ISSN 1437-8019 · Einzelverkaufspreis 4,– €

TZM News

www.tumorzentrum-muenchen.de

Zeitschrift des Tumorzentrums München
an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität
und der Technischen Universität

Prof. Hans Ehrhart war von 1977 bis 1992 Sekretär des Tumorzentrums München. Lesen Sie das Gespräch mit ihm auf Seite 20.

Ausgabe 4 2007

Medizinischer Fortschritt – Wer trägt die Folgen?
Auszüge aus der Rede von Bundespräsident a.D. Prof. Dr. Roman Herzog 4

30 Jahre Tumorzentrum München
Bilder vom Festakt am 23. November 2007 8

Diagnose: Unbezahlbar?
Gesundheitspolitische Podiumsdiskussion 14

Von 1976 bis heute
Die Geschichte des Tumorzentrums München 24

9th International Symposium

Biological Therapy of Cancer

from Disease to Targeted Therapy

Munich, Germany
March 12 – 15, 2008

Due to the enormous progress of molecular biology during the past decade and our increasing understanding of the mechanisms relevant to the genesis of cancer, we are experiencing a transition from disease to target-oriented therapy. To date, breakthroughs have mainly been achieved with therapeutic monoclonal antibodies or signal transduction inhibitors. Numerous further classes of biological agents are in clinical development and are expected to further revolutionize medical therapy of cancer.

Key scientific presentations will focus on the following topics:

- Clinical development of targeted therapy
- Results of clinical trials and translational research
- Evolution of new targets
- Signal transduction inhibitors
- Cancer and the immune system (focus on vaccines)
- Therapeutic antibodies
- Gene therapy
- Role of biomarkers
- Nanotechnology approaches

co-organised by
Biotherapy Development Association (BDA)
European Society for Medical Oncology (ESMO)
National Cancer Institute (NCI)

BDA BIOTHERAPY DEVELOPMENT ASSOCIATION

ESMO

NATIONAL CANCER INSTITUTE

BTOC 9

www.bdaoncology.org

Prof. Dr. Reiner Gradinger
Prof. Dr. Volkmar Nüssler

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Feierlichkeiten am 23. November 2007 haben es nochmals gezeigt: das Tumorzentrum München hat nicht nur eine ruhmreiche Vergangenheit, auch in Zukunft wird man mit der nunmehr mehr als 30 Jahre alten Institution rechnen müssen.

In dieser Ausgabe der TZM-News versuchen wir, etwas vom Geist der Veranstaltung im Max-Joseph-Saal einzufangen. Wir dokumentieren die Rede von Bundespräsident a. D. Roman Herzog, viele Bilder vermitteln einen Eindruck vom „Who-is-Who" im Tumorzentrum München.

Ganz besonders empfehlen möchten wir Ihnen das Interview mit Professor Hans Ehrhart. Er war an der Gründung des Tumorzentrums direkt beteiligt und als erster Sekretär bis 1992 mit dem TZM verbunden. In einem Exklusivgespräch erzählt er nicht nur darüber, wie alles begann, sondern gibt auch Auskunft darüber, was das Tumorzentrum heute leisten sollte.

Die Frage nach der Zukunft des TZM ist spannender denn je; denn wir stehen vor einer echten Zäsur. Die Gründung von Comprehensive Cancer Centers (CCC) rechts und links der Isar ist angekündigt, und das Tumorzentrum wird als verbindende Institution eine Reihe von Serviceleistungen für die beiden Standorte übernehmen. Darüber hinaus wird das TZM in diesem Jahr die ersten Darmzentren zertifizieren. Es bleibt also spannend im 31. Jahr nach der Gründung.

Herzlichst Ihre
Reiner Gradinger Volkmar Nüssler

Inhalt

Festrede
„Medizinischer Fortschritt – und wer trägt die Folgen?" · Bundespräsident a. D. Prof. Dr. Roman Herzog 4

Dokumentation
30 Jahre Tumorzentrum München
Bilder vom Festakt am 23. November 2007 8

Gesundheitspolitik
Diagnose: Unbezahlbar?
Auszüge aus der Podiumsdiskussion 14

Therapie
MabThera 1998 bis 2008
Die ersten zehn Jahre 17

Interview
„Woanders hätte ich solche Gestaltungsmöglichkeitennie gehabt"
Prof. Dr. Hans Ehrhart 20

Historisches
Von 1976 bis heute: Die Geschichte des Tumorzentrums München 24

Ehrungen
Besondere Leistungen
Die Laureaten des Jahres 2007 30

Impressum 17

Buchbesprechung, Vorschau 32

Medizinischer Fortschritt
und wer trägt die Folgen?

Bundespräsident a. D. Prof. Dr. Roman Herzog

Hoher Besuch hatte sich für die Eröffnung des Festaktes zum 30-jährigen Bestehen des Tumorzentrums München angekündigt. Bundespräsident a. D. Prof. Dr. Roman Herzog und seine Gattin Alexandra Freifrau von Berlichingen waren die Ehrengäste der Veranstaltung. Das Thema hatte sich der Festredner selbst ausgewählt: „Medizinischer Fortschritt – und wer trägt die Folgen?" Wir dokumentieren die Rede in Auszügen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

die Situation, in der sich die moderne Medizin heute befindet, ist prinzipiell bekannt, da brauche ich nur drei Stichworte zu erwähnen:

I. In der modernen Medizin wird in Folge fantastischer Forschungsarbeiten und fantastischer Forschungsergebnisse immer mehr möglich,

II. Die Menschen werden immer älter und haben daher immer mehr Chancen, von den sich bietenden Möglichkeiten Gebrauch zu machen und sie sind auch immer mehr dem Risiko ausgesetzt, auf diese Möglichkeiten angewiesen zu sein.

III. Es wird alles immer teurer. (...)

Die Frage, auf die es in diesem Zusammenhang ankommt, lautet: In welchem Umfang und für was genau werden die resultierenden Kosten getragen? Darüber müssen wir reden.

Dabei taucht ein Sonderproblem auf, das Leute, die passiv oder aktiv in der Medizin tätig sind, nicht gerne hören. Das Sonderproblem ist, dass sich die Etatentwicklung im Bereich des Gesundheitswesens nach ganz anderen Regeln vollzieht als die Etatentwicklung in allen anderen mir aus eigener Praxis oder aus der Literatur bekannten Sparten.

Wenn ich Straßenbau mache, wenn ich Schulen gründe und finanziere, wenn ich eine Armee unterhalte, was auch immer: Der Vorgang ist immer

der gleiche. Ich frage einerseits, was müsste eigentlich getan werden, was wäre vernünftig? Dann folgt die Frage, wie viel Geld da ist, und die dritte Frage lautet: „Wie streiche ich die Antworten auf die erste Frage so zusammen, dass es mit den Antworten zur zweiten Frage in Übereinstimmung steht." Das wird zwar nicht immer ehrlich gemacht, das will ich auch zugeben, aber prinzipiell funktioniert es so.

Ganz anders im Medizinbetrieb: Da kommen täglich zigtausende von Ärzten mit Millionen von Patienten zusammen, und die legen im Einzelfall fest, was ausgegeben wird. Nicht immer nach fairen Methoden; erwähnt seien nur die berühmten Patienten, die sagen, ein anderer Arzt verschreibe ihnen dies und jenes. Infolgedessen verordnet der diesen Patienten gegenüber sitzende Arzt die gewünschte Arznei oder Maßnahme. Im Wesentlichen entscheiden also diese beiden, was finanziert wird und was nicht. In der Summierung – das ist eine reine Addition – entscheidet sich so, was finanziell im Gesundheitswesen passiert.

Mir ist klar, dass auch das eine Überspitzung ist, rechnen Sie das den 20 Minuten an, die ich habe, aber im Prinzip ist es so. Das heißt, Instrumente zur Kostenbegrenzung wie die Fallpauschalen, die DRGs und dergleichen wird es in diesem System immer geben müssen, selbst wenn sie im Einzelfall nicht der Weisheit letzter Schluss sind. Denn der normale Weg der Etatentwicklung ist im Medizinbetrieb nicht praktizierbar.

Und nun reden wir über Möglichkeiten der Finanzierung unter den genannten Bedingungen.

Natürlich kann man **kostendeckende Beitragsanpassungen** vornehmen. Sie wissen aber, dass das eine rein theoretische Möglichkeit ist. Man kann auf anderen Wegen – etwa durch die Abschaffung der Versicherungshöchstgrenzen – versuchen, mehr Geld ins System zu bringen.

Wenn Sie bei uns die Versicherungshöchstgrenzen abschaffen, dann sind Sie bei dem, was man gemeinhin als die **Bürgerversicherung** bezeichnet. Aber: Die Bürgerversicherung funktioniert im wirtschaftlichen Bereich nicht. Denn zu den erhöhten Beitragseinnahmen kommen auch erhöhte Ausgaben, eben

weil man die besser Verdienenden damit in das öffentliche Versicherungswesen einbeziehen würde. (…)

Ich bin kein Anhänger der Bürgerversicherung, sondern favorisiere staatliche Zuschüsse, also Zuschüsse aus dem Steueraufkommen. Wenn man aber von **erhöhten Steuerzuschüssen** spricht, muss man wissen, dass man nach einem weit verbreiteten finanzpolitischen Prinzip einem „nackten Mann nicht in die Hosentaschen fassen kann", das heißt, man muss wissen, dass auch diese Methode so wie der Steueretat überhaupt, nicht beliebig nach oben manipulierbar ist. (…)

Es muss jeder, wenn er wirklich krank ist, die beste medizinische Versorgung bekommen, die es überhaupt gibt.

Die Frage ist, was bleibt dann? **Einsparungen**, so lautet ein wichtiges Stichwort. Ich kenne zwar keinen Finanzminister, der je gesagt hätte, es sind noch Einsparungen möglich, sondern jeder sagt, der Staatshaushalt sei ausgelutscht bis zum letzten Euro, aber dem ist nicht so. Es ist Luft im System. Aber an diese „Luft" wollen nicht nur Gesundheitspolitiker heran.

Am leichtesten wäre, meine Damen und Herren, die Erhöhung, die **zielstrebige und nicht allzu bescheidene Erhöhung des Sozialprodukts.** Wenn wir wieder Wohlstand produzieren würden, dann gäbe es wieder Zuwächse, auch bei den öffentlichen Haushalten, und es ist immer leichter, Zuwächse neu zu verteilen als schon Vorhandenes. Aber natürlich, die gleichen Bürger, die von uns optimale Bildungschancen, optimale Gesundheitsversorgung usw. verlangen und zwar mit vollem Recht, die gleichen Bürger sagen auch: Diese oder jene Energieform wollen wir nicht, und dort soll keine neue Industrie entstehen, und bei der grünen Biotechnik sind wir sehr zurückhaltend. Die Bedenken wie die Forderungen kommen immer von den gleichen Leuten. (…)

Bleibt noch eine weitere Frage, **kann man die Leistungen reduzieren**? Die Rente etwas später zahlen, das müsste an sich jedem einleuchten, dass sich die Relation Arbeitszeit zu Ruhestand stark verschoben hat. Die Frage, ob wir die Rente erst mit 67 oder 70 zahlen sollen, lasse ich bei Seite. Man hat von vorneherein wieder den Fehler begangen, alles über einen Kamm zu scheren. Wir wissen genau, dass es Berufe gibt, in denen die Arbeit sehr viel schwerer ist als anderswo. (…)

Ich sage Ihnen ganz offen, ich bin in der Tendenz der Meinung, es muss jeder, **wenn er wirklich krank ist, die beste medizinische Versorgung bekommen**, die es überhaupt gibt, aber dann soll er seine Erkältung selber auskurieren. (…)

Also: Eine Erhöhung der Selbstbeteiligung dort, wo das Risiko für den Patienten berechenbar ist. Und diese Erhöhung wird kommen. Die Apotheker werden zwar schreien, die pharmazeutische Industrie wird ihren eigenen Untergang beschwören, aber passieren wird überhaupt nichts.

Es wird dann natürlich heißen, die arme allein erziehende Mutter mit ihren Kindern, die kann das alles nicht mehr bezahlen. Damit kommen wir zu einem Problem, das mich schon seit Jahren, seit Jahrzehnten, aufregt: Es wird immer mit diesen ganz besonders dramatischen Einzelfällen argumentiert, um dann das ganze System auf diese Bedürftigkeit einzustellen. Das ist eine hinterhältige, das ist eine absolut hinterhältige Methode, meine Damen und Herren. Staatliche Zuschüsse im begründeten Einzelfall: Das ist der von mir stattdessen favorisierte Weg.

Ich möchte nun am Ende von den Kosten wegkommen zu den anderen Folgen. Eine Folge der modernen Medizin ist, dass wir immer älter werden. Das ist eine ungeheure Vermehrung von Freiheit, eine ungeheure Vermehrung, jedenfalls im Regelfall, von Lebensglück. Das ist unglaublich. Aber meine Damen und Herren, es hat auch seine bösen Folgen. Wenn wir die moderne Medizin nicht hätten, dann wären wir heute vielleicht nicht 80, sondern nur 30 oder 40 Millionen Deutsche. Dann wäre unsere Demokratie eine andere, möglicherweise eine direktere, die dem alten Idealbild des demokratischen Parlaments mehr entspräche.

Dank der modernen Erfolge der Medizin bewegen wir uns aber nun auf eine Gesellschaft hin, in der **die nicht mehr Produktiven, die Rentner, allmählich die Mehrheit der Wähler stellen**. Finden Sie das richtig? In einer Zeit, in der sich ständig etwas bewegt, in der ständig neue Chancen wahrgenommen werden müssen, in der ständig neue Risiken, neue Probleme auftreten, in der man sich diesen veränderten Situationen anpassen muss, in der unsere Gesetzgebung, unsere Verwaltung sowieso zu langsam ist, in solchen Zeiten sollen alte Leute entscheiden?

Natürlich dürfen solche Überlegungen nicht dazu führen, den medizinischen Fortschritt abzublocken, aber es gilt auch hier, die Folgen zu bedenken. Mit all dem werden sich vornehmlich die Jüngeren unter Ihnen auseinanderzusetzen haben. – Dabei wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Innovation steht im Mittelpunkt

IMiDs

Therapeutische Innovationen sind unser Ziel. Der Forschungsschwerpunkt von Celgene liegt derzeit auf der Entwicklung von IMiDs® (Immunomodulatory Drugs). Sie normalisieren krankhaft veränderte Zytokinmuster, zeigen antiangiogenetische Effekte und beeinflussen positiv die Proliferation und Stimulation von T-Lymphozyten. Das macht sie zu vielversprechenden neuartigen Substanzen für die Tumortherapie.

Celgene ist ein globales biopharmazeutisches Unternehmen, das 1986 in New Jersey, USA, gegründet wurde. Celgene erforscht, entwickelt und vertreibt innovative Arzneimittel, hauptsächlich zur Behandlung von Krebserkrankungen und Krankheiten des Immunsystems. In Deutschland ist Celgene seit 2006 durch die Celgene GmbH in München vertreten.

(1) nach: Hideshima T, et al. Blood. 2000;96:2943-50

Celgene GmbH
Joseph-Wild-Strasse 20
81829 München

www.celgene.de
info@celgene.de

Celgene®

30 Jahre Tumorzentrum München

Festlich war's im Max-Joseph-Saal der Münchner Residenz. Was Rang und Namen hat in der Münchner Onkologie-Szene hatte sich eingefunden, um den 30. Jahrestag der republikweit geschätzten Institution zu feiern.

Prof. Reiner Gradinger, Ärztlicher Direktor des Klinikums rechts der Isar und derzeitiger Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstandes unterstrich, dass das von den medizinischen Fakultäten der beiden Münchner Universitäten getragene Zentrum bestens gerüstet sei für die allerorten geforderte Qualitätsoffensive in der Versorgung krebskranker Patienten. Beide Universitätskliniken in München würden sich im Frühjahr 2008 zudem gemeinsam um die Förderung als onkologischer Spitzenstandort bewerben. Dann könne links und rechts der Isar ein neues Comprehensive Cancer Center mit geballter „Power" entstehen. Gradinger plädierte dafür, das Tumorzentrum künftig als gemeinsame Klammer zwischen diesen beiden Standorten des CCC zu positionieren.

Prof. Reiner Gradinger und seine Frau Helen im Gespräch mit Bundespräsident a. D. Prof. Roman Herzog. Im Hintergrund Frau Christa Sedelmaier, lange Zeit „die gute Seele" des Tumorzentrums.

Prof. Karl Walter Jauch im Gespräch mit Alexandra Freifrau von Berlichingen. Im Hintergrund Enno von Tresckow, Mitarbeiter der Roche Pharma AG.

Frau Dr. Gabriele Kröner, Vorstand der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung und Prof. Dr. Dieter Hölzel, Leiter des Tumorregisters im Tumorzentrum München als aufmerksame Zuhörer der Podiumsdiskussion.

Der Max-Joseph-Saal der Residenz bildete den Rahmen für die Feierlichkeiten zum 30-jährigen Bestehen des Tumorzentrums München.

Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), Prof. Dr. med. Ferdinand Hofstädter überbrachte die besten Wünsche der Arbeitsgemeinschaft.

Den Krebs zu besiegen ist unser Ziel.

Mit vereinten Kräften.

Wir von der Roche Pharma Onkologie arbeiten mit Leidenschaft an der Zukunft der Krebsmedizin, um den Patienten den Schrecken der Krankheit zu nehmen. Unsere jahrzehntelange Erfahrung und innovativen Forschungstechnologien sind die Basis für neue, richtungsweisende Therapien in der Onkologie. Symptome nicht nur behandeln, sondern langfristig Krebs besiegen: Das ist für uns kein Traum, es ist das Ziel.

Roche

www.roche-onkologie.de

Roche Onkologie

Die treibende Kraft

Prof. Dr. Gunther Bastert, medizinischer Leiter der Klinik Bad Trissl, unterstrich den Stellenwert der engen Kooperation seiner Einrichtung mit dem Tumorzentrum München. Der kollegiale Austausch in Form von Konsiliarbesuchen wird bis heute gepflegt.

Im Sommer des Jahres 2007 hatte die Else-Kröner-Fresenius-Stiftung gemeinsam mit dem TZM die Benefizregatta „Rudern gegen den Krebs" auf dem Starnberger See veranstaltet. Den Reinerlös in Höhe von 30.000 Euro stellt die Stiftung dem Tumorzentrum für die Förderung des Projektes „Sport und Krebs" zur Verfügung.

Auf dem Foto von links nach rechts: Prof. Dr. Reiner Gradinger, Dr. Gabriele Kröner, Stiftungsvorstand, Prof. Dr. Volkmar Nüssler.

Die Benefizregatta „Rudern gegen den Krebs" wird auch im Jahr 2008 fortgesetzt, darüber waren sich zumindest Dr. Gabriele Kröner und Prof. Dr. Volkmar Nüssler einig. Im Hintergrund: Prof. Dr. Hansjörg Sauer sowie Frau Annette Voigt, die Gründungssekretärin des Tumorzentrums.

NEUE PERSPEKTIVEN FÜR MEHR LEBEN.

Wissenschaft gezielt einsetzen.
Lebensqualität weiter verbessern.
Dialog gemeinsam fördern.

Die ganzheitliche Behandlung von Krebserkrankungen mit modernen Wirkstoffen ist unser Ziel – heute und in der Zukunft. Im Austausch mit unseren Partnern schaffen wir Perspektiven und setzen uns ein für mehr Lebensqualität.

www.novartisoncology.de

NOVARTIS
ONCOLOGY

Diagnose: Unbezahlbar?

Die Versorgung von Krebspatienten in Zeiten begrenzter Ressourcen

Nach vorne schauen und sich den Herausforderungen der Zukunft stellen: Das war einer der erklärten Ansprüche des Tumorzentrums bei den Feierlichkeiten zum 30-jährigen Bestehen. Um die Zukunft der onkologischen Versorgung ging es deshalb bei der Podiumsdiskussion, an der Vertreter von Politik, Kassen, Industrie und Patienten sowie die Professoren Gradinger und Jauch als Repräsentanten des Tumorzentrums teilnahmen.

Ob die Versorgung von Krebspatienten auch künftig noch sicher zu stellen ist, so lautete die zentrale Frage. Die Antworten variierten – je nach Perspektive der Beteiligten. Karl Walter Jauch und Reiner Gradinger waren sich als Vertreter des Tumorzentrums darüber einig, dass über das gesamte Gesundheitssystem gesehen kein Mengen-, sondern eher ein Verteilungsproblem bestehe, will heißen: zuviel Geld werde zur Zeit in nicht qualitätsgesicherte Projekte investiert. Sie plädierten für einen qualitätsorientierten Wettbewerb um die Ressourcen im Gesundheitssystem.

Kein Mengen–, sondern ein Verteilungsproblem

Klaus Peter Rupp (SPD) und Joachim Unterländer (CSU) versicherten, die Politik werde alles tun, um den derzeitigen hohen Behandlungsstandard aufrechtzuerhalten. Im Zweifelsfall waren beide dafür, mehr Geld ins System fließen zu lassen.

Auch für den Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherungen Walter Langenecker (AOK Bayern) steht fest, dass die Versorgung von Krebspatienten derzeit gesichert ist. „Die gesetzlichen Krankenversicherungen zahlen alle in der Krebsmedizin wirksamen Mittel und Methoden." Was evidenzbasiert ist, werde erbracht, und zwar ohne Altersbeschränkung, so Langenecker. Auf die Frage, warum die Kassen die gerade in der Onkologie so wichtigen Therapieoptimierungsstudien nicht finanzierten, blieb er eine konkrete Antwort allerdings schuldig.

Abkehr von kostenträchtigen Doppelstrukturen gefordert

Ein radikales Umdenken in der Versorgung von Krebspatienten forderten dagegen die anderen Teilnehmer der Podiumsdiskussion. Dr. Franz Kohlhuber, Bereichsleiter „Förderung" bei der Deutschen Krebshilfe, meinte, dass man bei der Versorgung Krebskranker nicht so weiter machen könne wie bisher. Er monierte unter anderem das kostenträchtige Nebeneinander von stationärer und ambulanter Versorgung und forderte eine bessere Vernetzung der Versorgungsangebote. Die Deutsche Krebshilfe wolle mit ihrem Förderprogramm für onkologische Spitzenzentren in Deutschland entsprechende Strukturveränderungen vorantreiben.

Der Schatzmeister der Deutschen Krebsgesellschaft, Dr. Reinhold A. Kudielka, votierte auch für eine qualitätsorientierte Veränderung und zeigte sich darüber hinaus überzeugt, dass das Gesundheitssystem in seiner jetzigen Form schon bald nicht mehr finanzierbar sein werde. Immer mehr Menschen benötigten immer teurere Medikamente oder

Dr. Franz Kohlhuber: „Über onkologische Spitzenzentren will die Krebshilfe in Deutschland Strukturveränderungen initiieren"

Walter Langenecker von der AOK Bayern: „Was evidenzbasiert ist, wird erbracht, und zwar ohne Altersbeschränkung"

„Das Gesundheitssystem in seiner heutigen Form wird schon bald nicht mehr finanzierbar sein": Dr. Reinhold A. Kudielka, Schatzmeister der Deutschen Krebsgesellschaft

medizinisch-technische Dienstleistungen, ohne dass die Einnahmenseite sich verbessere. Das könne auf Dauer nicht funktionieren. Er forderte nicht nur Strukturveränderungen in der Versorgung, sondern auch mehr Wettbewerb zwischen Pharma- und anderen Firmen, die den Gesundheitsmarkt bedienen. Auch die politische Kontrolle des Herstellerabgabepreises könnte seiner Meinung nach ein wirkungsvolles Instrument zur Kostendämpfung sein.

Patienten sollen sich einmischen

Und die Patienten? Zwei von ihnen saßen ebenfalls am Podium und machten deutlich, dass es bereits heute keineswegs selbstverständlich ist, alles das zu bekommen, was nötig ist. Sabine Fetz aus Augsburg berichtete, es reiche nicht aus einfach abzuwarten, was einem der Medizinbetrieb so anbiete. Beharrlich hat sie nach einem Arzt gesucht, der ihre Sache auch gegenüber den Kostenträgern vertreten hat und ist damit gut gefahren.

Sibylle Herbert ist Hörfunkjournalistin beim Westdeutschen Rundfunk in Köln und hat für ihr Buch „Diagnose: Unbezahlbar – Geschichten aus der Zweiklassenmedizin“ bei allen „Playern“ des Gesundheitssystems recherchiert. Ihr Fazit: Schon längst bekommt heute nicht mehr jeder Krebspatient das, was er benötigt. Die Leistungseinschränkungen als solche hält Herbert schon für schlimm genug. Den größeren Skandal sieht sie aber darin, dass den Menschen nach wie vor suggeriert werde, die gesetzlichen Krankenversicherungen zahlten alles, was nötig ist. Sie forderte mehr Transparenz bei der Gewährung oder der Ablehnung von Leistungen.

Im Übrigen ist sie der Meinung, Patienten sollten sich im Medizinbetrieb mehr einmischen als bisher und bei den Themen Ressourcenverteilung sowie Qualitätssicherung ihren eigenen Interessen mehr Gehör verschaffen.

Frau Dr. med. Maria Hussain, Fachärztin für Allgemeinmedizin: „Es reicht nicht, in Brustzentren nur hervorragend zu operieren. In der Nachsorge muss ebenfalls eine gleich bleibend hohe Qualität gewährleistet werden.“

Frau Claudia Zimmermann, Geschäftsführerin der Bayerischen Krebsgesellschaft: „Wir sind die Interessenvertretung der Patienten, wir bieten Ihnen unsere Kooperation an bei der Verbesserung der Versorgungssituation.“

Klaus Peter Rupp (SPD): „Die strenge Pauschalierung der Leistungen kann in der Onkologie die Qualität der Versorgung mindern.“

Fordert eine Qualitätsoffensive, die das Tumorzentrum moderieren soll: Prof. Karl Walter Jauch

Ludger Wahlers, Moderator der Podiumsdiskussion, ist im wirklichen Leben Geschäftsführer des LUKON-Verlags.

Joachim Unterländer (CSU): „Falls notwendig, muss auch mehr Geld ins Gesundheitssystem fließen.“

Sabine Fetz: „Als Krebspatientin sollte man mehr tun, als einfach nur passiv zu warten, was das System einem zu bieten hat.“

Sibylle Herbert ist selbst an Brustkrebs erkrankt gewesen und Autorin des Buches: „Diagnose: Unbezahlbar – Geschichten aus der Welt der Zweiklassenmedizin.“

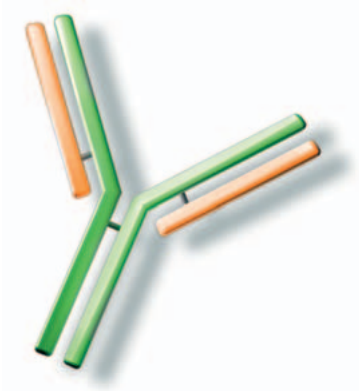
Innovative Molekularmedizin hilft bei der Früherkennung von Krankheiten. Für ein längeres und gesünderes Leben.

Die Menschen leben heute länger als je zuvor. Das stellt die Medizin vor neue Herausforderungen. Deshalb entwickeln wir innovative Technologien, die die medizinischen Behandlungsmethoden revolutionieren. Indem sie es ermöglichen, Krankheiten frühzeitig diagnostizieren und optimal behandeln zu können. Und das spezifisch für jeden einzelnen Patienten. So tragen wir dazu bei, dass Kinder gesund erwachsen werden können.
www.siemens.com/answersforlife; Contact Center: +49-69-797-6420

Answers for life.

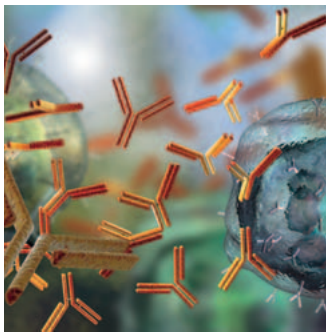
SIEMENS
medical

CC-Z1045-1



MabThera® 1998–2008

Die ersten zehn Jahre



Mit der Zulassung im Jahr 1998 war **Rituximab (MabThera®)** die erste Neueinführung eines Medikaments zur Therapie der Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) seit mehr als zwölf Jahren. Durch seinen einzigartigen Wirkmechanismus, der bei der Vernichtung der Krebszellen auf das Immunsystem des Patienten setzt, hat Rituximab in der Behandlung von NHL-Patienten neue Maßstäbe gesetzt. Verbesserte Heilungschancen und verlängertes Überleben sind mittlerweile nicht zuletzt dank Rituximab bei follikulären und aggressiven NHL etablierte Therapieziele.

Beharrlichkeit und fruchtbare Zusammenarbeit

Rituximab ist ein monoklonaler Antikörper, der gegen die Oberflächenstruktur CD20 gerichtet ist. CD20 ist ein Markermolekül für B-Lymphozyten. Erfolgsfaktoren dieser, für die Hämatologie einzigartigen Erfolgsgeschichte sind einerseits die fruchtbare Zusammenarbeit zwischen der Roche Pharma AG als pharmazeutischem Unternehmer und den nationalen und internationalen Studiengruppen.

Andererseits ist da auch die Beharrlichkeit der hämatologischen Gemeinschaft zu nennen, die Tatsache, dass an die ehrgeizigen Ziele – verlängertes Überleben und verbesserte Heilungschancen – geglaubt wurde. Mit der Zulassung von Rituximab als MabThera® im Jahre 1998 wurde diese Vision tatsächlich Wirklichkeit.

Die Rituximab-Geschichte geht weiter

Nach wie vor stellen die klinische Weiterentwicklung des Antikörpers Rituximab und das Erkunden seiner therapeutischen Möglichkeiten eine der großen Herausforderungen in der Hämatologie dar. Und noch ist die Rituximab-Erfolgsgeschichte nicht zu Ende erzählt. Die für Februar 2008 erwartete Erweiterung der Zulassung der Erstlinienbehandlung des follikulären Lymphoms zeigt, dass auch die EMEA dem in vier unabhängigen Studien gezeigten Überlebensvorteil einer Kombination aus Chemotherapie und Rituximab-Therapie Rechnung trägt. Für die kommenden Jahre rechnet die wissenschaftliche Gemeinschaft mit der Identifizierung weiterer Einsatzgebiete.

Dr. Andreas Kiewitz
Roche Pharma AG · Grenzach-Wyhlen

Impressum

TZM-News
ISSN: 1437-8019
© 2007 by Tumorzentrum München und
LUKON Verlagsgesellschaft mbH,
Landsberger Str. 480 a,
81241 München, Fon: 089-820737-0,
Fax 089-820737-17
e-Mail: TZM-News@lukon.de

Anzeigen
Manfred Just, Fon: 089-820737-0

Herausgeber
Geschäftsführender Vorstand
des Tumorzentrums München

Vorsitzender
Prof. Dr. med. R. Gradinger,
Direktor der Klinik für Orthopädie
und Sportorthopädie der
Technischen Universität München

1. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. med. K.-W. Jauch,
Direktor der Chirurgischen Klinik,
Klinikum Großhadern der Universität
München

2. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. med. U. Löhrs, Pathologisches
Institut der Universität München

Geschäftsführender Sekretär
Prof. Dr. med. Ch. Peschel,
Direktor der 3. Medizinischen Klinik
der Technischen Universität München

Schatzmeister
Prof. Dr. med. V. Heinemann,
Medizinische Klinik und Poliklinik III,
Klinikum Großhadern der Universität
München

Koordinator
Prof. Dr. med. V. Nüssler,
Tumorzentrum München
Geschäftsstelle: Pettenkoferstraße 8a,
80336 München
Fon: 089-5160-2238, Fax: 089-5160-4787
e-Mail: tzmuenchen@med.uni-muenchen.de
web: www.tumorzentrum-muenchen.de

Redaktion
Prof. Dr. med. V. Nüssler (verantwortlich)
Anita Sauer
Hermann Werdeling
Ludger Wahlers

Bildnachweis
Alle Fotos: Tumorzentrum München
Alle Grafiken: Charlotte Schmitz

Grafik-Design, Illustration
Charlotte Schmitz, 42781 Haan

Druck
DDH DigitalDruckHilden, 40723 Hilden

Tausch + Tausch Kommunikation, Frankfurt/M.

Eine kurze Nachricht an die Trend-Gesellschaft: Man trägt wieder Verantwortung.

Jetzt für € 15,– bestellen und die DKG unterstützen: www.silberhimmel.de

Jeder von uns trägt Verantwortung im Kampf gegen den Krebs – und jetzt können Sie Gutes tun und dabei bestens aussehen – mit diesem Schmuckarmband. Graviert mit dem chinesischen Schriftzeichen für ein „langes Leben", veredelt durch den guten Zweck: Übernehmen Sie jetzt eine weitere tragende Rolle, das exklusive Lebensband steht Ihnen!

Wissen schafft Chancen.

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Behandlung und Ambiente

Das TZM-Mitglied Klinik Bad Trissl steht für medizinische Kompetenz und erstklassige Dienstleistung

Der zur Zeit der Gründung des Tumorzentrums vor 30 Jahren geforderte hohe diagnostische und therapeutische Standard wurde bereits frühzeitig durch die Einbeziehung von Konsilarien aus den Münchner Universitätskliniken gewährleistet und überwacht. Das bis dahin rein universitär tätige Tumorzentrum garantiert bis heute durch regelmäßige Tumorkonferenzen in der Klinik Bad Trissl, mit onkologisch spezialisierten Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete, allen Krebserkrankten eine optimale Diagnostik und Therapie.

Ganzheitlicher Ansatz

In der Klinik Bad Trissl werden sämtliche Behandlungsmethoden der modernen konservativen Krebsbehandlung durchgeführt. Das Leistungsspektrum beinhaltet die Behandlung aller gynäkologischen, gastrointestinalen, urologischen, dermatologischen, hämatologischen und seltenen Tumorarten. Allen Therapien liegt ein ganzheitlicher Ansatz zugrunde, der den gesamten Menschen betrachtet und behandelt.

Moderne Kombinationsbehandlungen

Dafür verfügt das Onkologische Kompetenzzentrum über sämtliche diagnostischen und therapeutischen Geräte, Einrichtungen und Möglichkeiten: Neben Behandlungen mit Chemo-, Immun- und der Hormontherapie kommen auch die Strahlentherapie sowie die regionale Tiefenhyperthermie zum Einsatz. Damit können auch moderne Kombinationsbehandlungen aus Hyperthermie, Chemotherapie und/oder Strahlentherapie durchgeführt werden. Ergänzt werden diese Verfahren durch die Fachbereiche Schmerztherapie, Palliativ- und Komplementärmedizin. Die Abteilung für medizinische Rehabilitation rundet das breite Spektrum ab.

Der Mensch im Mittelpunkt

Der ganzheitliche Ansatz spiegelt sich auch in den vielen weiteren Möglichkeiten der Klinik wider. Das Zentrum für physiotherapeutische und physikalische Medizin geht individuell auf die Bedürfnisse der Patienten ein: Krankengymnastik, Massage, manuelle Lymphdrainage und Sportphysiotherapie sorgen für Mobilität, Entspannung und Kräftigung. Psychologische Begleitung, kunst- und musiktherapeutische Angebote sowie die Ergotherapie richten das Augenmerk auf die

Krankheitsbewältigung und eine bessere Lebensqualität. Besonderer Wert wird auch auf den Service und die Qualität der gesamten Dienstleistung gelegt. Die Unterbringung auf Hotelniveau bis hin zu luxuriösen Suiten bietet für Patienten und Begleitpersonen sehr gute Voraussetzungen für einen angenehmen Aufenthalt.

ONKOLOGISCHES KOMPETENZZENTRUM OBERAUDORF

Klinik Bad Trissl
Bad-Trissl-Straße 73
83080 Oberaudorf
Telefon: +49 (0) 8033 / 20 - 217
Telefax: +49 (0) 8033 / 20 - 295
info@klinik-bad-trissl.de
www.klinik-bad-trissl.de

Spezifisch.
Menschlich.
Wirkungsvoll.

KLINIK
Bad Trissl

Herr Prof. Dr. Hans Ehrhart bedankt sich für seine Auszeichnung im Rahmen des Festaktes.

„Woanders hätte ich solche Gestaltungsmöglichkeiten nie gehabt“

Interview mit Prof. Hans Ehrhart, Sekretär des TZM von 1977 bis 1992

Ein äußerst geschmackvoll eingerichteter Salon irgendwo im Münchner Westen. Warme Farben und indirekte Beleuchtung bestimmen die Atmosphäre, Tee wird gereicht und ein wenig Gebäck dazu. Die richtige Stimmung also, um sich von Professor Hans Ehrhart, dem Gründungssekretär des Tumorzentrums München, über die Geschichte dieser Institution aufklären zu lassen.

Herr Prof. Ehrhart, wann sind Sie persönlich das erste Mal mit der Onkologie in Berührung gekommen?

Das ist von heute aus betrachtet natürlich sehr lange her. Wir haben schon 1956 mit Stickstofflost – einem unglaublich toxischen Stoff – als Zytostatikum experimentiert. Das war der Beginn der Chemotherapie, einer damals wirklich neuen Therapiestrategie. Ich bin im gleichen Jahr dann auch im Sloan Kettering Memorial Center gewesen. Und schon damals versuchte man dort, Chemotherapien auch ambulant zu verabreichen; etwas, das hierzulande lange Zeit als unmöglich angesehen wurde. Vier Jahre später, also 1960, war ich dann an der Gründung der ersten hämatologischen Ambulanz in der Ziemssenstraße beteiligt.

Wenn die Chemotherapie damals so neu war; wie wurden denn Krebspatienten behandelt?

Wenn möglich, wurde auch damals der Krebs operiert; die konservative Behandlung war aber in erster Linie die Domäne der Strahlentherapeuten. Fairerweise muss man aber sagen, dass sich genau diese Kollegen der Begrenzungen ihrer Therapien bewusst waren. Nicht zuletzt den Strahlentherapeuten ist die Gründung des interdisziplinären onkologischen Arbeitskreises in München zu verdanken.

Wann war das ungefähr?

Etwa um das Jahr 1970. Damals Interdisziplinarität zu leben, war nicht immer einfach, Sie müssen sich vorstellen, es war die Zeit der klassischen

Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen/DZI

DZI Spenden-Siegel: Geprüft+Empfohlen

welt hunger hilfe

IHRE SPENDE WIRKT.

Weil sie vorhandene Kräfte aktiviert und die Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben schafft. So reichen schon ein einfacher Pflug und etwas verbessertes Saatgut aus, um Ernten entscheidend zu verbessern. Unterstützen auch Sie diese besonders nachhaltige Form der Partnerschaft und sorgen Sie damit für sichtbare Veränderung. Spenden Sie jetzt: Sparkasse KölnBonn, Konto 1115, BLZ 370 501 98. Mehr unter www.powered-by-you.de **Welthungerhilfe – Der Anfang einer guten Entwicklung**

Prof. Dr. Hans Ehrhart (rechts) war an der Gründung des Tumorzentrums direkt beteiligt. Von 1977 bis 1992 war er der Sekretär des Zentrums.

Ordinarienuniversität. Jeder wollte seine eigenen Interessen vertreten wissen. Trotzdem haben wir da doch Einiges zustande gebracht. Pathologen, Gynäkologen, Internisten, Strahlentherapeuten und andere haben gemeinsam Patientengeschichten diskutiert und Behandlungsstrategien entworfen.

Erste Überlegungen zur Gründung des Tumorzentrums gab es ja etwa 1976. Wie ist es dazu gekommen?
Der Leiter unseres Arbeitskreises war Professor Josef Lissner, ein echtes Multitalent. Er war nicht nur Radiologe, Strahlentherapeut und Nuklearmediziner, er war auch ein genialer Organisator. Er stieß die Gründung eines Tumorzentrums an, nachdem er von Max Eder gehört hatte, dass die Deutsche Krebshilfe e.V. Fördergelder zur Verfügung stellen wollte.

Professor Max Eder war als Pathologie-Ordinarius Mitglied im Onkologischen Arbeitskreis und verfügte über die Verbindungen zu Mildred Scheel.
Ja, die Krebshilfe hatte sich 1974 konstituiert und Max Eder, der einer der akademischen Lehrer von Frau Scheel gewesen war, war Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Krebshilfe.

Was waren die Voraussetzungen, um gefördert zu werden?
Man musste nach Bad Godesberg reisen und das eigene Konzept eines interdisziplinären Zentrums vortragen. Wegen der Aktivitäten des Arbeitskreises in München hatten wir diesbezüglich schon ziemlich genaue Vorstellungen.

Wer genau ist „wir"?
Nun, die Professoren Josef Lissner und Max Eder, der damalige Urologie-Ordinarius Professor Schmied, der Internist Prof. Buchborn und meine Person. Das Statut des zu gründenden Zentrums haben wir an einem Nachmittag formuliert. Es haben uns dazu vier Schreibmaschinenseiten gereicht. Ich kann mich auch erinnern, wie Lissner in der ihm eigenen Art am Ende der Sitzung zu mir sagte: „So, und den Rest machen Sie. Wie wollen Sie sich denn nennen? Vielleicht ‚Generalsekretär'?" Ich war im Krieg gewesen, und mit Generälen habe ich seither nichts mehr am Hut. Das habe ich damals auch deutlich gemacht, und Lissner meinte: „Na, dann sind Sie ab jetzt Sekretär. Und jetzt machen Sie mal." Seit dieser Zeit hat das Tumorzentrum München einen Sekretär.

Und in dieser Funktion sind Sie dann zum Vortrag nach Bad Godesberg gereist.
So ist es. Ich hatte das Konzeptpapier in die Aktentasche gepackt und mich auf den Weg zur Krebshilfe-Sitzung gemacht. Der Empfang in Bad Godesberg war besonders herzlich; denn zu meiner Überraschung war nicht nur der wissenschaftliche Beirat im Raum, auch Frau Scheel war anwesend. Sie sah mich und rief durch den Raum „Ach, der Herr Ehrhart". Bei der anschließenden wirklich herzlichen Umarmung ging mir dann der Gedanke durch den Kopf, dass das mit dem Tumorzentrum München ja wohl was werden könnte.

Wie kam es, dass Sie auf die Gattin des damaligen Bundespräsidenten einen derartig guten Eindruck machten?
Es war nicht unsere erste herzliche Begrüßung gewesen. Wie Sie wissen, war Frau Scheel Röntgenologin, und während ihrer Ausbildung hatte sie auch ein Jahr auf unserer internistischen Station in der Ziemssenstraße verbracht. Zur damaligen Zeit sind die Ärzte einer Klinik noch zusammen auf die Wies'n gegangen und haben auch Fasching miteinander gefeiert. An diese Zeit hatten Frau Scheel und ich gute gemeinsame Erinnerungen.

Und prompt ging die Sache für das Tumorzentrum gut aus.
Das lag aber nicht daran, dass ich Frau Scheel bereits persönlich kannte. In dem Gremium, vor dem ich vorzutragen hatte, saß die gesamte onkologische Prominenz der damaligen Zeit,

Femara® 2,5 mg, Filmtabletten

Wirkstoff: Letrozol. **Zusammensetzung:** Eine Filmtablette enthält: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 2,5 mg Letrozol; sonstige Bestandteile: Hochdisperses Siliciumdioxid, mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, Poly(O-carb-oxymethyl)stärke, Natriumsalz, Hypromellose, Macrogol 8000, Talkum, Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat (E172). **Anwendungsgebiete:** Adjuvante Therapie postmenopausaler Frauen mit hormonrezeptorpositivem primärem Mammakarzinom. Erweiterte adjuvante Therapie des hormonabhängigen primären Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen nach vorheriger adjuvanter Standardtherapie mit Tamoxifen über 5 Jahre. First-Line-Therapie des hormonabhängigen fortgeschrittenen Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen. Behandlung des Mammakarzinoms im fortgeschrittenen Stadium nach Rezidiv oder Progression der Erkrankung bei Frauen, die sich physiologisch oder nach einem künstlichen Eingriff in der Postmenopause befinden und die zuvor mit Antiöstrogenen behandelt wurden. Bei Patientinnen mit hormonrezeptornegativem Brustkrebs ist die Wirksamkeit nicht belegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. Prämenopausaler Hormonstatus, Schwangerschaft, Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig (≥ 10 %): Arthralgie, Schweißausbrüche, Hitzewallungen. Müdigkeit inkl. Schwächegefühl. Häufig (≥ 1 % ≤ 10 %): Appetitlosigkeit, erhöhter Appetit, Hypercholesterinämie, Depression, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Dyspepsie, Obstipation, Diarrhö, Alopezie, Hautausschlag, Myalgie, Knochenschmerzen, Osteoporose, Knochenfrakturen, Unwohlsein, periphere Ödeme, Gewichtszunahme. Gelegentlich (≥ 0,1 % ≤ 1 %): Harnweginfektionen, Tumorschmerzen (nicht zutreffend in der adjuvanten und erweiterten adjuvanten Therapie), Leukopenie, generalisierte Ödeme, Angststörungen einschl. Nervosität, Reizbarkeit, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Gedächtnisstörungen, Empfindungsstörungen einschl. Parästhesie und Hypästhesie, Geschmacksstörungen, zerebrovaskulärer Insult, Katarakt, Augenreizung, verschwommenes Sehen, Herzklopfen, Tachykardie, Thrombophlebitis einschl. oberflächiger und tiefer Thrombophlebitis, Blutdruckanstieg, ischämische kardiale Ereignisse, Atemnot, abdominale Schmerzen, Stomatitis, Mundtrockenheit, Anstieg der Leberenzyme, Pruritus, trockene Haut, Urtikaria, Arthritis, häufige Miktion, Vaginalblutung, Ausfluss, trockene Vagina, Brustschmerzen, Fieber, trockene Schleimhäute, Durstgefühl, Gewichtsverlust. Selten (≥ 0,01 % ≤ 0,1 %): Lungenembolie, arterielle Thrombose, Hirninfarkt. **Weitere Angaben** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Darreichungsformen und Packungsgrößen:** 30 Filmtabletten (N1); 100 Filmtabletten (N3).

Stand: November 2007 (MS 02/6.5).
Novartis Pharma GmbH, 90327 Nürnberg.
Tel.: (09 11) 273-0,
Fax.: (09 11) 273-12 653.
www.novartispharma.de

1. BIG 1-98 Group, NEJM 2005; 353 (26): 2747-2757. Femara® Fachinformation 03/2006. Coates AS et al. J Clin Oncol. 2007; 25(5): 486-492.

FEMARA® upfront – weniger Fernmetastasen[1]

FEMARA® reduzierte in der BIG 1-98 Studie das Fernmetastasen-Risiko bei allen Patientinnen*,** signifikant[1].

* postmenopausaler Frauen mit hormonrezeptorpositivem primärem Mammakarzinom
** FEMARA® im Vergleich zu Tamoxifen

Femara®
(Letrozol)

KRAFTVOLL VON ANFANG AN

www.femara.de

NOVARTIS ONCOLOGY

unter anderem auch Professor C. G. Schmidt. Er war damals der ungekrönte König der Onkologie. Was er sagte, war Gesetz. Noch bevor ich meinen Vortrag begonnen hatte, meinte er: „Wir brauchen eigentlich nur ein einziges Tumorzentrum in Deutschland". Auf Nachfrage von Frau Scheel, wo das denn beheimatet sein sollte, meinte Schmidt nur: in Essen. Also in der Stadt, in der er seinerzeit selbst aktiv war.

Aber letztlich haben Sie das Gremium ja überzeugt. Was genau hat C. G. Schmidt und seine Kollegen beeindruckt?

Ich glaube, es war die Offenheit unserer Formulierungen, die Tatsache, dass wir Entwicklungsspielraum gelassen haben bei allem, was wir vorhatten. Außerdem natürlich die ganz konkreten Dinge: Dass wir Projektgruppen gründen wollten, dass wir dokumentieren wollten, dass wir Verlaufskontrollen planten. Wir wollten unsere eigenen Therapien überprüfen und Studien durchführen.

Können Sie sich an die konkrete Reaktion von C. G. Schmidt erinnern?

Oh ja. Nachdem ich vorgetragen hatte, fiel seine Bemerkung: „Was Sie da sagen, hört sich eigentlich ganz gut an." Und da war das Eis gebrochen, wir hatten den Beirat der Krebshilfe fortan auf unserer Seite.

Und es gab nicht nur ein Tumorzentrum in Essen.

Nicht nur, sondern auch. Die ersten Tumorzentren sind dann ja in Essen, Hamburg, Mainz, Köln und München entstanden. Für uns war mit der Zusage der Krebshilfe die Finanzierung gesichert. Immerhin handelte es sich um Beträge in Millionenhöhe.

Wer hat dieses Geld eigentlich verwaltet?

Das lief ganz offiziell über die Universitätskasse. Und in diesem Zusammenhang ist ein Loblied zu singen auf den damaligen Universitätskanzler, Herrn Franz Friedberger. Die Universitätsverwaltung hat uns bei allen formalen Fragen ganz unkompliziert unterstützt – und das war nicht selbstverständlich; denn ein Konstrukt wie das Tumorzentrum kam in der Universitätssatzung ja nicht vor. Zusammen mit Professor Riethmüller, dem späteren Vorsitzenden des geschäftsführenden Vorstandes, hat Franz Friedberger sogar für eine nutzbringende Anlage der Stiftungsgelder gesorgt.

Im Sommer des Jahres 1977 hat das Tumorzentrum seinen ersten geschäftsführenden Vorstand gewählt – und Sie als Sekretär mussten ein funktionierendes Büro aufbauen.

Ja, denn es war eine Menge an Koordinationsarbeit zu leisten: Gründung und Betreuung der Projektgruppen, Dokumentation, Jahresberichte, Zuschussverteilung, telefonisches Tumorkonsil, Konsiliardienste in Bad Trissl und Oberstaufen – all das musste organisiert werden. Am 1. Dezember 1977 haben

Von 1976 bis heute

Die Geschichte *des Tumorzentrums München*

Die Einsicht, dass Krebsbehandlung immer eine sehr interdisziplinäre Herangehensweise erfordert, fiel in München spätestens mit Beginn der 1970-er Jahre auf fruchtbaren Boden. Damals wurde der Grundstein für die Aktivitäten des Tumorzentrums gelegt.

1976

20. Juli: Gründung des „Onkologischen Arbeitskreises im Fachbereich Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität".

September: Vorstellung eines Tumorzentrumskonzeptes bei der Deutschen Krebshilfe.

Förderungszusage seitens der Deutschen Krebshilfe.

1977

23. Februar: Der Onkologische Arbeitskreis beschließt die „Bildung des Tumorzentrums München".

22. März: Als Vertreter der Deutschen Krebshilfe nimmt Herr Hecht an einer Sitzung des Onkologischen Arbeitskreises teil.

10. Mai: Verabschiedung des TZM-Statuts. Zustimmung des Dekans des Fachbereichs Medizin und des Präsidenten der Universität München. Offizielles Gründungsdatum des Tumorzentrums München.

7. Juli: Wahl des ersten geschäftsführenden Vorstandes durch die erste Mitgliederversammlung. Vorsitzender: Prof. Dr. Josef Lissner.

16. November: Offizielle Aufnahme der Klinik Bad Trissl in das Tumorzentrum München.

Beschluss zur Einrichtung eines Sekretariats in der Ziemssenstraße.

1. Dezember: Eröffnung des Sekretariats.

1977 insgesamt: Aufbau von Tumorregister und Projektgruppen – Einrichtung des telefonischen Tumorkonsils.

wir dann das erste Büro in der Ziemssenstraße bezogen. Mit Frau Voigt hatten wir als Sekretärin eine echte Perle gefunden. Im Büro stand zunächst nicht mehr als eine Schreibmaschine – und Frau Voigt war dankbar, dass sie sozusagen Aufbauarbeit von der ersten Stunde an leisten konnte.

Sie haben die Konsiliardienste für die Kliniken in Bad Trissl und Oberstaufen erwähnt. Beide Kliniken sind ja auch Mitglieder im Tumorzentrum München. Wie kam es zu dieser Konstruktion?
Das ist eine weit zurück reichende Geschichte. Etwa Mitte der 1970-er Jahre, also kurze Zeit, nachdem der onkologische Arbeitskreis in München gegründet worden war, kam die Landesärztekammer in Person des Herrn Dr. Sluka auf mich zu. Er berichtete, dass in Bad Trissl Onkologiepatienten behandelt würden und regte den Aufbau eines Konsiliardienstes an.

Nach heutigem Verständnis war das also eine Art von Qualitätssicherung?
Ja, und es war wichtig, in Bad Trissl nicht als Besserwisser aufzutreten, sondern mit dem nötigen Fingerspitzengefühl ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Dr. Leonhardt, der damalige Chefarzt der Gynäkologie, hat unsere Dienste wirklich angenommen. Im Lauf der Jahre intensivierte sich dieser Konsiliardienst. Ich bin dann nicht mehr nur alleine nach Bad Trissl gefahren; regelmäßig waren ein Röntgenologe, ein Chirurg und ein Kollege aus der Frauenklinik dort zu Gast, um konkrete Krankheitsverläufe von Patienten zu diskutieren. Angesichts dieser Entwicklung war es nur logisch, Bad Trissl von Anfang an zu einem Teil des Tumorzentrums zu machen.

Und wie kam Oberstaufen zum Tumorzentrum dazu?
Auf ganz ähnliche Weise. Ende der 1970-er Jahre – das Tumorzentrum war schon

„Ich hatte immer das Gefühl, etwas wirklich Wichtiges und Wertvolles zu tun“

gegründet – wandte sich Dr. Frenzel von der Landesärztekammer an uns, weil man an der Qualität der onkologischen Behandlung in Oberstaufen Zweifel hatte. Im Gegensatz zu Bad Trissl war die Klinik in Oberstaufen von vornherein internistisch orientiert, und wir haben dann ganz erheblich personelle Unterstützung geleistet. Nach der Neubesetzung der Chefarztstellen wurde Oberstaufen dann im Jahr 1979 ein Teil des Tumorzentrums München.

Das Engagement in Bad Trissl und Oberstaufen ist ja bemerkenswert. Was hatte das Tumorzentrum selbst eigentlich von diesem Einsatz?
Ganz sicher war die Unterstützung auf Bitte der Landesärztekammer auch eine ethische Verpflichtung, der wir als Uni-

1978

Einbeziehung der Technischen Universität München. Offizielle Bezeichnung: Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität München.

Zweite Mitgliederversammlung.

1979

Prof. Dr. Gert Riethmüller wird Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstandes.

Aufnahme der Schlossbergklinik Oberstaufen in das Tumorzentrum München.

1980

Einbeziehung der kommunalen Kliniken. Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Zwölf tumorspezifische Projektgruppen sind aktiv. Durchführung zahlreicher Fortbildungsveranstaltungen.

1981

Ende der Förderung durch die Deutsche Krebshilfe. Beginn der Förderung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

1982

Schaffung eines klinischen Krebsregisters. Sieben Konsiliarärzte sind regelmäßig in der Klinik Bad Trissl und in der Schlossbergklinik Oberstaufen aktiv.

1983

Erste Vorstellung der „Blauen Manuale“ durch die Projektgruppen in Verbindung mit interdisziplinären Fortbildungsveranstaltungen.

1984

Einführung des Nachsorgekalenders. Veröffentlichung jährlicher Rechenschaftsberichte bis 1988.

versitätsklinik nachgekommen sind. Aber der Konsiliardienst eröffnete auch die Möglichkeit weiter gehender Kooperationen. Die Zahl der Mammakarzinom-Patientinnen war in Bad Trissl so groß, dass es möglich war, dort Therapiestudien durchzuführen. Wir haben beispielsweise eine Studie über die so genannte Dauertherapie nach der Akuttherapie durchgeführt. Wir konnten die Patientinnen lange Zeit beobachten, weil die immer wieder nach Bad Trissl kamen. So hat der Konsiliardienst dem Tumorzentrum auch wissenschaftlich etwas gebracht.

Gehen wir noch einmal zurück zur Gründung. Im Jahr 1978 wurde auch die Medizinische Fakultät der Technischen Universität ins Tumorzentrum aufgenommen.

Und zwar auf Initiative der Professoren Pabst und Breit. Der eine war Nuklearmediziner, der andere Strahlentherapeut.

Was änderte sich durch den Eintritt medizinischen Fakultät der TU?

Mitglieder dieser Fakultät wurden auch in den Vorstand berufen, die Projektgruppen arbeiteten universitätsübergreifend und die Verteilung der Zuschüsse wurde einvernehmlich geklärt. Viele Projektgruppen haben aus dem Klinikum rechts der Isar neue Impulse bekommen. Geradezu mustergültig ist die Zusammenarbeit von Kollegen links und rechts der Isar in der Projektgruppe Mammakarzinom. Herr Sauer hat da Außerordentliches geleistet.

Wo lagen die Probleme in der Zusammenarbeit?

Alles lief eigentlich gut, bis eines Tages im Klinikum rechts der Isar ein neu berufener Chirurg mit sehr breiten Schultern die Szene betrat. Er nahm in seiner Eigenschaft als Ärztlicher Direktor Kontakt mit dem geschäftsführenden Vorstand auf, um kurz und bündig zu

„Die Qualität der onkologischen Versorgung auch in der Peripherie anzuheben läge mir sehr am Herzen"

sagen: „Wir wollen uns vom Tumorzentrum trennen und ein eigenes aufbauen". Wir haben daraufhin regelrecht Verhandlungen begonnen. Ich erinnere mich an einen spätherbstlichen Nachmittag. In seinem halbdunklen Büro führten wir ein Vieraugengespräch, an dessen Ende die Vereinbarung stand, dass alles bleibt wie es ist, die Fakultät der TU aber im Tumorzentrum mehr Einfluss gewinnen sollte.

Und dann lief es weiter?

Die Zusammenarbeit hängt letztlich immer an den einzelnen Menschen. Insgesamt funktionierte es dann aber

Von 1976 bis heute

Die Geschichte *des Tumorzentrums München*

1988

Beginn der Förderung durch den Freistaat Bayern. Das TZM ist damit fester Bestandteil der vom Freistaat finanzierten Hochschuleinrichtungen geworden.

1996

20-Jahr-Feier des TZM in der Bayerischen Akademie der Wissenschaften mit Festakt, Pressekonferenz und Symposium.

Die Projektgruppen „Gastrointestinale Tumoren" und „Mammakarzinome" nehmen im Rahmen des „Modellprogramms zur besseren Versorgung von Krebspatienten" des Bundesministeriums für Gesundheit an Feldstudien teil.

1997

Die Finanzierung der Münchner Universitätskliniken – und damit auch des TZM - wird umstrukturiert.

1998

PD Dr. med. Volkmar Nüssler wird fest angestellter Koordinator des TZM. Aufbau einer Homepage, Herausgabe der TZM-News.

1999

Beginn der Kooperation mit dem Zuckschwerdt Verlag.

2000

Publikation des ersten bei Zuckschwerdt verlegten Manuals „Maligne Melanome".

gut. Und mittlerweile hat mit Professor Gradinger als Ärztlichem Direktor im Klinikum rechts der Isar ein ganz anderer Führungsstil Einzug gehalten. Das tut dem Tumorzentrum sicher gut.

Wenn Sie heute noch Sekretär des Tumorzentrums wären, was würden Sie als Erstes in Angriff nehmen?
Ich würde alle Mitglieder des Tumorzentrums – gleichgültig ob sie in Kliniken oder als Niedergelassene tätig sind – mit einer Art Urkunde oder einem Prädikat auszeichnen, jedenfalls mit etwas, das sie sich an ihr Schild heften könnten. So wäre zum Ausdruck gebracht, dass man sich als TZM-Mitglied begreift und Teil einer großen, wissenschaftlich fundiert arbeitenden Gruppe ist. Auch gegenüber den Patienten gehört das kommuniziert.

Man könnte auch darüber diskutieren, dieses Prädikat an eine gegenüber dem Tumorzentrum dokumentierte Qualifikation zu knüpfen. Jedenfalls ließe sich damit die Qualität der onkologischen Versorgung auch in der Peripherie anheben, und das läge mir sehr am Herzen.

Sie haben zu Anfang davon gesprochen, dass Ihr bei der Krebshilfe vorgestelltes Konzept auch eigene Studien vorsah. Wie sehen Sie das heute?
Ich bin nach wie vor der Meinung, dass das Tumorzentrum zur Durchführung von Studien die geeignete Institution ist. Wer sollte es denn noch besser machen können? Mit den vorzüglichen Daten aus dem Tumorregister und der Aktivität der klinisch tätigen Projektgruppenmitglieder ist das mit Sicherheit möglich.

Man könnte sich auch auf die Suche nach geeigneten Kooperationspartnern machen. Da gäbe es noch viel zu tun.

Sie waren im onkologischen Arbeitskreis aktiv, waren von 1977 bis 1992 Sekretär des Tumorzentrums. Haben Sie in dieser langen Zeit nicht auch einmal überlegt, zu wechseln und München zu verlassen?
Doch diese Gedanken gab es durchaus. Aber ich hatte in München eine ungemein privilegierte Situation. Als Sekretär im Tumorzentrum habe ich Gestaltungsfreiraum gehabt, ich habe die Fäden gezogen, konnte in weiten Teilen schalten und walten wie ich wollte. Und das immer mit dem Gefühl, etwas wirklich Wichtiges und Wertvolles zu tun.

Bei jedem Gedanken an einen möglichen Wechsel bin ich zu dem Schluss gekommen, dass ich solche Gestaltungsmöglichkeiten woanders nie gehabt hätte. Ich bin in erster Linie wegen des Tumorzentrums in München geblieben.

Herr Professor Ehrhart, ich danke Ihnen für das Gespräch.

2002

Prof. Dr. med. Michael Molls wird Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstandes.

2004

Prof. Dr. med. Udo Löhrs wird Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstandes.

Evaluation der Tumorzentren in Deutschland. Das TZM erreicht 97,9 von 100 möglichen Punkten und steht damit an der Spitze von insgesamt 34 teilnehmenden Tumorzentren.

2005

16 Projektgruppen mit insgesamt 1.523 Projektgruppenmitgliedern sind aktiv.

Im TZM sind 112 persönliche Mitglieder organisiert (Vorstände der Kliniken und Institute, Projektgruppenleiter, Vertreter der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung).

Im internen Tumorkonsil sind 87 Mitglieder aktiv.

2006

Prof. Reiner Gradinger wird Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstandes. Beginn der Kooperation mit dem LUKON-Verlag. Relaunch der TZM-News.

2007

„Rudern gegen den Krebs" in Zusammenarbeit mit der „Stiftung Leben mit Krebs" und der „Else-Kröner-Fresenius-Stiftung".

Einführung eines Qualitätsmanagements im TZM mit dem Ziel, Organzentren zu zertifizieren.

30-Jahr-Feier des TZM mit Pressekonferenz, Festakt und gesundheitspolitischer Podiumsdiskussion im Max-Joseph-Saal der Münchner Residenz.

Würdigung besonderer Leistungen

1

2

3

4

5

6

30 Jahre – in diesen Dimensionen werden menschliche Generationen gemessen. Und so wurden beim Festakt Vertreter unterschiedlicher Generationen für ihre Leistungen geehrt. Wir stellen Ihnen die Laureaten kurz vor.

1 | Lebhaft wie man ihn kennt bedankt sich Prof. Dr. Gert Riethmüller (links) für seine Auszeichnung. Er wurde für sein Engagement als Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstandes (1979 bis 2001) geehrt.

2 | Prof. Dr. Michael Molls war von 1997 bis 2004 im geschäftsführenden Vorstand aktiv, zunächst als Sekretär, ab 2002 dann als Vorsitzender des Gremiums.

3 | Im wahrsten Sinne des Wortes wegweisend sind und waren die Aktivitäten von Prof. Dr. Dieter Hölzel. Die vorbildliche Datenhaltung, auf die das Tumorzentrum sich künftig mehr denn je stützen wird, ist maßgeblich ihm, dem Leiter des Tumorregisters, zu verdanken.

4 | Die „Projektgruppe Mammakarzinome" ist die größte des Tumorzentrums. Für ihre integrative und erfolgreiche Arbeit wurden Prof. Dr. Hansjörg Sauer und Frau PD Dr. Ilona Funke (stellvertretend für PD Dr. Wolfgang Janni) ausgezeichnet. Herr Prof. Sauer wurde darüber hinaus für sein außerordentliches Engagement als Schatzmeister des TZM (1992 bis 2006) geehrt.

5 | Frau Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt (2. von links) ist seit 2001 Leiterin der „Projektgruppe Maligne Ovarialtumoren" und wurde für ihr beispielhaftes Engagement ausgezeichnet. Frau PD. Dr. Christiane Bruns leitet seit 2006 die „Projektgruppe Gastrointestinale Tumoren", die in der Einführung des Qualitäts- und Zertifizierungsmanagements eine hervorragende Rolle spielt.

6 | Was ist eine Geschäftsstelle ohne funktionierendes Sekretariat? – Wahrscheinlich eine chaotische Papier- und Datenwüste. Dass es soweit im Tumorzentrum nicht kommt, dafür sorgten und sorgen diese drei Damen: Frau Christa Sedelmeier (Mitte), Frau Annette Voigt (rechts), Gründungssekretärin und von 1977 bis 2006 im Dienst des TZM sowie Frau Anita Sauer, seit 1986 in der „Projektgruppe Mammakarzinom" und von 1998 bis heute im Sekretariat der Geschäftsstelle aktiv. Herzlichen Dank.

Neulasta®!

- Einfach
- Wirksam[1]
- Selbstregulierend[2]

Neulasta® (Pegfilgrastim)

Optimaler Schutz

Neulasta® 6 mg Injektionslösung
Wirkstoff: Pegfilgrastim. **ZUSAMMENSETZUNG:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 Fertigspritze Neulasta® 6 mg Injektionslösung enthält 6 mg Pegfilgrastim in 0,6 ml (10 mg/ml) Injektionslösung. Pegfilgrastim wird mittels r-DNA Technologie aus E. coli hergestellt. Sonstige Bestandteile: Natriumacetat, Sorbitol (E420), Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Zur Verkürzung der Dauer von Neutropenien sowie zur Verminderung der Häufigkeit neutropenischen Fiebers bei Patienten, die wegen einer malignen Erkrankung mit zytotoxischer Chemotherapie behandelt werden (Ausnahme: chronisch-myeloische Leukämie und myelodysplastisches Syndrom). **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegenüber Pegfilgrastim, Filgrastim, aus E. coli hergestellten Proteinen oder einem der sonstigen Bestandteile. **NEBENWIRKUNGEN:** Sehr häufig: Reversible, leichte bis mäßige Erhöhungen der Laktatdehydrogenasespiegel ohne klinische Begleiterscheinungen, Knochenschmerzen (im Allgemeinen leicht bis mäßig und vorübergehend); häufig: reversible, leichte bis mäßige Erhöhungen der Harnsäurespiegel und der alkalischen Phosphatase ohne klinische Begleiterscheinungen, Schmerzen an der Einstichstelle, Schmerzen im Brustkorb (nicht-kardial), Schmerzen, Kopfschmerzen, Arthralgie, Myalgie, Rücken-, Glieder-, Muskel-, Skelett- u. Nackenschmerzen, Splenomegalien (im Allgemeinen asymptomatisch); selten: pulmonale Nebenwirkungen einschließlich interstitielle Pneumonie, Lungenödem, Lungeninfiltrate und Lungenfibrose, Thrombozytopenie und Leukozytose; in Einzelfällen: Sweet Syndrom; sehr selten: Milzrupturen, die in einigen Fällen tödlich verliefen, kutane Vaskulitis. In Einzelfällen bei Sichelzellkrankheit: Sichelzellkrisen. Symptome im Sinne allergischer Reaktionen gegenüber Neulasta® und Filgrastim, einschließlich Anaphylaxie, Hautrötung, Urtikaria, Angioödem, Dyspnoe und Hypotonie bei erstmaliger oder nachfolgender Behandlung. In einigen Fällen traten diese Symptome bei erneuter Anwendung wieder auf, was auf einen kausalen Zusammenhang hindeutet. Bei schwerwiegenden allergischen Reaktionen muss Neulasta® dauerhaft abgesetzt werden. **WARNHINWEISE UND VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE ANWENDUNG:** Neulasta® sollte bei Patienten mit de novo akuter myeloischer Leukämie (AML), mit Vorsicht angewendet werden. Neulasta® sollte b. Pat. m. myelodysplastischem Syndrom, chronisch-myeloischer Leukämie u. b. Pat. m. sekundärer AML nicht angewendet werden. Besondere Vorsicht ist hinsichtl. d. Differentialdiagnose e. Blastentransformation, e. chronisch-myeloischen Leukämie u. e. AML geboten. Die Unbedenklichk. u. Wirksamk. v. Neulasta® wurden b. de novo AML Patienten i. Alter v. < 55 Jahren m. einer t(15;17) als zytogenetischen Befund nicht gezeigt. Die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit von Neulasta® wurde bei Patienten, die eine Hochdosischemotherapie erhalten, nicht untersucht. Bei Anzeichen von ARDS sollte Neulasta® nach Ermessen des Arztes abgesetzt und eine angemessene Therapie eingeleitet werden. Nicht anwenden, um die Dosis der zytotoxischen Chemotherapie über das empfohlene Dosierungsschema hinaus zu erhöhen. Sorgfältige Überwachung von Patienten mit Sichelzellanämie. Überwachung der Milzgröße, der Thrombozytenzahl und des Hämatokrits. Die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit von Neulasta® zur Mobilisierung von hämatopoetischen Progenitorzellen bei Patienten oder gesunden Spendern wurde nicht ausreichend untersucht. Keine Anwendung während der Stillzeit. Schwangerschaft: nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung. Die Nadelschutzkappe enthält ein Latexderivat, welches Allergien verursachen kann. **DOSIERUNG, ART UND DAUER DER ANWENDUNG:** 6 mg (eine Fertigspritze) pro Chemotherapiezyklus als subkutane Injektion ca. 24 Stunden nach einer zytotoxischen Chemotherapie. **WEITERE ANGABEN: S. FACH- UND GEBRAUCHSINFORMATION. VERSCHREIBUNGSPFLICHTIG. STAND DER INFORMATION:** Januar 2007. **AMGEN Europe B.V., 4817 ZK Breda, Niederlande; (Örtlicher Vertreter Deutschland: AMGEN GmbH, 80992 München).**

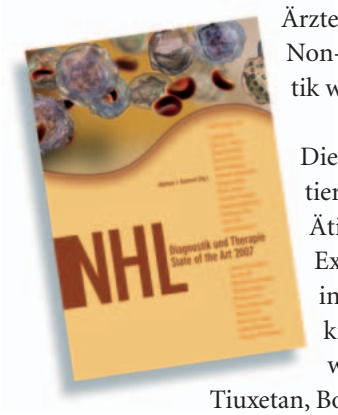
AMGEN®
Onkologie

Literatur: 1. von Minckwitz G. et al., *J Clin Oncol.* 2005; Abstract 8008 **2.** Johnston E. et al., *J Clin Oncol.* 2000; 18: 2522–2528.

Soeben erschienen

Das erste NHL-Kompendium in deutscher Sprache

Obwohl Deutschland in der Behandlung der Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) international einen Spitzenplatz einnimmt, existierte bislang kein Kompendium, in dem das rasant voran schreitende Wissen zeitnah dokumentiert wurde. Diese Lücke füllt nun das soeben im Agileum-Verlag erschienene Buch des Gießener Lymphomexperten Mathias J. Rummel. Ausdrücklich wendet sich das Werk an Ärzte in Klinik und Praxis, die tagtäglich Patienten mit Non-Hodgkin-Lymphomen betreuen. Auf reine Propädeutik wurde deshalb im Wesentlichen verzichtet.



Die Inhalte werden in drei großen Abschnitten präsentiert: Die Grundlagen enthalten neben Beiträgen zur Ätiologie, Epidemiologie und Pathologie auch einen Exkurs über die neuen Entwicklungen in der Diagnostik inklusive der revidierten internationalen Ansprechkriterien in der NHL-Therapie. Neben Rituximab werden im zweiten Teil Alemtuzumab, Ibritumomab-Tiuxetan, Bortezomib, Lenalidomid und Bendamustin ausführlich porträtiert. Den Hauptteil des Buches bilden schließlich 15 Beiträge, in denen renommierte Experten die bedeutendsten Lymphomentitäten abhandeln.

Das Autorenverzeichnis des Buches liest sich wie ein Who-is-Who der deutschsprachigen Hämatologen-Szene. Fazit: Ein wichtiges Praxis-Buch, dem man weite Verbreitung und eine regelmäßige Aktualisierung wünscht.

Mathias J. Rummel (Hg.)
NHL – Diagnostik und Therapie · State of the Art 2007
München 2007/2008 · ISBN: 978-3-939415-04-6 · 89,50 €
Auslieferung über den Fachbuchhandel oder direkt über den Agileum-Verlag, München

Vorschau auf Heft 1/2008

Schwerpunkt: Diagnostik und Therapie hämatologischer Erkrankungen
Aus dem Leukämielabor der Medizinischen Klinik III der Universitätsklinik München erfährt der Leser alles Wissenswerte zu Arbeitsweise und Forschungsprojekten.

Hintergrund: Michael Ebner, IQ-Network
Qualitätsmanagement und Zertifizierung von Organzentren
Noch im Jahr 2008 wird das Tumorzentrum München als Zertifizierer von Organzentren aktiv werden. Was genau ist Qualitätsmanagement? Wieso kümmert sich ausgerechnet das Tumorzentrum um dieses Thema, und wie soll das konkret aussehen? Michael Ebner, erfahrener QM-Berater und mit der fachkundigen Begleitung des Zertifizierungsprozesses beauftragt, gibt einen Einblick in Grundsätzliches und in den derzeitigen Stand der Dinge.

Interview/Reportage: Wenn Kinder Krebs haben.
Eine Reportage aus dem Dr. von Haunerschen Kinderspital
Krebs bedeutet für jeden Patienten einen existenziellen Einschnitt in sein Leben. Für Kinder gilt das noch viel mehr – möchte man auf den ersten Blick meinen. Aber wie sieht es tatsächlich aus auf einer Kinderkrebsstation? Wir begleiten eine Sozialarbeiterin einen Tag lang auf der Station.

1. Rosti G et al. J Clin Oncology 2007 ASCO Annual Meeting Proceedings Part I. 2007; 25 (18S): 7007
2. Le Coutre P et al. J Clin Oncology 2007 ASCO Annual Meeting Proceedings Part I. 2007; 25 (18S): 7026

Tasigna® 200 mg Hartkapseln

Wirkstoff: Nilotinib. **Zusammensetzung:** Eine Hartkapsel enthält 200 mg Nilotinib (als Hydrochlorid 1 H_2O). *Sonst. Bestandt.:* Lactose-Monohydrat, Crospovidon, Poloxamer 188, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Gelatine, Titandioxid (E171), Eisen-(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E172), Schellack, Eisen(III)-oxid (E172), entölte Phospholipide aus Sojabohnen (E322). **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Erwachsenen mit Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie (CML) in der chronischen und akzelerierten Phase mit Resistenz oder Unverträglichkeit gegenüber einer Vorbehandlung einschließlich Imatinib. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwangerschaft (strenge Ind.stellung) und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Thrombozytopenie, Neutropenie, Anämie, Kopfschmerzen, Übelkeit, Obstipation, Diarrhö, Exanthem, Pruritus, Müdigkeit, Erhöhung Lipase. *Häufig:* Herzinsuffizienz, GI- und ZNS-Blutungen, Erbrechen, Bauchschmerzen, Alopezie, Myalgie, Arthralgie, Muskelspasmen, Knochenschmerzen, Appetitlosigkeit, Asthenie, peripheres Ödem, Erhöhung Amylase/ALAT/ASAT/Bilirubin/alk. Phosphatase/GGT/Kreatininkinase/Blutzucker, Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme, Palpitationen, Verlängerung d. QT-Zeit im EKG, febrile Neutropenie, Panzytopenie, Benommenheit, Parästhesien, Schwindel, Dyspnoe, Belastungsdyspnoe, Husten, Dysphonie, Magenbeschwerden, Dyspepsie, Flatulenz, nächtliche Schweißausbrüche, Ekzem, Urtikaria, Erythem, Hyperhidrose, Hauttrockenheit, muskuloskelettale Schmerzen (im Brustraum), Hypomagnesiämie, Hyperkaliämie, Hyperglykämie, Hypertonie, Hitzegefühl/ Hautröte, Fieber, Insomnie. *Gelegentlich:* Pleura- und Perikarderguss, Komplikationen infolge Flüssigkeitsretention, Verlängerung des QTcF-Intervalls, Erhöhung LDH, Erniedrigung Blutzucker, Erhöhung Kreatinin/Harnstoff, Herzversagen, Angina pectoris, Vorhofflimmern, Perikarderguss, koronare Herzkrankheit, Kardiomegalie, Herzgeräusche, Bradykardie, Thrombozytämie, Leukozytose, intrakranielle Blutungen, Migräne, Tremor, Hypoästhesie, Hyperästhesie, Augenblutungen, verminderte Sehschärfe, periorbitales Ödem, Konjunktivitis, Augenreizung, Sicca-Syndrom, Lungenödem, Pleuraerguss, interstitielle Lungenkrankheit, Pleuraschmerzen, Pleuritis, Epistaxis, pharyngolaryngeale Schmerzen, Halsreizung, Pankreatitis, gastrointestinale Blutungen, Meläna, Magenaufblähung, Ulzeration im Mund, gastroösophagealer Reflux, Stomatitis, Mundtrockenheit, Dysurie, verstärkter Harndrang, Nokturie, Pollakisurie, exfoliatives Exanthem, Ekchymose, Schwellungen im Gesicht, Muskelschwäche, Hyperthyreose, Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hypokalzämie, Hypophosphatämie, Dehydratation, Appetitverlust, gesteigerter Appetit, Pneumonie, Harnwegsinfektion, Gastroenteritis, Pharyngitis, hypertone Krise, Hämatom, Schmerzen im Brustraum, Gesichtsödem, Stauungsödem, Influenza-ähnliches Krankheitsbild, Schüttelfrost, Unwohlsein, Hepatitis, Brustschmerzen, Gynäkomastie, Erektionsstörungen, Depression, Angst. *Nicht bekannt:* Erhöhung Troponin, Hypokaliämie, Erhöhung unkonjugiertes Bilirubin, Herzinfarkt, ventrikuläre Dysfunktion, Perikarditis, Herzflattern, Extrasystolen, Hirnödem, Bewusstseinsverlust, Optikusneuritis, periphere Neuropathie, Papillenödem, Doppeltsehen, verschwommenes Sehen, Photophobie, Augenschwellung, Blepharitis, Augenschmerzen, vermindertes Hörvermögen, Ohrenschmerzen, pulmonale Hypertonie, Perforation Magen-Darm-Ulkus, retroperitoneale Blutungen, Hämatemesis, Ulcus ventriculi, ulzerierende Ösophagitis, Subileus, Niereninsuffizienz, Hämaturie, Harninkontinenz, Erythema nodosum, Hautulkus, Petechien, Photosensitivität, Arthritis, Gelenkschwellungen, Hypothyreose, Thyreoiditis, Diabetes mellitus, Hyperkalzämie, Hyperphosphatämie, Sepsis, Bronchitis, Herpes simplex, Candidose, hämorrhagischer Schock, Hypotonie, Thrombose, Hepatotoxizität, Hepatomegalie, Ikterus, Orientierungsstörungen, Verwirrtheitszustand. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Weitere Angaben** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Darreichungsform und Packungsgrößen:** Packung mit 112 Stück (N3). **Stand:** Dezember 2007 (MS 11/7.1).
Novartis Pharma GmbH, 90327 Nürnberg.
Tel.: (09 11) 273-0, Fax.: (09 11) 273-12 653.

NOVARTIS ONCOLOGY

Stark und zielgerichtet gegen CML

Neu: Tasigna®
Überzeugende Wirksamkeit und Verträglichkeit in der chronischen und akzelerierten Phase nach Imatinib.[1,2]

Tasigna®
Nilotinib

Fokussierte Kraft

NOVARTIS
ONCOLOGY

HELIOS
Schlossbergklinik
Oberstaufen

Schloßstraße 27+29
87534 Oberstaufen
Telefon: 08386/701-0
Fax: 08386/701-718

www.helios-kliniken.de

Kompetenz in Medizin

Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation

Eine Tumorerkrankung verändert das Leben des Betroffenen und der Angehörigen.

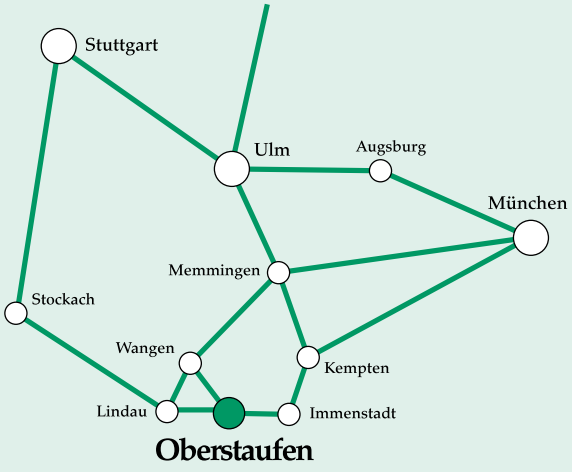
Die Schlossbergklinik im heilklimatischen Kurort Oberstaufen im Allgäu bietet ein umfassendes Betreuungsspektrum von der Früherkennung über Tumordiagnostik, Behandlung, Rehabilitation bis hin zur lindernden Behandlung.

Dabei verfolgt sie einen ganzheitlichen Ansatz: ein auf jeden einzelnen Patienten abgestimmtes Behandlungs-Konzept schließt auch kompetente sozialpädagogische und psychologische Betreuung ein.

Als akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilian-Universität München verfügt die Schlossbergklinik über modernste Diagnostik und Behandlungswege (u. a. Hyperthermie und Bestrahlung unter aktuellen wissenschaftlichen Gesichtspunkten).

Die Rehabilitationseinrichtung im selben Haus widmet sich auf höchstem Niveau den Folgen der Tumorbehandlung durch gezielt ausgewählte Programme.

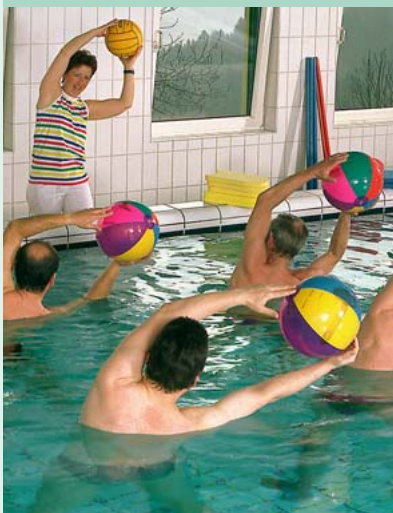
Anfahrt:



Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. Thomas Licht
Chefarzt Innere
Chefarzt Rehabilitation
Tel. 08386/701635

Prof. Dr. med. Gerhard Rauthe
Chefarzt Gynäkologie
Ärztlicher Direktor
Tel. 08386/701633

Aufnahmesekretariat:
Frau Julia Schäfle
Tel. 08386/701601

Ausführliches Informationsmaterial erhalten Sie unter unserer kostenlosen Hotline: 0800/4862463