450 hämatopoetische Stammzelltransplantationen in Magdeburg

FLT3-Kinaseinhibitoren und deren Einfluss auf T-Zellreaktivität im Rahmen der allogenen Stammzelltransplantation

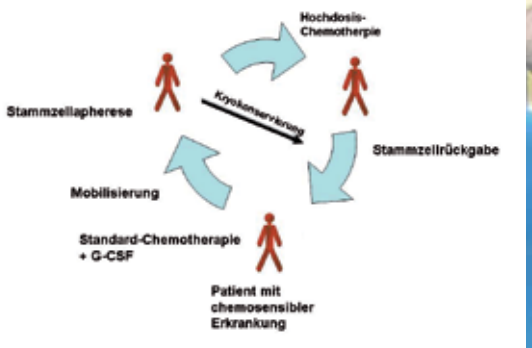
Psychoonkologische Betreuung im Rahmen der hämatopoetischen Stammzelltransplantation: „Der Magdeburger Weg“

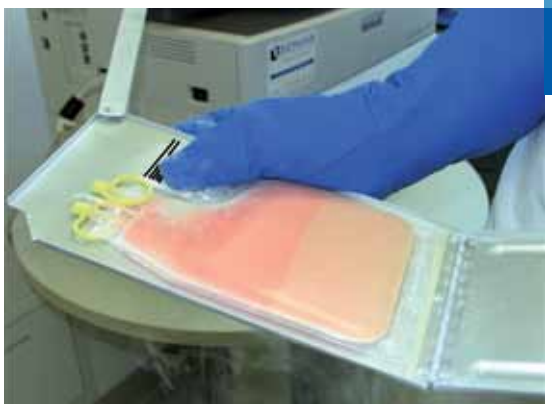
Die PREFERE-Studie - Perspektive für Deutschland

tumorzentrum aktuell

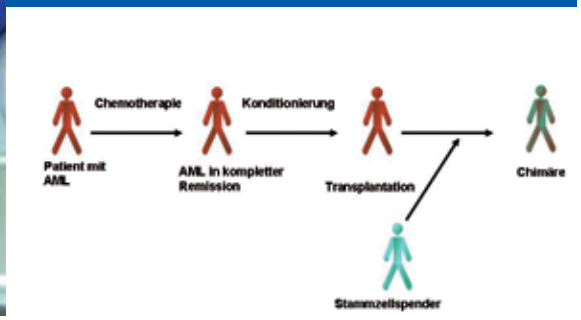
Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.

Prinzip der autologen hämatopoetischen Stammzelltransplantation





Prinzip der allogenen hämatopoetischen Stammzelltransplantation



2/2012

IMPRESSUM

Herausgeber
Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.
Universitätsklinikum A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
http://www.med.uni-magdeburg.de/tzm/
E-Mail: tumorzentrum@med.ovgu.de

ISSN: 2190 - 8591

Redaktion
Prof. Dr. G. Gademann
Dr. B. Böhme

Layout
Müller Marketing GmbH
Agentur für Marketing & Kommunikation
www.muellermarketing-gmbh.de

Druck
Druckerei Lohmann
Markt 23
39435 Egeln

Titelfotos
Klinik für Hämatologie und Onkologie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.

Editorial

Seite 05

Aus Wissenschaft und Forschung

- 450 hämatopoetische Stammzelltransplantationen in Magdeburg — Seite 06
  Thomas Heinicke, Thomas Fischer
- FLT3-Kinaseinhibitoren und deren Einfluss auf T-Zellreaktivität im Rahmen der allogenen Stammzelltransplantation — Seite 09
  Florian Heidel
- Psychoonkologische Betreuung im Rahmen der hämatopoetischen Stammzelltransplantation: „Der Magdeburger Weg“ — Seite 10
  Michael Köhler, Thomas Fischer
- Die PREFERE-Studie – Perspektive für Deutschland — Seite 19
  Martin Schostak

Termine

Seite 21

Berichte

- .. „die haben mich mitgenommen und mich akzeptiert“ Junge Krebspatienten und deren Angehörige im Fokus der Magdeburger Psychoonkologen und Onkologen 6. Magdeburger Psychoonkologisches Kolloquium — Seite 22
  Hans-Henning Flechtner, Michael Köhler
- HEXAL- Förderpreis 2012 — Seite 25
- Aktuelle Rote-Hand-Briefe für die Onkologie — Seite 26

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

am 7. November fand anlässlich der 450. Hämatopoetischen Stammzelltransplatation unser Symposium „Autologe und allogene Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation in Magdeburg“ statt.

Die erste autologe Blutstammzelltransplantation an der Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie in Magdeburg wurde bereits im November 1996 durchgeführt. Mittlerweile ist die autologe Blutstammzelltransplantation ein etabliertes Therapieverfahren vor allem bei der Behandlung von Multiplem Myelom, Morbus Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphomen sowie bei Hodentumoren.

Seit November 2010 werden auch allogene Stammzelltransplantationen in unserer Klinik durchgeführt. Wir freuen uns sehr, dass wir unseren Patienten dieses international etablierte Verfahren jetzt auch in Magdeburg und somit heimatnah anbieten können.

Wenn wir zurück schauen, so ist im August dieses Jahres die 450. Hämatopoetische Stammzelltransplantation hier in Magdeburg durchgeführt worden. Auf dieses erfreuliche Ergebnis haben wir im Rahmen dieses Symposiums hingewiesen und uns ist bewusst, dass wir hier sehr auf die Leistung unserer Vorgänger aufbauen. Wir sehen dies auch als einen gemeinsamen Erfolg mit den primär betreuenden Ärzten in der Niederlassung und in den Krankenhäusern unserer Region.

Kurzum, aus unserer Sicht war dies ein guter Grund für eine kleine Feierstunde. Die Vorträge dieses Symposiums finden Sie in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift.

Prof. Dr. med. Th. Fischer
Vorsitzender des Tumorzentrums Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.
Direktor der Klinik für Hämatologie und Onkologie

450 hämatopoetische Stammzell-transplantationen in Magdeburg

Thomas Heinicke und Thomas Fischer,
Klinik für Hämatologie und Onkologie Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.,
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Anlässlich der 450. in Magdeburg durchgeführten hämatopoetischen Stammzelltransplantation veranstaltete die Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie am 07. November 2012 ein wissenschaftliches Symposium unter Beteiligung von Klinikern und Grundlagenwissenschaftlern. Im Folgenden soll auf die Prinzipien der Stammzelltransplantation sowie auf die Entwicklungen an der Universitätsklinik Magdeburg eingegangen werden.

Autologe periphere hämatopoetische Stammzelltransplantation

Bei der autologen peripheren hämatopoetischen Stammzelltransplantation (autoPBSZT) werden einem Patienten, der an einer Erkrankung leidet, die auf eine Chemotherapie angesprochen hat, zunächst nach entsprechender Stimulation Blutstammzellen aus dem peripheren Blut entnommen und in flüssigem Stickstoff eingefroren (Abbildung 1).

Nach einer Erholungsphase von mehreren Wochen erhält der Patient dann eine Hochdosis-Chemotherapie. Im Anschluss hieran werden die zuvor eingefrorenen hämatopoetischen Stammzellen reinfundiert. Ohne die Rückgabe der zuvor eingefrorenen Stammzellen, die somit der Toxizität durch die Therapie nicht ausgesetzt waren, wäre eine Regeneration der Blutzellen und des Immunsystems nicht gewährleistet. Das Wirkprinzip dieses Therapieverfahrens ist also die intensivierte Gabe von entsprechenden Chemotherapeutika. Man versucht hierdurch, eine etwaige Chemotherapieresistenz von Subklonen der malignen Erkrankung zu überwinden.

Die erste autoPBSZT fand in Magdeburg am 22.11.1996 unter der Leitung von Frau Professor Dr. med. A. Franke statt. Seither sind 438 solcher Therapien durchgeführt worden. Das mediane Alter der Patienten lag bei 52 Jahren (Bereich 15 – 72 Jahre). 62 % der Patienten waren Männer. Es wurden

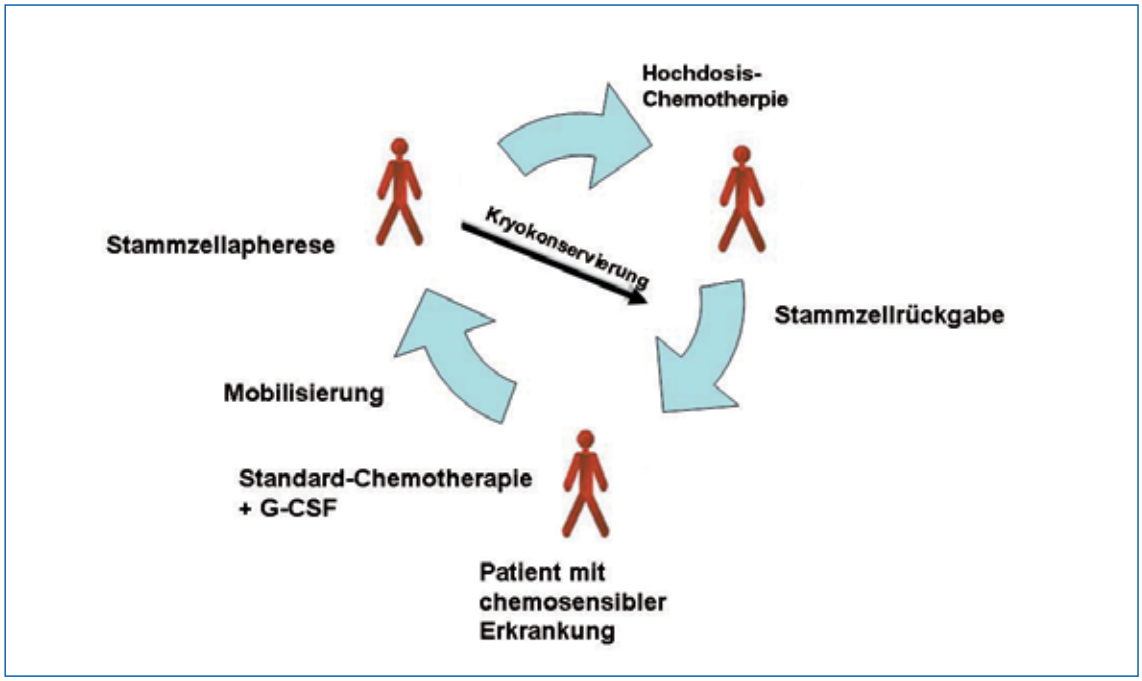


Abb. 1: Prinzip der autologen hämatopoetischen Stammzelltransplantation

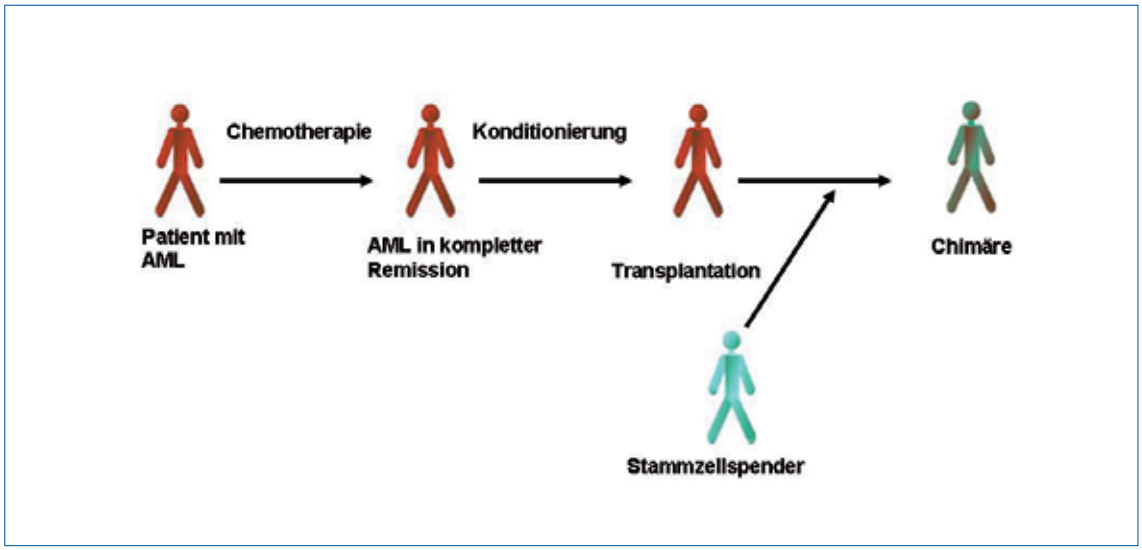


Abb. 2: Prinzip der allogenen hämatopoetischen Stammzelltransplantation

Patienten mit Multiplem Myelom (43 %), Non-Hodgkin-Lymphom (39 %), Morbus Hodgkin (10 %) und sonstigen Erkrankungen (8 %) behandelt. Bei 72 % der Patienten wurde eine einmalige autoPBSZT durchgeführt, während 23 % der Patienten eine zweite Transplantation, 4 % eine dritte und 1 % der Patienten eine vierte Transplantation erhielten. Durch diese Behandlungen konnte zahlreichen Patienten dauerhaft geholfen werden. Einige sind von ihrer malignen Erkrankung geheilt worden.

Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation

Bei der allogenen hämatopoetischen Stammzelltransplantation (alloSZT) werden Blutstammzellen eines anderen Menschen übertragen (Abbildung 2).

Voraussetzung ist also, dass ein Spender (Familien- oder nicht verwandter Spender) gefunden wird, dessen Gewebeeigenschaften (HLA-Antigene) mit denen des Patienten übereinstimmen oder zumindest kompatibel sind. In der Regel wird eine alloSZT bei aggressiven malignen hämatologischen Erkrankungen oder bei Knochenmarkversagen durchgeführt. Die häufigste Indikation für die alloSZT ist die akute myeloische Leukämie (AML). In einem typischen Fall wird ein Patient, der an einer Hochrisiko-AML leidet und dessen Erkrankung nach einer Induktionschemotherapie im besten Falle in erster kompletter Remission (CR1) ist, mit einer alloSZT behandelt. Hierfür wird nach Identifikation eines geeigneten Spenders eine sogenannte Konditionierung durchgeführt. Diese kann in einer Strahlen-Chemotherapie oder in einer alleinigen Chemotherapie bestehen. Parallel hierzu wird der Spender durch Gabe eines Hormons, welche seine Blutstammzellen aus dem Knochenmark in das periphere Blut mobilisiert, vorbereitet. Daran anschließend werden ihm aus dem peripheren Blut mittels Apherese die Blutstammzellen entnommen und frisch dem zuvor konditionierten Patienten transplantiert. Im Gegensatz zur autologen Transplantation ist ein wesentliches Wirkprinzip bei der alloSZT nicht die Dosissteigerung der Chemotherapie sondern ein immunologischer, zellulärer Effekt des Transplantates gegen die Leukämie. Dieser Effekt wird Graft versus-Leukemia-Effekt (GvL) genannt. Nachdem bekannt wurde, dass diesem Effekt eine wesentliche Rolle bei der alloSZT zukommt, begann man die Intensität der Konditionierung zu reduzieren. Dies hat dazu geführt, dass in den letzten Jahren die alloSZT wesentlich verträglicher wurde. Hierdurch ist es gelungen, Patienten bis zu einem Alter von ca. 70 Jahren zu transplantieren. Allerdings können von den transplantierten Immunzellen auch unerwünschte Wirkungen ausgehen. Es kann sich eine Reaktion gegen gesundes Gewebe des Empfängers ausbilden, eine sogenannte Graft versus Host-Disease (GvHD) oder Spender-Gegen-Wirt-Reaktion. Da diese Reaktion mit einer hohen Rate an Morbidität und Mortalität verbunden ist, bekommt ein Transplantationspatient schon prophylaktisch eine medikamentöse Immunsuppression. Im Verlauf entwickelt sich jedoch bei den meisten Patienten eine Toleranz, so dass diese Immunsuppression im Verlauf der ersten drei Monate nach alloSZT meist ausgeschlichen und beendet werden kann. Viele Patienten leben dann ohne belastende Medikamente.

In Magdeburg wurde die erste allogene Stammzelltransplantation am 4. November 2010 durchgeführt.

	Hämatopoetische Stammzelltransplantation	
Art	autolog	allogen
Stammzellquelle	eigene Stammzellen	Stammzellen eines anderen Menschen
Wirkprinzip	Überwindung von Resistenzen durch Steigerung der Chemotherapiedosis (Dosiswirkungsbeziehung)	immunologischer Graft-versus-Leukemia-Effekt
medikamentöse Immunsuppression	nein	ja

Tabelle 1: Unterschiede zwischen den beiden hämatopoetischen Stammzelltransplantationsverfahren

Seither wurden (Stand Dezember 2012) 18 Patienten mit diesem Verfahren behandelt. Das mediane Alter lag bei 57 Jahren (Bereich 22 – 73 Jahre). Es wurden elf männliche und sieben weibliche Patienten transplantiert. Acht Patienten litten an einer akuten myeloischen Leukämie, jeweils zwei an einem Myelodysplastischen Syndrom bzw. an der seltenen blastischen, plasmazytoiden, dendritischen Zellneoplasie, drei Patienten an Non-Hodgkin-Lymphomen sowie jeweils ein Patient an einer chronischen myelomonozytären Leukämie Typ 2, einer atypischen chronischen myeloischen Leukämie sowie an einer akuten lymphatischen Leukämie.
16 der 18 Patienten wurden mit einer dosisreduzierten Konditionierung behandelt, nur zwei Patienten erhielten eine Standardkonditionierung. Sechs Patienten erhielten Transplantate von verwandten und 12 Patienten von nichtverwandten Spendern. 17 Patienten erhielten periphere Blutstammzellen, während bei einem Patienten Knochenmark transplantiert wurde. Bei allen bisher auswertbaren Patienten kam es zu einem Anwachsen des Transplantates, eine Transplantatabstoßung musste bei keinem Patienten diagnostiziert werden. Sieben Patienten entwickelten eine akute GvHD, davon drei höhergradige, während fünf Patienten eine chronische GvHD, die überwiegend mild war, entwickelten. Aufgrund der kurzen Nachbeobachtungszeit lassen sich noch keine Langzeitüberlebensdaten ermitteln. Die Nicht-Rezidiv-Mortalität an Tag 100 nach alloSZT entspricht den international publizierten und zu erwartenden Ergebnissen.

Durch den Aufbau dieses alloSZT-Programms sind wir nun in der Lage, dieses Therapieverfahren auch im nördlichen Sachsen-Anhalt unseren Patienten heimatnah anbieten zu können.

Die wesentlichen Unterschiede der beiden hämatopoetischen Stammzelltransplantationsverfahren sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Heinicke
Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
Tel.: 0391 67-13265
E-Mail: thomas.heinicke@med.ovgu.de

FLT3-Kinaseinhibitoren und deren Einfluss auf T-Zellreaktivität im Rahmen der allogenen Stammzelltransplantation

Florian Heidel
Klinik für Hämatologie und Onkologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Patienten, die eine Längenmutation der Rezeptor Tyrosinkinase FLT3 tragen haben unter Behandlung mit konventioneller Chemotherapie eine schlechte Prognose. Zur Prognoseverbesserung werden derzeit innovative Therapieverfahren, wie die allogene Stammzelltransplantation oder zielgerichtete Medikamente gegen die mutierte FLT3 Tyrosinkinase (FLT3-ITD) eingesetzt. Diese FLT3-Inhibitoren konnten bereits erfolgreich als überbrückende Behandlung vor der allogenen Stammzelltransplantation eingesetzt werden. Die Hemmung von anderen Kinasen, (wie z. B. die Hemmung von BCR-ABL durch Imatinib-Glivec) konnten bereits in früheren Publikationen erfolgreich auch nach der allogenen Stammzelltransplantation angewandt werden. Dies erfolgte während und nach Gabe der für die allogene Stammzelltransplantation notwendigen Immunsuppression. Allerdings zeigten einige dieser BCR-ABL-Hemmstoffe negative Effekte auf die T-Zellen der Patienten, die nicht nur für die Abstoßungsreaktion, sondern besonders auch für den Immuneffekt gegen die Leukämie notwendig sind. Dies ist besonders für den BCR-ABL-Inhibitor Dasatinib der Fall. Auch die Inhibitoren Imatinib und Nilotenib (obwohl sie nicht T-Zell notwendige SRC-Kinasen hemmen) inaktivieren in höheren Dosen primäre T-Zellen. Deshalb ist es wichtig zu wissen, ob die aktuell in fortgeschrittenen klinischen Studien geprüften FLT3-Kinaseinhibitoren Midostaurin (PKC412) oder Quizartinib (AC220) hemmende Effekte auf primäre T-Zellen aufweisen.

In unseren Untersuchungen konnten wir nachweisen, dass im Gegensatz zu Dasatinib weder Midostaurin noch Quizartinib inhibitorische Effekte auf wichtige Signalmoleküle unterhalb des T-Zellrezeptors ausüben.

Auch die Aktivierung von primären T-Zellen wurde durch Midostaurin und Quizartinib nicht gehemmt, während Dasatinib eine Aktivierung fast vollständig verhinderte. All diese Untersuchungen wurden in klinisch erreichbaren und relevanten Dosen der jeweiligen Medikamente durchgeführt. Die Hemmung der T-Zellen bezog sich in unseren Untersuchungen vor allem auf die Proliferation. Programmierter Zelltod (Apoptose) wurde durch Dasatinib nicht ausgelöst. Um die Relevanz unserer Untersuchungen in einem relevanten Modell zu untersuchen exponierten wir T-Zellen mit Antigenpräsentierenden Zellen eines unverwandten Spenders, um so einen primären allogenen Immuneffekt auszulösen. Diese starke T-Zellaktivierung wurde durch Hinzunahme von Dasatinib fast vollständig verhindert. Weder Midostaurin noch Quizartinib schwächten die allogene Immunantwort ab.

Zusammengenommen konnten wir somit zeigen, dass klinisch relevante FLT-3-Kinaseinhibitoren (Midostaurin und Quizartinib) in klinisch erreichbaren Dosierungen, die für die Eradikation der Leukämie notwendige T-Zellfunktion nicht hemmen. Diese Information ist für die Entwicklung zukünftiger klinischer Studien von Wichtigkeit.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Florian Heidel
Klinik für Hämatologie und Onkologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
Tel.: 0391 67-21055
E-Mail: florian.heidel@med.ovgu.de

Psychoonkologische Betreuung im Rahmen der hämatopoetischen Stammzelltransplantation: „Der Magdeburger Weg"

Michael Köhler, Thomas Fischer
Klinik für Hämatologie und Onkologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Psychoonkologen sind heutzutage Standard in der medizinischen Versorgung und ganzheitlichen Betreuung von Tumorpatienten. Sie widmen sich den psychischen und sozialen Faktoren, die für die Betroffenen und deren Angehörigen mit einer Krebserkrankung verbunden sind. Durch den interdisziplinären Charakter ist das Fach Psychoonkologie ein Paradebeispiel für die zunehmende Spezialisierung innerhalb der Onkologie und der damit verbundenen Notwendigkeit fachübergreifender Zusammenarbeit. Neben Aspekten der Krankheitsbewältigung von Krebspatienten stehen seelische Prozesse auf der somatischen, emotionalen, behavioralen, kognitiven, sozialen und immunologischen Ebene im Zentrum des Interesses. Psychoonkologen sind beteiligt an der stationären und ambulanten Patientenversorgung, der Durchführung von klinisch-psychoonkologischen Weiterbildungen und bei der am klinischen Bedarf ausgerichteten Gestaltung von Forschungsprojekten. Obwohl die Psychoonkologie mit ihren erst ca. 30 Jahren eine junge Fachdisziplin ist, so gilt sie doch inzwischen als eigenständig. Dieser Entwicklungsprozess ging aus von vorwiegend innovativen Projekten „innerhalb und außerhalb der akutmedizinischen Versorgung hin zu integrierten Formen unter Berücksichtigung der notwendigen Interdisziplinarität" [1]. Seit Oktober 2012 gibt es den ersten Lehrstuhl für Psychoonkologie an der Universität Leipzig (Frau Prof. Dr. A. Mehnert).

Die Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie kann seit 1998 psychoonkologische Leistungen über den Arbeitsbereich Psychoonkologie anbieten. Jährlich finden ca. 1000 psychologische Gespräche mit Patienten, ggf. im Beisein der Angehörigen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich der Klinik statt. Der Arbeitsbereich Psychoonkologie der Klinik hat in den vergangenen 14 Jahren zunehmend eine koordinierende und integrierende Funktion bei der Einbindung der psychoonkologisch Tätigen in Sachsen-Anhalt übernommen. Durch eine erfolgreiche regionale Netzwerkbildung [2,3], die Initiierung eigenständiger wissenschaftlicher Veranstaltungen [4,5] und einen regen Kontakt zu den Selbsthilfegruppen ist es gelungen, als aktiver Ansprechpartner in der Region auf psychoonkologische Belange in der klinischen Versorgung wirksam hinzuweisen und selbständig klinisch praktikable Konzepte zu realisieren. Die psychoonkologisch/psychotherapeutische Versorgung von Patienten der Hämatologie und Onkologie ist als integrierter Support zu verstehen.

Drei maßgebliche Aufgaben des Arbeitsbereiches Psychoonkologie leiten sich aus diesem Setting ab:

1. Diagnostik wesentlicher physischer, psychischer und sozialer Belastungen, die mit der onkologischen Diagnose und Behandlung einhergehen;
2. Behandlung der somatopsychischen Belastungen und psychischen Störungen;
3. Initiierung bedarfsgerechter Forschungsprojekte.

Diagnostik

Der Anteil der psychischen Störungen nach ICD-10 bei den Patienten der Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie Magdeburg liegt bei 20-30 % in Abhängigkeit von der aktuellen Krankheitsbewältigung, der onkologischen Behandlungssituation und der psychischen Prämorbidität. Diese Prävalenz entspricht internationalen Häufigkeitsangaben (Tab. 1).

Spezifische Reaktionen, die mit dem Prozess der Adaptation und emotionalen Regulation zusammenhängen, sind zum Beispiel eine latente oder offene Aggressivität gegenüber den klinischen Mitarbeitern vor dem Hintergrund der eingeschränk-

Psychische Störung	Prävalenz
Angststörungen	Gesamtprävalenz: 1-49 %, bei terminal Kranken 50-80 %
Depressive Störungen	Gesamtprävalenz: 0-58 %, bei terminal Kranken 9-77 %
Anpassungsstörungen	Gesamtprävalenz: 2-52 %
Posttraumatische Belastungsstörung	Gesamtprävalenz: 0-35 %

Tabelle 1: Epidemiologie psychischer Störungen bei Krebspatienten [Mehnert et al. 2006]

ten Krankheitsakzeptanz, eine Projektion bekannter konfliktreicher Beziehungsmuster auf das neue soziale System der Station oder die somatische Regulation durch Schmerzempfindungen, Übelkeit, Schlafstörungen, Bluthochdruck etc. Diese somatopsychischen Belastungen werden größtenteils nicht in klinisch-diagnostischen Leitlinien psychischer Störungen aufgelistet. Sie finden in der psychiatrischen Diagnostik keine hinreichende Beachtung [7]. Aus diesem Grunde wurde bereits 2004 eine behandlungsbegleitende, psychologische Standarddiagnostik in der stationären Versorgung der Klinikpatienten implementiert nach den National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology™ [8]. Zu den wichtigsten Zeitpunkten der Tumortherapie (z. B. Behandlungsbeginn, Zwischenstaging, Behandlungsabschluss) werden prospektiv behandlungsrelevante psychoonkologische Parameter erhoben (z. B. Depressionssymptomatik, Angstsymptomatik, Coping). Um eine transparente Beschreibung und Einordnung von Ressourcen und Belastungen aller neu diagnostizierten stationären Patienten zu gewährleisten wird der Befund im Klinikinformationssystem (KIS) hinterlegt, so dass die behandelnden Ärzte kurz über die krankheitsspezifische, psychosoziale Situation der Patienten informiert sind [9-11]. Dahingehend können beispielsweise Patienten mit vorbestehenden psychischen Störungen oder Patienten mit suizidalen Gedanken teamintern besprochen und frühzeitig Interventionen eingeleitet werden.

- Wechselwirkung zwischen krankheits- oder behandlungsbedingten Symptomen und psychischen Störungen
- Überlappung körperlicher und psychischer Symptome
- Angst vor Stigmatisierung seitens der Patienten
- Unzureichende Kenntnisse über psychische Störungen und deren Diagnostik
- Unsicherheit im Umgang mit emotionalen Reaktionen
- Unzureichendes Wissen über psychosoziale Unterstützung/Interventionen

Tabelle 2: Herausforderungen der Psychodiagnostik in der Onkologie [Mehnert et al. 2006, mod.]

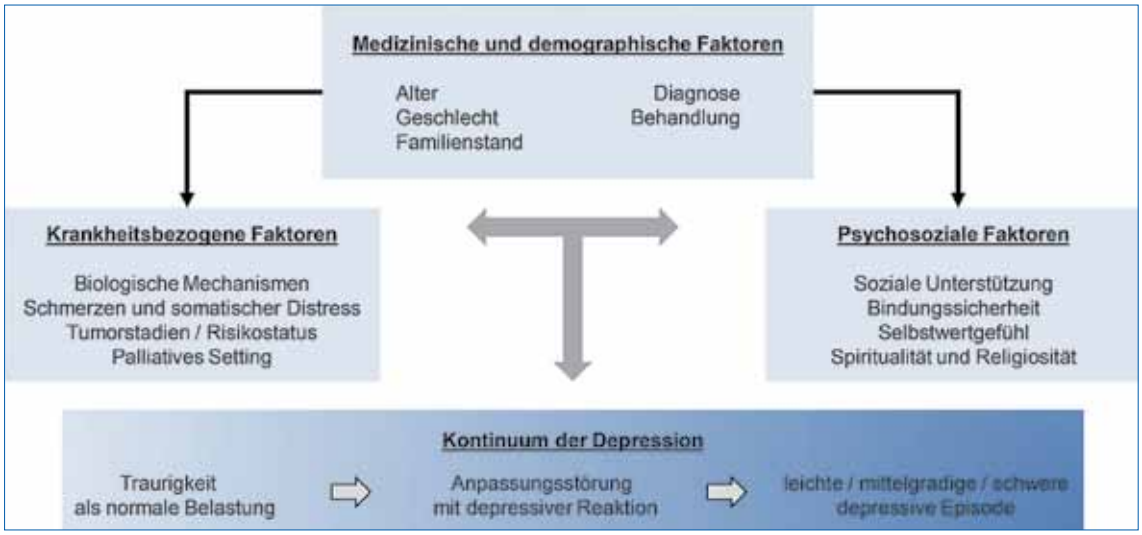


Abbildung 1: Einflussfaktoren und Diagnostik der Depression bei Krebspatienten [modifiziert nach Li et al. 2012]

Nach den Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus [8,13] stellt die Implementierung einer psychologischen Standarddiagnostik eine grundlegende Anforderung zur Qualitätssicherung der klinischen Versorgung von Krebspatienten dar. Darüber hinaus konnten Studien nachweisen, dass psychodiagnostische und sich anschließende psychotherapeutische Leistungen bei somatischen Patienten im Akutkrankenhaus eine Kosten-Nutzen-Relevanz ausweisen [14].

Supportive Psychotherapie

Die psychoonkologische Psychotherapie ist ein auf den ubiquitären Wirkfaktoren der wissenschaftlich geprüften Psychotherapien beruhendes Verfahren für hochbelastete von Krebs betroffene Menschen. Es wird gestützt durch die Evidenz psychoonkologischer Interventionsstudien und die klinischen Erfordernisse psychoonkologischer Regelversorgung [15]. Als Grundlage einer bedarfsgerechten klinischen Versorgung unserer Patienten wird ein Stufenschema genutzt.

1. Psychoedukation (Beratung zum subjektiven Krankheitsverständnis, moderierte Vermittlung krankheits- und behandlungsrelevanter Informationen)
   - kann jedem Patienten angeboten werden
   - im Rahmen der patientenorientierten Arzt-Patient-Kommunikation

2. Supportive und symptomorientierte Maßnahmen
   - bei Anpassungsstörung, depressive Episoden, Schmerzen, Erschöpfung, Übelkeit, Erbrechen, Fatigue etc.
   - ICH-stützende Interventionen (Selbstwahrnehmung, Coping etc.)
   - Krisenintervention
   - Autogenes Training, Phantasiereisen, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson,

3. Spezifisch psychotherapeutische Behandlung
   - ICD-10: F XX.xx (z. B. depressiven Episoden, Angststörungen)
   - tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die einzelnen Behandlungsstufen psychoonkologischer Psychotherapie [16] stellen den Kern der Versorgungsleistung des Arbeitsbereiches Psychoonkologie dar. Diese sind jedoch, allein aufgrund der Unterschiede in der Diagnoseklassifikation (siehe oben), im Vergleich zu den klassischen Psychotherapieverfahren mit inhaltlichen Besonderheiten behaftet [7].

- Die Diagnose der psychischen Störung nach ICD-10 kann nicht als das alleinige Indikationskriterium für die Durchführung einer psychoonkologischen Intervention gelten.
- Die psychotherapeutische Gesprächssituation innerhalb der Hämatologie/Onkologie ist sowohl zeitlich als auch räumlich sehr flexibel zu handhaben. Das seelische Befinden der Patienten ist beeinflusst vom somatischen Beschwerdebild und von möglichen Nebenwirkungen der Tumortherapie. Regelmäßige Therapiegespräche mit gleich langer Dauer sind nicht zu realisieren.
- Die psychischen Belastungen der Patienten können massiv ausgeprägt sein, ohne neurotisch zu sein. Eine zentrale Rolle übernehmen z. B. verschiedene Formen von Ängsten. Häufig handelt es sich jedoch nicht nur um (irrationale) Angststörungen, sondern um berechtigte reelle Befürchtungen (z. B. Progredienzangst, Rezidivangst).
- Das Ziel der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Behandlung ist häufig keine Heilung. Oftmals sind der Erhalt bzw. die Steigerung der körperlichen und psychischen Lebensqualität sowie die Verbesserung der psychischen Gesundheit wichtige Zieldefinitionen.
- „Verleugnung“ ist ein vielfach anzutreffender Copingmechanismus bei Patienten im Verlauf einer Krebserkrankung. Diese Form der Krankheitsbewältigung unterscheidet sich sowohl phänomenologisch als auch im Hinblick auf psychotherapeutische Implikationen von der tiefenpsychologischen Verleugnung in psychoanalytischen Verfahren.
- Die Integration von Abwehrmechanismen unter funktionellen Gesichtspunkten ist die entscheidende Grundlage für Patienten und klinische Mitarbeiter für die Zeit der onkologischen Therapie und Nachsorgephase. Entscheidend ist die Frage: Dient die Abwehr von emotional besetzten Inhalten der Adaptation oder ist sie maladaptiv?

Eine maladaptive Abwehr kann sich beispielsweise in ernsthaften Problemen der Therapieadhärenz oder Health Literacy widerspiegeln (Begriffe aktueller Literatur: adherence, provider-patient relation, physician-patient cooperation), wie bei der Prävention und Behandlung von Nebenwirkungen, beim Umgang mit akuten Veränderungen des Gesundheitszustandes oder einer schwierigen Arzt-Patient-Beziehung. Die primäre psychoonkologische Aufgabe ist es, in solchen Situationen, mit den

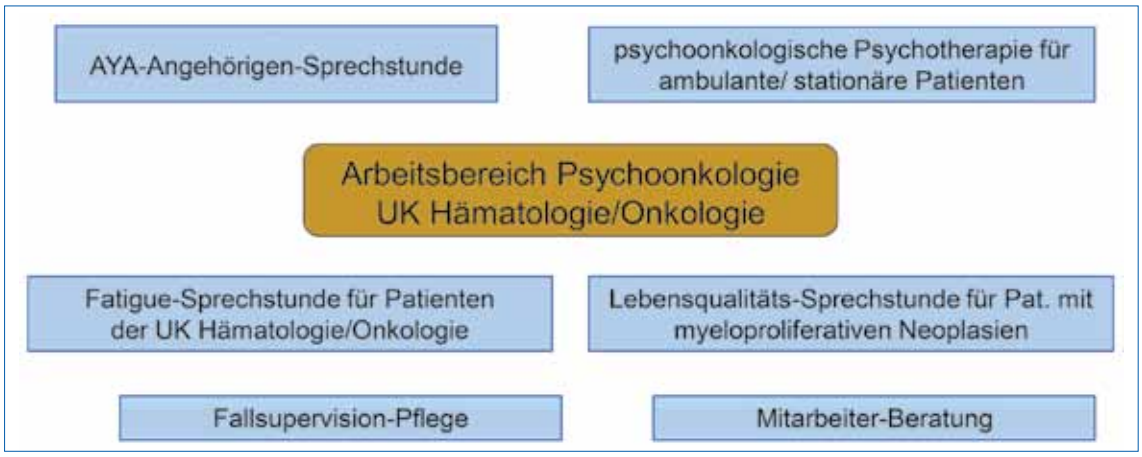


Abbildung 2: Arbeitsbereich Psychoonkologie: Klinische Versorgungsangebote

Patienten und behandelnden Ärzten eine Analyse des gegenwärtigen Copings durchzuführen, um eine etwaige Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung oder der klinischen Situation des Patienten vorzubeugen. Das heterogene Angebot des Arbeitsbereiches Psychoonkologie gibt einen Eindruck von der aktuellen Bandbreite psychoonkologischer Patientenversorgung wider.

Dabei wurde sich in den letzten Jahren vor allem auf die Initiierung psychoonkologischer Spezialsprechstunden konzentriert: Angehörigen-Sprechstunde für Adoleszente und junge Erwachsene mit Krebserkrankungen (AYA, adolescents and young adults), Fatigue-Sprechstunde für Klinik-Patienten, Lebensqualitätssprechstunde für Patienten mit myeloproliferativen Erkrankungen.
Mit dem Wunsch einer verstärkt interdisziplinären Zusammenarbeit in Sachsen-Anhalt bei der Behandlung junger Krebspatienten wurde ebenfalls das AYA-Netzwerk des Universitätsklinikums Magdeburg initiiert durch Prof. Dr. Thomas Fischer und Dipl.-Psych. Michael Köhler. Langjährige Partner der Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie Magdeburg und AYA-Interessierte sind seit diesem Jahr eingeladen, sich in einem offenen Forum mit uns für die Belange der AYA-Patienten und ihrer Angehörigen konstruktiv einzusetzen, um beispielsweise gemeinsame Forschungsideen auf den Weg zu bringen. Eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit besteht dabei bereits seit vielen Jahren mit der Psychosozialen Krebsberatungsstelle Magdeburg (Leitung: Prof. Dr. Jörg Frommer, Dipl.-Psych. Constanze Wenzel), der Familiensprechstunde für Kinder krebskranker Eltern (Leiter: Prof. Dr. med. Hans-Hennig Flechtner), der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V. und dem Arbeitskreis Psychosoziale Onkologie Sachsen-Anhalt.

Forschung

Im Rahmen des Forschungsschwerpunktes Psychoonkologie der Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie bestehen langjährige Kooperationen mit der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg (Direktor: Prof. Dr. med. Jörg Frommer) und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner). In Kooperation mit der Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie (Dipl.-Psych. Michael Köhler) führte die Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Jörg Frommer umfangreiche qualitative Untersuchungen zur Thematik der Krankheitsbewältigung und subjektiven Krankheitstheorien bei Patienten und Überlebenden mit akuter Leukämie durch (Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung: 2003-2005 VKZ: DJCLSR03/ 22p; 2005-2007 VKZ:DCCLS-R05/34p). Durch das gewählte Studiendesign entlang den Stagingzeitpunkten einer onkologischen Behandlung wurde deutlich, dass subjektive Krankheitskonzepte innerpsychisch einer Dynamik unterworfen sind und direkt assoziieren mit den von Patienten präferierten Strategien ihrer Krankheitsbewältigung. Wir konnten für Patienten mit hämatologischen Malignitäten nachweisen, dass subjektive Krankheitstheorien sowohl Determinanten als auch Epiphänomene von Copingbemühungen darstellen können [17,18]. Die einzelnen Aspekte subjektiver Krankheitstheorien und individueller Copingstrategien präsentieren sich zwar in separaten Qualitäten (z. B. affektiver, kognitiver, behavioraler Art). In der klinisch-therapeutischen Anwendung jedoch können diese Aspekte von subjektiven Krankheitstheorien und individuellen Copingstrategien nicht separat voneinander bewertet werden. Demnach gehen wir von einer essentiellen Kohärenz zwischen beiden Konzepten

der individuell-psychologischen Regulation aus. Aus dem unmittelbaren Blickwinkel des einzelnen Patienten kann der onkologische Behandlungsverlauf also tatsächlich als eine prozedurale Evaluation des Behandlungsgeschehens innerpsychisch sichtbar werden. Aufgrund dieser psychologisch dynamischen Aufwendungen des Patienten sprechen wir als Ergebnis unserer Arbeiten mittlerweile häufig von einer subjektiven Regulation statt von Copingstrategien des einzelnen Patienten. Dem vorliegenden individuellen Regulations-Aufwand im beispielsweise affektiven oder kognitiven Sinne wird so eher Rechnung getragen [19].
In folgenden Forschungsprojekten wird sich gegenwärtig primär engagiert:

- Entwicklung und Validierung eines Somatischen Belastungsscores zur Beurteilung der körperlichen Belastung aufgrund chemotherapie-induzierter Nebenwirkungen (AEs)
- Psychoonkologische Kurzintervention für Eltern Adoleszenter und junger Erwachsener mit malignen hämatologischen Erkrankungen (gefördert durch die Deutsche Krebshilfe)
- Prospektive Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei
  - Autologer peripherer Blutstammzelltransplantation (PBSCT) nach Hochdosis-Chemotherapie (HDC)
  - zytostatischer Chemotherapie
  - Patienten mit myeloproliferativen Erkrankungen (MPN)
- Prospektive Untersuchung des Zusammenhangs zwischen psychischen Distressparametern und somatischen Belastungen

Mit dem Fokus des kürzlich durchgeführten wissenschaftlichen Symposiums zur 450. hämatopoetischen Stammzelltransplantation werden im Folgenden Teilergebnisse aus der o. g. Studie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten während Hochdosis-Chemotherapie mit autologer peripherer Blutstammzelltransplantation vorgestellt.

In der medizinischen Forschung wird vorrangig der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL = health-related quality of life) genutzt (Stichwort: „Wohlbefinden“, „Funktionsfähigkeit“). HRQoL wird mittels Konsensdefinition beschrieben als der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand, d. h. die persönliche interne Repräsentation der Gesundheit des Betroffenen [20]. Es wird damit ein multidimensionales Konstrukt bezeichnet, welches körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Variablen des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit des Handlungsvermögens aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet [21]. Folgerichtig lässt sich diese aus der klinisch relevanten Sichtweise von Patienten beschriebene Multidimensionalität inhaltlich abgrenzen gegenüber solch klassisch somatisch-medizinischen Kriterien wie beispielsweise der Überlebenszeit, Laborwerten oder klinischen Toxizitätsbeurteilungen [22].

Prospektive Verlaufsuntersuchungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) bei hämatologisch-onkologischen Patienten während der Hochdosis-Chemotherapie mit autologer peripherer Blutstammzelltransplantation (PBSCT) sind immer noch unzureichend belegt. Insbesondere fehlen Erhebungen zu behandlungsrelevanten Zeitpunkten aus der Perspektive von Onkologen und Patienten. Ein Großteil der bisher publizierten Untersuchungen orientieren die Messzeitpunkte der Erhebung allein am onkologischen Behandlungsprotokoll aus, d. h.

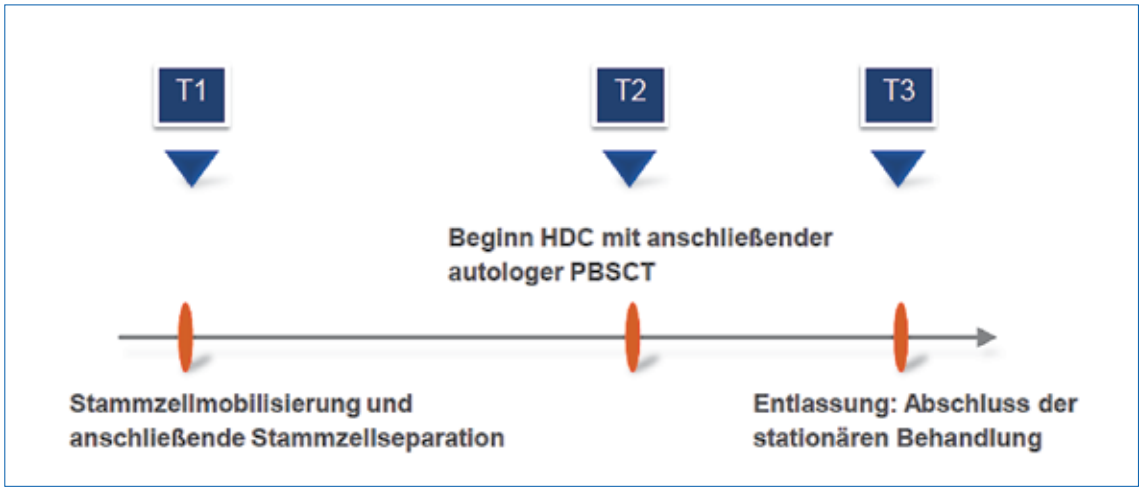


Abbildung 3: Studiendesign zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei autologer hämatopoetischer Stammzelltransplantation

beispielsweise wird ein Messzeitpunkt auf den Tag 10 nach autologer PBSCT festgelegt. Dieses Studiendesign zeugt jedoch von einem eher geringen Bezug zum individuellen Erleben aus Patientenperspektive. Dahingehend ist nicht der Tag 10 laut Behandlungsprotokoll entscheidend, sondern viel mehr z. B. der Tag der Entlassung.

In dieser Untersuchung [23] wurden 63 Patienten mit hämatologischen Malignomen prospektiv zu den Zeitpunkten T1) Stammzellmobilisierung und anschließende Stammzellseparation, T2) Gabe der Hochdosis-Chemotherapie und T3) Entlassung nach erster Behandlung mit autologer PBSCT zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels SF-36 befragt. Der SF-36 [24] ist ein Fragebogen zur Selbst- und Fremdbeurteilung von psychischen, körperlichen und sozialen Aspekten der Lebensqualität und gilt als Standardverfahren zur Lebensqualitätsmessung. Die Skalenwerte liegen zwischen 0 und 100, wobei höhere Werte für ein höheres Level der Funktionsfähigkeit stehen. Er ist das am weitesten verbreitete Instrument zur Einschätzung der allgemeinen, gesundheitsbezogenen Lebensqualität und ist für onkologische Fragestellungen international anerkannt [z. B. 25]. Die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) wurde ergänzend zu T1 eingesetzt. Als Referenzsysteme wurden sowohl der Vergleich zu T1 (Baseline) als Verlaufsuntersuchung als auch zu den Daten der deutschen Normstichprobe des SF-36 (N = 2914) über alle drei Messzeitpunkte genutzt. Die a priori formulierte Hypothese lautete: Die einzelnen Ausprägungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) vermindern sich über den onkologischen Behandlungsverlauf. Nach gegebener Prüfung auf Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test) wurde die Prüfung der Verlaufsmessungen HRQoL zu T1 Baseline durchgeführt mittels ANOVA mit Messwiederholung (mit Bonferroni-Korrektur) und die Prüfung der HRQoL über die drei Erhebungszeitpunkte im Vergleich zur deutschen Normstichprobe mittels Einstichproben-t-Test (mit Bonferroni-Korrektur).

		p < .05 *
Körperliche Gesundheit	T1:T2 T1:T3	1.000 .004*
Psychische Gesundheit	T1:T2 T1:T3	.447 .578

Tabelle 3: Ergebnis I: Verlaufsuntersuchung, Körperliche/Psychische Gesundheit

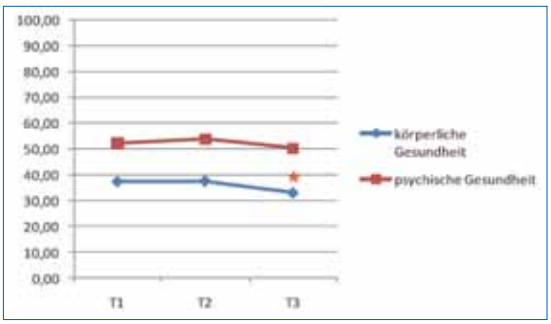


Abbildung 4: Ergebnis I: Verlaufsuntersuchung, Körperliche/Psychische Gesundheit

Es zeigte sich in den Ergebnissen für die Verlaufsuntersuchung die signifikante Abnahme ($p < .05$) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bezüglich körperlicher Gesundheit (Summenscore), körperlicher Funktionsfähigkeit, körperlicher Rollenfunktion und Schmerzen (Tab. 3, Abb. 4). Demgegenüber blieben die psychische Gesundheit (Summenscore), allgemeine Gesundheitswahrnehmung, soziale Funktionsfähigkeit und emotionale Rollenfunktion im Behandlungsverlauf unverändert. Der Vergleich zur deutschen Normstichprobe konnte ein ähnlich dichotomes Resultat aufzeigen (Abb. 5). Die körperliche Gesundheit (Summenscore) der Magdeburger Stichprobe zeigte sich für den gesamten onkologischen Behandlungsverlauf signifikant verschieden zur deutschen Normstichpro-

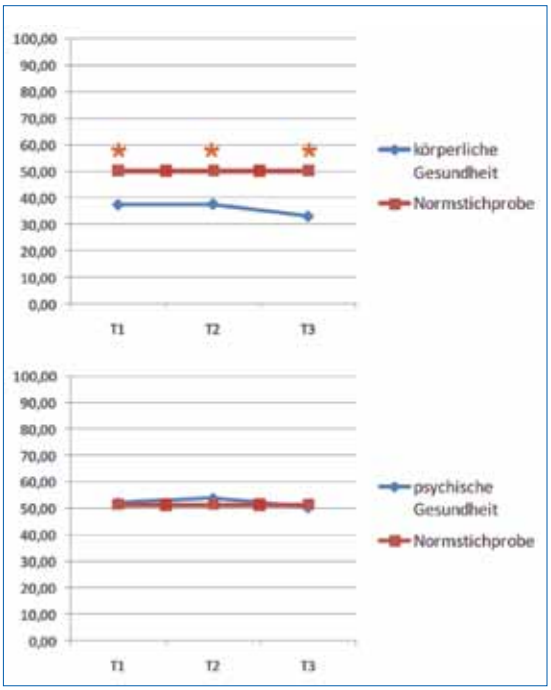


Abbildung 5: Ergebnisse II: Vergleich zur deutschen Normstichprobe, Körperliche/Psychische Gesundheit ($p < .0167$ *)

be, hingegen zu keinem Zeitpunkt die psychische Gesundheit. In der Analyse der SF-36-Subskalen konnte zwar für die akute Behandlungsphase (T2-T3) eine erhebliche signifikante Minderung fast aller Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nachgewiesen werden, jedoch zu keinem Zeitpunkt der onkologischen Behandlung eine vergleichsweise Minderung des psychischen Wohlbefindens.

Die Ergebnisse wurden unter Berücksichtigung möglicher Determinanten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität diskutiert. Zahlreiche Untersuchungen zu möglichen Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten bereits aufzeigen (Stichwort „Zufriedenheitsparadoxon"), dass HRQoL sehr viel mehr von innerpsychischen Variablen (z. B. emotionale Labilität, Depressivität) als von objektiven Personen- oder Krankheitsparametern (z. B. Alter, Geschlecht, Gesundheit) abhängen kann [26]. Ein ähnliches Erklärungsmuster zeigt sich auch für die hier vorgestellte Untersuchung (Tab. 4).

Die Varianzaufklärung des Patienten-Alters an der körperlichen Gesundheit lag für diese Studie bei lediglich 0.1 %. Der ECOG Funktionsstatus, ein nachgewiesenermaßen relevanter Prädiktor für die Überlebenszeit von Tumorpatienten, erklärt weniger als 10 % der körperlichen und psychischen Gesundheit der transplantierten Patienten. Hingegen hat die depressive Symptomatik einen gemeinsamen Varianzanteil von 25 % mit der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit.
Eine weitere mögliche Erklärung sind verschiedene Anpassungsmechanismen der subjektiven Regulation. Neben Abwehrmechanismen wie Verleugnung (ein äußerer Realitätsausschnitt wird unbewusst in seiner Bedeutung nicht anerkannt), Verdrängung (ein innerer bedrohlicher Affekt oder Vorstellung wird von der bewussten Wahrnehmung des Betreffenden ausgeschlossen) und Reaktionsbildung (unangenehme oder bedrohliche Affekte/Vorstellungen werden unbewusst ins Gegenteil verkehrt) sind auch Befunde heranzuziehen, die dafür Hinweise geben, dass im Zeitverlauf charakteristische Veränderungen der HRQoL stattfinden. Zahlreiche Studien zu einer guten Lebensqualität bei körperlich beeinträchtigten Menschen (Patienten, körperlich behinderte Menschen) weisen darauf hin, dass positive Selbsteinschätzungen erst nach einem gewissen Anpassungsprozess zustande kamen. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Rückenmarkverletzte eine Woche nach der Verletzung vor allem Trauer und Furcht empfanden. Jedoch bereits nach der achten Woche dominierten positive über negative Affekte [Herschbach, 2002].
Unter dem Blickwinkel, dass sich zwar ein Großteil der in der vorliegenden Validierungsstudie befragten Patienten in einer onkologischen Ersterkrankungssituation befand, allerdings ca. 60 % von ihnen in den letzten zwei Monaten vor der Stammzellseparation eine Tumortherapie erhielten, erscheint auch dieser dritte Erklärungsansatz überlegenswert.

Zusammenfassend unterstreichen diese Ergebnisse, dass eine differenzierte Bewertung einzelner Aspekte der HRQoL erforderlich ist. Mögliche Determinanten der Lebensqualitätsbeurteilungen unserer Patienten sind wahrscheinlich nicht die gängigen objektiven Faktoren, sondern eher die sogenannten Patient-Reported Outcomes (PRO). Gleichermaßen konnte die Studie aufzeigen, dass die Anwendung verschiedener Referenzen (Baseline, deutsche Normstichprobe) von Vorteil ist, um klinisch bedeutsame HRQoL-Veränderungen erkennen zu können.
Im Fazit kann festgehalten werden, dass es gilt, der subjektiven Beurteilung der Behandlungssituation durch den einzelnen Patienten Aufmerksamkeit zu schenken. Im Rahmen der onkologischen Arzt-Patient-Kommunikation sind Sensibilität und Bewusstsein für wechselnde Beeinträchtigungen und Bedürfnisse der Patienten erwünscht. Behandelnde Onkologen sind demnach gut beraten, wenn sie die Patientenantwort „Mir geht's gut." auf ihre ärztliche Frage „Wie geht's Ihnen heute?" empathisch und differenziert hinterfragen. Behandelnden Psychoonkologen wird der Einsatz einer mehrdimensionalen Diagnostik während des onkologischen Behandlungsverlaufes empfohlen, da die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebens-

	Körperliche Gesundheit	Psychische Gesundheit
Alter der Patienten	0.1 %	0.5 %
Stationäre Aufenthaltsdauer zur HDC	6.9 %	0.0 %
ECOG Funktionsstatus Baseline	9.5 %	6.4 %
Temperatur Grad 3 (NCI-CTCAE)	0.2 %	1.2 %
Depressive Symptomatik	25.0 %	47.9 %

Tabelle 4: Varianzaufklärung R^2

qualität konzeptionell zu unterscheiden ist von der Erhebung des psychischen Distress oder einem Symptomfragebogen (z. B. nach Nebenwirkungen der Tumortherapie). Eine gleichermaßen individuell ausgerichtete psychoonkologische Betreuung der Patienten wird empfohlen für den gesamten Behandlungsverlauf der Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation.

Literatur

[1] Sellschopp A. Einführung. In: Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg.). Psycho-Onkologie – Perspektiven heute. Lengerich: Pabst Verlag 2006; S. 9.

[2] Koehler M. Arbeitskreis Psychosoziale Onkologie Sachsen-Anhalt (APOSA): Psychosoziale Betreuung von Tumorpatienten. Leben. 2006 Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e.V. (Hrsg.); 6(3):14.

[3] Koehler M, Franke A, Koenigsmann M. Psycho-Onkologie in der Klinik für Hämatologie und Onkologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 2006; 17(7):16-35.

[4] Koehler M, Bölter A, Koehler K, Heine V, Koenigsmann M, Frommer J. Perspektiven durch Psychoonkologie 2007: Entwicklung und Stand der psychoonkologischen Forschung. Tumorzentrum aktuell. 2007; 2:18-22.

[5] Koehler M, Bölter A, Lange J, Dogan E, Heine V, Frommer J. Perspektiven durch Psychoonkologie 2008: Effektivität psychoonkologischer Interventionen. Tumorzentrum aktuell. 2008; 2:22-27.

[6] Mehnert A, Lehmann C, Koch U. Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie. Onkologe. 2006; 12:18–26.

[7] Herschbach P. Psycho-Onkologie – Zwischen psychiatrischer Klassifikation und krankheitsspezifischer Belastung. In: Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg.). Psycho-Onkologie – Perspektiven heute. Lengerich: Pabst Verlag 2006; 65-78.

[8] National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology™: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. 30.11.2012.

[9] Koehler M, von Toll T, Koenigsmann M, Frommer J. Die psychosomatische Betrachtung der Hämatologie/Onkologie. MedReview. 2007; 1:17-18.

[10] Koenigsmann M, Koehler M, Franke A, Frommer J. Acute Leukaemia in Adults: Researching the Patient`s Perspective. Leukemia 2006; 20:206-207.

[11] Koehler M, Holzhäuser J, Koenigsmann M, Franke A, Frommer J. Somatic complaints and mental exposures in Haematology/Oncology: Is there an interrelation in adult patients under cytotoxic chemotherapy? Psychooncology. 2006; 15(S2):S291-S292.

[12] Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. J Clin Oncol. 2012; 30:1187-96.

[13] Mehnert A, Petersen C, Koch U. Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. Z Med Psychol 2003; 12:77-84.

[14] Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. J Psychosom Res. 2003; 55:403-409.

[15] Kusch M, Stecker R. Die psychoonkologische Psychotherapie (1). Forum Psychotherapeutische Praxis. 2005; 5(1):15-33.

[16] Kusch M, Stecker R. Die psychoonkologische Psychotherapie (2). Forum Psychotherapeutische Praxis. 2005; 5(2):72–83.

[17] Koehler M, Koenigsmann M, Frommer J. Coping with illness and subjective theories of illness in adult patients with haematological malignancies: Systematic review. Crit Rev Oncol/Hematol. 2009; 69:237-57.

[18] Koehler M, Koehler K, Koenigsmann M, Kreutzmann N, Fischer T, Frommer J. Beyond diagnosis: subjective theories of illness in adult patients with acute myeloid leukemia. Hematology. 2011;16:5-13.

[19] Koehler K, Dogan E, Koehler M, Heine V, Frommer J. Surviving the initial phase: subjective theories of illness in patients suffering from acute leukaemia at the end of initial inpatient treatment. Z Psychosom Med Psychother. 2011;57(2):141-56.

[20] Cleeland CS. Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. J Natl Cancer Inst Monogr. 2007;(37):16-21.

[21] Bullinger M. Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. Restorative Neurology and Neurosciences 2002; 20: 93-101.

[22] Daig I, Lehmann A. Diagnostische Verfahren zur Lebensqualität. Zeitschrift für Medizinische Psychologie. Medizinpsychologisch relevante Testverfahren. Z Med Psychol 2007; 16: 5-23.

[23] Koehler M, Toll v. T, Fischer T, Frommer J. Generic health-related quality of life assessment in patients with autologous hematopoietic stem cell transplantation following high-

dose chemotherapy. Onkologie 2011; 34 (S6):108.

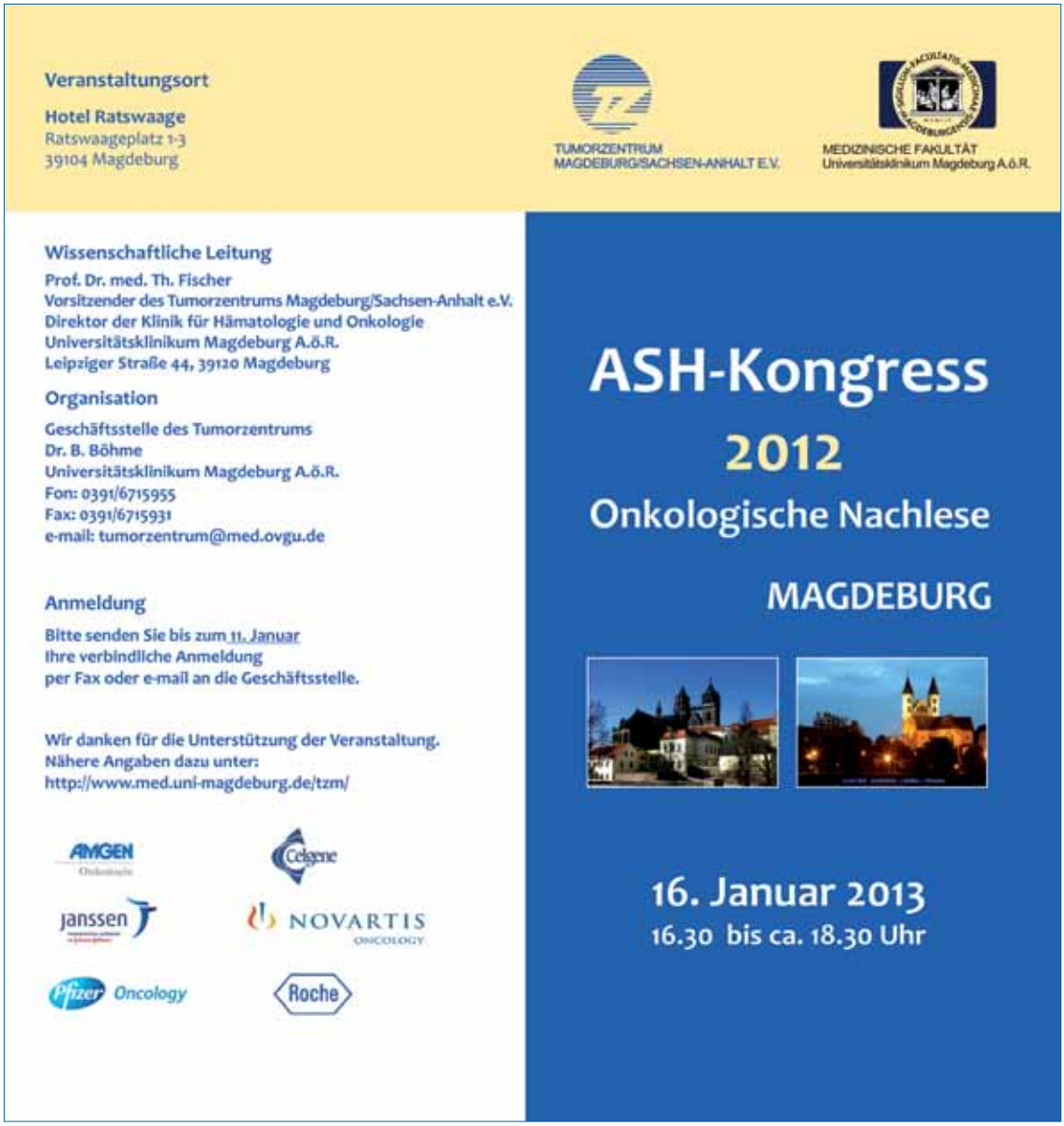
[24] Bullinger M, Kirchberger I. Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handbuch für die deutschsprachige Fragebogen-Version. Hogrefe, Göttingen, 1998.

[25] Buijs C, Rodenhuis S, Seynaeve CM, van Hoesel QG, van der Wall E, Smit WJ, Nooij MA, Voest E, Hupperets P, TenVergert EM, van Tinteren H, Willemse PH, Mourits MJ, Aaronson NK, Post WJ, de Vries EG. Prospective study of long-term impact of adjuvant high-dose and conventional-dose chemotherapy on health-related quality of life. J Clin Oncol. 2007; 25:5403-9.

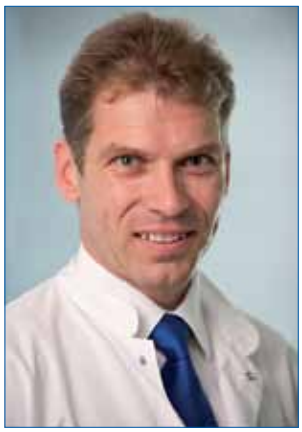
[26] Herschbach P. Das „Zufriedenheitsparadox" in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 2002, 52: 141-150.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Michael Köhler
Arbeitsbereich Psychoonkologie
Klinik für Hämatologie und Onkologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
Tel.: 0391 67-13307 oder -13266
E-Mail: michael.koehler@med.ovgu.de



Die PREFERE-Studie – Perspektive für Deutschland



Martin Schostak
Universitätsklinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Prostatakrebs ist in Deutschland die häufigste männliche Tumorerkrankung mit über 60.000 neuen Fällen pro Jahr. In der so genannten lokal begrenzten Situation stehen allerdings Ärzte und Patienten weltweit vor dem Dilemma, dass es keine groß angelegten direkten Vergleiche zwischen den verschiedenen, zur Verfügung stehenden Standardtherapien gibt. Diese sind die radikale Prostatektomie, die perkutane Strahlentherapie, eine Seed-Implantation und seit einiger Zeit auch eine Active Surveillance-Strategie.

Deshalb gibt es erhebliche regionale Unterschiede je nach Ausstattung der Kliniken, welche Therapien üblicherweise besonders empfohlen werden.
Die sogenannte PREFERE-Studie soll diese Frage lösen. Als wahre Herkulesaufgabe wird sie am Ende die größte Prostatakrebsstudie weltweit sein, in der mindestens 7.500 bis höchstens 14.000 Patienten eingeschlossen werden sollen, die an einem lokal begrenzten Prostatakrebs erkrankt sind. Idealerweise entscheidet das Los nach neutraler Aufklärung über alle vier zur Verfügung stehenden Therapieverfahren in einer interdisziplinären Sprechstunde, welche der Therapien gewählt wird. Untersucht wird das onkologische Outcome und die Lebensqualität bei einem geplanten Follow-Up von mindestens 13 Jahren.

Maßgeblich für das Gelingen des Vorhabens werden die Niedergelassenen Ärzte sein. Sie erkennen die potenzielle Eignung des Betroffenen zur Teilnahme an der Studie und bahnen den weiteren Weg, indem sie den Patienten in ein PREFERE-Zentrum überweisen.

Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie ist von Seiten des Patienten, dass ein lokal begrenztes Prostatakarzinom im Alter von unter 75 Jahren besteht und er keine wesentlichen Beschwerden durch seine Prostataerkrankung hat. Basis für die Namensgebung der Studie ist die Möglichkeit, bis zu 2 der 4 Therapien abzuwählen. In diesem Fall werden nur die beiden übrigen Therapien gegeneinander randomisiert.

Voraussetzung von Seiten der teilnehmenden Klinik, ein PREFERE-Zentrum zu werden, ist, dass alle vier Therapieformen in ausreichender Qualität angeboten werden und dass eine vollständige und interdisziplinäre Beratung angeboten wird. Das Universitätsklinikum Magdeburg nimmt als einziges Studienzentrum zwischen Berlin und Braunschweig bzw. Hamburg und Leipzig an der Studie teil. Die PREFERE-Studie ist nicht nur eine der größten Prostatakrebsstudien, die je durchgeführt worden, sondern ohne Zweifel auch die mit Abstand kostenintensivste. Der erforderliche Betrag wird in einer einzigartigen konzertierten Aktion durch die Zusammenarbeit der Deutschen Krebsgesellschaft mit der Deutschen Krebshilfe aufgebracht. Sämtliche Krankenkassen Deutschlands beteiligen sich ebenfalls. Es wird eine Aufwandspauschale an den niedergelassenen Arzt gezahlt, welcher das Vorscreening für in Frage kommende Patienten durchführt und sie in ein PREFERE-Studienzentrum überweist.

Die PREFERE-Studie ist sicher eine der größten Herausforderungen in der medizinischen Studienlandschaft Deutschlands. Nur wenn es gelingt, innerhalb von vier Jahren an über 60 Prüfzentren mindestens 7.500 Patienten einzuschließen und diese mindestens 13 Jahre nachzubeobachten, sind sinnvolle Aussagen zu erwarten. Die Studie wird den Betroffenen in der Welt wesentliche Informationen über die Effektivität und die individuellen Nebenwirkungen der einzelnen Therapien geben. Man darf deshalb hoffen, dass auf dieser Basis die individuelle Entscheidung zu dem einen oder anderen Verfahren leichter wird.

Das konkrete und praktische Vorgehen im Falle des einzelnen Betroffenen erfolgt folgendermaßen:

Der niedergelassene Urologe oder der Hausarzt diagnostiziert ein lokal begrenztes Prostatakarzinom und erkennt, dass potentiell alle vier Standardbehandlungsformen für den Betroffenen in Frage kommen. Er führt eine erste orientierende Beratung über diese vier Behandlungsformen durch und überweist den Patienten in das PREFERE-Zentrum, wo nun eine interdisziplinäre Beratung (Urologe und Strahlentherapeut gemeinsam) erfolgt. Unterstützend werden dem Patienten eine Aufklärungsbroschüre der Studienzentrale sowie ein Aufklärungsvideo ausgehändigt. Passen Ein- und Ausschlusskriterien und möchte der Patient an der Studie teilnehmen, gilt es noch zu klären, ob alle vier Therapieformen für die Randomisierung gewählt werden oder ob einzelne Therapieformen davon ausgeschlossen werden.
Nun führt das PREFERE-Zentrum die ausgeloste Therapie durch. Die weitere Nachsorge erfolgt über den niedergelassenen Urologen in Zusammenarbeit mit dem PREFERE-Zentrum.

Weitere Informationen finden Sie über folgende Informationsstellen:

Prof. Dr. med. M. Schostak
Universitätsklinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
E-Mail: martin.schostak@med.ovgu.de

http://urologie.uni-magdeburg.de

oder
Deutsche Krebsgesellschaft
(http://www.krebsgesellschaft.de/)

oder
Homepage der PREFERE-Studie
(http://www.prefere-zentrale.de)

Regionale onkologische Fortbildungen
Vorankündigung / Termine 2013

16. Januar **Hotel Ratswaage Magdeburg** **16.30 Uhr - ca. 18.30 Uhr**	**ASH-Kongress 2012 – Onkologische Nachlese** Anmeldung: Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt, Geschäftsstelle, Tel.: 0391 67-15955 E-Mail: tumorzentrum@med.ovgu.de
25. und 26. Januar **Ramada-Hotel Magdeburg**	**Interdisziplinäres Symposium Prostatakarzinom mit Vorstellung der PREFERE-Studie** Anmeldung: per Fax: 040 380239-769 oder per E-Mail: anmeldung@think-wired.de
1. und 2. März **Ramada-Hotel Magdeburg** **Ganztägige Veranstaltung**	16. Magdeburger Onkologie-Workshop **„Möglichkeiten und Grenzen der onkologischen Chirurgie im multimodalen Behandlungskonzept“** Anmeldung: Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R. Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Tel.: 0391 67-15671
12. bis 15. März **Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.** **Institut für Pathologie** **Mikroskopiersaal Haus 28** **Ganztägige Veranstaltung**	**Mikroskopierkurs für Fortgeschrittene** Anmeldung: Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., Klinik für Hämatologie und Onkologie, Tel.: 0391 67-13266 E-Mail: ilka.neubauer@med.ovgu.de
20. März **Maritim-Hotel Magdeburg** **18.00 Uhr - 20.00 Uhr**	**3. Interaktiver Workshop CML/Myeloprolerative Neoplasien/MDS** Anmeldung: per Fax: 0391 7316659
27. März **Maritim-Hotel Magdeburg** **18.00 Uhr - 20.00 Uhr**	**Ovar-Tumore** Anmeldung: Klinikum Magdeburg gGmbH Klinik für Hämatologie und Onkologie Tel.: 0391 79-15601
10. April **Hotel Ratswaage Magdeburg** **17.00 Uhr - ca. 19.30 Uhr**	**Dermato-Onkologie** Anmeldung: Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt, Geschäftsstelle, Tel.: 0391 67-15955 E-Mail: tumorzentrum@med.ovgu.de
12. Juni **Maritim Hotel Magdeburg** **16.00 Uhr - ca. 20.00 Uhr**	**Mitgliederversammlung des Tumorzentrums und Fortbildung – „Aktuelle Strategien aus Chicago – Onkologische Nachlese 2013“** Anmeldung: Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt, Geschäftsstelle, Tel.: 0391 67-15955 E-Mail: tumorzentrum@med.ovgu.de
25. September **Maritim-Hotel Magdeburg** **18.00 Uhr - 20.00 Uhr**	**Pankreas-Tumore** Anmeldung: Klinikum Magdeburg gGmbH Klinik für Hämatologie und Onkologie Tel.:0391 79-15601
27. November **Maritim-Hotel Magdeburg** **18.00 Uhr - 20.00 Uhr**	**Palliativmedizin in der Onkologie** Anmeldung: Klinikum Magdeburg gGmbH Klinik für Hämatologie und Onkologie Tel.:0391 79-15601

„... die haben mich mitgenommen und mich akzeptiert." Junge Krebspatienten und deren Angehörige im Fokus der Magdeburger Psychoonkologen und Onkologen

6. Magdeburger Psychoonkologisches Kolloquium am 14. September 2012

Hans-Henning Flechtner[1], Michael Köhler[2]
[1] Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
[2] Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.

Am 14. September 2012 hatte die Arbeitsgruppe Psychoonkologie des Tumorzentrums Magdeburg/ Sachsen-Anhalt e.V. zum 6. Magdeburger Psychoonkologischen Kolloquium onkologisch tätige Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte, Sozialarbeiter, Pflegemitarbeiter und Seelsorger eingeladen.

Das Magdeburger Psychoonkologische Kolloquium widmete sich in diesem Jahr ganz den jungen Patienten bis zum 40. Lebensjahr und deren besonderen Behandlungs- und Betreuungsnotwendigkeiten. Um die Initiierung und insbesondere die Umsetzung klinischer Versorgungsangebote für Adoleszente Jugendliche und junge Erwachsene (AYA, Adolescents and Young Adults) auf einem vergleichsweise internationalen Niveau durchführen zu können, bedarf es eines wirklich grundsätzlichen Verstehens der besonderen Charakteristik dieser Altersgruppe. Wir wissen bis heute immer noch zu wenig über die biologischen, genetischen, epidemiologischen, therapeutischen, psychosozialen und ökonomischen Faktoren, die die Zahl der Neuerkrankungen, die Behandlungsresultate und die Lebensqualität dieser Patienten tangieren oder beeinflussen. Aufgrund der wissenschaftlichen Aktualität des AYA-Themas fand das diesjährige Psychoonkologische Kolloquium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) statt.

In der ersten Session stellte Herr Prof. Dr. Bernhard Wörmann (Medizinischer Leiter der DGHO) die medizinischen Besonderheiten dieser jungen Patientengruppe im Überblick dar anhand der aktuellen Prävalenzraten, der Prognoseaussichten, der psychosozialen und medizinischen Bedeutung der akuten und insbesondere chronischen Nebenwirkungen nach abgeschlossener Tumortherapie für die AYA-Patienten und dem besorgniserregenden Risiko für maligne Zweiterkrankungen. Bereits die-

se ersten Anhaltspunkte gaben den Zuhörern ein plastisches Bild von der ein Stück weit andersgearteten Gewichtung bei der Therapieplanung und den Erfordernissen supportiver Therapien. In diesem Sinne ist auch das Engagement der Fachgesellschaft DGHO zu verstehen, die sich mit dem 2011 gegründeten DGHO-AYA-Netzwerk mehr den Herausforderungen der ganzheitlichen medizinischen Behandlung von AYA-Patienten widmen möchte. Frau Dr. Inken Hilgendorf (Universitätsklinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin Rostock) konnte nahtlos daran anschließen und bot einen motivierenden ersten Ergebnisüberblick zu den Visionen und pragmatischen Überlegungen der Arbeitsgruppe AYA des Universitätsklinikums Rostock. Die dortige Zusammenarbeit von Ärzten und Psychologen aus der Hämatologie/Onkologie, Pädiatrie und Gynäkologie spiegelt diese heutzutage notwendigen Bemühungen um junge Krebspatienten sehr gut wieder. Mit der Grundidee, patienteneigene Ressourcen für den therapeutischen Prozess zu mobilisieren, ist es das erklärte Ziel der Rostocker Kollegen langfristig mittels der Initiierung von klinischen Forschungsprojekten einen Beitrag zur Verbesserung der häufig problematischen Therapieadhärenz und Lebensqualität der AYAs zu

leisten. Herr Prof. Dr. Henning Flechtner (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Magdeburg) rundete schließlich die erste Session mit seinen Antworten auf die im Programm gestellte Frage: Sex, Drugs and Rock'n Roll? Zur Lebensqualität und Lebenssituation im Jugendalter und bei jungen Erwachsenen mit der spannenden Perspektive eines im Klinikalltag geforderten Kinder- und Jugendpsychiaters ab. Er konnte aufzeigen, wie entscheidend im Umgang mit AYA-Patienten die Beachtung ihrer tatsächlichen emotionalen, kognitiven und moralischen Entwicklung ist. So ist bis heute in den Marburger Richtlinien zur Feststellung, ob bzw. wann ein Heranwachsender einem Jugendlichen gleichzustellen sein könnte zu lesen: Ein Heranwachsender wird einem Jugendlichen oft in seiner sittlichen und geistigen Entwicklung dann gleich zu stellen sein, wenn seine Persönlichkeit insbesondere folgende Züge vermissen lässt: eine gewisse Lebensplanung, Fähigkeit zu selbständigem Urteilen, Fähigkeit zu selbständigem Entscheiden, Fähigkeit zu zeitlich überschauendem Denken, Fähigkeit, Gefühlsurteile rational zu unterbauen, ernsthafte Einstellung zur Arbeit, gewisse Eigenständigkeit im Verhältnis zu anderen Menschen. Diese und andere Beispiele offenbarten den Gästen des Psychoonkologischen Kolloquiums nochmals eine ganz zentrale Quintessenz: um die Bedürfnisse und Wünsche von jungen Patienten zu verstehen, sollten wir uns anpassen und versuchen eine gemeinsame Sprache zu finden.

In der zweiten Session sprachen Herr Prof. Dr. Thomas Fischer (Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie Magdeburg) und Herr Dr. Volker Aumann (Pädiatrische Hämatologie und Onkologie Magdeburg) jeweils zu den Besonderheiten und Trends in Bezug auf die onkologischen Behandlungsmöglichkeiten bei AYA-Patienten in den beiden Kliniken. Im Erwachsenenbereich der Hämatologie und Onkologie wurde deutlich, dass sich die Klinik auf die spezifischen Herausforderungen der AYAs und ihrer Familienangehörigen seit zwei Jahren zunehmend einstellt. Die Klinik ist aktives Mitglied im AYA Netzwerk der DGHO, nutzt die aktuelle DGHO Leitlinie für Heranwachsende und junge Erwachsene, schult das Ärzteteam in der wöchentlichen Weiterbildung zu AYA-Themen und nutzt die Wissensdatenbanken AYA und AYA Hodgkin-Lymphom der Fachgesellschaft DGHO. Greifbar wird die innere Haltung der Klinik gegenüber den AYA-Patienten beispielsweise an der Implementierung einer Angehörigensprechstunde für die Eltern der AYA-Patienten und der standardisierten Nutzung einer spezifischen AYA-Checkliste bei der strukturierten Aufklärung zur onkologischen Diagnose und Tumortherapie. Als ein ganz entscheidender Trend lässt sich dabei insgesamt ablesen, dass z. B. die klinische Nachsorge der jungen Patienten angepasst werden sollte. Diese kann nicht wie sonst üblich nach 5 - 10 Jahren rezidivfreiem Überleben beendet werden. Professor Fischer empfiehlt Überlegungen zu einer intensiven Nachsorge und Screening bei den Hodgkin-Patienten über Zeiträume bis zu > 40 Jahren, um sensibilisiert zu sein für das mehrfach erhöhte Risiko für maligne Zweiterkrankungen und mögliche Spätnebenwirkungen (z. B. Screening nach kardialen Risikofaktoren). Für eine Optimierung der Tumortherapieresultate ist es des Weiteren relevant, der häufig ambivalenten Therapieadhärenz der AYA-Patienten offen und konstruktiv zu begegnen. Auslösende Faktoren für eine erhöhte Risikobereitschaft an der Nahtstelle zwischen stationärer und ambulanter Therapie (z. B. keine Vorstellung bei neutropenem FUO nach Chemotherapie) können eine labile psychische Situation, maladaptives Coping oder belastende Faktoren im unmittelbaren sozialen Umfeld sein. Als Strategien zur Unterstützung einer stabilen und positiven Therapieadhärenz werden empfohlen:

- Schaffen einer Vertrauensbasis mit möglichst gleichbleibenden ärztlichen Ansprechpartnern
- „Shared Decision Making" ab dem ersten Kontakt
- klare Informationen unter Beachtung der subjektiven Krankheitskonzepte
- eine gleiche Sprachebene finden
- Vermittlung von Zugang zu weiteren Informationsquellen
- Gespräche, Kontakt mit Gleichbetroffenen bei Bedarf vermitteln
- aktive, verantwortliche Rolle des Patienten einfordern.

In der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie zeigt sich eine gleichermaßen hohe Aufmerksamkeit für die Belange und Erfordernisse der jungen Patienten. Die Kinderheilkunde hat neben dem kranken Kind aus physischen, psychischen und rechtlichen Gründen allerdings die Eltern und dabei vorrangig die Mütter als weiteren gleichberechtigten Partner von Behandlungsbeginn an mit im klinischen „Boot". Dabei muss das pädiatrische Team das dynamische Geschehen im Verhältnis zwischen Eltern und Kind bzw. umgekehrt im Auge behalten, denn in Abhängigkeit von der Erkrankung, dem Krankheitsverlauf, dem Zeitpunkt der Erkrankung und dem Lebensalter des jungen Patienten ändert sich dieses. Die Sichtweise auf die Erkrankung kann letztendlich differieren zwischen Patient und Eltern mit zunehmenden Alter, Ab-

stand zum Erkrankungsbeginn und Erkrankungsverlauf, was nochmals eine Herausforderung für das Team und den medizinischen Behandlungsverlauf bedeuten kann. Diese persönlichen Belange der Patienten und ihrer Familien im Kontext standardisierter Therapieabläufe aufzunehmen und zu handhaben macht eine zentrale Aufgabe des Behandlungsteam in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie aus. Zum Abschluss des Kolloquiums stellte Herr Dipl.-Psych. Michael Köhler die aktuell beginnende randomisiert, kontrollierte Interventionsstudie für die Eltern Adoleszenter und junger Erwachsener mit malignen hämatologischen Erkrankungen vor. Zahlreiche aktuelle Befunde weisen einheitlich darauf hin, dass die Mütter und Väter unserer jungen Krebspatienten durch die Diagnose ihres Kindes krankheitswertig psychisch belastet sind und an somatopsychischen Beschwerden leiden. Während für die AYA Patienten erste psychoonkologische Behandlungskonzepte entwickelt und wissenschaftlich evaluiert sind, ist die dringend erforderliche psychoonkologische Versorgung der Eltern, gemäß der Anzahl der entsprechenden wissenschaftlichen Studien und klinischen Therapieprogramme in der Literatur, jedoch insgesamt als unzureichend einzustufen. Wissenschaftliche Zielstellung der Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit einer klinisch erprobten psychoonkologischen Kurzintervention hinsichtlich der Verstärkung adaptiver Strategien der Krankheitsbewältigung. Das Projekt wird im Rahmen des Förderschwerpunkt-Programms ‚Psychosoziale Onkologie' (2. Ausschreibungsrunde) der Deutschen Krebshilfe e.V. gefördert. Einen wichtigen zusätzlichen Impuls für die Versorgung der AYA-Patienten und ihrer Angehörigen im Bundesland erhoffen sich Professor Fischer und Dipl.-Psych. Köhler auch durch das von beiden aktuell initiierte AYA-Netzwerk des Universitätsklinikums Magdeburg. Teilnehmer des regionalen AYA-Netzwerkes sind langjährige Kooperationspartner der Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie Magdeburg. Sie bekunden ihr Interesse, sich in einem besonderen Maße mit der Betreuung von Heranwachsenden und jungen Erwachsenen zu beschäftigen und erhalten durch die Aktivitäten der hiesigen AYA-Arbeitsgruppe ein offenes wissenschaftliches Forum und fachliche Einbindung hinsichtlich der Belange dieser besonderen Patientengruppe.

Insgesamt ermöglichte das diesjährige Magdeburger Psychoonkologische Kolloquium durch das rege Engagement aller Beteiligten und Gäste mit lebendigen Diskussionen einen aktuellen Überblick zur umfangreichen Thematik der AYA-Patienten und ihrer Angehörigen und konnte sichtbar neue Impulse für die klinische Versorgung und Planung weiterer Forschungsprojekte anregen.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
Tel.: 0391 67-17000
E-Mail: hans-henning.flechtner@med.ovgu.de

Dipl.-Psych. Michael Köhler
Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
Tel.: 0391 67-13307 oder -13266
E-Mail: michael.koehler@med.ovgu.de

AYA-NETZWERK MAGDEBURG

perspektiven durch psychonkologie

HEXAL-Förderpreis 2012

Foto: Andreas Lander

Mit dem HEXAL-Förderpreis für den wissenschaftlichen Nachwuchs 2012 wurde am 27. November Dr. med. Florian Heidel, Oberarzt der Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie Magdeburg, ausgezeichnet.
Seit 1997 wird dieser mit 10.000 Euro dotierte Forschungspreis jährlich vergeben.
Die Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität und der Stifter HEXAL würdigen mit dieser Anerkennung Forschungsvorhaben von herausragender klinischer Bedeutung und großer Interdisziplinarität. Die Anerkennung soll Nachwuchswissenschaftler motivieren und bei ihrer wissenschaftlichen Orientierung unterstützen.

Dr. med. Florian Heidel, Jahrgang 1976, studierte Humanmedizin an den Universitäten in Erlangen-Nürnberg, Bern (Schweiz) und Toronto (Kanada).
Er ist seit 2008 als Oberarzt und Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Magdeburger Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie tätig. Mit einem Stipendium der Deutschen Krebshilfe hat der Facharzt für Innere Medizin von 2009 bis 2011 in den USA einen Forschungsaufenthalt als Research Fellow am Dana-Farber Cancer Institute and Childrens´s Hospital Boston der Harvard University absolviert. Seit 2011 leitet er eine eigene wissenschaftliche Nachwuchsgruppe an der Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie.

Dr. med. Heidel richtet seinen Forschungsschwerpunkt auf die Erforschung der akuten myeloischen Leukämie (AML) und die Entwicklung neuer Therapieansätze zur Behandlung dieser malignen Erkrankung des blutbildenden Systems. In dem Zusammenhang untersucht er die Biologie von Längenmutationen im Tyrosinkinase-Rezeptor-Gen FLT3 sowie deren Einfluss auf einen Resistenzphänotyp bei der AML. Seine Untersuchungen beziehen sich auf die Ebene der Signaltransduktion, der Genexpression und auf funktionelle Untersuchungen hinsichtlich der Ursachen und des Verlaufs der Erkrankung. Dabei werden auch die Aspekte einer möglichen Therapieresistenz auf eine zielgerichtete Therapie mit sogenannten „small molecule“ FLT3-Tyrosinkinaseinhibitoren untersucht. Diese Hemmstoffe haben im Rahmen von klinischen Studien bereits Eingang in die Behandlung der AML gefunden.

Quelle: Pressestelle Medizinische Fakultät der Universität Magdeburg

Aktuelle Rote-Hand-Briefe für die Onkologie (2. Halbjahr 2012)

Rote Hand-Brief zu XGEVA® (Denosumab) Amgen GmbH vom 03.09.2012

XGEVA® ist für die Prävention von skelettbezogenen Komplikationen (pathologische Fraktur, Bestrahlung des Knochens, Rückenmarkkompression oder operative Eingriffe am Knochen) bei Erwachsenen mit Knochenmetastasen aufgrund solider Tumoren indiziert.
Der Hersteller informiert über das Auftreten einer schweren symptomatischen Hypokalzämie, einschließlich Fälle mit tödlichem Ausgang unter der Therapie. Eine Hypokalzämie kann zu jedem Zeitpunkt während der Behandlung mit Denosumab auftreten. Die Anzeichen und Symptome umfassen in diesen Fällen unter anderem eine Veränderung des mentalen Status, Tetanie, Krampfanfälle sowie eine QTc-Verlängerung.

Das Risiko einer Hypokalzämie ist in der Fachinformation mit den entsprechenden Warnhinweisen aufgeführt.

Weitere Informationen unter:
http://www.emea.europa.eu

Rote Hand-Brief zu CAELYX® Janssen-Cilag GmbH vom 29.10.2012

Verfügbarkeit von CAELYX® (pegyliertes liposomales Doxyrubicin) 20 mg Injektionsampullen

Der Hersteller informiert über den Stand der Wiedereinführung von CEALYX®.
Es gab für CAELYX® bedingt durch Produktionsschwierigkeiten seitens der Herstellungsstätte einen Lieferengpass bis hin zum Lieferstopp.
Der Europäische Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der EMA hat der Bereitstellung von CAELYX® 20 mg (2mg/ml) Injektionsampullen, die an einer alternativen Herstellungsstätte steril filtriert und abgefüllt/verpackt wurden, zugestimmt.
Bestellungen von CAELYX® erfolgen über das "CAELYX MANAGED ACCESS Webportal".
Ärzte und Apotheker sollen hierbei denjenigen Patienten Priorität einräumen, die entweder bereits mit CAELYX® behandelt werden oder für die keine befriedigende Therapiealternative zur Verfügung steht. Sobald genügend Vorrat an CAELYX® gewährleistet ist, wird das „CAELYX® Managed Access-Programm" beendet werden.

Weitere Informationen unter:
www.caelyxmanagedaccess.com
www.emea.com

Der Vorstand und die Geschäftsstelle
des Tumorzentrums Magdeburg/
Sachsen-Anhalt e.V.
wünschen
allen Mitgliedern und Partnern
ein gutes und erfolgreiches
Jahr 2013

Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.
Universitätsklinikum A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

http://www.med.uni-magdeburg.de/tzm/
E-Mail: tumorzentrum@med.ovgu.de