

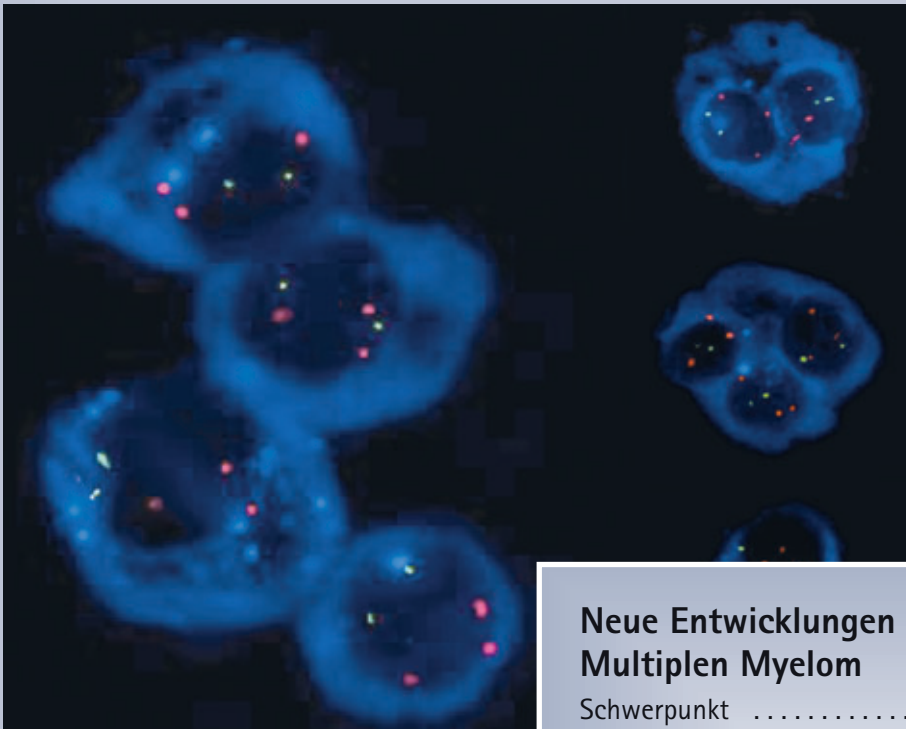
# TZM

# News

<http://tzm.web.med.uni-muenchen.de>

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

ISSN 1437-8019



*Multiples Myelom: Nachweis einer Trisomie 9q34 (rote Fluoreszenzsignale) sowie normaler 13q-Status (grüne Fluoreszenzsignale) in ein- und mehrkernigen Tumorzellen mittels Interphase-FISH*

Ausgabe 1 ■ 2006

## Neue Entwicklungen beim Multiplen Myelom

Schwerpunkt ..... 4

## Der Patient muss im Mittelpunkt stehen

Interview mit Prof. Dr. med. Udo Löhns ..... 15

## PG Mammakarzinome PG Kopf-Hals-Malignome

Projektgruppen stellen sich vor ..... 9 + 10

## Kennen Sie das Tumorkonsil?

TZM intern ..... 12



Prof. Dr. med. Udo Löhrs  
PD Dr. med. Volkmar Nüssler

## Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen mit dieser Ausgabe die „neue“ TZM-News präsentieren zu können. Ende letzten Jahres haben wir den Entschluss gefasst, die Zeitschrift des Tumorzentrums München inhaltlich und gestalterisch aufzuwerten. Jetzt liegt die erste „neue“ Ausgabe vor Ihnen.

Es wird immer einen aktuellen Schwerpunktbeitrag geben, der knapp und präzise den Stand der Forschung zu einer bestimmten Entität zusammenfasst. In dieser Ausgabe widmet sich PD Dr. med. Christian Straka dem Multiplen Myelom.

Eine weitere feste Rubrik ist mit „Neues aus den Projektgruppen“ überschrieben. Alle Projektgruppen haben so die Möglichkeit, die TZM-News als eigene Informationsplattform zu nutzen.

Alle Beiträge werden journalistisch überarbeitet oder – wo es sinnvoll ist – von Journalisten gemacht. Wir danken an dieser Stelle besonders dem LUKON-Verlag, der mit der vorliegenden Ausgabe die verlegerische Verantwortung und die redaktionelle Betreuung übernimmt.

Selbstverständlich soll die TZM-News keine Kommunikations-Einbahnstraße sein. Wir laden Sie herzlich ein, uns Ihre Anregungen und Kommentare mitzuteilen: entweder an unsere Geschäftsstelle unter [TZMuenchen@med.uni-muenchen.de](mailto:TZMuenchen@med.uni-muenchen.de) oder auch direkt an den Verlag unter [tzm-news@lukon.de](mailto:tzm-news@lukon.de). Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und verbleiben

mit kollegialen Grüßen Ihre

Prof. Dr. med. Udo Löhrs und  
PD Dr. med. Volkmar Nüssler

# Inhalt

### Schwerpunkt

Neue Entwicklungen beim  
Multiplen Myelom: Längere Lebenszeit  
und verbesserte Lebensqualität für  
MM-Patienten ..... 4

### Projektgruppen stellen sich vor

PG Mammakarzinome ..... 9  
PG Kopf-Hals-Malignome ..... 10

### TZM-intern

Kennen Sie das Tumorkonsil  
des TZM? ..... 12

### Porträt

„Der Patient muss im  
Mittelpunkt stehen“. Interview mit  
Prof. Dr. med. Udo Löhrs ..... 15

### Panorama

Industrienachrichten,  
Ankündigungen, TZM-Geschäftsstelle,  
Buchbesprechungen,  
Personalien ..... 19

Termine ..... 21

Vorschau/Impressum ..... 22

## Neue Entwicklungen beim Multiplen Myelom

### Längere Lebenszeit und verbesserte Lebensqualität für MM-Patienten

PD Dr. med. Christian Straka  
Medizinische Klinik – Innenstadt der Universität München

**Nach langen Jahren der Stagnation sind beim Multiplen Myelom seit etwa zehn Jahren rasante Erkenntnisfortschritte und Therapieverbesserungen zu verzeichnen. Die Einführung der Hochdosistherapie mit Stammzelltransplantation und der Einsatz von Substanzen mit neuartigen Wirkungsprofilen haben das Überleben und die Lebensqualität betroffener Patienten signifikant verbessert. Das Multiple Myelom hat sich zwischenzeitlich zu einem der interessantesten Gebiete in der Hämatologie entwickelt.**

#### Klinisches Erscheinungsbild

Das Multiple Myelom ist die zweithäufigste lymphatische Neoplasie, an der hauptsächlich ältere Menschen erkranken. Der Altersmedian bei Diagnosestellung liegt bei 65 bis 70 Jahren. Die Symptome der Erkrankung sind anfangs unspezifisch. Nicht selten wird die Diagnose deshalb erst dann gestellt, wenn bereits Komplikationen aufgetreten sind. Dazu gehören Knochenfrakturen ohne äußere Ursache, Hyperkalzämien oder eine akute Niereninsuffizienz.

Weil ihre normale Blutbildung im Knochenmark verdrängt ist, leiden MM-Patienten häufig an einer Anämie. Zunehmende Osteolysen und Frakturen im Skelettsystem sind auf die pathologische Aktivierung knochenabbauender Osteoklasten zurückzuführen. Kennzeichnend sind außerdem eine progrediente Niereninsuffizienz, Polyneuropathien sowie schwere Infektionen. Die Prognose ist sehr ernst. Das mediane Überleben nach konventioneller Chemotherapie beträgt

etwa drei Jahre, nach Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation etwa fünf bis sechs Jahre.

#### Zellbiologie und Genetik

Das Multiple Myelom ist eine Erkrankung monoklonaler B-Zellen, die das Keimzentrum bereits verlassen haben. Es kommt zu einer Akkumulation von krankhaft veränderten Plasmazellen im Knochenmark. Diese monoklonalen Plasmazellen sind in den variablen Regionen der Immunglobulingene stark mutiert und haben einen Isotyp-Switch durchlaufen. Hinsichtlich der molekularen Pathogenese wird derzeit ein Modell favorisiert, nach dem es zwei kaum überlappende Entwicklungswege für ein Multiples Myelom gibt (Kuehl et al. 2002).

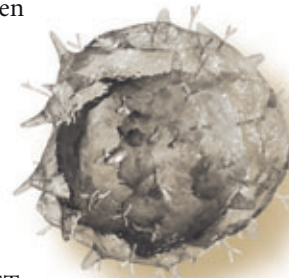
Danach sind chromosomale Translokationen ein möglicher Ausgangspunkt der Myelomentwicklung. In diese Umlagerungen sind Immunglobulingene einbezogen. Hierdurch geraten Protoonkogene unter den Einfluss der starken IgH-Enhancer mit der Folge einer Überexpression oder Dysregulation der Gene. Als Partnergene (Onkogene) bei den IgH-Translokationen wurden 4p16 (MMSET und FGFR3), 6p21 (Cyclin D3), 11q13 (Cyclin D1), 16q23 (C-MAF) und 20q11 (MAFB) beschrieben. Auf der anderen Seite entstehen multiple Trisomien (häufig Chromosomen 3, 5, 7, 9, 11, 15, 19 und 21 betreffend) und damit hyperdiploide Myelome. Solche

Myelome weisen eine vergleichsweise günstigere Prognose auf.

Die Dysregulation eines Cyclin D-Gens scheint ein genereller initialer Schritt in der molekularen Pathogenese zu sein. Für die Progression der Erkrankung spielt dann der Erwerb weiterer genetischer Läsionen wie sekundäre MYC-Translokationen oder RAS-Mutationen eine bedeutende Rolle (Abbildung 1). Deletionen am langen Arm von Chromosom 13, die bei etwa 40 % der Myelome nachzuweisen sind, sind mit einer schlechten Prognose verknüpft (Facon et al. 2001). Chromosom-13-Deletionen finden sich auf beiden Entwicklungswegen, häufiger jedoch im nicht-hyperdiploiden. Interessanterweise ist die Deletion 13 häufig mit einer Translokation t(4;14) oder t(14;16) assoziiert (Fonseca et al. 2003). Ausgehend von diesen Modellvorstellungen lassen sich die Myelome mittels Genexpressionsanalysen in acht Subgruppen mit wahrscheinlich unterschiedlicher Prognose klassifizieren (Bergsagel et al. 2005).

#### Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation

In prospektiv randomisierten Studien bei Myelompatienten mit einer Altersobergrenze von 60 bis 65 Jahren wurde die Überlegenheit einer einfachen Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation gegenüber konventioneller Chemotherapie gezeigt (Attal et al. 1996; Child et al.



2003, Abbildung 2). Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wird derzeit eine Hochdosischemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation als die Standardtherapie bei solchen Myelompatienten angesehen, bei denen keine Kontraindikationen hierfür vorhanden sind.

Um die Rate an kompletten Remissionen zu steigern, wurde die Hochdosischemotherapie als Tandemverfahren erprobt (Barlogie et al. 1999). Hiermit lassen sich in 40 bis 50 Prozent der Fälle komplette Remissionen erzielen. Im prospektiven Vergleich zwischen der einfachen und der Tandem-Hochdosistherapie konnte die französische Studiengruppe (IFM) Vorteile des Tandemverfahrens hinsichtlich Remissionsdauer und Überleben der Patienten nachweisen (Attal et al. 2003, Abbildung 2).

Die Altersgrenze für eine autologe Stammzelltransplantation lässt sich derzeit wegen der guten Verträglichkeit von Hochdosis-Melphalan nach oben verschieben (70 bis 75 Jahre). Eine Reduktion der Melphalan-Dosis von 200 mg/m<sup>2</sup> auf 100-140 mg/m<sup>2</sup> wird jedoch in verschiedenen Protokollen für ältere Myelompatienten durchgeführt und erscheint notwendig, um die Komplikationsrate niedrig zu halten. In einer multizentrischen Studie der italienischen Studiengruppe (IMMSG), die Tandem-Melphalan 100 mg/m<sup>2</sup> mit konventioneller Chemotherapie verglich (bis 70 Jahre), zeigte sich ein signifikanter Überlebensvorteil für die hochdosisbehandelten Patienten (Palumbo et al. 2004).

## Allogene Stammzelltransplantation

Beim Multiplen Myelom war die allogene Stammzelltransplantation in früheren Jahren mit einer unakzeptabel hohen therapieassoziierten Mortalität von 30 bis 50 Prozent verbunden. Um die allogene Transplantation besser verträglich zu machen, wurde diese in den letzten Jahren zunehmend nach dosisreduzierter Konditionierung (RIC) durchgeführt. Hierdurch ließ sich die therapieassoziierte Mortalität auf etwa 10 bis 20 Prozent senken, was im Vergleich mit der Mortalität nach autologer Stammzelltransplantation (1 bis 5 Prozent) immer noch hoch ist. Um den verminderten Antitumoreffekt einer dosisreduzierten Konditionierung von vorn-

Abbildung 1 Krankheitsstadien und zeitlicher Ablauf onkogener Ereignisse. Die frühesten onkogenen Veränderungen kommen bei der monoklonalen Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) vor. Sie umfassen zwei nur minimal überlappende „Pfade“, die primären IgH-Translokationen (rotes Dreieck) sowie die multiplen Trisomien (grünes Dreieck). Jeder dieser beiden kann einen „Del 13-Pfad“ enthalten (oranges Dreieck). Andere karyotypische Anomalien, beispielsweise sekundäre (Ig)-Translokationen und epigenetische Veränderungen können in allen Stadien vorkommen. Aktivierende Mutationen von K- oder N-RAS scheinen in einigen Fällen den Übergang vom MGUS zum Multiplen Myelom (MM) zu markieren oder sogar zu verursachen, manchmal sind sie aber offenbar auch mit MM-Progressionen zu späteren Zeitpunkten verknüpft. Späte onkogene Ereignisse, die geschehen, wenn das MM aggressiver wird, umfassen MYC-Dysregulation durch sekundäre (Ig)-Translokationen, bi-allele Deletionen von p18, Inaktivierung von Retinoblastomgen und den Verlust oder Mutation von p53.

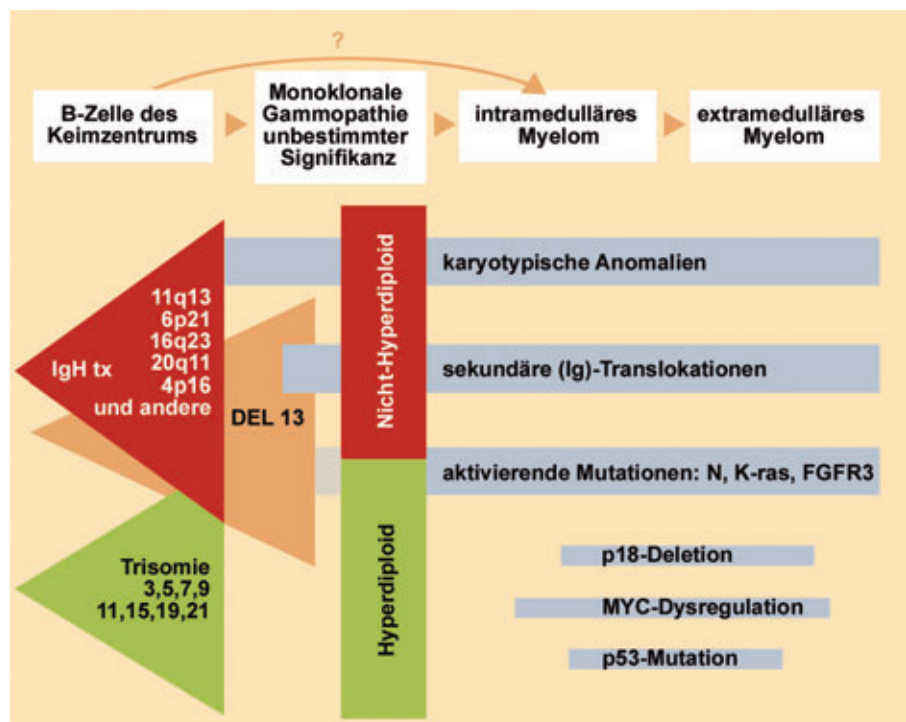


Abbildung 2

Prospektiv randomisierte Vergleiche zwischen Hochdosistherapie mit autologer Transplantation und konventioneller Chemotherapie (A) beziehungsweise einfacher mit doppelter Stammzelltransplantation (B)

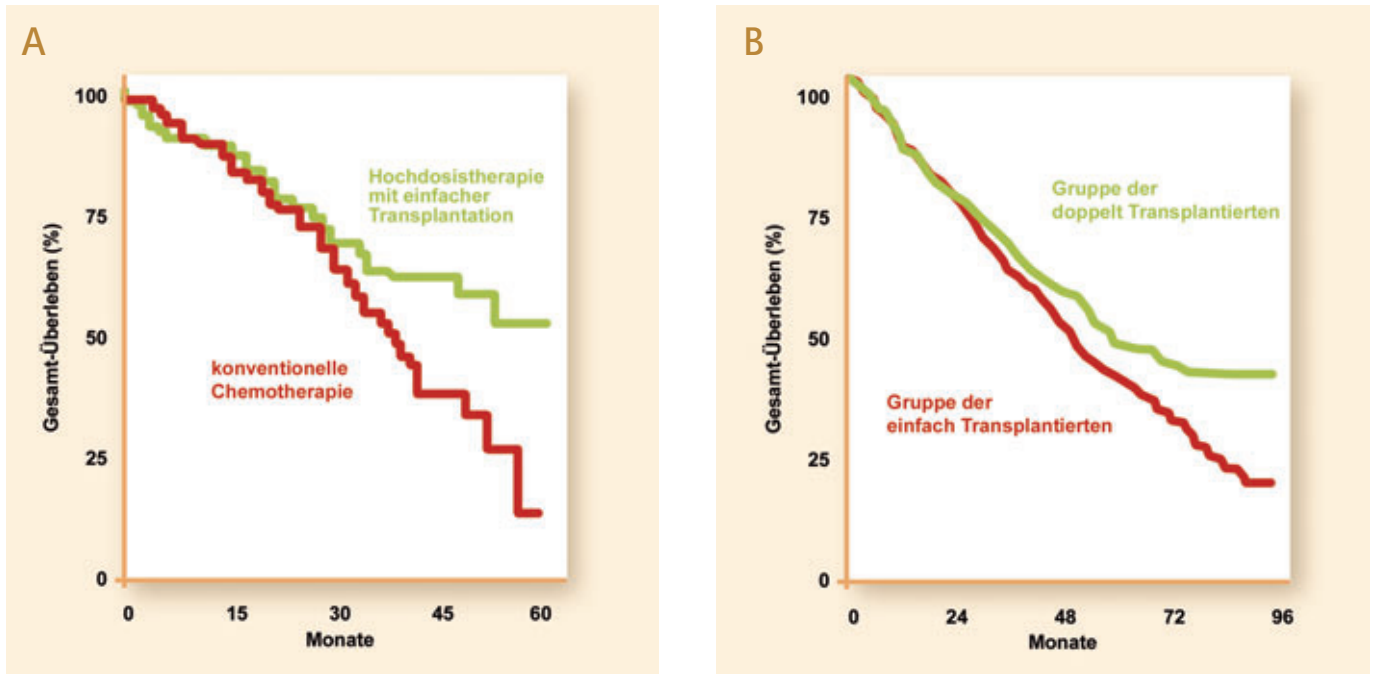


Abbildung 2 A nach Attal et al. *N Engl J Med* 1996; 335: 91-97, hierin zu kompensieren, wurde im zunehmenden Maße etwa zwei Monate vor der allogenen Transplantation eine Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation durchgeführt (Kröger et al. 2002). Für dieses Auto/Allo-Konzept gibt es bei Hochrisikopatienten jedoch keine erkennbaren Vorteile, wie ein prospektiv randomisierter Vergleich zwischen Tandem-Auto und Auto/Allo zeigte. Im Gegenteil wurde wiederum die höhere Toxizität der allogenen Transplantation und die höhere therapiessoziierte Mortalität deutlich (Garban et al. 2005). Das Rezidivrisiko bestand auch nach der allogenen Transplantation weiter. Vergleichbare Studien in Deutschland und anderen Ländern, deren Ergebnisse noch nicht vorliegen, könnten dieses Resultat jedoch noch relativieren. Neue Konzepte sind gefragt, die das Rezidivrisiko nach allogener Transplantation vermindern und die Toxizität weiter reduzieren.

### Neue Substanzen

Der überraschende Befund, dass Thalidomid beim multiplen Myelom eine relevante Antitumorwirkung entfalten kann, führte ab Ende der 1990er Jahre zu umfangreicheren klinischen Studien (Singhal et al. 1999). Bei weit fortgeschrittenen Myelomen war noch in etwa einem Drittel der

Fälle ein Ansprechen der Erkrankung auf Thalidomid zu erzielen. Bei Patienten, die für eine Hochdosistherapie nicht in Frage kommen, wird Thalidomid in der Primärtherapie derzeit auch in Kombination mit den üblichen Chemotherapeutika mit gutem Erfolg eingesetzt. Hierbei entstehen jedoch häufig auch stärkere Nebenwirkungen wie Fatigue, Obstipation, Neuropathien und Thrombosen, die zu einer Verschlechterung des Allgemeinbefindens und der Lebensqualität führen. Problematisch ist auch, dass es für Thalidomid in Deutschland und vielen anderen Ländern in den nächsten Jahren wohl keine Zulassung geben wird. Ein Thalidomid-Analogon mit günstigerem Nebenwirkungsprofil (Revlimid®) befindet sich bereits in klinischer Erprobung.

In den letzten drei Jahren ist die Substanz Bortezomib (Velcade®) in den Vordergrund der Therapie mit neuen Substanzen gerückt. Bortezomib bewirkt eine Inhibition der Proteasomen. Diese multikatalytischen Enzymkomplexe kommen sowohl im Zytoplasma wie im Zellkern vor und bauen Ubiquitin-markierte (nicht mehr benötigte) regulatorische Proteine ab. Durch die Proteasomen-Inhibition wird dieser Abbau gestört. Dies führt zu einer Reihe von Antitumoreffekten (Ludwig et al. 2005). Auch auf Bortezomib spricht etwa ein Drittel der Patienten mit rezidiviertem Myelom an, selbst nach Thalidomid-Vorbehandlung (Richardson et al. 2003).

In der bislang größten Studie bei rezidierten Myelompatienten mit über 600 Patienten zeigte sich die Überlegenheit einer Bortezomib-Behandlung gegenüber Dexamethason (Richardson 2005). Bortezomib ist derzeit bereits für die Zweitlinientherapie des Multiplen Myeloms zugelassen.

Bortezomib wird in Studien auch mit konventionell dosierten Chemotherapeutika kombiniert. Ein interessanter Kombinationspartner neben Melphalan ist Bendamustin, dessen Stellenwert in der Primärtherapie des Multiplen Myeloms belegt ist (Pönisch et al. 2006).

Die Interaktionen zwischen Myelomzellen und Knochenmarkstroma sind für die Myelomentwicklung von entscheidender Bedeutung. Durch die Adhäsion an Stromazellen besteht eine erhöhte Chemoresistenz der Myelomzellen.

Durch eine medikamentöse Störung der Adhäsionsmechanismen könnten sich weitere neue therapeutische Ansätze ergeben (Schmidmaier et al. 2004).

## Studienprotokolle der Deutschen Studiengruppe Multiples Myelom (DSMM)

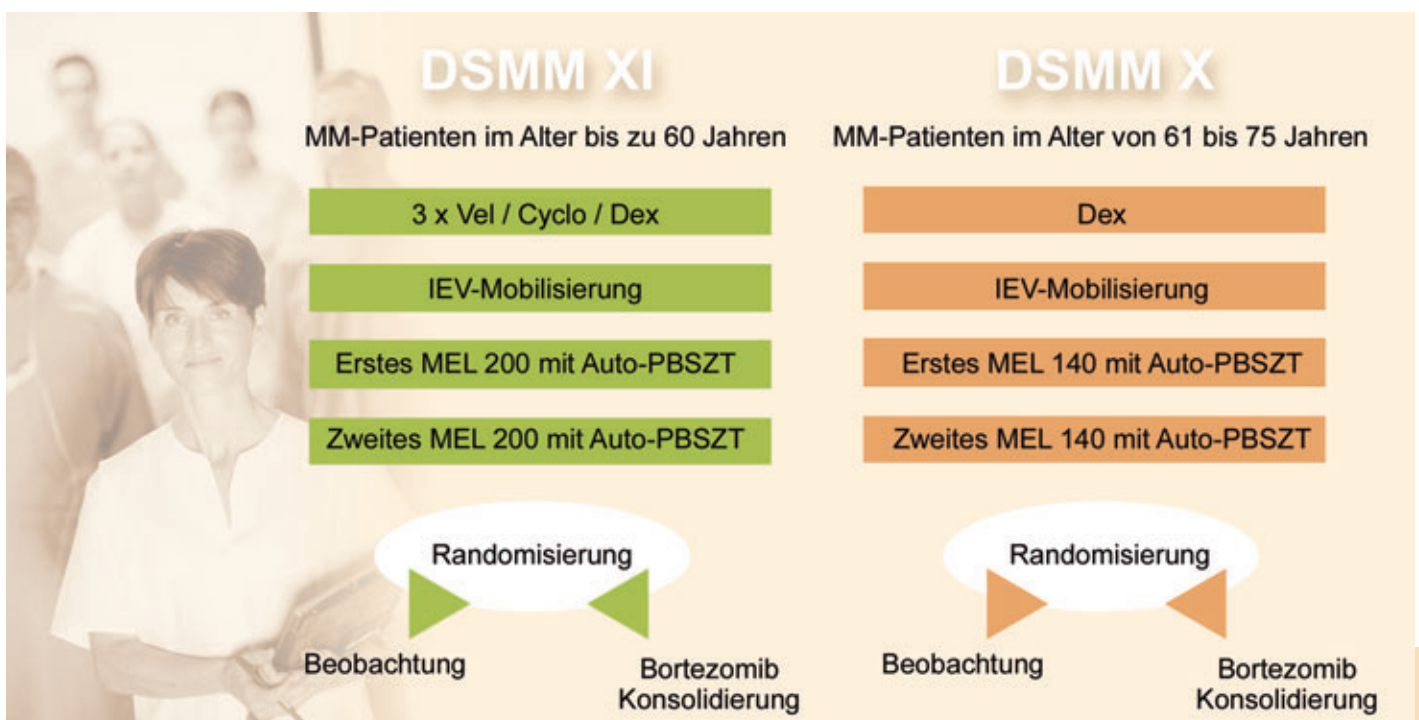
Die neuen klinischen Studien der DSMM für Myelompatienten (Abbildung 3) werden in den nächsten Wochen in Deutschland multizentrisch beginnen. Jüngere Patienten (bis 60 Jahre) absolvieren nach einer Induktions-Chemotherapie eine Tandem-Hochdosistherapie mit Melphalan 200 mg/m<sup>2</sup> und jeweils anschließender autologer Blutstammzelltransplantation. Bortezomib wird zur Optimierung der Induktionschemotherapie und als Konsolidierungstherapie nach der zweiten Stammzelltransplantation eingesetzt.

### Weitere Informationen zu den neuen Studien der Deutschen Studiengruppe Multiples Myelom (DSMM) erhalten Sie bei den Studiensekretariaten:

PD Dr. med. Christian Straka  
Medizinische Klinik – Innenstadt  
der Universität München  
Ziemssenstraße 1 · 80336 München  
Tel.: 089/5160-2278  
Fax: 089/5160-4424  
E-Mail: Christian.Straka@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Hermann Einsele  
Medizinische Klinik und Poliklinik II  
der Universität Würzburg  
Klinikstraße 6-8 · 97070 Würzburg  
Tel.: 0931-201-70000  
Fax: 0931-201-70370  
E-Mail: einsele\_h@klinik.uni-wuerzburg.de

Abbildung 3: Neue klinische Studien der Deutschen Studiengruppe Multiples Myelom (DSMM)



Die Hauptfragestellung betrifft das ereignisfreie Überleben mit und ohne Bortezomib-Konsolidierung (DSMM XI-Studie, Leitung Prof. Dr. H. Einsele, Würzburg).

Bei älteren Patienten (61 bis 75 Jahre) wird auf eine konventionelle Induktionstherapie ganz verzichtet. Stattdessen werden umgehend Blutstammzellen mobilisiert und gesammelt. Anschließend erfolgt auch hier eine Tandem-Hochdosistherapie mit Melphalan in einer altersadaptierten Dosis von 140 mg/m<sup>2</sup> mit jeweils sich anschließender autologer Stammzelltransplantation. Ebenso wie bei den jüngeren Patienten

wird hier auch die Effektivität einer Bortezomib-Konsolidierung untersucht (DSMM X-Studie, Leitung PD Dr. C. Straka und Prof. Dr. B. Emmerich, München).

### Ausblick

**Nach wie vor können Myelompatienten nicht oder nur in seltenen Einzelfällen geheilt werden. Deswegen wird versucht, alle verfügbaren Therapieansätze in sinnvollen Kombinationen zusammenzuführen oder sequenziell aneinander zu reihen, um den maximalen Gewinn für den Patienten zu erreichen. Unnötige Toxizitäten sollen**

**vermieden sowie therapiefreie Zeit und Lebensqualität gewonnen werden. Weitere neuartige Therapieansätze werden jedoch dringend benötigt.**



PD Dr. med.  
Christian Straka,

der Autor dieses Beitrags, ist stellvertretender Leiter der Projektgruppe „Multiples Myelom“

## Literatur

- 1 Attal M, Harousseau J-L, Facon T et al. (2003). Single versus double autologous stem-cell transplantation for multiple myeloma. *N Engl J Med* 349: 2495-2502.
- 2 Attal M, Harousseau J-L, Stoppa A-M et al. (1996). A prospective, randomized trial of autologous bone marrow transplantation and chemotherapy in multiple myeloma. *N Engl J Med* 335: 91-97.
- 3 Barlogie B, Jagannath S, Desikan KR et al. (1999). Total therapy with tandem transplants for newly diagnosed multiple myeloma. *Blood* 93: 55-65.
- 4 Bergsagel PL, Kuehl WM, Zhan F et al. (2005). Cyclin D dysregulation: an early and unifying pathogenic event in multiple myeloma. *Blood* 106: 296-303.
- 5 Child JA, Morgan GJ, Davies FE et al. (2003). High-dose chemotherapy with hematopoietic stem-cell rescue for multiple myeloma. *N Engl J Med* 348: 1875-83.
- 6 Facon T, Avet-Loiseau H, Guillermin G et al. (2001). Chromosome 13 abnormalities identified by FISH analysis and serum  $\beta_2$ -microglobulin produce a powerful myeloma staging system for patients receiving high-dose therapy. *Blood* 97: 1566-71.
- 7 Fonseca R, Blood E, Rue M et al. (2003). Clinical and biologic implications of recurrent genomic aberrations in myeloma. *Blood* 101: 4569-4575.
- 8 Garban F, Attal M, Michallet M et al. (2005). Prospective comparison of autologous stem cell transplantation followed by a dose-reduced allograft (IFM99-03 trial) with tandem autologous stem cell transplantation (IFM99-04 trial) in high-risk de novo multiple myeloma. *Blood*, prepublished online January 5, 2006.
- 9 Kröger N, Schwerdtfeger R, Kiehl M et al. (2002). Autologous stem cell transplantation followed by a dose-reduced allograft induces high complete remission rate in multiple myeloma. *Blood* 100: 755-760.
- 10 Kuehl WM, Bergsagel PL. Multiple myeloma: evolving genetic events and host interactions. *Nat Rev Cancer* 2002; 2: 175-187.
- 11 Ludwig H, Khayat D, Giaccone G et al. (2005). Proteasome inhibition and its clinical prospects in the treatment of hematologic and solid malignancies. *Cancer* 104: 1794-1807.
- 12 Palumbo A, Bringhen S, Petrucci MT et al. (2004). Intermediate-dose melphalan improves survival of myeloma patients aged 50 to 70: results of a randomized controlled trial. *Blood* 104: 3052-57.
- 13 Pönisch W, Mitrou PS, Merkle K et al. (2006). Treatment of Bendamustine and Prednisone in patients with newly diagnosed multiple myeloma results in superior complete response rate, prolonged time to treatment failure and improved quality of life compared to treatment with Melphalan and Prednisone - a randomized phase III study of the East German Study Group of Hematology and Oncology (OSHO). *J Cancer Res Clin Oncol*. 2006 Apr;132(4): 205-12. Epub 2006 Jan 10.
- 14 Richardson PG, Barlogie B, Berenson J (2003). A phase 2 study of bortezomib in relapsed, refractory myeloma. *N Engl J Med* 348: 2609-2617.
- 15 Richardson PG, Sonneveld P, Schuster MW et al. (2005). Bortezomib or high-dose dexamethasone for relapsed multiple myeloma. *N Engl J Med* 352: 2487-96.
- 16 Schmidmaier R, Baumann P, Simsek M, Dayyani F, Emmerich B, Meinhardt G (2004). The HMG-CoA reductase inhibitor simvastatin overcomes cell adhesion mediated drug resistance (CAM-DR) in multiple myeloma by geranylgeranylation of Rho protein and activation of Rho kinase. *Blood* 104: 1825-32.
- 17 Singhal S, Mehta J, Desikan R et al. (1999). Antitumor activity of thalidomide in refractory multiple myeloma. *N Engl J Med* 341: 1565-1571.

## Projektgruppenarbeit im Tumorzentrum München

Sie sind sozusagen das Herzstück des Tumorzentrums und ein Vorbild an gelebter Interdisziplinarität: die 16 Projektgruppen mit insgesamt mehr als 1.500 Mitgliedern. In loser Folge stellen wir an dieser Stelle die Gruppen und ihre Leiter vor.



Vorsitzender: PD Dr. med. Wolfgang J. Janni

### Projektgruppe Mammakarzinome

Nahezu 170 Mitglieder umfasst die Projektgruppe Mammakarzinome. Gerade in einem Indikationsfeld, das traditionell sowohl von Gynäkologen als auch von internistischen Onkologen bearbeitet wird, ist das interdisziplinäre Miteinander der Schlüssel zum Erfolg, davon ist PD Dr. med. Wolfgang Janni, der Leiter der Gruppe, fest überzeugt.

#### Arbeitsanweisungen mit Vorbildcharakter

Zwei Arbeitsschwerpunkte haben für die Gruppe besondere Bedeutung: Alle zwei Jahre wird das „blaue Manual“ im Sinne einer praxisorientierten Arbeitsanweisung aktualisiert. Obwohl das Manual keinen ausgesprochenen Leitlinien-Charakter hat, wirkt es dennoch weit über die Region München hinaus; letztlich dann auch in die Gremien hinein, die zuständig sind für die Formulierung von Leitlinien. Die praktischen Handlungsanweisungen für alle Aspekte der Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms haben bundesweit einen Vorbildcharakter übernommen und werden regelmäßig in ehrenamtlicher Detailarbeit auf den aktuellen Stand gebracht.

#### Qualitätssicherung als Arbeitsschwerpunkt

Der interdisziplinäre Austausch in den Sitzungen der Gruppe ist jedoch mindestens genauso wichtig. Von der Gruppe selbst organisierte Fortbildungen im Nachgang großer Kongresse wie ASCO oder San Antonio finden regelmäßig statt. Darüber hinaus wird das Thema „Qualitätssicherung“ in den nächsten Sitzungen eine wichtige Rolle spielen. In Zusammenarbeit mit Prof. Dieter Hölzel, dem Leiter des Münchener Tumorregisters, wird die Gruppe untersuchen, ob sich mit dem bestehenden Datenmaterial Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität im Einzugsgebiet des Tumorzentrums München ziehen lassen.

#### Studienaktivitäten

Die Mitglieder der Projektgruppe Mammakarzinom des Tumorzentrums München nehmen an insgesamt 58 klinischen Studien der Phasen 1, 2 oder 3 teil. Eine Reihe von Studien, die als multizentrische Konzepte teils bundesweite Verbreitung finden, wird von Mitgliedern der Projektgruppe geleitet. Eine Kurzzusammenfassung der aktiven Studien im Bereich der Projektgruppe ist in den blauen Manualen enthalten.

Zusätzlich trägt eine große Anzahl von translationalen Forschungsprogrammen an den einzelnen Standorten zu einer Verbesserung des tumorbiologischen Verständnisses beim Mammakarzinom bei. Die von der Projektgruppe unterstützten Studien erfüllen die Vorschriften der Deklaration von Helsinki, der Berufsordnung für Ärzte und der Ethikkommissionen der beiden Universitäten, sowie die Anforderungen der

guten klinischen Praxis (Good clinical practice) und anderer einschlägiger Regelwerke. Die Mitglieder der Projektgruppe leisten somit sowohl einen wesentlichen Beitrag zur Gewinnung neuer Forschungsergebnisse als auch für die Qualitätssicherung bei Diagnostik und Therapie der Mammakarzinome.

Vorsitzender:

PD Dr. med. Wolfgang J. Janni

Wolfgang.Janni@med.uni-muenchen.de

Tel.: 089 - 5160 - 4250 / - 4111

Stellvertreter:

Prof. Dr. med. Nadia Harbeck

PD Dr. med. Ilona Funke

Prof. Dr. med. Volker Heinemann

Prof. Dr. med. Christoph Salat

Schriftführerin:

Dr. med. Brigitte Rack



## Projektgruppe Kopf-Hals-Malignome



Vorsitzender: Dr. Dr. Gerson Mast  
gerson.mast@med.uni-muenchen.de  
Tel.: 089 5160-4458

In der Projektgruppe Kopf-Hals-Malignome arbeiten ungewöhnlich viele Fachdisziplinen zusammen. Schwerpunktmäßig beteiligen sich die in der Diagnostik angesiedelten Fächer Radiologie und Pathologie, die chirurgisch tätigen Fächer Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Augenheilkunde, die Dermatologie, die nicht-chirurgischen Fächer Strahlentherapie und internistische Onkologie sowie rehabilitative, sozialmedizinische und palliativmedizinische Einrichtungen. Außerdem wird neben der Erwachsenenbehandlung auch die Behandlung von kindlichen Tumoren in diesem Bereich berücksichtigt.

### Schwerpunkt Plattenepithelkarzinom

Die häufigste gemeinsame Tumorentität fast aller beteiligten Fachdisziplinen ist das Plattenepithelkarzinom. Deshalb liegt hier ein Schwerpunkt der interdisziplinären Abstimmung in Diagnostik, Therapie, Nachbehandlung und Nachsorge. Kleinere, spezifischere Tumorentitäten werden ebenfalls unter diesen Gesichtspunkten betrachtet.

Die Aufgabe der Projektgruppe definiert sich an den Leitlinien des Tumorzentrums München und bedeutet den kontinuierlichen Austausch der Fachdisziplinen zur Qualitätssicherung und -optimierung. Entsprechende Erfahrungen und Erkenntnisse werden in angekündigten und CME-zertifizierten Treffen an interessierte Kollegen in Form von Kurzvorträgen und im persönlichen Dialog weitergegeben.

### Neues Manual in etwa neun Monaten

Die chirurgischen Fächer der Projektgruppe beteiligen sich derzeit an einer „Sarkom-Studie“. Darüber hinaus arbeitet die Projektgruppe derzeit an einer Neuauflage des Tumormanuals; mit der Publikation wird Anfang 2007 gerechnet.

# TZM intern

## Kennen Sie das Tumorkonsil des TZM?

„Mein Gynäkologe empfahl mir die erste Mammographie sechs Monate nach der Operation. Der Radiologe aber empfahl die erste Mammographie sechs Monate nach der letzten Bestrahlung. Was stimmt den nun?“

„Bei metastasiertem Kolonkarzinom gutes Ansprechen des Patienten auf FOLFOX plus Oxaliplatin. Nach drei Monaten Pause nun aber deutliche Progression. Welche Chemo empfehlen Sie jetzt? Sind Cetuximab oder Bevacizumab besser als FOLFOX plus Oxaliplatin?“

Das sind zwei typische Anfragen an das Tumorkonsil des TZM aus der letzten Zeit. Wie unschwer zu erkennen ist, nutzen sowohl Patienten als auch Ärzte außerhalb des TZM das Tumorkonsil. Die Anfragen werden in der Geschäftsstelle gesichtet und anschließend an die jeweiligen Experten zur Beantwortung weitergeleitet.

Selbstverständlich ist dieses Konsil kein Ersatz für die persönliche Vorstellung eines Patienten; am Telefon und/oder per e-mail werden grundsätzlich auch keine Diagnosen gestellt oder gar Prognosen gewagt. Aber, unsere Erfahrung zeigt: Das Tumorkonsil des TZM ist eine viel geschätzte Einrichtung.

*So erreichen Sie das Tumorkonsil des TZM:*

Telefon: 089-5160-2238  
(24 Stunden mit Anrufbeantworter)

e-mail:  
TZMuenchen@med.uni-muenchen.de

Es handelt sich um einen Service, der von den beteiligten Experten schnell, zuverlässig und vor allem ehrenamtlich erbracht wird. Im Namen der zahlreichen anfragenden Ärzte und Patienten bedankt sich das Team der Geschäftsstelle deshalb ganz herzlich für das Engagement der beteiligten Kolleginnen und Kollegen.

### Die Experten des Tumorkonsils



*Dr. Ch. Auernhammer  
Endokrine Tumoren*



*PD Dr. A. Sandler  
Gastrointestinale Tumoren*



*Prof. Dr. R. Issels  
Knochentumoren  
Weichteilsarkome*



*PD Dr. W. Janni  
Mammakarzinome*



*Frau Prof. Dr. N. Harbeck  
Mammakarzinome*



Prof. Dr. R. Bartl  
Multiple Myelome



Prof. Dr. R. M. Huber  
Tumoren der Lunge  
und des  
Mediastinums



Dr. R. Paul  
Urogenitale Tumoren



Prof. Dr. H. Sommer  
Maligne  
Ovariakarzinome  
Mammakarzinome  
Uterusmalignome



Prof. Dr. R. Kürzl  
Uterusmalignome



PD Dr. V. Nüssler  
Koordinator des  
Tumorzentrum

## Weitere Mitglieder des Tumorkonils

### Endokrine Tumoren

Frau Dr. Ch. Spitzweg

### Gastrointestinale Tumoren

Dr. J. Stemmler, PD Dr. F. Zimmermann (für  
Strahlentherapie), Dr. R. Wilkowski  
Dr. M. Schaffer (für bildgebende Verfahren)

### Hirntumoren

PD Dr. F. Kreth, Frau Dr. C. Götz  
Dr. A. Siefert, Frau PD Dr. A. Grosu (für  
Strahlentherapie), PD Dr. C. Nieder

### Knochentumoren/Weichteilsarkome

Frau Dr. N. Lang, Prof. Dr. W. Mutschler,  
Prof. Dr. H. R. Dürr, Prof. Dr. R. Gradinger,  
Frau PD Dr. A. Baur-Melnyk (für bildgebende  
Verfahren), Dr. Ch. Glaser, Dr. R. Wilkowski  
(für Strahlentherapie)

### Kopf- und Halsmalignome

Dr. H. Hollenhorst (für Strahlentherapie),  
Frau Dr. B. Röper

### Leukämien und myelodysplastische Syndrome

Dr. N. Brack, PD Dr. Ch. Buske,  
PD Dr. J. Braess, Frau Dr. C. Waterhouse,  
PD Dr. G. Meinhardt, PD Dr. C. Nieder (für  
Strahlentherapie)

### Myeloproliferative Syndrome (essentielle Thrombozythämie, Polycythämie)

Prof. Dr. P. E. Petrides

### Maligne Lymphome

PD Dr. M. Dreyling, Dr. R. Wilkowski (für  
Strahlentherapie), PD Dr. C. Nieder (für  
Strahlentherapie)

### Maligne Melanome

Prof. Dr. M. Volkenandt, Prof. Dr. W. Stolz,  
PD Dr. C. Nieder (für Strahlentherapie)

### Maligne Ovarialtumoren

Frau Prof. Dr. B. Schmalfeldt,  
Prof. Dr. H. Sommer

### Mammakarzinome

Prof. Dr. W. Eiermann,  
Prof. Dr. V. Heinemann, Prof. Dr. H. Sommer,  
Frau Dr. P. Schaffer, Dr. J.D. de Waal,  
PD Dr. H. Sittek (für bildgebende Verfahren)

### Familiäre Mamma- und Ovariakarzinome

Frau Dr. N. Ditsch, Frau Dr. I. Rühl,  
Frau Dr. J. Straub,  
Frau Dipl. Psych. A. Vodermaier

### Multiples Myelom

Dr. H. Dietzfelbinger, PD Dr. C. Straka  
Dr. R. Wilkowski, PD Dr. C. Nieder (für  
Strahlentherapie)

### Psycho-Onkologie

Frau Dr. D. Pouget-Schors,  
Frau Dr. T. Vollmer, Frau Dr. P. Heußner,  
Dr. U. Mehl, Frau Dr. C. Riedner,  
I. Freifrau von Gillern

### Support, Therapie und symptomorientierte Therapie in der Hämatologie und Onkologie

Prof. Dr. V. Heinemann, Dr. W. Riedl (für  
Strahlentherapie), Dr. R. Wilkowski,  
PD Dr. F. Zimmermann (für Strahlentherapie)

### Tumoren der Lunge und des Mediastinums

Prof. Dr. A. Schalhorn, Dr. J. von Pawel,  
Prof. Dr. R.M. Huber, Dr.med.S.Gallenberger  
Dr. A. Siefert, PD Dr. F. Zimmermann (für  
Strahlentherapie), Dr. R. Eibel (für bild-  
gebende Verfahren)

### Urogenitale Tumoren

Dr. B. Liedl, Dr. D. Zaak, Dr. M. Siebels,  
Dr. M. Schaffer, PD Dr. F. Zimmermann (für  
Strahlentherapie), Prof. Dr. C. Clemm,  
Prof. Dr. A. Gerl, Dr. Ch. Saul

### Uterusmalignome

Dr. A. Burges, Frau Dr. P. Schaffer,  
Frau Dr. B. Röper

### Physikalisch-therapeutische Maßnahmen

Frau Dr. M. Hussain

## „Der Patient muss im Mittelpunkt stehen“

*Prof. Udo Löhrs, bis Januar 2006  
Vorsitzender des geschäftsführenden  
Vorstandes im Tumorzentrum München (TZM)  
über Geschichte und Aufgabe des TZM*

Nahezu 15 Jahre lang war er der Direktor des Instituts für Pathologie, seit November des vergangenen Jahres liegt sein Büro etwas abseits im dritten Stock des altehrwürdigen Gebäudes in der Thalkirchener Straße. Von hier aus widmet sich Prof. Udo Löhrs seit seiner Emeritierung seinen ehrenamtlichen Aufgaben in der Stiftungskommission der Medizinischen Fakultät sowie anderen Institutionen der biomedizinischen Forschungsförderung. Und von hier aus bewegt er nach wie vor Einiges im Tumorzentrum München. Am 31. Januar 2006 wählte ihn die TZM-Vollversammlung turnusgemäß zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden des geschäftsführenden TZM-Vorstandes. Nach vier Jahren intensiver Vorstandsarbeit war es nach Ansicht der Redaktion Zeit für ein persönliches Gespräch.



*Herr Prof. Löhrs, in wie viele schwarze Löcher sind Sie seit Ihrer Emeritierung im Oktober 2005 gefallen?*

Ehrlich gesagt in keines. Der Übergang in den Ruhestand ist mir leichter gefallen als ich ursprünglich befürchtet habe. Im Gegenteil: Ich genieße es immer noch, endlich nicht mehr in ein so enges Zeitkorsett eingebunden zu sein. Auf die Hektik des Alltagsgeschäftes kann ich verzichten.

*Was ist für Sie der am meisten spürbare Unterschied?*

(lacht) Ich gehöre zu den etwa 20 Prozent der Mitteleuropäer, die einen etwas verschobenen Schlaf-Wach-Rhythmus haben, und den kann ich jetzt pflegen. Es tut mir gut, dass ich morgens nicht mehr regelmäßig um viertel nach sechs aufstehen muss.

*Trotzdem haben Sie ja noch eine Reihe von Aufgaben zu erfüllen.*

So ist es. Ich bin gerne aktiv in der Stiftungskommission und in anderen Forschungsstiftungen und natürlich im Tumorzentrum. Dem TZM bin ich fast seit seiner Gründung verbunden; denn die Geschichte des TZM ist eng mit dem Namen Professor Dr. Max Eder verbunden, und der war schließlich mein Vorgänger im Amt am Pathologischen Institut. Professor Eder verstand sich zunächst primär als Wissenschaftler, aber im Laufe seiner Karriere wurde ihm immer klarer, dass der Patient im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen muss. Die Forschung in der Medizin, so seine und übrigens auch meine Auffassung, hat diesem Ziel zu dienen und muss sich diesem Primat unterordnen.

## *Und damit ist das Selbstverständnis des Tumorzentrums formuliert?*

In gewisser Weise ja. Von ganz praktischer Bedeutung war Anfang der 1970er Jahre die Tatsache, dass Max Eder schon damals Frau Dr. Mildred Scheel fachlich beraten hat. Er konnte die Krebshilfe davon überzeugen, dass die Idee eines interdisziplinären Tumorzentrums förderungswürdig ist. Das Konzept der Tumorzentren haben Max Eder und Prof. Josef Lissner – damals Chef der Radiologie an der Ludwigs-Maximilians-Universität – entscheidend vorangebracht. Mit finanzieller Unterstützung der Krebshilfe entstanden dann im Jahr 1976 fünf Tumorzentren: München, Mainz, Köln, Hamburg und Essen.

## *Existierten in München damals Strukturen, auf denen man aufbauen konnte?*

Bereits seit Anfang der 1970er Jahre gab es an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität den so genannten Arbeitskreis Onkologie. In München und anderswo hatte sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Krebs nicht von einer einzigen ärztlichen Disziplin behandelt werden kann: Erfolg ist speziell in der Onkologie nur fachübergreifend möglich. Deshalb waren in diesem Arbeitskreis Experten aller Disziplinen verfügbar, die bei Bedarf konsiliarisch tätig wurden.

## *Wie ging das konkret?*

In Form der so genannten klinischen Fallkonferenzen, die wir intensiv auch heute im TZM pflegen. Regelmäßig kommen in einer solchen Konferenz alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Ärzte zusammen. Ein Pathologe stellt in der Regel die Diagnose vor, Radiologen referieren die Befunde der bildgebenden Verfahren, Chirurgen und Spezialisten für Strahlen- und Chemotherapie berichten über die Behandlung.



In diesen Konferenzen wird dann für den individuellen Patienten eine verbindliche Strategie festgelegt und in einem Protokoll festgehalten. Dieses Protokoll hat eine sehr hohe Verbindlichkeit.

## *Werden alle Patienten im TZM derart aufwendig betreut?*

Notwendig sind die klinischen Fallkonferenzen nur bei Patienten, die entweder an einem sehr seltenen Tumor leiden oder deren persönliche Konstellation so ungewöhnlich ist, dass sie nicht nach einem von vornherein etablierten Konzept behandelt werden können. Rezidivtumoren fallen recht häufig in diese Kategorie. Patienten mit einem, wenn Sie so wollen „Standardtumor“, werden ebenfalls nach allen Regeln der ärztlichen Kunst behandelt, müssen deshalb aber nicht in einer Fallkonferenz besprochen werden. Nur etwa jede zehnte Patientengeschichte ist so komplex, dass sie ihren Weg in die Fallkonferenz findet.

## *Stichwort „Standardtumor“: Auch in der Onkologie ist ja heute die Evidence Based Medicine das Gebot der Stunde.*

### *Was halten Sie davon?*

Ich bin davon überzeugt, dass bei allen ärztlichen Entscheidungen die höchste verfügbare Evidenz genutzt werden muss. Nun ist es aber gerade in der Onkologie so, dass zu vielen Fragestellungen die Evidenz nicht eindeutig ist. Es ist eben nicht möglich, jede Therapie-



entscheidung mit einer randomisierten und doppelblind durchgeführten Studie zu begründen. Genau aus diesem Grund gibt es ja die klinischen Fallkonferenzen. Auch der dort gefundene Konsens hat eine hohe Evidenz, und zwar die höchste, die zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung verfügbar ist.

## *Ist das ein klares Votum gegen die vielzitierten Eminenz-basierten Entscheidungen?*

Das ist ein hübsches Wortspiel, Evidenz und Eminenz. Aber es ist nicht mehr als das. Und die Entscheidung einer Eminenz muss keineswegs falsch sein: Wenn der Papst sich bei einer Entscheidung auf das verfügbare evidenzgestützte Wissen berufen kann, dann ist seine Eminenz-Entscheidung überhaupt kein Problem. Kurzum: Auch Eminenzen dürfen Entscheidungen treffen, aber – zumindest in der Medizin – eben nur solche, die so weit wie möglich evidenzgestützt sind.

## *Am Tumorzentrum München entstehen in den Projektgruppen regelmäßig so genannte Manuale, in denen der State of the Art einer bestimmten Gruppe von Neoplasien festgehalten wird. Wie wichtig sind diese Publikations-Aktivitäten für das Tumorzentrum?*

Nun, sie zeichnen das Tumorzentrum München in besonderer Weise aus. Denn unsere Manuale wirken in den gesamten deutschsprachigen Raum hinein, sie haben Leitlinien-Funktion und

# „Wir halten die Verbreitung von Wissen für wichtig“



repräsentieren die evidenzbasierte Medizin. Die Publikations- und Vortragstätigkeit unserer Mitglieder ist uns besonders wichtig; denn nur so ist sicher gestellt, dass der Transfer von wissenschaftlichem Fortschritt in die klinische Praxis auch außerhalb unseres Zentrums gelingt. Diesem Ziel ist auch das vielfach genutzte Tumorkonsil des TZM verpflichtet<sup>1</sup>.

*Das klingt ein bisschen nach missionarischem Eifer von oben herab.* So ist es aber überhaupt nicht gemeint. Wie wichtig diese Transfer- oder Transmissionsfunktion ist, lässt sich sehr eindrücklich am Beispiel der bösartigen Hodentumoren erläutern. Zu meiner Studienzeit war ein nicht-seminomätoiser Keimzelltumor des Hodens für einen jungen Mann fast gleichbedeutend mit einem Todesurteil. Mit der Einführung des Chemotherapeutikums Cisplatin im Jahre 1979 besserten sich die Heilungschancen schlagartig. Bis die neue und lebensrettende Therapieoption aber flächendeckend bekannt war und allgemein eingesetzt wurde, vergingen geschlagene fünf Jahre. Deshalb halten wir in München die Verbreitung von Wissen auch außerhalb spezialisierter Zentren für so wichtig. Nicht zuletzt aus diesem Grund wurden von vornherein auch nicht-universitäre Krankenhäuser und niedergelassene Onkologen in das TZM integriert.

*Die Aktivität des Tumorzentrums München ruht also sozusagen auf zwei Säulen.*

Eher auf drei Säulen: Wir sind erstens ein Zentrum, in dem Patienten interdisziplinär behandelt werden. Und wir sind zweitens ein Zentrum, das überregional wirkt, indem es den Wissenstransfer in die Breite organisiert. Als dritte Säule ist in diesem Zusammenhang das Tumoregister von großer Bedeutung. In ihm sind etwa 2,3 Millionen Menschen in und um München erfasst. Dieses Register ist ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung. Es bildet das Fundament für die ständige Verbesserung der Struktur- und Versorgungsqualität in der Onkologie.

*Die qualitätsgesicherte und interdisziplinäre Behandlung von Patienten haben sich auch die Neugründungen der letzten Zeit, beispielsweise das Nationale Zentrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg oder die Comprehensive Cancer Center in Marburg, Freiburg und Tübingen auf die Fahnen geschrieben. Gegründet wurden diese Zentren, weil die Tumorzentren alten Schlages es angeblich nicht geschafft haben, im Interesse der Patienten die engen Grenzen der klassischen Disziplinen tatsächlich zu überwinden.* Es ist zu begrüßen, wenn Anstrengungen gemacht werden, den Patienten in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu

## Das Tumorzentrum München

Als gemeinsame Einrichtung an den Medizinischen Fakultäten der bei den Münchner Universitäten besteht das Tumorzentrum München oder kurz TZM seit Herbst 1976. Heute sind im TZM 16 Projektgruppen mit insgesamt mehr als 1.500 Mitgliedern aktiv. Zu den Projektgruppen haben grundsätzlich alle interessierten Ärzte Zugang. In den etwa vierteljährlich stattfindenden Projektgruppensitzungen werden Leitlinien beraten und verabschiedet. Darüber hinaus sind die Projektgruppen Träger regelmäßiger Fortbildungsveranstaltungen. Eine eigene Arbeitsgruppe bildet das Tumoregister unter Leitung von Herrn Prof. Dr. rer. biol. hum. Dieter Hölzel, das in enger Absprache mit den Projektgruppen die zentrale Tumordokumentation sicherstellt.

Geleitet wird das TZM vom ehrenamtlich tätigen geschäftsführenden Vorstand. Er setzt sich zusammen aus dem Vorsitzenden mit seinen beiden Stellvertretern, dem Sekretär und dem Schatzmeister. Die Amtsperiode beträgt jeweils zwei Jahre. Die „Karriere“ eines Vorsitzenden beginnt normalerweise mit seiner Wahl zum ersten Stellvertreter, zwei Jahre später übernimmt er oder sie den Vorsitz, um nach zwei weiteren Jahren das Amt des zweiten Stellvertreters zu übernehmen.

Für die Koordination der TZM-Aktivitäten schließlich ist die Geschäftsstelle verantwortlich, die Herr PD Dr. med. Volkmar Nüssler leitet.

<sup>1</sup> Beachten Sie dazu den Beitrag auf Seite 12

# „Ich bin für alles, was die Versorgung der Patienten verbessert“



stellen. Es ist auch wünschenswert, dass dies qualitätsorientiert, sprich mit der höchsten verfügbaren Evidenz geschieht. Die von Ihnen angesprochene Kritik an den Tumorzentren stammt von Prof. Lothar Weißbach, der von fünf Jahren als Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft den an den Tumorzentren beteiligten Disziplinen Partikularinteressen vorgehalten hat. Diese Kritik ist für München nicht berechtigt. Natürlich gibt es auch hier Eitelkeiten, auch hier gibt es Wettbewerb, namentlich um Budgets und Fördermittel. Aber im Mittelpunkt steht hier tatsächlich der Patient. Als Beleg für die Qualität des TZM mag auch das Ergebnis der Evaluierung aus dem Jahre 2004 gelten: Von den 34 beteiligten Tumorzentren ist München dort als bestes Zentrum der Republik bewertet worden.

## *Also sind Sie gegen die Neugründungen?*

Nein überhaupt nicht. Ich bin für alles, was die Patientenversorgung verbessert. Wenn dazu andernorts eine andere Organisationsform für notwendig angesehen wird, muss man das akzeptieren. Hier in München ist eine grundlegende Umorganisation im Hinblick auf die Patientenversorgung bisher nicht notwendig gewesen.

## *Sehen Sie einen Trend hin zu neuen Zentren?*

Es gibt einen Trend hin zu zentraler Versorgung. Aus meiner Sicht kann man aber nicht alle Patienten in großen Zentren behandeln, selbst wenn die Kostenträger meinen, damit Geld sparen zu können. Patienten mit Tumorerkrankungen, für die eindeutige Behand-

lungsleitlinien existieren, sollten wohnortnah versorgt werden. Das bedeutet für den Patienten auch ein Stück Lebensqualität.

## *Müssen Zentren immer universitär organisiert sein?*

Nein keineswegs. Es muss sich nicht einmal immer um eine Klinik handeln. Auch große Praxen mit interdisziplinärer Besetzung können Behandlungszentren sein. Warum sollten Ärzte, die bis gestern noch an einer Klinik gearbeitet haben, plötzlich nicht mehr in der Lage sein, auch schwierige Fälle zu behandeln? Dass wir in München von der Kompetenz der in Praxis tätigen Kollegen überzeugt sind, zeigt die Tatsache, dass viele niedergelassene Hämat-Onkologen Mitglied in einer der 16 Projektgruppen sind.

## *Bei allen Vorteilen des TZM: Was könnte aus Ihrer Sicht besser laufen?*

Man kann im Detail immer alles verbessern, das ist wohl in jeder Institution so. Und solche Prozesse sind bei uns auch ständig im Gang. Ich könnte mir darüber hinaus aber eine Weiterentwicklung des Tumorzentrums gut vorstellen.

## *Konkret?*

Ganz konkret würde ich mir wünschen, dass das Tumorzentrum von sich aus wissenschaftliche Studien initiieren kann. Heute ist es ja so, dass wir im TZM Studien koordinieren, die an anderer Stelle angeschoben worden sind.

Diesbezüglich wünsche ich mir eine aktivere Rolle des TZM. Denn trotz beträchtlicher Fortschritte in den letzten zwei Jahrzehnten ist nicht zu vergessen: Unsere Kenntnisse von den komplexen zellulären, genetischen und molekularen Grundlagen der Entstehung und des Wachstumsverhaltens, besonders der Metastasierung maligner Neoplasien und ihrer Wechselwirkung mit dem gesamten menschlichen Organismen sind noch sehr lückenhaft. Deshalb besteht ein großer Forschungsbedarf, und zwar mit enger Verzahnung von Grundlagen- und kliniknaher Forschung. Dafür könnte ein Tumorzentrum eine bestens geeignete Plattform bilden.

## *Ist das eine Vision oder eine Utopie?*

Nun, man soll die Hoffnung nicht aufgeben. Ganz realistisch gesehen müssen wir dafür Sorge tragen, dass wenigstens die jetzt erreichte finanzielle Ausstattung – die im wesentlichen getragen ist vom Freistaat Bayern und von Drittmitteln, auch aus der pharmazeutischen Industrie – dass also diese Ausstattung auch in Zukunft bestehen bleibt. Darüber hinaus ist es aber immer hilfreich, wenn man seine Visionen nicht vergisst.

*Herr Professor Löhrs, haben Sie herzlichen Dank für das Gespräch.*

## DGHO-Update 2006

Bereits zum siebten Mal lädt die DGHO zu ihrer jährlichen Update-Veranstaltung unter Vorsitz der Professoren Gerhard Ehninger und Stephan Petrasch ein. Das Themenspektrum reicht von Leukämien und Malignen Lymphomen über Bronchialkarzinome, gastrointestinale sowie gynäkologische Tumoren bis hin zur Palliativmedizin. Die Veranstaltung findet zwischen Juni und August 2006 an vier verschiedenen Orten statt:

**16./17. Juni:** Dresden  
**30. Juni/1. Juli:** Duisburg  
**14./15. Juli:** München  
**25./26. August:** Hamburg

Zur Jahrestagung der DGHO am 4. November 2006 in Leipzig werden die Beiträge der Update-Veranstaltung als Buch präsentiert, und zwar in der Buchreihe „Colloquium Onkologie“, die im LUKON-Verlag, München, erscheint.



Weitere Informationen zur Veranstaltung unter [www.onko-update.de](http://www.onko-update.de)

## TZM-Geschäftsstelle umgezogen

Kisten packen hieß es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TZM-Geschäftsstelle Anfang März dieses Jahres. Seit dem 13. März 2006 ist die Geschäftsstelle postalisch unter folgender Adresse zu erreichen:

*Tumorzentrum München  
Geschäftsstelle  
Pettenkoferstraße 8 a  
80336 München*

*Tel.: 089-5160-2238  
Fax: 089-5160-4787  
mail: [tzmuenchen@med.uni-muenchen.de](mailto:tzmuenchen@med.uni-muenchen.de)  
web: <http://tzm.web.med.uni-muenchen.de>*

Übrigens: Wenn Sie mehr über die Aktivitäten der Geschäftsstelle erfahren wollen, dann verpassen Sie nicht die Ausgabe 2/2006 der TZM-News.

## Bendamustin in Kombination mit neuen Substanzen

Patienten mit Multiplem Myelom (Plasmozytom) profitieren von einer Bendamustin-haltigen Kombinationstherapie. Das ist das Fazit aktueller Studiendaten, die beim ASH 2005 vorgetragen wurden.

Die Kombination Bendamustin/Prednison (BP) ist eine bewährte, wirksame und gut verträgliche Behandlung für Patienten mit Multiplem Myelom (MM); der Vorteil gegenüber der Behandlung mit Melphalan/Prednison (MP) ist mittlerweile belegt.

In Kombination mit dem Proteasom-Inhibitor Bortezomib erweist sich Bendamustin auch bei älteren Patienten mit fortgeschrittenem und rezidiviertem MM als wirksam. Auf die im Rahmen einer klinischen Studie durchgeführte Kombinationsbehandlung sprachen 15 der 17 Patienten an, und das trotz eines Altersmedians von 70 Jahren. Zwei Patienten erreichten sogar eine komplette Remission. Kein Patient war primär progredient. Die Remissionen hielten im Median über sechs Monate an. Die Behandlung konnte aufgrund der guten Verträglichkeit ambulant durchgeführt werden. Bemerkenswert war außerdem das schnelle Ansprechen der Patienten. Die Kombination mit Bortezomib wird derzeit innerhalb einer Phase-II-Studie weiter evaluiert.

*Nach einer Pressemitteilung der Firma ribosepharm GmbH.*



*Anita Sauer beim Einpacken in der alten Geschäftsstelle in der Thalkirchner Straße.*



## Personalien



### Professor Hans-Jürgen Wester

ist im Dezember 2005 auf das neu eingerichtete Extraordinariat für Radiopharmazie der Technischen Universität München berufen worden. Der Chemiker will „eine Brücke schlagen zwischen chemischer Grundlagenforschung und medizinischer Anwendung“. Zu Westers Spezialgebiet gehört die Entwicklung von Tracern oder Radiopharmaka, also

Molekülen, die sich am Krankheitsherd anreichern und dort Strahlen aussenden. Auf diese Weise lassen sich krankhafte Prozesse im Tomographen sichtbar machen. Hans-Jürgen Wester arbeitet sowohl am Institut für Radiochemie am Campus Garching als auch in der Nuklear-medizinischen Klinik und Poliklinik im Klinikum rechts der Isar.



### Professor Dr. med. Bernhard Meyer

wurde zum 1. März 2006 auf den Lehrstuhl für Neurochirurgie der Technischen Universität München berufen. Er übernimmt als Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie die Nachfolge von Professor Anna Trappe. Mehr als 3.000 neurochirurgische Operationen hat Meyer bereits absolviert. Spezialisiert hat er sich auf die chirurgische Behandlung komplexer Gehirntumoren. Weitere Spezialgebiete sind Aneurysmen- und Angiom-Behandlung sowie die Wirbelsäulenchirurgie.

### Fortsetzung von Seite 10

#### Weitere Projektgruppen

##### *Endokrine Tumoren*

Herr Prof. Dr. B. Goeke  
ingrid.lanzendoerfer@med.uni-muenchen.de

##### *Gastrointestinale Tumoren*

Herr PD Dr. A. Sandler  
sandler@med.tu-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

##### *Leukämien und MDS*

Herr Prof. Dr. W. Hiddemann  
Wolfgang.Hiddemann@med.uni-muenchen.de

##### *Maligne Lymphome*

Herr Prof. Dr. B. Emmerich  
Berthold.Emmerich@med.uni-muenchen.de

##### *Maligne Melanome*

Herr Prof. Dr. M. Volkenandt  
matthias.volkenandt@med.uni-muenchen.de

### Projektgruppen

##### *Maligne Ovarialtumoren*

Frau Prof. Dr. B. Schmalfeldt  
Barbara.Schmalfeldt@lrz.tum.de

##### *Multiples Myelom*

Herr Prof. Dr. R. Bartl  
Reiner.Bartl@med.uni-muenchen.de

##### *Psychoonkologie*

Frau Dr. D. Pouget-Schors  
d.pouget-schors@lrz.tu-muenchen.de

##### *Supportive Maßnahmen in der Hämatologie und Onkologie*

Herr Prof. Dr. V. Heinemann  
Volker.Heinemann@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. U. Treiber  
U.Treiber@lrz.tu-muenchen.de

##### *Uterusmalignome*

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

## Internationale Termine

### 22.04.2006 – 26.04.2006

DGIM - 112. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden / Deutschland  
<http://www.dgim2006.de>

Kontakt: Ivonne Bähr  
Telefon: +49 (0)621 4106-102,  
Telefax: +49 (0)621-4106-202  
ivonne.baehr@mcon-mannheim.de

### 25.05.2006 – 28.05.2006

DEGRO – 12. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Radio-onkologie, Dresden / Deutschland  
[http://www.degro.org/office\\_idx.htm](http://www.degro.org/office_idx.htm)

Kontakt:  
DEGRO-Geschäftsstelle,  
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin  
Telefon: (0 30) 84 41 91 88  
Telefax: (0 30) 84 41 91 89  
office@degro.org

### 02.06.2006 – 06.06.2006

ASCO – 42th Annual Meeting  
Atlanta / Georgia, USA  
<http://www.asco.org>

Kontakt: ASCO Registration Center  
Phone: +1 703-449-6418  
ascoregistration@jspargo.com

### 15.06.2006 – 18.06.2006

EHA – 11th Congress of the European Hematology Association  
Amsterdam / Niederlande  
<http://www.eurocongres.com/eha2006/welcome.htm>

Kontakt: Jan van Goyenkade 11,  
1075 HP Amsterdam, The Netherlands  
Telefon: +31 20 679 3411  
Telefax: +31 20 673 7306  
eha@eurocongres.com

### 21.06.2006 – 24.06.2006

BTOC 8 – Biological Therapy of Cancer  
Dresden / Deutschland

Kontakt: mpdl.congressmanagement  
Eugen Preuss, MD  
Andreas-Hofer-Str. 6, 6020 Innsbruck  
Telefon: +43(0)512-579497  
Telefax: +43(0)512-579497-55  
office@congressinfo.net

### 22.06.2006 – 25.06.2006

MASCC / ISOO 18th International Symposium Supportive Care in Cancer  
Toronto / Kanada  
<http://www.mascc.org>

Kontakt: Debbie Kurth  
Business Services International, Inc.  
105 N. Rose Street, Suite 204,  
Escondido, CA 92027 USA  
Telefon: +1 (760) 480-2525  
Telefax: +1 (760) 480-2544

### 28.06.2006 – 01.07.2006

WCGI – 8th World Congress on Gastrointestinal Cancer,  
Barcelona / Spanien  
<http://www.worldgicancer.com/WCGI/>

Telefon: +1 (770) 751 7332  
Telefax: +1 (770) 751 7334  
meetings@imedex.com

### 01.07.2006 – 04.07.2006

EACR-19 – 19th Meeting of the European Association of Cancer Research, Budapest / Ungarn  
<http://www.fecs.be/emc.asp?pa-geld=729&Type=P>

Telefon: +32 (0)2 775 02 05  
Telefax: +32 (0)2 775 02 00  
EACR19@fecs.be

## TZM Termine

### 26.04.2006

Projektgruppensitzung  
Maligne Ovarialtumoren  
Frau Prof. Dr. B. Schmalfeldt  
Barbara.Schmalfeldt@lrz.tum.de

### 26.04.2006

Projektgruppensitzung  
Urogenitale Tumoren  
PD Dr. U. Treiber  
U.Treiber@lrz.tu-muenchen.de

### 22.05.2006

Projektgruppensitzung Psychoonkologie  
Frau Dr. D. Pouget-Schors  
d.pouget-schors@lrz.tu-muenchen.de

### 06.06.2006

Patientenforum – Kommunikation im Krankenhaus  
Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Marchioninistraße 25,  
81377 München, Fon 089-7095-4903

### 05.07.2006

Projektgruppensitzung  
Maligne Ovarialtumoren  
Frau Prof. Dr. B. Schmalfeldt  
Barbara.Schmalfeldt@lrz.tum.de

### 06.07.2006

Projektgruppensitzung  
Mammakarzinome  
PD Dr. W. Janni  
Wolfgang.Janni@med.uni-muenchen.de

### 12.07.2006

Projektgruppensitzung  
Kopf- und Halsmalignome  
Dr. Dr. G. Mast  
gerson.mast@med.uni-muenchen.de

### 12.07.2006

Projektgruppensitzung  
Uterusmalignome  
PD Dr. Ch. Dannecker  
Christian.Dannecker@med.uni-muenchen.de

## Impressum

### TZM-News

ISSN: 1437-8019

© 2006 by Tumorzentrum München und  
LUKON Verlagsgesellschaft mbH, Landsberger Str. 480 a,  
81241 München, Fon: 089-820737-0, Fax 089-820737-17  
e-Mail: TZM-News@lukon.de

### Anzeigen

Manfred Just (089-820737-0)

### Herausgeber

Geschäftsführender Vorstand des Tumorzentrums München

### Vorsitzender

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

#### 1. stellvertretender Vorsitzender

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

#### 2. stellvertretender Vorsitzender

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

### Geschäftsführender Sekretär

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

### Schatzmeister

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

### Koordinator

PD Dr. med. V. Nüssler, Tumorzentrum München  
Geschäftsstelle: Pettenkofersstraße 8 a, 80336 München  
Fon: 089-5160-2238, Fax: 089-5160-4787  
e-Mail: tzmuenchen@med.uni-muenchen.de  
web: http://tzm.web.med.uni-muenchen.de

### Redaktion

PD Dr. med. V. Nüssler (verantwortlich)  
Anita Sauer  
Ludger Wahlers

### Erscheinungsweise

4 x jährlich, quartalsweise

### Bildnachweis

Titelbild Multiples Myelom: Dr. P. Liebisch,  
Abteilung Innere Medizin III, Universitätsklinikum Ulm

### Grafik-Design, Illustration

Charlotte Schmitz, 42781 Haan

### Druck

DDH DigitalDruckHilden GmbH, 40723 Hilden

## Vorschau auf Heft 2/2006

### Schwerpunkt

Beim ASCO 2005 sorgten die Zwischenergebnisse der  
HERA-Studie für einiges Aufsehen. Mit Trastuzumab ließ  
sich das Risiko für das Auftreten von Tumorereignissen  
um knapp 50 Prozent reduzieren.



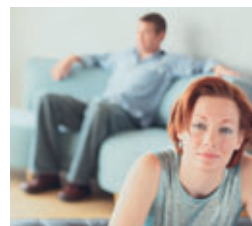
Prof. Dr. med. Michael Untch, einer  
der Co-Autoren der Studie, gibt im  
nächsten Heft einen aktuellen Überblick.

### TZM intern

Kennen Sie die Geschäftsstelle des Tumorzentrums  
München und die von ihr angebotenen Serviceleis-  
tungen? Im Interview mit dem Koordinator PD Dr.  
med. Volkmar Nüssler sprechen wir über Aufgaben  
und Perspektiven des TZM.



### Projektgruppen



Die Projektgruppe Psycho-Onkolo-  
gie hat in den vergangenen Mona-  
ten viel strukturelle Arbeit geleistet.  
In der nächsten TZM-News stellen  
wir Ihnen die Vorstandsmitglieder  
und die Aktivitäten der Gruppe  
ausführlich vor.

### Porträt

Im Tumorregister sind etwa 2,3 Millionen Menschen aus  
München und Umgebung erfasst. Dieses Register bildet das  
Fundament für die ständige Verbesserung der Struktur- und



Versorgungsqualität in der Onkologie. Wir  
sprachen mit dem Leiter Prof. Dr. Dieter  
Hölzel.