

Münster, im September 2004

Liebe Vereinsmitglieder,
liebe Freunde und Förderer !

In eigener Sache

Patienten-Infoveranstaltung: Was ist Orthomolekulare Medizin? Welche Wirkungen und Nebenwirkungen hat sie?

Der Begriff *orthomolekulare Medizin* stammt aus der Naturheilkunde. Behandelt wird mit natürlichen Wirkstoffen wie Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen. Dadurch soll eine optimale Versorgung aller Körperfunktionen garantiert werden. Der Schwerpunkt der orthomolekularen Therapie liegt sowohl im vorbeugenden Bereich als auch in der Behandlung von Begleitsymptomen relevanter Erkrankungen und beabsichtigt auch die Grunderkrankung günstig zu beeinflussen.

Termin: 10.11.2004, 18.00 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Münster,
Ebene 05 Ost, Raum 403,
Albert-Schweitzer-Str. 33

Referent: Dr. M. Hechler, Facharzt für Allgemeinmedizin, Ernährungs- und Orthomolekulare Medizin, Osnabrück

Spenden zur Deckung der entstehenden Kosten sind herzlich willkommen.

Meldungen

Gesundheitsreform

Neue Richtlinien für Heilmittel ab dem 1. Juli 2004

Laut Definition ergänzen Heilmittel die ärztliche Therapie und sollen den Heilerfolg sichern, Krankheitsbeschwerden lindern oder ihre Verschlimmerung verhüten. Sie können auch vorbeugend verordnet werden, wenn

andernfalls in absehbarer Zeit eine Krankheit eintreten würde.

Heilmittel werden in drei Leistungsgruppen unterteilt: Maßnahmen der physikalischen Therapie (z.B. Massage- und Bewegungstherapie, Traktionsbehandlung, Elektro- und Inhalationstherapie), Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (z.B. Übungen, um die Atmung zu regulieren, Förderung der Artikulation, Besserung und Erhalt des Schluckvorgangs), Maßnahmen der Ergotherapie (z.B. Bekämpfung einer krankheitsbedingten motorischen Störung, Verbesserung der Grob- und Feinmotorik). Nichtverordnungs-fähig sind u.a. Musik- und Tanztherapie, Fußreflexzonenmassage sowie Therapien gegen Lese- und Rechtschreibschwäche.

Ein Arzt darf Heilmittel nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen, wenn er sich vom Zustand seines Patienten überzeugt, diesen dokumentiert und sich über die persönlichen Lebensumstände informiert hat. Ferner muß der Arzt vor jeder Verordnung prüfen, ob das Behandlungsziel auch durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten, z.B. durch Sport, erreicht werden kann oder durch das bloße Verschreiben eines Arzneimittels. Aus Kostengründen kann der Arzt auch eine Gruppen- statt einer Einzeltherapie verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.

Die maximale Verordnungsmenge beträgt bei der physikalischen Therapie nur noch sechs, bei der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie bei der Ergotherapie nur noch bis zu zehn Einheiten. Verlängerungen sind bei medizinischer Begründung möglich.

Wird eine physikalische Therapie länger als zehn Tage unterbrochen (bei Stimm-, Sprech-, Sprach-, Ergotherapie 14 Tage), gilt die Verordnung nicht mehr. Soll weiter therapiert

werden, muß der Arzt ein neues Rezept ausstellen.

Pro Verordnung muß der Patient 10 € zuzüglich zehn Prozent der Behandlungskosten zahlen. Kosten sechs Massagen z.B. insgesamt 60 €, sind 6 € prozentualer Anteil plus 10 € für die Verordnung fällig. Der Eigenanteil beträgt also 16 €.

Kostenersatzung

Jeder pflichtversicherte Patient der gesetzlichen Krankenkasse kann seit dem 01. Januar 2004 anstelle der normalen Behandlung „auf Chip-Karte“ das sogenannte Kostenerstattungsverfahren wählen. Eine entsprechende Vereinbarung muss mit der jeweiligen Krankenkasse getroffen werden.

Wählt ein Patient die Kostenerstattung, wird er wie ein Privatversicherter behandelt und zahlt beim Arzt, in der Apotheke oder bei der Krankengymnastik alle Rechnungen selbst. Anschließend reicht er die Rechnungen bei seiner Krankenkasse ein. Die Kasse übernimmt aber nur die üblichen Kassensätze aus dem gesetzlichen Leistungskatalog, d.h., sie zahlt höchstens so viel, wie sie für eine Behandlung auf Chipkarte bezahlen würde.

Von diesem erstattungsfähigen Betrag zieht die Krankenkasse wegen eines höheren Verwaltungsaufwands und der fehlenden Wirtschaftlichkeitsprüfung noch eine Pauschale ab. Diese Pauschale variiert von Kasse zu Kasse und kann zwischen 5 bis 15 Prozent betragen. Bei den meisten Kassen liegt der Abschlag bei 7,5% (mindestens 5 und höchstens 40 €).

Für den Patienten ist die Kostenerstattung u.U. mit einem hohen finanziellen Risiko verbunden, da Krankheit nicht planbar ist und die Kosten im Vorhinein nicht überschaubar sind. So kann der Arzt den Honorarsatz bis zum 2,3fachen, manchmal sogar bis zum 3,5fachen steigern. Der Kassenanteil beträgt aber in etwa nur dem 1,5fachen Honorarsatz, abzüglich der Verwaltungspauschale. Die Differenz muß der Patient aus eigener Tasche bezahlen. Hat man sich einmal für das Kostenerstattungsverfahren entschieden, ist man für mindestens ein Jahr daran gebunden. Das Verfahren gilt zudem für **alle** ambulanten medizinischen Leistungen. Der Versicherte kann es also nicht nur für eine bestimmte Behandlung, z.B. Zahnimplantate, wählen.

Auch im Kostenerstattungsverfahren gibt es für Untersuchungen und Behandlungen, die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen

gehören, keine Zuschüsse. Sie bleiben IGeL-Leistungen, die der Patient komplett selbst zahlen muß.

Was sind „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL)?

„Darf es ein bisschen mehr sein?“ Diese Frage könnte der Arzt zukünftig häufiger stellen und dem Patienten ärztliche Zusatzleistungen anbieten. Gemeint sind damit „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL), die nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GVK) gehören wie z.B. Hormonbestimmungen bei Anti-Aging-Beratung, Störfeldmessung des Körpers, Bioresonanztherapie, Thymus- und Vitalisierungskuren, Knochendichtemessungen, zusätzliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.

Das Hauptargument für IGeL: eine verbesserte Versorgung, da der Patient keine Leistungseinschränkungen hinnehmen müsse. Die Therapiewahl unterliege keiner Budgetierung, allein die Entscheidung von Arzt und Patient sei ausschlaggebend. Zudem seien die Wartezeiten kürzer und eine schnellere Terminvergabe möglich.

Möchte ein Patient diese Leistungen in Anspruch nehmen, muß er diese Zusatzangebote komplett selbst bezahlen, es ist keine Erstattung / Bezuschussung durch die Kasse möglich. Für die IGeL-Leistungen (Beratung, Diagnostik, Laboruntersuchungen, etc.) kann dem Patienten der bis zu 2,3fache Regelsatz in Rechnung gestellt werden. Ist die Leistung besonders schwierig und zeitaufwendig, kann für die persönliche ärztliche Leistung sogar der 3,5fache Satz berechnet werden. Nach der Beratung und vor Beginn der Untersuchung sollten daher die gewünschten Leistungen und ein Kostenvoranschlag in schriftlicher Form festgehalten werden. Der Patient unterschreibt, dass er die in Anspruch genommenen Leistungen aus eigener Tasche bezahlt.

Das IGeL-Angebot ist ebenso vielfältig wie unübersichtlich. Die Stiftung Warentest bewertete deshalb die häufigsten Früherkennungsuntersuchungen (Sonderheft test extra, „Gesundheit“, 3,90 €, S. 88-91, 100-103, 106-109). Geprüft wurde dabei, welche wissenschaftlich gesicherte Qualität (Evidenz) die jeweiligen Untersuchungen haben. Darüber hinaus wurde hinterfragt, ob der Patient durch die frühe Diagnose und die frühzeitige Behandlung einen Vorteil gegenüber einer Behandlung hat, die erst beim Vorhandensein von Symptomen einsetzt, z.B. weniger belas-

tende Therapien, längeres Leben, höhere Lebensqualität. Ergebnis: ein Großteil der IGeL-Angebote wurde als „umstritten“, „nicht bewiesen“ und „wenig bzw. nicht geeignet“ eingestuft.

Einige IGeL-Angebote sind aber auch sinnvoll, wie z.B. Reiseimpfungen, ärztliche Atteste, sportmedizinische Untersuchungen (z.B. für Taucher) oder Raucherentwöhnung.

Wer IGeL-Angebote in Anspruch nehmen möchte, sollte zunächst bei seiner Krankenkasse nachfragen, ob und wenn nein, warum die Leistungen nicht übernommen werden.

So kann ein IGeL-Angebot unter bestimmten Voraussetzungen durchaus auch eine Kassenleistung sein, z.B. Knochendichtemessung oder Messung des Augeninnendrucks.

Angesichts der unter Umständen sehr hohen Kosten von IGeL-Angeboten ist es um so verwunderlicher, dass nur rund 0,5% der Versicherten die kostenlosen Präventionsangebote der Krankenkassen wahrnehmen wie z.B. Krebsvorsorge, Ernährungsberatung oder Bewegungstraining.

Die Pneumokken-Impfung

aus: DLH-Info 24 - Quelle: Pressemitteilungen des „Service Impfen Aktuell“ vom 30. März und 6. Juli 2004

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Berliner Robert Koch Institut empfiehlt allen Menschen über 60 Jahren sowie chronisch Kranken - unabhängig vom Alter - die Pneumokokken-Impfung.

Mit dem Alter lassen die Abwehrkräfte und die Widerstandsfähigkeit nach. Ältere Menschen erkranken deshalb öfter und schwerer. Von allen durch Pneumokokken bedingten Todesfällen fallen 80 bis 90% in diese Altersgruppe. Aber auch jüngere Personen mit chronischen Krankheiten, wie z.B. Herz-, Kreislauf-, Atemwegs-, Leber- und Nierenkranke, Diabetiker und Menschen mit Immunschwäche, sollten sich impfen lassen.

Bisher sind nur rund 15 % des genannten Personenkreises gerüstet. Pneumokokken sind Bakterien, die bei Erwachsenen die wichtigste Ursache für Lungenentzündungen (Pneumonie) darstellen. Sie können schwere Lungenentzündungen bis hin zur Blutvergiftung (Sepsis) verursachen. Bis zu 50% der Bevölkerung tragen die Erreger in sich – ohne zu erkranken. Über Tröpfcheninfektion können sie die Bakterien aber übertragen. Zwar sind Antibiotika wirksam, sie kommen jedoch in vielen Fällen zu spät zum Einsatz. Schwere Erkrankungen können innerhalb von 48

Stunden zum Tode führen. Erschwerend kommt hinzu, dass einige Stämme bereits gegen Antibiotika resistent sind.

Eine Impfung verhindert nicht immer eine Lungenentzündung, u.a. weil nicht alle Lungenentzündungen durch Pneumokokken hervorgerufen werden. Sie schützt aber vor lebensbedrohlichen Formen der Pneumokokken-Pneumonie.

Wichtig für immungeschwächte Patienten, insbesondere nach Stammzelltransplantation ist, dass die Pneumokokkenimpfung mit einem Totimpfstoff erfolgt. Das heißt, der Impfstoff besteht aus Teilen der Hülle von Pneumokokken-Bakterien, welche die Krankheit nicht auslösen können. Nach der Impfung bildet der Körper Abwehrstoffe (Antikörper), die im Falle einer Infektion die Pneumokokken-Erreger abfangen.

Dr. Jan Leidel von der Ständigen Impfkommission rät, dabei die Pneumokokken-Vakzine in den weniger benutzten Arm zu spritzen, da es gelegentlich zu etwas stärkeren lokalen Reaktionen kommen kann.

Die Pneumokokken-Impfung hält sechs Jahre. Danach muss sie wiederholt werden. Auch wer schon einmal an einem Pneumokokken-Typ erkrankt ist, sollte sich impfen lassen, denn es gibt noch viele weitere Pneumokokken-Typen. Mit einer Impfung kann man sich vor den 23 wichtigsten Typen schützen, die bis zu 9 von 10 Erkrankungen hervorrufen. Für den oben genannten Personenkreis wird darüber hinaus die jährliche Grippeimpfung (jeweils im Herbst) empfohlen.

Patienten, die sich impfen lassen wollen, sollten ihre behandelnden Ärzte darauf ansprechen. Patienten, die eine Stammzelltransplantation erhalten haben, wenden sich sinnvollerweise an ihr Transplantationszentrum, da hier besondere Regeln gelten.

Standardimpfungen für Erwachsene		
Impfung	Alter in Jahren	
	18-60	>60
Wundstarrkrampf	alle 10 Jahre	
Diphtherie	alle 10 Jahre	
Virus Grippe *	*	jedes Jahr
Pneumokokken *	*	alle 6 Jahre

* empfohlene Impfungen für Menschen mit chronischen Leiden wie Diabetes, Atemwegs-, Herz-Kreislauf-, Leber- oder Nierenkrankheiten, Immunschwäche(unabhängig vom Alter)

Rituximab (MabThera®) erhält EU-Zulassung für die Erstbehandlung follikulärer Lymphome

aus: DLH-Info 24

Am 10. August 2004 hat die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) den monoklonalen Antikörper Rituximab (MabThera®), kombiniert mit Chemotherapie, für die Erstbehandlung follikulärer Lymphome (Stadium III/IV) zugelassen. Der Beschluss der Kommission basiert auf den Resultaten einer Phase III-Studie, die gezeigt hat, dass Rituximab in Kombination mit der Chemotherapie CVP (Cyclophosphamid, Vincristin und Prednisolon) der alleinigen Chemotherapie deutlich überlegen ist: Die mittlere Zeit bis zum Therapieversagen wurde fast vervierfacht (2 1/4 Jahre vs. 7 Monate).

Ernährungshotline für Krebskranke

aus: Ärzte Zeitung, 27.05.2004

Die Ernährung hat bekanntlich einen großen Einfluß auf den Erfolg einer Krebstherapie. Nach Angaben der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik in Bad Aachen haben gut ernährte Krebspatienten mehr Aussicht auf Heilung als mangelernährte Krebskranke. Eine Ernährungstherapie könne auch die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

Zur individuellen Beantwortung der Fragen von Krebspatienten und ihren Angehörigen hat die Gesellschaft einen kostenlosen telefonischen Beratungsdienst eingerichtet.

Tel.: 02 41 - 96 10 311. Die Hotline ist werktags von 9 bis 15 Uhr freigeschaltet.

Weitere Informationen im Internet unter www.ernaehrungsmed.de

Tabletten nicht mit Saft einnehmen

aus: DAK Magazin, Heft 3 / 2004

Tabletten sollen mit Wasser und nicht mit Fruchtsäften eingenommen werden. Grapefruitsaft verstärkt z.B. die Wirkung bestimmter Blutdruck senkender Mittel. Die Konzentration des Wirkstoffs im Blut kann sich dadurch erhöhen. Auch von schwarzem Tee, Kaffee und Milch wird abgeraten. Mögliche Wechselwirkungen von Getränken mit Medikamenten sind so vielfältig, dass Patienten mit neutralem Wasser immer auf der sicheren Seite sind.

Beiträge

Primäre Lymphome des Zentralen Nervensystems (ZNS)

aus: DLH-Info 24 - ein Beitrag von Prof. Dr. Uwe Schlegel, Leiter des Funktionsbereichs Klinische Neuroonkologie, Neurologische Universitätsklinik Bonn, Sigmund-Freund-Str. 25, 53105 Bonn, Tel.: 0228-287-6848, Fax: 0228-287-9000 6848, E-Mail: uwe.schlegel@uni-bonn.de.

Unter einem Primären ZNS-Lymphom versteht man ein Lymphom, welches ausschließlich das Zentrale Nervensystem (ZNS) betrifft. Dabei können Gehirn, Hirnhäute (Meningen) und - selten - das Rückenmark befallen sein. Zusätzlich sind bei 10 - 20% der Patienten die Augen entweder bereits von Anfang an oder aber im weiteren Verlauf der Erkrankung betroffen. Mehr als 95% der Primären ZNS-Lymphome sind hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome vom B-Zell-Typ. Warum ein solches Lymphom im Gehirn entsteht, ist nicht vollständig geklärt. Ortsständige Lymphozyten, aus denen sich Tumorzellen entwickeln könnten, sind unter normalen Bedingungen im Gehirn nicht vorhanden. Tatsache ist, dass diese Tumoren immer häufiger werden und heute ca. 4% der *primären*, d.h. nicht-metastatischen, Tumoren des Gehirns ausmachen. Betroffen sind Patienten mit einer Schwächung des Immunsystems, z.B. AIDS-Kranke, aber mit zunehmender Häufigkeit auch sonst völlig gesunde Personen. Diese zweite Patientengruppe macht sogar den größeren Anteil der Patienten aus. Mehr als die Hälfte der Betroffenen leidet zunächst unter einem „Organischen Psychosyndrom“, also unter sich schnell entwickelnden geistigen Leistungseinbußen und Persönlichkeitsveränderungen. Hinzutreten oder isoliert auftreten können Lähmungen, Sehstörungen, Sprachstörungen, epileptische Anfälle und andere neurologische Symptome. Die Erkrankung kann praktisch alle Altersgruppen betreffen, am häufigsten jedoch Menschen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr.

Die wichtigste diagnostische Maßnahme ist ein Kernspintomogramm (MRT) des Gehirns. Oft sieht der dort nachweisbare Tumor so charakteristisch aus, dass bereits bildgebend eine Verdachtsdiagnose möglich ist. Dann muss die histologische, also feingewebliche, Diagnosesicherung erfolgen. Da der Versuch einer operativen Entfernung dieses Tumors wegen seiner tiefen Infiltration in das „gesunde“ Gehirngewebe sinnlos ist, besteht die diagnostische Tumorgewebegewinnung in einer so genannten „stereotaktischen“ Biopsie. Es han-

delt sich dabei um die Entnahme sehr kleiner Gewebezylinder aus dem Tumor mit Hilfe einer Feinnadelbiopsie, wobei der Tumor mit einem speziellen Zielgerät (der stereotaktischen Führung) millimetergenau angesteuert wird. Mitunter lassen sich die Tumorzellen auch im Nervenwasser (Liquor) durch eine Nervenwasserpunktion (Lumbalpunktion) oder im Glaskörper des Auges nachweisen. Nur in Ausnahmefällen kann man die Diagnose jedoch auf diese Nachweisverfahren stützen. Obwohl ein neu aufgetretenes Lymphom im Gehirn eines bis zu diesem Zeitpunkt gesunden Menschen fast immer ein *Primäres* ZNS-Lymphom ist, also nicht die Absiedlung eines im übrigen Körper entstandenen und sich dort ausbreitenden Lymphoms, wird in der Regel eine sorgfältige Diagnostik (Staging) vorgenommen, um den Befall innerer Organe oder des Knochenmarks auszuschließen.

Die Therapie der Primären ZNS-Lymphome hat in den vergangenen 15 Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. War diese Erkrankung bis zu diesem Zeitpunkt praktisch unheilbar und betrug die mittlere Lebenserwartung nach Diagnosestellung wenig mehr als ein Jahr, so beträgt diese Zeitspanne heute im Mittel mehrere Jahre und wahrscheinlich gelingt es sogar, einen Teil der Patienten zu heilen. Ob dies definitiv der Fall ist, wird man jedoch erst in einigen Jahren wissen. An diesem Behandlungsfortschritt war die klinische Forschung in Deutschland durch mehrere Arbeitsgruppen wesentlich beteiligt. Dennoch ist auch heute noch offen, welches die optimale Therapie ist. Es existieren mehrere Behandlungskonzepte, die in großen klinischen Studien überprüft werden. Zur Verfügung stehen als Behandlungsmöglichkeiten grundsätzlich eine Chemotherapie, eine Strahlentherapie und eine Kombination beider Therapieverfahren. Der Verlauf der Erkrankung variiert von Patient zu Patient beträchtlich. Grundsätzlich sind die Behandlungsaussichten bei Patienten, die jünger als 60 Jahre sind – unabhängig von der Behandlungsmethode – deutlich besser als bei älteren Patienten.

Die wesentlichen, in Deutschland durchgeführten Therapiestudien verfolgen unterschiedliche „Philosophien“:

1. Eine prospektive Therapiestudie vergleicht randomisiert (Randomisierung = Zufalls-zuteilung zu den Therapiearmen) ein alleiniges Chemotherapieprotokoll (Therapiearm A) mit dem gleichen Chemotherapieprotokoll, gefolgt von einer Bestrahlung des Gehirns (Therapiearm B) bei

Patienten, die nach Abschluss der Chemotherapie bereits eine komplette Remission (vollständiges Verschwinden des Tumors) erreicht haben. Wesentliches Ziel dieser Studie ist die Beantwortung der Frage, ob durch eine zusätzliche Strahlentherapie die Erfolge der Chemotherapie noch verbessert werden können. In die Studie wurden bereits mehr als 250 Patienten in mehr als 60 Zentren eingeschleust. (Studienleitung durch Prof. Dr. Eberhard Thiel, Berlin, und Prof. Dr. Michael Weller, Tübingen. Kontakt zur Studienleitung über michael.weller@uni-tuebingen.de).

2. Eine von der Neurologischen und von der Medizinischen Universitätsklinik Bonn geleitete „einarmige“ Phase-II-Studie sieht im Rahmen einer Therapieoptimierung eine ausschließliche Chemotherapie ohne nachfolgende Bestrahlung vor mit dem Ziel, die sehr guten Ergebnisse einer solchen Therapie weiter zu verbessern und dabei die möglichen Spätfolgen einer kombinierten Chemo- und Strahlentherapie, die sich vor allem bei älteren Menschen verheerend auswirken können, zu vermeiden. Die mit einer Vorläuferstudie bei 65 Patienten erzielten Therapieresultate mit dem „Bonner Protokoll“ gehören zu den besten Behandlungsergebnissen bei dieser Erkrankung. (Studienleitung durch Prof. Dr. Uwe Schlegel, Bonn, und Prof. Dr. Ingo Schmidt-Wolf, Bonn. Kontakt zur Studienleitung über uwe.schlegel@uni-bonn.de).

3. Eine von der Freiburger Medizinischen Universitätsklinik geleitete prospektive einarmige Phase-II-Studie überprüft die Wirksamkeit und die Durchführbarkeit einer Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation. Die Ergebnisse an 30 Patienten bis zu einem Lebensalter von 65 Jahren sind viel versprechend und werden in einer Therapieoptimierungsstudie mit fakultativer Bestrahlung des Gehirns (d.h. nur wenn nach der Chemotherapie noch Tumorgewebe vorhanden ist) weiter überprüft. (Studienleitung durch Prof. Finke, Freiburg. Kontakt zur Studienleitung über finke@mm11.ukl.uni-freiburg.de)

Im Rahmen dieser Studien werden nur Patienten mit nicht geschwächtem Immunsystem behandelt, also z.B. keine HIV-Patienten. Für diese erfolgt die Therapie individualisiert. Sie richtet sich nach dem Immunstatus, vor allem nach dem Helferzell-Status, und nach der Schwere möglicher Begleiterkrankungen. Insgesamt ist durch die Einführung der „Hochaktiven Antiretroviralen Therapie“ (HAART) die

Häufigkeit Primärer ZNS Lymphome bei HIV-infizierten Patienten zurückgegangen. Die Möglichkeiten, ein Primäres ZNS-Lymphom bei einem HIV-Infizierten zu behandeln, haben sich durch die HAART verbessert.

Bluttransfusionen in der Behandlung von Leukämien und Lymphomen: Notwendigkeit und Sicherheit

aus: DLH-Info 24 - ein Beitrag von Charlotte Clessienne, Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin, Edelman, Bettinastr. 64, 60325 Frankfurt am Main, Tel.: 069-75619928, Fax 069-75619913, E-Mail: Charlotte.Clessienne@edelman.com

In welchen Situationen sind Bluttransfusionen notwendig?

Bluttransfusionen kommen in der Behandlung der Leukämien und Lymphome grundsätzlich in zwei unterschiedlichen Situationen zum Einsatz. Einmal, wenn aufgrund der Verdrängung durch die Leukozyten im Knochenmark die Produktion von roten Blutkörperchen (Erythrozyten) und Blutplättchen (Thrombozyten) so gering ist, dass das Risiko für den Patienten zu groß wird: Dies kann einerseits ein Blutungsrisiko bei einer geringen Thrombozytenzahl (Thrombozytopenie) sein, andererseits das Risiko, dass durch die Anämie die Organe zu schlecht mit Sauerstoff versorgt werden bzw. die Schwäche solche Ausmaße annimmt, dass das Aufstehen schwer fällt. Bettlägerigkeit erhöht jedoch die Gefahr, wund zu liegen und eine Lungenentzündung oder eine Thrombose zu bekommen.

Die andere Situation, in der Transfusionen meist unumgänglich sind, tritt ggf. während der Chemotherapie-Behandlung auf. Die Chemotherapie - die Mono- ebenso wie die Polychemotherapie - hat zum Ziel, die Leukämie- oder Lymphomzellen zu zerstören. Andere, gesunde Zellen, die sich jedoch - wie die Leukämie- und Lymphomzellen - rasch vermehren, werden durch die verabreichten Medikamente („Zytostatika“) ebenfalls angegriffen. Dies betrifft vor allem die Zellen des Magen-Darm-Trakts, die Haarwurzelzellen und die normalen Blutzellen. Deswegen führt die Chemotherapie, zusätzlich zur krankheitsbedingten Verdrängung von Erythrozyten und Thrombozyten, zu einer Anämie und Thrombozytopenie. Ein Ersatz der in zu geringen Zahlen vorliegenden Blutzellen durch Transfusionen kann notwendig werden.

Ganz besonders ausgeprägt ist die Beeinträchtigung der normalen Blutbildung, wenn ein Leukämie- oder Lymphompatient eine

(klassische) allogene Transplantation (Übertragung fremder Stammzellen) oder eine autologe Transplantation (Rückübertragung eigener Stammzellen) bekommt: Vor der Transplantation wird zunächst versucht, durch eine intensive Strahlen- und Chemotherapie, die auch „Konditionierung“ genannt wird, alle Leukämie- bzw. Lymphomzellen des Patienten zu zerstören. Dabei werden jedoch auch die anderen Knochenmark- und Stammzellen des Patienten zerstört. Über einen gewissen Zeitraum hinweg ist der Transplantationspatient auf Transfusionen angewiesen, bis nach der Transplantation die „neuen“ fremden oder die eigenen Stammzellen die Blutbildung wieder aufgenommen haben.

Allgemeingültige Grenzwerte für Erythrozyten-, Thrombozyten- und Plasmastransfusionen sind nur in einigen Fällen festgelegt. Bei einer akuten Anämie, z.B. durch eine schwere Verletzung, ist bei einem Hämoglobin-Wert (= roter Blutfarbstoff) von 4,5 bis 5 g/dl eine Erythrozytentransfusion überlebensnotwendig. Bei Patienten mit einer chronischen Anämie mit Hämoglobin-Werten von 7 bis 8 g/dl wird individuell entschieden, ob eine Transfusion notwendig ist, wobei die Entscheidung stets von der Dauer und der Schwere der Anämie, aber auch vom Alter und vom sonstigen Gesundheitszustand des Patienten abhängig ist. So spielt z.B. eine Rolle, ob der Patient herzkreislaufgesund ist. Für Thrombozytentransfusionen gilt: Werte unter 10.000 Thrombozyten/ μ l bzw. akute Blutungen bei Werten unter 50.000 Thrombozyten/ μ l werden allgemein als Situationen betrachtet, in denen die Gabe von Thrombozytenkonzentraten angezeigt ist. Generell gilt: Manche Patienten benötigen aufgrund ihres Zustandes früher Transfusionen, während bei anderen im Laufe der Erkrankung eine „Toleranz“ gegenüber niedrigen Blutwerten auftritt, die die Transfusionen erst zu einem späteren Zeitpunkt notwendig werden lässt. Dies ist insbesondere bei Patienten, die an einer Aplastischen Anämie oder einem Myelodysplastischen Syndrom leiden, der Fall: Sie sind häufig an sehr niedrige Blutwerte gewöhnt. Gleichzeitig ist ihr Leben in besonderem Maße von Bluttransfusionen abhängig, da ihr Knochenmark nicht oder kaum in der Lage ist, selbst Blutzellen zu produzieren. Plasmatransfusionen (Plasma = Blut ohne zelluläre Bestandteile) werden vor allem durchgeführt, wenn viele Konserven mit zellulären Blutbestandteilen (Erythrozyten und Thrombozyten) verabreicht wurden (z.B. mehr als 10 Erythrozytenkonzentrate in 24 Stunden), oder

wenn eine akute Blutung besteht, bei der die Gabe von Plasma und den im Plasma enthaltenen Gerinnungsfaktoren von Vorteil ist.

Immer aktuell: Die Frage nach der Sicherheit von Bluttransfusionen

Die Sicherheit von Bluttransfusionen wurde in den vergangenen Jahren stetig verbessert. Das betrifft zum einen die Entnahme, die Weiterverarbeitung und die Verabreichung von Blut bzw. Blutkomponenten: Um Fehlern durch das medizinische Personal vorzubeugen, finden heute umfangreiche Kodierungen und Kontrollen statt. Dennoch kann es nicht schaden, über die eigene Blutgruppe informiert zu sein und bei den angehängten Blutkonserven auf die Übereinstimmung mit der eigenen Blutgruppe zu achten.

Zum anderen ist die Gefahr der Infektion mit bekannten Viren deutlich reduziert worden. Seitdem in den 1980er Jahren die Übertragung des AIDS-Virus HIV durch Bluttransfusionen bekannt wurde, sind unterschiedliche Tests entwickelt und ständig verbessert worden. So werden momentan verschiedene Tests für HIV und Hepatitis B und C durchgeführt. Heute kommen in Deutschland Übertragungen von HIV oder dem Hepatitis C-Virus durch Transfusionen nur noch sehr, sehr selten vor. Das Übertragungsrisiko von HIV beträgt für zelluläre Blutprodukte derzeit etwa 1:1,5 Millionen. Seit der Einführung der Quarantänelagerung von Frischplasma sind keine Übertragungen durch Plasma mehr aufgetreten. Das Risiko, sich mit dem Hepatitis C Virus zu infizieren, wird auf etwa 1:1 Million geschätzt, bei Hepatitis B beträgt diese Zahl rund 1:1,5 Millionen. Problematischer sind Übertragungen des Cytomegalie-Virus (CMV) bei abwehrgeschwächten Patienten: CMV, das bei gesunder Abwehrlage kaum zu Symptomen führt, kann bei abwehrgeschwächten Menschen zu schweren Lungenentzündungen führen. Deswegen gelten bei abwehrgeschwächten Patienten besondere Vorkehrungen bei der Spenderauswahl und bei der Verarbeitung der Blutkonserven. Schwieriger ist es dagegen, dafür zu sorgen, dass keine bakteriellen Verunreinigungen, die bei der Entnahme des Spenderbluts entstehen können, vorliegen. Die Anzahl der bakteriell verunreinigten Konserven wird mit 0,1 bis 0,05% (jede 1000. bis 2000. Konserve) angegeben. Das Risiko für eine bakterielle Transfusionskomplikation wird auf 1:10 000 geschätzt. Hier ist ein Testsystem oder Inaktivierungsverfahren in Deutschland bislang nicht eingeführt. Einigkeit

besteht jedoch in der Überzeugung, dass dem bakteriellen Risiko, welches das virale Risiko längst überholt hat, mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Sicherheit von Bluttransfusionen: Die Zukunft

Sorgenvoll beobachten Transfusionsmediziner die weltweite Ausbreitung von bisher unbekanntem Erregern wie dem West-Nil-Virus, dem Vogelgrippevirus H5N1 oder SARS. Die Überbevölkerung, zum Teil kombiniert mit schlechten hygienischen Standards, eine Zunahme an Fernreisen und die globalen Ströme von Waren, Menschen und Tieren scheinen diese Entwicklung zu begünstigen. Auch der sich bereits ankündigende Klimawandel trägt dazu bei, dass so genannte „Tropenkrankheiten“ wie Malaria und Dengue-Fieber durch ihre Wirte (vor allem Mücken und Zecken) auch in mitteleuropäische Länder gelangen.

Eine Vielzahl zusätzlicher neuer und kostspieliger Tests wäre notwendig, um diese „neuen“ Krankheitserreger im gespendeten Blut zu entdecken, bevor Empfänger der Bluttransfusionen zu Schaden kommen. Erschwerend ist hier, dass manche Erreger nicht hinreichend oder noch gar nicht bekannt sind, bzw. noch keine Tests für sie vorliegen.

Pathogeninaktivierung: Eine neue Technologie zur Verbesserung der Sicherheit von Bluttransfusionen

Um diesen Gefahren begegnen zu können, hat intensive Forschung und Entwicklung in den letzten Jahren zu einem neuen Verfahren geführt, das in Europa nun zugelassen ist: Die Pathogeninaktivierung von Thrombozyten. Das „INTERCEPT Blood System“ für Thrombozyten beruht auf einem gänzlich anderen Ansatz als die bislang üblichen Verfahren. Denn es ist in der Lage, Krankheitserreger unschädlich zu machen, statt sie lediglich aufzuspüren wie Tests es tun. Das Verfahren, das in einigen transfusionsmedizinischen Einrichtungen Europas bereits angewendet wird, beruht auf einer innovativen Technik: Eine in den Thrombozyten-Beutel eingeleitete Substanz, „Amotosalen-HCl“, lagert sich in die gesamte vorhandene Erbsubstanz (DNA, bei manchen Erregern auch RNA) zunächst reversibel ein. Eine anschließende, kurze Bestrahlung mit UV-Licht führt dazu, dass die Verbindung zwischen der Erbsubstanz und dem Amotosalen-HCl nicht mehr aufgelöst werden kann, wodurch die Erbsubstanz „unbrauchbar“ wird. Ab dann kann ein Erreger

weder stoffwechselaktiv sein - also leben - noch sich vermehren. Der „Trick“ dabei ist, dass Thrombozyten kernlos sind, das heißt, sie enthalten keine Erbsubstanz und bleiben so unbeschädigt. Dagegen werden alle bekannten oder unbekannt erbsubstanzhaltenden Krankheitserreger - Viren, Bakterien, Parasiten - unschädlich gemacht. Nebenbei werden auch die kernhaltigen Spender-Leukozyten, die immunologische Komplikationen im Empfänger hervorrufen können, inaktiviert. Abschließend wird das überschüssige Amotosalen-HCl aus den Thrombozyten-Beuteln entfernt und die Patienten erhalten Blutplättchen-Transfusionen, die eine zusätzliche Sicherheitsstufe durchlaufen haben. Die Pathogeninaktivierung ist eine wirksame Maßnahme gegen die Übertragung von neuen und unbekannt erkrankungserregern. Auch für Frischplasma- und Erythrozytentransfusionen soll eine solche Methode in der Zukunft möglich werden.

[Die Liste der Literatur, die für die Erstellung dieses Beitrages verwendet wurde, kann bei der DLH oder bei der Autorin angefordert werden.]

Informationsbroschüren für Patienten und Angehörige

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

Infobroschüre „Hilfsmittel“

Patienten müssen Gehilfen, Bewegungsschienen oder Geräte zur Elektrotherapie nicht unbedingt selbst kaufen. Wie die Verbraucherzentrale Bayern mitteilt, werden derartige Hilfsmittel häufig auch leihweise zur Verfügung gestellt. Ein Rollstuhl kann u.U. sogar geleast werden. Die Broschüre informiert darüber, wie und wo das geht und wie bei der Antragstellung vorzugehen ist.

Verbraucherzentrale Bayern, Hilfsmittel, 7,80 €, Tel. 0 180 – 5 00 14 33 (0,12 €/ Min)

Palliativmedizin – Ein Ratgeber für Patienten mit unheilbaren Krankheiten

Das leichtverständlich und einfühlsam geschriebene Buch wendet sich vorrangig an Tumorkranken, da diese am häufigsten der palliativ-medizinischen Betreuung bedürfen. Es möchte Patienten, die an einer zum Tode führenden Krankheit leiden, Mut machen, sich dieser schweren Lebensphase zu stellen, sich

nicht aufzugeben und das Leben trotz der Krankheit weiter zu leben.

Das Buch informiert über die Möglichkeiten der Palliativmedizin. Der Betroffene soll als mündiger Patient mit seinem Arzt partnerschaftlich die Entscheidungen für seine Behandlung treffen können.

So werden neben ärztlichen Maßnahmen wie vertrauensvolle Patienten-Arzt-Gespräche, verschiedene Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten und die daraus resultierende Lebensqualität ebenso thematisiert wie die Möglichkeiten und Gefahren sogenannter alternativer Heilverfahren. Unter der Überschrift „Wenn Körper, Geist und Seele verschmelzen“ werden besonders ausführlich die unterschiedlichen Formen von Schmerz (z.B. körperlich, seelisch, sozial), deren Ursachen und die Möglichkeiten der Schmerztherapie dargestellt. Im Kapitel „Leben mit der Erkrankung“ wird auf die psychische Verarbeitung der Diagnose „unheilbar“ und den damit verbundenen Veränderungen im Leben des Patienten eingegangen. Zu den krankheitsbedingten Veränderungen, z.B. der Haut, der Sprache oder der Sexualität werden hilfreiche Tipps gegeben. Des Weiteren werden auf Beschwerden bei fortschreitender Krankheit wie z.B. Luftnot, Mundgeruch und Harnwegsprobleme, deren Ursachen und wie sich die Beschwerden lindern lassen, eingegangen. Im letzten Kapitel „Patientenverfügung“ wird deren Wichtigkeit dargestellt und auf die Vorsorge für besondere Situationen, nämlich die eines Notarztbesuches, hingewiesen.

Ergänzend enthält das Buch die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, ein Glossar, weiterführende Literatur und Adressen.

Dr. Erika Mendoza, Reinhard Zoske, 150 Seiten, Arrien Verlag, 12,45 €, ISBN 3-9808990-3-9

Leitfaden für pflegende Zugehörige

Die Autoren möchten mit diesem empfindsamen Buch einen Dialog anstoßen, der zum Dasein für den Schwerkranken ermutigen und Kraft geben soll. Der Begriff „Zugehörige“ mag zunächst verwundern. Er leitet sich aus der Hospizarbeit bzw. deren Begleitungspraxis ab und ist als eine Erweiterung von „Angehörigen“ zu verstehen. Zugehörige umfasst Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn und Besucher.

In diesem Sinne wendet sich das Buch an alle Menschen, die privat aber auch beruflich

schwer kranke Menschen auf ihrem Weg begleiten.

Das Buch enthält Hinweise für Gespräche mit dem Betroffenen, mit Ärzten, Pflegepersonal und Institutionen. Dabei werden viele besondere Situationen berücksichtigt, insbesondere auch den Abschied und die Trauer.

Die Rolle des Zugehörigen, seine Probleme und die Notwendigkeit nach Entlastung, um nicht auszubrennen, wird erläutert. Des Weiteren werden die sozialen, körperlichen, emotionalen und religiösen Bedürfnisse kranker bzw. sterbender Menschen beschrieben. Ob und unter welchen Voraussetzungen eine Begleitung zuhause möglich ist und welche Unterstützung durch Sozialstationen, Hospize etc. in Anspruch genommen werden kann, wird ebenfalls dargestellt. Es wird der Frage nachgegangen, was bei pflegebedürftigen Menschen aus medizinischer Sicht zu berücksichtigen ist und welche Maßnahmen zuhause durchgeführt werden können. Des Weiteren werden die Möglichkeiten der Pflege und der Einsatz von Hilfsmitteln dargestellt. Ebenso wie das oben rezensierte Buch „Palliativmedizin“, als dessen Ergänzung es sich versteht, wird die Wichtigkeit der Patientenverfügung erklärt und der Umgang mit ihr für den Zugehörigen erläutert.

Reinhard Zoske, Dr. Erika Mendoza, 163 Seiten, Arrien Verlag, 12,45 €, ISBN 3-9808990-2-0

Für Patienten – Fragen und Antworten zur Therapie mit Bortezomib

Bortezomib (Velcade®) wurde im Mai 2004 zur Behandlung von Patienten mit Multiplem Myelom zugelassen, die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben und bei denen die Krankheit während der letzten Therapie fortgeschritten ist. Der Wirkmechanismus, die Art der Verabreichung und die wichtigsten Nebenwirkungen werden in der 11-seitigen Broschüre knapp erklärt.

DLH-Geschäftsstelle, Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn, Tel. 02 28 – 39 04 40, Fax 02 28 – 3 90 44 22, E-Mail: info@leukaemie-hilfe.de

Radioimmuntherapie: Fragen und Antworten zur Behandlung des follikulären Non-Hodgkin-Lymphoms mit Zevalin

Die 34-seitige Broschüre informiert darüber, für welche Patienten eine Zevalin-Therapie in Frage kommt, wie die Therapie angewandt wird, welche Nebenwirkungen auftreten können und

welche Vorsichtsmaßnahmen nach der Behandlung getroffen werden müssen.

MedacSchering Onkologie GmbH, Nördliche Auffahrtsallee 44, 80638 München, Tel.: 0 89 – 7 45 14 40

Termine 2004

Termine der S.E.L.P.- Münster

- 13.10.04 Gesprächskreis
- 10.11.04 Informationsveranstaltung
Orthomolekulare Medizin
- 08.12.04 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

- 16.10.04 Jubiläumsfeier
10 Jahre S.E.L.P.-Nürnberg,
Haus Eckstein, Burgstr. 1-3, Nbg.
- 22.10.04 Gesprächskreis
- 26.11.04 Gesprächskreis
- Dez. 04 **kein** 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

09. / 10.10.2004, Dortmund

5. Symposium der NHL-Hilfe NRW für Non-Hodgkin-Lymphom-Patienten und deren Angehörige

Das 5. Patienten-Symposium der Non-Hodgkin-Lymphome-Hilfe e.V. findet in Kooperation mit der Deutschen Leukämie- und Lymphom-Hilfe (DLH) und dem Kompetenznetz Maligne Lymphome statt. Das Programm ist auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet; alle Vor-

träge werden allgemein verständlich gehalten. Die Teilnahme an dem Symposium ist kostenfrei. Aus organisatorischen Gründen ist jedoch eine Voranmeldung notwendig, die auch online erfolgen kann. Bösartige Erkrankungen des Lymphsystems treten in zahlreichen unterschiedlichen Formen auf und haben in den letzten Jahrzehnten in Deutschland ständig zugenommen.

Auf dem Symposium werden zahlreiche Fachleute aus ganz Deutschland über Therapiemöglichkeiten verschiedener Lymphomarten berichten. Neben den derzeit verfügbaren Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten wird auch auf neue, viel versprechende Ansätze in der Therapie eingegangen. Neben Workshops zu den niedrigmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen, dem Multiplen Myelom/Plasmozytom und zur Chronischen Lymphatischen Leukämie wird es am ersten Symposiumstag um Nebenwirkungen und Langzeitfolgen nach Therapie von Leukämie- oder Lymphomerkrankungen gehen. Der Sonntag bietet Workshops zu den hochmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen, zum Hodgkin Lymphom und zu T-Zell-Lymphomen. Abgerundet wird das Programm durch Feldenkrais-Bewegungsmeditation und eine Kontaktbörse, die den Betroffenen den Erfahrungsaustausch untereinander erleichtern soll.

Nähere Informationen: Non-Hodgkin-Lymphome-Hilfe e.V., 58300 Wetter (Ruhr), Tel.: 0 23 35 – 68 98 61, Fax: 0 23 35 – 68 98 63, E-Mail: nhl.hilfe@t-online.de, www.non-hodgkin-lymphome-hilfe-nrw.de.

15. – 17.10.2004, Heidelberg

Junge-Leute-Seminar der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe (DLFH)

Die „Junge-Leute-Seminare“ richten sich an junge Erwachsene mit oder nach einer Krebserkrankung im Alter zwischen 18 und 30 Jahren.

Weitere Informationen: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe – Aktion für krebskranke Kinder e.V. (DLFH), Joachimstr. 20, 53113 Bonn, Tel.: 02 28 - 9 13 94 31, Fax: 02 28 - 9 13 94 33, E-Mail: frackenpohl@kinderkrebsstiftung.de, www.kinderkrebsstiftung.de.

23.10.2004, Mainz

Patientenforum der Leukämiehilfe RHEIN-MAIN e.V.

Folgende Vorträge sind vorgesehen: „Behandlung älterer Leukämie- und Lymphom-

Patienten“, „Komplementäre Medizin für Tumorpatienten“, „Schmerztherapie bei malignen Erkrankungen“ und „Wenn die Luft weg bleibt“. Die Workshops zu „Akuten Leukämien“, „Chronisch myeloischer Leukämie“, „Chronisch lymphatischer Leukämie“, „Non-Hodgkin-Lymphomen“ und „Multiples Myelom“ werden wie gewohnt zeitgleich stattfinden.

Anmeldung und weitere Informationen: Leukämiehilfe RHEIN-MAIN e.V., Postanschrift: Falltorweg 6, 65428 Rüsselsheim. Tel: 0 61 42 – 3 22 40, Fax: 0 61 42 – 17 56 42, E-Mail: rh@leukaemiehilfe-rhein-main.de.

30.10.2004, Rostock

DLH-Patienten und Angehörigen-Forum

Prof. Dr. med. Mathias Freund, Ärztlicher Direktor der Abteilung Innere Medizin der Universitätskliniken Rostock, konnte als wissenschaftlicher Leiter der Veranstaltung gewonnen werden.

Anmeldung, Kontakt und weiterführende Informationen: DLH-Geschäftsstelle, Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn, Tel. 02 28 – 39 04 40, Fax 02 28 – 3 90 44 22, E-Mail: info@leukaemie-hilfe.de

27.11.2004, Werl

14. Patienten- und Angehörigenseminar der Plasmozytom / Multiples Myelom SHG NRW e.V.

Schwerpunktthemen werden die Komplementäre (begleitende Medizin), bewährte Therapien, laufende Studien und die experimentellen Therapieansätze sein.

Programm und nähere Informationen: Plasmozytom/Multiples Myelom Selbsthilfegruppe NRW e.V. Hellweg 23, 59514 Welper-Dinker, Tel.: 0 23 84 – 96 32 45 (8-16 Uhr), Fax: 0 23 84 – 92 0 20 99, E-Mail: Plasmozytom.NRW@t-online.de.

Vorankündigung:

25./26. Juni 2005, Göttingen

8. DLH-Patienten-Kongress

Das Team der S.E.L.P. e.V. wünscht Ihnen eine gute Zeit