

Rundbrief Münster - Nürnberg

Münster, im Dezember 2010

In eigener Sache

Zum Vormerken: Jahreshauptversammlung 2011

Die Jahreshauptversammlung (JHV) 2011, zu der noch gesondert eingeladen wird, findet am **Donnerstag, den 10. März** um 18.30 Uhr in der Uniklinik Münster statt. Nach der Hauptversammlung und einem kleinen Imbiß wird es wieder einen interessanten Vortrag geben.

Selbsthilfeförderung gemäß § 20 Abs. 4 SGB V durch Krankenkassen

2010 erhielten wir 1.152,40 Euro (2009: 851 Euro) an Pauschalförderung. Dabei handelt es sich um eine kassenübergreifende Förderung aus der regionalen Gemeinschaftsförderung. Für unsere Aktivitäten wie z. B. den Patienten-Informationstag erhielten wir an kassenindividueller Projektförderung 2.300 Euro.

Dank an unsere Spender und Förderer

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen unseren Spendern und Förderern für ihre ideelle und finanzielle Unterstützung. Dank all denen, die anlässlich eines Geburtstages, eines Jubiläums o.ä. zu Gunsten des Vereins auf Geschenke verzichtet haben.

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

Erstmalig erhielten wir für unsere Nikolaus- bzw. Heiligabendaktion in der Uniklinik Münster einen Zuschuß aus der Gewinnausschüttung der Sparkasse Münsterland Ost in Höhe von 706 Euro.

Dank an die DKMS STIFTUNG LEBEN SPENDEN

Ganz besonders bedanken möchten wir uns für die langjährige Unterstützung des Vereins durch die DKMS Stiftung Leben Spenden, die mit ihrem Personalkostenzuschuß ganz maßgeblich zum Fortbestand des Vereins

beiträgt.

Nochmals Dank an alle, denn ohne ihre finanzielle Unterstützung wäre es unmöglich, unsere Arbeit fortzusetzen!

Die Zuwendungsbescheinigungen über Ihre Spenden und / oder Mitgliedsbeiträge werden Anfang Januar verschickt.

Interessante Meldungen

Neuregelung des Gesundheitssystems

Zum 01.01.2011 soll das Gesundheitssystem neuregelt werden, um ein Milliardendefizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verhindern. Erfolgen soll dies zum einen durch rasche Kosteneinsparungen besonders im Arzneimittelbereich und zum anderen durch eine Reihe von Sparvorschriften. Die Einnahmen sollen dauerhaft über das kommende Jahr hinaus stabilisiert werden.

So steigen die Beitragssätze von 14,9 auf 15,5 %. Der Arbeitnehmeranteil beträgt dann 8,2 % des Bruttolohns, der Arbeitgeberanteil wird bei 7,3 % eingefroren. D.h., künftige Ausgabensteigerungen müssen die Versicherten allein in Form von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen tragen. Kassen, die ihren Haushalt nicht mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds decken können, dürfen auch schon jetzt Zusatzbeiträge in Höhe von einem Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens erheben. Diese Obergrenze fällt im neuen Jahr weg, die Kassen können Zusatzbeiträge in beliebiger Höhe verlangen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) rechnet für 2011 damit, dass die Kassen nur sehr moderate Zusatzbeiträge erheben werden. Für 2012 geht das BMG von einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von rund acht Euro und für 2013 von ca. zwölf Euro aus.

Die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zur Finanzierung der ansteigenden Versorgungskosten wird zukünftig jedes Jahr im Herbst durch das BMG festgelegt. Übersteigt

diese Bezugsgröße zwei Prozent des Einkommens, hat der Versicherte Anspruch auf einen aus Steuermitteln finanzierten Sozialausgleich um eine Überforderung zu verhindern.

Aber: für den Sozialausgleich ist die Bezugsgröße des BMG (durchschnittlicher Zusatzbeitrag) und nicht der tatsächlich von der Kasse erhobene Beitrag entscheidend. Liegt der kassenindividuelle Beitrag über dem festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrag des BMG, steigt die Belastung des Versicherten und er muss mehr als zwei Prozent seines Einkommens bezahlen. D.h., diese Differenz geht voll zu Lasten des Versicherten, weil unterstellt wird, dass er die Möglichkeit hat, in eine Krankenkasse zu wechseln, die keine oder eine unterdurchschnittliche Prämie verlangt.

Beispiel 1:

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wurde auf 16 Euro festgesetzt. Das beitragspflichtige Einkommen liegt bei 800 Euro. In diesem Fall beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag genau zwei Prozent. Es gibt keinen Sozialausgleich.

Beispiel 2:

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wurde auf 20 Euro festgesetzt. Das beitragspflichtige Einkommen liegt bei 800 Euro. In diesem Fall übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag die Zwei-Prozent-Grenze um vier Euro. Diese vier Euro bekommt der Versicherte als Ausgleich erstattet, indem der Arbeitnehmerbeitrag an die Krankenversicherung um vier Euro gekürzt wird (bei Rentnern erfolgt der Ausgleich über die Rentenversicherung). Diese Kürzung soll auch dann erfolgen, wenn die konkrete Kasse des Versicherten keinen oder einen unterhalb von 16 Euro liegenden Zusatzbeitrag fordert. Damit soll ein Anreiz für Versicherte entstehen, in eine Kasse zu wechseln, die effizienter arbeitet.

Beispiel 3:

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wurde auf 20 Euro festgesetzt. Der kassenindividuelle, tatsächliche Zusatzbeitrag des Versicherten liegt jedoch bei 22 Euro. Bei einem Einkommen bei 800 Euro sind 16 Euro Beitrag (zwei Prozent) zumutbar. Ausgleichsfähig ist aber nur die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag (20 Euro) und dem zumutbaren Beitrag (16 Euro): also vier Euro. D.h., obschon bei einem tatsächlichen Zusatzbeitrag von 22 Euro die Zwei-Prozent-Grenze um 6 Euro überschritten wird, wer-

den lediglich vier Euro ausgeglichen.

Laut BMG ein Preissignal an den Versicherten, sich eine günstigere Kasse zu suchen. Nach Auffassung des BMG soll dieser Mechanismus den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.

Fraglich ist nur, wie chronisch kranke Krebs – Patienten, die aufgrund ihrer Einschränkungen häufig zu den Geringverdienern gehören und z.B. durch Zuzahlungen und Praxisgebühr schon belastet sind, die steigenden Kosten in Zukunft tragen sollen!

Junge Krebskranke mit Kinderwunsch gesucht

aus: Ärzte Zeitung online, 20.12.2010

In der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Leipzig wurde ein Forschungsprojekt gestartet, das bei jungen leukämiekranken Erwachsenen den Fragen nach Kinderwunsch und Fruchtbarkeit nachgeht.

Das auf zwei Jahre angelegte Projekt wird von der Deutschen José-Carreras-Leukämie-Stiftung mit 120 900 Euro gefördert und sucht noch Freiwillige, die von ihren Erfahrungen berichten. An der Studie teilnehmen können Frauen und Männer zwischen 18 und 45 Jahren mit einer hämato-onkologischen Erkrankung.

Weitere Infos:

diana.richter@medizin.uni-leipzig.de

elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de

www.uni-leipzig.de

Leukämiebehandlung: System zur Risiko-Berechnung

aus: Journal Onkologie.de, 17.12.2010

Die Auswahl der besten Behandlung für jeden Patienten mit akuter Leukämie ist von großer Bedeutung. Patienten mit akuter myeloischer Leukämie (AML) können durch eine intensive Behandlung geheilt werden. Allerdings kann eine intensive, stationäre Therapie gerade für ältere Patienten besondere Gefahren mit sich bringen. Die Entscheidung, welche Therapie für welchen Patienten die beste ist, ist daher schwierig. Ärzte und Forscher aus Münster und anderen Kliniken in Deutschland haben nun ein Verfahren entwickelt, mit dem Chancen und Risiken der intensiven Therapie für den einzelnen Patienten zuverlässiger beziffert werden können.

Leukämie ist eine tückische Krankheit: Abnorme unreife Blutzellen, die sich im Knochenmark anreichern, behindern dort die re-

guläre Blutbildung. Die normalen Bestandteile des Blutes, die etwa die Sauerstoff-Versorgung des Körpers, die Blutstillung und die Abwehr von Krankheitserregern übernehmen, fehlen dadurch. Die häufigste akute Form bei Erwachsenen ist die akute myeloische Leukämie, die mit zunehmendem Alter gehäuft vorkommt. Da die Weltbevölkerung immer älter wird, gewinnt die AML an Bedeutung.

Insgesamt erkranken in Deutschland jährlich rund 3.600 Menschen an AML. Ob diese Form der Leukämie mit einer intensiven Chemotherapie behandelt werden sollte, ist mit Blick auf das Risiko gerade bei älteren Patienten eine schwierige Abwägungsfrage. Alternativen sind weniger intensive Formen der Chemotherapie, die ebenfalls den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen können, jedoch geringere Chancen auf Heilung bieten. Fachärzte verlassen sich bei ihren Empfehlungen meistens auf persönliche Erfahrungen und Präferenzen. Mit dem Online-Tool der Mediziner aus Münster lassen sich die Chancen auf Erholung der Blutbildung (Remission) und die Risiken der Therapie nun besser beziffern – damit hilft es den Ärzten bei der Entscheidungsfindung.

Das Online-Tool ist einfach aufgebaut: Über eine Internetseite kann der behandelnde Arzt verschiedene Werte angeben, die Einfluss auf die Chancen einer vollständigen Erholung haben. Dazu gehören beispielsweise das Alter bei der Leukämie-Diagnose, die Konzentration von Thrombozyten und Hämoglobin im Blut sowie genetische Veränderungen in den Leukämiezellen. Aus diesen Daten berechnet das Tool die Chance einer Remission und das Risiko eines frühen Todes. „Natürlich können wir den behandelnden Ärzten die Entscheidung für eine Behandlungsempfehlung nicht abnehmen“, so Professor Carsten Müller-Tidow, Leiter des Leukämie-Programms der von Professor Dr. Wolfgang Berdel geführten Medizinischen Klinik und Poliklinik A des Universitätsklinikums Münster. „Die Verantwortung liegt nach wie vor bei ihnen. Unser Programm kann aber dabei helfen, Chancen und Risiken verantwortungsvoll abzuwägen.“

Der Berechnungs-Algorithmus basiert auf den Ergebnissen einer vom münsterschen Professor Dr. Thomas Büchner geleiteten bundesweiten Studie an mehr als 1.400 AML-Patienten im Alter von über 60 Jahren, die mit einer intensiven Chemotherapie behandelt

worden sind. Die Risiko-Prognose wurde anhand einer unabhängigen Patientengruppe aus einer Studie mit rund 800 Patienten überprüft. Die statistischen Analysen und Informationen zur Entwicklung des Tools sind in der aktuellen Ausgabe der britischen Zeitschrift „Lancet“, einem der weltweit wichtigsten medizinischen Fachorgane, publiziert worden.

Entscheidung zur Positronenemissionstomografie (PET) bei Lymphomen

Am 21. Oktober 2010 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Einsatz der PET bei Lymphomen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt. Bei der PET handelt es sich um ein bildgebendes Verfahren der Nuklearmedizin, mit dem Funktion, Stoffwechsel und biochemische Prozesse von Organen dargestellt und beurteilt werden können. PET-Bilder können mit anderen bildgebenden Verfahren bzw. der Computertomographie zusammengeführt werden (PET/CT).

Nach Ansicht des G-BA sind Nutzen und Notwendigkeit der PET bzw. PET/CT-Diagnostik nur bei Patienten mit einem Hodgkin-Lymphom mit einem Durchmesser von > 2,5 cm sicher belegt. Hier gilt das diagnostische Verfahren als Entscheidungsgrundlage, ob sich diese Patienten nach einer Chemotherapie auch einer Strahlenbehandlung unterziehen sollen.

Ob das Verfahren auch beim Hodgkin Lymphom zur Prüfung des sogenannten Interim-Stagings (Ansprechens nach wenigen Zyklen) oder für Patienten mit anderen Lymphomen als Entscheidungsgrundlage für eine Fortführung einer Chemotherapie nützlich ist, kann nach G-BA zum jetzigen Zeitpunkt nicht sicher beurteilt werden. Da Ergebnisse aus derzeit laufenden Studien abgewartet werden sollen, hat der G-BA die Entscheidung für fünf Jahre ausgesetzt, d.h. vertagt.

Beiträge

Aktuelle Studienprojekte bei Myelodysplastischen Syndromen (MDS)

- aus: DLH-Info 42, ein Beitrag von Prof. Dr. Ulrich Germing, Med. Klinik III, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Telefon: 02 11 - 811-77 20, E-Mail: germing@med.uni-duesseldorf.de

Bei den Myelodysplastischen Syndromen (MDS) haben sich in den letzten Jahren einige interessante Entwicklungen ergeben.

Neue Klassifikationen und neue Prognose-Scores [vgl. Tab.] wurden entwickelt, und es gibt neue fundierte Erkenntnisse zu den Entstehungsmechanismen dieser Erkrankungen.

prozedur mit der Möglichkeit von raschem Austausch von Daten zu wissenschaftlichen Fragestellungen ist fester Bestandteil der Zusammenarbeit geworden. So wurde 2007 auf

Basis des Düsseldorf MDS-Registers ein überregionales MDS-Register gegründet, das inzwischen weit über 5000 Patienten umfasst [www.mds-register.de]. Die Erhebung der Daten für dieses Register ist durch die jeweiligen Ethikkommissionen der beteiligten Zentren ge-

Definition des International Prognostic Scoring System (IPSS)					
Score	0	0,5	1	1,5	2
Blasten im Knochenmark (%)	0 – 4	5 – 10	-	11 – 20	21 – 29
Anzahl der Zytopenien ¹⁾	0 – 1	2 – 3	-	-	-
Zytogenetische Risikogruppe ²⁾	niedrig	mittel	hoch	-	-
Risikogruppe	Score				
Low risk	0				
Intermediate risk I	0,5 - 1				
Intermediate risk II	1,5 - 2				
High risk	≥ 2,5				
¹⁾ Blutplättchen < 100.000/µl, Hämoglobin < 10 g/dl, Neutrophile Granulozyten < 1.800/µl ²⁾ niedriges Risiko = normaler Chromosomensatz, 5q-, 20q-, -Y hohes Risiko = komplexer Chromosomensatz (≥ 3 Anomalien), Chromosom 7-Anomalien mittleres Risiko = alle anderen Anomalien					

Risikoscore zur Prognoseeinschätzung bei Patienten mit MDS

Zwei Medikamente wurden in den letzten Jahren zur Behandlung bei MDS zugelassen [Vidaza® (Wirkstoff: Azacitidin), Exjade® (Wirkstoff: Deferasirox)]. Das wissenschaftliche Interesse an den MDS-Erkrankungen hat in den letzten Jahren zugenommen. Zahlreiche klinische Studien wurden aufgelegt - sowohl aus akademischen Institutionen heraus (IIT: Investigator Initiated Trial = nicht-kommerzielle Therapieoptimierungsstudie) als auch von der pharmazeutischen Industrie [zu den aktuellen Studienprojekten: siehe Übersicht weiter unten]. In den 80er Jahren wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Carlo Aul das „Düsseldorfer MDS-Register“ aufgebaut. Es hat sich als Basis für zahlreiche wissenschaftliche Projekte zur Krankheitshäufigkeit, zu Prognosefaktoren und zur Therapie bewährt.

Neue Therapiemöglichkeiten und die hohe Bedeutung von chromosomalen Veränderungen in den abnormen Zellen haben den wissenschaftlichen Austausch mit anderen MDS-Zentren auf nationalem und internationalem Niveau angeregt. Da sich die Vernetzung mit anderen Zentren und die Zusammenführung der erhobenen Daten als eine der wichtigsten Voraussetzungen für den weiteren Erkenntnisgewinn herausgestellt hat, sind inzwischen ausgehend von Düsseldorf Dokumentationsstrukturen für Patienten mit oder ohne spezifische Therapie in vielen weiteren Zentren etabliert. Eine gemeinsame Dokumentations-

prüft. Ein wichtiger Schwerpunkt des Registers ist die Herausarbeitung von Prognosefaktoren für MDSPatienten, die spezifischen Therapien zugeführt werden. Hohe Bedeutung hat des Weiteren die Zentralisierung der Diagnostik in Referenzzentren. Mit den Kollegen der MDS-Zentren in Österreich und der Schweiz besteht eine enge Zusammenarbeit. Die verschiedenen MDS-Zentren in Deutschland beschäftigen sich außerdem arbeitsteilig mit experimentellen Fragestellungen. Im Rahmen der Routinediagnostik, aber speziell auch im Rahmen von klinischen Studien, werden Proben für diese Analysen wechselseitig zur Verfügung gestellt.

Zurzeit sind 8 klinische Studien im deutschen Sprachraum offen für Patienten mit myelodysplastischen Syndromen. Die Studien sind multizentrisch und geografisch so organisiert, dass möglichst viele Patienten relativ heimatnah ein Studienzentrum finden können. Weitere Studien, auch auf dem Gebiet der allogenen Stammzelltransplantation von einem Familien- oder Fremdspender, sind in Vorbereitung.

1) LEMON 5 (IIT): In dieser Studie wird die Mono-Therapie mit **Lenalidomid** [Revlimid®] bei MDS-Patienten mit der Risikogruppe „low“ oder „intermediate-1“ überprüft. Voraussetzung ist, dass eine spezielle Veränderung am Chromosom 5 vorliegt (Deletion 5q).

Einschlusskriterien: MDS mit < 5% Blasten und isolierter Deletion 5q, IPSS-Risikogruppe low oder int-1, Transfusionsabhängigkeit low oder int-1, Transfusionsabhängigkeit (mindestens 1 Erythrozyten-Konzentrat in 8 Wo-

chen). Studienleitung: Düsseldorf

2) GEPARD (IIT) - the GERman PANobinostat low Risk MDS-trial: In dieser Studie wird **LBH589** (Panobinostat) untersucht. Es wird entweder allein oder in Kombination mit Substanzen gegeben, die die Bildung von roten Blutkörperchen anregen (Erythropoetin bzw. „ESA“). Eingeschlossen werden transfusionsabhängige Patienten mit der Risikogruppe „low“ oder „intermediate-1“, die entweder nicht auf ESA ansprechen oder die eine geringe Wahrscheinlichkeit für ein Ansprechen haben.

Einschlusskriterien: primäres MDS, IPSS-Risikogruppe low oder int-1, transfusionsbedürftigkeit (mindestens 4 Erythrozyten-Konzentrate in 8 Wochen), Versagen einer Erythropoetin-Therapie oder geringe Erfolgswahrscheinlichkeit, alle Vortherapien erlaubt. Studienleitung: Dresden

3) AZALE (IIT): Es wird **Azacitidin** [Vidaza®] gefolgt von **Lenalidomid** [Revlimid®] bei Hochrisiko-MDS oder AML-Patienten mit Rückfall bzw. fehlendem Ansprechen mit Chromosomenveränderungen, einschließlich Monosomie 5 oder Deletion 5q, untersucht.

Einschlusskriterien: AML im Rückfall oder mit fehlendem Therapieansprechen (einschließlich **sekundärer AML** nach vorausgegangener Krebstherapie) oder MDS (einschließlich **sekundärem MDS** nach vorausgegangener Krebstherapie), IPSS-Risikogruppe int-2 oder high risk, Chromosomen-Veränderungen einschließlich Monosomie 5 oder Deletion 5q, alle Vortherapien einschließlich 5-Azacitidin oder Lenalidomid. Studienleitung: Dresden

4) VALENA (IIT): Studie zur Bestimmung der Wirksamkeit und Verträglichkeit einer Kombination aus **Valproinsäure** und **Lenalidomid** [Revlimid®] bei MDS-Patienten mit günstigem Risikoprofil

Einschlusskriterien: primäres MDS, IPSS-Risikogruppe low oder int-1 (keine Deletion 5q), Thrombozyten > 50.000/µl, Neutrophile > 1.000/µl, Erythropoetin > 200 mU/ml oder Versagen einer vorangegangenen Erythropoetin-Therapie, alle Vortherapien außer Lenalidomid oder Valproinsäure. Studienleitung: Düsseldorf

5) TEMSIROLIMUS (IIT): In dieser Pilot-Studie werden MDS-Patienten mit Temsirolimus [Torisel®] behandelt.

Einschlusskriterien: IPSS-Risikogruppe low oder int-1 mit Neutropenie oder Transfusionsbedürftigkeit (mindestens 4 Erythrozyten-

Konzentrate in 8 Wochen), keine Thrombopenie sowie bei IPSS-Risikogruppe int-2 oder high, Versagen von oder Intoleranz gegenüber Vidaza, Vortherapien erlaubt. Studienleitung: Dresden

6) ROMIPLOSTIM (Industrie-Studie von Amgen): Doppelblinde, placebokontrollierte Studie mit Zufallszuteilung zu den Therapiearmen zur Prüfung der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Romiplostim [Nplate®] zur Behandlung der Thrombozytopenie bei MDS-Patienten mit IPSSRisikogruppe „low“ oder „intermediate-1“

Einschlusskriterien: IPSS-Risikogruppe low oder int-1, Thrombozyten < 20.000/µl oder < 50.000/µl mit Blutungsanamnese, Vortherapien nicht erlaubt. Studienleitung: Firma Amgen.

7) ELTROMBOPAG (Industrie-Studie von GlaxoSmithKline): In dieser doppelblinden, placebokontrollierten Studie mit Zufallszuteilung zu den Therapiearmen wird Eltrombopag [Revolade®] bei Patienten mit Thrombozytopenie und fortgeschrittenem MDS oder sekundärer AML nach MDS untersucht.

Einschlusskriterien: fortgeschrittenes MDS oder sekundäre AML nach MDS, 20-50% Blasten im Knochenmark und < 50 % Blasten im peripheren Blut, Thrombozyten-Transfusionsbedürftigkeit oder Thrombozyten < 30.000/µl, Vortherapien erlaubt ebenso wie niedrigdosierte Chemotherapie und andere Wachstumsfaktoren, Studienleitung: Firma GlaxoSmithKline.

8) LENALIDOMID-005 (Industrie-Studie von Celgene): Doppelblinde, placebokontrollierte Studie mit Zufallszuteilung zu den Therapiearmen zum Vergleich der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Lenalidomid [Revlimid®] im Vergleich zu Placebo bei Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie aufgrund eines MDS und IPSS-Risikogruppe „low“ or „intermediate-1“ ohne Deletion 5q. ESA sprechen nicht oder nicht mehr an.

Einschlusskriterien: IPSS-Risikogruppe low oder int-1, alle chromosomalen Veränderungen außer Deletion 5q, Transfusionsabhängigkeit (mindestens 2 Erythrozyten-Konzentrate in 4 Wochen), Vortherapie mit Lenalidomid nicht erlaubt, Thrombozyten > 50.000/µl, Neutrophile > 500/µl, Studienleitung: Firma Celgene.

Burkitt-Lymphome und deren Behandlung im Rahmen der GMALLB-ALL/NHL-2002-Studie

- aus: DLH-Info 42; ein Beitrag von Dr. med. Nicola Gökbüget, Koordinatorin der German Multicenter ALL Study Group (GMALL), Medizinische Klinik II, Klinikum der J.W. Goethe Universität, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a.M., Tel. 0 69 – 63 01 – 63 65, Fax: 0 69 – 63 01 – 74 63, E-Mail: gmall@em.uni-frankfurt.de, Homepage: www.kompetenznetz-leukaemie.de

Einleitung

Die Bezeichnung „Burkitt“ stammt von dem englischen Tropenarzt Denis Burkitt, der das nach ihm benannte Lymphom Mitte des letzten Jahrhunderts erstmals in Afrika beschrieben hat. In den Malariagebieten Zentral- und Ostafrikas ist das **Burkitt-Lymphom** die häufigste Krebserkrankung bei Kindern. Man spricht hier auch von der „**endemischen**“ Form, d.h. die Krankheit ist hier „heimisch“. Das in Europa und Nordamerika auftretende Burkitt-Lymphom wird im Gegensatz dazu als „**sporadisch**“ bezeichnet, d.h. es tritt in diesen Regionen nur ganz vereinzelt auf. Die Unterscheidung zwischen den Burkitt-Lymphomen und anderen aggressiven Lymphomen, insbesondere den sog. diffus großzelligen Lymphomen, ist häufig nicht ganz klar möglich. Deshalb wurden in der Vergangenheit auch Lymphome wie ‚Burkitt-ähnliche‘ oder atypische Burkitt-Lymphome diagnostiziert und ähnlich wie Burkitt-Lymphome behandelt.

Das Burkitt-Lymphom weist ähnliche biologische Merkmale wie die reifzellige B-ALL (ALL = Akute Lymphatische Leukämie), nicht zu verwechseln mit B-Vorläufer-ALL, auf. Nach der WHO-Klassifikation 2008 wird dieser vergleichsweise seltene ALL-Subtyp (ca. 3-5% der ALL-Fälle) auch als **Burkitt-Leukämie** bezeichnet.

Diagnose

Beim **Burkitt-Lymphom** erfolgt die Diagnostik meist anhand der feingeweblichen Untersuchung (Histologie). Mittels Immunphänotypisierung werden die Oberflächenmerkmale der Zellen (sog. „CD“-Marker) bestimmt. Aus dem Muster der vorhandenen Merkmale lassen sich Rückschlüsse auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zellreihe ziehen. Charakteristisch sind zudem bestimmte chromosomale bzw. molekulargenetische Veränderungen. Typisch für Burkitt-Lymphome/Leukämien sind Veränderungen des sog. c-myc-Gens. Die Abgrenzung von diffus großzelligen Lymphomen kann im Ein-

zelfall schwierig sein. Daher sollte nach Möglichkeit eine Beurteilung durch einen Referenzpathologen erfolgen. Der Therapiebeginn kann aber wegen des raschen Fortschreitens der Erkrankung meist nicht bis zum Vorliegen des Referenzbefundes verschoben werden.

I	Befall einer Lymphknotenregion oder eines extralymphatischen Organs oder Gewebes
II	Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen oder extralymphatischen Organen oder Geweben nur ober- oder unterhalb des Zwerchfells
III	Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen oder extralymphatischen Organen oder Geweben ober- und unterhalb des Zwerchfells
IV	Diffuser oder disseminierter Organbefall mit oder ohne Lymphknotenbefall
A/B	Diagnosezusatz A ohne Vorliegen vom B-Symptomen, B beim Vorliegen einer B-Symptomatik
N/E	Diagnosezusatz N bei Lymphknotenbefall, E beim Vorliegen eines Organbefalls

Stadieneinteilung nach Ann Arbor (die Bezeichnung stammt von einem kleinen Ort in der Nähe von Detroit/USA).

Die Unterscheidung zwischen Burkitt-Leukämie und Burkitt-Lymphom erfolgt - relativ willkürlich – anhand des Knochenmarkbefalls. Wenn der Knochenmarkbefall **über 25%** liegt, spricht man von einer Leukämie. Insofern ist eine Knochenmarkuntersuchung zur Abgrenzung notwendig. Anhand der Ergebnisse der bildgebenden Diagnostik (Ultraschall, Computertomografie, ggf. Magnetresonanztomografie) erfolgt die Stadieneinteilung nach der Ann-Arbor-Klassifikation [vgl. Tab.]. Zur Prüfung eines Befalls des Zentralen Nervensystems (**ZNS**) wird eine Untersuchung des Nervenwassers [Liquor] durchgeführt. Da Burkitt-Lymphome in Zusammenhang mit einer HIV-Infektion auftreten können, sollte im Rahmen der Diagnostik eines Burkitt-Lymphoms auch ein HIV-Test durchgeführt werden.

Klinische Merkmale

Das Burkitt-Lymphom schreitet sehr schnell fort. Die bösartigen Zellen teilen sich mit rasanter Geschwindigkeit - die Zellteilungsrate im Tumor liegt bei nahezu 100 %. Aufgrund dieser Tatsache ist das Burkitt-Lymphom sehr

chemo- und strahlensensibel, denn die Chemo- und Strahlentherapie schädigt in besonderem Maße Zellen, die sich gerade teilen. Das führt dazu, dass sich auch sehr große Lymphome unter Chemotherapie meist rasch zurückbilden.

Bei der endemischen Form ist ein Befall des Ober- und Unterkieferknochens typisch mit Schwellungen im Gesicht, am Kiefer und am Hals. Beim sporadischen Burkitt-Lymphom kommt es eher zu einem Befall der Lymphknoten. Häufig sind aber auch Organe, z.B. der Darm, von dem Lymphom betroffen. Entsprechend vielfältig können die Symptome sein. Als Befall des Zentralen Nervensystems wird z.B. der Nachweis von Burkitt-Zellen im Nervenwasser angesehen. Ein ZNS-Befall kann mit neurologischen Symptomen, wie Kopfschmerzen, Bewusstseinsstörungen und Lähmungen einhergehen.

Erfolgreiche Änderung der Therapiestrategie Ende der 90er Jahre

Die Deutsche ALL-Studiengruppe (GMALL) berichtete 1996 erstmals über eine deutliche Verbesserung der Therapieergebnisse bei Burkitt-Leukämie mit einem aus der Kinderheilkunde übernommenen, angepassten Protokoll. Wegen der ähnlichen biologischen Merkmale wurde in der Folge dieses Regime mit guten Ergebnissen auch beim Burkitt-Lymphom eingesetzt und erzielte sogar bessere Ergebnisse als bei Burkitt-Leukämie. Die Studie zeigte weiterhin, dass auf eine vorbeugende Schädelbestrahlung zur Verhinderung eines ZNS-Befalls verzichtet werden konnte. Schließlich wurde deutlich, dass eine Erhöhung der Methotrexat-Dosis von 1,5 g/m² in der Vorgängerstudie auf 3 g/m² zu mehr Nebenwirkungen, aber nicht zu einer Verbesserung der Ergebnisse führte. Rückfälle nach mehr als 12 Monaten traten selten auf.

Behandlung des Burkitt-Lymphoms im Rahmen der GMALL-B-ALL/NHL-2002-Studie

In der bereits 2002 aktivierten und mehrfach optimierten GMALL-B-ALL/NHL-Studie für Burkitt-Leukämie, Burkitt-Lymphome und bestimmte andere schnell fortschreitende Lymphome (B-lymphoblastisches Lymphom, anaplastisches großzelliges Lymphom sowie primär mediastinales Lymphom) werden insgesamt 6 Therapieblöcke verabreicht, die Hochdosis-Methotrexat, Hochdosis-Cytarabin (Block C), konventionell dosierte Chemotherapie und eine Vorbeugung von ZNS-Befall

durch Verabreichung von Chemotherapie in den Nervenwasserraum (sog. intrathekale Gabe) beinhalten. Ältere Patienten (> 55 Jahre) erhalten eine dosisreduzierte Variante dieses Therapieplans. Die Therapieblöcke werden, sofern der Zustand der Patienten es zulässt, möglichst ohne Verzögerungen verabreicht.

Die entscheidende Änderung in diesem Therapieprotokoll war der Einsatz des Antikörpers Rituximab in Kombination mit der Chemotherapie. Rituximab richtet sich gegen das Oberflächenmerkmal CD20 auf den Burkitt-Zellen und trägt so zu der gezielten Abtötung bei. Rituximab wird vor jedem der 6 Chemotherapieblöcke verabreicht. Im Anschluss an die Chemotherapie wird noch zwei Mal Rituximab gegeben.

Bei allen Patienten wird zur schonenden Reduktion der Tumorzellmasse eine Vorphase-Therapie mit Cyclophosphamid und Prednison verabreicht.

Bei Patienten im Stadium I/II ohne Befall außerhalb der Lymphknoten oder im Brustkorb (im sog. Mediastinum) sowie mit komplettem Ansprechen kann die Therapie nach 4 Blöcken beendet werden.

Sehr wichtig ist, dass regelmäßig eine Bewertung des Ansprechens stattfindet.

Nach Beendigung von 6 Blöcken wird darüber entschieden, ob noch zusätzlich eine Strahlentherapie notwendig ist.

Die Entscheidung, ob ein Patient der Therapiegruppe über oder unter 55 Jahren zugeordnet wird, hängt vom sog. biologischen Alter ab. Das bedeutet, dass der Allgemeinzustand und andere Erkrankungen berücksichtigt werden. Der behandelnde Arzt kann bei Patienten > 55 Jahren entscheiden, ob ein guter Allgemeinzustand vorliegt und eine Behandlung nach dem intensiveren Therapieplan für jüngere Patienten durchführbar erscheint.

Zwischenergebnisse der Studie

Die Kombination von Rituximab mit der Chemotherapie hat zu einer deutlichen Verbesserung der Heilungschancen bei Burkitt-Leukämien/Lymphomen geführt. Zusätzliche Nebenwirkungen durch den Einsatz von Rituximab wurden nicht beobachtet. Insbesondere für ältere Patienten könnte die Immuntherapie mit diesem Antikörper die Nachteile einer niedriger dosierten Methotrexat-Gabe ausgleichen.

Therapie bei Rückfällen oder Restbefällen

Rückfälle treten unter der oben beschrieb-

nen Therapie beim Burkitt-Lymphom nur selten und meistens innerhalb von 12 Monaten nach der Diagnosestellung auf. Hier gibt es keine Standardbehandlung. Bestrahlung, Chemotherapie und/oder Stammzelltransplantation können erwogen werden. Wegen des konkreten Therapievorgehens im Einzelfall kann mit der GMALL-Studienzentrale Rücksprache gehalten werden.

Supportivtherapie

Intensive therapiebegleitende (supportive) Maßnahmen sind essentieller Bestandteil der Therapie. Dazu gehören u.a. eine angemessene Flüssigkeitszufuhr und insbesondere pflegerische Maßnahmen zur Vorbeugung einer Schleimhautentzündung (Mukositis). Hier werden in der Studie verschiedene Konzepte z.B. mit dem Keratinozyten-Wachstumsfaktor (KGF) oder auch Mundspülungen geprüft. Die Vorbeugung der Mukositis ist wichtig, nicht nur um schmerzhaft Entzündungen zu vermeiden, sondern auch das Risiko von Infektionen und Therapieverzögerungen zu reduzieren. Auch die Gabe eines Wachstumsfaktors für bestimmte weiße Abwehrzellen (Granulozyten-Kolonie-stimulierender Faktor, kurz GCSF) im Anschluss an die Blöcke sollte durchgeführt werden.

Teilnahme an einer Studie

Die Studien der GMALL-Studiengruppe haben eine erhebliche Verbesserung der Heilungschancen bei Burkitt-Leukämien und – Lymphomen ermöglicht. Dies gelang durch die konsequente Entwicklung neuer Studienkonzepte auf der Basis der Ergebnisse vorheriger Studien und unter Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Studien werden von Experten intensiv diskutiert und von einer Ethik-Kommission bewertet. Bei einer Studienteilnahme wird der Patient vollständig und schriftlich über das Therapiekonzept aufgeklärt.

Die behandelnden Ärzte haben die Möglichkeit, im Hinblick auf die Therapiedurchführung eine Beratung durch die Studienzentrale einzuholen. Die Behandlungsdaten können für Auswertungen berücksichtigt werden und so für eine künftige weitere Optimierung der Therapie genutzt werden. Auch die konkrete Mitarbeit der Patienten ist erbeten, z.B. bei der Vorbeugung von Mundschleimhautentzündungen mit dem Führen von Patiententagebüchern. Studien definieren ganz klar Merkmale von Patienten, die eingeschlossen werden können. Es ist aber möglich, dass auch bei Patienten, die diese Kriterien nicht

erfüllen eine Therapie analog zu dem Studienprotokoll durchgeführt wird. In diesem Fall werden die Patienten gebeten, ihr Einverständnis zu geben, dass die Behandlungsdaten im GMALL-Register erfasst werden.

Morbus Waldenström

Textbeitrag von Prof. Dr. med. Manfred Hensel, Mannheim anlässlich des 13. Bundesweiten DLH-Patientenkongresses am 19./20.06.2010 in Karlsruhe; Prof. Hensel, Mannheimer Onkologie Praxis, Q 5, 14 – 22, 68161 Mannheim, Tel. 06 21 – 2 24 30, Fax 06 21 – 2 84 33 hensel@mannheimer-onkologie-praxis.de www.mannheimer-onkologie-praxis.de

Einleitung

Die Makroglobulinämie Waldenström (Synonym: Morbus Waldenström), eine bösartige Erkrankung der Lymphozyten (Untergruppe der weißen Blutkörperchen) im Knochenmark, wurde nach dem schwedischen Arzt Jan Waldenström benannt. Er hat die Krankheit in den 1940er Jahren erstmals beschrieben. Die Makroglobulinämie Waldenström gehört zu den indolenten bzw. langsam wachsenden Lymphomen nach der WHO-Klassifikation.

Häufigkeit und Ursachen

Die Makroglobulinämie Waldenström ist eine seltene Erkrankung. Sie tritt etwa einmal pro 100.000 Einwohner pro Jahr auf. Die Ursachen sind weitgehend unklar. Ein erhöhtes Risiko haben Patienten mit Hepatitis B und C, HIV-Infektion oder Patienten mit Autoimmunerkrankungen. Familiäre Häufungen wurden beschrieben, die Erkrankung wird aber nicht direkt vererbt. Patienten mit Makroglobulinämie Waldenström sind meistens schon älter. Das mittlere Alter bei Erstdiagnose liegt bei 65 Jahren. Nur selten erkranken Patienten, die jünger als 40 Jahre sind.

Symptome

Die Symptome bei der Makroglobulinämie Waldenström (vgl. Abb. 1) kann man einteilen in Symptome, die durch den Lymphombefall im Knochenmark oder in der Milz hervorgerufen werden, und Symptome, die auf das abnorm erhöhte Eiweiß IgM (siehe Abschnitt „Diagnose“) zurückzuführen sind.

Die Lymphomzellen bilden Zytokine, d.h. Botenstoffe, die ins Blut abgegeben werden, und dann in der Folge zu Nachtschweiß und häufig auch zu Gewichtsverlust führen. Häufig wird von den Patienten ein „Leistungsknick“ beschrieben. Sie sind nicht mehr so fit wie früher. Dies hängt u.a. mit der bei Makroglobulinämie Waldenström sehr häufigen Anä-

mie zusammen, d.h. einer Verminderung des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin, kurz: Hb). Die Anämie ist das wesentliche Symptom bei der Makroglobulinämie Waldenström, das meistens irgendwann dazu führt, dass mit einer Therapie begonnen werden muss. In etwa 10-20% der Fälle findet sich eine Milzvergrößerung. Große Lymphknotenschwellungen sind bei der Makroglobulinämie Waldenström selten (im Gegensatz zu anderen langsam wachsenden Lymphomen). Da das abnorm erhöhte Eiweiß die peripheren Nerven schädigen kann, steht bei den hierdurch bedingten Symptomen die Polyneuropathie im Vordergrund. Dabei handelt es sich um neurologische Symptome, d.h. Gefühlsstörungen, Kribbeln und Schmerzen insbesondere in den Fingern, Füßen und Zehen. Die Betroffenen leiden teilweise unter Gangstörungen, weil sie nicht mehr spüren, wo sie auftreten. Ein weiteres Symptom ist das sog. „Raynaud-Phänomen“, d.h. Durchblutungsstörungen in den Fingern. Die Blutgefäße in den Fingern ziehen sich bei Kälte zusammen, und die Finger werden sehr blass oder sogar blau. Besonders im Winter ist diese Symptomatik sehr unangenehm für manche Patienten.

Abb. 1: Typische Symptome bei der Makroglobulinämie Waldenström

- Gewichtsverlust
- Nachtschweiß
- Müdigkeit/Leistungsminderung
- Anämie
- Mangel an weißen Blutkörperchen
- Mangel an Blutplättchen
- Milzvergrößerung
- Lymphknotenschwellung
- Polyneuropathie
- Raynaud-Phänomen

Diagnose

Die Diagnose Makroglobulinämie Waldenström kann nur dann gestellt werden, wenn zum einen im Knochenmark ein lymphoplasmozytisches Lymphom diagnostiziert und zum anderen im Blut das abnorme, „monoklonale“ Eiweiß IgM nachgewiesen wird. Nur wenn beides zutrifft, liegt eine Makroglobulinämie Waldenström vor. Mithilfe einer bestimmten Untersuchung, der sog. „Eiweißelektrophorese“ kann man verschiedene Eiweiße im Blut genauer unterscheiden. Zu den Eiweißen gehören u.a. die Antikörper, die sog. „Immunglobuline“ (Ig). Davon wiederum gibt es fünf verschiedene Arten (G, A, M, D und E). Bei der Makroglobulinämie Wal-

denström ist das IgM abnorm und meist erhöht. Wenn der Patient mit einem der oben erwähnten Symptome zum Arzt geht, d.h. in der Regel zunächst zum Hausarzt, dann veranlasst der Hausarzt eventuell eine Eiweißelektrophorese. Außerdem findet man aufgrund der IgM-Erhöhung in der Regel eine stark erhöhte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BSG). Die BSG ist allerdings sehr unspezifisch und kann auch auf ganz andere Erkrankungen hindeuten, z.B. auf eine Grippe. Wenn der Hausarzt dann aber in der Eiweißelektrophorese zusätzlich eine Zacke bei den Immunglobulinen findet, führt dies zu weiteren diagnostischen Verfahren. Oft liegt schon zu Beginn der Erkrankung eine Erniedrigung des Hämoglobinwertes, also eine Anämie, vor. Dann schickt der Hausarzt den Patienten in der Regel zum Hämatologen. Dort werden weitere Untersuchungen gemacht. Eine Knochenmarkpunktion ist wichtig für die Diagnosesicherung, weil nur so der Knochenmarkbefall durch ein lymphoplasmozytisches Lymphom nachgewiesen werden kann. Üblicherweise werden außerdem eine Ultraschalluntersuchung des Bauchraums und eine Röntgenuntersuchung des Brustkorbs durchgeführt, um zu überprüfen, wie groß die Milz ist und ob die Lymphknoten vergrößert sind.

Therapie

Eine Behandlung wird nicht automatisch nach Diagnosestellung begonnen, sondern erst, wenn irgendwann Beschwerden auftreten. Es konnte bisher nicht nachgewiesen werden, dass Patienten ohne Beschwerden einen Vorteil von einer frühzeitigen Therapie haben. Es gibt Studien bei ähnlichen Krankheiten, wie der chronischen lymphatischen Leukämie (die auf die gleichen Medikamente anspricht) oder beim follikulären Lymphom im fortgeschrittenen Stadium, in denen man die Patienten nach Diagnosestellung entweder frühzeitig mit Chemotherapie behandelt hat oder aber erst Monate oder sogar Jahre später, wenn Beschwerden aufgetreten sind. Dabei hat sich kein Vorteil bezüglich der langfristigen Lebenserwartung bei den Patienten, die sofort behandelt wurden, gezeigt. Deswegen verzichtet man bei langsam wachsenden Lymphomen in fortgeschrittenem Stadium, die noch keine Beschwerden bereiten, in der Regel darauf, sofort nach Diagnosestellung zu behandeln. Man behandelt vielmehr erst, wenn Symptome aufgetreten sind, wie z.B. ausgeprägter Nachtschweiß. Ein anderer

Grund für den Beginn einer Therapie ist eine ausgeprägte Anämie. Bei einem Hämoglobin-Wert von unter 10 mg/dl kommt es meistens zu relativ starken Beschwerden, wie Schwäche und Müdigkeit. Der Grenzwert von 10 mg/dl ist aber nur eine Faustregel.

Weitere Gründe, um die Behandlung zu beginnen, können folgende sein:

- schwere Nervenschädigung (Polyneuropathie)
- große Milz, die Beschwerden bereitet
- große Lymphknoten, die Beschwerden bereiten
- starker Gewichtsverlust aufgrund der Krankheit

Sich nur am IgM-Wert zu orientieren, ist falsch. Es gibt keinen klar definierten Grenzwert, ab dem man mit der Therapie anfängt. Allerdings ist es häufig so, dass Symptome umso eher auftreten, je höher der IgM-Wert ist. Die Behandlung soll im Wesentlichen zu einer Besserung oder Beseitigung der Symptome und zu einer Normalisierung der Blutwerte (meistens des Hämoglobins) bzw. zu einer Normalisierung bzw. Verkleinerung der Milz führen. Ziel ist letztlich eine Verbesserung der Lebensqualität. Es wird erwartet, dass sich durch die modernen Therapiemöglichkeiten, die heute zur Verfügung stehen bzw. die zurzeit entwickelt werden, die Lebenserwartung verbessert.

Es gibt mehrere Substanzen, die in der Therapie angewendet werden können. Die Auswahl der Substanzen erfolgt auf Basis der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien sowie auch nach individuellen Kriterien von Seiten des Patienten, wie zum Beispiel Alter, Begleiterkrankungen, Patientenwunsch etc.

Seit einigen Jahren trifft sich alle zwei bis drei Jahre eine internationale Expertengruppe, um Konsensempfehlungen zu Diagnostik und Therapie zu geben. Zuletzt wurden die Behandlungsempfehlungen des 4. Internationalen Workshops zur Makroglobulinämie Waldenström im Jahr 2009 in einer führenden internationalen Fachzeitschrift veröffentlicht. Diese Behandlungsempfehlungen habe ich in einem deutschsprachigen Artikel, der ebenfalls im vergangenen Jahr erschien, für die deutschen Verhältnisse übersetzt und kommentiert (Hensel, M.: Makroglobulinämie Waldenström-Konsensus zu neuen Behandlungsempfehlungen. InFo Onkologie 2009;12:12(Nr.2), erhältlich über die Homepage der Mannheimer Onkologie Praxis:

www.mannheimer-onkologie-praxis.de/

[medizinische-informationen/publikationen.htm](#)).

In der Vergangenheit wurde am häufigsten Leukeran® eingesetzt. Dabei handelt es sich um eine Tablette mit der chemotherapeutischen Substanz Chlorambucil. Dieses Medikament gibt es schon sehr lange (ca. 30-40 Jahre), und es ist sehr gut verträglich. Die meisten Patienten haben wenige oder gar keine Nebenwirkungen. Der IgM-Wert sinkt unter Chlorambucil und die Symptome bessern sich. Wirksamer sind allerdings Substanzen wie das Bendamustin oder die Substanzgruppe der Purinanaloga, wie Fludarabin, Cladribin oder Pentostatin, sowie in den letzten Jahren auch biologische Substanzen wie der monoklonale Antikörper Rituximab. Bendamustin oder Fludarabin führen wesentlich häufiger zur Normalisierung der Blutwerte als Chlorambucil. Es handelt sich dabei aber um eine Infusionsbehandlung, und sie ist damit aufwändiger für den Patienten. Insbesondere beim Fludarabin, aber auch beim Bendamustin, können mehr Nebenwirkungen auftreten.

Der Antikörper Rituximab ist zwar für die Makroglobulinämie Waldenström nicht zugelassen, er wird aber trotzdem in vielen Zentren in Kombination mit der Chemotherapie gegeben, weil er bei anderen nah verwandten Erkrankungen hoch wirksam ist. Der Antikörper bindet ganz spezifisch an das Oberflächeneiweiß „CD20“, das auf den Tumor- bzw. Lymphomzellen sitzt. Der Antikörper wird als Infusion gegeben und ruft in der Regel keine Nebenwirkungen hervor. Lediglich bei der allerersten Infusion führt der Antikörper häufig zu einer Art allergischem Syndrom. Bei den weiteren Infusionen treten meistens gar keine Nebenwirkungen auf, insbesondere keine Übelkeit und kein Haarausfall. Wenn man mit Rituximab allein behandelt, kann man zwar in einem relativ hohen Prozentsatz eine Besserung erreichen. Ein Ansprechen, ein Rückgang des IgM-Wertes, zieht sich aber über einen längeren Zeitraum hin. Außerdem steigt der IgM-Wert oft nach einem dreiviertel bis einem Jahr allmählich wieder an.

Heutzutage versucht man, vor allem jüngeren Patienten **Kombinationstherapien** aus verschiedenen Chemotherapiesubstanzen einschließlich Rituximab zu geben. Diese Kombinationen gehen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für ein Ansprechen – d.h. für eine Besserung des IgM-Wertes und des Hämoglobinwertes - einher. Inzwischen sind

zwei große, „randomisierte“ Studien durchgeführt worden, die verschiedene Behandlungen miteinander verglichen haben. In einer Studie konnte bewiesen werden, dass die Zugabe von Rituximab zu einer intensiven Kombinationschemotherapie nach dem CHOP-Schema die Behandlungsergebnisse deutlich verbessert im Vergleich zu CHOP alleine (Deutsche Studiengruppe für niedrig maligne Lymphome, GLSG). Jedoch ist CHOP eine sehr nebenwirkungsreiche Behandlung, bei der immer auch die Haare ausfallen und auch sonst eine Vielzahl von Nebenwirkungen auftreten können. Eine weitere Studie verglich die Kombination aus Rituximab und Bendamustin mit Rituximab und CHOP (Studiengruppe indolente Lymphome, StiL). Hierbei konnte durch beide Behandlungsformen bei fast allen Patienten die Krankheit sehr gut gebessert werden. Die Dauer bis zur erneuten Zunahme der Krankheitsaktivität war jedoch bei der Behandlung mit Rituximab und Bendamustin wesentlich länger als bei Rituximab und CHOP. Außerdem hatte die Behandlung mit Rituximab und Bendamustin wesentlich weniger Nebenwirkungen. Insbesondere trat hierbei kein Haarverlust auf im Vergleich zu CHOP, durch das bei fast allen Patienten Haarausfall entstand. Daher ist die Behandlung mit Rituximab und Bendamustin (in der Regel 6 ambulante Zyklen über zwei Tage, alle vier Wochen) mittlerweile in unserer Praxis sowie in vielen anderen Praxen und Zentren in Deutschland Standard.

Wenn möglich, versuchen wir Patienten innerhalb von Studien zu behandeln. Hierdurch wird eine besonders gute Betreuung gewährleistet. Alle Behandlungsschritte werden im Rahmen von Studien besonders sorgfältig dokumentiert und von Studienzentralen überprüft und immer wieder hinterfragt. Dies bietet für die Patienten ein besonders hohes Maß an Sicherheit. Im Rahmen von Studien haben die Patienten die Möglichkeit, in den Genuss der neuesten und besten Behandlungsverfahren zu bekommen. Wir nehmen an der nationalen Maintain-Studie der StiL-Studiengruppe teil. Im Rahmen dieser Studie erhalten alle Patienten sechs Zyklen Rituximab und Bendamustin. Anschließend soll geprüft werden, ob eventuell eine zweijährige Erhaltungstherapie mit Rituximab alle zwei Monate die Behandlungsergebnisse und Wirkdauer noch einmal verbessern kann im Vergleich zur al-

leinigen Beobachtung, was bisher der Standard ist.

Es gibt mittlerweile eine ganze Reihe weiterer, für diese Indikation noch nicht zugelassener Substanzen, die im Rahmen von Studien erprobt werden. Thalidomid, das ehemalige Contergan, wirkt sehr gut beim Multiplen Myelom, einer verwandten Erkrankung. Auch bei der Makroglobulinämie Waldenström hat es sich in kleinen Studien als wirksam erwiesen. Man kann sie Patienten geben, bei denen die herkömmlichen Therapien nicht gut genug gewirkt haben. Bortezomib ist eine Injektionsbehandlung, die vor allem beim Multiplen Myelom im Rückfall eingesetzt wird. Es gibt inzwischen mehrere nordamerikanische Studien, in denen es auch bei der Makroglobulinämie Waldenström sehr gut gewirkt hat. Es führt allerdings bei einem Teil der Patienten zu einer sehr unangenehmen Polyneuropathie. Für junge Patienten, das heißt Patienten unter circa 65 Jahren, bei denen die Erkrankung auf die konventionelle, o.g. Therapie nur unzureichend oder kurzfristig anspricht, stellt die Hochdosischemotherapie mit nachfolgender autologer (d.h. mit eigenen Zellen) oder allogener (d.h. mit Zellen eines gewebeverträglichen Spenders) **Stammzelltransplantation** eine sehr gute Option dar. Hierdurch kann bei einer Vielzahl von Patienten eine langfristige Remission [Krankheitsrückbildung] erreicht werden.

Weiterführende Literatur:

Übersichtsartikel „IgM-Gammopathie: Differenzialdiagnose, Klinik und Therapie“, Autoren: Manfred Hensel, Peter Dreger und Anthony D. Ho. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104 (26): A-1907/B-1684/ C-1620. Auffindbar über die Suchfunktion auf www.aerzteblatt.de

Bericht über familiäres Risiko für Patienten mit Makroglobulinämie Waldenström: Hensel, M.: Patienten mit Makroglobulinämie Waldenström-Erhöhtes Lymphomrisiko für Angehörige. InFo Onkologie 2008;11:3 (Nr. 7)

Konsensusempfehlungen zur Behandlung der Makroglobulinämie Waldenström 2009: Hensel, M.: Makroglobulinämie Waldenström-Konsensus zu neuen Behandlungsempfehlungen. InFo Onkologie 2009; 12:12(Nr.2)

Alle Artikel erhältlich über die Homepage der Mannheimer Onkologie Praxis: www.mannheimeronkologie-praxis.de/medizinische-informationen/publikationen.htm

Langzeitfolgen nach allogener Stammzelltransplantation aus psychosozialer Sicht

Textbeitrag von Dipl. Psych. Markus Birmele, Psychologischer Psychotherapeut, Klinik für Tumorbio-

logie, Freiburg anlässlich des 13. Bundesweiten DLH-Patientenkongresses am 19./20.06.2010 in Karlsruhe

„Die Welt dreht sich wie ein Karussell, nur: ich stehe außen und schaue zu. Ich würde gerne wieder mit drauf sitzen!“

„Diese Therapie lässt keine Zelle meines Körpers, aber auch keine Dimension meiner Seele unberührt. ... und nicht nur das: meine ganze Umwelt und alles was dazu gehört ist unwiderruflich davon betroffen! Das wird wohl so bleiben und damit muss ich mich jetzt auseinandersetzen. Ob ich will oder nicht!“

Diese beiden Zitate von Menschen nach allogener Stammzelltransplantation verdeutlichen eindrücklich die Dimension der langfristigen Auswirkungen. Wie keine andere Behandlung bedeutet die Transplantation für den betroffenen Menschen einen schweren Einschnitt in das Leben, verbunden mit einer ganzen Reihe von körperlichen, seelischen und sozialen Folgeproblemen. All diese Belastungen betreffen nicht nur Patienten sondern auch Angehörige und Freunde, das gesamte soziale Umfeld und auch die Behandler müssen sich mit diesen Fragen auseinandersetzen.

Nach überstandener Behandlung und der Entlassung ins häusliche Umfeld besteht oft viel Unsicherheit, da der schützende Rahmen der Klinik wegfällt. Ausgehend von diesen Erschütterungen setzen sehr bald Verarbeitungsprozesse ein, mit dem Ziel die Belastungen zu bewältigen und neue Perspektiven zu gewinnen. Auf diesem Weg der Verarbeitung der Erkrankung und den Belastungen können verschiedene psychologische Hilfestellungen angeboten werden.

Nach der Akutphase ist erst einmal ein Gefühl der Erleichterung festzustellen, gleichzeitig wird spürbar wie anstrengend die Therapie war. Daher werden nicht selten erst nach Abschluss der Behandlung die emotionalen Belastungen wahrgenommen und zum Ausdruck gebracht. Von euphorischen Reaktionen es endlich geschafft zu haben bis zu depressiven Reaktionen sind die unterschiedlichsten emotionalen Zustände zu beobachten.

Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung fehlt die Energie, um die gewohnten Aktivitäten im Alltag wieder aufzunehmen. Vor allem in der ersten Phase nach erfolgreicher Transplantation werden die Anforderungen und Belastungen als sehr hoch wahrgenommen. Die Patienten müssen eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen und eine Reihe von Verhaltensregeln einhalten, die den

Alltag einschränken. Zugleich fordert das soziale Umfeld, möglichst bald wieder Normalität entstehen zu lassen.

Darüber hinaus müssen sich viele Betroffene mit einer Reihe von körperlichen Problemen auseinandersetzen. Aus den Erfahrungsberichten unserer Patienten wissen wir, dass in den ersten Wochen nach der Transplantation die psychische und körperliche Erschöpfung besonders deutlich spürbar ist. Bei manchen Patienten können Antriebslosigkeit, Erschöpfung oder depressive Verstimmungen auftreten. Gerade infolge der Transplantation kann ein Fatigue Syndrom (= Erschöpfungssyndrom) unmittelbar nach der Transplantation oder aber später nach mehreren Monaten oder sogar Jahren auftreten und unterschiedlich lange andauern.

Aus unserer Erfahrung ist es hierbei einerseits wichtig, dem Bedürfnis nach Erholung genügend Raum zu geben. Auf der anderen Seite gilt es darauf zu achten, aktivierende Maßnahmen durchzuführen. Sowohl die frühzeitige körperliche Aktivität als auch ein regelmäßiger Kontakt mit anderen Menschen ist für die Genesung und die Krankheitsverarbeitung von immenser Bedeutung. Für die Transplantierten ist es wichtig, das individuell richtige Maß an Anforderung und Erholung herauszufinden.

Krankheit und Behandlung haben immer auch Auswirkungen auf die Partnerschaft und das soziale Umfeld. Die psychischen Belastungen können auch für die Familienangehörigen enorm sein. Vielfältige Probleme und Herausforderungen stellen sich im Bereich des wechselseitigen Verständnisses für die Bedürfnisse und Belastungen der Partner, der Kommunikation und der Entlastung. Die Angehörigen fühlen sich häufig hilflos und erleben es als belastend, nicht aktiv in den Behandlungsablauf eingreifen zu können. Notwendige Ansprechpartner für die eigenen emotionalen Belastungen finden sich eher selten, da der kranke Partner nicht noch zusätzlich belastet werden soll und die „Anderen die Situation gar nicht richtig verstehen können“. Um so mehr ist darauf zu achten, dass für die Partnerinnen und Partner sowie die gesamte Familie Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden.

Bei jüngeren Patienten bedeuten der oft unerfüllbar gewordene Kinderwunsch, neben den anderen Einschränkungen im Bereich der Sexualität, wie Interessenverlust und sexuelle Funktionsstörungen, eine enorme psychische

Belastung. Unabhängig vom Lebensalter sind die Auswirkungen auf die Sexualität immer eine Herausforderung für die Partnerschaft, die das offene Gespräch untereinander notwendig machen. Als weitere mögliche Belastungsfaktoren für die Betroffenen und deren Familien stehen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Veränderungen im gewohnten Familienleben an. Es besteht vielleicht die Notwendigkeit, gewohnte Abläufe zu verändern. Bisher bestehende Rollenverteilungen müssen manchmal überdacht und angepasst werden.

Eine berufliche Reintegration führt zu einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und Steigerung der Lebensqualität. In diesem Zusammenhang kann eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit die Krankheitsverarbeitung verbessern, zur Akzeptanz von Leistungseinschränkungen beitragen, das Selbstwertgefühl durch positive Erfahrungen stärken, aktive Verarbeitungsstrategien in anderen Bereichen unterstützen und soziale Kontakte und sozialen Austausch leichter ermöglichen. Ein Großteil der Patienten kann zumindest teilweise in den Beruf zurückkehren. Hier sind sowohl sozialrechtliche wie auch psychologische Beratungen erforderlich und können helfen, die notwendigen Informationen zu erhalten und in schwierigen Entscheidungssituationen die verschiedenen Aspekte abzuwägen. Trotz der Vielzahl möglicher psychosozialer Folgeprobleme nach Transplantation bewältigt nach unseren Schätzungen etwa die Hälfte der Patienten die auftretenden psychischen Belastungen mit ihren eigenen persönlichen Ressourcen. Für ein Konzept der psychosozialen Unterstützung ist die frühzeitige Information und Bereitstellung entsprechender Angebote von großer Bedeutung. Der Prozess der Krankheitsverarbeitung und Anpassung an die veränderten Gegebenheiten kann längere Zeit in Anspruch nehmen. Auch in der Nachsorge und längere Zeit nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung können immer wieder psychische Probleme auftreten, die der Unterstützung bedürfen. Konkrete Unterstützungsangebote im ambulanten Bereich sind neben den niedergelassenen Psychotherapeuten vor allem die psychosozialen Krebsberatungsstellen. Und natürlich hat die DLH mit ihrer Arbeit einen essentiellen Anteil an einem guten psychosozialen Unterstützungsangebot.

Meine Blutwerte – was ich als Patient wissen muss

Textbeitrag von Dr. Martin Binnenhei anlässlich des 13. Bundesweiten DLH-Patientenkongresses am 19./20.06.2010 in Karlsruhe

Laboruntersuchungen nehmen im Kontext der Patientenbetreuung einen enormen Stellenwert ein. Kaum eine ärztliche Entscheidung fällt heutzutage noch unabhängig von Erkenntnissen der Blutwertanalytik. Der Arzt nutzt Laborwerte zur Beurteilung quasi jeder erdenklichen Behandlungssituation: angefangen bei der Diagnosefindung über die Festlegung einer eventuellen Behandlungsnotwendigkeit, die Kontrolle der Behandlungsdurchführung bis hin zur Steuerung der Krebsnachsorge. Die Blutanalytik ist für den Arzt also ein unverzichtbares wissenschaftlich-rationales Steuerungswerkzeug für seine Entscheidungsfindung. Aus Patientensicht kommt den Blutwerten darüber hinaus eine weitere Funktion zu – die nackten Zahlen der Ergebnistabellen besitzen auch eine psychologische Dimension. Oft bestimmt ein einziger Laborwert tatsächlich über viele Tage das reale Patientenleben und schränkt dieses eben auch leider oft erheblich ein: denken wir zum Beispiel an die „magische Grenze“ von 1000 Leukozyten, als Voraussetzung für die sehnlich erwartete Beendigung einer tage-, manchmal wochenlangen Umkehrisolation. Wie viele andere Befunde auch, spielen Blutwerte eine große Rolle bei der Krankheitsbewältigung (sogenanntes Coping). Über die eigenen Blutwerte gut informiert zu sein, bringt im Verhältnis zum Arzt Kompetenz zum Ausdruck; so kann das Gespräch bei Visite auf Augenhöhe mit dem Arzt erfolgen.

Dabei wird es für Patienten aufgrund der zunehmenden Komplexität der Labordiagnostik immer schwerer, die tatsächlichen Zusammenhänge überhaupt nachzuvollziehen. Das Referat soll hier dazu dienen, etwas Licht in den Dschungel der Blutwerte zu bringen und eine kleine Unterstützung auf dem Weg zum „mündigen Patienten“ zu geben. Bereits mit der Blutentnahme beginnt die Vorbereitung des entnommenen Blutes für die durchzuführende Blutanalytik. Eine unterschiedliche Farbgebung der Blutentnahmeröhrchen signalisiert den unterschiedlichen Verwendungszweck. Die Entnahmeröhrchen beinhalten, je nach beabsichtigter Analyse, unterschiedliche Zusätze. Diese sollen die Gerinnbarkeit des Blutes entweder aufheben (wie für die Analyse des Blutbildes oder die Bestim-

mung der Blutgerinnung erforderlich) oder die Blutgerinnung sogar beschleunigen (wie für Analysen aus dem Blutserum nötig).

Im Labor wird dann im Allgemeinen zunächst eine Zentrifugation der Blutprobe vorgenommen, um die Zellbestandteile des Blutes (weiße Blutkörperchen – Leukozyten; rote Blutkörperchen – Erythrozyten; Blutplättchen – Thrombozyten) von den übrigen Bestandteilen des Blutes zu trennen (Blutplasma, Blutserum). Eine Ausnahme stellt die Blutbildanalyse dar, hier darf keine Zentrifugation erfolgen.

Die Bildung der Blutzellen findet im blutbildenden Knochenmark statt. Beim gesunden Erwachsenen findet sich blutbildendes Knochenmark im Bereich der Schädelknochen, der Wirbelkörper, der „flachen Knochen“ wie zum Beispiel Brustbein, Rippen) sowie in Teilen des Oberarm- und Oberschenkelknochens. Aus dem gesunden Knochenmark gelangen nur reife, funktionsfähige Zellen ins Blut.

Die Aufgabe der roten Blutkörperchen (Erythrozyten) besteht darin, Sauerstoff von der Lunge in die Gewebe und Kohlendioxid von den Geweben zurück in die Lunge zu transportieren. Alternde rote Blutkörperchen werden in der Milz abgebaut. Eine für den Arzt ganz wesentliche Untersuchung an roten Blutkörperchen ist die Bestimmung der roten Blutzellmaße. Hierfür gibt es in jedem Labor standardisiert drei Messgrößen, nämlich die Erythrozytenzahl, den Hämatokrit und die Hämoglobinkonzentration. Im klinischen Alltag ist hierbei die Messung der Hämoglobinkonzentration (Hb-Wert) die wichtigste, weil zuverlässigste und präziseste Untersuchung zur Beurteilung der Erythrozytenmasse. Bei einem Unterschreiten der Referenzbereiche für die Hämoglobinkonzentration besteht ein Mangel an roten Blutkörperchen, den wir Blutarmut oder Anämie nennen. Bei Überschreiten der Referenzbereiche besteht ein Überschuss an roten Blutkörperchen, den wir Polyglobulie nennen.

Die Blutplättchen (Thrombozyten) haben einen ganz wesentlichen Anteil an der Aufrechterhaltung der „Hämostase“ (als Hämostase bezeichnet man die Summe der Prozesse, die den Stillstand einer Blutung herbeiführen). Darüber hinaus haben die Blutplättchen entscheidenden Anteil bei der Ingangsetzung der Gewebereparatur nach einer Gefäßverletzung. Etwa ein Drittel aller Blutplättchen werden in der Milz gespeichert.

Dieser Pool an Thrombozyten ist im Fall einer akuten Notfallsituation rasch verfügbar und kann schnell in das strömende Blut mobilisiert werden. Die Gefahr einer schwerwiegenden Blutung steigt mit zunehmendem Mangel an Blutplättchen, wobei im Allgemeinen aber erst bei einer Thrombozytenverminderung auf unter 10000/ μ l mit einer relevanten Gefahr schwerwiegender Spontanblutungen zu rechnen ist.

Im Gegensatz zu den roten Blutkörperchen und den Blutplättchen, die ihre Wirkstätte im Blut beziehungsweise an der Blutgefäßwand haben, nutzen die weißen Blutkörperchen (Leukozyten) das Blut nur als Transportmittel, um ihrer eigentlichen Aufgabe, der Immunabwehr, im Gewebe nachzukommen. Da diese Aufgabe sehr komplex ist, hat die Evolution eine Vielzahl von spezialisierten Unterformen weißer Blutkörperchen hervorgebracht. So sind die neutrophilen Granulozyten darauf spezialisiert, Mikroorganismen entsprechender Größe aufzunehmen und zu verdauen. Diesen Vorgang nennt man Phagozytose. Im Gegensatz zu den neutrophilen Granulozyten sind die eosinophilen Granulozyten in der Lage, auch Erreger, die auf Grund ihrer Größe nicht phagozytiert werden können (wie z. B. Würmer), zu bekämpfen. So können sich eosinophile Granulozyten an Parasiten anheften und durch Abgabe ihrer giftigen Inhaltstoffe die Membranen der Erreger schädigen.

Unterstützung bei der Bekämpfung von Mikroorganismen erhalten die Granulozyten auch durch die Lymphozyten, deren Aufgabe es ist, nach einem Kontakt mit dem mikrobiellen Gegner Antikörper zu produzieren. Der Antikörper ist in der Lage, gezielt an einen bestimmten Mikroorganismus zu binden und diesen unter Zuhilfenahme unterschiedlicher Effektorsysteme des körpereigenen Immunsystems zu zerstören.

Während wir mit Hilfe des sogenannten kleinen Blutbildes unter anderem lediglich die Gesamtzahl an weißen Blutkörperchen messen, lässt die Analyse des großen (oder Differenzial-) Blutbildes eine Aussage über die prozentuale Verteilung der beschriebenen spezialisierten Untereinheiten der weißen Blutkörperchen zu. Bei ihrer Arbeit erhalten die weißen Blutkörperchen eine weitergehende Unterstützung durch verschiedene Eiweißstoffe, die sich im Blut befinden und den sogenannten Akute-Phase-Proteinen zugeordnet werden. Ein sehr wichtiger Vertreter dieser Eiweißgruppe ist das Creaktive Protein

(CRP). Bei Auftreten einer Gewebeschädigung wird die Leber zur Produktion des C-reaktiven Proteins angeregt. Das CRP steigt schon etwa 6 Stunden nach Gewebeschädigung messbar im Blut an und erreicht ein Maximum nach etwa zwei Tagen. Es unterstützt die körpereigenen Fresszellen dadurch, dass es die vorhandenen Mikroorganismen markiert und dadurch die Phagozyten verstärkt anlockt.

Für die Blutanalytik ist das CRP als klassisches Akute-Phase-Protein zur Diagnostik einer Entzündungsreaktion von wesentlicher Bedeutung. Allerdings kann man durch die Bestimmung des C-reaktiven Proteins nicht auf die Ursache einer Gewebeschädigung rückschließen, da das CRP unberücksichtigt der Ursache der Gewebeschädigung erhöht ist.

Der Wert der Bestimmung des CRP liegt somit vor allem auch in der Überwachung einer medikamentösen antiinfektiven Therapie, wobei ein im zeitlichen Verlauf fallendes CRP eine effektive medikamentöse Behandlung anzeigt.

Informationsbroschüren für Patienten und Angehörige

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

Mit Krebs leben lernen. Ein Ratgeber zur Bewältigung psychischer Belastungen

Auch wenn sich in den letzten Jahren die medizinische Behandlung verbessert hat und die Überlebenschancen gestiegen sind, ist kaum eine andere Krankheit mit so vielen körperlichen, psychosozialen und emotionalen Belastungen verbunden wie eine Krebserkrankung.

Der Ratgeber von Anja Mehnert, Psychologin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, richtet sich an Patienten und deren Angehörige und möchte sie bei der Bewältigung von psychischen Belastungen, die durch die Erkrankung ausgelöst werden, unterstützen. Die Autorin fasst die Erfahrungen ihrer alltäglichen Arbeit zusammen und belegt diese mit wissenschaftlichen Untersuchungen, psychologischen Erklärungsmodellen und Patientenschilderungen. Sie vermittelt auf interessante und laienverständliche Weise Wissen über verschiedene psychosoziale Aspekte bei Krebserkrankungen, bietet den Patienten Orientierungshilfen an und zeigt

Möglichkeiten auf, mit den Belastungen umzugehen.

Da jeder Mensch einzigartig ist und anders mit seiner Erkrankung umgeht, bietet Anja Mehnert allerdings keine Patentlösungen und auch keine Lösungen für alle Probleme an. Das Buch ist in der Art eines Frage-Antwort-Spiels aufgebaut. Die einzelnen Kapitel gehen auf verschiedene Fragestellungen im Zusammenhang mit unterschiedlichen Belastungen der Krebserkrankung ein. Behandelt werden Probleme wie *Belastungen bei und nach Diagnosestellung; Ängste und depressive Verstimmungen; Ungewissheit, Hoffnung und Sinnfindung; Partnerschaft, Familie und Freunde oder psychosoziale Unterstützung und Hilfen*. Dem Leser bietet sich so die Möglichkeit, jeweils nur das Kapitel und den Abschnitt zu lesen, der zu diesem Zeitpunkt für ihn gerade von Bedeutung ist. Zu Beginn jedes Abschnittes stehen für Patienten „typische“ Fragestellungen, z.B. Warum bin ich erkrankt? Die Erklärungen und Antworten zeigen den Betroffenen, dass sie mit ihren Gefühlen und den bei ihnen auftretenden Problemen keinesfalls alleine sind.

Bemerkenswert ist das Kapitel *Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Krebsentstehung und den Krankheitsverlauf*, da es einige Irrtümer ausräumt und erklärt, warum gerade beim Thema Krebs häufig individuelle Krankheitstheorien, Erklärungsversuche und vermeintliche Einflussmaßnahmen auf den Krankheitsverlauf anzutreffen sind.

Anja Mehnert belegt anhand von aktuellen Untersuchungen, dass es keine „Krebspersönlichkeit“ gibt. Gutgemeinte Ratschläge z.B. der Familie wie „Du musst positiv denken“ und „Du musst kämpfen“ sind keineswegs eine Garantie für Heilung, beinhalten aber immer eine Schuldzuweisung, wenn der Patient nicht gesund wird. Gefühle wie Angst, Traurigkeit und Verzweiflung lösen keine Krebserkrankung aus und beeinflussen weder den Genesungsprozess negativ noch lassen sie den Tumor wachsen oder sich ausbreiten. Die Erläuterungen von Frau Mehnert sind sehr wohltuend, da sie dem Patienten die individuelle Schuld für seine Erkrankung nimmt und ihn von einem persönlichen Versagen bei einem möglichen Rückfall freispricht.

Abschließend findet der Leser im Anhang eine Erklärung von Fachausdrücken, eine Liste mit hilfreichen Adressen und Internetlinks sowie Literaturhinweise.

Termine 2011

Termine Münster

- 13.01.2011: offenes Gruppentreffen
10.02.2011: offenes Gruppentreffen
10.03.2011: Jahreshauptversammlung, anschließend Vortrag
14.04.2011: offenes Gruppentreffen
12.05.2011: offenes Gruppentreffen
14.06.2011: offenes Gruppentreffen
Treffpunkt: 18.30 Uhr, Bibliothek der
Raphaelsklinik Münster (5. Etage, Altbau)

Termine Nürnberg

- 28.01.2011: „Wie viele Bluttransfusionen
sind erforderlich bei intensiver
Chemotherapie?“,
Prof. Dr. Hannes Wandt,
Klinikum Nürnberg
Teilnahme nur nach Anmeldung bis 25.01.2011 möglich
25.02.2011: offenes Gruppentreffen
01.04.2011: offenes Gruppentreffen
27.05.2011: offenes Gruppentreffen
24.06.2011: offenes Gruppentreffen
Treffpunkt: 15.00 Uhr, Kath. Stadtkirche
Nürnberg, Vordere Sterngasse 1 (2. Etage,
Lift vorhanden).
Information und Anmeldung:
Heidrun Schmid, Tel. 09 11 - 41 44 79,
Fax: 09 11 - 94 13 74 2

Bundesweite Termine

26.01.2011, 18.00 – 20.00 Uhr

Gemeinsame Telefonaktion der DLH und dem Kompetenznetz Leukämien zu CML, PMF, PV und ET

Experten des Kompetenznetzes Leukämien beantworten unter der kostenlosen Hotline 0800 - 060 4000 Patientenfragen zur Primären Myelofibrose (PMF), Polycythaemia vera (PV) und Essentielle Thrombozythämie (ET)

**12.02.2011, Würzburg
und
21.05.2011, Bonn**

Patienten-Kongress des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe

Nähere Informationen unter der kostenlosen Hotline 0 800 – 777 666 9,
E-Mail: info@onkologisches-forum.de

13.-15.05.2011, Heidelberg

Junge-Leute-Seminar der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe (DLFH) im „Waldpiraten-Camp“

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

Näherer Informationen:

DLFH, Adenauerallee 134, 53113 Bonn,
Tel. 02 28 – 68 84 60,
E-Mail: frackenpohl@kinderkrebsstiftung.de

10./11.05. - 07./08.06.2011 (Gruppe 1)

07./08.06. - 05./06.07.2011 (Gruppe 2)

Reha-Angebot für Langzeit-Transplantierte

Die Klinik für Tumorbiologie führt erneut ein strukturiertes vierwöchigen Programms für zwei Gruppen von ca. 10 Langzeit-Transplantierten durch, deren Stammzelltransplantation von einem Familien- oder Fremdspende länger als ein Jahr zurückliegt und die unter Langzeitfolgen der Transplantation leiden.

Nähere Informationen:

Dr. Andreas Mumm, Tel. 0761 – 206-2218,
E-Mail: mumm@tumorbio.uni-freiburg.de

Bei Fragen zur Anmeldung und zur Antragstellung:

Herr Michelatsch oder Frau Stratmann,
Tel. 07 61 – 2 06 - 22 82

(Formal handelt es sich um ein Heilverfahren, das frühzeitig bei den zuständigen Kostenträgern beantragt werden muss.)

18./19.06.2011, Würzburg

14. DLH-Patienten-Kongress

Wissenschaftlicher Leiter des Kongresses ist Prof. Dr. Herrmann Einsele vom Universitätsklinikum Würzburg. Tagungsstätte ist das Maritim Hotel in Würzburg.

Nähere Informationen:

DLH-Geschäftsstelle, Thomas-Mann-Str. 40,
53111 Bonn, Tel. 02 28 – 33 88 92 00,
E-Mail: info@leukaemie-hilfe.de

**Das Team der S.E.L.P. e.V.
wünscht Ihnen geruhsame
Weihnachtstage und für**

**das neue Jahr möglichst
viel Gesundheit**