

Selbsthilfevereinigung zur Unterstützung erwachsener Leukämie- und Lymphompatienten e.V.  
Gründungsmitglied des Bundesverbandes Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V.

Tel. 0 25 06 - 67 68 . Fax 0 25 06 - 8 55 59

E-Mail: Leukaemie-Lymphom@selp.de . Internet: www.selp.de

Spendenkonto 2722 004 600 - Volksbank Münster eG (BLZ 401 600 50)

Münster, im Februar 2005

Liebe Vereinsmitglieder,  
liebe Freunde und Förderer !

## In eigener Sache

### 10 Jahre Regionalgruppe-S.E.L.P. e.V. Nürnberg



(v.l.n.r. Heidrun Schmid, Mitbegründerin der Regionalgruppe, Sibylle Seuter und Ursula Wolthuis)

1994 gründeten Heidrun Schmid und Gerda Winter aus eigener Betroffenheit die Nürnberger Regionalgruppe. Seitdem wird Erkrankten und Angehörigen mit großem Engagement in vielfältiger Form durch Gruppentreffen, Vorträge und Einzelgesprächen Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung gegeben.

Das 10-jährige Bestehen wurde am 16. Oktober 2004 in Nürnberg gefeiert. In einer sehr gelungenen Kombination von Feierstunde und Patienteninformationstag gab es neben viel Zeit zum persönlichen Austausch auch zwei sehr interessante und patientenverständliche Fachvorträge.

Prof. Dr. Wilhelm vom Nürnberger Klinikum Nord informierte über „Neue Therapieansätze bei Leukämien und Lymphomen“ und der niedergelassene Hämatologe Dr. Kappauf aus Starnberg berichtete über die „Psychoonkologie“ als ein Qualitätsmerkmal in einer modernen Krebsmedizin.

Abgerundet wurde die Veranstaltung durch musikalische Einlagen.



Blick ins Auditorium während der Vorträge

Die S.E.L.P.-Münster dankt nochmals den Initiatorinnen der Regionalgruppe und den Organisatorinnen der 10-Jahresfeier für ihr großes, seit vielen Jahren eingebrachtes Engagement!

### 15 Jahre S.E.L.P. e.V. Münster Patienten-Informationstag, 03.09.2005

Anlässlich des 15jährigen Vereinsbestehens veranstalten wir am 03. September einen Patiententag unter dem Motto „Körper, Geist, Seele - Der ganze Mensch im Mittelpunkt“. Bei der Veranstaltung verzichteten wir ganz bewusst auf die reine Darstellung medizinischer Sachverhalte, da dieser Teilaspekt bei allen Patientenveranstaltungen -fast ausschließlich- im Vordergrund steht.

Wir wollen vielmehr auf die psychischen Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung eingehen und mögliche, vielleicht auch ungewöhnliche Hilfen zur Bewältigung dieser schwierigen Lebenssituation aufzeigen. So gibt es neben Vorträgen zu den Themen Krankheitsbewältigung, alternativen Therapieformen, Mal- und Musik-„Therapie“ sowie

Sport auch die Möglichkeit des praktischen Ausprobierens in parallel stattfindenden Workshops.

### **Dank an unsere Spender**

An dieser Stelle bedanken wir uns ganz herzlich bei allen Spendern, die mit ihrer finanziellen Zuwendung unsere Arbeit überhaupt erst ermöglichen.

Unser ganz besonderer Dank und unser Mitgefühl gilt denjenigen von Ihnen, die zu Kondolenzspenden zugunsten der S.E.L.P. e.V. aufgerufen haben.

Ohne Ihre Unterstützung könnten wir unsere vielfältigen Aufgaben nicht erfüllen.

### **Auch wir erfüllen Herzenswünsche**

Gerade in Zeiten leerer Kassen werden an uns immer häufiger „Herzenswünsche“ herangetragen. Stationären Patienten fehlt das Geld für ganz profane Dinge wie z.B. Deodorants, Nachwäsche oder Pantoffeln. Oder für Fahrtkosten zur Klinik, zur Kinderbetreuung und, und, und.

Die Ausstattung der Leukämie- und Lymphomstationen ist ebenfalls weiter verbesserungswürdig. Als nächstes größeres Projekt steht die Umgestaltung des Aufenthaltsbereichs vor der Station 11 B Ost in der Uniklinik Münster an.

Wir freuen uns, wenn Sie uns auch weiterhin bei unserer Arbeit unterstützen.

### **Selbsthilfeförderung gemäß § 20 Abs. 4 SGB V durch Krankenkassen**

Im Jahr 2004 erhielten wir für unterschiedliche Projekte insgesamt 3020,80 € (Vorjahr: 3.750,-- €) an Selbsthilfeförderung: Landesverband der BKK in NRW 1.800,-- €, DAK 250,-- €, BEK 450,-- € und IKK 520,80 €

Anträge wurden auch an die GEK, die KKH und die TK gestellt. Von diesen Krankenkassen erhielten wir allerdings nicht einmal eine Eingangsbestätigung. Wir nahmen die ZDF-Meldung, „Selbsthilfegruppen würden die bereitgestellten Fördergelder nicht ausschöpfen“ zum Anlaß, bei diesen Kassen nochmals nachzufragen. Aber auch diese Nachfrage blieb unbeantwortet.

### **Meldungen**

#### **Gesundheitsreform**

**Krankenkassen zahlen ab 01.01.2005 nur noch Festbeträge**

Mit den sogenannten Festbeträgen ist ein erstattungsfähiger Höchstbetrag für Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel gemeint, der von den Krankenkassen übernommen wird. Mit dieser Maßnahme sollen Kosten im Bereich der Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel eingespart werden: bei Hilfsmittelherstellern und Pharmakonzernen hofft man auf einen Preiswettbewerb, in dem z.B. die Preise auf den Festbetrag gesenkt werden; Ärzte sollen kostengünstige Arznei- und Hilfsmittel verordnen.

Die Verordnung von teureren Mitteln ist auch weiterhin möglich.

**Aber:** Übersteigen die Kosten den Festbetrag, muß der Patient zusätzlich zu den gesetzlichen Zuzahlungen die Differenz zwischen Festbetrag und Verkaufspreis für das Medikament bzw. Hilfsmittel selbst zahlen. Dieser Differenzbetrag wird nicht bei der „Belastungsgrenze für Zuzahlungen“ (2% des Jahres-Bruttoeinkommens bzw. 1% bei schwerwiegend chronisch Kranken; siehe hierzu Rundbrief 24) berücksichtigt, ist also reines „Privatvergnügen“ und kann höchstens in der Steuererklärung als außergewöhnliche Belastung geltend gemacht werden.

Will ein Arzt ein Medikament bzw. Hilfsmittel verordnen, das oberhalb des Festbetrags liegt, muß er den Patienten darüber informieren. Kann oder will der Patient den Differenzbetrag nicht aufbringen, muß der Arzt z.B. bei Medikamenten einen anderen Wirkstoff verschreiben.

Solange für ein Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel kein Festbetrag bestimmt wurde, übernimmt die Krankenkasse nach wie vor die vertraglichen bzw. wirtschaftlichen Kosten abzüglich der Zuzahlungen des Versicherten.

Um eine Billigmedizin zu vermeiden, will der Gesetzgeber die Festbeträge allerdings in einer Höhe festlegen, die eine medizinisch ausreichende, zweckmäßige und qualitativ anspruchsvolle Versorgung der Patienten sicherstellen soll.

Aus Sicht der Krankenkassen soll die Versorgung mit Hilfsmitteln ohne Aufzahlung aber in jedem Fall möglich sein. Sie wollen ihren Mitgliedern Gerätehersteller nennen, die entsprechende Mittel zum Festpreis anbieten.

### **Beitrag zur Pflegeversicherung wird für Kinderlose zum 01.01.2005 erhöht**

Der Pflegebeitrag soll zum 1. Januar 2005 für Kinderlose um 0,25% steigen. Versicherte ohne Kinder müssen somit für die Pflegeversi-

cherung statt 0,85% künftig monatlich 1,1% des Bruttoeinkommens bezahlen.

Von dieser Erhöhung ausgenommen sind alle Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie alle Mitglieder, die vor dem 1.1.1940 geboren wurden. Ferner sind Wehr- und Zivildienstleistende sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II ausgenommen. Der Beitragszuschlag ist nicht nur aus dem Arbeitsentgelt einer Beschäftigung, sondern auch aus den sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen (z.B. Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezug / Betriebsrente) zu erheben.

Als Kinder berücksichtigt werden neben leiblichen Kindern auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder.

Um nicht als kinderlos zu gelten, ist ein Nachweis der sogenannten Elterneigenschaft gegenüber der beitragsabführenden Stelle (z.B. Arbeitgeber, Reha-Träger, Rentenversicherungsträger, Zahlstelle der Versorgungsbezüge) zu erbringen. Sofern diesen Stellen die Elterneigenschaft bereits bekannt ist, z.B. durch die Eintragung eines Kinderfreibetrags auf der Lohnsteuerkarte, ist ein nochmaliger Nachweis nicht notwendig.

**Wichtig:** Ist der beitragsabführenden Stelle die Elterneigenschaft nicht bekannt, unbedingt entsprechende Nachweise einreichen. Dies gilt z.B. für Personen, die ihren Beitrag zur Pflegeversicherung direkt an die Krankenkasse zahlen, für freiwillig krankenversicherte Mitglieder (falls das Kind nicht über das Mitglied familienversichert und somit bekannt ist) oder auch für Eltern, deren Kind gestorben ist, aber lebend geboren wurde. Als Nachweis gelten u.a. Geburts-, Abstammungs- und Adoptionsurkunde, steuerliche Lebensbescheinigungen, Erziehungsgeldbescheid.

Ausführliche Informationen zum Nachweise stehen im Internet unter [www.vdak-aev.de](http://www.vdak-aev.de) (Stichwort Pflegeversicherung / Kinderberücksichtigungsgesetz)

### **Xagrid® (Wirkstoff Anagrelide) EU-weit Zugelassen**

Xagrid® (Wirkstoff: Anagrelide) wurde am 16. November 2004 EU-weit für die Behandlung der Essentiellen Thrombozythämie (ET) zugelassen. Die ET ist eine Erkrankung des Knochenmarks, bei der übermäßig viele Thrombozyten (Blutplättchen) gebildet werden. EU-weit gibt es ca. 40.000 Patienten mit ET. Xagrid® ist ab Januar 2005 auf dem deut-

schen Markt erhältlich und reduziert selektiv die Bildung der Thrombozyten.

### **Fludarabin oral zugelassen zur CLL- Primärtherapie**

Das EU-Verfahren zur Änderung der Zulassung von Fludara® Oral (Fludarabin) ist erfolgreich abgeschlossen worden. Damit ist das Präparat jetzt auch zur Primärtherapie bei chronisch-lymphatischer Leukämie (B-CLL) freigegeben.

Die Indikationserweiterung basiert auf Ergebnissen einer europäischen Phase-II-Studie. Darin wurde bestätigt, daß unter anderem die Ansprechraten denen entsprachen, die mit der intravenösen Applikation von Fludarabin in der Primärtherapie bei B-CLL erzielt wurden. Die Formulierung zur oralen Therapie war bislang zur Zweitlinientherapie bei B-CLL zugelassen.

### **Krebsschmerztelefon des Krebsinfor- mationsdienstes (KID)**

Die kostenlose Hotline (06221 – 422000) des KID gehört zum Deutschen Krebsforschungszentrum und vermittelt in laienverständlicher Sprache Informationen über die Behandlung von Tumorschmerzpatienten und den Umgang mit Nebenwirkungen. Des Weiteren bietet der KID Adressen von wohnortnahen schmerztherapeutischen Einrichtungen, Physio- und Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Schmerztherapie, Palliativeinrichtungen und Hospizen. Auf der Internetseite [www.ksid.de](http://www.ksid.de) finden sich Informationen zum Thema Tumorschmerzen und Palliativmedizin.

### **Polizei warnt vor Wundermittel NIAT 35C**

Die Polizei hat vor dem angeblichen Krebswundermittel NIAT 35C gewarnt, das per Brief in mehreren Bundesländern angeboten wird. Nach Angaben des saarländischen Landeskriminalamtes versuchen die "besonders perfiden Betrüger", die Notsituation von schwerkranken Krebspatienten und deren unmittelbarem Umfeld auszunutzen.

Das Mittel soll bösartige Tumore wirksam schrumpfen lassen. Interessenten werden aufgefordert, das Präparat per Anrufbeantworter in Bangkok zu bestellen. Die Tagesdosis von zwei Ampullen koste 645 Euro.

### **Informationen zu 1.200 deutschen Reha- Kliniken**

In der Neuauflage des kostenpflichtigen Handbuchs „Reha-Kliniken und Vorsorge“ in Deutschland werden in der neuen Ausgabe

des Handbuchs Reha-Kliniken und Vorsorge mit Adressen und Indikationen erfaßt.

Ergänzend gibt es Infos etwa zu den neuen Reha-Einweisungsrichtlinien, die im April 2005 in Kraft treten. Jedem Exemplar des bei der Medizinische Medien Informations GmbH erschienenen Handbuchs liegt eine CD-ROM-Ausgabe bei.

Ab Januar 2005 sind die Infos mit zusätzlichen Recherchemöglichkeiten auch unter [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de) verfügbar.

Infos und Bestellung: Service-Nr. 08 00 – 6 33 46 30

## **Abs tracts**

der Vorträge vom 5. Patienten- und Angehörigensymposium der Non-Hodgkin-Lymphome Hilfe NRW vom 09./10.10.2003 in Dortmund

### **Neue Therapieöglichkeiten für maligne Non-Hodgkin-Lymphome (Antikörper, Radioimmuntherapie)**

Prof. Dr. Norbert Gattermann, Klinik für Hämatologie, Onkologie und klinische Immunologie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Bisher waren Chemotherapie und Bestrahlung die bewährten Behandlungsformen für maligne Lymphome. Seit einigen Jahren ist jedoch die Antikörper-Therapie als neues wirksames Verfahren hinzugetreten. Antikörper sind Eiweißstoffe, die vom Immunsystem gebildet werden, um Fremdkörper wie Bakterien oder Viren zu erkennen und zu binden. Durch die Antikörperbindung werden verschiedene Komponenten des Immunsystems auf den Fremdkörper aufmerksam gemacht und in die Lage versetzt, ihn zu zerstören. Antikörper können auch an Tumorzellen binden. Voraussetzung ist jedoch, daß die Tumorzellen bestimmte Oberflächenstrukturen (Antigene) aufweisen.

Ein großer Teil der Lymphomzellen trägt an der Zelloberfläche das CD20-Antigen. Gegen diese Struktur wurde der Anti-CD20-Antikörper Rituximab (MabThera®) entwickelt, der durch seine hohe Wirksamkeit und gute Verträglichkeit einen erheblichen Fortschritt in der Lymphombehandlung bewirkt hat. Rituximab wurde 1998 in Deutschland für die Rückfall-Behandlung von niedrigmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen zugelassen. Später wurde die Indikation auch auf hochmaligne Lymphome erweitert. Besonders wirksam ist Rituximab in Kombination mit einer Chemotherapie.

Gegen ein anderes Antigen, nämlich CD52, richtet sich der Antikörper Alemtuzumab

(MabCampath®), der bisher für die Behandlung von Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) zugelassen ist, die nach Vorbehandlung mit Fludarabin-Chemotherapie einen Rückfall zeigt.

Um die Wirksamkeit der Immuntherapie mit Antikörpern noch weiter zu erhöhen, wurde deren Kopplung mit einem Radioisotop entwickelt (Radioimmuntherapie). Radioisotope sind Atome, die Energie in Form von Strahlung abgeben und dadurch Krebszellen abtöten können. Die Strahlungsquelle wird durch die Bindung des Antikörpers ganz nahe an die Lymphomzellen herangetragen, so daß eine größtmögliche Schonung gesunder Gewebe erreicht wird. Bei dem Radioimmuntherapiepräparat Zevalin® ist der B-Zell-Antikörper Ibritumomab mit dem Beta-Strahler Yttrium-90 gekoppelt. Dieses Präparat kann auch nach Versagen einer Chemotherapie oder einer konventionellen Antikörper-Behandlung noch Therapieerfolge erzielen. Deshalb ist die Therapie mit Zevalin® für die Behandlung von Patienten mit follikulärem B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom zugelassen, die nach einer Behandlung mit Rituximab einen Rückfall erleiden oder gar nicht auf eine Therapie mit Rituximab angesprochen haben. Im Rahmen von Studien wird geprüft, ob sich die Behandlungserfolge durch Kombination der Radioimmuntherapie mit hochdosierter Chemotherapie und Stammzelltransplantation noch weiter verbessern lassen.

### **Indolente Non-Hodgkin-Lymphome**

PD Dr. G. Meckenstock, St. Josef-Hospital, Gelsenkirchen

Non-Hodgkin-Lymphome gehören auch in Deutschland zu den zehn häufigsten Krebserkrankungen, und ihre Häufigkeit ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten deutlich angestiegen. Als Konsequenz intensiver Forschung ist jedoch glücklicherweise Bewegung in die Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen gekommen. Zunächst konnte eine neue Klassifikation (WHO-Klassifikation) definiert werden, die neben morphologischen auch immunologische und genetische Kriterien einbezieht. Damit ist eine genauere Einordnung der verschiedenen Lymphomtypen möglich geworden. Die frühere Trennung von niedrig- und hochmalignen Lymphomen ist dabei zwar verlassen worden, für den klinischen Gebrauch werden aber weiterhin „indolente“ und „aggressive“ Lymphome voneinander unterschieden.

Die Entdeckung spezieller Oberflächenstrukturen auf Zellen („Antigene“) ermöglichte nicht nur die Entwicklung diagnostisch nutzbarer, sondern insbesondere auch therapeutisch anwendbarer Antikörper, wie beispielsweise der CD20-Antikörper (Rituximab) oder der CD52-Antikörper (Alemtuzumab). Diese können Lymphomzellen, welche die entsprechenden Antigene tragen, „selektiv“ zerstören und leisten damit einen wesentlichen Beitrag in der Lymphombehandlung.

Im Rahmen der genetischen Forschung war es möglich, spezifische, nur bei bestimmten Lymphomtypen vorkommende Chromosomenveränderungen zu definieren. Dies trägt inzwischen zur Diagnosesicherung bei, ermöglicht darüber hinaus aber auch den empfindlichen Nachweis von Lymphomzellen während der Behandlung („molekulares Monitoring“).

Bei indolenten – früher „niedrigmalignen“ – Non-Hodgkin-Lymphomen ist die Art und Weise der Behandlung abhängig von dem Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung („Histologie“) und vom Erkrankungsstadium. Frühe Stadien (I und II) können mittels alleiniger Strahlentherapie geheilt werden. Bei etwa 95% der Patienten kann die Erkrankung vollständig zurückgedrängt werden („komplette Remission“), 50-60% bleiben langfristig rückfallfrei.

Bei fortgeschrittenen Stadien (III und IV) können die Maßnahmen von der alleinigen regelmäßigen Verlaufskontrolle („wait and watch“) auf der einen Seite bis hin zur Hochdosis-Chemotherapie mit Stammzelltransplantation auf der anderen Seite reichen, abhängig vom Verlauf der Erkrankung und ihrer speziellen Ausprägung. Für die „konventionelle“, also nicht hochdosierte Chemotherapie hat sich herausgestellt, dass neben dem üblichen „CHOP-Protokoll“ auch andere Zytostatikakombinationen, z.B. mit Fludarabin oder Bendamustin, eine vergleichbare Wirksamkeit haben. Die Kombination des CHOP-Protokolls mit dem CD20-Antikörper hat die Prognose von Patienten mit Follikulären Lymphomen und Mantelzelllymphomen deutlich verbessert, wie in verschiedenen Studien gezeigt werden konnte. Hochdosis-Chemotherapie und autologe Stammzelltransplantation haben ebenfalls die Prognose verbessert, sowohl bei rückfälliger („rezidivierender“) bzw. zunehmender („progredienter“) Erkrankung als auch – bei jüngeren Patienten – in der Erstlinientherapie.

Bei Lymphomrezidiv und –progress ist auch die allogene Stammzelltransplantation, also die Übertragung von Zellen eines Familien- oder Fremdspenders, eine Erfolg versprechende Behandlungsmöglichkeit. Die allogene Stammzelltransplantation mit weniger toxischer Chemo- und Strahlentherapie, zu Beginn auch „Mini-Transplantation“ genannt, stellt darüber hinaus eine hoffnungsvolle therapeutische Perspektive auch für ältere Patienten dar.

## **T-Zell-Lymphome**

*PD Dr. Claudia Binder, Universität Göttingen*

T-Zell-Lymphome sind eine relativ seltene Untergruppe der Non-Hodgkin-Lymphome (T-NHL). Sie nehmen ihren Ausgang von den lymphatischen T-Zellen, die mit ca. 80% die Hauptmenge aller Lymphozyten darstellen. Sie sind normalerweise verantwortlich für die zelluläre Immunreaktion des Körpers gegen infizierte und bösartige Zellen, aber auch gegen fremde Zellen im Rahmen der Abstoßungsreaktion nach Transplantationen.

T-NHL werden unterteilt in unreife Vorläufer-T-NHL, die im Prinzip den akuten lymphatischen Leukämien entsprechen, und in reife sog. periphere T-NHL. Unter letzteren finden sich langsam fortschreitende Lymphome wie die sog. kutanen T-NHL, die von der Haut ausgehen und oft lange Zeit auf diese beschränkt bleiben. Es gehören aber auch aggressiv verlaufende Erkrankungen dazu wie das großzellig anaplastische T-NHL und die anderweitig nicht spezifizierbaren peripheren T-NHL.

Generell haben T-NHL im Vergleich zu den entsprechenden B-Zell-Lymphomen eine schlechtere Prognose. Einerseits werden sie oft erst in fortgeschrittenen Stadien erkannt, andererseits sprechen sie schlechter auf die üblichen Therapien an. Ausnahmen davon sind die schon erwähnten Haut-Lymphome sowie das großzellig anaplastische T-NHL, insbesondere wenn es genetisch eine Translokation zwischen den Chromosomen 2 und 5 aufweist. Dieses Lymphom verläuft zwar klinisch aggressiv, zeigt jedoch im allgemeinen ein gutes Ansprechen auf die entsprechende Therapie.

Die Behandlung der kutanen T-NHL besteht vor allem in lokalen Maßnahmen gegen die Hauterscheinungen. Erst bei Nachweis eines Organ-Befalles wird eine systemische Chemotherapie erforderlich. T-NHL werden prinzipiell mit denselben Therapiekonzepten be-

handelt, die auch bei B-NHL zur Anwendung kommen. In Anbetracht ihrer schlechteren Wirksamkeit wurden in letzter Zeit Versuche unternommen, durch Therapie-Intensivierung die Ergebnisse zu verbessern. Dazu kommen sowohl eine Hochdosistherapie mit anschließender Eigen-Stammzell-Rückgabe als auch eine frühzeitige Fremdspender-Stammzell-Transplantation in Frage. Eine attraktive neue Therapieoption bietet auch der Antikörper Mabcampath®. Er ist gegen spezifische Oberflächenmerkmale der T-Zellen gerichtet und kann mit und ohne Chemotherapie eingesetzt werden. Insbesondere bei den kutanen T-NHL sind die Ergebnisse vielversprechend. Ein gewisses Problem bei der Antikörpertherapie wie auch bei allen anderen intensiveren Therapieformen stellt die bei den T-NHL ohnehin gestörte Immunantwort des Patienten dar. Sie wird durch die Behandlung vorübergehend noch verstärkt, was zu schweren infektiösen Komplikationen führen kann.

Zusammenfassend ist eine Verbesserung der Therapie-Ergebnisse bei T-NHL dringend erforderlich. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung liegen nur wenige gesicherte Ergebnisse vor. Es ist daher zu wünschen, dass Patienten mit T-NHL vor allem im Rahmen von wissenschaftlich überwachten Studien behandelt werden, um neue Therapie-Ansätze zu überprüfen. Auf jeden Fall sollte die Betreuung durch in dieser Erkrankung erfahrene Ärzte erfolgen.

### **Chronische lymphatische Leukämie (CLL)**

PD Dr. C.-M. Wendtner, Oberarzt d. Klinik I für Innere Medizin Universität zu Köln, Joseph-Stelzmann-Strasse 9, D-50924 KÖLN, Tel.: 02 21 - 47 88 67 20, Fax: 02 21 - 47 88 67 79

Die CLL stellt die häufigste Form der Leukämie im Erwachsenenalter dar. Nach heutigem Wissen gibt es keine klar definierten Umweltfaktoren wie ionisierende Strahlung oder Chemikalienexposition, die für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko prädisponieren. Bei über 80% der Patienten mit CLL lassen sich chromosomale Veränderungen nachweisen, die für die individuelle Prognoseabschätzung und damit für eine risikoadaptierte Therapie von Bedeutung sind. Eine Therapie der CLL ist außerhalb von klinischen Studien nur in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien angezeigt, während Patienten in einem frühen Erkrankungsstadium lediglich beobachtet werden und nur bei Auftreten von Progressionszeichen therapiert werden sollten. Inwieweit eine frühe Therapie auch für

Patienten mit hohem Risikoprofil auf der Basis zytogenetischer und molekularer Marker von Vorteil ist, wird derzeit im Rahmen von Studien der Deutschen CLL Studiengruppe (DCLLSG) geprüft. Ist bei einem Patienten eine klare Indikation für eine Therapie der CLL gegeben, stehen für die systemische Chemotherapie eine Fülle von wirksamen Substanzen zur Verfügung. Neben Chlorambucil, welches seit mehreren Jahrzehnten eingesetzt wird, sind insbesondere Chemotherapien auf der Basis von sog. Purinanaloga, z.B. Fludarabin, zu nennen. In großen Therapiestudien konnte die Effektivität der Kombination von Fludarabin und Cyclophosphamid gezeigt werden. Darüber hinaus stehen sog. monoklonale Antikörper wie Rituximab und Alemtuzumab für die Therapie der Patienten mit CLL zur Verfügung. Eine weitere vielversprechende Substanz für die Therapie der CLL ist Bendamustin. Schließlich werden gegenwärtig neuartige Substanzen entwickelt, die in den Zellzyklus und in die Signalübertragungswege der CLL-Zelle eingreifen. Die allogene Transplantation ist als eine Therapie-maßnahme zu diskutieren, die zwar Aussicht auf Heilung verspricht, jedoch auch mit erheblichen Risiken für den Patienten verbunden ist und als experimentelles Verfahren bei der CLL nur im Rahmen von kontrollierten Therapiestudien erfolgen sollte. Zusammenfassend gibt es keine allgemeingültige Standardtherapie bei der CLL, daher sollte die Behandlung am besten im Rahmen von aktuellen Therapieoptimierungsprotokollen erfolgen, wie sie die Deutsche CLL Studiengruppe für den deutschsprachigen Raum anbietet (siehe auch <http://www.dclsg.de>). Entscheidend wird sein, dass durch eine Therapie der CLL nicht nur die Lebenszeit verlängert, sondern auch die Lebensqualität für den Patienten wesentlich verbessert wird.

### **Plasmozytom / Multiples Myelom**

Prof. Dr. R. Haas, Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Hämatologie, Onkologie und klinische Immunologie

Das Multiple Myelom ist eine bösartige Krebserkrankung des Knochenmarks, die gekennzeichnet ist durch eine monoklonale Vermehrung von Plasmazellen im Knochenmark, dem Vorhandensein von Osteolysen im Skelettsystem und dem Nachweis eines Paraproteins im Serum und/oder Urin der Patienten.

Die Erkrankung ist zur Zeit nicht heilbar. Bei Patienten in der Altersgruppe bis 65 Jahre stellt die Hochdosischemotherapie mit anschliessender autologer Blutstammzelltransplantation den „Goldstandard“ der Primärtherapie dar. Im Vergleich zur konventionellen Chemotherapie kann durch den Einsatz der Hochdosis-chemotherapie das progressionsfreie und das Gesamtüberleben der Patienten verlängert werden. Die therapieassoziierte Mortalität bei dieser Behandlungsoption ist zudem extrem gering. Um die Rate an kompletten Remissionen zu erhöhen und damit auch das Gesamtüberleben zu verlängern, wurden verschiedene Varianten der autologen Transplantation bei Patienten mit Multiplem Myelom in klinischen Studien geprüft. Mit einer weiteren Dosisintensivierung der Konditionierung konnten keine verbesserten Resultate erzielt werden. Ob eine zweifache Hochdosistherapie, eine Tandem-Transplantation, zu einem verbesserten Überleben führt, ist zur Zeit nicht eindeutig geklärt. Eine andere Möglichkeit zur Verbesserung der Therapieerfolge liegt in der Art der Erhaltungstherapie nach Transplantation. Interferon, Thalidomid oder eine allogene Transplantation mit minimaler Konditionierung stehen hier zur Verfügung und werden innerhalb von Studien getestet.

Trotz den erheblichen Anstrengungen zur Verbesserung der Therapie kommt es bei den meisten Patienten zum Rezidiv der Erkrankung. In diesem Fall stehen eine erneute Hochdosistherapie, eine konventionelle Chemotherapie, Thalidomid oder neue Substanzen wie z.B. Velcade oder Revimid als therapeutische Optionen zur Verfügung. Die Auswahl der geeigneten Rezidivtherapie richtet sich hierbei nach dem individuellen Risikoprofil des Patienten und dem bisherigen Krankheitsverlauf.

Neben den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten führen aber auch Weiterentwicklungen der diagnostischen Möglichkeiten zu Verbesserungen der Behandlung. Die quantitative Bestimmung der freien Leichtketten im Serum der Patienten erleichtert die regelmässigen Verlaufskontrollen bei Patienten mit Leichtkettenerkrankung und liefert bei einigen Patienten mit asekretorischem Myelom erstmalig einen Verlaufsparemeter. Die molekularbiologische Bestimmung der minimalen Resterkrankung vor und nach Hochdosistherapie hilft das

individuelle Risiko eines Rezidives näher zu bestimmen und Rezidive früher zu erkennen. Es besteht daher die Hoffnung die Gesamtprognose der Patienten mit Multiplem Myelom in Zukunft weiter zu verbessern.

## **Hodgkin-Lymphome**

PD Dr. M. Reiser, Uniklinik Köln

Das Hodgkin Lymphom ist eine bösartige Erkrankung des lymphatischen Systems ungeklärter Ursache. Jährlich erkranken 2-4 Personen / 100.000 Einwohner. Mit modernen Therapiekonzepten, einer Kombination aus Strahlen- und Chemotherapie, betragen heute die Heilungschancen ca. 80 bis 90 Prozent. Die Therapieintensität richtet sich nach dem Ausbreitungsgrad (Krankheitsstadium) des Lymphoms. Die guten Heilungschancen gelten dabei auch für Patienten in fortgeschrittenen Stadien.

Damit gehört das Hodgkin Lymphom heute zu den bösartigen Erkrankungen des Erwachsenen, die die höchste Heilungsrate haben. Seit 1978 führt die Deutschen Hodgkin Studiengruppe (DHSG) Therapiestudien durch, die die Therapie der Ersterkrankung eines Hodgkin-Lymphoms stetig verbessert haben. Aufgrund der guten Ergebnisse der modernen Kombinationstherapien, ist das Hauptziel der aktuellen Studien die Aggressivität der Therapie so weit wie möglich zu reduzieren, um die akute Belastung der Patienten zu verringern und die Entstehung von Spätfolgen, insbesondere von Zweittumoren zu verhindern, ohne dabei jedoch die erreichten Heilungserfolge zu schmälern.

Seit Januar 2003 haben folgende neue Studien der DHSG begonnen (*HD 13-15*): Für Patienten in einem *frühen* Krankheitsstadium im Alter von 18 bis 75 Jahren werden in der *HD13-Studie* Therapiestrategien geprüft, die geringere Nebenwirkungen haben, bei gleichzeitigem Erhalt der für diese Patienten erreichten über 90-prozentigen Heilungsrate. Ziel der *HD14-Studie* für Patienten in *mittleren* Erkrankungsstadien im Alter von 18 bis 60 Jahren ist es, das rückfallsfreie Überleben von zurzeit 80 Prozent auf über 90 Prozent bei tolerablen Nebenwirkungen anzuheben. Damit bei der Behandlung von Patienten (18 bis 60 Jahre) in *fortgeschrittenen* Krankheitsstadien weniger akute und chronische Nebenwirkungen auftreten, soll in der *HD15-Studie* die Intensität der hoch wirksamen BEACOPP-Chemotherapie möglichst reduziert werden, ohne dabei die in der vorherge-

henden Studiengeneration erstmalig erreichten hohen Heilungserfolge zu schmälern. Zusätzlich wird in der *HD15-Studie* der Stellenwert einer neuen Untersuchungsmethode (PET) ermittelt, sowie die Auswirkung einer Zusatzmedikation (Erythropoetin) auf den Transfusionsbedarf bei Blutarmut und die Lebensqualität geprüft. Die Frage nach der Lebensqualität der Patienten unter und nach Therapie spielt in allen drei Studien zunehmend eine Rolle.

In einer Beobachtungsstudie (*LPHD*) für Hodgkin-Patienten, die aufgrund eines bestimmten Gewebetyps eine günstige Prognose haben (lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom im Stadium IA ohne Risikofaktoren), wird untersucht, ob mit einer alleinigen und auf ein kleines Feld beschränkten Bestrahlung gute Behandlungserfolge erzielt werden können. Die Studienergebnisse werden mit Ergebnissen aus älteren Studien (größeres Strahlenfeld, kombinierte Strahlen- und Chemotherapie) verglichen.

Weitere kürzlich gestartete Studien beinhalten Therapiekonzepte für Patienten mit einer Hodgkin-Ersterkrankung in intermediären und fortgeschrittenen Stadien über 60 Jahre (*BACOPP-Studie*; *PVAG-Studie*). Eine andere Studie (*PROFE-Studie*) prüft bei 18-40-jährigen Patientinnen mit fortgeschrittenem Stadium, zu welchem Maß bestimmte Begleittherapien die Fruchtbarkeit trotz intensiver Chemotherapie erhalten können.

Für Patienten im Alter von 18 bis 60 Jahren, die nach erfolgreicher Erstbehandlung einen Rückfall der Erkrankung erleiden, führt die Studiengruppe derzeit die *HD-R2-Studie* durch, mit der sie die Wirksamkeit und Verträglichkeit zweier Hochdosis-Chemotherapie-Konzepte gegeneinander prüft.

### **Aktuelle Therapiekonzepte in der Stammzelltransplantation**

Dr. C. Teschendorf, Medizinische Universitätsklinik, Knappschaftskrankenhaus, Bochum

Die Wirksamkeit der Hochdosischemotherapie mit autologer (d. h. Patienten eigene) Blutstammzelltransplantation ist für verschiedene Tumore, u. a. das Plasmozytom und die Non-Hodgkin-Lymphome, belegt. Das Prinzip dieser Therapie beruht auf einer „Dosisintensivierung“, d. h. es wird versucht durch eine hoch dosierte, intensive Chemotherapie den Tumor bestmöglich zu bekämpfen. Hierzu muss man sich eines „Tricks“ bedienen, nämlich des Ein-

satzes von Blutstammzellen, da eine solch hoch dosierte Chemotherapie ansonsten das blutbildende Knochenmark dauerhaft schädigt. Der „Trick“ besteht darin, dem Körper im Vorfeld Blutstammzellen zu entnehmen, diese einzufrieren und so ein Teil der Blutbildung auszulagern, um sie dem Patienten später zurückzugeben. Blutstammzellen, aus denen sich rote und weiße Blutkörperchen (Erythrozyten und Leukozyten) sowie Blutplättchen (Thrombozyten) entwickeln, befinden sich im Knochenmark, dem Ort der Blutbildung. Bezogen auf die Gesamtzellzahl des Knochenmarkes machen sie nur einen sehr geringen Anteil aus- vermutlich weniger als  $1/1.000.000$  der Zellen des Knochenmarks. Die Gewinnung der für die Transplantation notwendigen Blutstammzellen geschieht heute schonend aus dem peripheren Blut. In den 80er Jahren wurde erkannt, dass Blutstammzellen unter bestimmten Umständen nicht nur im Knochenmark sondern auch im peripheren Blut vorhanden sind. So werden sie z. B. nach einer Chemotherapie in der Erholungsphase des Knochenmarkes in den Blutstrom ausgeschwemmt. Mit Hilfe von bestimmten Wachstumsfaktoren, wie z. B. (G-CSF), kann eine zusätzliche Mobilisierung der Stammzellen aus dem Knochenmark erreicht werden. Die Konzentration der Blutstammzellen lässt sich so bis aufs tausendfache steigern. Mit Hilfe einer speziellen Technik, der sogenannten Leukapherese, werden die Blutstammzellen aus dem Blut abgeschöpft und anschließend eingefroren. Nach Gabe der Hochdosischemotherapie werden diese eingefrorenen Blutstammzellen aufgetaut und dem Patienten zurückgegeben.

Mehr als 75 % der ca. 2.300 autologen Transplantationen in Deutschland werden bei Patienten mit Non-Hodgkin-Lymphomen, Morbus Hodgkin und Plasmozytom durchgeführt. Für diese Erkrankungen bedeutet die Hochdosischemotherapie mit autologer Blutstammzelltransplantation eine Verbesserung der Therapiemöglichkeiten.

Für das Plasmozytom ist die Wirksamkeit einer Hochdosischemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation in mehreren Untersuchungen eindeutig belegt. Es gilt, dass jedem Patienten mit Plasmozytom, bei dem eine Therapie eingeleitet werden muss, die Hochdosischemotherapie angeboten werden sollte. Die Altersgrenze liegt bei ca. 65 Jahren, wiewohl das „biologische Alter“ entscheidet.



Für die aggressiven Non-Hodgkin-Lymphome gilt nach dem jetzigen Stand des Wissens, dass Patienten, die einen Rückfall erlitten haben, der erneut auf eine konventionelle Chemotherapie ansprechen, eindeutig bessere Überlebenschancen mit der Hochdosistherapie haben, als mit der alleinigen konventionellen Therapie.

Der Anteil der Patienten, die langfristig ohne erneuten Rückfall überleben, steigt von 10-20% auf 30-40%. Weitere Indikationen, in denen die Hochdosistherapie eingesetzt wird, sind Patienten mit primär schlechtem Ansprechen des Tumors sowie Patienten, die bei Diagnosestellung ein sehr ungünstiges Risikoprofil aufweisen.

Bei niedrig malignen, d. h. indolenten Lymphomen sollte zum jetzigen Zeitpunkt eine Hochdosistherapie nur innerhalb Therapiestudien durchgeführt werden, weil der Stellenwert der Stammzelltransplantation noch nicht gesichert ist. Patientengruppen, die nach ersten Ergebnissen von einer Hochdosistherapie profitieren und bei denen daher eine solche Therapie in Erwägung gezogen werden sollte, sind zum einen Patienten mit einem Rückfall der Erkrankung sowie derjenigen, die bei Diagnosestellung eine fortgeschrittene Erkrankung aufweisen oder eine sehr ungünstige Prognose aufweisen.

Der Stellenwert der Aufreinigung von Blutstammzellen ist weiterhin unklar und wird im Rahmen verschiedener Studien untersucht.

### **Nebenwirkungen und Langzeitfolgen nach Therapie von Leukämie- und Lymphomerkkrankungen**

*Prof. Dr. Ulrich Dührsen, Klinik für Hämatologie, Universitätsklinikum Essen*

Unerwünschte Zytostatikawirkungen können als akute Unverträglichkeiten, kurzfristige Störungen und Langzeitkomplikationen in Erscheinung treten.

Die häufigste akute Unverträglichkeitsreaktion besteht in Übelkeit und Erbrechen. Ihr Auftreten ist von der Art der Chemotherapie und vom Zustand des Patienten abhängig und kann mit den heute zur Verfügung stehenden Medikamenten gegen Übelkeit (Antiemetika) in den meisten Fällen erfolgreich verhindert werden.

Kurzfristige Nebenwirkungen ergeben sich entweder aus dem prinzipiellen Wirkmechanismus der Zytostatika, der Hemmung der Zellteilung, oder aus anderweitigen Eigen-

schaften der Substanzen. Neben bösartigen Zellen verfügen auch viele gutartige Zellen des Körpers über die Fähigkeit, sich zu vermehren. Für Organe, die sich ständig regenerieren, wie das Knochenmark und Blut, die Haut und Hautanhangsgebilde und die Schleimhäute, ist diese Eigenschaft die Grundvoraussetzung für eine ordnungsgemäße Funktion. Wird die Zellteilung durch Zytostatika gehemmt, kommt es zu einem Abfall der für die Infektabwehr zuständigen weißen Blutkörperchen, der für die Blutgerinnung zuständigen Blutplättchen und der für den Sauerstofftransport zuständigen roten Blutkörperchen. Die Folge hiervon sind Infektanfälligkeit, Blutungsneigung und Schwäche. Außerdem kommt es zu Haarausfall, manchmal auch zu Wachstumsstörungen der Nägel und zu Schäden der Schleimhäute, insbesondere im Mundbereich. Diese Nebenwirkungen sind nach Absetzen der Chemotherapie meist innerhalb weniger Wochen vollständig reversibel.

Über die auf einer Hemmung der Zellteilung beruhenden Nebenwirkungen hinaus können Zytostatika je nach ihrer chemischen Beschaffenheit die Lunge (Bleomycin), das Herz (Anthracycline), die Nerven (Vinca-Alkaloide), die Harnblase (Cyclophosphamid, Ifosfamid), die Niere (Cisplatin) oder andere Organe schädigen. Bei lymphatischen Neoplasien wird zusätzlich zu den Zytostatika auch Prednison oder Dexamethason eingesetzt. Diese Glukokortikosteroide haben ungünstige Auswirkungen auf den Knochen (Osteoporose, Knocheninfarkte), den Zuckerstoffwechsel, den Blutdruck und das Aussehen (Vollmondgesicht). Die substanzspezifischen Nebenwirkungen bilden sich oft nur unvollständig wieder zurück. Bis zur vollständigen Wiederherstellung der Funktion können manchmal Monate vergehen.

Als Langzeitfolgen der Chemotherapie können Unfruchtbarkeit (Infertilität), Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Sekundärneoplasien auftreten. Hierunter versteht man die Entwicklung von Krebserkrankungen, die durch die vorangegangene Chemo- oder Strahlentherapie begünstigt wurden. Charakteristische und leider sehr schwer behandelbare Sekundärneoplasien nach einer erfolgreichen Lymphomtherapie sind Myelodysplasien und akute myeloische Leukämien (verschiedene Formen von Blutkrebs). Insbesondere nach einer Strahlentherapie werden außerdem Lungenkrebs, Brustkrebs, Magen- und Dickdarmkrebs und

Weichteilgeschwülste (Sarkome) gehäuft beobachtet. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Langzeitschäden hängt von vielen Faktoren ab. Besonders wichtig sind das Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Chemotherapie, die Art und Dosierung der verwendeten Substanzen und die zeitliche Dauer der Behandlung.

### **Vorbeugen und Behandlung bei Fieber und Infektionen bei Leukämie- und Lymphom-Patienten**

Dr. med. Oliver A. Cornely, Klinikum der Universität zu Köln

Patienten mit einer Tumorerkrankung, einem Lymphom oder einer Leukämie haben gegenüber Gesunden ein höheres Risiko, an einer Infektion zu erkranken.

Das liegt zum einen daran, daß diese Erkrankungen in unterschiedlichem Maße mit einer Abwehrschwäche einhergehen. Zum anderen machen die Auswirkungen von Chemotherapie und auch Bestrahlung empfänglicher für Infektionen.

Meist zeigt sich eine Infektion durch Fieber. Deshalb sollten Patienten mit einem Tumor, einem Lymphom oder einer Leukämie während der Therapien täglich ihre Körpertemperatur messen. Die Messung erfolgt dabei stets unter der Zunge. Andere Messmethoden sind schlechter geeignet.

Wenn Fieber auftritt, dann muß zunächst immer von einer Infektion ausgegangen werden. Es muß umgehend ein Arzt verständigt werden, der sich mit Infektionen bei abwehrschwächten Patienten auskennt. Es sollen dann 2 Paare Blutkulturen abgenommen und ein Röntgenbild der Lunge durchgeführt werden.

Die häufigsten Erreger solcher fieberhafter Infektionen sind Bakterien. Infektionen durch Bakterien können sehr aggressiv verlaufen. Deshalb beginnt nach Abnahme der Blutkulturen unmittelbar eine Antibiotika-Therapie. Da man den Erreger im Einzelfall nicht kennt, richtet man sich bei der Auswahl der Antibiotika nach den vermuteten Erregern. Es wird nicht die Erregeridentifizierung durch das mikrobiologische Labor abgewartet, denn diese erhält man günstigstenfalls nach 2 Tagen. Im weiteren Verlauf kann dann aber die antibiotische Therapie angepaßt werden, wenn über den Erreger mehr bekannt wird. Mit der ersten Antibiotika-Therapie liegt die Erfolgsrate etwa bei 50-60%. Wenn ein Fieber über mehr als 3 Tage anhält, können die Antibiotika gewechselt werden. Allerdings muß dann

auch an Erreger gedacht werden, die nicht auf Antibiotika empfindlich sind. Das sind vor allem Pilze, die mit der Atemluft oder mit der Nahrung aufgenommen werden und Lungen- und Leberentzündungen hervorrufen können. Sie werden mit sogenannten Antimykotika behandelt. Die Therapie von Pilzinfektionen dauert sehr lange und wird häufig über einen stationären Aufenthalt hinaus in Tablettenform fortgeführt.

### **Ernährung bei onkologischen Erkrankungen**

Barbara Ebbinghaus, Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Bochum

Die Entstehung von onkologischen Erkrankungen wird von drei Faktoren beeinflusst, - dem Lebensalter, der Disposition und der Exposition. Lebensalter und Erbanlagen können wir nicht beeinflussen. Umso wichtiger ist es, an den Punkten anzusetzen, an denen wir etwas aktiv für unsere Gesundheit tun können, z. B. nicht rauchen, kein übermäßiger Alkoholenuss, auf ausgiebige Sonnenbäder verzichten, uns ausreichend bewegen und auf die richtige Ernährung achten. Wir können versuchen diejenigen Dinge in unserer Ernährung zu vermeiden, die in Verdacht stehen, das Krebsrisiko zu begünstigen und vermehrt das essen, was eine Schutzfunktion im Körper ausübt. Die richtig zusammengestellte Ernährung kann einen aktiven Beitrag zum Krebschutz leisten. Gleichzeitig kann sie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Während der Erkrankung und der Therapie ist es wichtig, einer ungewollten Abnahme des Körpergewichtes entgegenzuwirken, denn dieses führt gleichzeitig zur Abnahme der Leistungsfähigkeit, einer Beeinträchtigung der immunologischen Abwehrsituation und einer allgemeinen Verschlechterung des Befindens. Hier ist eine intensive Ernährungsbetreuung, d. h. das Angebot einer Wunschkost, Kontrolle der Nährstoffaufnahme, diätetische Schulung und Motivation von Patienten und Angehörigen vonnöten.

Allerdings gibt es keine „Krebsdiät“, mit der bestehender Krebs geheilt oder die Bildung von Neuerkrankungen verhindert werden kann. Dringend abgeraten werden muss von sogenannten Wunderdiäten, die keine ausreichende Energie- und Nährstoffzufuhr gewährleisten oder sehr einseitig sind. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt eine vollwertige Ernährung unter besonderer Be-

achtung der vermeidbaren Risiken und der Schutzstoffe zur Tumorentstehung.

Die Grundlagen der gesunden Ernährung finden sich im DGE Ernährungskreis:

- viel Getreide, Getreideerzeugnisse und Kartoffeln, wobei Produkte aus Vollkorn bevorzugt werden sollten
- viel Gemüse, Salat und Obst - „Nimm „5“ am Tag -
- ausreichend Milch- und Milchprodukte
- weniger Fleisch, Wurst und Ei, wobei Seefisch mindestens einmal je Woche auf dem Speiseplan stehen sollte
- wenig Fette und Öle – hier sollte pflanzliches Fett bevorzugt werden
- und viel trinken (z. B. Mineralwasser, ungesüßte Kräuter- o. Früchtetees..).

Wer sich an diese Empfehlungen hält, vermindert auch gleichzeitig das Krebsrisiko, denn eine fettarme, ballaststoffreiche Ernährung mit viel Gemüse, Obst und Vollkornprodukten trägt dazu bei. Heute weisen Studien und Untersuchungen darauf hin, dass es sowohl hemmende als auch fördernde Ernährungsfaktoren gibt, welche die Krebsentstehung beeinflussen können.

Tumorfördernde Ernährungs-Faktoren sind:

- Aflatoxine ⇒ Schimmelpilzgifte in verdorbenen Lebensmitteln
- Nitrosamine ⇒ vor allem enthalten in gepökelten Fleischerzeugnissen, die zusätzlich noch gebraten oder gegrillt werden
- heterozyklische aromatische Amine ⇒ entstehen beim Braten und Grillen
- Benzpyrene ⇒ entstehen in geräucherten Lebensmitteln und beim „offenen“ Grillen
- eine überhöhte Energiezufuhr und damit verbundenes Übergewicht ⇒ anzustreben ist das „Normalgewicht“
- Alkoholmissbrauch und das Rauchen.

Tumorhemmende Ernährungs-Faktoren sind:

- Ballaststoffe ⇒ in vollwertigen pflanzlichen Lebensmitteln
- Selen ⇒ in Getreide, Fisch, Fleisch
- Kalzium ⇒ in Milch und Milchprodukten
- die Vitamine A, E, C und die Carotinoide
- die sekundären Pflanzenstoffe.

Fazit: Es gibt keine gesunden, ungesunden oder gar verbotenen Lebensmittel – auf die Menge, die Zubereitung und die Auswahl kommt es an. Eine Ernährung mit viel Gemü-

se und Obst, reichlich Vollkornprodukten und wenig Fett trägt mit dazu bei, das Krebsrisiko zu verringern. Die Vielfalt des Lebensmittelangebotes sollte genutzt und genossen werden.

## **Informationsbroschüren für Patienten und Angehörige**

(alle Broschüren sind über die S.E.L.P. e.V. bzw. die angegebenen Bestelladressen zu beziehen)

### **Patienten-Info-Brief „Strahlentherapie“**

In diesem Info-Brief werden die Ziele der Strahlentherapie, die verschiedenen Strahlentherapiearten, Wirkung, Nebenwirkungen und Umgang mit den Nebenwirkungen auf vier Seiten knapp beschrieben.

AMGEN GmbH, Hanauer Str. 1, Tel.: 0 89 - 14 90 96 - 0, Fax: 0 89 - 14 90 90 - 20 11, E-mail: info@amgen.de

### **Patienten-Info-Brief „Krebs, Sexualität und Partnerschaft“**

In knapper Form werden zunächst mögliche therapiebedingte und psychosoziale Faktoren genannt, die zu einer Einschränkung des sexuellen Erlebens und Verhaltens führen können. Im Weiteren geht der Info-Brief auf „Versagensängste“ und die Rolle der Partnerschaft ein. Betroffene werden ermutigt, ein offenes Gespräch mit Arzt und Partner zu führen um sich einerseits zu informieren und andererseits so eventuell neue Formen der Sexualität entwickeln zu können.

AMGEN GmbH, Hanauer Str. 1, Tel.: 0 89 - 14 90 96 - 0, Fax: 0 89 - 14 90 90 - 20 11, E-mail: info@amgen.de

## **Buchtipps:**

### **Spontanremission - Wunder bei Krebs**

Ein bösartiger Tumor, der von selbst verschwindet, oder ein ungewöhnlich günstiger Verlauf bei einer malignen Erkrankung - da spricht man gern von einem medizinischen Wunder. Tatsächlich sind solche Spontanremissionen ein sehr seltenes, aber durchaus reales Phänomen, wie der Onkologe Dr. Herbert Kappauf aus eigener Erfahrung bestätigt. In seinem Buch: "Wunder sind möglich" beschreibt Kappauf, langjähriger Mitarbeiter des kürzlich gestorbenen Professor Walter Gallmeier an der Nürnberger Medizinischen Klinik und heute niedergelassener Onkologe, unter anderem, was Spontanremissionen genau bedeuten, wie man sie von Therapie-Erfolgen abgrenzen kann, wie häufig und bei welchen Krebsarten sie vorkommen und welche Me-

chanismen dabei von Bedeutung sein könnten.

Im letzten Kapitel des Buches, das Hoffnung vermittelt und Mut macht, ohne je unrealistisch zu sein, wird dargestellt, was Krebskranke für sich tun können, um mit der Erkrankung besser zurecht zu kommen.

Herbert Kappauf, 192 Seiten, Herder Verlag, 19,90 €, ISBN 3-451-28108-2

### **Lebenszeit – Zeit zum Leben**

Dieser Ratgeber für Menschen mit Krebs geht in sieben Kapiteln allgemein auf die Themen Krebs, Krebsvorsorge, Diagnostik, verschiedene Therapieverfahren, Nebenwirkungen und Probleme, die Erkrankung und Behandlung mit sich bringen, ein. Des Weiteren werden psychosoziale und sozialrechtliche Probleme ebenso behandelt wie die Frage, was jeder Patient für sich selbst tun kann. Im letzten Kapitel werden wichtige Adressen z.B. von Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Onkologen und wichtigen Institutionen genannt.

Andreas Ammon, Dirk Meyer, 225 Seiten, W. Zuckschwerdt Verlag, 16,90 €, ISBN-Nr. 3-88603-842-4

Oder, solange der Vorrat reicht:

Ribosepharm GmbH, Berg-am-Laim-Str. 127, 81673 München, Tel.: 0 89 – 45 45 00, Fax: 0 89 – 45 45 05 66, E-Mail: ribosepharm@ribosepharm.de

### **Termine 2005**

#### **Termine der S.E.L.P.- Münster**

09.02.05 Gesprächskreis  
09.03.05 Gesprächskreis  
13.04.05 Gesprächskreis  
11.05.05 Gesprächskreis  
08.06.05 Gesprächskreis

**Ort:** Universitätsklinikum Münster, Ebene 05 Ost, Raum 404, Albert-Schweitzer-Str. 33, 48149 Münster

**Zeit:** 19.00 Uhr

#### **Termine der S.E.L.P.–Regionalgruppe Nürnberg**

25.02.05 Gesprächskreis  
25.03.05 kein Gesprächskreis  
29.04.05 Gesprächskreis  
27.05.05 Gesprächskreis  
17.06.05 Gesprächskreis

**Ort:** Schulungsräume der AOK, 2. Etage (nicht im Hauptgebäude!), Frauentorgraben 61, Nürnberg (Parkhaus der AOK kann angefahren werden)

**Zeit:** 15.00 Uhr

Information: Heidrun Schmid, Gibitzenhofstr. 129, 90443 Nürnberg

Tel: 09 11– 41 44 79, Fax: 09 11 – 9 41 37 42  
Um telefonische Anfrage / Anmeldung wird gebeten, da die Treffen ab und zu an eine andere Örtlichkeit verlegt werden.

### **Bundesweite Termine**

**02. – 06.04.05, Wiesbaden**

#### **Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin**

Wissenschaftlicher Kongreß

**25./26. Juni 2005, Göttingen**

#### **8. DLH-Patienten-Kongress**

Der 8. DLH-Patienten-Kongress wird in der Göttinger Universität am „Platz der Göttinger Sieben“ stattfinden. Die DLH führt diesen Kongress gemeinsam mit Prof. Dr. Lorenz Trümper als wissenschaftlichem Leiter in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Göttingen und der „Aktion Göttinger Leukämie- und Lymphom-Selbsthilfe e.V.“ durch.

Das Programm wird, wie gewohnt, auf Leukämie- und Lymphompatienten, deren Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte ausgerichtet sein. Renommierete Spezialisten stellen die neuesten Entwicklungen vor und stehen für Fragen und Gespräche zur Verfügung stehen. Eine Neuerung besteht darin, dass aufgrund entsprechender Nachfragen zusätzlich zu dem bisherigen Angebot Workshops speziell für Stammzelltransplantierte in das Programm aufgenommen werden. Außerdem werden seltene Lymphomarten in eigenen Workshops behandelt.

**03.09.05, Münster**

#### **Patienten-Informationstag zum 15jährigen Bestehen der S.E.L.P. e.V.**

#### **Körper, Geist, Seele - Der ganze Mensch im Mittelpunkt“**

Näheres siehe Seite 1.

**Das Team der S.E.L.P. e.V. wünscht Ihnen ein frohes Osterfest !**