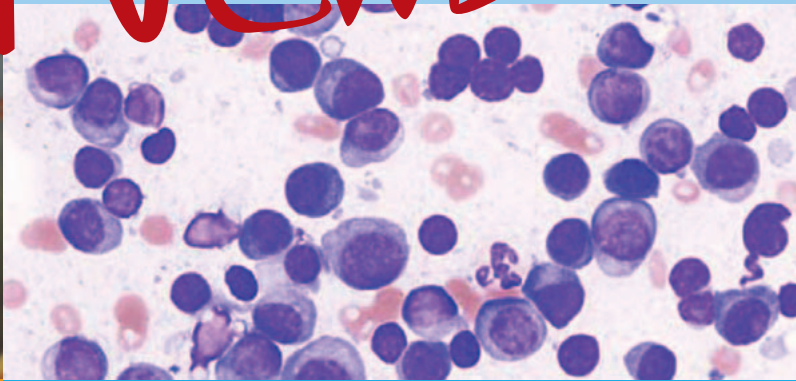
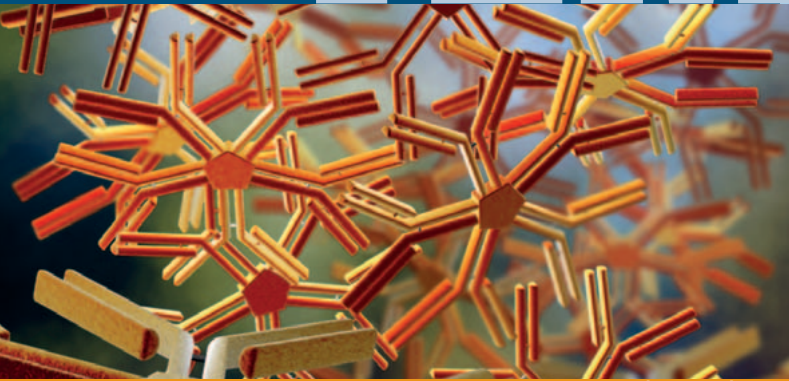


TZM News



www.tumorzentrum-muenchen.de

- **Multiples Myelom**
Christian Straka zum Stellenwert der
allogenen Stammzelltransplantation
- **Translationale Krebsforschung**
Wolfgang Hiddemann und Christian Peschel
zur Aufnahme in das Deutsche Konsortium
Translationale Krebsforschung
- **Zertifizierte Organzentren**
Überblick zu zertifizierten Organzentren
in München und Umgebung
- **TZM Essentials**
Programm zum Jahreskongress des
TZM am 29. Januar 2011

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



Als anerkanntes onkologisches Kompetenzzentrum hat die Klinik Bad Trissl mehr als 40 Jahre Erfahrung in der Behandlung von an Krebs erkrankten Menschen. Die in der Klinik Bad Trissl zum Einsatz kommenden diagnostischen und therapeutischen Geräte, Einrichtungen sowie Therapiemöglichkeiten befinden sich stets auf höchstem technischem und wissenschaftlichem Niveau.



© 2010 - WWW.REICHERTDESIGN.COM

Spezialisierte medizinische Behandlung und vorbildliche menschliche Begleitung.

Das Leistungsspektrum der Klinik Bad Trissl

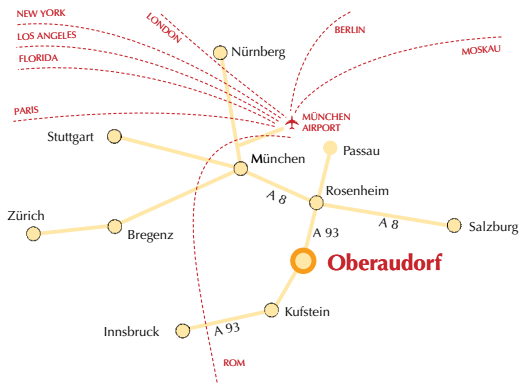
- Früherkennung: www.onkocheck.de
- Diagnostik / Zweite Meinung
- medikamentöse Therapien wie Chemo-, Immun-, Hormon- & Antikörpertherapie
- Strahlentherapie
- regionale Tiefenhyperthermie
- Kombinationsbehandlungen aus Hyperthermie, Chemo- und Strahlentherapie
- Schmerztherapie
- Komplementärmedizin
- Palliativmedizin
- Stomatherapie
- medizinische Rehabilitation
- Physiotherapie, physikalische Therapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie, Logopädie
- Ernährungsmedizin
- Kunsttherapie
- Psychologie / Psychoonkologie

Der hohe technische Standard der Klinik und die umfassende fachliche Kompetenz sowie die liebevolle und individuelle Zuwendung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schaffen in der Klinik Bad Trissl die Grundlage für eine menschliche Atmosphäre. Spitzentechnik und Spezialisierung treten gleichrangig neben die persönliche Zuwendung und somit stehen die Patientinnen und Patienten immer im Mittelpunkt. Die Klinik ist ein umfassendes onkologisches Kompetenzzentrum mit hervorragender Dienstleistung und herausragendem Ambiente. Dies zeigt sich auch daran, dass die Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes sämtliche Annehmlichkeiten eines gehobenen Hotels mit ausgezeichnetem Service wählen können. So ist auch der Slogan der Klinik Bad Trissl zu verstehen:

Spezifisch durch hohe Fachkompetenz und umfangreiche therapeutische Möglichkeiten.

Menschlich durch individuelle Zuwendung und ganzheitliche Betrachtung in einem einmaligen Ambiente.

Wirkungsvoll durch moderne medizinische Technik und Behandlungsverfahren.



ONKOLOGISCHES KOMPETENZZENTRUM OBERAUDORF

KLINIK Bad Trissl

Bad-Trissl-Straße 73
83080 Oberaudorf
Telefon: +49 (0) 80 33 / 20 - 0
Telefax: +49 (0) 80 33 / 20 - 295
info@klinik-bad-trissl.de
www.klinik-bad-trissl.de

*Spezifisch.
Menschlich.
Wirkungsvoll.*





Prof. Dr. Karl-Walter Jauch
Prof. Dr. Volkmar Nüssler

Liebe Leserin, lieber Leser,

wie war das Jahr 2010 für das Tumorzentrum München? Sehr lebendig war es, und eine Menge ist geschehen. Im Januar und April haben wir die Gründung zweier CCCs an den beiden Universitätskliniken mit begleitet. Damit ist die Patientenversorgung organisatorisch weiter optimiert worden.

Gleichzeitig sind die beiden Universitätskliniken in Sachen translationale Krebsforschung noch enger zusammen gerückt. Der gemeinsame Antrag zur Aufnahme in das neu gegründete Deutsche Konsortium Translationale Krebsforschung wurde positiv beschieden, und München ist nun einer von acht exzellenten Partnerstandorten in diesem Konsortium. Einzelheiten dazu lesen Sie auf Seite 9.

Anfang November dieses Jahres haben wir im Tumorzentrum mit der Einrichtung einer eigenen Krebsberatungsstelle für Patienten und ihre Angehörigen echtes Neuland betreten. Lesen Sie auf Seite 11, wie diese in Kooperation mit der Bayerischen Krebsgesellschaft betriebene Beratungsstelle arbeitet.

Ein besonderer Dank gilt unseren Projektgruppen, die im jetzt zu Ende gehenden Jahr sehr produktiv waren. Der interdisziplinäre Austausch in regelmäßigen Fortbildungen und die Erarbeitung von Manualen gehören schon zum „Standardprogramm“. Aber gerade für diese Stetigkeit gebührt allen Projektgruppenmitgliedern unsere Anerkennung. Sozusagen in Hochform können Sie die Projektgruppen am 29. Januar des nächsten Jahres erleben: Beim TZM-Jahreskongress erhalten Sie in 22 Vorträgen einen konzisen Überblick zu allen Entwicklungen, die im Jahr 2010 wichtig waren. Was genau Sie am 29. Januar erwartet, lesen Sie auf Seite 15.

Jetzt aber wünschen wir Ihnen und allen, die Ihnen nahe sind, ein frohes Weihnachtsfest mit der Gelegenheit ein wenig innezuhalten sowie einen guten Rutsch in ein wirklich gutes neues Jahr.

Herzlichst Ihre

Karl-Walter Jauch

Volkmar Nüssler

Schwerpunkt

Multiples Myelom: Stellenwert der
allogenen Stammzelltransplantation 4

Netzwerk

Deutsches Konsortium für
translationale Krebsforschung 9

Tumorregister

Zertifizierte Organzentren
im Raum München 10

TZM intern

Neue TZM-Krebsberatungsstelle
für Patienten und Angehörige 11

Panorama

Peter Herschbach neuer Direktor am
Roman-Herzog-Krebszentrum 12

„Miraculix“ betreut Kinder während
der Behandlung ihrer Eltern 12

Bessere Vernetzung mit onkologisch
tätigen Ärzten in der Region 12

Neuer ärztlicher Direktor in
Bad Trissl 14

Rolf D. Issels mit Wissenschaftspreis
der AIO geehrt 14

Projektgruppe „Maligne Melanome“
mit neuer Leiterin 14

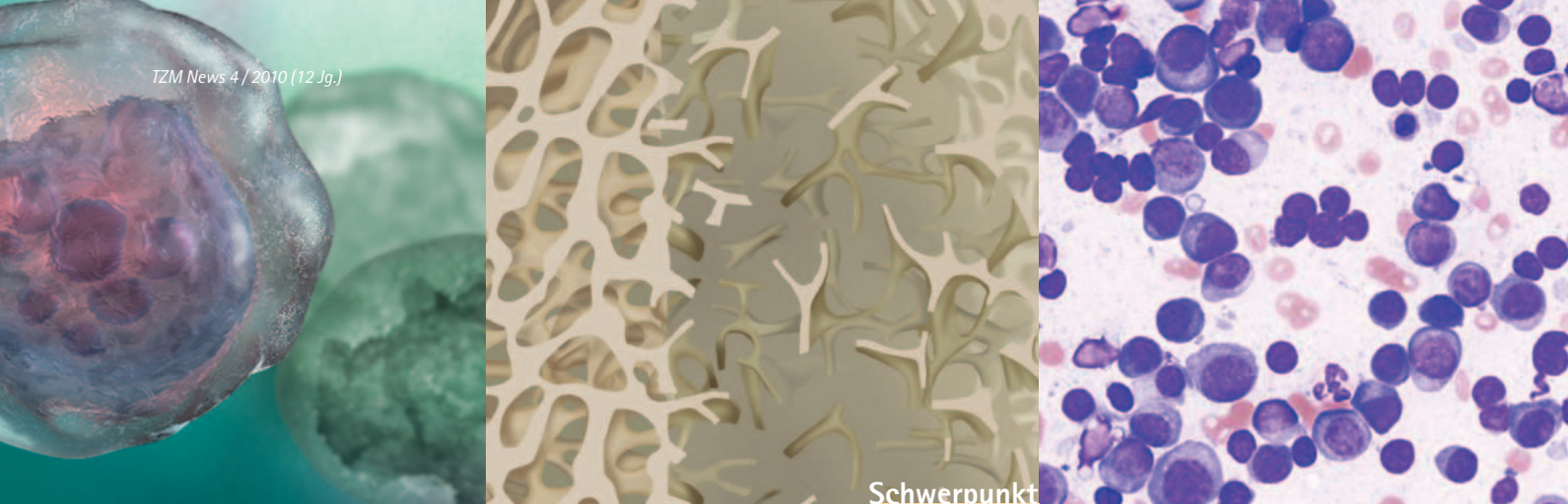
Projektgruppen

Alle Projektgruppen im Überblick 14

TZM Essentials

29. Januar 2011: Programm-Vorschau ... 15

Impressum 15



Schwerpunkt

Multiples Myelom

Stellenwert der allogenen Stammzelltransplantation

PD Dr. med. Christian Straka, Leiter der Projektgruppe Multiples Myelom am TZM

Myeloablative Konditionierung

Das multiple Myelom ist auch heute noch für die allermeisten Patienten eine unheilbare Erkrankung. Ein kuratives Potential wird nach wie vor der allogenen Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation nachgesagt. Ziel der allogenen Stammzelltransplantation ist die Etablierung eines Graft-versus-Myelom-Effekts (GvM). Von Vorteil ist ohne Zweifel das Fehlen kontaminierender Myelomzellen im Stammzelltransplantat.

Die myeloablative Konditionierung war und ist allerdings mit einer sehr hohen transplantationsassoziierten Mortalität (TRM) von bis zu 50 Prozent verbunden. Die Todesfälle traten meist als Folge von Infektionen, Graft-versus-Host-Erkrankung (GvHD) und Toxizitäten des Therapieregimes auf. Aus diesem Grunde verlor diese Behandlungsform in den 1990-er Jahren weitgehend an Bedeutung.

Allerdings zeigte sich bei einer Subgruppe der Patienten, die die Therapie überlebten und eine komplette Remission (CR) erreichten, eine Plateaubildung im rezidivfreien Überleben als Merkmal einer Heilungschance. Diese Langzeitremission wurde fast ausschließlich bei Patienten beobachtet, die sich noch innerhalb des ersten Therapiejahres befanden, bis dahin nur eine Erstlinientherapie erhalten hatten und weiterhin chemotherapiesensitiv waren.

Reduced Intensity Conditioning

Pionierarbeiten zur nicht-myeloablativen (*reduced intensity conditioning* = RIC) Konditionierung vor allogener Stammzelltransplantation wurden in Seattle durchgeführt. Ursprünglich wurde hierzu eine niedrigdosierte Ganzkörperbestrahlung (2 Gy) plus Fludarabin mit weiteren immunsuppressiven Medikamenten kombiniert.

Die Gruppe in Seattle war auch die erste, die eine autologe Stammzelltransplantation etwa zwei bis vier Monate vor der intensitätsreduzierten Konditionierung, durchführte (1). Dadurch ließen sich auch Probleme mit der Transplantatabstoßung nach RIC-allogener Stammzelltransplantation vermeiden. Die Rationale dieses Vorgehens besteht darin, durch die Hochdosischemotherapie mit anschließender autologer Blutstammzelltransplantation zunächst eine möglichst maximale Tumorreduktion zu erreichen. Durch die kurz darauf durchgeführte RIC mit allogener Transplantation wird im Wesentlichen der GvM-

Effekt genutzt. Durch die Trennung von maximaler Tumorreduktion und Etablierung des GvM-Effektes profitierten die Patienten mit einer deutlichen Reduktion der TRM, die in verschiedenen Studien bei etwa 15 Prozent lag.

Auto/RIC-Allo versus autologe Tandemtransplantation

Verschiedene prospektiv randomisierte Studien nationaler Studiengruppen in Europa sowie der EBMT (*European Group for Blood and Marrow Transplantation*) verglichen das Auto/RIC-Allo-Konzept mit der autologen Tandemtransplantation (Tab.1, Seite 6).

Das Design der Studien war jeweils ähnlich (Abb. 1, Seite 6). Die Zuordnung der Patienten beruhte auf dem Prinzip der biologischen Randomisierung, das heißt, Patienten mit einem HLA-identischen Geschwisterspender wurde nach der ersten autologen Transplantation eine allogene Blutstammzelltransplantation angeboten. Patienten ohne Spender erhielten nach einer zweiten Hochdosistherapie wieder eine autologe Blutstammzelltransplantation.

In die französische Studie (3) wurden Patienten mit Hochrisikomyelom (erhöhtes 2-Mikroglobulin sowie chromosomale Deletion 13) eingeschlossen. Es zeigte sich kein Unterschied im ereignisfreien Überleben (EFS) zwischen beiden Therapiearmen. Nichtsdestoweniger wurde ein tendenziell besseres Gesamtüberleben (OS) mit der autologen Tandemtransplantation beobachtet. Ein Kritikpunkt an dieser Studie ist die Verwendung von hochdosiertem Anti-Thymozyten-Globulin (ATG) als Teil der Konditionierung, das möglicherweise den gewünschten GvM-Effekt negativ beeinflusste.

In der spanischen Studie (4) wurden nur Patienten randomisiert, die nach

einer ersten autologen Blutstammzelltransplantation nicht bereits eine komplette Remission (CR) oder mindestens eine „near CR“ (Immunfixation noch positiv) erreicht hatten. Obwohl nach der allogenen Stammzelltransplantation die Rate an kompletten Remissionen signifikant höher war, gab es doch im progressionsfreien Überleben (PFS) und im Gesamtüberleben (OS) keinen Unterschied. Die Anzahl der Patienten insgesamt war jedoch klein.

In der italienischen Studie (5) erhielten die Patienten vor allogener Stammzelltransplantation ausschließlich eine Konditionierung mit niedrigdosierter Ganz-

körperbestrahlung. Die Resultate waren insgesamt positiv für die allogene Stammzelltransplantation mit einer besseren CR-Rate, einer signifikant längeren Dauer des progressionsfreien Überlebens (PFS) sowie des Gesamtüberlebens (OS). Die TRM lag bei nur 11 Prozent. Kritikpunkte an dieser Studie sind der relativ geringe Anteil der Patienten, die tatsächlich auch beide Transplantationen erhielten, sowie die vergleichsweise schlechten Ergebnisse für die autologe Tandemtransplantation.

In der holländischen Studie (6) konnten die Patienten bei vorhandenem HLA-identischen Geschwisterspender eine

Zum dritten Myelom-Workshop am Starnberger See traf sich die Deutsche Studiengruppe Multiples Myelom (DSMM) am 24. und 25. September 2010 in Feldafing.

Diskutiert wurden Einzelheiten der neuen multizentrischen Studienkonzepte, die in Deutschland in Kürze aktiviert werden. Darüber hinaus besprachen die Mitglieder der Gruppe zusammen mit Kollegen aus Frankreich, Spanien und Italien die aktuellen Entwicklungen in der Therapie des Multiplen Myeloms. Im Fokus stand unter anderem der Stellenwert der allogenen Blutstammzelltransplantation. Die verschiedenen Studiengruppen hatten zu dieser Frage prospektive, multizentrische Studien durchgeführt und Vergleiche zur autologen Transplantation angestellt.



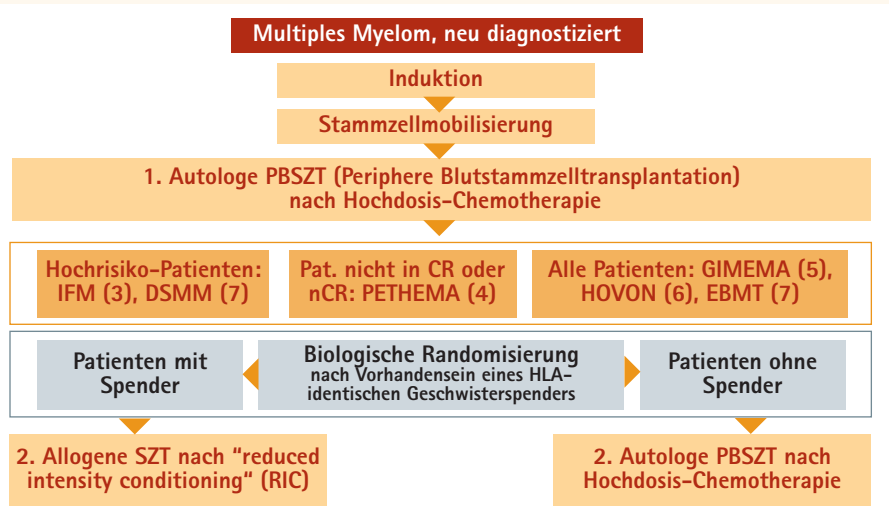
Verabreichtes Regime	Patienten- zahl	TRM (%)	CR (%)	PFS (%)	Follow-Up PFS (Jahre)	OS (%)	Follow-Up OS (Jahre)
Garban (3)							
Auto Mel 200/220	219	5	NR	median 41 Monate		median 30 Monate	
Auto Mel 200/Allo Bu, Flu, ATG	65	11	23	median 35 Monate		median 25 Monate	
Bruno (5)							
Auto Mel 100-200/100-200	82	2	26*	29*	4	54*	4
Auto Mel 200/Allo 2 Gy TBI, P	80	10	55	35	4	80	4
Rosigñol (4)							
Auto Bu Mel/Mel 200 oder CVB	85	5	11*	median 31 Monate		median 58 Monate	
Auto Bu Mel/Allo Flu, Mel 140	25	16	40	median nicht erreicht		median nicht erreicht	
Lokhorst (2)							
Auto Mel 200/IFN oder Thal-Erhaltung	141	NR	35	median 28 Monate		median 54 Monate	
Auto Mel 200/Allo 2 Gy TBI	126	14	40	median 32 Monate		median 61 Monate	
Gahrton (8)							
Auto Mel 200/200	251	5*	38	18*	5	57	5
Auto Mel 200/Allo 2 Gy TBI, Flu	107	13	43	35	5	65	5
Knop (7)							
Auto Mel 200/200	73	NR	32*	NR		72	3
Auto Mel 200/Allo Flu, Mel 140 ± ATG	126	13	59	NR		60	3

Tabelle 1: Vergleich von Auto/RIC-Allo versus autologe Tandemtransplantation (nach 2)

Abkürzungen: TRM, Transplantations-assoziierte Mortalität; PFS, Progressionsfreies Überleben; OS, Gesamtüberleben; CR, Komplette Remission; Auto, autologe Stammzelltransplantation; Mel, Melphalan; Allo, allogene Stammzelltransplantation; Bu, Busulphan; Flu, Fludarabin; ATG, Anti-Thymozyten-Globulin; NR, nicht berichtet; TBI, Ganzkörperbestrahlung; CVB, Cyclophosphamid, Etoposid und Carmustin; IFN, Interferon; Thal, Thalidomid.

*signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Abbildung 1: Design der Studienprotokolle zum Vergleich der Auto/RIC-Allotransplantation mit einer autologen Tandemtransplantation.



RIC-Allotransplantation zwei bis sechs Monate nach autologer Stammzelltransplantation erhalten, während die anderen Patienten sich in Abweichung zu den anderen Studien keiner zweiten autologen Transplantation unterzogen, sondern eine Erhaltungstherapie mit Thalidomid oder Interferon erhielten. In einer aktuellen Zwischenauswertung gab es zwischen beiden Therapiearmen keinen Unterschied bezüglich PFS oder OS.

In der deutschen Studie (7) wurde Patienten mit nachgewiesener chromosomaler Deletion 13q14 in der FISH-Analyse eine allogene Transplantation bei vorhandenem HLA-identischen Geschwisterspender oder auch passendem

unverwandten Spender angeboten. Die vorläufigen Analysen zeigen eine höhere CR-Rate für die Auto/RIC-Allo-Transplantation, allerdings war das Gesamtüberleben (OS) nach drei Jahren für die autologe Tandemtransplantation mit 70 Prozent im Vergleich zu nur 60 Prozent für Auto / RIC-Allo tendenziell besser. Die TRM für die allogene Transplantation lag nach zwei Jahren bei 12,7 Prozent, obwohl sogar 60 Prozent der Patienten Stammzellen von unverwandten Spendern (höheres GvHD-Risiko) transplantiert wurden.

In der EBMT-Studie (8) zeigte sich ein besseres PFS für die Auto/RIC-Allotransplantation im Vergleich zur autologen Tandemtransplantation. Bezüglich

des Gesamtüberlebens ergaben sich allerdings keine signifikanten Unterschiede.

Auf der Grundlage dieser Daten ergibt sich keine Evidenz für die Bevorzugung der RIC-Allotransplantation gegenüber der autologen Stammzelltransplantation. Mit dem zunehmenden Einsatz neuer Substanzen wie Thalidomid, Lenalidomid und Bortezomib in der Posttransplantationstherapie ist eine weitere Optimierung der Therapie-Ergebnisse nach Transplantation zu erwarten. Die autologe Stammzelltransplantation als weniger komplikationsträchtiges Verfahren wird davon wahrscheinlich stärker profitieren als die allogene Stammzelltransplantation.

Offene Fragen und Ausblick

Zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht klar, inwieweit die negativen zytogenetischen Risikofaktoren (t(4;14), t(14;16) und Deletion 17p) durch eine RIC-Allo-transplantation teilweise oder ganz aufgehoben werden könnten. Obwohl das Auftreten einer chronischen GvHD nach allogener Transplantation in der Vergangenheit häufig als Voraussetzung für einen relevanten GvM-Effekt betrachtet wurde, zeigen neuere Untersuchungen aus den großen, prospektiven Studien, dass die GvHD nicht mit besseren Ergebnissen der RIC-Allotransplantation assoziiert ist.

Aufgrund der vorliegenden Resultate wird weiterhin kontrovers diskutiert, ob bei der gegebenen Morbidität und Mortalität der allogenen Stammzelltransplantation diese im Rahmen der Erstlinientherapie überhaupt zum Einsatz kommen darf, zumal nicht klar ist, welche Hochrisikopatienten davon profitieren könnten. Alternativ könnten Patienten im ersten chemosensitiven Rezidiv nach autologer Stammzelltransplantation geeignete Kandidaten sein. Eine wichtige Erkenntnis insbesondere der deutschen Studie war, dass die Toxizität

einschließlich der TRM von Stammzelltransplantationen mit unverwandten Spendern vergleichbar ist zu der von Stammzelltransplantationen mit verwandten Spendern.

Wegen ihrer immunmodulatorischen Eigenschaften sind die neuen Substanzen Thalidomid, Lenalidomid und Bortezomib auch für den Einsatz nach allogener Stammzelltransplantation von therapeutischem Interesse. Thalidomid konnte das Ansprechen auf DLI (donor lymphocyte infusion) verbessern, ohne die GvHD-Rate zu erhöhen (9). Eine Lenalidomid-Therapie bei Rezidiv nach RIC-Allotransplantation führte zu beeindruckenden Resultaten mit außerordentlich gutem Therapieansprechen (10, 11). Ebenso war auch Bortezomib effektiv in der Behandlung von Rezidiven nach allogener Stammzelltransplantation (12).

Zusammenfassung und Fazit

Eine allogene Stammzelltransplantation sollte zur Therapie eines Multiplen Myeloms nur im Rahmen von klinischen Studien empfohlen werden. Eine allogene Transplantation nach myeloablativer Konditionierung kann möglicherweise

eine Minderheit der Patienten heilen, ist aber mit einer sehr hohen TRM verbunden. Da sich in kleineren Phase-II-Studien eine Verbesserung der TRM in diesem Sektor abzeichnet, könnte eine myeloablativ Konditionierung in gut geplanten, prospektiven, klinischen Studien untersucht werden. Die RIC-Allotransplantation im Rahmen der Erstlinientherapie ist mit einer deutlich geringeren TRM, aber auch mit einem höheren Rezidivrisiko verbunden und überzeugende Daten, die belegen, dass RIC-Allotransplantationen das Überleben im Vergleich zur autologen Transplantation verbessern, fehlen bisher.



PD Dr. med. Christian Straka ist Chefarzt der Abteilung für Hämatologie und Onkologie an der Schön Klinik Starnberger See.

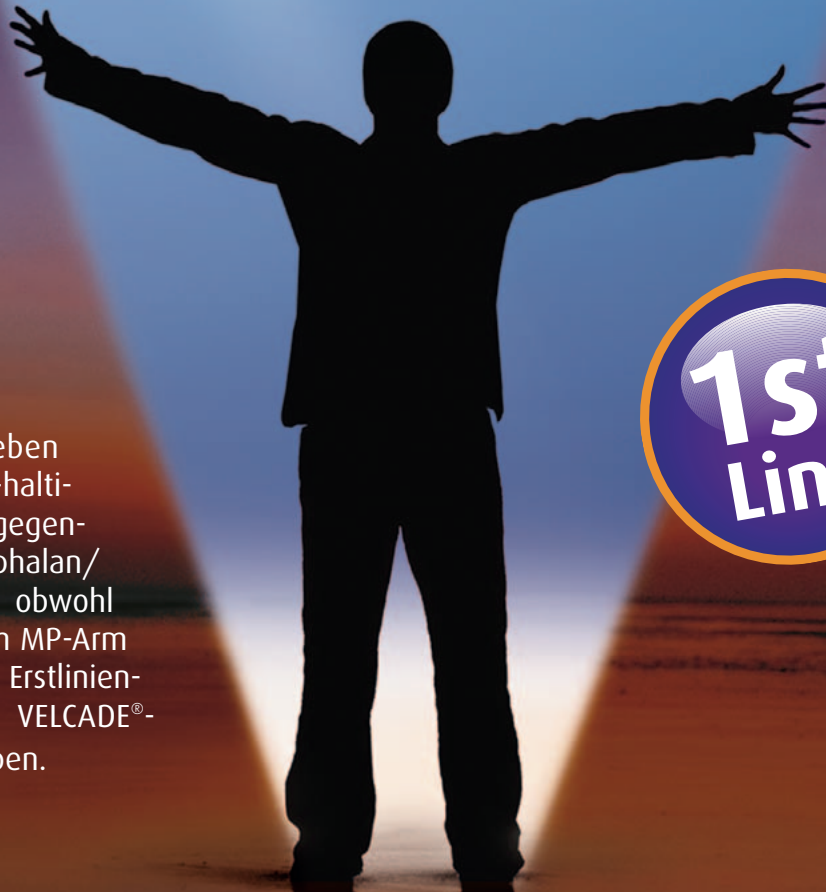
Literatur

- Maloney DG, Molina AJ, Sahebi F et al. Allografting with nonmyeloablative conditioning following cytoreductive autografts for the treatment of patients with multiple myeloma. *Blood* 2003; 102:3447-3454.
- Lokhorst H, Einsele H, Vesole D et al. International Myeloma Working Group consensus statement regarding the current status of allogeneic stem-cell transplantation for multiple myeloma. *J Clin Oncol* 2010; 28:4521-4530.
- Garban F, Attal M, Michallet M et al. Prospective comparison of autologous stem cell transplantation followed by dose-reduced allograft (IFM99-03 trial) with tandem autologous stem cell transplantation (IFM99-04 trial) in high-risk de novo multiple myeloma. *Blood* 2006; 107:3474-3480.
- Rosigñol L, Pérez-Simón JA, Sureda A et al. A prospective PETHEMA Study of tandem autologous transplantation versus autograft followed by reduced-intensity conditioning allogeneic transplantation in newly diagnosed multiple myeloma. *Blood* 2008; 112:3591-3593.
- Bruno B, Rotta M, Patriarca F et al. A comparison of allografting with autografting for newly diagnosed myeloma. *N Engl J Med* 2007; 356:1110-1120.
- Lokhorst H, Sonneveld P, van der Holt B et al. Donor versus no donor analysis of newly diagnosed myeloma patients included in the HOVON 50/54 study. *Blood* 2008; 112:461 (abstract).
- Knop S, Liebisch P, Hebart H et al. Allogeneic stem cell transplant versus tandem high-dose melphalan for front-line treatment of deletion 13q14 myeloma: An interim analysis of the German DSMM V trial. *Blood* 2009; 114:51 (abstract).
- Gahrton G, Björkstrand B, Iacobelli S et al. Tandem autologous (ASCT) / allogeneic reduced intensity conditioning transplantation (RIC) with identical sibling donor versus ASCT in previously untreated multiple myeloma (MM): Long term follow up of a prospective controlled trial by the EBMT. *Blood* 2009; 114:52 (abstract).
- Kröger N, Shimoni A, Zagrivnaja M et al. Low-dose thalidomide and donor lymphocyte infusion as adoptive immunotherapy after allogeneic stem cell transplantation in patients with multiple myeloma. *Blood* 2004; 104:3361-3363.
- Minnema MC, van der Veer MS, Aarts T et al. Lenalidomide alone or in combination with dexamethasone is highly effective in patients with relapsed multiple myeloma following allogeneic stem cell transplantation and increases the frequency of CD4+Foxp3+ T cells. *Leukemia* 2009; 23:605-607.
- Lioznov M, El-Cheikh J Jr, Hoffmann F et al. Lenalidomide as salvage therapy after allo-SCT for multiple myeloma is effective and leads to an increase of activated NK (NKp44+) and T (HLA-DR+) cells. *Bone Marrow Transplant* 2010; 45:349-353.
- Van de Donk NW, Kroger N, Hegenbart U et al. Remarkable activity of novel agents bortezomib and thalidomide in patients not responding to donor lymphocyte infusions following nonmyeloablative allogeneic stem cell transplantation in multiple myeloma. *Blood* 2006; 107:3415-3416.



VELCADE®

Bortezomib



**1st
Line**

Das 3-Jahres-Überleben betrug im VELCADE®-haltigen Regime 68,5 % gegenüber 54 % unter Melphalan/Prednison, und das, obwohl 50 % der Patienten im MP-Arm im Anschluss an die Erstlinientherapie noch eine VELCADE®-Therapie erhalten haben.

Überleben verlängern. Von Anfang an.^{1,2}

1 Mateos M et al., J Clin Oncol 2010;28(13):2259-2266; 2 Aktuelle Fachinformation VELCADE®.

VELCADE® 1 mg/3,5 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung. Wirkstoff: Bortezomib. **Zusammensetzung:** Jede Durchstechfl. enth. 1 mg bzw. 3,5 mg Bortezomib (als ein Mannitol-Borsäureester). Sonst. Bestandt.: Mannitol (E421), Stickstoff. **Anw.geb.:** In Kombi. m. Melphalan u. Prednison für d. Bhdg. v. Pat. m. bisher unbehand. multiplem Myelom, die für e. Hochdosis-Chemotherapie m. Knochenmarktranspl. nicht geeign. sind. Als Monotherapie für d. Bhdg. v. progressivem, multiplem Myelom b. Pat., die mind. 1 vorangeh. Therapie durchlaufen haben u. die sich bereits einer Knochenmarktranspl. unterzogen haben od. die für eine Knochenmarktranspl. nicht geeign. sind. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. Bortezomib, Bor od. einen d. sonst. Bestandt.; schwere Leberfunkt.störg.; akute diffus infiltrat. pulmon. u. perikard. Erkr.; Schwangerschaft u. Stillzeit; päd. Patienten; gleichz. Gabe v. hochdos. Cytarabin (2 g/m² pro Tag) als Dauerinfusion ü. 24 h mit Daunorubicin. **Vorsicht bei:** Obstipation; Thrombozytopenie; Neutropenie; Anämie; Blutungsrisiko; Bhdg. unterbr., wenn d. Thrombozytenzahl < 25.000/µl u. mit reduz. Dosis wieder aufnehmen, wenn d. tox. Reakt. abgeklungen sind; sorgf. Nutzen-Risiko-Abwäg., bes. in Fällen moderater bis schwerer Thrombozytopenie u. Blutungsrisiken (engm. Blutbildkontr., einschl. Thrombozytenzahl. währ. ges. Bhdg.); Flüssigkeitsretention; Herzinsuff. (engm. Überw. b. Risikopat. f. Herzerkr. od. besteh. Herzerkr.); Lungenerkr., Lungeninfiltration (Röntgenthorax vor Bhdgs.beg. empf., um festzust., ob weit. diagn. Maßn. notw. sind u. als Ausgangsbef. f. mögl. pulmon. Veränd.; b. neu auftret. od. sich verschlecht. pulmon. Sympt. muss e. sofortige diagn. Abklärung sowie e. adäq. Bhdg. d. Pat. erfolgen; vor Fortsetz. d. VELCADE®-Ther. Nutzen-Risiko-Verhältn. abwägen); Nierenfunkt.störg.; Leberfunkt.störg. (Dosisred. erwägen); Amyloidose; Risikopat. f. Krampfanfälle u. Tumor-Lyse-Syndr.; Pat., d. Bortezomib in Kombi. m. potenten CYP3A4-Inhibitoren (z.B. Ketoconazol, Rifonavir), CYP2C19-Inhibitoren (z.B. Fluoxetin) od. CYP3A4-Indukt. (z.B. Rifampicin) erh.; Kombi. v. Bortezomib m. CYP3A4- od. CYP2C19-Substraten; eine normale Leberfunkt. soll gesichert sein; Gabe v. oralen Antidiabetika; Bhdgs.abbruch b. schweren mögl. Immunkomplex-vermitt. Reakt. (z.B. Serumkrankh. od. Serumtypreakt., gelegentl. Polyarthr. m. Ausschl. u. proliferat. Glomerulonephr.); Pat. sorgfält. auf Anz. autonom. od. periph. Neuropathie überw. Im Zus.hang m. d. Bhdg. m. VELCADE® tritt häufig e. orthostat. posturale Hypotonie auf, daher bes. Vorsicht, wenn Pat. m. Synkopen in d. Anamn. m. Arzneim. bhdlt. werden, d. zu Hypotonie führen können, als auch b. Pat., d. aufgr. rezidiv. Diarrh. od. Erbr. dehydriert sind. Männer in zeugungsfäh. Alter u. Frauen in gebärfäh. Alter müssen währ. u. 3 Monate n. Abschluss d. Bhdg. effekt. Verhütungsmaßn. anw. **Nebenwirk.:** *Sehr häufig:* Herpes zoster (einschl. disseminiertem), Thrombozytopenie, Anämie, Neutropenie, Neuropathie (periph., periph. sensor. autonome), Kopfschm., Parästhesie, Dyspnoe, Übelk., Diarrh., Erbr., Obstipat., Ausschlag, Myalgie, Müdigk., Fieber, vermind. Appetit. *Häufig:* Leukopenie, Lymphopenie, Schwindel (außer Vertigo), Störg. d. Geschmacksempfind., periph. Neuropathie verschlimmert, Polyneuropathie, Dysästhesie, Hypästhesie, Tremor, Pneumonie, Bronchitis, Sinusitis, Nasopharyngitis, Herpes simplex, Dehydrat., Hyperglyk., Hypokali., Schlaflosigk., Angstzust., Verwirrth., Depression, verschwomm. Sehen, Augenschmerz, Vertigo, Hypotonie [inkl. orthostat. u. postural], Phlebitis, Hämatom, Hypertonie, Epistaxis, Belast.-Dyspnoe, Husten, Rhinorrh., Bauchschm., Dyspepsie, weicher Stuhl, Oberbauchschm., Blähg., gebläht. Abdomen, Singult., orale Ulcerat., Halsschm., Stomatit., Mundtrockenh., Pruritus, Erythem, periorbitales Ödem, Urtikaria, Pruritus-art. Hautausschl., vermehrt. Schwitzen, trockene Haut, Ekzem, Schmerz i. d. Gliedmaßen, Muskelkrämpfe, Arthralgie, Knochenschm., periph. Schwellung, Muskelschwäche, Rückenschmerz, muskuloskelet. Schmerz, Nierenfunkt.störg., Dysurie, Schwäche, Rigor, allg. Unwohlsein, gripp. Infekte, (periph.) Ödem, Schmerz, Lethargie, Brustschm., Asthenie, Gewichtsabn., erhöhte Lactatdehydrogenase. *Gelegentl.:* Candida-Infekt., Gastroenterit., Infekt. d. oberen u. unt. Respirationstrakts, Infekt., Influenza, Pilzinfekt., Sepsis, Harnwegsinfekt., Katheter-beding. Infekt., Hämophilusinfekt., Pneumokokkenpneum., Postzoster-Neuralg., Bakteriämie, Blepharitis, Bronchopneum., Cytomegalievirusinfekt., infekt. Mononukleose, Varizellen, orale Candidose, Pleuraefekt., Tumor-Lyse-Syndr., Lymphadenopathie, febrile Neutropenie, Panzytopenie, hämolyt. Anämie, thrombozytopen. Purpura, Hypersensitivität, Immunkompl.-vermitt. Hypersensitivität, Immunkompl.-vermitt. Reakt. wie in d. Art d. Serumkrankh., Polyarthrit. m. Ausschl. u. prolif. Glom.-Nephritis, Hyperkalz., Hyperkali., Hypernatr., Hyperurikämie, Hyponatr., Hypocalc., Hypomagnes., Hypophosphat., Hypoglyk., vermehrt. Appetit, Kachexie, Vit.-B12-Mangel, inadäquate ADH-Sekret., Agitat., Delir, Unruhe, Stimmungsschwank., Veränd. d. psych. Zust., Schlafstörg., Erregbar., Halluzin., anormale Traumzust., Krampfanf., Synkope, Konzentrat.störg., verstärk. Aktivität, Geschmacksvverlust, Somnolenz, Migräne, periph. motor. Neuropathie, unwillkürl. Zuckungen, Lageschwindel, Ischiasbeschw., Wahrnehmungsstörg., Mononeuropathie, Parese, Syndr. d. unruh. Beine, Sprachstörg., intrakran. Blutg., Paraplegie, subarachn. Blutg., trock. Auge, Konjunktivit., Augenausfl., abnorm. Sehen, Augenblutg., Photophobie, Augenreizung, gesteig. Tränenfluss, gerötete Augenbindehaut, geschwoll. Auge, Tinnitus, Taubheit, Schwerhörigk., beeinträcht. Hörvermögen, Entwickl. od. Exazerbat. e. dekompens. Herzinsuff., Herzinsuff., ventrik. Hypokinesie, (akutes) Lungenödem, Herzstillst., kardiog. Schock, Tachyk., Sinus-Tachyk., supraventr. Tachyk., Arrhythm., Vorhofflimmern, Palpat., Sinusknotenarrest, kompl. AV-Block, (instab.) Angina pect., Myokardinfarkt, Gesichtsröt., Petechien, Hitzewall., kleinfläch. Hautblutg., Purpura, zerebr. Blutg., Vaskulit., venenbeding. Hautverfärbg., Venenerweit., Blutg. aus Wunden, pulmon. Hypertonie, zerebrovask. Ereign., verstopfte Nase, pfeif. Atmen, Pleuraerguss, Heiserk., Thoraschmerz, Hypoxie, pulmon. Insuff., Rhinitis, Asthma, Hyperventil., Orthopnoe, Sinusschmerz, Rachenenge, prod. Husten, respirat. Alkalose, Atemstillst., Tachypnoe, paralyt. Ileus, abdomin. Unwohlsein, Aufstoßen, gastrointest. Motilitätsstörg., Mundschm., Brechreiz, Antibiotika-assoz. Kolitis, Veränd. d. Stuhlgang-Gewohnh., hämorrhag. Diarrh., gastrointest. Blutg., Milzschmerz., Kolitis, Dysphagie, Ösophagit., Gastritis, gastroösoph. Refluxkrankh., gastrointest. Schmerz, Blutg. u. Schmerzen d. Mundschleimhaut, Hämatemesis, Hiatushernie, Reizdarmsyndr., orale Schleimhaut-Petech., rekt. Blutg., vermehrt. Speichelfluss, belegte Zunge, verfärbte Zunge, Enteritis, Fäkalstauung, akute Pankreatitis, Hyperbilirubinämie, Hepatitis, hepat. Hämorrhagie, Hypoproteinämie, Nachtschweiß, erythemat. Hautausschlag, Haarausfall, Quetschung, generalis. Pruritus, fleck. u. papul. Hautausschl., Hautnoduli, generalis. Hautausschlag, (atopische) Dermatitis, Augenlidödem, Nagelveränd., Photosensitiv.reakt., Hautverfärb., anorm. Haarbeschaffenh., Miliaria rubra, Psoriasis, vaskulit. Hautausschlag, Gesichtsschm., Dekubitalgeschwür, Ichthyosis, Gelenksteife, Schmerz i. Gesäß, Gelenkschwell., Muskelspasmen, Muskelzuck. od. Schweregefühl, Muskelsteifheit, Schwellung, Kiefer-schmerz, akutes Nierenversag., Nierenkolik, Hämaturie, Proteinurie, veränd. Miktionsfrequ., Schwierigk. b. Wasserlassen, Niereninsuff., Oligurie, Harnverhalt, Lendenschmerzen, Harninkont., verstärk. Harndrang, Sturz, Schleimhautentz., Kältegef., Gefühl v. Druck i. Brustkorb, Phlebitis a. d. Injekt.stelle, Schleimhautblutg., Druckempfindlichk., Erythem a. d. Injekt.stelle, Neuralgie, Leistenschmerz, Brustenge, Extravasatentz., Unwohlsein i. Brustber., Alaninaminotransferase, Aspartaminotransferase, alk. Phosph., Kreatininspiegel, Harnstoff i. Blut, Gammaglutamyltransferase, Amylase i. Blut, Bilirubin i. Blut erhöht; vermind. Phosphat i. Blut, auffäll. Leberfunkt.test, vermind. Erythrozytenzahl, Gewichtszun., vermind. weiße Blutkörperchenzahl, Bikarbonatspiegel vermind., unregelmäß. Herzrhythmus, erhöh. C-reakt. Protein, Katheter-bez. Komplik., Schmerzen n. Applikat., Blutg. n. Applikat., Brennen, Hodenschmerz, erek. Dysfunkt. *Selten:* neu auftret. Abnahme d. linksventr. Ejektionsfraktion, vereinzelt in klin. Stud. QT-Verläng., akutes Leberversagen. Herpes-zoster-Reaktivierung. *Erfahr. n. Markteinf.:* D. Häufigk. d. Auftr. ist nicht bekannt: Herpes-Meningoenzephalitis, sept. Schock, Angioödem, Enzephalopathie, auton. Neuropathie, Herpes ophthalmicus, Herzbeuteltamponade, Perikardit., Herz- u. Kreislaufstillst., ventrik. Arrhythm., kompl. AV-Block, Vorhofflimmern, Tachyk., Sinus- u. ventrik. Tachyk., akute diffus infiltrat. Lungenerkr. wie Pneumonitis, interstit. Pneumonie, Akute Respiratory Distress Syndrom (ARDS) auch mit Todesfolge, Pneumonie, pulmon. Hypertension, respirat. Versagen, pulmon. alveoläre Hämorrh., akutes Lungenödem, Lungenödem, Lungenembolie, periph. Embolie, ischäm. Kolitis, Leberversagen, Stevens-Johnson-Syndrom, tox. epidermale Nekrolyse. **Zytotoxisch:** Nicht verwendetes Arzneimittel od. Abfallmaterial ist gem. d. nat. Anforderungen zu entsorgen. **Stand d. Inform.:** 11/2009. **Verschreibungspflichtig.** JANSSEN-CILAG GmbH, 41457 Neuss.

Deutsches Konsortium für *translationale Krebsforschung*

LMU und TU sind dabei

Seit dem 8. November ist es amtlich: An dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierten „Deutschen Konsortium für Translationale Krebsforschung“ (DZK) werden beide Münchner Universitäten mit ihren medizinischen Forschungseinrichtungen beteiligt sein.

[1] Prof. Christian Peschel [2] Prof. Wolfgang Hiddemann

Damit ist München als einer von acht exzellenten Standorten für die translationale Krebsforschung ausgewählt worden. Die Vertreter der acht Partnerstandorte (siehe Tabelle) sind nun aufgefordert, ein Gesamtkonzept zu erarbeiten, in dem Forschungsschwerpunkte für die einzelnen Standorte festgelegt werden.

Die Mitglieder des neuen Konsortiums wurden auf Grundlage von Empfehlungen einer internationalen Gutachterkommission ausgewählt. Die Qualität dieser Kommission hat Professor Wolfgang Hiddemann, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik III in Großhadern sehr beeindruckt: „Das waren wirklich renommierte Fachleute aus der Schweiz, aus England, Italien und Frankreich“. Es gehöre für ihn zu einem der schönsten Erlebnisse der letzten dreißig Jahre, so Hiddemann weiter, dass eine Ausschreibung des Forschungsministeriums allein nach leistungsbezogenen Kriterien entschieden wurde.

Kollegiales Miteinander

„Die Auswahl zeigt“, so Hiddemann, „dass man in Sachen onkologischer Spitzenforschung an München nicht vorbei kommt“. Natürlich gebe es hier ein kompetitives Umfeld, aber das bedeute auch höhere Leistungsbereitschaft. Hiddemann und sein Kollege Professor Christian Peschel, Direktor der III. Medizinischen Klinik am Klinikum rechts der Isar, betonen, dass die Kooperation in München im Bereich der Onkologie schon seit vielen Jahren gut funktioniert: „Hier herrscht ein ausgesprochen gutes und kollegiales Miteinander, und deshalb war die BMBF-Ausschreibung für uns auch erfolgreich.“ Auf vier Entitäten will man sich in München im Rahmen des Programms künftig konzentrieren:

- Kolorektale Karzinome, weil diese Erkrankung sehr häufig vorkommt,
- Pankreaskarzinome, weil es sich um eine weitgehend therapierefraktäre Erkrankung handelt,
- Leukämien und
- Lymphome, weil es sich dabei um gute Modellerkrankungen für die translationale Forschung handelt.



Gesamtkonzept wird im ersten Quartal 2011 präsentiert

Ob diese Schwerpunkte tatsächlich in München bearbeitet werden, ist allerdings nicht zuletzt vom Gesamtkonzept der acht Partnerstandorte abhängig. Natürlich geht es in diesem Konzept auch um die verfügbaren Mittel. Das BMBF hat eine mittelfristige Finanzierung in Höhe von 30 Millionen Euro pro Jahr zugesagt.

Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DZK): Ausgewählte Partnerstandorte

■ Tübingen

Gemeinsamer Antrag des Universitätsklinikums Tübingen und der Eberhard-Karls-Universität

■ Heidelberg

Gemeinsamer Antrag des Deutschen Krebsforschungszentrums, der Universität Heidelberg, des Universitätsklinikums Heidelberg und des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen

■ München

Gemeinsamer Antrag der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Technischen Universität München

■ Freiburg

Gemeinsamer Antrag der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und des Max-Planck-Instituts für Immunbiologie in Freiburg

■ Frankfurt

Gemeinsamer Antrag der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, des Universitätsklinikums Frankfurt, des Universitätsklinikums Mainz, des Georg-Speyer-Hauses – Chemotherapeutisches Forschungsinstitut in Frankfurt und des Krankenhauses Nordwest Frankfurt

■ Essen/Düsseldorf

Gemeinsamer Antrag des Universitätsklinikums Essen und der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

■ Dresden

Gemeinsamer Antrag des Universitätsklinikums Dresden, der Technischen Universität Dresden, des Forschungszentrums Dresden-Rossendorf und des Max-Planck-Instituts für Molekulare Zellbiologie und Genetik

■ Berlin

Charité Universitätsmedizin Berlin

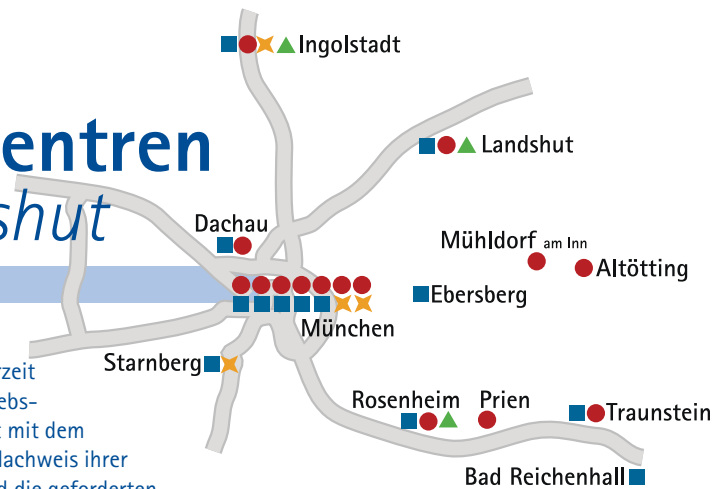
Zertifizierte Organzentren in Oberbayern und Landshut

Eine Übersicht des Tumorregisters München

Die onkologische Versorgungsqualität für Krebskranke verbessert sich stetig. Dank zertifizierter Organzentren gelingt es, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle des einzelnen Patienten besser zu koordinieren. Das Tumorregister München unterstützt mit seiner zentralen und unabhängigen Datenhaltung sowie durch die Bereitstellung differenzierter klinik- und tumorspezifischer Auswertungen die (Re-) Zertifizierung von Organkrebszentren und on-

kologischen Zentren. Derzeit kooperieren 33 Organkrebszentren im Einzugsgebiet mit dem TRM. Sie erbringen den Nachweis ihrer Tumordokumentation und die geforderten Kennzahlen mit Hilfe der vom TRM zur Verfügung gestellten Auswertungen.

Sollten Sie Interesse an einer engeren Kooperation mit dem Tumorregister München haben, so wenden Sie sich bitte an:



**Frau Professor Dr. med. Jutta Engel
oder Frau Dr. Gabriele Schubert-Fritschle**
Tumorregister München, IBE / Klinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, 81377 München
gabriele.schubert-fritschle@med.uni-muenchen.de

Darmkrebszentren

- Inn-Salzach, Kreiskliniken Altötting-Burghausen, Prof. Dr. Jürgen Roder
Vinzenz-von-Paul-Str. 10, 84503 Altötting
0 86 71 / 509 12 11
- Klinikum Traunstein GmbH
PD Dr. med. Rolf Schauer
Cuno-Niggel-Straße 3, 83278 Traunstein
08 61 / 70 50
- Klinikum Landshut, PD Dr. med. Florian Löhe
Robert-Koch-Straße 1, 84034 Landshut
08 71 / 69 83 729
- Klinikum Bogenhausen
Prof. Dr. Wolfgang Schepp,
Prof. Dr. Wolfgang Heitland
Engelschalkinger Str. 77, 81925 München
089 / 92 700
- Klinikum Neuperlach Städtisches Klinikum München GmbH, Dr. Reinhard Ruppert
Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 81737 München
089 / 67 94 25 04
- Klinikum Rosenheim, Prof. Dr. Peter Wagner
Pettenkoferstr. 10, 83022 Rosenheim
08 031 / 73 63 200
- Triamed Kreisklinik Prien am Chiemsee
Prof. Dr. med. Josef Stadler
Harrasser Straße 61-63, 83209 Prien am Chiemsee
08 051 / 60 06 06
- Klinikum Dachau der Amper Kliniken AG
Prof. Dr. Horst-Günter Rau
Krankenhausstr. 15, 85221 Dachau, 08 131 / 76 547
- Klinikum München Pasing, Dr. Dieter Laqua
Steinerweg 5, 81241 München, 089 / 88 920
- Klinikum Dritter Orden München-Nymphenburg, Dr. Peter Weidinger
Menzinger Straße 44, 80638 München
089 / 17 95-0
- Maria-Theresia-Klinik München
Prof. Dr. Dr. med. Tomas F. Hoffmann
Bavariaring 46, 80336 München, 089 / 72 070
- Klinikum Ingolstadt GmbH
Prof. Dr. med. Stefan B. Hosch
Krumenauerstraße 25, 85049 Ingolstadt
08 41 / 8 80-24 01
- Kreiskliniken des Landkreises Mühldorf a. Inn
Dr. med. Thomas Miebs
Krankenhausstraße 1, 84453 Mühldorf am Inn
08 631 / 61 34 201 15

- Krankenhaus Barmherzige Brüder München
Prof. Dr. med. Johannes Georg Wechsler
Romanstraße 93, 80639 München
089 / 17 97 - 24 01
- Klinikum der Universität München,
Campus Großhadern, Prof. Dr. med. Martin Kreis
Marchioninistraße 15, 81377 München
089 / 70 95 88 00

Brustkrebszentren

- Klinikum Rosenheim, Kreisklinik Ebersberg GmbH, Prof. Dr. med. Thomas Beck,
PD Dr. med. Cornelia Höß
Pettenkoferstr. 10, 83022 Rosenheim
08 031 / 36 32 52
Pfarrer-Guggetzer Str. 3, 85560 Ebersberg
08092 / 82-25 01
- Klinikum Landshut gGmbH
Dr. med. Ingo Bauerfeind
Robert-Koch-Str. 1, 84034 Landshut, 08 71 / 698-0
- Klinikum Ingolstadt GmbH
Prof. Dr. med. B. Aydeniz
Krumenauerstr. 25, 85049 Ingolstadt
08 417 / 880-0
- Klinikum rechts der Isar
Prof. Dr. med. Marion Kiechle
Ismaninger Str. 22, 81675 München
089 / 41 40 24 20
- Frauenklinik im Klinikum Dachau
Dr. med. Johann de Waal
Krankenhausstraße 15, 85221 Dachau
08 131 / 76 42 98
- Klinikum Traunstein GmbH
Kreiskrankenhaus Bad Reichenhall
PD Dr. med. Christian Schindlbeck
Dr. med. Wolfram Turnwald
Cuno-Niggel-Straße 3, 83278 Traunstein
08 61 / 705 - 0
Riedelstraße 5, 83435 Bad Reichenhall
08651 / 7720
- Klinikum Starnberg (Frauenklinik)
Prof. Dr. Christoph Anthuber
Obwaldstraße 1, 82319 Starnberg, 0 81 51 / 18-008
- Klinikum der Universität München
Campus Innenstadt und Campus Großhadern,
Prof. Dr. med. Klaus Friese
Maistraße 11, 80337 München, 089 / 51 60 41 01

- Frauenklinik Dr. Geisenhofer
Am Englischen Garten, PD Dr. med. H. Sittek
Hirschauerstraße 6, 80538 München
089 / 38 31 108
- Klinikum Harlaching, Prof. Dr. med. Dieter Grab
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
089 / 62 10 25 01
- Klinikum Dritter Orden München-Nymphenburg, Dr. Oliver Steinkohl
Menzinger Straße 44, 80638 München
089 / 17 95 25 40

Gynäkologische Zentren

- ★ Klinikum Starnberg (Frauenklinik)
Prof. Dr. Christoph Anthuber
Obwaldstraße 1, 82319 Starnberg, 08 151 / 18-0
- ★ Klinikum rechts der Isar (Frauenklinik)
Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt
Ismaninger Str. 22, 81675 München
089 / 4140 6749
- ★ Klinikum Harlaching
Prof. Dr. med. Dieter Grab
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
089 / 6210 2501
- ★ Gynäkologisches Krebszentrum, Klinikum Ingolstadt, Prof. Dr. med. Babür Aydeniz
Krumenauerstr. 25, 85049 Ingolstadt
0841 / 8 80 25 01

Prostatakarzinomzentren

- ▲ Prostatakarzinomzentrum Region Landshut
Klinikum Landshut, Dr. med. M. Straub
Robert-Koch-Straße 1, 84034 Landshut
08 71 / 6 98 37 13
- ▲ Prostatakarzinomzentrum Rosenheim
Klinikum Rosenheim, Dr. med. Markus Wöhr
Pettenkoferstraße 10, 83022 Rosenheim
0 80 31 / 36 33 01
- ▲ Prostatakarzinomzentrum Ingolstadt
Klinikum Ingolstadt
Prof. Dr. med. Andreas Manseck
Krumenauerstraße 25, 85049 Ingolstadt
08 41 / 8 80 26 50



Neue Krebsberatungsstelle am Tumorzentrum München

In Kooperation mit der Bayerischen Krebsgesellschaft e. V.

Seit dem 2. November können sich Krebspatienten und Angehörige in München und Oberbayern bei psychosozialen Fragen an die neu eingerichtete Krebsberatungsstelle am Tumorzentrum München (TZM) wenden. Im Mittelpunkt der Beratung durch die Dipl.-Sozialpädagogin Petra Degenhart stehen persönliche Fragen der Klienten. „Im vertraulichen Gespräch können Betroffene offen über ihre Sorgen und Ängste sprechen. Gemeinsam suchen wir dann nach individuellen Lösungsstrategien und unterstützen die Betroffenen auch bei sozialrechtlichen Fragen“, sagt Degenhart.

Die neue Einrichtung ist in gewisser Weise auch eine Koordinierungsstelle, denn die Sozialpädagogin arbeitet eng mit Kliniken und onkologisch tätigen Ärzten in München und Oberbayern zusammen. Diese Vernetzung ist sinnvoll, denn so erfahren Krebspatienten auch über die psychosoziale Krebsberatung hinaus, welcher Ansprechpartner oder welche Institution

bei einem ganz bestimmten Problem weiterhelfen kann. „Auf diese Weise bieten wir mit unserem psychosozialen Angebot eine wichtige Ergänzung zur medizinischen Behandlung“, betont Petra Degenhart.



Das Tumorzentrum München betreibt die neue Krebsberatungsstelle in Kooperation mit der Bayerischen Krebsgesellschaft e.V., in der Innenstadt-Poliklinik, Pettenkoferstraße 8 a, 3. Etage, Zimmer 307. Frau Degenhart ist dort montags bis donnerstags

von 14.30 bis 18.00 Uhr und freitags von 9.00 bis 13.00 Uhr erreichbar unter **Tel.: 089-5160-3351**, per **Fax: 089-5160-3354** und per **E-Mail: Petra.Degenhart@med.uni-muenchen.de**.



TZM

Alle Manuale

■ Endokrine Tumoren

2. Auflage 2008, 224 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-940-1

■ Gastrointestinale Tumoren

8. Auflage 2010, ca. 300 Seiten,
18,90 €, ISBN 978-3-88603-972-2
Erscheinungstermin April 2010

■ Hirntumoren und spinale Tumoren

3. Auflage 2007, 228 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-923-4

■ Knochentumoren und Weichteilsarkome

4. Auflage 2004, 144 Seiten, 25,10 €
ISBN 978-3-88603-855-8

■ Kopf- und Hals-Malignome

4. Auflage 2009, 344 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-938-8

■ Leukämien und MDS

3. Auflage 2009, 250 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-961-6

■ Maligne Lymphome

8. Auflage 2008, 252 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-927-2

■ Maligne Melanome

5. Auflage 2000, 160 Seiten, 25,10 €
ISBN 978-3-88603-697-4
vergriffen

■ Maligne Ovarialtumoren

9. Auflage 2010, 132 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-983-8

■ Malignome des Corpus uteri

3. Auflage 2007, 88 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-906-7

■ Mammakarzinome

12. Auflage 2009, 356 Seiten,
18,90 €, ISBN 978-3-88603-962-3

■ Multiples Myelom

3. Auflage 2009, 304 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-963-0

■ Psychoonkologie

3. Auflage 2009, 296 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-964-7

■ Supportive Maßnahmen in der Hämatologie und Onkologie

1. Auflage 2001, 360 Seiten, 38,50 €
ISBN 978-3-88603-732-2
vergriffen

■ Tumoren der Lunge und des Mediastinums

8. Auflage 2009, 284 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-950-0

■ Urogenitale Tumoren

4. Auflage 2008, 372 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-941-8

■ Vulvakarzinom

1. Auflage 2001, 60 Seiten, 20,15 €
ISBN 978-3-88603-769-8

■ Zervixkarzinom

2. Auflage 2004, 96 Seiten, 25,10 €
ISBN 978-3-88603-839-8

Bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung
oder direkt beim Verlag. Die Manuale
sind auch als PDF abrufbar unter
<http://tumorzentrum-muenchen.de>
> Ärztebereich > Manuale



W. Zuckschwerdt Verlag GmbH, Industriestraße 1, 82110 Germering
Mail: post@zuckschwerdtverlag.de, Web: www.zuckschwerdtverlag.de

Große Benefizgala zugunsten von „Miraculix“

am Sonntag, 23. Januar 2011 im
Großen Hörsaal des Klinikums rechts
der Isar (siehe Kurzbericht rechts).

Peter Herschbach neuer Direktor am Roman-Herzog- Krebszentrum



[1]



[2]

Seit dem 1. November dieses Jahres ist Professor Dr. Peter Herschbach [1] Direktor des Roman-Herzog-Krebszentrums (RHCCC) am Klinikum rechts der Isar. Er ist damit Nachfolger von Prof. Dr. med. Matthias Ebert [2], der einem Ruf an die Universität Heidelberg folgt und zu Beginn des nächsten Jahres die Leitung der II. Medizinischen Klinik am Universitätsklinikum in Mannheim übernimmt.

Peter Herschbach sieht seinen Schwerpunkt im RHCCC im konsequenten Ausbau der „Patientenorientierung“. Damit ist die strukturelle und klinische Sicherstellung einer bedarfsgerechten und umfassenden supportiven Therapie gemeint.

„Miraculix“ soll Kinder während der Behandlung ihrer Eltern betreuen

Psycho-onkologische Betreuungsangebote für Kinder krebskranker Eltern gibt es in München bereits. Am RHCCC möchte man für diese Kinder jedoch noch mehr tun: Für 2012 plant das Zentrum die Eröffnung von „Miraculix“, einer neuen Tagesstätte für Kinder krebskranker Eltern.

Die neue Einrichtung wird zwar nicht auf das Brauen von Zaubertränken spezialisiert sein, aber eine in gewissem Sinne zauberhafte Betreuung will man dort schon erreichen. Während der onkologischen Behandlung von Mutter oder Vater sollen die Kinder auf dem Gelände des Klinikums über mehrere Stunden täglich betreut werden. Eine Erzieherin und eine Kinderpsychologin werden spielerisch-sportliche und künstlerisch-kreative Angebote machen. Die Kinder werden die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen und ihre Sorgen und Ängste auszusprechen und zu verarbeiten.

Mit einer großen Benefizgala am Sonntag, den 23. Januar 2011 startet die Spendenakquise für das ambitionierte Projekt. Die beteiligten Künstler verzichten zugunsten von Miraculix auf ihre Gage. Zugesagt haben ihre Unterstützung die Biermösl Blosn und Gerhard Polt, Alfons Schuhbeck sowie Werner Buchberger, Ressortleiter Gesundheit beim Bayerischen Rundfunk.

Weitere Informationen zu dieser Veranstaltung werden auf www.rhccc.de veröffentlicht.



Bessere Vernetzung mit onkologisch tätigen Ärzten der Region

Dem RHCCC liegt daran, die onkologische Versorgung in der Region München weiter zu verbessern. Niedergelassenen onkologisch tätigen Ärzten und Krankenhäusern bietet das RHCCC seit einigen Wochen eine schriftliche Kooperationsvereinbarung an. Ärztliche Kooperationspartner können sich an den Tumorboards im Klinikum rechts der Isar beteiligen und dort auch eigene Kasuistiken vorstellen. Darüber hinaus steht den Partnern die Teilnahme an Studien sowie an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des RHCCC offen.

Weitere Informationen für interessierte Ärzte finden sich unter www.rhccc.de.

4. Patientenforum zur Humanität in der Medizin

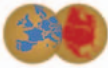
4. Patientenforum „Humanität in der Medizin“; Samstag, 22. Januar 2011, 10.00 bis 13.00 Uhr im Klinikum rechts der Isar.

Im Mittelpunkt stehen Fragen zur Palliativmedizin, zum Patientenwillen bei der ärztlichen Behandlung sowie die Frage des Stellenwerts, den die Humanität in der ärztlichen Ausbildung hat.



Dr. Reinhold A. Kudielka

Dr. Reinhold A. Kudielka

Kooperation mit  **EUSA Pharma**
zum Mitvertrieb von **Caphosol®**
– die starke Lösung bei oraler Mukositis



Neuer Ärztlicher Direktor in Bad Trissl



Seit dem 1. Oktober ist Dr. med. Bernhard Weber neuer Ärztlicher Direktor der Klinik Bad Trissl in Oberaudorf. Er folgt in seiner neuen Funktion auf Prof. Dr. med. Harald L. Sommer, der sich in den Ruhestand verabschiedet hat.

Von 1986 bis 1991 war Bernhard Weber beim Tumorzentrum München angestellt. Ab 1991 führte er im Auftrag des TZM in Bad Trissl Antikörperstudien durch. Zwei Jahre später begann er seine Tätigkeit in der Abteilung für Innere Medizin, deren Chefarzt er heute ist. Das Tumorzentrum München gratuliert Herrn Dr. Weber herzlich zu seiner Ernennung und freut sich auf die Fortsetzung der erfolgreichen Kooperation.

Termine der Interdisziplinären Konsile 2011

Jeweils mittwochs um 14.00 u. n. an folgenden Tagen: 19. Januar – 16. Februar – 16. März – 13. April – 18. Mai – 8. Juni – 13. Juli – 14. September – 12. Oktober – 23. November.



Rolf D. Issels mit Wissenschaftspreis der AIO geehrt

Als Erstautor einer Phase-III-Studie zur Wirksamkeit der Hyperthermie bei Hochrisiko-Weichteilsarkom-Patienten ist Prof. Dr. med. Rolf D. Issels mit dem klinischen Teil des Wissenschaftspreises der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. geehrt worden. Der mit insgesamt 15.000 Euro dotierte Preis wurde am 19. November im Rahmen der Herbsttagung der AIO in Berlin überreicht.

Erschienen ist die Studie im April dieses Jahres im renommierten Fachjournal „The Lancet Oncology“. Es handelt sich um die erste Phase-III-Studie, in der gezeigt werden konnte, dass die regionale Tiefenhyperthermie das Therapieansprechen, die lokale Kontrolle und das Krankheitsfreie Überleben auf eine systemische Chemotherapie bei Patienten mit Hochrisiko-Weichteilsarkomen signifikant verbessert. Das Tumorzentrum München gratuliert Prof. Rolf D. Issels herzlich zu dieser wichtigen Auszeichnung.

Originalpublikation: Neo-adjuvant chemotherapy alone or with regional hyperthermia for localised high-risk soft-tissue sarcoma: a randomised phase 3 multicentre study - Lancet Oncology 11:6, 561-570 - doi:10.1016/S1470-2045(10)70071-1

Projektgruppe „Maligne Melanome“ mit neuer Leiterin

Seit dem 18. Oktober 2010 ist Frau Prof. Dr. med. Carola Berking neue Leiterin der Projektgruppe „Maligne Melanome“. Die Oberärztin an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie an der Universität München tritt damit die Nachfolge von Prof. Dr. med. Matthias Volkenandt an, der die Universität auf eigenen Wunsch verlassen und sich künftig vor allem seiner Vortragstätigkeit zum Thema Kommunikation verschrieben hat.



Das Tumorzentrum München dankt Matthias Volkenandt für seine jahrelange engagierte Arbeit und wünscht ihm für seine Zukunft alles Gute.

Die Projektgruppe bestimmte am 18. Oktober nicht nur Carola Berking zur Leiterin, sondern wählte ebenso zwei Stellvertreter, und zwar Herrn Prof. Rüdiger Hein von der Klinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein sowie Herrn Prof. Wilhelm Stolz, Chefarzt der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Umweltmedizin am Klinikum Schwabing.

Die Projektgruppe bestimmte am 18. Oktober nicht nur Carola Berking zur Leiterin, sondern wählte ebenso zwei Stellvertreter, und zwar Herrn Prof. Rüdiger Hein von der Klinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein sowie Herrn Prof. Wilhelm Stolz, Chefarzt der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Umweltmedizin am Klinikum Schwabing.

Endokrine Tumoren

Herr Prof. Dr. B. Goeke
burkhard.goeke@med.uni-muenchen.de

Gastrointestinale Tumoren

Frau Prof. Dr. Ch. Bruns
christiane.bruns@med.uni-muenchen.de

Hirntumoren

Herr Prof. Dr. J.-C. Tonn
joerg.christian.tonn@med.uni-muenchen.de

Knochentumoren / Weichteilsarkome

Herr Prof. Dr. R. Issels
rolf.issels@med.uni-muenchen.de

Kopf-Hals-Malignome

Herr Dr. Dr. G. Mast
gerson.mast@med.uni-muenchen.de

Leukämien und MDS

Herr PD Dr. J. Braess
jan.braess@med.uni-muenchen.de

Projektgruppen

Maligne Lymphome

Herr Prof. Dr. M. Dreyling
martin.dreyling@med.uni-muenchen.de

Maligne Melanome

Frau Prof. Dr. C. Berking
c.berking@med.uni-muenchen.de

Maligne Ovarialtumoren

Frau Prof. Dr. B. Schmalfeldt
barbara.schmalfeldt@lrz.tum.de

Mammakarzinome

Herr Dr. I. Bauerfeind
frauenklinik@klinikum-landshut.de

Multiple Myelom

Herr PD Dr. Ch. Straka
cstraka@schoen-kliniken.de

Psycho-Onkologie

Frau Dr. P. Heußner
pia.heussner@med.uni-muenchen.de

Supportive Maßnahmen in der Hämatologie und Onkologie

Herr Prof. Dr. H. Ostermann
helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Tumoren der Lunge und des Mediastinums

Herr Prof. Dr. R. M. Huber
pneumologie@med.uni-muenchen.de

Urogenitale Tumoren

Herr PD Dr. M. Seitz
michael.seitz@med.uni-muenchen.de

Uterusmalignome

Herr PD Dr. Ch. Dannecker
christian.dannecker@med.uni-muenchen.de



Der Jahreskongress des Tumorzentrum München am 29. Januar 2011

Zum dritten Mal lädt das Tumorzentrum München onkologisch tätige Ärzte zu seinem Jahreskongress ein. Die wichtigsten Themen der vorangegangenen zwölf Monate werden von ausgewiesenen Experten ihres Faches präsentiert.

Ganz neu in diesem Jahr: Pünktlich zum Jahreskongress wird auch das TZM-Jahrbuch 2011 fertiggestellt sein, das einen Großteil der Vorträge dokumentieren wird. Teilnehmer des Kongresses erhalten das Jahrbuch kostenlos.

Die Teilnahme an den TZM Essentials 2011 ist kostenlos. Notwendig ist lediglich eine Anmeldung unter www.tzm-essentials.de.

Telefonische Rückfragen bitten wir direkt an die Kongressagentur EMC zu richten.

Ansprechpartner dort ist Andreas Kandler, Telefon +49 (0)89 54 90 96-77, Telefax +49 (0)89 54 90 96-75, E-Mail: kandler@emc-event.com.

Programm Essentials

09:00 - 09:05
Begrüßung - K. W. Jauch

09:05 - 09:45
Mammakarzinom
Vorsitz: I. Bauerfeind & C. Salat

■ 09:05 - 09:20
Lokale Therapie des Mammakarzinoms
B. Rack

■ 09:20 - 09:35
Genetik des Mammakarzinoms - A. Meindl

09:45 - 10:25
Gynäkologische Tumoren
Vorsitz: K. Fries & C. Hüb

■ 09:45 - 10:00
Ovarialkarzinom - B. Schmalfeldt

■ 10:00 - 10:15
Zervixkarzinom - C. Dannecker

10:25 - 11:05
Leukämien & Lymphome
Vorsitz: W. Hiddemann & C. Peschel

■ 10:25 - 10:40
Akute Myeloische Leukämie - J. Braess

■ 10:40 - 10:55
Follikuläre Lymphome & DLCL
W. Hiddemann

■ 11:30 - 11:50
HNO-Tumoren - Vorsitz: H. Bier

■ 11:30 - 11:45
Zervikales CUP und HPV-assoziierte oropharyngeale Karzinome - S. Ihrler

11:50 - 12:50
Knochentumoren / Weichteilsarkome
Vorsitz: R. Gradinger & R. D. Issels

■ 11:50 - 12:05
Kindliche Tumoren - S. Burdach

■ 12:05 - 12:20
Knochentumoren - H. Rechl

■ 12:20 - 12:35
Weichteilsarkome - L. Lindner

12:50 - 13:10
Melanome - Vorsitz: W. Stolz & R. Hein

■ 12:50 - 13:05
Maligne Melanome - C. Berking

14:00 - 14:25
Ist Spiritual Care eine ärztliche Aufgabe?
T. Roser

14:25 - 14:45
Tumorregister München
Vorsitz: D. Hölzel & V. Nüssler

■ 14:25 - 14:40
Leistungen des Tumorregisters München für Versorgungszentren und Versorgungsforschung
G. Schubert-Fritschle

14:45 - 15:25
Urogenitale Tumoren
Vorsitz: J. Gschwend & C. G. Stief

■ 14:45 - 15:00
Nierenkarzinom - M. Staehler

■ 15:00 - 15:15
Blasenkarzinom - M. Retz

15:25 - 16:05
ZNS-Tumoren
Vorsitz: C. Lumenta & J. C. Tonn

■ 15:25 - 15:40
Glioblastom Grad IV - O. Schnell

■ 15:40 - 15:55
Aktuelle Aspekte in Diagnostik und Therapie der WHO Grad II Gliome - F. Kreth

16:30 - 16:50
Endokrine Tumoren
Vorsitz: H. Fürst & B. Göke

■ 16:30 - 16:45
Schilddrüsenkarzinom - C. Spitzweg

16:50 - 17:10
Lungentumoren - Vorsitz: R. Hatz

■ 16:50 - 17:05
Palliative systemische Therapie - R. M. Huber

17:10 - 18:00
Gastrointestinale Tumoren
Vorsitz: M. Ebert & V. Heinemann

■ 17:10 - 17:25
Pankreaskarzinom - H. Friess

■ 17:25 - 17:35
Gallenblasen-/gangskarzinome - J. Siveke

■ 17:35 - 17:50
Kolonkarzinom - S. Stintzing

18:00
Schlusswort - V. Nüssler

Impressum

TZM-News
ISSN: 1437-8019
© 2010 by Tumorzentrum München und
LUKON Verlagsgesellschaft mbH, München

Redaktion
Prof. Dr. med. Volkmar Nüssler (verantwortlich),
Anita Sauer, Hermann Werdling, Ludger Wahlers,
Anschrift wie Verlag

Anzeigen
Manfred Just (089-820737-0; M.Just@Lukon.de)
Anschrift wie Verlag

Herausgeber
Geschäftsführender Vorstand des Tumorzentrums München;
c/o Geschäftsstelle des Tumorzentrums München,
Pettenkoferstraße 8 a, 80336 München
Fon: 089-5160-2238, Fax: 089-5160-4787
tzmuenchen@med.uni-muenchen.de
www.tumorzentrum-muenchen.de

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

1. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. med. J. Gschwend, Direktor der urologischen
Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar

2. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. med. R. Gradinger, Ärztlicher Direktor
des Klinikums rechts der Isar der Technischen
Universität München

Geschäftsführender Sekretär
Prof. Dr. med. Ch. Peschel, Direktor der 3. Medizi-
nischen 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 (Anschrift wie Herausgeber)

Verlag
LUKON Verlagsgesellschaft mbH
Landsberger Straße 480 a, 81241 München
Fon: 089-820 737-0, Fax: 089-820 737-17
E-Mail: TZM-News@Lukon.de
www.lukon-verlag.de

Abonnement
Die TZM-News erscheint viermal jährlich zum Einzelpreis
von 4,00 €. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt
15,00 €. Die genannten Preise verstehen sich zuzüglich
Versandkosten: Inland 3,00 €; Ausland: 12,00 €. Die Bezugs-
dauer beträgt ein Jahr. Der Bezug verlängert sich automatisch
um ein weiteres Jahr, wenn das Abonnement nicht spätestens
sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekün-
digt wird.

Für Mitglieder des Tumorzentrums München ist der Bezug
der TZM-News im Mitgliedsbeitrag bereits enthalten.

Layout, Gestaltungskonzept und Illustration
Charlotte Schmitz, 42781 Haan

Bildnachweis
Titelseite rechts und Seite 4 oben rechts: wikipedia.de
Titelseite links, Seite 4 oben links, mitte: Charlotte Schmitz
Seite 5: Christian Straka, Schön Klinik Starnberger See
Seite 12: Roman-Herzog-Krebszentrum München

Druck
DDH GmbH, 40723 Hilden
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit An-
nahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung
sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nach-
druckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenban-
ken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und
Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist
ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufge-
forderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an
den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis,
die zugesandten Beiträge beziehungsweise Informationen in
Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten
geführt werden.

Auflage
2.500 Exemplare



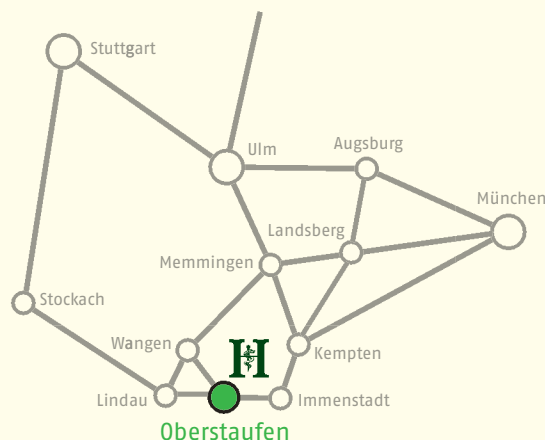
Eine Tumorerkrankung verändert das Leben des Betroffenen und der Angehörigen.

Die Schlossbergklinik im heilklimatischen Kurort Oberstaufen 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 Behandlungskonzept schließt auch kompetente sozialpädagogische und psychologische Betreuung ein.

Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians Universität München verfügt die Schlossbergklinik stets über modernste Diagnostik und Behandlungswege (u.a. Hyperthermie und Bestrahlung unter modernsten wissenschaftlichen Gesichtspunkten).

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



Schloßstraße 27-29
87534 Oberstaufen
Telefon: (08386) 701-0
Telefax: (08386) 701-718

Prof. Dr. med. Thomas Licht
Chefarzt Med. Onkologie
Ärztlicher Direktor
Telefon: (08386) 701-635

Dr. med. Eva-Maria Kalusche
Chefärztin Rehabilitation
Telefon: (08386) 701-633

Aufnahmesekretariat
Julia Schäfle
Telefon: (08386) 701-601

Ausführliches Informationsmaterial erhalten Sie unter unserer kostenlosen Hotline:
Telefon: 0800 486-24 63

HELIOS
Schlossbergklinik
Oberstaufen