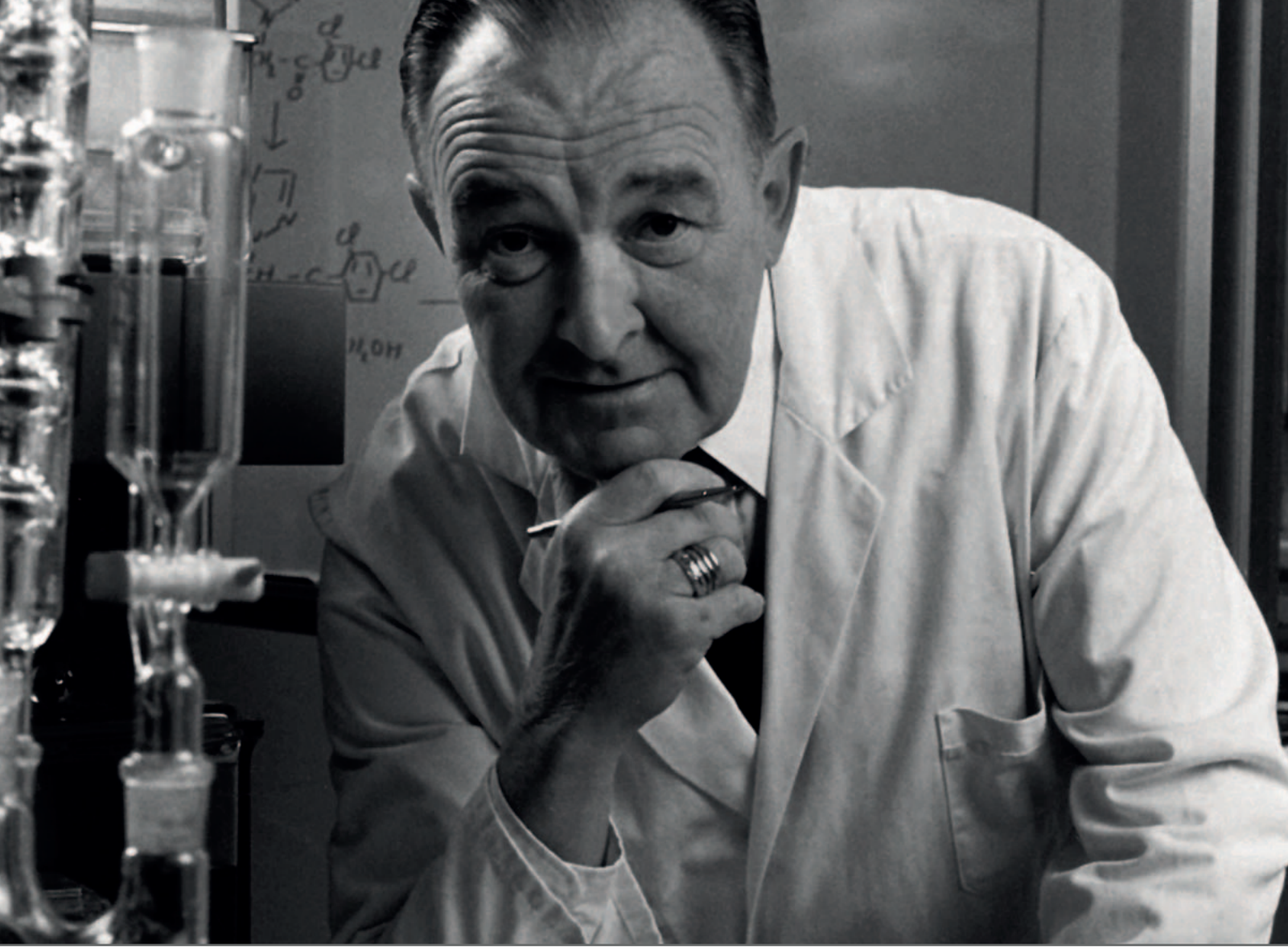
ISSN 1437-8019 · Einzelverkaufspreis 4,– €
Ausgabe 2 2011

TZM News

www.tumorzentrum-muenchen.de

- **Immunthrombozytopenie (ITP)**
  Behandlung mit Thrombopoietin-Rezeptor-Agonisten
- **Berichte von der ASCO-Jahrestagung 2011**
- **Krebsberatungsstelle am Tumorzentrum München**
  Unterstützung auch in ungewöhnlichen Fällen
- **Rudern gegen Krebs und Infarkt**
  Benefizregatta auf dem Starnberger See

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



Dr. Paul Janssen, Forschungsarzt

(zukunftsarbeit)

Patienten vertrauen auf uns.

Als forschender Arzneimittelhersteller entwickeln wir Medikamente und Therapien und richten den Fokus besonders auf fünf bedeutende medizinische Bereiche: Neurologie, Infektiologie, Onkologie, Immunologie und Metabolismus. Fast der Substanzen aus der Janssen-Forschung stehen auf der Liste der Unverzichtbaren Arzneimittel der WHO. Forschung bedeutet aber mehr als die Suche nach neuen Substanzen. Als unabhängiger Gestalter im Gesundheitswesen arbeiten wir aktiv an einer patientenbezogenen Gesundheitsversorgung mit und entwickeln neue Konzepte zur Verbesserung der Behandlung – zum Wohle von Patienten und Angehörigen, sowie Ärzten und allen an der Versorgung Beteiligten.

Janssen-Cilag GmbH

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

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

Liebe Leserin, lieber Leser,

„und jedem Ende wohnt ein Anfang inne“ – das haben wir in Anlehnung an Hermann Hesses berühmtes Gedicht spontan gedacht, als wir die Einladung von Reiner Gradinger zu seiner akademischen Abschiedsvorlesung erhielten. In der Tat hat der langjährige Vorsitzende des geschäftsführenden TZM-Vorstands seine Laufbahn als Forscher und akademischer Lehrer beendet – aber, und das ist typisch für Reiner Gradinger, er hält sich nicht lange auf mit dem, was gewesen ist und widmet sich stattdessen seinem bisherigen „Nebenjob“ mit voller Kraft: Seit dem 1. Juli dieses Jahres ist er hauptamtlicher Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.

Das Tumorzentrum München hat dem national und international renommierten Orthopäden viel zu verdanken. Er hat das TZM stets als gemeinsame Klammer zwischen den großen Kliniken dieser Stadt begriffen und viele Impulse zur Weiterentwicklung gegeben. In seine Amtszeit fiel das groß gefeierte 30jährige Jubiläum des TZM. Er hat auch im alltäglichen Geschäft vieles hinterfragt und neu geordnet. Seine analytischen Fähigkeiten und seine Entschlusskraft zeichnen ihn aus und haben uns immer wieder sehr beeindruckt.

Auch wenn er nun keine direkte Verantwortung für Patienten mehr hat: das Klinikum rechts der Isar wird von seinen Qualitäten weiter enorm profitieren. Wir wünschen Reiner Gradinger von Herzen, dass er Freude hat an seiner neuen Aufgabe, und zwar ganz im Sinne von Hermann Hesse:

Der Weltgeist will nicht
fesseln uns und engen,
Er will uns Stuf' um Stufe
heben, weiten.

Herzlichst Ihre

Karl-Walter Jauch

Volkmar Nüssler

Schwerpunkt

Therapie der Immunthrombozytopenie (ITP)
Erhard Hiller 4

Kongresse | ASCO-Jahrestagung 2011

Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten
Carola Riedner 8

Auf Substanzsuche beim hepatozellulären Karzinom (HCC)
Frank Kolligs 10

Panorama

Anita Sauer geht in den Ruhestand 12

Neuer Inhaber des Lehrstuhls für Kinder- und Jugendmedizin an der LMU 12

PD Dr. Robert Rosenberg mit von-Langenbeck-Preis ausgezeichnet 12

Neuer Chef-Onkologe im Klinikum Schwabing 13

Neue Manuale des Tumorzentrums München 13

Rudern gegen Krebs und Infarkt ein voller Erfolg 15

Krebsberatung

Fallbeispiel: Frau W. leidet seit 2003 an einem Hirntumor 14

Projektgruppen

Alle Projektgruppen im Überblick 15

Impressum 15

Immunthrombozytopenie (ITP)

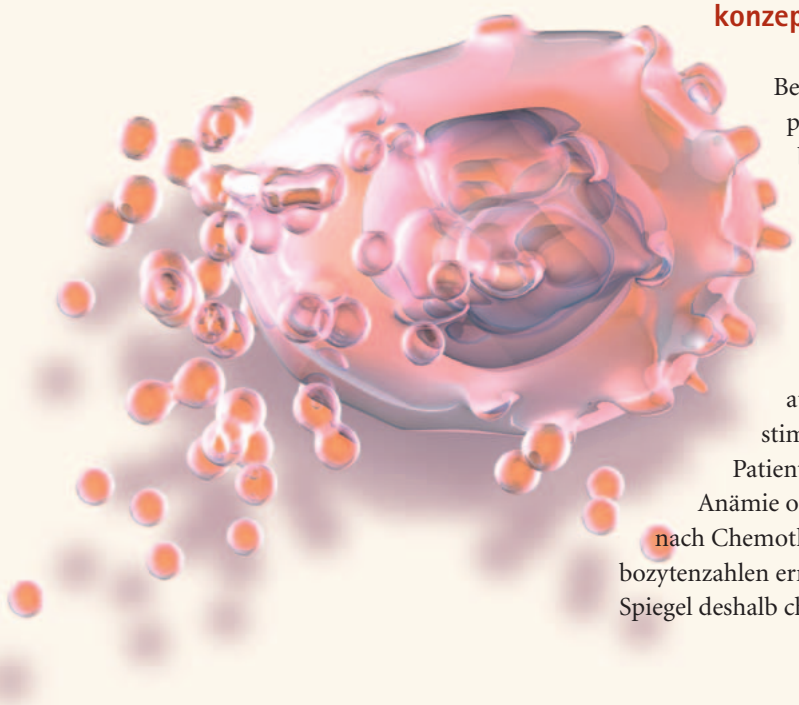
Behandlung mit Thrombopoietin-Rezeptor-Agonisten

Erhard Hiller, Hämato-onkologische Praxis an der Winthirstraße, München

Erniedrigte Thrombozytenkonzentrationen bei ansonsten meist gesunden Individuen: das ist das charakteristische Merkmal der Immunthrombozytopenie (ITP), einer Autoimmunerkrankung, die entweder zufällig oder – in schweren Fällen – aufgrund von Blutungen diagnostiziert wird. Definitionsgemäß handelt es sich um eine isolierte Thrombozytopenie, die keiner anderen Ursache oder Begleiterkrankung zuzuordnen ist.

Zu den Autoimmunerkrankungen gehört die ITP, weil sich bei etwa 60 bis 80 Prozent der Patienten Autoantikörper gegen Epitope der Glykoproteinrezeptoren Ib und IIb/IIIa auf der Plättchenoberfläche nachweisen lassen. Derart antikörperbeladene Thrombozyten werden von Makrophagen phagozytiert und überwiegend in der Milz, aber auch vom retikoendothelialen System (RES) an anderen Orten vorzeitig abgebaut. Zusätzlich zu diesem vorzeitigen Thrombozytenabbau kommt es bei der ITP auch zu einer Beeinträchtigung der Thrombopoese; denn die Autoantikörper hemmen auch die Reifung der Megakaryozyten im Knochenmark.

Stimulierung der Megakaryozytopoese als Behandlungskonzept



Bei der Megakaryozytopoese und damit auch bei der Plättchenproduktion spielt Thrombopoietin (TPO) eine entscheidende Rolle. Es bindet an den c-MPL-Rezeptor (synonym: TPO-Rezeptor) auf Megakaryozyten und stimuliert sie dadurch. Bei Patienten mit aplastischer Anämie oder auch bei Zuständen nach Chemotherapie sind die Thrombozytenzahlen erniedrigt und die TPO-Spiegel deshalb charakteristischerweise erhöht. Bei ITP-Patienten dagegen bewegen sich die TPO-Spiegel im normalen Rahmen oder sie sind allenfalls leicht erhöht und das trotz der erniedrigten Thrombozytenzahlen. Dieser Zustand wird deshalb häufig als relativer Thrombopoietin-Mangel bezeichnet.

Die ITP lässt sich durch die Stimulierung der Megakaryozytopoese günstig beeinflussen, genauer durch die Applikation beziehungsweise Einnahme von Thrombopoietin-Rezeptor-Agonisten (TRA). Im Februar 2009 wurde Romiplostim und im März 2010 Eltrombopag in Deutschland zur Behandlung der ITP zugelassen.

Romiplostim, ein artifizielles Fusionsprotein

Der TRA Romiplostim (Nplate®) ist ein Fc-Peptid- Fusionsprotein. Es besteht aus vier Peptid-enthaltenden Domänen, die an den TPO-Rezeptor (auch als c-MPL-Rezeptor bezeichnet) binden und dort agonistisch wirken, sowie aus einer Träger-Fc-Domäne eines Immunglobulins, welches an den FcRn-Rezeptor bindet (Abb. 1). Durch diese Bindung verlängert sich die Halbwertzeit der Substanz in der Zirkulation.

In einer zulassungsrelevanten Phase-III-Studie wurden je 63 splenektomierte und 62 nicht-splenektomierte ITP-Patienten im Verhältnis 2:1 randomisiert, um entweder Romiplostim oder Plazebo über die Dauer von 24 Wochen zu erhalten.

Die Plättchenzahl sollte auf einen Bereich zwischen 50.000 und 200.000/µl eingestellt werden. Die Ansprechrate (dauerhaft oder vorübergehend) lag für splenektomierte Patienten bei 79 Prozent und für nicht-splenektomierte Patienten bei 88 Prozent. Die durchschnittliche Ansprechrate über alle Patienten betrug damit 83 Prozent.

Wenn die Thrombozytenzahlen in sechs der vorangegangenen acht Wochen über 50.000/µl lagen, war der Response definitionsgemäß dauerhaft. Das war bei 49 Prozent der mit Romiplostim behandelten Patienten, aber bei keinem der mit Plazebo behandelten Patienten der Fall. Bei den meisten Romiplostim-Patienten konnte eine zusätzliche ITP-Therapie ganz abgesetzt oder reduziert werden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe nahmen auch mittlere und schwerere Blutungskomplikationen signifikant ab.

Dosierung und Art der Anwendung von Romiplostim

Romiplostim wird als subkutane Injektion einmal pro Woche verabreicht. Die Dosis wird der Thrombozytenzahl angepasst. Die initiale Dosis sollte 1 µg/kg Körpergewicht (KG) betragen. In wöchentlichen Schritten sollte die Dosis um 1 µg/kg KG erhöht werden, um eine Plättchenzahl von > 50.000/µl zu erreichen, bei der mit keinen weiteren Blutungsepisoden zu rechnen ist. Die Höchstdosis darf 10 µg/kg KG nicht überschreiten.

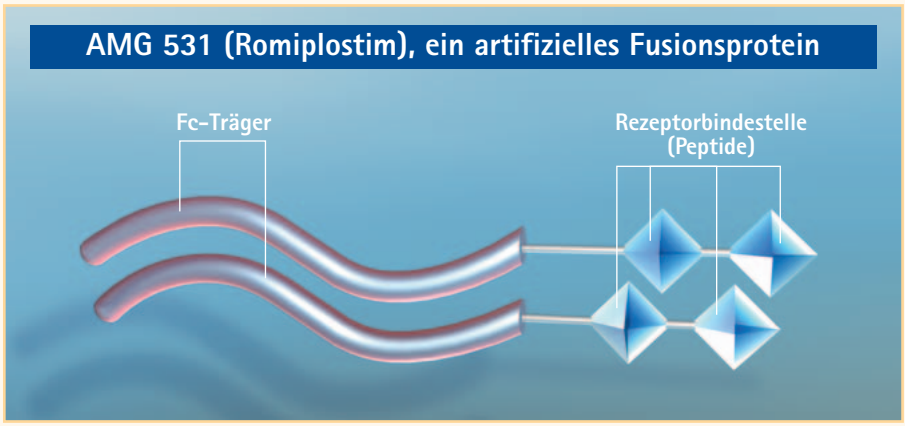


Abb. 1: Struktur von Romiplostim: Es besteht aus zwei Domänen, einer Peptid-Domäne, die an den TPO-Rezeptor bindet und einem Antikörper-Träger (Fc-Fragment)

Das Nichtpeptid Eltrombopag ist oral einzunehmen

Eltrombopag (Revolade®), ein Nichtpeptid, ist ein oral einzunehmendes *small molecule* mit den Eigenschaften eines Thrombopoietin-Rezeptor-Agonisten (TRA). Es bindet selektiv an die Transmembran-Domäne des menschlichen TPO-Rezeptors auf der Oberfläche der Thrombozyten, Megakaryozyten und Megakaryozyten-Vorläuferzellen. Hier interagiert es über die JAK/STAT-Signalkaskade (Janus Kinase/Signal Transducer and Activator of Transcription) in ähnlicher Weise wie das endogene Thrombopoietin, wodurch die Proliferation und Differenzierung der Megakaryozyten aus den Vorläuferzellen im Knochenmark induziert wird.

Die Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit von Eltrombopag wurde im Rahmen eines klinischen Entwicklungsprogramms bei annähernd 500 Patienten mit chronischer ITP geprüft. Zum Zeitpunkt der Zulassung erhielten 277 Patienten Eltrombopag mindestens 6 Monate lang, wobei 299 Patienten im Rahmen der bis Februar 2010 ausgewerteten EXTEND-Studie bis zu dreieinhalb Jahren weiterbehandelt wurden.

Anzeige

Colloquium Senologie 2011

Herausgegeben von Michael Untch, Christoph Thomssen und Serban-Dan Costa
Ein Mammakarzinom-Kompendium auf dem Stand des ASCO 2011

Selektieren, beschreiben und einordnen: Das sind die drei Prinzipien, von denen sich die Macher dieses neuen Buches haben leiten lassen. In 16 Kapiteln beschreiben erfahrene Autoren das, was Ärzte wissen sollten, die Patientinnen mit Mammakarzinom behandeln. Histopathologie, Immunhistochemie und Intrinsic Typing gehören genauso dazu wie prädiktive und prognostische Faktoren bei der Therapieentscheidung. Selbstverständlich sind alle Therapieverfahren von Chirurgie über Strahlentherapie und medikamentöser Therapie in der (neo)adjuvanten und in der metastasierten Situation enthalten. Der Stand der Information zu all diesen Themen ist die ASCO-Jahrestagung 2011 in Chicago.

Agileum

ca. 290 Seiten · durchgängig vierfarbig
ISBN 978-3-939415-10-7 · Buchhandelspreis: 29,50 €
Agileum Verlags GmbH, München
Bestellung per Fax: 089-720 737 28

In der 2008 abgeschlossenen RAISE-Studie mit insgesamt 197 Patienten (kontrolliert, doppelblind, Randomisierung 2:1) erreichten etwa 80 Prozent der Patienten eine Thrombozytenzahl zwischen 50.000 und 400.000/µl. Klinisch bedeutsame Grad-2 bis Grad-4-Blutungen verringerten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant. Signifikant mehr Patienten als in der Kontrollgruppe konnten ihre zusätzliche ITP-Therapie absetzen oder reduzieren.

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied, zwischen splenektomierten und nicht-splenektomierten Patienten. Zwei Wochen nach Absetzen von Eltrombopag fielen die Thrombozytenwerte wieder auf die Ausgangswerte ab. Die REPEAT-Studie schließlich zeigte, dass es auch nach dreimaligem Absetzen immer wieder erneut zum Anstieg der Thrombozytenzahlen kam.

Dosierung und Art der Anwendung von Eltrombopag

Die empfohlene Anfangsdosis für Eltrombopag beträgt einmal 50 mg/d, für Patienten ostasiatischer Herkunft 25 mg/d. Nach Beginn der Behandlung sollte die Dosis so angepasst werden, dass eine Thrombozytenzahl von mehr als 50.000/µl erreicht wird. Je nach Ansprechen kann die Dosis bis auf 75 mg/d angehoben oder bis auf 25 mg/d reduziert werden.

Eltrombopag wird täglich oral eingenommen. Mindestens vier Stunden vor und nach der Eltrombopag-Einnahme muss die Aufnahme von Kalzium und von anderen polyvalenten Kationen vermieden werden, da es mit diesen Komplexe bildet. Milchprodukte, Antazida sowie Mineralergänzungsmittel, die Kalzium, Eisen, Magnesium, Aluminium, Selen oder Zink enthalten, sind in dieser Zeit deshalb tabu.

Indikation und Zulassungsstatus der TRA

Die Zulassung beider Präparate erfolgte für splenektomierte Patienten, die auf andere Behandlungsformen wie die Kortikosteroid- oder Immunglobulintherapie nicht mehr ansprechen. Die TRA können in der Zweitlinientherapie auch zur Behandlung von nicht-splenektomierten Erwachsenen in Betracht gezogen werden, wenn Kontraindikationen zur Splenektomie bestehen. Die TRA eignen sich nicht zur Akuttherapie der ITP, da es frühestens nach ein bis zwei Wochen zum Wirkungseintritt kommt.

Daten beziehungsweise Erfahrungen zur Exposition bei Schwangeren fehlen bislang. Daher ist die Anwendung von Eltrombopag während der Schwangerschaft kontraindiziert. Frauen im gebärfähigen Alter sollten beide Präparate nur bei gleichzeitiger Schwangerschaftsverhütung verordnet bekommen.

Nebenwirkungen und Risiken der TRA

Die häufigsten Nebenwirkungen beider TRA sind **Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen**. Dies sind Nebenwirkungen, die auch bei der Behandlung mit anderen Zytokinen häufig gesehen werden. Sie treten in den ersten Wochen vermehrt auf, lassen jedoch mit der Zeit nach.

Nach der Einnahme von Eltrombopag wurde über **Leberwerterhöhungen** berichtet. In klinischen Studien zeigten sich Anstiege der Transaminasen und des Bilirubins im Serum. Diese Befunde waren meist schwach ausgeprägt (Grad 1-2), reversibel und nicht von klinischen Symptomen begleitet. GPT, GOT und Bilirubin im Serum sollten vor Beginn der Behandlung mit Eltrombopag, während der Dosiseinstellungsphase alle zwei Wochen und nachfolgend einmal monatlich kontrolliert werden. Das Medikament sollte abgesetzt werden, wenn die GOT-Werte den oberen Grenzwert um mehr als das Dreifache überschreiten.

Sowohl unter der Behandlung mit Romiplostim als auch mit Eltrombopag wurden **Thrombosen** beobachtet. Retrospektive Studien haben jedoch gezeigt, dass ITP-Patienten auch ohne Thrombopoietin-Rezeptor-Agonisten ein erhöhtes Thromboserisiko tragen, insbesondere nach Splenektomie.

Es liegen Einzelbefunde vor, die bei einigen wenigen Patienten eine **leichtgradige Retikulinfaser-Vermehrung** im Knochenmark beschreiben. Aufgrund der bisher nur sehr begrenzten Daten ist es nicht möglich abzuschätzen, ob die Dauertherapie mit Thrombozyten-Wachstumsfaktoren eine Knochenmarksfibrose auslösen kann. Bislang existieren keine Daten, die belegen, dass eine Therapie mit TRA zu einem myeloproliferativen Syndrom geführt hat.

Bei einem einzigen mit Romiplostim behandelten Patienten wurden bisher **neutralisierende Anti-Romiplostim-Antikörper** nachgewiesen, die nach Absetzen des Präparats wieder verschwanden. Für Eltrombopag ist ein solches Phänomen bisher noch nicht beschrieben.

Fazit

Die Behandlung mit beiden TRA ist sehr kostenintensiv. Allerdings bieten beide Präparate die Chance, therapierefraktäre und hochgefährdete ITP–Patienten erfolgreich zu behandeln, was einem Quantensprung in der ITP-Behandlung gleichkommt. Bei den im Rahmen des Entwicklungsprogramms der TRA zur Durchführung kommenden klinischen Studien handelte es sich weltweit um die ersten und einzigen Phase-III-Studien zur medikamentösen Therapie der ITP.

Weiterführende Übersichten

Hiller E. Thrombopoetin-Rezeptorantagonisten zur Therapie der Immunthrombozytopenie. Arzneimitteltherapie 2010; 28:184-190

Matzdorff A, Giagounidis A, Greinacher et al. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Immunthrombozytopenien. Onkologie 2010; 33(Suppl 3):2-20

Als anerkanntes onkologisches Kompetenzzentrum hat die Klinik Bad Trissl mehr als 40 Jahre Erfahrung in der Behandlung von an Krebs erkrankten Menschen. Es werden alle diagnostischen und therapeutischen Geräte, Einrichtungen und Therapiemöglichkeiten auf höchstem technischem und wissenschaftlichem Niveau vorgehalten, welche in der modernen konservativen Onkologie zum Einsatz kommen.

Spezialisierte medizinische Behandlung und vorbildliche menschliche Begleitung.

Das Leistungsspektrum der Klinik Bad Trissl

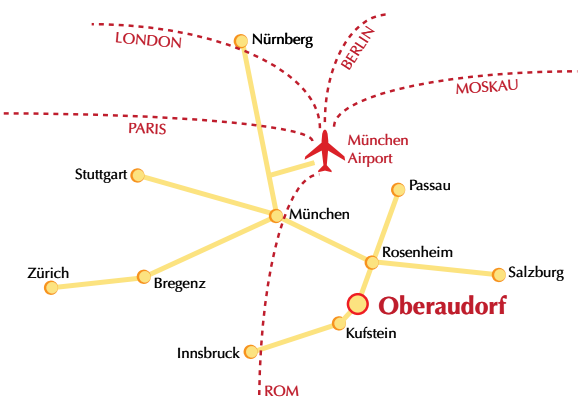
- Vorsorge u. Früherkennung: www.onkocheck.de
- Radiologie: konv. Röntgen, Mammographie, CT u. MRT
- medikamentöse Therapien wie Chemo-, Immun-, Hormon- u. Antikörpertherapie
- Strahlentherapie
- Regionale Tiefenhyperthermie
- Moderne Kombinationsbehandlungen aus Hyperthermie, Chemo- und Strahlentherapie
- Schmerztherapie
- Geriatrie
- Palliativmedizin
- Stomatherapie
- Medizinische Rehabilitation
- Physiotherapie, physikalische Therapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie, Logopädie
- Ernährungsmedizin
- Kunsttherapie
- Psychologie / Psychoonkologie
- Zweite Meinung

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. Zum Leistungsspektrum der Klinik Bad Trissl zählen neben den Therapieformen auch Vorsorgeprogramme zur frühen Erkennung einer Krebserkrankung. Die Klinik ist somit ein onkologisches Kompetenzzentrum mit umfassender Behandlung 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 um Behandlungsverfahren.



ONKOLOGISCHES KOMPETENZZENTRUM OBERAUDORF

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

Spezifisch
Menschlich
Wirkungsvoll

KLINIK Bad Trissl

ASCO Jahrestagung 2011

Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten

Carola Riedner, Projektgruppe Psycho-Onkologie im Tumorzentrum München

Zwei Studien waren aus psycho-onkologischer Sicht bei der ASCO-Jahrestagung besonders interessant: Untersuchungen zu den Bedürfnissen junger Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen sowie zur Prävalenz psychosozialer Belastungen von Patienten in ländlicher Umgebung.

J.S. Smith und Kollegen befragten 290 Patienten einer ländlichen onkologischen Ambulanz anhand des Distress-Thermometers (DT) und der Problems List des *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) nach ihren spezifischen psychosozialen Belastungen (Abstract 9114).

268 Patienten füllten den Fragebogen vollständig aus, der Durchschnittswert auf dem DT betrug 4,18. Nahezu die Hälfte der Patienten (46 Prozent) gab auf der Skala von 1 bis 10 einen Wert von 5 oder höher an. Allerdings nahm nur jeder zehnte dieser Patienten das Angebot wahr ein von der Ambulanz getrenntes spezialisiertes Wellness-Center aufzusuchen. 60 Prozent dieser Patienten nutzte allerdings einen in der Ambulanz selbst angebotenen Psychoedukationskurs. Sie berichteten über eine merkliche Abnahme ihrer psychosozialen Belastung. Insgesamt lag die Belastung dieser Patienten aus ländlicher Umgebung höher als bei städtischen Patienten. Dennoch sind logistische Probleme wie unzureichende Transportmöglichkeiten oder zu große Entfernungen offenbar relevante Hindernisse bei der Wahrnehmung von Interventionsmaßnahmen.

Spezielle Bedürfnisse junger Krebspatienten

Nachdem das Nationale Krebsinstitut der USA die besondere Last der Krebserkrankung bei jungen Erwachsenen anerkannt und zielgerichtete Angebote für deren Bedürfnisse gefordert hatte, stellte sich die Forschergruppe um K.M. Trevino der Aufgabe, die psychosoziale Befindlichkeit dieser Patientengruppe überhaupt einmal zu erheben (Abstract 9068).

Mithilfe strukturierter Interviews prüften die Untersucher bei 40 Patienten mit fortgeschrittenem Krebs im Alter von 20 bis 40 Jahren, wie Lebensqualität, Suizidgedanken und ein Zerbrechen des beruflichen, sozialen und familiären Lebens zusammenhängen. Um die wichtigsten Merkmale zu identifizieren, wurden alle drei Faktoren zunächst zweidimensional mit unabhängig erhobenen Werten für Kummer, Psychopathologie, Akzeptanz der Erkrankung, therapeutisches Bündnis zwischen Patient und Onkologe, soziale Unterstützung und Bewältigungsstrategien korreliert, um dann jeweils einer multivarianten Analyse unterzogen zu werden.

Weniger Kummer und mehr soziale Unterstützung lassen im Ergebnis eine bessere Lebensqualität erwarten, während ein stärkeres Maß an Kummer vermehrte Suizidgedanken und weniger Akzeptanz der Erkrankung mehr Zerrüttung des Lebens voraussagen können. Klinische Interventionen, die Kummer reduzieren, Akzeptanz der Erkrankung begünstigen und die soziale Unterstützung fördern, gehen demzufolge am besten auf die speziellen psychosozialen Bedürfnisse junger Erwachsener mit schwerwiegenden Krebserkrankungen ein.

Dr. med. Carola Riedner ist Ärztin und Psycho-Onkologin. Sie ist Mitglied der Projektgruppe Psycho-Onkologie am TZM und Mitarbeiterin der Krebsberatungsstelle am Tumorzentrum München.

www.bendalis.com

Bendalis
Immer für Sie da

Bendalis GmbH · Keltenring 17 · 82041 Oberhaching · Tel.: 089/45 08 08 78-0

ASCO Jahrestagung 2011

Auf Substanzsuche beim hepatozellulären Karzinom (HCC)

Frank Kolligs *Medizinische Klinik und Poliklinik II des Klinikums der Universität München, Campus Großhadern*

Ist der Einsatz von Sorafenib bei HCC-Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion zu rechtfertigen? Was bringt der kombinierte Einsatz der transarteriellen Chemoembolisation und Sorafenib? Gibt es neue wirksame Substanzen zur HCC-Behandlung? Auf diese Fragen sollte die ASCO-Jahrestagung 2011 Antworten geben.

Die zweite Interimsanalyse von GIDEON (*Global Investigation of Therapeutic Decisions in Hepatocellular Carcinoma and of its Treatment with Sorafenib*) umfasste 1.612 Patienten mit fortgeschrittenem HCC, die mit Sorafenib behandelt wurden (Abstract 4001). Die Leberfunktion von 61 Prozent der Patienten war nach Child-Pugh (CP) als CP-A einzuordnen, 23 Prozent gehörten zur CP-B-Gruppe und 2 Prozent zur CP-C-Gruppe. Mediane Behandlungsdauer und medianes Gesamtüberleben betrugen für CP-A-Patienten 14 beziehungsweise 10,3 Monate, für CP-B-Patienten 9 beziehungsweise 4,8 Monate und für CP-C-Patienten 4 beziehungsweise 2 Monate.

Sorafenib bei CP-B-Patienten nicht generell empfehlenswert

CP-B-Patienten litten zwar nicht unter mehr Sorafenib-assoziierten Nebenwirkungen, bei ihnen war aber eine Verschlechterung der Leberfunktion zu verzeichnen. Die GIDEON-Interims-Analyse bestätigt die in der Phase-III-SHARP-Studie beschriebenen Ergebnisse hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungsprofil bei CP-A-Patienten.

In der GIDEON-Studie wird erstmals über eine größere Serie von CP-B-Patienten berichtet. Zumindest bei kompensierter CP-B-Zirrhose scheint der Einsatz von Sorafenib relativ sicher zu sein. Ein genereller Einsatz von Sorafenib ist aber aufgrund der häufigen Leberfunktions-Verschlechterungen bei CP-B-Patienten nicht zu rechtfertigen.

Sorafenib plus TACE gut verträglich

Die Ergebnisse der deutschen SOCRATES-Studie (*Sorafenib plus TACE for treatment of advanced HCC*) belegen die gute Verträglichkeit der Kombination von Sorafenib und transarterieller Chemoembolisation (TACE) bei bei 43 Patienten (Abstract 4107).

Beachtenswert in der Auswertung nach EASL-Kriterien sind die vergleichsweise hohen Ansprechraten: 7 Prozent komplettes (CR) und 41,9 Prozent partielles (PR) Ansprechen. Das mediane Gesamtüberleben betrug 18,7 Monate und die mediane Zeit bis zur Progression (TTP) 17,5 Monate. Im Vergleich mit aktuellen Studien zur TACE als Monotherapie deutet sich in dieser einarmigen Studie eine deutlich stärkere Wirksamkeit in der Kombination an. Vor einem Einsatz der Kombination in der klinischen Routine sind aber die Ergebnisse der direkten Vergleichsstudie SPACE (*Sorafenib or placebo in combination with transarterial chemoembolization for intermediate-stage hepatocellular carcinoma*) abzuwarten.

Sorafenib ist Sunitinib überlegen

Eine Phase-III-Studie zum direkten Vergleich von Sunitinib und Sorafenib bei Patienten mit fortgeschrittenem HCC hatte nach Rekrutierung von 1.047 Patienten wegen erhöhter Toxizität im Sunitinib-Arm abgebrochen werden müssen. Die Endergebnisse wurden auf dem ASCO vorgestellt (Abstract 4000). Es zeigte sich ein signifikant besseres medianes Gesamtüberleben unter Sorafenib mit 10,2 Monaten versus 7,9 Monaten unter Sunitinib. Allerdings ergab sich in Subgruppenanalysen, dass das Gesamtüberleben bei Patienten mit Hepatitis-B-Virus für beide Medikamente ähnlich (7,6 versus 8 Monate) war, bei Patienten mit Hepatitis-C-Virus aber deutlich zugunsten von Sorafenib lag (9,2 versus 17,6 Monate). Die TTP unterschied sich nicht signifikant. Unter Sunitinib wurden insbesondere mehr hämatologische Nebenwirkungen dokumentiert.

Schließlich ergab eine retrospektive Analyse von 210 Patienten (Abstract 4033), die bei inoperablem HCC mit Gemcitabin plus Oxaliplatin behandelt wurden (75 Prozent CP-A, 21 Prozent CP-B, 4 Prozent CP-C), dass mit dieser Option ein medianes Gesamtüberleben von 11 Monaten erreicht werden kann. In 22 Prozent der Fälle fand sich ein CR oder PR, so dass 10 Patienten sekundär kurativ operiert und 5 Patienten lokal interventionell behandelt werden konnten. In 44,1 Prozent war es zu Grad-3- und Grad-4-Toxizitäten gekommen.

Fazit: Sorafenib bleibt Standard beim fortgeschrittenen HCC

Sorafenib bleibt weiter der Standard in der Behandlung des fortgeschrittenen, nicht chirurgisch und nicht interventionell behandelbaren HCC. Sunitinib stellt nach Vorliegen der Phase-III-Studie keine Alternative zu Sorafenib dar. Weitere laufende prospektive Studien müssen den Stellenwert von Chemotherapie und neuen Substanzen beim HCC vor deren Einführung in die klinische Routine klären.

Der einzige orale Thrombopoetin-Rezeptoragonist

für Patienten mit chronischer Immunthrombozytopenie (ITP)*

Mit dem Komfort einer oralen Dosierung die Thrombozytenzahl dauerhaft und stabil erhöhen.[1]

REVOLADE®
(eltrombopag olamine)

Der orale Thrombozyten-Generator

*** Revolade® ist für die Behandlung erwachsener, splenektomierter Patienten mit chronischer immun (idiopathischer)-thrombozytopenischer Purpura (ITP) indiziert, die gegenüber anderen Therapien refraktär sind (z. B. Kortikosteroide, Immunglobuline). Die Anwendung von Revolade® kann als Zweitlinien-Therapie für erwachsene, nicht splenektomierte Patienten in Betracht gezogen werden, für die eine Operation kontraindiziert ist.**

Revolade® 25 mg / 50 mg Filmtabletten

Wirkstoff: Eltrombopag. **Zusammensetzung:** Jede 25 mg Filmtablette enthält Eltrombopagdi(olamin), entspr. 25 mg Eltrombopag. Jede 50 mg Filmtablette enthält Eltrombopagdi(olamin), entspr. 50 mg Eltrombopag. Sonst. Best.: Tablettenkern: Magnesiumstearat, Mannitol (E 421), Mikrokristalline Cellulose, Povidon (K30), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A). Filmüberzug: 25 mg Filmtabletten: Hypromellose, Macrogol (400), Polysorbat 80, Titandioxid (E171); 50 mg Filmtabletten: Hypromellose, Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E 172), Macrogol (400), Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Revolade ist für die Behandlung erwachsener, splenektomierter Patienten mit chronischer immun (idiopathischer)-thrombozytopenischer Purpura (ITP) indiziert, die gegenüber anderen Therapien refraktär sind (z. B. Kortikosteroide, Immunglobuline). Die Anwendung von Revolade kann als Zweitlinien-Therapie für erwachsene, nicht splenektomierte Patienten in Betracht gezogen werden, für die eine Operation kontraindiziert ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Eltrombopag od. einen der sonst. Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Kopfschmerzen. *Häufig:* Schlaflosigkeit, Parästhesie, Katarakt, Augentrockenheit, Übelkeit, Durchfall, Verstopfung, Oberbauchbeschwerden, erhöhte Alanin-Aminotransferase-Werte, erhöhte Aspartat-Aminotransferase-Werte, Hyperbilirubinämie, abnormale Leberfunktion, Hautausschlag, Juckreiz, Haarausfall, Arthralgie, Myalgie, Muskelkrämpfe, Knochenschmerzen, Fatigue, peripheres Ödem. *Gelegentlich:* Pharyngitis, Harnwegsinfektionen, Influenza, Nasopharyngitis, Herpes im Mund-Rachen-Raum, Pneumonie, Sinusitis, Tonsillitis, Infektion der oberen Atemwege, Rektosigmoidales Karzinom, Anämie, Anisozytose, Eosinophilie, hämolytische Anämie, Leukozytose, Myelozytose, Thrombozytopenie, erhöhte/erniedrigte Hämoglobin-Werte, erhöhte Zahl stabkerniger Granulozyten, Anwesenheit von Myelozyten, Thrombozytose, Leukozytopenie, Überempfindlichkeit, Anorexie, Hypokaliämie, Appetitlosigkeit, verstärkter Appetit, Gicht, Hypokalzämie, Hyperurikämie, Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen, Apathie, veränderter Gemütszustand, Traurigkeit, Schwindel, Dysgeusie, Hypoästhesie, Schläfrigkeit, Migräne, Tremor, Gleichgewichtsstörungen, Dysästhesie, Hemiparese, Migräne mit Aura, periphere sensorische Neuropathie, Sprachschwierigkeiten, toxische Neuropathie, vaskuläre Kopfschmerzen, verschwommene Sicht, Linsentrübung, Astigmatismus, kortikaler Katarakt, Bindehautblutungen, Augenschmerzen, erhöhte Tränensekretion, Netzhautblutung, retinale Pigmentepitheliopathie, verringerte Sehschärfe, abnormale Tests auf verringerte Sehschärfe, Blepharitis, Keratokonjunktivitis sicca, Ohrenschmerzen, Schwindel, Tachykardie, akuter Herzinfarkt, Herz-Kreislauf-Störungen, Zyanose, Palpitationen, Sinustachykardie, verlängertes QT-Intervall im EKG, tiefe Venenthrombose, Bluthochdruck, Embolie, Hitzewallungen, oberflächliche Thrombophlebitis, Hautrötungen, Hämatome, Epistaxis, Lungenembolie, Lungeninfarkt, Husten, nasale Beschwerden, oropharyngeale Bläschenbildung, oropharyngeale Schmerzen, Nasennebenhöhlenbeschwerden, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Bauchbeschwerden, Blähbauch, Mundtrockenheit, Dyspepsie, Erbrechen, Bauchschmerzen, Zahnfleischbluten, Glossodynie, Hämorrhoiden, Blutungen im Mund, Bauchdeckenspannung, verfärbter Stuhl, Blähungen, Lebensmittelvergiftung, häufiger Stuhlgang, Hämatemesis, unangenehmes Gefühl im Mund, Cholestase, Leberläsion, Hepatitis, Hautblutungen, Hyperhidrose, generalisierter Juckreiz, Nesselsucht, Dermatose, Petechien, Angstschweiß, Erythem, Melanose, Nachtschweiß, Pigmentstörungen, Hautverfärbung, Hautschuppung, Gesichtsschwellung, Muskelschwäche, Schmerzen in den Extremitäten, Gefühl der Schwere, Nierenversagen, Leukozyturie, Lupusnephritis, Nykturie, Proteinurie, erhöhte Blutharnstoff-Werte, erhöhte Serum-Kreatinin-Werte, erhöhtes Protein/Kreatinin-Verhältnis im Urin, Brustschmerzen, Hitzewallungen, Schmerzen, Blutung an **der Einstichstelle, Asthenie, inneres Unruhegefühl, unbestimmte Beschwerden, Wundentzündungen, grippeartige Erkrankung, Unwohlsein, Schleimhautentzündung, nicht kardial bedingte Brustschmerzen, Fieber, Fremdkörpergefühl,** erhöhte Serum-Albuminwerte, erhöhte alkalische Phosphatase-Werte im Blut, erhöhtes Gesamtprotein, Gewichtszunahme, verminderte Serum-Albuminwerte, erhöhter pH-Wert des Urins, Prellungen, Sonnenbrand. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** 14 und 28 Filmtabletten zu je 25 mg und 50 mg. **Verschreibungspflichtig. Stand:** März 2010.

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München, www.GlaxoSmithKline.de

1. Cheng G et al. Lancet 2011; 377: 393–402

MED INFO & SERVICE CENTER

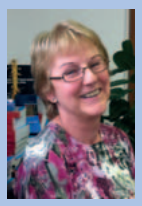
Mo.-Fr. 8-20 Uhr (gebührenfrei)
Tel. 0800 1 22 33 55 e-mail: service.info@gsk.com
Fax 0800 1 22 33 66 e-mail: medizin.info@gsk.com

gsk GlaxoSmithKline Oncology

Konsil-Termine für Bad Trissl

In der Klinik Bad Trissl finden in diesem Jahr noch drei interdisziplinäre onkologische Konsil-Sitzungen statt.

Die Veranstaltungen beginnen jeweils um 14.00 Uhr s. t., und zwar am
Mittwoch, den 14. September
Mittwoch, den 12. Oktober
Mittwoch, den 23. November



Anita Sauer geht in den Ruhestand

Mehr als zehn Jahre war sie hauptberuflich als Sekretärin für die Geschäftsstelle des Tumorzentrums München tätig. An Anita Sauer kam niemand vorbei, wenn es um die Belange des TZM ging. Sie kennt alle wichtigen und auch alle wirklich wichtigen Player in Münchens Onkologie-Szene.

Anita Sauer organisierte Sitzungen, schrieb Protokolle, bereitete Veranstaltungen vor, kurbelte die Produktion von Manualen an, sie kannte Bedürfnisse und Tücken der Universitätsverwaltung, war Verbindungsfrau für alle internen und externen Kooperationspartner; kurz: sie war im besten Sinne des Wortes „Mädchen für alles".

Fast heimlich still und leise hat sie sich am 30. Juni aus den Diensten des TZM verabschiedet. TZM-Vorstand, die Kolleginnen in der Geschäftsstelle und nicht zuletzt der Redakteur dieser Zeitschrift danken ihr für die allzeit gute Zusammenarbeit und wünschen ihr für die Zukunft alles Gute.

Neuer Inhaber des Lehrstuhls für Kinder- und Jugendmedizin an der LMU

Prof. Dr. Christoph Klein (46) hat am 1. März 2011 sein Amt als Inhaber des Lehrstuhls für Kinder- und Jugendmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München sowie als Direktor der Kinderklinik und Kinderpoliklinik im traditionsreichen Dr. von Haunerschen Kinderspital am Klinikum der LMU angetreten. Der neue Ordinarius zählt international zu den führenden Köpfen bei der Erforschung seltener genetischer Erkrankungen des Blutes und des Immunsystems sowie der Entwicklung neuer Therapien. Er ist einer der wenigen Ärzte weltweit, die solche Kinder mit einer Stammzellgentherapie erfolgreich behandeln.

Der aus Ehingen in Baden-Württemberg stammende Kinderarzt studierte Philosophie und Humanmedizin an den Universitäten Ulm, Harvard (USA) und München. Seine kinderärztliche Ausbildung absolvierte er am Dr. von Haunerschen Kinderspital und in der Kinderklinik der Universität Freiburg. Es folgten Schwerpunktausbildungen in Pädiatrischer Immunologie, Hämatologie und Onkologie am Hôpital Necker in Paris und am Children's Hospital der Harvard Medical School. Nach zwei Jahren als Dozent in Harvard wurde er im Jahr 2000 auf eine Professur der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) berufen. Seit 2008 leitete er dort als Ärztlicher Direktor die Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie.

Brücken bauen zwischen Klinik und Forschung, zwischen verschiedenen Disziplinen, das ist eines der zentralen Anliegen von Prof. Klein. „Ich möchte mich dafür einsetzen, dass die international sichtbare Strahlkraft der Klinik zunimmt und dass wir Bedingungen für eine noch bessere klinische Versorgung sowie für exzellente Forschung schaffen. Das geplante Pädiatrische Zentrum am Campus Großhadern soll ein Hort der Innovationen werden," erklärte der Mediziner anlässlich seines Dienstantritts.

PD Dr. Robert Rosenberg mit von-Langenbeck-Preis ausgezeichnet

PD Dr. med. Robert Rosenberg, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, erhielt auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Mai dieses Jahres den von-Langenbeck-Preis 2011. Dieser höchstdotierte Wissenschaftspreis der deutschen chirurgischen Dachgesellschaft ist nach ihrem Gründungspräsidenten Bernhard von Langenbeck benannt.

Ausgezeichnet wurde Rosenberg für seine Arbeit zur Lymphknotenentfernung im Zusammenhang mit Darmkrebs-Operationen. Eine zentrale Größe ist der so genannte Lymphknotenquotient (lymph node ratio, LNR), der sich aus dem Verhältnis tumorbefallener Lymphknoten zur Gesamtzahl aller entfernten Lymphknoten errechnet. In enger Kooperation mit dem Tumorregister München konnten die Daten von mehr als 17.000 Patienten aus der Region München ausgewertet werden, die zwischen 1991 und 2006 erstmals an Darmkrebs erkrankt waren. Es stellte sich heraus, dass drei LNR-Werte (Cut-off-Werte) hohen prognostischen Wert haben. Die Autoren schlussfolgern, dass der LNR daher zwar routinemäßig erfasst und dokumentiert werden sollte, ein Nutzen der Lymphknotenentfernung bezüglich des Überlebens aber nach wie vor unklar sei.

Rosenberg R, Engel J et al.
The prognostic value of lymph node ratio in a population-based collective of colorectal cancer patients.
Ann Surg. 2010 Jun;251(6):1070-8.

Neuer Chef-Onkologe im Klinikum Schwabing

Am 1. Mai 2011 hat Professor Clemens Wendtner (45) die Nachfolge von Professor Christoph Nerl als Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Immunologie, Palliativmedizin, Infektiologie und Tropenmedizin am Klinikum Schwabing angetreten. Der Tumorspezialist will den onkologischen Schwerpunkt ausbauen und in enger Kooperation mit den anderen Standorten der Städtisches Klinikum München GmbH sowie den Universitätsklinika Großhadern und rechts der Isar weiter entwickeln.

Nach Medizinstudium, Schwerpunktausbildung und diversen Forschungsaufenthalten erhielt Clemens Wendtner 2004 den Ruf auf eine C3-Professur an der Uniklinik in Köln, an der er als leitender Oberarzt bis zu seinem Wechsel nach München klinisch tätig war. Seit dieser Zeit leitet er außerdem ein Forschungslabor zu Leukämien und koordiniert als Sekretär der Deutschen CLL-Studiengruppe international beachtete Therapiestudien zu dieser Erkrankung. Beide Aktivitäten werden auch von seinem Münchner Standort aus fortgeführt.

Geplante Manualvorstellungen 2011

Weitere Infos unter www.tumorzentrum-muenchen.de

- **21. September** — **Tumoren der Lunge und des Mediastinums**
- **28. September** — **Uterusmalignome**
- **5. Oktober** — **Endokrine Tumoren**
- **Oktober** — **Knochen- und Weichteilsarkome**
- **November** — **Maligne Lymphome**

Maligne Melanome

Die neue Auflage ist seit dem 20. Juli verfügbar. Aus dem Inhalt: Okuläre Melanome, chirurgische Primärversorgung und Elektrochemotherapie, Strahlentherapie, RAF- und MEK-Inhibitoren zur Behandlung des metastasierten Melanoms. Behandlung des metastasierten Melanoms mit Ipilimumab.

Maligne Melanome.
Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge
Tumorzentrum München
Carola Berking (Hrsg.)
6. Auflage 2011
ISBN 978-3-88603-995-1; 19,50 €

Mammakarzinome

Am 22. Oktober stellt die Projektgruppe Mammakarzinome die 13. Auflage ihres Manuals im Rahmen eines Symposiums vor. Von 8.30 Uhr bis 13.00 Uhr geht es unter anderem um folgende Themen: Prävention und Prognose des Mammakarzinoms – Neoadjuvante und operative Therapie – Strahlentherapie – Adjuvante Therapie – Komplementärmedizinische Maßnahmen – Qualitätssicherung.

Die Veranstaltung findet statt im großen Hörsaal der Frauenklinik am Campus Innenstadt, Maistraße.

Weitere Informationen bei Congress Management Neubert: 089-7277 9617, cornelia.neubert@online.de

TZM

Alle Manuale

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

- Gastrointestinale Tumoren
8. Auflage 2010, 328 Seiten, 18,90 €, ISBN 978-3-88603-972-2

- 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
6. Auflage 2011, 164 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-927-2

- 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

ZUCKSCHWERDT

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

Krebsberatungsstelle am Tumorzentrum München

Unterstützung auch in ungewöhnlichen Fällen

Bei Frau W. begann es im Jahr 2003 mit kleinen neurologischen Ausfällen. Kurze Zeit später erhielt die damals 37-Jährige die niederschmetternde Diagnose: Hirntumor.

Von da an drehte sich für die junge Frau alles um ihre Erkrankung. Zahllose Untersuchungen, mehrere Operationen und Bestrahlungen: das Programm war aufwendig und anstrengend. Frau W. fühlte sich in dieser Zeit dem medizinischen Apparat schier ausgeliefert, ihre Ängste und persönlichen Bedürfnisse nahm zunächst scheinbar niemand wahr. Eine ambulante psychoonkologische Betreuung half ihr schließlich, mit der extrem bedrohlichen Situation besser zurechtzukommen.

Unwirksame Kündigung

Vor ihrer Erkrankung war Frau W. als Vollzeit-Angestellte in einem Unternehmen mit 8.500 Beschäftigten tätig gewesen. Während der Therapie bezog sie nach Ablauf der sechswöchigen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber 18 Monate lang Krankengeld. Während dieser Zeit arbeitete sie noch stundenweise, um beruflich nicht den Anschluss zu verlieren. Dennoch wurde ihr nach Ablauf der Krankschreibung vom Arbeitgeber gekündigt, für Frau W. ein regelrechter Schock. Vom Integrationsfachdienst erfuhr sie allerdings, dass diese Kündigung nicht wirksam war. Denn als Krebspatientin war sie als Schwerbehinderte anerkannt und hatte damit ein Recht auf besonderen Kündigungsschutz. Der Arbeitgeber wurde aufgefordert, im Unternehmen einen für Frau W. geeigneten Teilzeit-Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen, denn eine Vollzeitbeschäftigung war für Frau W. nicht mehr möglich. Darüber hinaus erhielt sie finanzielle Unterstützung, um Zusatzbelastungen abzufedern. Eine zuvor privat abgeschlossene Versicherung zahlte zudem eine Berufsunfähigkeitsrente.

Folgende Begegnungen, Angebote und Erfahrungen waren für Frau W. besonders wichtig und hilfreich:

- *Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger, die sich Zeit nehmen und auf Patienten wirklich eingehen*
- *Psychoonkologische Begleitung und Beratung mit Therapieangeboten, die über die reine medizinische Behandlung hinausgehen*
- *Schutz durch den Schwerbehindertenstatus als Krebspatient*
- *Private Vorsorge als Ergänzung zu den gesetzlichen Leistungen*
- *Rückkehroption in den Beruf, auf die immer hingearbeitet werden sollte, um gesetzliche Erwerbsminderungs- und Altersrente zu entkoppeln*
- *Widerspruch einlegen und alle Rechtsmittel ausschöpfen, wenn Anträge abgelehnt werden*
- *Hilfe holen, wenn Hilfe benötigt wird.*

Weitere „Missverständnisse"

Frau W. nahm ihr Schicksal wieder selbst in die Hand. Nach einer Beratung in der Agentur für Arbeit entschied sie sich für eine Umschulung, die sie über einen längeren Zeitraum absolvieren konnte. Die Maßnahme endete schließlich, und Frau W. teilte ihrem Arbeitgeber mit, dass sie ihre Teilzeitarbeit aufnehmen könne. Das Unternehmen reagierte mit einem Standard-Kündigungsschreiben. Erst nach Einschalten eines Anwalts konnte das „Missverständnis" geklärt werden. Frau W. wurde in eine andere Abteilung versetzt, fand dort eine angenehme Arbeitsatmosphäre und eine Aufgabe, die ihr Freude machte.

Im Jahr 2006 erhielt Frau W. plötzlich eine Mitteilung des privaten Versicherungsträgers, der zufolge sie keinen Anspruch mehr auf ihre Berufsunfähigkeitsrente haben sollte. Sie habe während ihrer Umschulung mehr als 20 Stunden pro Woche gearbeitet – davon, dass dieses Engagement mit der Versicherung vorher abgesprochen war, war keine Rede. Es schien so, als müsste Frau W. ihre Teilzeitbeschäftigung aufgeben, um weiter anspruchsberechtigt zu sein.

Rezidiv und erneute Behandlung

Bei einer Kontrolluntersuchung im Jahr 2007 wurde ein Rezidiv ihres Hirntumors festgestellt. Wieder folgten Chemotherapie und Bestrahlung. Der private Versicherungsträger gab daraufhin seinen Widerstand zur Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente auf. Allerdings lehnte die Deutsche Rentenversicherung Frau W.s Antrag zur Zahlung der gesetzlichen teilweisen Erwerbsminderungsrente ab. Die Voraussetzungen seien bei ihr nicht erfüllt, da sie innerhalb der vorangegangenen fünf Jahre nicht mindestens drei Jahre lang Pflichtbeiträge entrichtet habe. Frau W. reichte gegen diesen Bescheid sofort Einspruch ein.

In der Zwischenzeit meldete sich unerwartet die niederländische Rentenkasse, in die Frau W. während ihrer vierjährigen Tätigkeit in Holland eingezahlt hatte. Sie zahlt Frau W. eine so genannte AOW-Rente, die zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung greift. Frau W. erhielt für die zurückliegende Zeit eine Nachzahlung und ab 2008 eine monatliche Rente. Seither ist ihr Lebensunterhalt endlich gesichert: Sie arbeitet 4 mal 4 Stunden pro Woche. Zusätzlich zu ihrem Gehalt erhält sie ihre private Berufsunfähigkeitsrente und die AOW-Rente der niederländischen Rentenkasse.

Nach über drei Jahren Streit mit der Deutschen Rentenversicherung bestätigte das zuständige Sozialgericht im Jahr 2010 schließlich Frau W.s prinzipiellen Anspruch auf die gesetzliche Erwerbsminderungsrente. Dieses Urteil wird sehr wichtig werden, sobald Frau W. krankheitsbedingt nicht mehr als 15 Stunden pro Woche arbeiten kann. Heute, im Jahr 2011, steht Frau W. mitten im Leben. Ihre medizinische Behandlung ist vorläufig abgeschlossen, auch wenn der Kampf gegen den Tumor sicher nicht beendet ist. Aber sie hat einen Beruf, der ihr Freude macht und ihr Lebensunterhalt ist gesichert.

„Rudern gegen Krebs und Infarkt“ wieder ein voller Erfolg

Am ersten Juli-Sonntag war es am Starnberger See wieder soweit: Fast 50 Ruderteams setzten sich bei der Benefizregatta „Rudern gegen Krebs und Infarkt“ für die gute Sache ein. Mit ihrem Startgeld unterstützen die Teilnehmer spezielle, auf die Bedürfnisse von chronisch kranken Patienten ausgerichtete Rudertrainings.

Auch „gekrönte Häupter“ waren bei der Regatta Anfang Juli unterwegs. Es handelt sich um das Team des Schlosshotels Berg.

Eröffnet wurde die Regatta vom bayerischen Staatsminister Martin Zeil und dem 1. Bürgermeister der Stadt Starnberg und Mit-Schirmherrn der Veranstaltung, Ferdinand Pfaffinger. Gewertet wurde in drei Klassen: Spaßruderer, Amateure und Profis maßen sich jeweils mit ihresgleichen. Sehr zufrieden mit Verlauf und Ergebnis der Veranstaltung zeigte sich am Ende des Tages Frau Dr. Gabriele Kröner, Vorstandvorsitzende des ausrichtenden „Vereins Gesundheit in einem Boot“. Sie freute sich, dass mit dem Erlös der Benefizregatta die Weiterführung des viermal wöchentlich stattfindenden Patiententrainings gesichert ist. Ausdrücklich bedankte sich Frau Dr. Kröner bei den vielen Helfern und den beteiligten Rudervereinen Münchner Ruder- und Segelverein (MRSV) sowie Münchner Ruder Club (MRC), ohne deren Unterstützung ein solches Programm nicht durchführbar wäre.

Das Tumorzentrum München ist Kooperationspartner bei dieser gesundheitsfördernden Aktion. Weitere Informationen zum Patiententraining sind auf der Website des Vereins abrufbar: www.gesundheitineinemboot.de.

Alle Projektgruppen im Überblick

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. K. Spiekermann (komm.)
karsten.spiekermann@uni.med-muenchen.de

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

Maligne Melanome
Frau Prof. Dr. Carola Berking
carola.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

Multiples 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

Impressum

TZM-News
ISSN: 1437-8019
© 2011 by Tumorzentrum München und LUKON Verlagsgesellschaft mbH, München

Redaktion
Prof. Dr. med. Volkmar Nüssler (verantwortlich), Petra Möbius, Hermann Werdeling, 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. 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(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 Bezugsdauer beträgt ein Jahr. Der Bezug verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn das Abonnement nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt 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
Seite 8: Doreen Salcher; Fotolia.com,
Seite 15: Gesundheit-in-einem-Boot e.V.
Alle Grafiken: Charlotte Schmitz, Haan

Druck
Flyeralarm, 97080 Würzburg
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, 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 unaufgeforderten 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

HELIOS Kliniken
Jeder Moment ist Medizin

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

www.helios-kliniken.de/oberstaufen