

Rundbrief 46 Münster - Nürnberg

Münster, im Dezember 2016

Inhalt

In eigener Sache

Jahreshauptversammlung 2017	1
Nachrufe	1
Dank an unsere Spender	2
Nachlese Patiententag 2016	2
Unterstützung durch DKMS Stiftung endet	2
Neues Beiratsmitglied	2

Interessante Meldungen

Patientenbefragung zur oral-medikamentösen Krebstherapie	2
Impfung schützt AML-Patienten vor Rezidiven	3
Idelalisib-Zugabe verlängert Gesamtüberleben bei der CLL	4
CAR-T-Zellen: bereits die vierte Generation	4
Therapie bei chronischer myeloischer Leukämie aussetzen	5
Suizidale T-Zellen verhindern Graft-Versus-Host- Reaktion	6
Antikörper mit dualem Wirkmechanismus als Kombi- nationspartner beim multiplen Myelom	6
Arzneimittel-Neuzulassungen	7

Beiträge

Komplementäre Onkologie	8
Informationsbroschüren / Literatur	11
Termine / Veranstaltungshinweise	11

In eigener Sache

Zum Vormerken:

Jahreshauptversammlung 2017

Die Jahreshauptversammlung 2017 mit anschließendem Vortrag findet am **08. März** um **18.30 Uhr** in der Universitätsklinik Münster statt. Geplant ist der Vortrag von Prof. Dr. Markus Masin zum Thema „Ernährung bei Krebs und warum Krebsdiäten wenig sinnvoll sind“.

Nachrufe

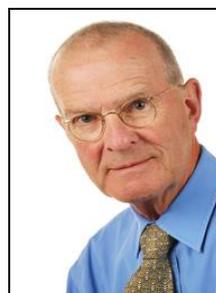
Wir trauern um unsere langjährigen Beiratsmitglieder und „Gründungsväter“

Prof. Dr. Thomas Büchner

Prof. Dr. Jürgen van de Loo

Beide Ärzte, mit deren ausdrücklicher Unterstützung die S.E.L.P. e.V. 1990 gegründet wurde, haben sich bleibende Verdienste erworben.

Sowohl Prof. Büchner als auch Prof. van de Loo waren engagierte, kompetente Ärzte und Wissenschaftler. Sie waren großartige Menschen, die von ihren Patienten wegen ihrer teilnehmenden und fürsorglichen Art geschätzt wurden. Wir werden uns an diese besonderen Menschen mit Dankbarkeit und Hochachtung erinnern.



Prof. Dr. Thomas Büchner verstarb kurz vor seinem 82. Geburtstag am 05. August 2016.

Prof. Büchner folgte 1962 einem Ruf an das Universitätsklinikum Münster, wo er seither in der Medizinischen Klinik A bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1999 tätig war.



Nur wenige Tage später verstarb im Alter von 84 Jahren Prof. Dr. Jürgen van de Loo am 13. August 2016.

Prof. van de Loo erhielt 1976 einem Ruf nach Münster und wurde Direktor der Klinik für

Hämatologie, Hämostaseologie und Onkologie. Diese Funktion hatte er bis zu seiner Emeritierung 1997 inne.

Dank an unsere Spender

Wie in jedem Jahr, so bedanken wir uns ganz herzlich bei allen unseren Spendern und Förderern für ihre Unterstützung. Dank all denen, die anlässlich eines Geburtstages, eines Jubiläums o.ä. zugunsten des Vereins auf Geschenke verzichtet haben.

Unser ganz besonderer Dank und unser Mitgefühl gelten aber denjenigen von Ihnen, die zu unseren Gunsten zu Kondolenzspenden aufgerufen haben.

Nachlese Patiententag 2016

Am 22. Oktober fand der diesjährige Patiententag statt. Eine gelungene Veranstaltung, an der rund 60 Patienten, Angehörige und Helfer teilnahmen.

Begann der Tag auch mit einer Verzögerung, da zwei Referenten erkrankt bzw. im Verkehr stecken geblieben waren, so hat der spontane Vortrag von Herrn Kipp (ARGE Krebs NRW) zum Thema „Reha“ die Wartenden doch mehr als versöhnt. Highlight des Tages waren die fünf zeitgleich stattfindenden Workshops, die von den Patienten als sehr informativ und hilfreich bezeichnet wurden. Die patientenverständliche Sprache und die zugewandte Art der Referenten wurden dabei von den Teilnehmern gelobt. Wir bedanken uns noch einmal herzlich bei den Referenten, die sich alle ehrenamtlich zur Verfügung gestellt haben: Dr. Dr. Heinz Dürk, PD Dr. Rüdiger Liersch, Dr. Dirk Nischik, Dr. Gerda Silling und PD Dr. Michael Zühlsdorf.



Erstmalig fand der Patiententag in Kooperation mit der Stiftung Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe statt, die das Veranstaltungsmanagement übernommen hatte.

Mit dem Kabarettisten Andreas Breiing fand der Tag ein amüsantes Ende.

Unterstützt wurde der Patiententag durch: Arge Krebs NRW, Barmer GEK, BKK Arge NRW, DAK, DKMS Stiftung Leben Spenden, IKK Classic, Jose Carreras Stiftung, Knappschaft und Sparkasse Münsterland Ost.

Unterstützung durch die DKMS STIFTUNG LEBEN SPENDEN läuft zum Jahres aus

Wir danken der DKMS bzw. deren Stiftung für ihre Unterstützung, ohne deren jahrelange fi-

nanzielle Förderung die Arbeit des Vereins nicht möglich gewesen wäre.

Gleichzeitig sehen wir uns vor große Herausforderungen gestellt, die finanzielle Lücke anderweitig zu schließen, ohne die Arbeit des Vereins ganz oder teilweise einzustellen.

Neues Beiratsmitglied



Wir freuen uns, Prof. Dr. Matthias Stelljes als neues Beiratsmitglied begrüßen zu dürfen.

Prof. Dr. Matthias Stelljes, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie übernahm 2014 die Leitung des Zent-

rums für Knochenmarktransplantation am UKM. Neben der Diagnostik und Therapie leistet das KMT-Zentrum auch zur klinischen und grundlagenwissenschaftlichen Forschung einen wichtigen Beitrag. Der Forschungsschwerpunkt von Prof. Stelljes liegt dabei auf der Therapieoptimierung der Stammzelltransplantation für ältere Patienten sowie der Behandlung von akuten Leukämien. Das KMT-Zentrum verfügt deutschlandweit über eines der größten Stammzelltransplantationsprogramme. Das Einzugsgebiet reicht von den Nordseeinseln über Ostwestfalen bis ins nördliche Ruhrgebiet, jährlich werden mehr als 200 erwachsene Patienten und etwa 40 Kinder behandelt.

Interessante Meldungen

Teilnehmer gesucht: Patientenbefragung zur oral-medikamentösen Krebstherapie

aus: newsletter 30, Kompetenznetz Maligne Lymphome

Für manche Patienten ist es schwierig, zu Hause ihre Medikamente so einzunehmen, wie es von ihrem Arzt verordnet wurde. Die Gründe für eine unzureichende Einnahme von Medikamenten sind unterschiedlich und bislang wenig erforscht. Liegt es an den Tabletten selbst oder an Schluckbeschwerden? Oder mangelt es an Informationen, wie die Tabletten wirken und wie wichtig eine pünktliche Einnahme ist? Gerade bei einer Krebstherapie ist eine korrekte Einnahme der Medikamente für den Therapieerfolg aber besonders wichtig. Um die Hauptursachen und Gründe für die fehlerhafte Einnahme von Medikamenten zu finden und um für Patienten entsprechende Maßnahmen zur Lösung zu entwickeln, führt der Verein LebensWert – Leben mit Krebs – in Kooperation mit der Klinik I für Innere Medizin und dem Centrum für Integrierte Onkologie an der Uniklinik Köln eine On-

line-Befragung durch. Patienten, die aktuell eine orale Krebstherapie (Einnahme von Tabletten im Zusammenhang mit einer Tumorbehandlung) erhalten, werden gebeten, sich etwas Zeit zu nehmen, um an dieser Befragung zur Therapietreue in der ambulanten Krebstherapie und Erhaltungstherapie (TaKE) teilzunehmen. Die Befragung erfolgt online und ist anonym: Weder Name, Wohnort noch die Kennung des verwendeten Computers werden gespeichert.

Die Online-Befragung finden Betroffene im Internet unter:

- www.umfrageonline.com/s/2fe43c9#
- auf den Seiten des Vereins LebensWert e.V.: www.vereinlebenswert.de
- oder wenn in einer Suchmaschine wie „Google“ folgender Text eingegeben wird: Therapietreue in der oral medikamentösen Krebstherapie

Weitere Informationen:

PD Dr. med. Thomas Zander, Uniklinik Köln, Klinik I für Innere Medizin, 50924 Köln
thomas.zander@uk-koeln.de

PD Dr. phil. Michael Kusch, LebensWert e.V. Forschung & Entwicklung, 50924 Köln
michael.kusch@uk-koeln.de

Impfung schützt AML-Patienten vor Rezidiven

aus: Ärzte Zeitung-Newsletter, 20.12.2016

Durch eine Impfung mit körpereigenen Zellen lässt sich bei Patienten, die an akuter myeloischer Leukämie erkrankt sind, die Remissionsdauer nach einer Chemotherapie deutlich verlängern.

Erste gute Erfahrungen mit der Strategie, AML-Patienten mit körpereigenen Zellen zu impfen, haben Dr. Jacalyn Rosenblatt vom Beth Israel Deaconess Medical Center in Boston in den USA und ihre Kollegen bereits bei Patienten mit multiplem Myelom gesammelt.

Für diesen individualisierten Impfansatz werden antigenpräsentierende dendritische Zellen des Patienten ex vivo mit dessen Krebszellen fusioniert und dann am Oberschenkel subkutan injiziert.

Bei AML-Patienten mit unterschiedlichen Formen der Leukämie wurden Krebszellen verwendet, die die Marker CD38, CD34, CD117, CD64 und MUC1 auf ihrer Oberfläche tragen. Die für die Fusion verwendeten autologen dendritischen Zellen waren CD80-, CD86- und CD83-positiv.

Drei Impfdosen in drei Monaten

Für die Pilotstudie wählten Rosenblatt und ihre Kollegen 17 AML-Patienten, die unter anderem mit Mitomycin, Etoposid und Cytarabin behan-

delt worden waren (Science Transl Med 2016; 8: 368ra171).

Die Patienten waren median 63 Jahre alt und befanden sich nach der Induktions- und Konsolidierungstherapie in Remission. Ihnen wurden zur Vorbereitung der Impfung mit mindestens einer Dosis AML-Zellen aus dem Knochenmark oder per Leukapherese aus dem peripheren Blut entnommen. Autologe dendritische Zellen wurden ausschließlich per Leukapherese gewonnen.

In vitro wurden dann beide Zellarten in Gegenwart von Polyethylenglykol kultiviert und dadurch fusioniert. Anhand der spezifischen Oberflächenmarker isolierten die Wissenschaftler schließlich die fusionierten Zellen und froren sie ein.

Am Tag der Impfung bestrahlten sie sie mit einer Dosis von 30 Gy. Geplant waren drei Impfdosen im Abstand von jeweils vier Wochen. Darüber hinaus erhielten die Patienten an der Impfstelle am Tag der Vakzinierung eine Injektion von 300 µg des koloniestimulierenden Faktors GM-CSF.

Vor der Impfung wurde die Effektivität, mit der die fusionierten Zellen die Proliferation von T-Lymphozyten stimulierten, in einem Test mit allogenen Zellen überprüft. Insgesamt 14 der 17 Patienten erhielten drei Impfdosen, zwei Patienten nur zwei. Ein Patient wurde nur einmal geimpft und erlitt ein Rezidiv, bevor die anderen Impfungen verabreicht werden konnten.

Kein Rezidiv im ersten Jahr

Durch die Impfung werden quasi die antileukämischen Effekte der Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nachgeahmt, der sogenannte Graft-versus-Leukemia-Effekt.

Wie Rosenblatt und ihre Kollegen berichten, erhöhte sich nach der Impfung der Anteil der AML-spezifischen CD4-positiven Helferlymphozyten um das 5,4-Fache, der Anteil der CD8-positiven leukämiespezifischen zytotoxischen T-Zellen um das 15,7-Fache.

Die erhöhten Zellzahlen ließen sich auch ein halbes Jahr nach der letzten Impfdosis noch im Blut nachweisen. Zwölf der 17 geimpften AML-Patienten (71 Prozent) überlebten in Remission noch 16,7 bis 66,5 Monate seit Beginn der Impfung, bei einem medianen Follow-up von 57 Monaten. Bei keinem Patienten sei es innerhalb des ersten Jahres nach vollständiger Impfung zu einem Rezidiv gekommen, so die Ärzte.

Chemotherapie weniger erfolgreich

Nach vier Jahren lebten noch 71 Prozent der Geimpften ohne Fortschreiten der AML. Sowohl das mediane progressionsfreie als auch das Gesamtüberleben seien noch nicht erreicht, so Rosenblatt und ihre Kollegen. Der Erfolg der

Impfung basiere auf der Kombination der zytoreduktiven Strategie mit der Impfung.

Die Ärzte erinnern daran, dass die Chemotherapie allein bei AML-Patienten weniger erfolgreich ist. Bei Patienten über 60 etwa liege nach zwei Jahren der Anteil der Patienten ohne Rezidiv bei maximal 20 Prozent.

Selbst bei Patienten jünger als 60, bei denen eine komplette Remission erzielt worden sei, liege die Gesamtüberlebensrate nach fünf Jahren nur bei 35 Prozent.

Idelalisib-Zugabe verlängert Gesamtüberleben bei der CLL

aus: Update Onkologie, Springer Newsletter, 15.12.2016

Das Update der zulassungsrelevanten Phase-III-Studie mit Idelalisib in Kombination mit Bendamustin/Rituximab (BR) untermauert die hohe Aktivität dieses Tripelregimes bei Patienten mit rezidivierter oder refraktärer chronisch lymphatischer Leukämie (r/r CLL).

Die Studie war nach der ersten Interimsanalyse vorzeitig entblindet worden, da die Therapie mit BR plus Idelalisib das progressionsfreie Überleben (PFS; primärer Endpunkt) im Vergleich zu BR allein signifikant verbessert hatte.

Prof. Dr. Andrew Zelenetz, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA, stellte beim Annual Meeting der American Society of Hematology (ASH) aktualisierte Studiendaten zum Gesamtüberleben nach einem Follow-up von jetzt 21 Monaten vor (Zelenetz AD et al.; ASH 2016; Abstr. 231). Die Studie umfasste initial 416 Patienten, die nach median zwei Vortherapien zu BR plus Idelalisib oder zu BR plus Placebo randomisiert worden waren.

Patienten im BR-Arm überlebten median 40,6 Monate. Dagegen ist der Median im Gesamtüberleben bei den zusätzlich mit Idelalisib behandelten Teilnehmern noch nicht erreicht. Der Unterschied entspricht einer signifikanten Reduktion des Mortalitätsrisikos um relativ ein Drittel (HR 0,67; $p=0,04$). Bei Patienten ohne 17p-Deletion und TP53-Mutation fiel die Reduktion des Sterberisikos durch Idelalisib mit 33% ebenso groß aus; der Unterschied war wegen der kleinen Patientenzahl jedoch nicht mehr signifikant (HR 0,67; $p=0,12$). In allen Subgruppen zeigte sich ein klarer Trend zu einer Überlebensverlängerung durch das Idelalisib-haltige Regime. Die Überlegenheit des Tripelregimes beim PFS blieb in der aktualisierten Analyse bestehen: Das Dreierregime führte gegenüber BR zu einer PFS-Verdopplung (23 vs. 11,1 Monate; HR 0,31; $p<0,0001$).

Vermeehrt opportunistische Infektionen unter Idelalisib

Nebenwirkungen vom Grad ≥ 3 waren im Idelalisib-Arm mit einer Rate von 95% häufiger als im Placeboarm (78%). Auch Nebenwirkungen, die zur Dosisreduktion oder zum Therapieabbruch führten, traten öfter auf (16% vs. 6% bzw. 33% vs. 15%). Häufiger waren insbesondere Neutropenien, febrile Neutropenien, Diarrhöen und Leberwerterhöhungen. Von besonderem Interesse sind Hinweise aus laufenden Studien, dass unter Idelalisib vermehrt opportunistische Infektionen auftreten könnten. In dieser Phase-III-Studie wurden 13 CMV- (Cytomegalievirus) Infektionen und vier durch *Pneumocystis jirovecii* pneumonia (PJP) verursachte Pneumonien dokumentiert (Placebo: 1 bzw. 0). Der einzige CMV-bedingte Todesfall wurde allerdings im Placeboarm registriert. Das Risiko für eine CMV-Infektion scheint in den ersten sechs Monaten am höchsten zu sein und schwächt sich danach ab. Grundsätzlich werden sich die Ergebnisse mit der Idelalisib-Therapie durch Implementation einer PJP-Prophylaxe und eines CMV-Monitorings noch weiter verbessern lassen, vermutet Zelenetz. Auf Basis der neuen Daten ist das Regime mit BR plus Idelalisib bei der r/r CLL nach seinen Worten als wichtige Therapieoption zu werten.

CAR-T-Zellen: bereits die vierte Generation

aus: Newsletter springermedizin.de, Special DGHO Kongreß, 25.10.2016

Erste Erfolge mit genetisch veränderten patienteneigenen T-Zellen wurden bei hämatologischen Neoplasien erzielt. Auch in Deutschland beginnen nun erste Studien.

Als CAR-T-Zellen sind die veränderten Lymphozyten inzwischen den meisten Onkologen bekannt. CAR steht für „Chimeric Antigen Receptor“. In den vergangenen Jahren wurden die Zellen immer weiter optimiert. Es gibt sie bereits in der vierten Generation. Wie Professor Peter Borchmann von der Universitätsklinik in Köln während der Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Leipzig berichtete, wurden in den Zellkonstrukten kostimulatorische Faktoren mit dem veränderten Rezeptor kombiniert, etwa mit CD28. „Dadurch werden die T-Zellen nach Antigenkontakt viel aktiver“, so Borchmann. Solche Veränderungen können dazu führen, dass solche Zellen ausdauernd expandieren. Die veränderte T-Zelle bindet dann an die Tumorzelle und verhält sich wie eine zytotoxische T-Zelle, die etwa Perforine ausschüttet und die Tumorzelle tötet.

T-Zellen erhalten neue genetische Informationen

Die zu verändernden T-Zellen werden dem Patienten über Leukapherese entnommen und im Labor mit den neuen genetischen Informationen ausgestattet. „Nach etwa vier Wochen erhalten wir die veränderten Zellen zurück, die dann reinfundiert werden“, so Borchmann. „Ich denke, dass das auch in Zukunft nicht schneller zu machen sein wird. Das braucht Zeit, aber viele unserer Patienten haben keine Zeit, weil sie massiv progredient sind.“

Hinsichtlich dieses Therapieprinzips ist Deutschland nach Angaben des Hämatologen noch Entwicklungsland. Das gelte auch für Europa. Die meisten Studien werden seinen Angaben zufolge in den USA und China gemacht. Insgesamt sind es derzeit 171 Studien, ausschließlich bei Patienten mit Lymphomen sind es über 70. Die drei größten „Player“ seien in den USA die Universität von Pennsylvania, die mit Novartis kooperiere, sowie zwei andere Zentren, die mit Kite Pharma beziehungsweise Juno Therapeutics zusammenarbeiteten. Die jeweils verwendeten Konstrukte seien leicht verschieden voneinander. Das könne klinisch einen Unterschied ausmachen.

CARs werden auch in Leipzig hergestellt

Es gibt auch in Deutschland „akademisch getriebene Studien, auch wenn es schwierig ist“, wie Borchmann betonte. Hier sei nur eine einzige Studie verfügbar, nämlich die Novartis-Studie. Außer zwei daran beteiligten Zentren in Würzburg und Köln gebe es noch ein drittes Zentrum: Auch in Leipzig könnten jetzt CARs offiziell hergestellt werden. Das vereinfache den ganzen Prozess erheblich.

Borchmann hat erste Erfahrungen mit der Therapie bei 15 von 26 Patienten mit diffus großzelligem B-Zelllymphom. Wer anspreche, profitiere offenbar längerfristig von der Behandlung. Sechs Patienten seien inzwischen schon länger in Remission, ob sie geheilt seien, könne noch nicht gesagt werden. Patienten mit hoher Tumormass sprächen wohl nicht auf die Therapie an.

Zytokin-release-Syndrom als potentielle Nebenwirkung

Es gibt keine Wirkung ohne Nebenwirkung, so auch bei der Therapie mit CAR-T-Zellen, bei der es zum lebensbedrohlichen Zytokin-release-Syndrom kommen kann. Es ist kaum von einer Sepsis zu unterscheiden. Mit Anti-IL-6-Antikörpern lässt es sich aber stoppen. Borchmann: „Das Medikament muss man dann aber auch vorhalten, wenn man die Therapie macht. Man muss dazu intensivmedizinisch gewappnet sein.“

Außerdem kann es durch die CAR-Therapie zu schweren neurologischen Ausfällen kommen. Es habe bereits Todesfälle gegeben, so Borchmann. Die Prüfung eines Konstruktes wurde Mitte des Jahres gestoppt. Drei Patienten mit ALL seien an den Folgen eines Hirnödems gestorben. Den Patienten wurden relativ hohe Dosen von Fludarabin und Cyclophosphamid verabreicht. Diskutiert wird, ob die Fludarabinapplikation die Ursache war.

Borchmann: „Wir müssen aber ehrlicher Weise sagen, dass wir nicht wissen, woher die neurologischen Symptome kommen.“ Es könne sein, dass sie durch das Konstrukt selbst ausgelöst wurden. Bisher seien es aber zu wenig Patienten, als dass man sicher sein könne, dass dem tatsächlich so ist.

Therapie bei chronischer myeloischer Leukämie aussetzen

aus: Onko Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft, 06.10.2016

Die Therapie mit dem Tyrosinkinasehemmer Imatinib kann bei chronischer myeloischer Leukämie, die gut angesprochen hat, unter bestimmten Umständen unterbrochen werden, ohne dass dies den Behandlungserfolg schmälert.

Spricht eine chronische myeloische Leukämie (CML) so gut auf die Behandlung mit dem Tyrosinkinasehemmer Imatinib an, dass zwei Jahre lang keine minimale Resterkrankung („minimal residual disease“, MRD) mehr nachweisbar ist, kann die Therapie unterbrochen werden, ohne Einbußen in der Lebenserwartung befürchten zu müssen. Dies bestätigte sich in einer Untersuchung zum Langzeitverlauf nach der Therapieunterbrechung, wie aus einem Bericht von Wissenschaftlern in der Fachzeitschrift Journal of Clinical Oncology hervorgeht.

Je weniger krankhafte Zellen nach dem Ansprechen der Therapie noch im Körper vorhanden sind, desto besser sind die Überlebenseinsichten. Ermittelt werden kann deshalb neben dem Ansprechen auf die Behandlung auch, ob eine minimale Resterkrankung vorhanden ist oder nicht. In der aktuellen Studie konzentrierten sich die Forscher auf 100 Patienten mit CML, bei denen mindestens zwei Jahre lang keine minimale Resterkrankung nachweisbar war, weshalb ihre Behandlung mit Imatinib unterbrochen wurde. Die Patienten wurden nach dem Absetzen der Therapie engmaschig überwacht – eine Maßnahme, die notwendig ist, um ein Wiederaufflackern der Leukämie rechtzeitig zu bemerken und eine erneute Therapie zu veranlassen.

Mehr als ein Drittel der Patienten nach fünf Jahren noch rückfallfrei

Die Auswertung der Daten erfolgte, nachdem die Hälfte der Patienten sechseinhalb Jahre und länger begleitet worden war. Bei 61 Patienten waren bis 22 Monate nach Absetzen der Therapie wieder krankhafte Zellen nachweisbar. Nach sechs Monaten waren noch 43 Prozent der Patienten ohne molekularen Rückfall, nach 60 Monaten noch 38 Prozent. Ein molekularer Rückfall bedeutet ein Wiederauftreten krankhafter Zellen, wodurch sich in der Untersuchung ein positiver Befund in puncto minimaler Resterkrankung ergibt. Bei 57 der 61 Patienten mit molekularem Rückfall wurde die Therapie mit Imatinib erneut gestartet. 55 von ihnen erreichten ein zweites Mal einen negativen Befund hinsichtlich der minimalen Resterkrankung, es konnten also keine Restzellen mehr gefunden werden. Dies gelang innerhalb von einem bis 16 Monaten. Bei keinem der Patienten schritt die CML weiter voran.

Nach einem Rückfall kann die Therapie wieder aufgenommen werden

Die Studie zeige, dass die Therapie mit Imatinib nach Erreichen eines mindestens zwei Jahre anhaltenden negativen Befunds hinsichtlich minimaler Resterkrankung unterbrochen werden kann. Sollte ein Rückfall auftreten, ist die Wiederaufnahme der Therapie problemlos möglich, ein erneutes gutes Ansprechen gelingt in den meisten Fällen.

Suizidale T-Zellen verhindern Graft-Versus-Host-Reaktion

aus: Newsletter Deutsches-Ärzteblatt, 27.06.2016

Die europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) hat sich für die Zulassung einer Gentherapie ausgesprochen, die T-Zellen vor einer haploidentischen Stammzelltherapie im Labor mit einem Suizid-Gen ausstattet, um später eine Graft-Versus-Host-Reaktion durch die Gabe eines Medikaments stoppen zu können.

Bei Leukämie-Patienten, für die kein HLA-identischer Spender für eine Stammzelltherapie gefunden wurde, weichen Hämatologen zunehmend auf einen haploidentischen Spender aus. In der Regel ist dies ein Elternteil, dessen Erbgut zur Hälfte mit dem des Spenders übereinstimmt. Eine haploidentische Stammzelltransplantation birgt jedoch das Risiko einer lebensgefährlichen Graft-versus-Host-Reaktion.

Zu ihr kommt es, wenn die T-Zellen vom Spender die Körperzellen des Empfängers (die für sie fremd sind) angreifen. Dies lässt sich verhindern, wenn die T-Zellen aus der Stammzellspende entfernt werden, was heute mit unterschiedlichen Methoden möglich ist. Diese T-

Zell-Depletion kann jedoch die Erfolgschancen der Therapie vermindern. Denn die T-Zellen des Spenders greifen auch die Leukämie-Zellen des Empfängers an (die ebenfalls für sie fremd sind). Diese Graft-versus-Leukemia-Reaktion kann Leukämiezellen beseitigen, die die Chemotherapie der Leukämie überlebt haben.

Eine mögliche Lösung des Dilemmas könnte darin bestehen, die T-Zellen nur dann auszuschalten, wenn sie den Körper angreifen, in der übrigen Zeit aber die Graft-versus-Leukemia-Reaktion aufrecht zu erhalten. Forscher vom Ospedale San Raffaele in Mailand haben hierzu ein Verfahren entwickelt, dass sie als „suizidale Gentherapie“ bezeichnen.

Dazu werden die T-Zellen des Spenders im Labor mittels Retroviren mit dem Gen für die Thymidinkinase von Herpes simplex-Viren ausgerüstet. Das Enzym hängt eine Phosphatgruppe an das Herpesmedikament Ganciclovir, das daraufhin als falscher Baustein in die DNA eingebaut wird. Jede Aktivierung der T-Zelle – sei es im Rahmen einer Graft-Versus-Host- oder eine Graft-versus-Leukemia-Reaktion – führt bei der Zellteilung zum Kettenabbruch und zum Absterben der T-Zelle.

Die Behandlung, deren klinische Entwicklung die Firma MolMed mit Sitz in Mailand übernommen hat, wurde zunächst in einer ersten offenen klinischen Studie an 30 Patienten erprobt. Alle erhielten eine haploidentische Stammzelltherapie, deren T-Zellen mit dem Verfahren namens Zalmoxis (in der antiken Mythologie eine Göttin, die ewiges Leben verheißt) aufbereitet wurden. Bei 23 Patienten konnte das Immunsystem wieder hergestellt werden. Von diesen erkrankten zehn Patienten an einer Graft-Versus-Host-Krankheit. Neun der zehn Patienten wurden mit Ganciclovir behandelt. Alle neun überlebten ohne schwere Folgen der Graft-Versus-Host-Reaktion.

Antikörper mit dualem Wirkmechanismus als Kombinationspartner beim multiplen Myelom

aus: newsletter springermedizin.de, Special Multiples Myelom, 27.06.2016

Die Einführung von Proteasom-inhibitoren und Immunmodulatoren verbesserte das Therapieergebnis beim multiplen Myelom deutlich, die Rezidivrate ist aber weiterhin sehr hoch. Neue Ansätze sollen helfen, Therapieresistenzen zu überwinden und die langfristige Prognose zu verbessern.

Ein Standardtherapieregime für Patienten mit therapierefraktärem oder rezidiviertem multiplen Myelom (MM) ist die Kombination aus dem Immunmodulator Lenalidomid und Dexam-

thason (Len/Dex). Für erfolglos vorbehandelte Patienten kommen zunehmend Dreierkombinationen zum Einsatz, allerdings limitiert durch Toxizitäten. Erstrebenswert ist daher die Kombination aus traditionellen Substanzen und neuen, potenten Agenzien mit günstigerem Nebenwirkungsprofil.

Als vielversprechenden Kombinationspartner wählten Forscher den humanisierten monoklonalen Antikörper Elotuzumab, der gegen SLAMF7 („signaling lymphocytic activation molecule F7“) gerichtet ist. Dieses Glykoprotein ist auf Myelom- und natürlichen Killerzellen (NK) überexprimiert, nicht jedoch auf normalen Gewebezellen. Der erste Antikörper seiner Klasse aktiviert durch Bindung an SLAMF7 direkt NK und fördert zudem eine antikörperabhängige, zellvermittelte Zytotoxizität. In einer früheren Phase-II-Studie mit therapierefraktären oder rezidivierten MM-Patienten verbesserte die Dreierkombination Elotuzumab/Len/Dex das progressionsfreie Überleben (PFS). Im Rahmen der randomisierten Phase-III-Studie ELOQUENT-2 verglichen die Forscher die Sicherheit und Wirksamkeit der Dreierkombination (n = 321) und der des Regimes Len/Dex (n = 325). Als Endpunkte legten sie PFS und Gesamtansprechen fest.

Einer geplanten Interimsanalyse zufolge betrug die PFS-Rate in der Elotuzumab-Gruppe nach einem Jahr 68 % gegenüber 57 % im Len/Dex-Arm, nach 2 Jahren 41 % versus 27 %. Median lebten die Patienten der Verumgruppe 194 Monate progressionsfrei, in der Vergleichsgruppe 14,9 Monate. Die Vorteile der Dreierkombination spiegelten sich auch im Endpunkt Gesamtansprechrate wider: sie betrug 79 vs. 66 %. Insgesamt erwies sich der Antikörper als gut verträglich.

Fazit: Im Vergleich zur Behandlung mit Len/Dex reduzierte die Dreierkombination Elotuzumab/Len/Dex bei Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem MM das Risiko für Progression oder Tod.

Arzneimittel-Neuzulassungen

Venetoclax: Option bei schwer behandelbarer CLL

aus: Ärzte Zeitung-Newsletter, 19.12.2016

Der BCL-2-Inhibitor Venetoclax® (Venetoclax) hat die bedingte Marktzulassung erhalten, meldet das Unternehmen AbbVie.

Als Monotherapie bei Erwachsenen mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die für eine Therapie mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs nicht ge-

eignet sind oder ein Therapieversagen zeigten und zur Monotherapie bei CLL-Kranken ohne 17p-Deletion oder TP53-Mutation mit Therapieversagen sowohl unter Chemo-Immuntherapie als auch unter einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs.

Die Zulassung basiert auf zwei Studien mit vorbehandelten CLL-Patienten mit 17p Deletion und mit CLL-Patienten nach Versagen einer B-Zell-Rezeptor-Signalweg-Inhibitor-Therapie.

In der Phase-II-Studie mit 107 Patienten mit vorbehandelter CLL und 17p Deletion lag die Gesamtansprechrate unter Venetoclax® bei 79 Prozent. In der anderen Phase II-Studie mit 64 CLL Patienten, die auf eine Vortherapie mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs wie Ibrutinib oder Idelalisib kein Ansprechen gezeigt hatten, wurde eine kombinierte Gesamtansprechrate von 64 Prozent erreicht. Venetoclax® sei der erste zugelassene BCL 2-Hemmer in der EU, so der Hersteller.

Ixazomib

aus: Ärzte Zeitung-Newsletter, 30.11.2016

Das Unternehmen Takeda hat die bedingte EU-Zulassung für Ixazomib (Ninlaro®) in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason (Rd) zur Therapie des Multiplen Myeloms (MM) bei Erwachsenen mit einer Vortherapie erhalten. Die Zulassung basiert auf der Studie TOURMALINE-MM, die eine statistisch signifikante Verlängerung des progressionsfreien Überlebens um sechs Monate im Regime Ixazomib+Rd im Vergleich zu Placebo + Rd ergeben hat, teilt der Hersteller mit.

Die bedingte EU-Zulassung von Ixazomib sei an die Auflage gebunden, dass Takeda aktualisierte Daten zur Sicherheit sowie weitere Analysen zur Wirksamkeit aus dem bereits laufenden Studienprogramm zur Verfügung stellt, um die langfristigen Effekte der Therapie zu belegen. Ixazomib ist ein oraler Proteasom-Inhibitor. Die Substanz blockiert hochselektiv und reversibel das 20S-Proteasom über Bindung an die Beta-5-Untereinheit des 20S-Proteasoms. Proteasome sind Systeme in Zellen, die unbrauchbar gewordene Proteine abbauen. Durch die Hemmung des Proteasoms "vermüllt" die Zelle, was zu einem Stillstand im Zellzyklus und zur Apoptose führt.

Elotuzumab

aus: DLH-Info 60, II/2016

Elotuzumab [Empliciti®] wurde am 11. Mai 2016 in der EU in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung des Multiplen Myeloms bei Erwachsenen zugelassen, die

mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben.

Elotuzumab ist ein SLAMF7-Antikörper. Häufige Nebenwirkungen sind u.a. Infektionen der oberen Atemwege, Kopfschmerzen, Husten, Durchfall, Gewichtsverlust und Fatigue.

Daratumumab

aus: DLH-Info 60, II/2016

Daratumumab (Darzalex®) wurde am 20. Mai 2016 in der EU als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom zugelassen, die bereits mit einem Proteasom-Hemmer und einem Immunmodulator behandelt wurden und die während der letzten Therapie ein Fortschreiten der Erkrankung hatten.

Daratumumab ist ein CD38-Antikörper. Häufige Nebenwirkungen sind u.a. Infektionen der oberen Atemwege, Kopfschmerzen, Appetitminderung, Übelkeit, Hypertonie, Rückenschmerzen, Husten und Fatigue.

Beiträge

Komplementäre Onkologie

Beitrag von Dr. Karsten Kratz-Albers, Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie, Steinfurter Straße 60b, 48149 Münster.

Zusammenfassung seines Vortrages im Rahmen der Jahreshauptversammlung 2016.

Menschen erleben auf der einen Seite einen rasanten medizinischen Fortschritt mit neuen Entwicklungen bei Infektionskrankheiten, durch neue Operationsverfahren, eine verbesserte Intensivmedizin, den Ersatz von Organen und Gelenken und vieles mehr. Aber auf der anderen Seite bleiben immer noch klar erkennbare Grenzen der Medizin wie bei schweren Verletzungen, bei chronischen Erkrankungen und am Lebensende. Lebensbedrohliche Situationen sind in der Onkologie besonders häufig. Hinzu kommt die Sorge vieler Patienten, Entscheidungen nicht mehr selber fällen zu können, bevormundet oder ausgenutzt zu werden (Autonomieverlust).

Es ist also verständlich, dass Patienten neben der nicht immer erfolgreichen Schulmedizin auch nach Alternativen, oder zumindest Ergänzungsuntersuchungen. An dieser Stelle möchte ich auf den manchmal negativ besetzten Begriff „Schulmedizin“ eingehen. Wir verstehen darunter die Medizin, die an „Hoch“-Schulen gelehrt wird. Dieser Begriff wurde in der Medizin seit den 1990er Jahren weiter entwickelt zur „evidenz-basierten Medizin“. Mit diesem neuen Begriff soll deutlich gemacht werden, dass Entscheidungen in der Medizin auf der Basis von Wirksamkeitsnachweisen gefällt werden sollen,

die entweder durch ein Experiment, eine Beobachtung oder eine Befragung gewonnen wurden. Das Instrument eines solchen Wirksamkeitsnachweises ist ein „wissenschaftliches Experiment“ bzw. eine „wissenschaftliche Studie“ für die es international festgelegte klare Regeln gibt und die von den Behörden in Deutschland streng überwacht werden.

Ist das Ergebnis eines Experimentes für uns als Patienten das einzige Argument für oder gegen eine Behandlungsmethode? Vermutlich nicht! Aufgrund unserer persönlichen Erfahrungen und dem Rat aus Verwandtschaft und Freundeskreis werden wir auch andere Behandlungsmöglichkeiten prüfen wollen. Für welche der Behandlungsmethoden wir uns dann entscheiden, hängt von vielen individuellen Faktoren ab – sicher stark beeinflusst durch die Angst vor der Krankheit und den Folgen.

So gab es historisch schon immer ein Nebeneinander von Schulmedizin und alternativer Medizin. Untersuchungen haben ergeben, dass weit über die Hälfte aller Patienten gleichzeitig beide Arten von Medizin parallel anwenden. Je stärker die Betroffenheit durch die Erkrankung ist, desto stärker ist der Wunsch nach Alternativen.

Viele alternative Heilmethoden gehen auf historische Verfahren oder Persönlichkeiten zurück, die ich hier im Text nicht alle ansprechen kann.

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts entstand eine Entwicklung der Naturheilkunde die aus Beobachtungen in der Natur Erkenntnisse für die Medizin bei Menschen gewinnen wollte. Dazu gehören die auch heute noch angewendeten Trinkanwendungen, Fastentage, äußerliche Wasseranwendungen („Ross-Kuren“ des J. Schroth). Erweitert wurden diese Entwicklungen im Rahmen der industriellen Revolution durch eine aus der Arbeiterschaft kommende Lebensreform-Bewegung. Weil es Arbeitern und ihren Familien in Ballungszentren schwer möglich war an gesunde Lebensmittel zu gelangen wurden Kleingartenanlagen gegründet und es bildeten sich Reformhäuser, in denen „gesündere“ Lebensmittel gekauft werden konnten. Zu dieser Entwicklung gehören unter anderem die Reformpädagogik und der Wunsch, Kinder wieder auf das Land zu schicken, z.B. in Landschulheime, Wandertage.

Während der Zeit der Nationalsozialisten durften viele Ärzte aufgrund ihres jüdischen Glaubens nicht mehr praktizieren, wurden verfolgt und getötet. Der Ärztemangel sorgte für ein in Europa einmaliges Gesetz, dass es auch Nicht-Ärzten erlaubte, medizinisch tätig zu werden: das Heilpraktikergesetz.

Nach dem 2. Weltkrieg entwickelte sich neu die Psychosomatik, die eine Körper-Geist-Seele Einheit beschrieb. Im Rahmen der dabei geforderten Ordnungstherapie wurde auf eine gesunde Ernährung, Bewegung, ausreichend Schlaf, Einhalten eines Wochen- und Jahresrhythmus Wert gelegt.

In den 1960er Jahren wurden Ideen für Wassertherapien nach Pfarrer Kneipp (1821-1897) erneut populär und an vielen Orten entstanden Kneipp-Becken. Parallel wurden die „Zeitschrift für Naturheilverfahren“ und erste Lehrstühle für „Naturheilkunde“ an Universitäten gegründet und Ärzte konnten die medizinische Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ erwerben. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, dass die Schulmedizin durchaus wandlungsfähig ist und „alternative“ Verfahren bei Erfolg an Hochschulen integriert werden und sich damit selber zur „Schulmedizin“ entwickeln können.

In der Folge der 1968er Bewegung entwickelte sich eine Alternativbewegung die auch in der Medizin neue Verfahren z.B. aus der traditionell chinesischen Medizin oder Pflanzenheilkunde übernahm. Da der Begriff „alternative Medizin“ auf zwei gleichwertige Medizinsysteme verweist, wurde in den 80er Jahren der Begriff „komplementäre“ Medizin eingeführt. Er beschreibt damit ein System von ergänzenden Verfahren parallel zur Schulmedizin. Heute teilen wir diese komplementären Verfahren entweder nach geographischen Systemen wie Traditionell Chinesische Medizin (TCM), anthroposophische Medizin oder nach strukturellen Verfahren ein (Naturheilkunde, Homöopathie...).

Dr. Jutta Hübner hat in ihrem Buch „Komplementäre Onkologie“ eine Einteilung gewählt, die ich hier bei der Darstellung übernehmen möchte.

1. Ernährung
2. Bewegung
3. Linderung durch Phytotherapie
4. Komplementäre Wirksubstanzen
5. Komplexe Verfahren

In dem Vortrag in der Selbsthilfegruppe, bin ich auf einzelne Aspekte detaillierter eingegangen. Hier kann ich nur einige Dinge kurz ansprechen.

1. Ernährung

Viele Menschen glauben mit einer Umstellung der Ernährung Einfluss auf ihre Krebserkrankung nehmen zu können. Auch wenn es aus Experimenten Hinweise dafür gibt, dass Krebszellen aufgrund ihres Stoffwechsels Kohlenhydrate zur „Energiegewinnung“ bevorzugen gibt es bis heute kein schlüssiges Konzept, das dies bei Patienten wirklich einen Einfluss auf die

Krebserkrankung hat. Wir wissen aber sicher, dass Patienten mit Mangelernährung eine schlechtere Prognose haben und das Diäten deshalb für viele Tumorkranke eine Gefahr darstellen können. Besonders gefährlich sind dabei radikale Ernährungsumstellungen die häufig zu einseitiger Ernährung führen und letztlich auch die Lebensqualität mindern.

Der Wunsch nach Nahrungsergänzungsmitteln ist bei Krebserkrankungen häufig verbreitet, sollte aber den Patienten vorbehalten sein, die aufgrund ihrer Erkrankung tatsächlich mangelernährt sind. Ein Nutzen für normal ernährte Menschen konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Hier entwickelt sich in den letzten Jahren ein riesiger Markt auf dem immer wieder neue Produkte angeboten werden – meist ohne medizinische Grundlage. In diesem Zusammenhang mussten Mediziner in den letzten Jahren nach Auswertungen von großen Studien lernen, dass auch ein Übermaß an Vitaminen wie z.B. Vitamin E oder A zu einem erhöhten Krebsrisiko und damit einer erhöhten Sterblichkeit führen können. Hier wurde also bewiesen, dass ein Zuviel an Vitaminen oder Spurenelementen also auch schädlich sein kann. Das Magazin „Der Spiegel“ hatte dies als Titelgeschichte „Die Vitamin-Lüge“ genannt (03/2012).

2. Bewegung

Während der Bereich *Ernährung* aus meiner Sicht von Patienten eher überschätzt wird, ist das bei dem Thema *Bewegung* genau umgekehrt. Hier gibt es sogar gute Daten die darauf hinweisen, dass das Krebsrisiko und die Sterblichkeit allgemein bei Gesunden durch regelmäßige Bewegung reduziert werden kann. In den letzten Jahren konnte in Untersuchungen gezeigt werden, dass dies auch für Tumorkranke gelten kann. Gemeint ist hier nicht das Aufnehmen eines „Marathon-Trainings“ sondern eine regelmäßige moderate sportliche Betätigung, etwa dreimal die Woche für jeweils ca. 20 bis 30 Minuten.

3. Linderung durch Phytotherapie

Hier gibt es eine ganze Reihe von Ansätzen von denen ich kurz berichten möchte. Im Gespräch sind z.B. bei der Fatigue (vor allem nach Chemotherapien) seit einigen Jahren sogenannte Adaptogene. Damit sind Extrakte aus Ginseng, Gingko, der Taigawurzel gemeint oder das Coenzym Q10 und L-Carnithin. Für alle diese Substanzen spricht, dass sie in normalen Dosierungen keinen Schaden anrichten und es zumindest Hinweise auf Verbesserungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit gibt. Cannabis bzw. Cannabinoide, also einzelne definierte Wirkstoffe aus Cannabis werden heute in der Palliativmedizin häufig bei Übelkeit,

als Appetitanreger, bei Krampfneigung und als Komedikament bei Schmerzen eingesetzt. Ob es eventuell sogar in der Krebsbekämpfung selber eingesetzt werden kann ist Gegenstand intensiver Forschung und sollte abgewartet werden.

4. Komplementäre Wirksubstanzen

Auch wenn es bei vielen Substanzen interessante Hinweise auf Wirksamkeit in Zellkulturen oder Tierexperimenten gibt, ist die Menge der überzeugenden Daten bei Untersuchungen bei Menschen meist enttäuschend. Leider gibt es in diesem Bereich auch eindeutig gefährliche Stoffe wie das angebliche Vitamin B17 (oder Laetrile, oder Amygdalin, Bittermandel) bei dem es sich in Wirklichkeit um die hochgiftige

Blausäure handelt. Auch eine renommierte Untersuchung in einer sogenannten Metanalyse des Cochrane-Instituts konnte für diesen Stoff keinen Hinweis auf eine sinnvolle Anwendung zeigen. Hier müssen wir unseren Patienten dringend von gesundheitsgefährdenden Selbstversuchen abraten.

5. Komplexe Verfahren

Schwieriger zu bewerten ist die in deutschsprachigen Ländern häufig eingesetzte Misteltherapie. In den keltischen Ländern wurde der Mistelpflanze schon seit Jahrhunderten eine Heilwirkung zugeschrieben. Rudolf Steiner hat dies zu Anfang des 20. Jahrhunderts ca. 1916 aufgenommen und den Impuls für eine Misteltherapie im Rahmen der von ihm initiierten anthroposophische Medizin gegeben. Wichtig für das Verständnis ist meiner Meinung nach, dass Steiner die Mistel nie als pharmakologische Wirksubstanz gesehen, sondern sie als Teil eines spirituellen Systems bei dem das Krebszellwachstum z.B. als Folge einer fehlender Steuerung von Ich-Organisation und Ätherleib gesehen hat. Das erklärt auch, dass ein großer Teil der eingesetzten Mistelpräparate nicht nach den Wirkstoffen - den Lektinen - eingesetzt werden sollen, sondern nach dem Wirtsbaum der Mistel, dem eine besondere spirituelle Wirkung zugeschrieben wird. Dieser Denkansatz ist den meisten Patienten fremd. Sie bauen eher auf die möglichen positiven Eigenschaften der sogenannten Mistel-Lektinen. Aber für die Mistel an sich und ihre Lektine gibt es bisher widersprüchliche Studienergebnisse. In größeren Analysen wird häufig darauf hingewiesen, dass je qualitativ besser eine Studie zur Mistel war, desto weniger Nutzen konnte sie zeigen. Deshalb sehen selbst Experten für komplementäre Medizin wie z.B. Prof. Edzard Ernst in England keinen sinnvollen Einsatz für die Mistel und ihre Lektine in der Onkologie. Dies erklärt auch den geringen Stellenwert von Misteltherapien in ei-

gentlich allen nicht-deutschsprachigen Ländern der Welt.

Viele Patienten sind auch durch die Erstattung der Misteltherapien durch Krankenkassen bestärkt in der Annahme, dass es deshalb einen Wirksamkeitsnachweis geben müsse. Aber hier muss ich darauf hinweisen, dass die Erstattung leider kein Beweis für die Wirksamkeit einer Methode ist weil die Methoden der Anthroposophie und der Homöopathie in Deutschland den besonderen Schutz im Sozialgesetzbuch als „besondere Therapierichtung“ genießen. Hier wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für diese besonderen Therapierichtungen eine Zulassung auch ohne Wirksamkeitsnachweis möglich ist, wenn die Binnenexperten (also Anthroposophen, Homöopathen) selber von einer Wirkung überzeugt sind. Im Moment wird darüber diskutiert dies in naher Zukunft gesetzgeberisch zu ändern.

Zusammenfassung:

Das Feld der komplementären Medizin ist unübersichtlich groß. Hinter mancher Neuigkeit verbirgt sich nur ein alter Hut. Anderes ist hochinteressant und wird intensiv erforscht. Einiges davon ist nach Studien plötzlich nichtmehr „komplementär“ sondern „Schulmedizin“. Das Problem für Patienten aber auch Ärzte ist es, in dem ganzen die Orientierung zu behalten und sinnvolles von sinnlosem oder auch gefährlichem zu unterscheiden. Es ist mir wichtig, dass das Interesse an alternativen Heilmethoden nicht als Desinteresse an der Schulmedizin allgemein gewertet wird. Es zeigt eher die Angst vor einer schweren Erkrankung und den Wunsch, für eine erfolgreiche Behandlung „alle“ Möglichkeiten wahrnehmen zu wollen. Wir Ärzte müssen die Sorgen und Ängste unserer Patienten wahrnehmen und auch den Wunsch nach Alternativen ernst nehmen.

Gefährlich wird es, wenn der Stellenwert von alternativen oder komplementären Verfahren falsch eingeschätzt und dadurch wichtige Untersuchungen oder Behandlungen verzögert werden oder ganz unterbleiben. Deshalb sollten Patienten ihre Ärzte nach komplementären Methoden fragen und sich bei zuverlässigen Quellen informieren. Hier empfehle ich vor allem den krebsinformationsdienst.de des Deutschen Krebsforschungsinstitutes in Heidelberg.

Informationsbroschüren /Literatur für Patienten und Angehörige

CMPE 2016 – Aktuelle Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie Chronisch Myelo-Proliferativer Erkrankungen

In dieser, für Laien u.U. etwas schwer verständlichen Broschüre, werden die Philadelphia-Chromosom-negativen chronischen myeloproliferativen Erkrankungen (CMPE; alte Bezeichnung) bzw. Myeloproliferativen Neoplasien (MPN; neue Nomenklatur) dargestellt: Polycythaemia vera (PV), Essenzielle Thrombozythämie (ET) und Primäre Myelofibrose (PMF).

Die Broschüre gibt u.a. weiterführende Literaturhinweise und geht auf die molekularen Grundlagen so wie auf sozialmedizinische Aspekte ein. Hier wird der Grad der Schädigungsfolge (GdS) der jeweiligen Erkrankung knapp dargestellt.

Obwohl mittlerweile eine Reihe von randomisierten klinischen Studien durchgeführt worden sind, liegen vielen Empfehlungen in dieser Broschüre nach wie vor Expertenmeinungen zugrunde.

Hrsg: Gesellschaft zur Erforschung und Behandlung Chronisch MyeloProliferativer Erkrankungen e.V., Zweibrückenstr.2, 80331 München, Tel: 0 89 – 22 47 51, info@cmpe.de
5. Auflage, 80 Seiten, ISBN 978-3-9812721-0-9, 20,00 Euro inkl. Versandkosten

Lymphom-Studien 2016

Das Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML) hat seine Broschüre „Aktuelle Lymphom-Studien“ in einer Neuauflage veröffentlicht. Auf 56 Seiten informiert das Heft Ärzte, Lymphom-Patienten und ihre Angehörigen über die wichtigsten Therapie-Studien der KML-Studiengruppen. Einleitend werden die Bedeutung und die Hintergründe klinischer Studien erläutert. Ein umfangreiches Glossar der wichtigsten Fachbegriffe rundet die Information ab.

Hrsg: Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V., Tel. 02 21 – 4 78 74 00, lymphome@uk-koeln.de
7. Auflage, 56 Seiten

Verdacht auf Berufskrankheit? Von der Diagnose bis zum Gutachten - darauf kommt es im Berufskrankheiten-Verfahren an

70.000 Mal pro Jahr wird der Verdacht auf eine Berufskrankheit gemeldet und damit ein Berufskrankheiten-Verfahren in Gang gesetzt.

Für die betroffenen Patienten ist es schwer einzuschätzen, was damit auf sie zukommt, denn Krankheit durch Arbeit ist nicht gleich Berufskrankheit.

Das Buch wendet sich an den Haus- oder Facharzt, der in dieser Situation seine Patienten kompetent beraten möchte. Es wendet sich zu-

dem an Ärzte, die in die Berufskrankheiten-Begutachtung einsteigen wollen. Sie finden im Buch leicht lesbare, praxisnahe Tipps aus langjähriger unabhängiger gutachterlicher Erfahrung. Zusätzlich beinhaltet es die neuesten juristischen und medizinischen Entwicklungen, eine Liste der Berufskrankheiten und „Mustergutachten“.

Dennis Nowak, ecomed Medizin Landsberg, 2. Auflage 2015, 132 Seiten, ISBN 978-3-609-16497-7, 29,99 Euro

Termine 2017

Termine Münster

- 09.02.2017: offenes Gruppentreffen (RK)
- 08.03.2017: Jahreshauptversammlung, ab 20 Uhr Vortrag, siehe Ankündigung Seite 1 (UKM)
- 13.04.2017: offenes Gruppentreffen (RK)
- 10.05.2017: offenes Gruppentreffen (UKM)
- 08.06.2017: offenes Gruppentreffen (RK)
- 12.07.2017: offenes Gruppentreffen (UKM)
- 10.08.2017: offenes Gruppentreffen (RK)

Die Treffen finden jeweils um 18.30 Uhr statt.

In den „geraden“ Monaten **donnerstags**:
Bibliothek Raphaelsklinik (RK), 5.Etage Altbau, Loerstr. 23, 48143 Münster

In den „ungeraden“ Monaten **mittwochs**:
Uniklinik Münster (UKM), Ebene 05 Ost, Raum 404

Termine Nürnberg

- 24.02.2017: offenes Gruppentreffen
- 28.04.2017: offenes Gruppentreffen
- 30.06.2017: offenes Gruppentreffen
- 28.07.2017: offenes Gruppentreffen
- August Urlaub

Treffpunkt: jeweils 15.00 Uhr, Kath. Stadtkirche Nürnberg, Vordere Sterngasse 1 (2. Etage, Lift vorhanden).

Es wird um telefonische Anmeldung wegen möglicherweise sich ändernden Treffpunkten gebeten. Tel. 0911 - 41 44 79

Bundesweite Termine

21.01.2017 Berlin

MPN Patiententag

(MPN = Myelo Proliferative Neoplasien)

Im Fokus des Patiententages stehen die Myelofibrose, Polycythaemia vera und Chronisch myeloische Leukämie

Nähere Informationen:

Tel. 02203 – 1006316, E-Mail: m.starke@sdmed.de

28.01.2017 Trier

Patientenkongress der Deutschen Krebshilfe
Informationen rund um das Thema Krebs. Geplant sind Vorträge über die radiologische Diagnostik, die Chirurgie und psychoonkologische Aspekte.

Nähere Informationen:
Stiftung Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe, Tel. 0228-33 88 9 215, E-Mail: patiententag-trier@dlh-stiftung.de

4.02.2017 Hamburg

Informationstag
Das UCCH (Universitäres Cancer Center Hamburg) plant im Rahmen des Weltkrebstages einen Informationstag für Patienten, Angehörige und Interessierte.

Nähere Informationen:
www.leukaemie-hilfe.de/veranstaltungen.html

4.02.2017 Köln

Patiententag
Das „Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)“ in Köln veranstaltet zusammen mit dem „Haus Lebenswert“ einen themenübergreifenden Patiententag im Rahmen des Weltkrebstages. Der Patiententag informiert über den Forschungsstand zu neuen und bewährten Therapieformen sowie über das große supportive Angebot (Palliativmedizin, Psychoonkologie, Selbsthilfe, Sport etc.) in der Region.

Nähere Informationen:
www.leukaemie-hilfe.de/veranstaltungen.html

11.02.2017 Regensburg

Patiententag
Vorgesehen sind Vorträge und Diskussionen rund um das Thema Leukämie und Lymphome.

Nähere Informationen:
www.leukaemie-hilfe.de/veranstaltungen.html

31.03. – 2.04.2017 Heidelberg

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

Mindestalter: 18 Jahre, Teilnahmegebühr: 30 €, Fahrtkosten können auf Antrag erstattet werden.

Information und Anmeldung:
Waldpiraten-Camp, Gabriele Geib, Tel. 06221-180466, geib@kinderkrebsstiftung.de

16. - 19.03.2017 Heidelberg

Ü27-Seminar der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe (DLFH) im „Waldpiraten-Camp“

Mindestalter: 27 Jahre, Teilnahmegebühr: 45 €, Fahrtkosten können auf Antrag erstattet werden.

Information und Anmeldung:
Waldpiraten-Camp, Gabriele Geib, Tel. 06221-180466, geib@kinderkrebsstiftung.de

5.-7.05.2017 Goslar

25. Jahrestagung der Haarzell-Leukämie-Hilfe e.V.

Nähere Informationen: Bärbel Krause, Tel. 03501 4615298, E-Mail: info@haarzell-leukaemie.de

2./3.5. (Anreise) - 30./31.5.2017 (Abreise), Freiburg

Reha-Angebot für allogene Transplantierte mit Langzeitfolgen

Die Klinik für Tumorbilogie bietet für eine Gruppe von acht bis zwölf Patienten ein Reha-Programm an, deren allogene Stammzelltransplantation länger als ein Jahr zurückliegt und die unter den Langzeitfolgen der Transplantation leiden.

Das Reha-Programm bietet täglich eine Gesprächsrunde zu ausgewählten Themen, zum Teil auch unter dem Motto „meet the expert“ unter Einbeziehung erfahrener Ärztinnen und Ärzte benachbarter Fächer (Dermatologie, Gynäkologie, Augenheilkunde und Zahnheilkunde). Es beinhaltet ferner ein Wochenende gemeinsam mit Partnern beziehungsweise mit Angehörigen.

Nähere Informationen:
Bei inhaltlichen Fragen: Dr. Andreas Mumm, Tel. 0761 - 206-2218, andreas.mumm@ukf-reha.de.
Formal handelt es sich um ein Heilverfahren, das frühzeitig beantragt werden muss. Daher bitte im Vorfeld Kontakt mit der Klinik aufnehmen. Herr Michelatsch oder Frau Stratmann, Tel. 0761 – 206 - 2281/2282.

3./4.06.2017 Ulm

20. bundesweiter DLH-Patienten-Kongress

Nähere Informationen:
www.dlh-kongress.de

Das Team der S.E.L.P. e.V. wünscht Ihnen schöne Weihnachtstage und eine gutes, möglichst gesundes neues Jahr!

V.i.S.d.P: Annette Hünefeld