

TZM News



www.tumorzentrum-muenchen.de



- **Hepatozelluläres Karzinom**
Aktuelle Therapiestrategien
- **San Antonio-Breast Cancer Symposium**
Highlights 2010
- **„Interdisziplinär und aus der Perspektive des Patienten“**
Interview mit Professor Peter Herschbach,
Direktor des Roman-Herzog-Krebszentrums
- **Benefizgala für Kinder krebskranker Eltern**
Fundament für Kindertagesstätte Miraculix ist gelegt

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





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; Kdr. u. Jugendl. unter 18 J.; gleichz. Gabe v. hochdos. Cytarabin (2 g/m² pro Tag) als Dauerinfusion üb. 24 h mit Daunorubicin. **Vorsicht bei:** Obstipation; Thrombozytopenie; Neutropenie; Anämie; Blutungsrisiko; Bhdg. unterbr., wenn d. Thrombozytenzahl <25.000/µl od. b. Komb. m. Melphalan u. Prednison ≤30.000/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); Risikopat. f. Krampfanfälle u. Tumor-Lyse-Syndr.; Pat., d. Bortezomib in Kombi. m. potenten CYP3A4-Inhibitoren (z.B. Ketoconazol, Ritonavir) 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.:** (*Meldungen nach Markeinf.). **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, Dehydratation, 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., gebäh. Abdomen, Singult., orale Ulzerat., 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., sept. Schock*, Sepsis, Herpes-Meningoenzephalitis*, Harnwegsinfekt., Katheter-beding. Infekt., Hämophilusinfekt., Pneumokokkenpneum., Postzoster-Neuralg., Bakteriämie, Blepharitis, Bronchopneum., Cytomegalievirusinfekt., Infekt. Mononukleose, Varizellen, orale Candidose, Pleurainfekt., Tumor-Lyse-Syndr., Lymphadenopathie, febrile Neutropenie, Panzytopenie, hämolyt. Anämie, thrombozytopen. Purpura, Angioödem*, 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., Hypocalz., 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, Geschmacksverlust, Somnolenz, Migräne, periph. motor. Neuropathie, unwillkür. Zuckungen, Lageschwindel, Ischiasbeschw., Wahrnehmungsstörg., Mononeuropathie, Parese, Syndr. d. unruh. Beine, Sprachstörg., Enzephalopathie*, revers. posteriores Leukoencephalopathie-Syndr.*, intrakran. Blutg., Paraplegie, subaracn. Blutg., trock. Auge, Konjunktivit., Augenausf., abnorm. Sehen, Augenblutg., Photophobie, Augenreizung, gesteig. Tränenfluss, gerötete Augenbindehaut, geschwoll. Auge, Tinnitus, Taubheit, 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, ischäm. Kolitis*, akute Pankreatitis, Hyperbilirubinämie, Hepatitis, hepat. Hämorrhagie, Hypoproteinämie, Nachtschweiß, Stevens-Johnson-Syndr.*, tox. epiderm. Nekrolyse*, erythemat. Hautausschlag, Haarausfall, Quetschung, generalis. Pruritus, fleck. u. papul. Hautausschl., Hautnoduli, generalis. Hautausschlag (atopische) Dermatitis, Augenlidödem, Nagelveränd., Photosensitivit.reakt., Hautverfärb., anorm. Haarbeschaffenh., Miliaria rubra, Psoriasis, vaskulit. Hautausschlag, Gesichtssödem, Dekubitalgeschwür, Ichthyosis, Gelenksteife, Schmerz i. Gesäß, Gelenkschwell., Muskelspasmen, Muskelzuck. od. Schwerkiefheit, Schwellung, Kieferschmerz, akutes Nierenversag., Nierenkolik, Hämaturie, Proteinurie, veränd. Miktionsfrequ., Schwierigk. b. Wasserlassen, Niereninsuff., Oligurie, Harnverhalt, Lendenschmerzen, Harninkont., verstärk. Harndrang, Sturz, Schleimhautentz., Kältegefühl, Gefühl u. 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, Gamma-glutamyltransferase, Amylase i. Blut, Bilirubin i. Blut erhöht; vermind. Phosphat i. Blut, auffäll. Leberfunkt.test, vermind. Erythrozytenzahl, Gewichtszun., vermind. weiße Blutkörperchenzahl, Bikarbonat Spiegel vermind., unregelmäß. Herzrhythmus, erhöh. C-reakt. Protein, Katheter-bez. Komplik., Schmerzen n. Applikat., Blutg. n. Applikat., Brennen, Hodenschmerz, erek. Dysfunkt. **Selten:** auton. Neuropathie*, Herpes zoster ophthalmicus*, neu auftret. Abnahme d. linksventr. Ejektionsfraktion, Perikardit.*, ventr. Arrhyth.*, ventr. Tachyk.*, Akutes Respiratory Distress Syndr. (ARDS)*, periph. Embolie*, Leberversagen*, akute febrile neutroph. Dermatoe (Sweet-Syndr.)*, vaskulit. Hautausschlag (einschl. leukozytoklast. Vaskulitis)*, vereinzelt in Klin. Stud. QT-Verläng., Leberversagen. Herpes-zoster-Reaktivierung. **Zytotoxisch:** Nicht verwendetes Arzneimittel od. Abfallmaterial ist gem. d. nat. Anforderungen zu entsorgen. **Stand d. Inform.:** 12/2010. **Verschreibungspflichtig.** JANSSEN-CILAG GmbH, 41457 Neuss.



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

Liebe Leserin, lieber Leser,

über die Struktur der medizinischen Forschung in Deutschland ist schon viel geschrieben und noch mehr diskutiert worden. Brauchen wir nicht – ähnlich wie in den USA – mehr staatlich finanzierte klinische Forschung? Wie genau lässt sich die notwendige und wünschenswerte Kooperation zwischen forschenden pharmazeutischen Unternehmen einerseits und nicht profitorientierten arbeitenden universitären Forschungseinheiten andererseits zum Wohle des Patienten organisieren?

Auch im Tumorzentrum München haben wir diese Fragen speziell in den Projektgruppen und auch im TZM-Vorstand immer wieder diskutiert. Das Fazit lautete stets, dass es für die Kooperation mit der Industrie sinnvoll wäre, sozusagen eine Interessensgemeinschaft der einzelnen Kliniken und Institute zu bilden, um eine über Partikularinteressen hinausgehende Entwicklungsbasis zu schaffen, die translationale Forschung auch direkt zum Patienten vordringen lässt.

Aus dieser Einsicht heraus hat das TZM am 23. Februar zum ersten Mal einen Workshop „Industrie und Akademia – eine neue Perspektive?“ veranstaltet. Eingeladen waren Vertreter der beiden Universitätskliniken sowie Grundlagen- und klinische Forscher der Firma Roche Pharma. In offener Atmosphäre wurden die Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation ausgelotet. Ansprechpartner haben sich kennengelernt und *points of action* definiert. In einem halben Jahr wird kritisch nachgefragt: Haben sich echte Kooperationsprojekte entwickelt? Wie funktioniert die Zusammenarbeit?

Mit Workshops wie diesen will das Tumorzentrum München künftig die Kooperation mit der Industrie effizienter und für alle Beteiligten transparenter machen. Ein spannender Prozess. Wir werden in den TZM-News weiter darüber berichten.

Herzlichst Ihre

Karl-Walter Jauch

Volkmar Nüssler

Schwerpunkt

Therapie des hepatozellulären Karzinoms 4

Kongresse

Highlights 2010 vom San Antonio-Breast Cancer Symposium 6

Interview

Professor Peter Herschbach: „Interdisziplinär und aus der Sicht des Patienten“ 8

Projektgruppen

Alle Projektgruppen im Überblick 12

Personalien

Aufsichtsrat beruft
Professor Dr. Reiner Gradinger 12
Professor Gian Domenico Borasio
übernimmt Lehrstuhl in Lausanne 12
SarkUM: Neues Zentrum für
Knochen- und Weichteiltumoren 12

Panorama

Benefizgala bringt über 30.000 Euro
für Kinder krebskranker Eltern 10
Veranstaltungen des CCC^{LMU} 10
Dr. Carola Riedner neu in der
Krebsberatungsstelle am TZM 14
Neue Telefonsprechstunde für
von Krebs betroffene Familien 14

TZM Essentials

Mehr als 300 Teilnehmer
bei den TZM Essentials 2011 15

Impressum 15

Therapie des hepatozellulären Karzinoms



*Prof. Dr. med. Frank Kolligs, Leitender Oberarzt,
Medizinische Klinik und Poliklinik II, Klinikum der Universität München*

Das hepatozelluläre Karzinom (HCC) ist mit über 40.000 Todesfällen pro Jahr die siebthäufigste krebserkrankungsbedingte Todesursache in Europa. In den nächsten 20 Jahren ist zudem mit einem deutlichen Anstieg der Inzidenz zu rechnen. 90 Prozent aller HCCs entstehen auf dem Boden einer chronischen Hepatitis oder einer Leberzirrhose.

Bei Diagnosestellung liegt in der Mehrzahl der Fälle bereits ein fortgeschrittenes Stadium vor, in dem keine kurativen Therapien wie Lebertransplantation, Resektion oder lokale Ablation mehr in Frage kommen. Insgesamt ist die Prognose mit einem Fünfjahres-Überleben von 5 Prozent sehr schlecht. Neben der Verbesserung der Früherkennung stellen die Optimierung der transarteriellen Verfahren sowie die Weiterentwicklung der medikamentösen Therapie die wichtigsten Aufgaben in der Behandlung des HCC dar. Um jedem HCC-Patienten die für ihn optimale Therapie anbieten zu können, sollte er zumindest initial interdisziplinär, zum Beispiel im Rahmen eines Tumorboards, an einem Zentrum vorgestellt werden.

Kurative Therapie: Lebertransplantation und Resektion

Während die Stadieneinteilung nach UICC beim HCC nur eine nachgeordnete Rolle spielt, wird von europäischen und US-amerikanischen Fachgesellschaften die Barcelona-Clinic-Liver-Cancer (BCLC) Klassifikation empfohlen (1; Abbildung 1). Diese berücksichtigt Tumorausbreitung, Leberfunktion und Allgemeinzustand des Patienten. Außerdem integriert sie einen Therapiealgo-

rithmus. Allerdings hat auch das BCLC-System insbesondere in den palliativen Stadien B und C Schwächen; hier zeigt der klinische Alltag, dass weitere Therapiestratifizierungen notwendig sind.

Patienten mit einem kleinen HCC und voll kompensierter Leberfunktion sind optimale Kandidaten für eine chirurgische Resektion. Die Lebertransplantation (LTX) ist bei gleichzeitig vorliegender Leberzirrhose die ideale Therapie. Mit ihr ist nicht nur der Lebertumor, sondern auch die als Präkanzerose anzusehende Leberzirrhose kurativ behandelbar. Nach den gültigen Eurotransplant-Selektionskriterien (Milan-Kriterien) können Patienten mit einem solitären HCC-Herd ≤ 5 cm oder drei HCC-Herden ≤ 3 cm transplantiert werden.

Interventionelle Therapie: Radiofrequenzablation und Chemoembolisation

Die perkutane Ablation ist dagegen die optimale Therapiestrategie für Patienten mit einem frühen HCC, die keine Kandidaten für eine Resektion oder eine Lebertransplantation sind. Am häufigsten angewandt werden die perkutane Alkoholinjektion (PEI) und die Radiofrequenzablation (RFA). Da die PEI wiederholt

durchgeführt werden muss und nur eine suboptimale Nekroserate bei Tumoren >3 cm erreicht wird, gilt die RFA zunehmend als perkutane Therapie der Wahl.

Mittels transarterieller Chemoembolisation (TACE) kann das Überleben von Patienten mit lokal fortgeschrittenem, nicht kurativ behandelbarem HCC verbessert werden (2, 3, 4). Weiterentwicklungen der transarteriellen Therapie sind die *drug eluting beads* (DEB)-TACE und die intraarterielle Radioembolisation als Brachytherapieverfahren auf der Basis von $^{90}\text{Yttrium}$ -Mikrosphären. Kleinere Studien haben die Wirksamkeit dieser Verfahren belegt, Ergebnisse randomisierter Studien stehen aber noch aus.

Medikamentöse Therapie mit Sorafenib

Bereits bei Diagnosestellung kommt bei etwa der Hälfte der Patienten keines der genannten kurativen oder interventionellen Verfahren mehr in Frage. Zahlreiche systemische Therapien mit zytotoxischen Substanzen wie Doxorubicin und Hormonderivaten haben in randomisierten Studien ebenso enttäuscht wie immuntherapeutische Ansätze (5). Die Zulassung von Sorafenib, einem Multityrosinkinase-Hemmer, basierend auf den Er-

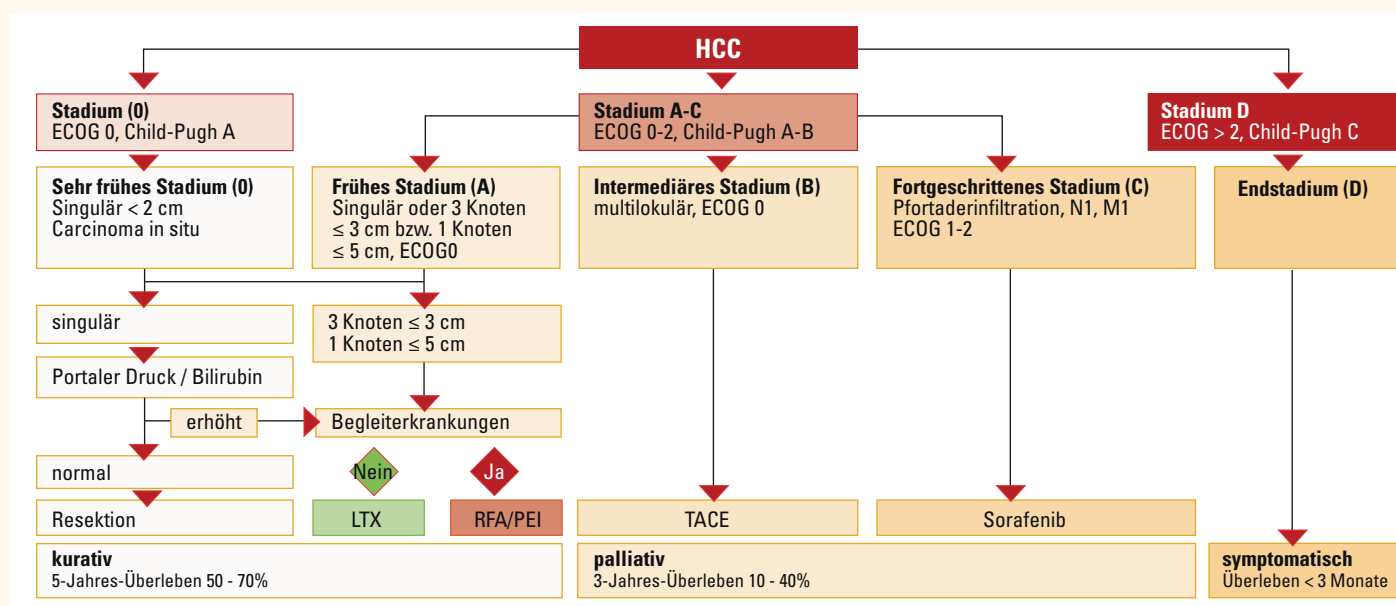


Abbildung 1: Barcelona Clinic Liver Cancer Staging System (adaptiert nach [1]).

gebnissen der Phase-III-Studie SHARP (Sorafenib Hepatocellular Carcinoma Assessment Randomized Protocol) stellt daher einen wichtigen Durchbruch in der Therapie des HCC dar (6). Erstmals ließ sich für eine systemische Therapie beim HCC ein gegenüber Placebo verlängertes Gesamtüberleben statistisch signifikant belegen. Unter Placebo lag das Gesamtüberleben bei 7,9 Monaten, unter Sorafenib dagegen bei 10,7 Monaten. Auch die Zeit bis zur Progression war bei Patienten mit fortgeschrittenem HCC verlängert (Tabelle 1).

Krankheitsstabilisierungen werden regelmäßig erreicht, Remissionen sind allerdings selten. Zu beachten ist aber, dass nur Patienten ohne Zirrhose oder Patienten mit Zirrhose bei erhaltener guter Leberfunktion (Child-Pugh A) in die Studie eingeschlossen werden durften. Da aber 80 bis 90 Prozent unserer HCC-Patienten eine Zirrhose aufweisen, ist dies bei der Therapie mit Sorafenib zu beachten. Es wird empfohlen, bei Patienten mit Child-Pugh A- oder kompensierter Child-Pugh-B-Zirrhose nach Ausschluss chirurgischer und interventioneller Verfahren die Therapie mit Sorafenib einzuleiten (7). Liegen dagegen eine dekompenzierte Child-Pugh-B- oder -C-Zirrhose oder ein schlechter Allgemeinzustand vor, sollte Sorafenib nicht eingesetzt werden.

Viele Substanzen und Kombinationen in der Prüfung

Bei Krankheitsfortschreiten unter Sorafenib steht bislang keine etablierte Therapie zur Verfügung. Patienten sollten daher in Zentren zum Einschluss in Zweitlinien-Therapiestudien vorgestellt werden. Besteht keine alternative Therapiemöglichkeit, kann erwogen werden, die Therapie mit Sorafenib fortzusetzen, um das Tumorstadium zumindest abzuschwächen (7).

Gegenwärtig werden zahlreiche neue Substanzen wie Erlotinib, Brivanib, Everolimus, Cediranib, Lapatinib, Pazopanib, Sirolimus, Temsirolimus und Vatalinib in klinischen Studien getestet. In randomisierten Studien stellt Sorafenib hierbei den Kontrollarm dar. Des Weiteren wird in Studien die Kombination von Sorafenib mit Chemotherapeutika wie Doxorubicin untersucht (8). Konsequenzen für den klinischen Alltag sind hieraus aber noch nicht abzuleiten. Bis zu 80 Prozent

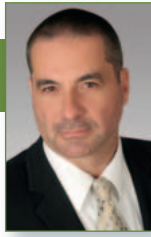
aller HCC-Patienten erleiden nach Resektion oder lokaler Ablation ein Rezidiv, entweder als wirkliches Rezidiv oder als de-novo-Tumor in der zirrhotischen Leber. Außerdem ist die TACE gerade im Randbereich von Tumoren oft nicht ausreichend wirksam. Daher erscheint eine adjuvante beziehungsweise additive Therapie mit Sorafenib theoretisch sinnvoll. Dieses Konzept ist derzeit Gegenstand verschiedener klinischer Studien (z.B. SOKRATES, SPACE, STORM, SORAMIC).

Da Ergebnisse dieser Studien noch ausstehen, existiert derzeit noch keine Empfehlung zum adjuvanten oder additiven Einsatz von Sorafenib. Auf Grund der vielen parallelen Studien steht allerdings zu erwarten, dass bereits in einigen Jahren neben Sorafenib weitere für das HCC zugelassene Medikamente zur Verfügung stehen werden.

Literaturverzeichnis auf Anfrage:
TQM-News@Lukon.de

Referenz	Phase	Substanz	n	TTP (Monate)	OS (Monate)
Abou-Alfa (9)	II	Sorafenib	137	5,5	9,2
Llovet (6)	III	Sorafenib vs. Placebo	602	5,5 vs. 2,8	10,7 vs. 7,9
Cheng (10)	III	Sorafenib vs. Placebo	226	2,8 vs. 1,4	6,2 vs. 4,1
Thomas (11)	II	Erlotinib	40	6,5	6,3
Philip (12)	II	Erlotinib	38	3,2	13,0
Thomas (13)	II	Erlotinib + Bevacizumab	40	9,0	15,7

Tabelle 1: Auswahl publizierter Studien zu molekular-zielgerichteten Substanzen beim HCC. TTP: Zeit bis zur Progression; OS: Gesamtüberleben



Highlights 2010

San Antonio–Breast Cancer Symposium

Dr. Ingo Bauerfeind – Chefarzt der Frauenklinik am Klinikum Landshut

Vor allem für die neoadjuvante Chemotherapie des Mammakarzinoms wurden beim 33. *San Antonio Breast Cancer Symposium* Anfang Dezember 2010 klinisch relevante Ergebnisse präsentiert. Bemerkenswert war nicht zuletzt die starke Beteiligung deutscher Studiengruppen.

Gepar-Quinto-Studie

M. Untch aus Berlin-Buch berichtete für die German Breast Group von den Ergebnissen der neoadjuvanten Gepar-Quinto-Studie für den Her2neu-positiven Arm. 620 Mammakarzinom-Patientinnen hatten Epirubicin/Cyclophosphamid erhalten, gefolgt von vier Zyklen Docetaxel. Sie bekamen zusätzlich entweder Trastuzumab oder Lapatinib. Für den Trastuzumab-Arm ergaben sich 31,3 Prozent komplette histologische Remissionen (pCR), während im Lapatinib-Arm nur 21,7 Prozent erreicht wurden ($p < 0,05$). Unter Lapatinib ergaben sich 7 Prozent Therapieabbrüche gegenüber 3,1 Prozent unter Trastuzumab.

G. von Minckwitz stellte die Ergebnisse des Her2neu-negativen Arms vor. Hierbei erhielten 1.889 Patientinnen entweder nur die oben genannte Chemotherapie oder zusätzlich Bevacizumab. Die Ergebnisse zeigten bezogen auf die pCR keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Bevacizumab-freien und dem Bevacizumab-haltigen Arm (15,0 versus 17,5 Prozent pCR). Lediglich für die triple-negative Subgruppe war ein Trend zum statistisch besseren Ansprechen mit dem Neoangiogenese-Hemmer nachweisbar.

Neo-ALTTO-Studie

Die neoadjuvante Neo-ALTTO-Studie präsentierte J. Baselga aus Spanien. 450 Patientinnen erhielten zusätzlich zu einer wöchentlichen Paclitaxel-Gabe randomisiert entweder Lapatinib oder Trastuzumab oder im dritten Arm die Kombination aus Lapatinib und Trastuzumab. Die Ergebnisse zeigten 51,3 Prozent pCR im Kombinationsarm Lapatinib/Trastuzumab versus 29,5 Prozent im Trastuzu-

mab-Arm versus 24,7 Prozent im Lapatinib-Arm. Der Unterschied des Kombinationsarms zu den Einzelarmen war mit $p = 0,001$ statistisch signifikant. Allerdings war die Toxizität in beiden Lapatinib-Armen erhöht. Am häufigsten waren Diarrhoe und Leberenzym-Veränderungen.

NeoSphere-Studie

L. Gianni legte die Ergebnisse der neoadjuvanten NeoSphere-Studie dar. 400 Patientinnen bekamen in dieser randomisierten Studie entweder

- Docetaxel/Trastuzumab oder
- Docetaxel/Trastuzumab/Pertuzumab oder im chemotherapiefreien Arm
- Trastuzumab/Pertuzumab oder
- Docetaxel/Pertuzumab.

Die Ergebnisse zeigten mit 45,8 Prozent die höchste pCR-Rate für die Kombination Docetaxel/Trastuzumab/Pertuzumab. Bemerkenswert war auch die pCR-Rate von 16,8 Prozent im chemotherapiefreien Arm mit Pertuzumab/Trastuzumab.

Wenig Neuigkeiten in der adjuvanten Chemotherapie

In der Übersicht der adjuvanten Chemotherapie wurden keine großen Neuigkeiten präsentiert. Zwei Studien, die zu Anthrazyklin- und Taxan-haltigen Schemata noch die Hinzunahme von Capecitabin untersuchten, konnten keinen Vorteil für diese Kombination belegen (Abstract S 4-2).

Ein Update der BCIRG 001, in der vor zehn Jahren erstmals sechs Zyklen TAC mit sechs Zyklen FAC verglichen wurden, zeigte nach zehnjährigem Follow up weiterhin sowohl ein signifikant besseres krankheitsfreies Überleben als auch Gesamtüberleben um

7 Prozent für den taxanhaltigen Arm im Vergleich zum taxanfreien Arm.

AZURE-Studie

Die adjuvante Bisphosphonat-Therapie wird weiterhin stark diskutiert. Die randomisierte ABCSG-12-Studie hatte einen Nutzen der Bisphosphonate mit endokriner Therapie für die prämenopausalen Hormonrezeptor-positiven Patientinnen zeigen können.

Die AZURE-Studie konnte diese Daten nicht stützen. Hierbei erhielten 3.360 Patientinnen mit Brustkrebs des Stadiums 2 bis 3 eine institutsadäquate Standardtherapie. Im experimentellen Arm wurde dann Zoledronat zugefügt. Es ergab sich in den beiden Vergleichsarmen kein Unterschied im krankheitsfreien Überleben. Lediglich in einer Subgruppenanalyse konnten solche Patientinnen von den Bisphosphonaten profitieren, bei denen schon länger als fünf Jahre ein postmenopausaler Hormonstatus vorlag. Die relative Risikoreduktion lag bei 39 Prozent ($p = 0,017$).

Adipositas und Brustkrebs

Eine weitere Sitzung ging der Frage nach, inwieweit eine Adipositas das Brustkrebsrisiko beeinflusst. Zwei von drei Studien legen die Vermutung nahe, dass Adipositas und der damit oft zusammenhängende Bewegungsmangel mit einer schlechteren Prognose bei Mammakarzinom assoziiert sei. W. Janni, Universität Düsseldorf, konnte diese Erkenntnisse bestätigen, und zwar in einer Subgruppenanalysen zur ADEBAR-Studie, an der sich 1.500 Patientinnen mit frühem, nodalpositivem Brustkrebs beteiligten.

**SPRYCEL® ist der erste TKI der 2. Generation,
der auch für die First-Line-Therapie in der EU zugelassen ist.¹**

SPRYCEL®
dasatinib

Bessere Wirksamkeit in der
First-Line-Therapie
im Vergleich
zu Imatinib 400 mg QD²

First-Line-Therapie der CP-CML (Ph+)

1. SPRYCEL® Fachinformation Stand Dezember 2010.

2. Kantarjian H et al. *N Engl J Med.* 2010;362(24):2260-2270.

SPRYCEL® 20/50/70/80/100/140 mg Filmtabletten **Wirkstoff:** Dasatinib. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksame Bestandteile: Jede Filmtablette enthält 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, 100 mg bzw. 140 mg Dasatinib (als Monohydrat). **Sonstige Bestandteile:** *Tablettenkern:* Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, Magnesiumstearat. *Filmüberzug:* Hypromellose, Titandioxid, Macrogol 400. **Anwendungsgebiete:** Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom-positiver (Ph+) chronischer myeloischer Leukämie (CML) in der chronischen Phase. Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit CML in der chronischen oder akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise mit Resistenz oder Intoleranz gegenüber einer vorherigen Behandlung einschließlich Imatinibmesilat. Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit Ph+ akuter lymphatischer Leukämie (ALL) oder lymphatischer Blastenkrise der CML mit Resistenz oder Intoleranz gegenüber einer vorherigen Therapie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufige Nebenwirkungen (≥ 1/10):* Infektionen (dazu gehören Infektionen durch Bakterien, Viren und Pilze), Kurzatmigkeit, Durchfall, Unwohlsein (Übelkeit oder Erbrechen), Hautausschlag, Fieber, Schwellungen an Händen und Füßen, Kopfschmerzen, Ermüdungs- oder Schwächegefühl, Blutungen, Muskelschmerzen, Bauchschmerzen, geringe Anzahl Blutplättchen, geringe Anzahl weißer Blutkörperchen (Neutropenie), Blutarmut (Anämie), Flüssigkeit in der Umgebung der Lunge. *Häufige Nebenwirkungen (≥ 1/100 bis < 1/10):* Lungenentzündung, virale Herpesinfektion, Infektionen der oberen Atemwege, Husten, Herzklopfen, Erröten (Flushing), Schwindelgefühl, Herzschwäche (kongestive Herzinsuffizienz), Störungen der Herzrhythmusfunktion (kardiale Dysfunktion), Bluthochdruck, erhöhter Blutdruck in den Arterien, die die Lunge versorgen, Appetitstörungen, Geschmacksveränderungen, geblähter oder aufgetriebener Bauch (Abdomen), Entzündung des Dickdarms, Verstopfung, Sodbrennen, Schleimhautverletzung im Mund, Gewichtszunahme, Gewichtsverlust, Magenschleimhautentzündung (Gastritis), Hautkribbeln, Juckreiz, trockene Haut, Akne, Entzündung der Haut, anhaltendes Geräusch in den Ohren, Haarausfall, übermäßiges Schwitzen, Sehstörungen (dazu gehören unscharfes Sehen und beeinträchtigtes Sehvermögen), trockenes Auge, Hämatom (blauer Fleck), Depression, Schlaflosigkeit, Prellungen, Appetitlosigkeit, Schläfrigkeit, generalisiertes Ödem, Gelenkschmerzen, Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, Brustschmerzen, Schmerzen an Händen und Füßen, Schüttelfrost, Flüssigkeit im Herzbeutel, Flüssigkeit in der Lunge, Herzrhythmusstörungen, febrile Neutropenie, geringe Anzahl aller Blutzellen, Blutungen des Magen-Darm-Trakts. *Nebenwirkungen mit nicht bekanntem Häufigkeitsgrad:* entzündliche Lungenerkrankung, Blutgerinnsel in den Blutgefäßen und unregelmäßiger Herzschlag. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Angaben zu Dosierung, Anwendung, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen siehe Fachinformation. Verschreibungsstatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMA EEIG, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UB8 3DH, Vereinigtes Königreich. Kontaktadresse in Deutschland: Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, Arnulfstraße 29, 80636 München, Telefon 089 12142-0, Telefax 089 12142-392. Stand: Dezember 2010.



Bristol-Myers Squibb

Im Gespräch mit Prof. Peter Herschbach

„Interdisziplinär und aus der Perspektive des Patienten“



Seit dem 1. November 2011 ist Professor Peter Herschbach Direktor des Roman-Herzog-Krebszentrums (RHCCC) im Klinikum rechts der Isar. Als Psychologe, Psychotherapeut und Psycho-Onkologe ist er in der Lage, seine Arbeit aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und bei allem, was er tut, einen langen Atem zu beweisen. Diese Qualitäten wird er als RHCCC-Direktor gut gebrauchen können, denn gerade in der onkologischen Versorgung reicht exzellente medizinische Expertise allein nicht mehr aus, will man zum Kreis der onkologischen Spitzenzentren gehören. Es geht auch darum, für Patienten den Zugang zu einer exzellenten Versorgung sozusagen barrierefrei zu organisieren. Seine Ziele und Visionen erläuterte Peter Herschbach Ende Februar im Gespräch mit den TZM-News.

Herr Professor Herschbach, Ihre ersten 100 Tage als RHCCC-Direktor sind gerade vorbei. Wie kommen Sie zurecht mit dem neuen Ehrenamt?

Wieso Ehrenamt? Meine Aufgaben mögen ehrenvoll sein, aber sie erfordern den vollen Einsatz eines hauptamtlichen Direktors. Also ganz konkret: Seit dem 1. November des letzten Jahres bin ich hauptamtlich bestellt. Seither versuche ich vor allem zwei Dinge: Netzwerke zu knüpfen, sprich die Interdisziplinarität in der Onkologie weiterzuentwickeln und außerdem alles das, was hier in der Klinik geschieht, möglichst aus der Wahrnehmung des Patienten zu sehen. Letzteres fällt mir nicht ganz schwer, weil ich seit vielen Jahren als Psychoonkologe tätig bin.

Dann lassen Sie uns ganz konkret werden. Schildern Sie doch den typischen Weg eines Patienten durch das RHCCC.

Einen ganz typischen Weg gibt es bis heute nicht und wird es möglicherweise auch nie geben; denn Patienten genießen nach wie vor das Recht auf freie Arztwahl. Deshalb kann es geschehen, dass ein Patient sich zum Beispiel direkt in die chirurgische Klinik unseres Hauses begibt, dort untersucht und diagnostiziert wird und, sagen wir mal als Pankreaskopfkarzinom-Patient, im Tumorboard besprochen wird. Damit ist er oder sie im RHCCC angekommen. Ein zweiter vorstellbarer Weg führt über so etwas wie eine zentrale Eingangspforte, in der ein interdisziplinäres Ärzteteam den Patienten anschaut und dann mit ihm seinen Weg durch die diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen im Haus bespricht.

Gibt es die zentrale Eingangspforte im RHCCC?

Daran arbeiten wir. Wir werden etwa bis zum Sommer drei interdisziplinäre Sprechstunden bei uns anbieten: für Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren, für Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und für junge Hodentumorpatienten. Diese Sprechstunden finden aber nicht zwangsläufig beim ersten oder zweiten Patientenkontakt statt. Die Gynäkologen legen beispielsweise Wert darauf, dass ein interdisziplinäres Ärzteteam der Patientin die Ergebnisse der Tumorboard-Besprechung erläutert. Junge Hodenkrebspatienten dagegen – so sehen es die Urologen als sinnvoll an – werden gleich zu Anfang ihre mögliche Therapie mit einem Urologen und einem Psychoonkologen besprechen können.

Entspricht das den Forderungen der Deutschen Krebshilfe nach einer interdisziplinär besetzten Eingangspforte?

Ja und Nein. Interdisziplinär werden unsere Sprechstunden besetzt sein, allerdings finden sie nicht notwendigerweise ausschließlich bei der Aufnahme des Patienten oder der Patientin statt. Trotzdem sind wir davon überzeugt, dass wir auf dem richtigen Weg sind, weil diese organisatorische Umstrukturierung dem Patienten zugutekommt.

Es ist kein Geheimnis, dass in München weder das CCC^{LMU} noch das RHCCC von der Deutschen Krebshilfe als onkologisches Spitzenzentrum anerkannt ist.

Woran liegt das?

Das ist eine schwierige Frage. Bevor ich sie beantworte, lassen Sie mich eine Grundsatzbemerkung machen: In München wird rechts wie links der Isar eine großartige, exzellente Krebsmedizin gemacht. Das bestreitet ernsthaft niemand. Was uns hier in München schwerfällt, ist, den Zugang für Patienten zu dieser exzellenten Versorgung möglichst niedrigschwellig und interdisziplinär zu organisieren. Wir haben hier viele verdienstvolle Institutionen, die mit Recht für sich in Anspruch nehmen, in der Krebsmedizin Großartiges zu leisten. Es ist nicht immer ganz einfach, diese Institutionen wirkungsvoll miteinander zu vernetzen, weil sie ihre Organisationsstrukturen zum Wohle des Ganzen anpassen müssten. Denn gute onkologische Versorgung funktioniert letztlich nur, wenn sie interdisziplinär und intersektoral ist und die Perspektive des Patienten in den Mittelpunkt stellt. An anderen Standorten mit nicht ganz so traditionsreichen Strukturen fällt das möglicherweise nicht ganz so schwer.

Das hört sich nach viel Arbeit an für den neuen RHCCC-Direktor.

Das ist es auch. Es geht aber nicht ausschließlich um die Weiterentwicklung von Strukturen. Ganz konkret wollen wir in Punkto Patientenorientierung mehr tun als es in einschlägigen Papieren bisher verlangt ist. Derzeit erproben wir das Konzept eines sogenannten Patientenbegleiters. Dazu gab es in der chirurgischen Klinik bereits ein Modellprojekt, das wir drei Monate lang mit etwa 50 Patienten ausprobiert haben.

*„Informationstechnologie
für den einfachen Datenaustausch zwischen
Tumorboard und Klinik“*

Was genau hat ein solcher Patientenbegleiter zu tun?

Eingesetzt haben wir Krankenschwestern, die wir zusätzlich in Gesprächsführung und psychoonkologischer Diagnostik ausgebildet haben. Schon bei der Aufnahme haben diese Patientenbegleiter ein strukturiertes Interview durchgeführt, in dem die emotionale Befindlichkeit und auch ganz praktische Themen abgefragt wurden. Am Ende dieses Gesprächs hat jeder Patient eine Visitenkarte erhalten mit der Aufforderung, sich im Zweifelsfall immer an seinen Patientenbegleiter zu wenden. Aktive erneute Kontaktaufnahme seitens der Begleiter gab es bei Stations- oder Klinikwechsel sowie kurz vor der Entlassung.

Welche Schlüsse ziehen Sie aus diesem Pilotversuch?

Wir konnten feststellen, dass alle Patienten sich über diesen zusätzlichen Service sehr gefreut haben; allerdings haben während des Klinikaufenthaltes nur wenige von ihnen den Kontakt zum Patientenbegleiter gesucht. Das kann bedeuten, dass es all diesen Patienten in der Klinik nicht schlecht ging, aber natürlich kann das auch heißen, dass die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme zu hoch war.

Womit wir wieder bei der möglichst niedrigschwelligen Organisation exzellenter Versorgung wären.

In der Tat. Und deshalb startet in diesen Tagen ein neuer Pilotversuch, bei dem jeder neue Strahlentherapiepatient nicht nur ein Eingangsinterview absolviert. Die Patientenbegleiter ermitteln außerdem den ganz konkreten supportiven Bedarf und vermitteln dann entsprechende Angebote hier im Hause.

Was für Angebote sind das?

Das reicht von der Ernährungsberatung über Physiotherapie, psychoonkologische Gesprächsangebote, Sozialberatung und Seelsorge bis hin zur Naturheilkunde und den Kontakt zu Selbsthilfegruppen. Die Patientenbegleiter bleiben also – anders als im ersten Pilotversuch – konsequent an der Seite des Patienten. Sollten sich die jetzt zu testenden Abläufe als praktikabel erweisen, werden wir diesen Service ausbauen.

Sie haben die Notwendigkeit Netzwerke zu bilden hervorgehoben. Das Tumorzentrum München lebt diesen Netzwerkgedanken seit mehr als dreißig Jahren. Worin besteht für Sie die Bedeutung des TZM?

Es steht in der Tat für den interdisziplinären Austausch in seinen Projektgruppen. Aber ich glaube, das TZM könnte künftig größere Bedeutung gewinnen; denn es gibt viele Bereiche und Probleme, die man gemeinsam besser und effektiver lösen kann. Wir benötigen beispielsweise dringend eine Informationstechnologie, die den einfachen Datenaustausch zwischen den Tumorboards und mit den Klinikinformationssystemen gewährleistet. Das Thema IT spielt auch bei der Nutzung der Daten des Tumorregisters eine wichtige Rolle. Und nicht zuletzt sind das Themen, die nicht nur die beiden Universitätskliniken, sondern auch die städtischen Kliniken in München und Umgebung etwas angehen. Zur Bearbeitung dieser Themen ist das Tumorzentrum sozusagen als gemeinsame Dachorganisation geradezu prädestiniert.

Herr Professor Herschbach, haben Sie herzlichen Dank für das Gespräch.

Veranstaltungen des CCC^{LMU}

Das Comprehensive Cancer Center der LMU (CCC^{LMU}) lädt zu folgenden Veranstaltungen ein:

12. Interdisziplinärer Workshop: Kontrastmittel in der Gefäß- und Abdomensonographie

4. bis 6. April 2011
Klinikum Großhadern
Hörsaaltrakt – Hörsaal I

Anmeldung bei PD Dr. D.-A. Clevert
(Dirk.Clevert@med.uni-muen-
chen.de). Weitere Informationen im
Internet unter [http://sono2011.org/
workshop/april/index.php?page=an-](http://sono2011.org/workshop/april/index.php?page=anmeldung)
meldung

Erblichkeit bei Brustkrebs – Was gibt es Neues?

Referent: Prof. Dr. A. Meindl
Veranstalter: Klinik und Poliklinik
für Frauenheilkunde und Geburts-
hilfe, Großhadern

05.04.2011, 17:00 bis 18:30 Uhr
Klinikum Großhadern, Hörsaal 5

Den Schrecken nehmen – Behandlung von Nebenwirkungen im Rahmen der Brustkrebs- therapie

Referentin: Frau Dr. I. Rühl
Veranstalter: Klinik und Poliklinik
für Frauenheilkunde und Geburts-
hilfe, Großhadern

03.05.2011, 17:00 bis 18:30 Uhr
Klinikum Großhadern, Hörsaal 5

Wenn Mütter an Brustkrebs er- kranken – was hilft den Kindern?

Referentin: Frau Dr. K. Hermelink
Veranstalter: Klinik und Poliklinik
für Frauenheilkunde und Geburts-
hilfe, Großhadern

07.06.2011, 17:00–18:30
Klinikum Großhadern, Hörsaal 5

Systemtherapie in der Behand- lung des Mammakarzinoms – was muss sein?

Referent: Dr. S. Kahlert
Veranstalter: Klinik und Poliklinik
für Frauenheilkunde und Geburts-
hilfe, Großhadern

05.07.2011, 17:00 –18:30
Klinikum Großhadern, Hörsaal 5

Benefizgala bringt über 30.000 Euro für Kinder krebskranker Eltern

Fundament für Kindertagesstätte Miraculix
des Roman-Herzog-Krebszentrums ist gelegt



Die Spendengala des Roman-Herzog-Krebszentrums (RHCCC) des Klinikums rechts der Isar Ende Januar war ein voller Erfolg. Der große Hörsaal des Klinikums war komplett ausverkauft, so dass nun mehr als 30.000 Euro Startkapital für den Aufbau der Kindertagesstätte Miraculix zur Verfügung stehen. Als Highlight der Abendveranstaltung traten die **Biermösl Bloss** und **Gerhard Polt** auf. Für den kulinarischen Teil sorgte **Starkoch Alfons Schuhbeck**, der – ebenfalls ehrenamtlich – ein tolles Buffet zauberte.

Miraculix wird Kinder ab dem Kindergartenalter aufnehmen, die während der Behandlung eines Elternteils Betreuung benötigen. Es sind spielerische, sportliche und künstlerisch-handwerkliche Angebote für die unterschiedlichen Altersstufen geplant. In einem geschützten Rahmen sollen Kinder ihre Gefühle und Ängste ausdrücken können. Falls nötig, erhalten sie auch therapeutische Unterstützung. Die Initiatoren des Projektes vom RHCCC schätzen, dass jährlich etwa 250 Kinder in der Tagesstätte betreut werden.

Im nächsten Schritt geht es darum, innerhalb des Klinikums rechts der Isar geeignete Räumlichkeiten zu finden und auszubauen. Bis zum April dieses Jahres soll dazu eine Entscheidung fallen. In der Zwischenzeit plant das Projektteam bereits die nächsten Aktionen; „denn,“ so Sylvia Tanzer vom RHCCC, „der laufende Betrieb von Miraculix wird nur über Spenden oder über eine Stiftung aufrechtzuerhalten sein.“





Bendalis

www.bendalis.com



Bendalis
Immer für Sie da

Klinikum rechts der Isar ab Juli 2011 mit hauptamtlichem Ärztlichen Direktor

Aufsichtsrat beruft Prof. Dr. Reiner Gradinger



Seit Mitte 2007 ist Professor Reiner Gradinger bereits Ärztlicher Direktor des TU-Klinikums im Nebenamt. Darüber hinaus ist er bereits seit Jahren auch im geschäftsführenden Vorstand des Tumorzentrums München aktiv. Zum 1. Juli dieses Jahres ernannte ihn der Aufsichtsrat des Klinikums zum hauptamtlichen Ärztlichen Direktor. Seine Amtszeit läuft bis Ende 2015. Damit wird Gradinger

gleichzeitig Vorsitzender des Klinikumsvorstandes, dem auch der Kaufmännische Direktor, der Dekan der Medizinischen Fakultät und die Pflegedirektorin angehören. Mit dem Wechsel in die Hauptamtlichkeit wird Gradinger die Leitung der Orthopädischen Klinik aufgeben.

Für die nächsten Jahre hat sich Reiner Gradinger einiges vorgenommen: „Um auch künftig Top-Medizin bieten zu können, müssen wir die Spezialisierung in den verschiedenen Fachbereichen weiter vorantreiben.“ Ein entscheidender Vorteil für die Weiterentwicklung des Klinikumsprofils ist für Gradinger die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Forschungseinrichtungen der TU München: „Bei der Medizintechnik-Forschung ist die TU hervorragend aufgestellt. Viele unserer Kliniken kooperieren in diesem Bereich bereits mit Einrichtungen der TU, insbesondere zur Biologisierung von Materialien. Solche Projekte möchte ich weiterhin fördern.“ Ebenso wichtig wie die Entwicklung des Leistungsspektrums ist Reiner Gradinger die Umsetzung der geplanten Bauvorhaben auf dem Klinikgelände. Ganz oben auf seiner Wunschliste stehen ein neues zentrales OP-Gebäude sowie der Neubau eines Forschungsgebäudes.



Prof. Gian Domenico Borasio übernimmt Lehrstuhl für Palliativmedizin in Lausanne

Der Stiftungslehrstuhlinhaber für Palliativmedizin der LMU und Mitbegründer des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin (IZP), Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, hat zum Sommersemester München verlassen und den Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Universität Lausanne übernommen. Borasio wurde am 11. März im Rahmen eines hochkarätig besetzten Symposiums verabschiedet, in dessen Mittelpunkt die multiprofessionellen Perspektiven in der Palliativmedizin standen. Das Tumorzentrum München dankt Herrn Prof. Borasio, der auch und gerade für die palliativmedizinische Behandlung von Tumorpatienten in München neue Standards gesetzt hat.

SarKUM: Neues Zentrum für Knochen- und Weichteiltumoren

Aus Forschungsergebnissen unmittelbar neue Therapieformen für Krebspatienten zu entwickeln, ist ein Schwerpunkt des neu gegründeten SarKUM, dem interdisziplinären Zentrum für Knochen- und Weichteiltumoren am Klinikum der Universität München.



Experten verschiedener Fachdisziplinen zur Diagnose und Therapie von Patienten mit Knochen- und Weichteilsarkomen kooperieren in diesem Zentrum. Die Leistungsfähigkeit des SarKUM stellten dessen Leiter Prof. Dr. Rolf D. Issels und sein Team in einem Eröffnungssymposium am 23. März 2011 vor. Weitere Informationen für Zuweiser und Patienten sind im Internet verfügbar unter <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/Zentren/SarKUM/index.html>.

Projektgruppen

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

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

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

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.

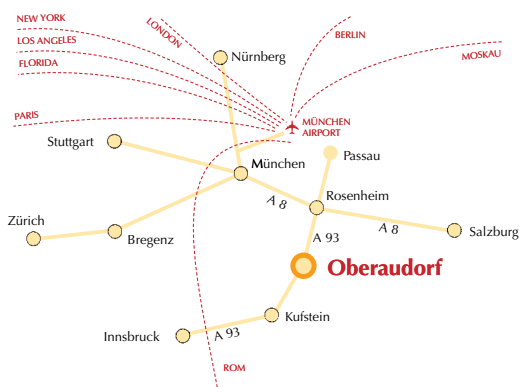


ONKOLOGISCHES KOMPETENZZENTRUM OBERAUDORF

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.***



Dr. Carola Riedner neu in der Krebsberatungsstelle am TQM

Seit dem 1. März verstärkt die Medizinerin und Psycho-Onkologin Dr. med. Carola Riedner das Team der Krebsberatungsstelle am Tumorzentrum München. Carola Riedner ist ärztliche Psychotherapeutin und hat vier Jahre lang als *Visiting Investigator* am Memorial-Sloan-Kettering Hospital in New York City bei Jimmie Holland, der Begründer der modernen Psycho-Onkologie gearbeitet. In der Krebsberatungsstelle des TQM berät sie zusammen mit der Sozialpädagogin Petra Degenhart Krebspatienten sowie deren Angehörige und Freunde. Das Spektrum der Unterstützungsleistungen reicht von persönlichen oder telefonischen Gesprächen über Informationen zu sozialrechtlichen Fragen bis hin zur Vermittlung zu Selbsthilfegruppen oder die Hinzuziehung kompetenter Ansprechpartner für medizinische Fragestellungen.

Die Beratung ist für Betroffene kostenfrei und vertraulich.
Die Beratungsstelle ist an allen Werktagen erreichbar: dienstags bis freitags von 9.00 Uhr bis 11.30 Uhr sowie montags bis donnerstags von 14.30 Uhr bis 18.00 Uhr.



Dr. med. Carola Riedner,
Ärztin und Psycho-Onkologin



Petra Degenhart,
Dipl. Sozialpädagogin (FH)

**Krebsberatungsstelle
am TQM**
Pettenkoferstraße 8 a
80336 München
Fon: 089-5160-3351



Maria Köllner
Dipl. Pädagogin

Neue Telefonsprechstunde für von Krebs betroffene Familien

Seit März 2011 bietet die schon seit mehreren Jahren etablierte Familiensprechstunde für

Kinder krebskranker Eltern einen neuen Service. Unter der **kostenfreien Telefonnummer 0800-0117112** erhalten an Krebs erkrankte Eltern Hilfestellung im Umgang mit ihren Kindern. Die Diplom-Pädagogin Maria Köllner hat auch ein offenes Ohr für Kinder und Jugendliche, für ihre Sorgen und Ängste.

Die Sprechzeiten sind montags von 15.00 bis 16.00 Uhr sowie mittwochs von 12.00 bis 13.00 Uhr.

Getragen wird das Projekt von Brustkrebs Deutschland e.V. und von der Psycho-Onkologie der Medizinischen Klinik III am Klinikum der LMU München, Campus Großhadern. Gefördert wird die Aktion außerdem von *lebensmut e.V.*

TQM

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

■ 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

■ 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

■ 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

Mehr als 300 Teilnehmer bei den TZM Essentials 2011

Der Jahreskongress des Tumorzentrum München (TZM) hat sich in der Fortbildungsszene etabliert. Mehr als 300 hämatologisch und onkologisch tätige Ärzte besuchten am letzten Januarwochenende die TZM Essentials 2011. Auf der Agenda stand alles, was wichtig war in den vorangegangenen zwölf Monaten. Das Programm mit insgesamt 22 Vorträgen reichte von der „Genetik des Mammakarzinoms“ bis hin zu der Frage, ob *Spiritual Care* eine genuin ärztliche Aufgabe darstellt.

Besonders erfreulich: Die allermeisten der Kongressbeiträge sind bereits jetzt im TZM-Jahrbuch 2011 dokumentiert. Jeder Kongressteilnehmer hat das Buch kostenlos erhalten. Ein begrenztes Kontingent steht außerdem zur Abgabe an Projektgruppenmitglieder des TZM zur Verfügung. Im Buchhandel oder direkt beim Agileum-Verlag (www.agileum.de) ist das Werk für 29,90 Euro erhältlich.

Tumorzentrum München Jahrbuch 2011
Herausgegeben von Karl-Walter Jauch
und Volkmars Nüssler
Agileum Verlag und Gesundheitsakademie 2011
ISBN: 978-3-939415-09-1 · ISSN: 1868-8004
Umfang: 260 Seiten, 43 Abbildungen, 22 Tabellen
Buchhandelspreis: 29,90 €



Essentials



Impressum

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

Redaktion
Prof. Dr. med. Volkmars 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 Tumorzentrum München;
c/o Geschäftsstelle des Tumorzentrum 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 Tumorzentrum München ist der Bezug
der TZM-News im Mitgliedsbeitrag bereits enthalten.

Layout, Gestaltungskonzept und Illustration
Charlotte Schmitz, 42781 Haan

Bildnachweis
Titelseite rechts, Seite 15 unten: Stefan Wartini, München.
Titelseite links, Seite 10: RHCCC, München

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 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



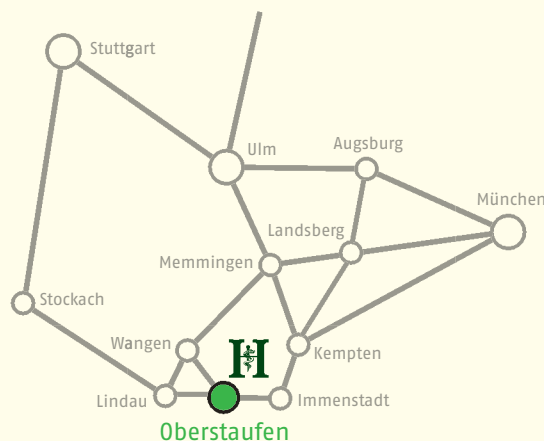
Eine Tumorerkrankung verändert das Leben des Betroffenen und der Angehörigen.

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