

Pressemeldung

Pressekontakt für den Deutschen Krebskongress 2018: presse@dkk2018.de

Palliative Versorgung und onkologische Pflege müssen sich stärker am Bedarf der Patienten orientieren

Berlin, 22.02.2018. Das Thema Patientenorientierung am Lebensende bewegt Ärzte, Pflegekräfte und Patienten gleichermaßen. Um den Bedarf und den Wünschen von Krebspatienten gerecht zu werden, sind strukturelle Veränderungen nötig – sowohl in der palliativmedizinischen Versorgung als auch in der onkologischen Pflege. Zu diesem Schluss kamen Experten auf einer Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Krebskongresses in Berlin.

Die meisten todkranken Menschen wünschen sich, ohne Schmerzen und in Würde zu Hause sterben zu können. Untersuchungen zeigen aber, dass Patienten am Lebensende eher übertherapiert werden und dass ihr Wunsch, im häuslichen Umfeld zu sterben, oft nicht berücksichtigt wird, so Prof. Birgitt van Oorschot, Palliativmedizinerin aus Würzburg. Meist fällt die Entscheidung über die Frage, welche Behandlungen am Lebensende noch durchgeführt werden sollen, sehr spät, in der letzten Woche vor dem Tod. Für ein umfassendes „Advanced Care Planning“ bleibe da kaum noch Zeit.

Die Ursachen dafür sind vielfältig. Viele Patienten seien am Lebensende ambivalent, erklärte Dr. Bernd Oliver Maier, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Der Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen treffe auf das Bedürfnis, sich mit dem nahenden Ende auseinanderzusetzen. „Beides ist authentisch, macht aber Therapieentscheidungen am Lebensende komplex. Unsere Versorgungsstrukturen sind nicht dafür gerüstet.“ Wichtig ist deshalb eine frühzeitige Einbeziehung der Palliativmedizin in die Versorgung unheilbar kranker Patienten und ein Assessment, das den individuellen palliativmedizinischen und onkologischen Versorgungsbedarf eines Patienten erfasst, um ihn optimal in der Entscheidungsfindung und Therapieplanung unterstützen zu können.

Auch der Mangel an Pflegekräften macht sich in diesem Zusammenhang nachteilig bemerkbar. Der Bedarf zusätzlicher Pflegekräfte wird allein im Krankenhaus auf mindestens 70.000 geschätzt. Zwar soll es ab 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen geben. Doch der Begriff „pflegesensitiv“ sei problematisch, bemängelte Torsten Rantzsch, Pflegedirektor am Universitätsklinikum Düsseldorf: „Pflege muss sich am Bedarf der Patienten orientieren. Personaluntergrenzen, die davon ausgehen, dass der Pflegebedarf bei allen Patienten gleich groß ist, werden den Pflegenotstand nicht verbessern.“

Das gilt in besonderem Maß für onkologische Patienten – am Lebensende steige der pflegerische Aufwand, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor, bestätigte auch Kerstin Paradies, Vorstandssprecherin der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Deutschen Krebsgesellschaft. Dabei geht es nicht nur um Grundpflege, gefragt sind Fachkenntnisse im Umgang mit Nebenwirkungen, mit unterstützenden Maßnahmen und einer sensiblen

Pressemeldung

Kommunikation. Onkologische Fachpflegekräfte sind für diese Aufgaben durch eine zweijährige Zusatzausbildung qualifiziert. Aufgrund des Pflegenotstands und aus Gründen der Wirtschaftlichkeit werden sie aber oft nicht für die Aufgaben eingesetzt, für die sie eigentlich ausgebildet sind. Paradies: „Wir brauchen neue Formen der Arbeitsteilung in der Pflege, die sich am Bedarf der Patienten orientieren. Die onkologische Fachpflege kann und will hier gerne mehr Verantwortung übernehmen, stößt dabei aber an die Grenzen im System.“ In vielen Gesundheitssystemen im Ausland, etwa in Skandinavien, sind Pflegekräfte dazu berechtigt, weiterreichende Kompetenzen als in Deutschland zu übernehmen. Dort ist Pflege ein akademischer Beruf mit einem höheren Stellenwert als in Deutschland.

Der Deutsche Krebskongress 2018

Der 33. Deutsche Krebskongress findet vom 21. bis 24. Februar 2018 in Berlin statt. Unter dem Motto „Perspektiven verändern Krebs – Krebs verändert Perspektiven. Diagnose, Therapie, (Über-)Leben“ informieren sich rund 10.000 Experten über die jüngsten wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen und diskutieren ihre Aufgaben von heute und morgen. Der größte und wichtigste deutschsprachige Kongress zur Krebsdiagnostik und -therapie wird von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe gemeinsam ausgerichtet.

Die Ausrichter – starke Partner im Kampf gegen Krebs

Die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft im deutschsprachigen Raum. In der DKGvertreten sind über 7.900 Einzelmitglieder in 24 Arbeitsgemeinschaften, die sich mit der Erforschung und Behandlung von Krebserkrankungen befassen; dazu kommen 16 Landeskrebsgesellschaften und 39 Fördermitglieder. Die DKG engagiert sich für eine Krebsversorgung auf der Grundlage von evidenzbasierter Medizin, Interdisziplinarität sowie konsequenten Qualitätsstandards und ist, gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, Mitinitiatorin des Nationalen Krebsplans (www.krebsgesellschaft.de).

Am 25. September 1974 gründete Dr. Mildred Scheel die Deutsche Krebshilfe. Ziel der gemeinnützigen Organisation ist es, Krebserkrankungen in all ihren Erscheinungsformen zu bekämpfen. Unter dem Motto „Helfen. Forschen. Informieren.“ fördert die Stiftung Deutsche Krebshilfe Projekte zur Verbesserung der Prävention, Früherkennung, Diagnose, Therapie, medizinischen Nachsorge und psychosozialen Versorgung, einschließlich der Krebs Selbsthilfe. Die Deutsche Krebshilfe ist der größte private Geldgeber auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung – unter anderem der Krebsforschung – in Deutschland (www.krebshilfe.de).

Pressemeldung

Pressekontakt Deutsche Krebsgesellschaft

Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin

Dr. Katrin Mugele

Tel: +49 (0)30 3229329-60

presse@krebsgesellschaft.de

Pressekontakt Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstr. 32, 53113 Bonn

Christiana Tschoepe

Tel: +49 (0)228 72990-273

tschoepe@krebshilfe.de

Programm

Hauptpressekonferenz I zum Deutschen Krebskongress 2018 „Krebs verändert Perspektiven: Palliative Versorgung und onkologische Pflege“

22. Februar 2018, 12.30 – 14.00 Uhr, CityCube Berlin, Level 3, Raum R3

Uhrzeit	Titel und Referent
12.30 – 12.40	Begrüßung, Einführung und Moderation Prof. Dr. Thomas Wiegel, Kongresspräsident des DKK 2018
12.40 – 12.50	Überengagierte Versorgung am Lebensende Prof. Dr. Birgitt van Oorschot, Universitätsklinikum Würzburg
12.50 – 13.00	Patientenorientierte Palliativversorgung – strukturelle Herausforderungen Dr. Bernd Oliver Maier, St. Josefs-Hospital, Wiesbaden
13.00 – 13.10	Pflegenotstand an deutschen Krankenhäusern Torsten Rantzsch, Universität Düsseldorf
13.10 – 13.20	Pflegebedarf und Pflegeverantwortung in der Onkologie Kerstin Paradies, Vorstandssprecherin der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Deutschen Krebsgesellschaft, Hamburg
13.20 – 14.00	Fragen und Antworten

Statement

Überengagierte Versorgung am Lebensende

Prof. Dr. Birgitt van Oorschot, Universitätsklinikum Würzburg

Internationale Analysen zeigen, dass zwischen 2 und 26 Prozent aller Krebspatienten in den letzten 14 Lebenstagen (noch) eine Tumorthherapie erhalten. Im Jahr 2014 erhielten in Deutschland 9 Prozent aller an Krebs Verstorbenen im letzten Lebensmonat eine Chemotherapie [1]. Der Anteil der im gleichen Jahr in einer deutschen Uniklinik verstorbenen Krebspatienten mit tumorspezifischer Therapie im letzten Lebensmonat liegt mit 38 Prozent deutlich höher [2]. Diese Zahlen verweisen auf eine überengagierte onkologische Versorgung mit möglicherweise negativen Folgen für Patienten und Angehörige. Studien zeigen, dass die Durchführung einer tumorspezifischen Therapie am Lebensende mit einer schlechteren Symptomenkontrolle, einem selteneren Versterben am gewünschten Ort und einem höheren Risiko für eine erschwerte Trauer der Hinterbliebenen assoziiert ist. Gleichzeitig ist in Deutschland die strukturierte Erfassung körperlicher Symptome, Belastungen und Ressourcen kaum etabliert und von Patienten berichtete Symptome sind nur selten Zielkriterien einer palliativen tumorspezifischen Therapie.

Zur Vermeidung onkologischer Überversorgung am Lebensende sollten realistische Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten festgelegt und im Verlauf regelmäßig evaluiert werden. Der 6. Qualitätsindikator aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin für nicht heilbare Krebspatienten: „Anteil Patienten mit tumorspezifischer Therapie in den letzten 14 Lebenstagen, Qualitätsziel: möglichst niedrig“ bietet sich zur Reflexion onkologischen Handelns an. Die Erfassung von Symptomen, Belastungen und Ressourcen zur Unterstützung von Behandlungsentscheidungen sollte Bestandteil der Routine werden. Ähnlich wie im internationalen Kontext könnte dies auch maßgeblich von der onkologischen Pflege übernommen werden. Dadurch könnte das bisherige biomarkerorientierte Konzept einer „personalisierten Onkologie“ um die wesentliche Perspektive der individuellen Person des Patienten erweitert werden.

[1] Faktencheck Palliativversorgung – Modul 3: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende (2015), Herausgeber Bertelsmann Stiftung, abrufbar unter: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSI/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf.

[2] Dasch B, Kalies H, Feddersen B, Ruderer C, Hiddemann W, Bausewein C. Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. PLoS One. 2017; 12(4): e0175124.

Statement

Patientenorientierte Palliativversorgung – strukturelle Herausforderungen

Dr. Bernd Oliver Maier, St. Josefs-Hospital, Wiesbaden

2015 erschien das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. An vielen Stellen ist dadurch eine Sensibilisierung für Palliativthemen erfolgt. Leider kommt in der realen Versorgung von den beabsichtigten Verbesserungen, sowohl beim Leistungserbringer als auch bei den Patienten und ihren Angehörigen, noch zu wenig an.

Besonders bei onkologischen Patienten gibt es mittlerweile genügend Evidenz für den Nutzen eines frühzeitigen Einsatzes der Palliativmedizin, genau dann, wenn der Patient die Diagnose „unheilbar krank“ erhält. Trotzdem ist es bislang nicht geglückt, verbindliche Strukturen dafür zu schaffen, damit diese frühzeitige palliativmedizinische Versorgung auch beim Patienten ankommt.

Die meisten Patienten möchten am Lebensende gerne zuhause versorgt werden. Damit stellt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt man diesen Wunsch in die Behandlungsprozesse integriert. Auch um potenzielle Therapieempfehlungen am Lebensende in die Lebensrealität der Betroffenen zu übersetzen, braucht es rechtzeitige Planung. Dabei sollten Palliativmediziner, Fachärzte, Hausarzt und Pflege einbezogen werden. Das setzt aber Strukturen voraus, die im Vorfeld ein palliativmedizinisches Assessment ermöglichen. Außerdem fehlen im ambulanten Sektor palliativmedizinische Beratungsangebote für Angehörige und Patienten. Das ließe sich über Kooperationen der Palliativmedizin oder Pflege mit den bestehenden ambulanten Einrichtungen oder mit onkologischen Praxen einrichten.

Die Notwendigkeit für strukturelle Veränderungen wurde 2015 erstmals in einer S3-Leitlinie zur Palliativversorgung von Krebspatienten formuliert. In unserer Leitlinienarbeit haben wir klar zeigen können, wo es gute palliativmedizinische Evidenz gibt und wo noch Nachholbedarf besteht. Tatsächlich sehen wir die Notwendigkeit für mehr Forschung, sowohl für Therapiestudien als auch für Versorgungsforschung. Für das Defizit gibt es verschiedene Gründe: Bei Forschungsfragen, die nicht im Zusammenhang mit neuen Medikamenten oder Therapien stehen, ist das Interesse der Industrie an einer Studienfinanzierung gering. Außerdem erfolgt die Versorgung am Lebensende oft dezentral, also zum Beispiel im häuslichen Umfeld. Da ist es schwieriger, eine vernünftige Studienstruktur aufzubauen. Mittlerweile haben wir aber genügend Kompetenz, um solche Studien betreuen zu können. Es ist an der Zeit, dass für Palliativpatienten, vor allem am Lebensende, situationssensibel und ethisch verantwortlich geforscht wird.

Statement

Pflegenotstand in Deutschland

Torsten Rantzsch, Universitätsklinikum Düsseldorf

Rund 500.000 Menschen in Deutschland erhalten jedes Jahr die Diagnose Krebs – Tendenz steigend. Damit steigt auch der Bedarf an onkologisch qualifizierten Pflegefachpersonen unaufhörlich an. Doch schon heute können viele der offenen Stellen nicht besetzt werden. In deutschen Krankenhäusern fehlen rund 70.000 Pflegefachpersonen – in allen Bereichen. Onkologisch qualifizierte Pflegefachpersonen sind für die Versorgung der Patienten von zentraler Bedeutung. Sie steuern alle pflegerischen und therapeutischen Prozesse, führen fachpflegerische Interventionen durch und fördern die Therapietreue der Patienten durch individuelle Beratung und Unterstützung. Sie sind darin geschult, die Bedürfnisse von Patienten und ihren Bezugspersonen zu erkennen und professionell darauf einzugehen. Vielen dieser Spezialisten fehlt im Arbeitsalltag jedoch die Zeit, um sich auf ihre Kernaufgaben zu fokussieren. Zu sehr sind sie eingebunden in allgemeine Prozesse zur Aufrechterhaltung des Stationsbetriebes.

Auch für die onkologische Pflege gilt deshalb: Wir brauchen nicht nur mehr Pflegekräfte. Wir brauchen eine sachgerechte Personalbemessung und einen Qualifikationsmix auf den Stationen, der eine sinnvolle Arbeitsteilung und damit den Einsatz der Spezialisten entsprechend ihrer Qualifikation ermöglicht. Nur so stellen wir die hochwertige onkologische Versorgung auch in Zukunft sicher. Zugleich erhöhen wir die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Pflegenden länger zufrieden sind in ihrem Beruf – und bleiben.

Leider haben die Autoren des Koalitionsvertrages im Hinblick auf die Pflege im Krankenhaus auf jede Konkretisierung verzichtet, so dass unklar ist, bis wann die vage angekündigten Maßnahmen konkretisiert, verabschiedet und umgesetzt werden. Immerhin konnten sie sich jedoch darauf einigen, Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen festlegen zu wollen. Die Beschränkung auf sogenannte pflegesensitive Abteilungen scheint damit vom Tisch. Hoffen wir, dass es dabei bleibt. Denn dann wäre der Weg frei für die Definition von Personalschlüsseln, die den tatsächlichen Pflegebedarf berücksichtigen – auch in der Onkologie.

Statement

Pflegebedarf und Pflegeverantwortung in der Onkologie

Kerstin Paradies, Vorstandssprecherin der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) in der Deutschen Krebsgesellschaft, Hamburg

Krebstherapien erfordern oft ein besonderes Nebenwirkungsmanagement und entsprechende Unterstützung für den Patienten. Pflegekräfte müssen deshalb so ausgebildet sein, dass sie angemessen reagieren und ihre Funktion an der Schnittstelle zum Arzt, zum Psychoonkologen oder anderen wichtigen Spezialisten optimal ausfüllen können.

In Deutschland qualifizieren sich Pflegekräfte für diese verantwortungsvolle Aufgabe, indem sie erfolgreich eine zweijährige onkologische Fachweiterbildung absolvieren. Leider führt der Pflegenotstand dazu, dass onkologische Fachpflegekräfte oft nur eingeschränkt für die Aufgaben eingesetzt werden, für die sie weitergebildet sind. Im Krankenhaus geht es in erster Linie darum, den Stationsbetrieb aufrechtzuerhalten. Im ambulanten Bereich findet man onkologische Fachpflegekräfte aus Kostengründen meist nur in sehr großen Praxen.

Der Pflegenotstand ist offensichtlich. Eine einseitige Stärkung der Grundpflege würde aber die Versorgungslücke nicht beheben. Denn der spezielle Bedarf in der Onkologie ist evident. Wir plädieren daher auch für eine dem Bedarf der Patienten angemessene Erhöhung der Fachpflegeschlüssel, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

Wenn unser Gesundheitssystem den Pflegenotstand in den Griff bekommen möchte, muss der Pflegeberuf insgesamt attraktiver werden. Weniger Zeitdruck und gute Karrierechancen sind essenziell. Im Bereich Onkologie wäre die Harmonisierung der pflegerischen Weiterqualifizierung ein Anfang. Im ambulanten Bereich werden Aufgaben der onkologischen Fachpflege oft an speziell weitergebildete Assistenzberufe delegiert, obwohl deren Weiterbildung deutlich weniger umfangreich ist. Das erschwert eine faire Gehaltseinstufung. Beim Abbau des Zeitdrucks geht es nicht nur um mehr Pflegekräfte. Wir brauchen auch die Verbesserung von Arbeitsabläufen und neue Formen der Arbeitsteilung in der Pflege, die sich am Bedarf der Patienten orientieren (und durch Forschungsdaten gestützt werden). Die onkologische Fachpflege kann und will hier gerne mehr Verantwortung übernehmen, stößt dabei derzeit aber an die Grenzen im System.

CURRICULUM VITAE:



Univ.-Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot

Leiterin des Interdisziplinären Zentrums Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Würzburg

Schwerpunkte

- Palliativmedizin mit Schwerpunkt Frühintegration in die Onkologie, Patientenverfügungen und Vorausplanung zum Lebensende
- Palliative Strahlentherapie, Strahlentherapie zur Symptomlinderung
- Wissenschaftliche Leitung des DKH-geförderten BUKA-Projekts „Beratung und Unterstützung für Krebspatienten und ihre Angehörigen“ am CCC Mainfranken

Beruflicher Werdegang

Seit 2016	Vertretung der W2-Professur für Palliativmedizin Universität Würzburg
2015	Habilitation
Seit 2009	Leitung des Interdisziplinären Zentrums Palliativmedizin und Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Würzburg
2008 – 2009	Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Würzburg
2006 – 2008	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Würzburg
2006	Fachärztin für Radioonkologie
2005	Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
2004 – 2006	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Jena
2001 – 2004	Leitung des Modellvorhabens „Patienten als Partner – Tumorpatienten und ihr Mitwirken bei medizinischen Entscheidungen“, BMGS-Förderung, FSU Jena
1997 – 2001	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, FSU Jena
1996	Promotion

Mitgliedschaften, Auszeichnungen, Engagement

- Sprecherin der Arbeitsgruppe Palliative Strahlentherapie und Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) seit 2007
- Ko-Sprecherin der Arbeitsgruppe Palliativmedizin (APM) der Deutschen Krebsgesellschaft seit 2011
- Delegierte der APM und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in die Zertifizierungskommissionen der DKG für Onkologische Zentren sowie für Lungen- und Prostatakrebszentren
- Bundesverdienstkreuz am Bande für den Aufbau der Palliativ- und Hospizarbeit in Thüringen im Jahr 2005
- Thüringer Rose für das ehrenamtliche Engagement in der Hospizarbeit im Jahr 2002

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. Birgitt van Oorschot

Universitätsklinik Würzburg, Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin

Joseph-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg

Tel.: 0931 20128857

E-Mail: oorschot_b@ukw.de

CURRICULUM VITAE:



Dr. med. Bernd Oliver MAIER

Chefarzt Palliativmedizin und Interdisziplinäre Onkologie,
St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Schwerpunkt

- Palliativmedizin, Versorgungsstrukturen und -konzepte, interdisziplinäre Vernetzung mit onkologischen Fachdisziplinen

Beruflicher Werdegang

Seit 2013	Chefarzt für Palliativmedizin und Interdisziplinäre Onkologie am St. Josefs-Hospital Wiesbaden
2004 – 2013	Leitung der Abteilung Palliativmedizin an der HSK, Dr. Horst Schmidt Klinik Wiesbaden
2008	Master of Science in Palliative Medicine (Universität Bristol, GB; Prof. Geoffrey Hanks)
2004	Internist mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie

Mitgliedschaften, Auszeichnungen, Engagement

- Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin seit 2006
- Mitglied des Arbeitsausschusses Palliativmedizin des Präsidiums und des Gutachterausschusses der Hessischen Landesärztekammer
- Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen
- Sprecher der AG interdisziplinäre Onkologie
- Mitglied der Leitlinienkommission der DGP
- Kongresspräsident des DGP-Kongresses 2008/ 2020

Kontakt

Dr. Bernd Oliver Maier

Palliativmedizin und Interdisziplinäre Onkologie

St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH,

Beethovenstr. 20, 65189 Wiesbaden

Tel: 0611 1773830

E-Mail: sekretariatmed3@joho.de

CURRICULUM VITAE:

Dipl.-Kfm. Torsten RANTZSCH, MBA



Pflegedirektor und Mitglied des Vorstandes des
Universitätsklinikums Düsseldorf

Schwerpunkt

- Gesundheits- und Pflegemanagement

Beruflicher Werdegang

2011 – heute	Pflegedirektor und Vorstandsmitglied des Universitätsklinikums Düsseldorf
2009 – 2011	Pflegedirektor und Mitglied der Geschäftsleitung des Universitätsklinikums Gießen
2007	Master of Business Administration (MBA) an der Hamburger Universität
2000 – 2004	Studium des Gesundheits- und Pflegemanagements an der Osnabrücker Hochschule
1994 – 2009	Unterschiedliche führende Positionen als leitender Krankenpfleger bzw. stellvertretender Direktor für Patienten- und Pflegemanagement im Vorstand des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
1987 – 1994	Fachkrankenpfleger am Universitätsklinikum Leipzig und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
1984 – 1987	Studium der Krankenpflege an der medizinischen Fachschule der Kliniken Hubertusburg bei Leipzig

Mitgliedschaften, Auszeichnungen, Engagement

- Amtierender Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU e.V.)
- Mitglied des Deutschen Pflegerates (DPR) sowie der European Nurse Directors Association (ENDA e.V.).

Kontakt

Torsten Rantzsch

Pflegedirektor am Universitätsklinikum Düsseldorf

Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Tel.: 0211 8117107

E-Mail: torsten.rantzsch@med.uni-duesseldorf.de

CURRICULUM VITAE:

Kerstin PARADIES



Pflegeexpertin, Vorstandssprecherin der Konferenz
Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) in
der Deutschen Krebsgesellschaft

Schwerpunkte

- Onkologische Pflege
- Management im Gesundheitswesen

Beruflicher Werdegang

Seit 2017	Zentrums Koordinatorin am Ev. Amalie-Sieveling-Krankenhaus Hamburg
Seit 2009	Praxismanagerin
2008	Leitung einer onkologischen Tagesklinik
2007 – 2009	Ausbildung zur Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen
2001	Onkologische Fachpflegekraft (hämatologisch-onkologisch, gynäkologisch-onkologisch)
1980 – 2000	Krankenschwester

Mitgliedschaften, Auszeichnungen, Engagement

- Vorstandssprecherin der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Deutschen Krebsgesellschaft

Kontakt

Kerstin Paradies

Basaltweg 57, 22395 Hamburg

E-Mail: paradies@kok-krebsgesellschaft.de

CURRICULUM VITAE:

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas WIEGEL



Ärztlicher Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Ulm

Präsident des Deutschen Krebskongresses 2018

Schwerpunkte

- Radioonkologie, Strahlentherapie beim Prostatakarzinom

Beruflicher Werdegang

Seit 2005	Ärztlicher Direktor, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm
2001 – 2005	Professor, Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin/Charité – Universitätsmedizin Berlin
1999	Habilitation und Verleihung der Venia Legendi für das Fach „Strahlentherapie und Radioonkologie“, Fachbereich Humanmedizin der Freien Universität Berlin
1996 – 2005	Leitender Oberarzt, Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin
1994 – 1995	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin
1989 – 1994	Arzt im Praktikum, Assistenzarzt, Abteilung Strahlentherapie, Universitätskrankenhaus Hamburg
1991 – 1994	Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Urologie an der Universitätsklinik Mainz und DFG-Forschungsaufenthalt in den USA (Indianapolis)
1990	Promotion
1989	Abschluss des Studiums der Humanmedizin

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Wiegel

Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm

Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm

Tel.: 0731 50056101

E-Mail: thomas.wiegel@uniklinik-ulm.de