizinischer Betreuung (ohne tumortherapeutische Intervention) kann nicht gezogen werden. Daher bedarf es onkologischer Fachkompetenz (Leitung/Konsiliardienst) auch auf den Palliativstationen, da dort ohnehin der überwiegende Teil der Patienten onkologische Grunderkrankungen hat.

- Onkologische Palliativtherapie -



- Palliativmedizin in der Onkologie -



# Take-Home Messages Palliativmedizin (2)

- Die Anzahl verfügbarer Palliativstationen wird von den Anwesenden Teilnehmern als weitestgehend ausreichend beziffert. Allerdings bestehen noch deutliche regionale Unterschiede. Die Indikation zur rein palliativen Betreuung in ambulanten und stationären Strukturen muss bei onkologischen Patienten anhand verschiedener individueller Faktoren (Lebenserwartung, häusliche Versorgungsstrukturen etc.) getroffen werden. Entsprechend den nachgewiesenen Wünschen terminaler onkologischer Patienten sollte möglichst eine Betreuung im häuslichen Milieu (Hausarzt, Sozial/Pflegedienst, Angehörige) erfolgen und nur in Ausnahmefällen in stationäre Einrichtungen verlagert werden.



# Take-Home Messages Palliativmedizin (3)

- Die Kommunikationskompetenz von Ärzten, die onkologische Patienten behandeln, bedarf weiterer Verbesserung. Entsprechende Angebote existieren und sollten in das Pflichtcurriculum aufgenommen werden.
- Die Zusatzqualifikation Palliativmedizin wird den Ansprüchen der Betreuung terminaler Tumorpatienten gerecht. Eine weitere Fachärztliche Schwerpunktbildung „Palliativmedizin“ ist weder erforderlich noch sinnvoll. Dies würde der Notwendigkeit und medizinisch wie ökonomischen Vernunft entgegenstehen sowie die Fehlentwicklung der vergangenen 15 Jahre fortschreiben. Denn die qualifizierte Kommunikation mit chronisch Kranken und sterbenden Patienten zählt zu der basalen Verantwortung jeder Ärztin und jedes Arztes und darf nicht auf Palliativärzte/-stationen wegdelegiert werden.



# Take-Home Messages Palliativmedizin (4)

- Die Einführung der DRGs lässt bisher erkennen, dass die Situation palliativ zu betreuender Tumorpatienten nicht annähernd befriedigend abgebildet wird. Es droht ohne Zweifel eine Defizitversorgung im Hinblick auf stationär behandlungsbedürftige Tumorpatienten. Daher ist eine Ausgliederung dieser Patientengruppe (die noch näher zu definieren wäre) aus dem derzeitigen DRG Katalog erforderlich.



# Teilnehmer

W. Abenhardt, München

R. Bartl, München

H. Bartsch, Freiburg

C. Bokemeyer, Tübingen

W. Budach, Tübingen

J. Casper, Rostock

H. Delbrück, Münster

I. Diel, Mannheim

P. Feyer, Berlin

H. Goldschmidt, Heidelberg

M.E. Heim, Bad Sooden-Allendorf

I. Krämer, Mainz

A. Kretzschmar, Berlin

H. Link, Kaiserslautern

H.-P. Lipp, Tübingen

M. R. Nowrousian, Essen

P. Ortner, München

G. Schlimok, Augsburg

M.H. Seegenschmiest, Essen

H.-Ch. Tesch, Frankfurt

D. von Engelhardt, Lübeck

J. Weis, Freiburg

