

## Inhalt

### Kompetenznetz

12. AMG-Novelle:	
Schulungen und Beratungen	Seite 1
Leser- und Nutzerumfrage (Teil 2)	Seite 2
TP6: Patienten sehr zufrieden	Seite 3
Nachruf auf Reza Parwaresch	Seite 4

### Niedergelassene Hämato-Onkologen

Erster Qualitätssicherungsbericht	Seite 4
-----------------------------------	---------

### Studiengruppen

DSHNHL	Seite 5
DHSG	Seite 6

### Neues aus der Industrie

Seite 7

### Patientenselbsthilfe

Selbsthilfe – ein fester Bestandteil der Patientenversorgung?	Seite 8
--	---------

### Impressum

Seite 8

## Termine

### 03.02.2006\_Münster

Treffen der Deutschen Studiengruppe  
Gastrointestinale Lymphome (DSGL)

### 06.-07.03.06\_Köln

1. Internationaler KML-Workshop:  
Competence in Lymphoma – new trends

### 22.-26.03.2006\_Berlin

Deutscher Krebskongress

### 22.-26.04.2006\_Wiesbaden

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft  
für Innere Medizin (DGIM)

### 26.-27.05.2006\_Bonn

DLH-Patienten-Kongress

### 03.-06.2006\_Atlanta

Jahrestreffen der American Society  
of Clinical Oncology (ASCO)

### 15.-18.06.2006\_Amsterdam

Kongress der European Haematology  
Association Congress (EHA)

### 16.09.2006\_Dortmund

Symposium der NHL-Hilfe e.V.

### 12.-13.10.2006\_München

Treffen der Deutschen Studiengruppe  
Niedrigmaligne Lymphome (GLSG)

Engerer Vorstand: Prof. Dr. M. Hallek KÖLN (Sprecher), Prof. Dr. V. Diehl KÖLN, Prof. Dr. W. Hiddemann MÜNCHEN,  
Prof. Dr. M. Löffler LEIPZIG, Prof. Dr. R.-P. Müller KÖLN, Prof. Dr. M. Pfreundschuh HOMBURG/SAAR, PD Dr. S. Schmitz KÖLN,  
Prof. Dr. H. Stein BERLIN, Prof. Dr. L. Trümper GÖTTINGEN

## Grußwort

Liebe Leserinnen und Leser,



erfreulicherweise kann ich Ihnen mitteilen, dass unser Netz auf der Grundlage des im Sommer 2005 eingereichten Sprecherberichtes positiv begutachtet wurde. Die internationalen Gutachter lobten besonders die herausragenden und weltweit anerkannten Studien der KML-Studiengruppen, denen das Netz verschiedene Dienstleistungen zur Qualitätssicherung bereitstellt, sowie die deutsche und englische Version der KML-Website als wichtigen Informationspool für Wissenschaftler, Ärzte und Patienten. Ebenso wurden Fortschritte in den einzelnen Teilprojekten positiv hervorgehoben. Als wünschenswert betrachten die Gutachter den Aufbau eines gemeinsamen Studienmanagements für die KML-Studiengruppen und mehr Forschungsinitiativen aus dem Netz heraus, auch unter Einsatz der im Aufbau befindlichen Gewebebank. Ebenso müssen wir unser Konzept zur Sicherung der Nachhaltigkeit des KML noch weiter präzisieren.

Um die bereits begonnenen Schritte zur Verstärkung relevanter Netzstrukturen weiter ausbauen zu können, haben sich die wissenschaftlichen Beiräte aller Netze für eine Aufstockung der Förderung ausgesprochen. Damit werden wir uns jetzt um die Förderung von Projekten bemühen, die für die KML-Nachhaltigkeit wichtig sind und mit denen gegebenenfalls eine Werteschöpfung erzielt werden kann.

Um neue Entwicklungen und zukünftige Aufgaben für die Lymphomforschung und -therapie in Deutschland zu diskutieren, veranstaltet das KML am 6. und 7. März 2006 erstmals einen internationalen Workshop in Köln. Dieser Workshop mit einer begrenzten Zahl an Teilnehmern soll interaktiven Charakter haben und als think tank (<engl.> Denkfabrik, Ideenschmiede) neue Impulse für das Kompetenznetz Maligne Lymphome liefern.

Ich wünsche Ihnen und uns allen ein gutes und erfolgreiches Jahr 2006!

Ihr

Prof. Dr. Michael Hallek, Sprecher des Kompetenznetzes

## Kompetenznetz

### Konsequenzen der 12. AMG-Novelle:

### KML-Qualitätsmanager bieten Schulungen und Beratungen an

M. Olderog. Nachdem mit Inkrafttreten der 12. AMG-Novelle die Qualitätsanforderungen an Investigator-initiated Trials (IITs) und insbesondere an Therapieoptimierungsstudien (TOS) deutlich gestiegen sind, müssen TOS-orientierte Forschungsverbände ihre Studienaktivitäten in weiten Bereichen umgestalten. Aufgrund der meist sehr restriktiven Budgetierung von TOS sind diese Forschungsverbände hierbei darauf angewiesen, die Auslegungsspielräume der gesetzlichen Vorgaben auszuschöpfen. Vor die-

sem Hintergrund initiierte die AG Qualitätsmanagement (QM) des KML über die Telematikplattform für medizinische Forschungsnetze (TMF e.V.) 2005 ein Projekt zur Ausarbeitung von Schulungskonzepten zu den Konsequenzen der 12. AMG-Novelle. Die Projektumsetzung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Kompetenznetz Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (KPOH).

Bei den in 2005 durchgeführten fünf Workshops in Hannover, Berlin, Köln, Frankfurt und

München wurden die auf die Informationsbedürfnisse von Studiengruppenleitern und -mitarbeitern sowie Prüffärzten und medizinischem Assistenzpersonal ausgerichteten Schulungsmaterialien präsentiert und die Teilnehmer zur Durchführung eigener Schulungen qualifiziert. Angesichts der äußerst positiven Resonanz, die diese Workshops weit über die TMF-Mitgliedsverbände hinaus fanden, richtete die TMF e.V. im Januar 2006 drei weitere Workshops in Berlin, Frankfurt und München aus.

Mitglieder des KML können die Schulungsmaterialien kostenlos über die TMF-Website beziehen ([www.tmf-ev.de](http://www.tmf-ev.de)). Darüber hinaus bieten die am AMG-Schulungsprojekt beteiligten Mitarbeiter der AG QM an, die KML-Studiengruppen bei der Durchführung entsprechender Schulungen zu unterstützen und stellen ihre Expertise allen Studiengruppen des KML im Rahmen ihres Beratungsangebotes zur Verfügung. So können sich Studiengruppenleiter jederzeit durch die KML-Qualitätsmanager

zur Implementierung und Durchführung von TOS nach den neuen gesetzlichen Vorgaben beraten lassen.

**Weitere Informationen:**

Dr. Miriam Olderog  
Tel.: 0221-478-86078  
E-Mail: [miriam.olderog@uk-koeln.de](mailto:miriam.olderog@uk-koeln.de)

Dr. Beate Pfistner  
Tel.: 0221-478-3553  
E-Mail: [beate.pfistner@biometrie.uni-koeln.de](mailto:beate.pfistner@biometrie.uni-koeln.de)

## KML-Internetseiten: Leser- und Nutzerumfrage (Teil 2)

SH, CE. In der letzten Ausgabe berichteten wir darüber, wie unsere Leserinnen und Leser den KML-Newsletter bewerteten – ein entsprechender Fragebogen hatte dem NL Nr. 9 beigegeben. In dieser Ausgabe steht nun die Nutzung und Bewertung der KML-Internetseiten im Fokus. In 112 ausgefüllten Fragebögen hatten 64 Leser angegeben, die KML-Homepage zu kennen. Die wichtigsten Antworten dieser Leser (LU = Leser-Umfrage) werden hier zusammen mit den Daten eines in weiten Teilen ähnlich konzipierten Online-Fragebogens dargestellt, den 106 Internetnutzer zwischen Juni 2004 und September 2005 ausgefüllt hatten (OU = Online-Umfrage).

**Wer nutzt die KML-Internetseiten und wie?**

An beiden Umfragen haben vor allem Patienten (39 Prozent), deren Angehörige (20 Prozent) und Ärzte (20 Prozent) teilgenommen. Ihre Angaben werden neben denen der Gesamtheit aller Antwortenden in dieser Aus-

wertung dargestellt. Der Anteil der Patienten ist in beiden Umfragen mit 39 Prozent (LU) bzw. 40 Prozent (OU) etwa gleich hoch. Dagegen haben Ärzte prozentual stärker an der Leser-Umfrage teilgenommen (38 Prozent vs. 9 Prozent); Angehörige füllten zu einem größeren Anteil den Online-Fragebogen aus (26 Prozent vs. 9 Prozent). Die Teilnehmer beider Umfragen sind mehrheitlich keine regelmäßigen Besucher der KML-Internetseiten: Rund 79 Prozent aller Befragten besuchten die Website sporadisch oder erstmalig, 12 Prozent wöchentlich und nur 6 Prozent täglich (eher Ärzte). Nutzer, die sich erstmalig auf der KML-Website informierten, waren zu 69 Prozent Patienten und Angehörige (OU).

**Wie wurden die Befragten auf das Internetangebot aufmerksam?**

Knapp die Hälfte der Befragten (OU) gab an, die Website über Suchmaschinen gefunden zu haben. Weitere Nutzer waren über Links (13

Prozent) auf die Website gelangt oder bekamen Hinweise durch Patientenbroschüren (10 Prozent), die Fachpresse (10 Prozent), Arbeitskollegen (9 Prozent), Ärzte (8 Prozent), Selbsthilfegruppen (8 Prozent) oder KML-Publikationen (8 Prozent). Ärzte erfuhren häufig über die Fachpresse oder durch Arbeitskollegen von der Website, während Patienten und Angehörige überwiegend durch Suchmaschinen darauf aufmerksam wurden.

**Wie wird die Website bewertet?**

In der Leserumfrage (Bewertungen der online-Befragten S. 3) sollten die Befragten aus mehreren vorgegebenen Begriffen einen aus ihrer Sicht zutreffenden auswählen. Grundsätzlich finden 81 Prozent der Leser die Texte gut verständlich, nur knapp zwei Prozent bewerten sie als schwer verständlich. Da Ärzte die Verständlichkeit der Texte nur leicht besser bewerten als Patienten und Angehörige (95 vs. 90 Prozent) kann geschlossen werden, dass sich das Konzept des zielgruppenübergreifenden Informationsangebots – es gibt keine getrennten Bereiche für Ärzte und Patienten – bewährt hat. Auch die Textlängen werden in deutlicher Mehrheit als richtig empfunden: 84 Prozent bewerteten diese als angemessen, sechs Prozent wünschten längere Texte. Auch hier lagen die Werte zwischen Ärzten und Patienten/Angehörigen wieder sehr nah beieinander. Die Informationen auf der KML-Website halten 78 Prozent der Leser für aktuell. Als gut oder sehr gut wurden außerdem die Auffindbarkeit der Kontaktdaten (96 Prozent), die Navigation (94 Prozent) sowie das Layout (92 Prozent) bewertet.

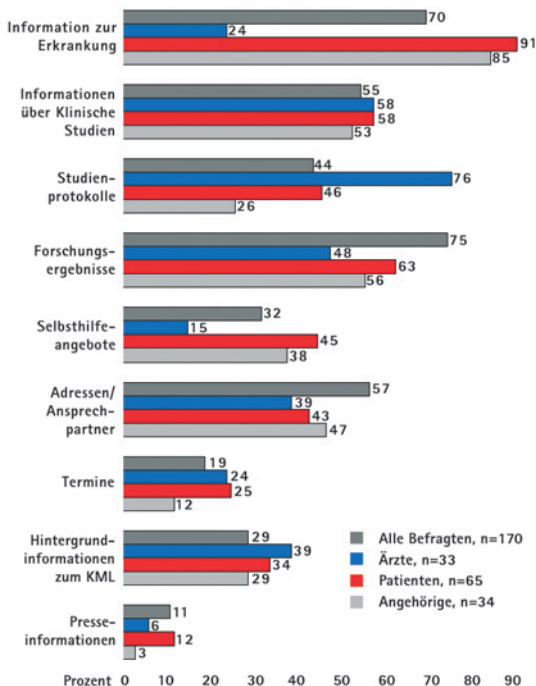
Wir danken den Teilnehmern beider Umfragen! Die positiven Rückmeldungen bestärken uns darin, die KML-Internetseiten qualitativ weiterzuentwickeln und auf die Bedürfnisse der Nutzer auszurichten.

**Weitere Informationen:**

Silke Hellmich  
Tel.: 0221 - 478-7405  
E-mail: [silke.hellmich@uk-koeln.de](mailto:silke.hellmich@uk-koeln.de)

**Wofür interessieren sich die Nutzer der KML-Website?**

Die Rubriken Forschungsergebnisse (75 Prozent) und Informationen zur Erkrankung (70 Prozent), werden von allen Antwortenden beider Umfragen am stärksten nachgefragt. Patienten und Angehörige fragen mit 91 bzw. 85 Prozent insbesondere die Informationen zur Erkrankung ab. Auch Forschungsergebnisse (63 bzw. 56 Prozent) und Informationen zu klinischen Studien (58 bzw. 53 Prozent) werden von ihnen stark frequentiert. Dagegen rufen Ärzte vor allem Studienprotokolle (76 Prozent) oder Informationen über klinische Studien (58 Prozent) ab.



Bewertungen der Online-Umfrage	Alle n=106	Ärzte n=10	Patienten n=42	Angehörige n=28	
Ladezeit	2,1	2,4	2,1	2,2	<i>Insgesamt beurteilten 79 Prozent der online-Befragten die Qualität der KML-Internetseiten mit den Noten sehr gut oder gut (Bewertungsmöglichkeiten von 1=sehr gut bis 6=schlecht). Der Mittelwert aller Bewertungen beträgt 2,0. Die Aspekte Aktualität, Verständlichkeit und Identifizierbarkeit der Quellen/Autoren wurden von jeweils 91 Prozent mit "sehr gut" oder "gut" bewertet. Auch die Frage nach der Vertrauenswürdigkeit und Seriosität der Informationen haben 84 Prozent mit "sehr gut" und "gut" beurteilt. Technische oder gestalterische Aspekte wie Ladezeiten, Navigation, Textlängen/Übersichtlichkeit, Farben/Schrift wurden etwas schlechter beurteilt, ebenso die Aspekte Vollständigkeit und Kontaktmöglichkeiten.</i>
Navigation	2,2	2,4	2,1	2,4	
Farben, Schrift	2,1	2,5	2,0	2,3	
Textlänge, Übersichtlichkeit	2,2	2,6	2,0	2,4	
Aktualität	1,7	1,9	1,6	1,8	
Vertrauenswürdigkeit / Seriosität	1,9	2,2	1,9	1,9	
Verständlichkeit	1,7	1,6	1,7	1,8	
Vollständigkeit	2,0	2,2	2,0	2,2	
Identifizierbarkeit der Quellen / Autoren	1,8	1,5	1,8	1,9	
Kontaktmöglichkeiten	2,2	2,2	2,3	2,4	
<b>Mittelwert</b>	<b>2,0</b>	<b>2,2</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>	

## Kölner und Saarländisches Lymphomprojekt: Patienten mit medizinischer Betreuung sehr zufrieden



A. Fink. Lymphompatienten, die im Rahmen des Kölner und Saarländischen Lymphomprojektes behandelt wurden, zeigten sich mit der medizinischen Betreuung sehr zufrieden. Das ergab eine Befragung von 325 Patienten, die an dem Versorgungsforschungsprojekt des KML teilgenommen hatten.

Nach der Auswertung der 210 zurückgesandten Bögen (Rücklaufquote von 65 Prozent) zeigte sich, dass rund 85 Prozent der Befragten mit dem Aufklärungsgespräch durch den behandelnden Arzt sehr zufrieden waren, weitere 8 Prozent waren zufrieden und nur knapp 5 Prozent unzufrieden. Erklärungen zur Therapie bewerteten fast 50 Prozent der Patienten als sehr gut oder gut, zufrieden waren 13 Prozent, unzufrieden knapp 16 Prozent – hier besteht also noch Potential zur Verbesserung.

Die Möglichkeit, Fragen zu stellen, bewerteten drei Viertel der Patienten als sehr gut oder gut, weitere 13 Prozent waren damit zufrieden. Auf die Unterstützung bei psychischen Problemen angesprochen hat ein Drittel der Befragten keine Angabe gemacht. Etwa 40 Prozent fühlten sich in dieser Hinsicht jedoch sehr gut oder gut betreut, zufrieden waren 13 Prozent. Besonders positiv wurde auch die Freundlichkeit des medizinischen Personals bewertet:

84 Prozent der Patienten beschrieben diese mit der Note sehr gut oder gut. Nur zwei Prozent der Patienten zeigte sich unzufrieden – dies überraschte insofern, da nach einzelnen Gesprächen mit Patienten eine weitaus größere Unzufriedenheit mit der medizinischen Betreuung erwartet worden war.

Patienten, bei denen die Strategie watch-and-wait (beobachten und abwarten) verfolgt wurde, wurden danach befragt, wie belastend diese Situation für sie war. Einzelne CLL-Patienten, die sich in der watch-and-wait-Phase befanden, hatten nämlich immer wieder betont, wie schwierig es für sie sei, mit einer malignen Erkrankung zu leben und „untätig“ darauf warten zu müssen, bis „endlich was getan wird“. Die Umfrage zeigte jedoch ein anderes Ergebnis: Die Patienten, die lediglich beobachtet wurden, schätzten die daraus resultierende Belastung eher als gering ein. 42 Prozent der Patienten gaben an, keine oder nur wenige Probleme mit der Situation zu haben, 8 Prozent äußerten eine durchschnittliche Belastung, 14 Prozent fühlten sich stark belastet. Von 36 Prozent der Befragten wurde diese Frage nicht beantwortet.

Auch die Auswertung zum zusätzlichen Gebrauch alternativer Methoden zeigte interessante Ergebnisse: Nur wenige Patienten gaben an, sich zusätzlich alternativen Therapien zu unterziehen. Rund 29 Prozent der Patienten nahmen Vitaminpräparate ein, etwa vier Prozent gaben an, Mistelpräparate einzunehmen. Auf Thymuspeptide, Hyperthermie

und Chinesische Medizin vertrauten nur gut ein Prozent. Auch Selen- und Zinkgaben tauchten nur bei sehr wenigen Patienten auf. Dies ist erstaunlich, da nach Angaben in der Literatur etwa 80 Prozent aller Tumorpatienten zusätzlich nicht-schulmedizinische Therapien anwenden würden. Dies konnte durch die am Projekt teilnehmenden Patienten nicht bestätigt werden.

Die Patienten wurden auch zu ihren persönlichen Gründen für die Teilnahme am Projekt befragt. Es zeigte sich, dass ca. 40 Prozent keine Erwartungen formulierten. Knapp 30 Prozent der Patienten (Mehrfachnennungen möglich) erwarteten durch ihre Mitarbeit eine Verbesserung der Behandlung für zukünftig Erkrankte, 22 Prozent erhofften sich mehr Information über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten. Je 16 Prozent der Patienten erwarteten eine „Kontrolle“ des Arztes bzw. einen optimalen Verlauf der Behandlung sowie Zuwendung und Hilfe, zum Teil vermerkt als Hilfe in allen Lagen, auch finanzieller Art. Etwa 8 Prozent der Patienten verbanden durch die Mitarbeit im Projekt die Aussicht auf Heilung. Was die Durchführung des Projektes angeht und die Betreuung durch die Projektmitarbeiter, gaben 70 Prozent der Patienten an, keine unerfüllten Erwartungen zu hegen. Etwa 9 Prozent der Patienten äußerten ihre Enttäuschung über den Kontakt zum Projekt und die Betreuung durch die Projektmitarbeiter. Viele Patienten hatten also durchaus realistische Erwartungen an das Projekt. Bei einigen Patienten bestanden hingegen

Erwartungen, die nicht erfüllt werden konnten. Da die Patienten auf die Ziele dieses in erster Linie wissenschaftlichen Projektes hingewiesen wurden, ist anzunehmen, dass sich durch

die Teilnahme an Forschungsprojekten ein Teil der Patienten einen persönlichen Vorteil durch mehr Zuwendung und optimale Behandlung erhofft.

**Weitere Informationen:**  
Dr. Ursula Paulus  
Tel. 0221 – 478-7978  
E-Mail: ursula.paulus@kksk.de

## Nachruf auf Reza Parwaresch



**H. Stein.** In großer Trauer haben wir von Prof. Dr. med. Reza Parwaresch Abschied genommen, der am 1. November 2005 unerwartet im Alter von 65 Jahren verstorben ist. R. Parwaresch wurde am 23. August 1940 in Tabriz/Iran geboren. Nach dem Abitur in Teheran studierte er Medizin in Tübingen und Kiel. 1966 begann er seine Weiterbildung im Fach Pathologie im Kieler Universitätsinstitut für Pathologie bei Karl Lennert, bei dem er sich 1973 habilitierte und 1977 zum Oberarzt ernannt wurde. 1991 wurde R. Parwaresch Direktor des Instituts für Hämatopathologie sowie des Kieler Lymphknotenregisters. Neben seiner umfangreichen Tätigkeit in der

histopathologischen Diagnostik und studentischen Lehre galt sein besonderes Interesse der Wissenschaft. Zu seinen Forschungsthemen gehörten die Herkunft und Funktion der Mastzelle, der hormonelle Einfluss auf die Entstehung der Arteriosklerose, die biochemische und genetische Charakterisierung des in der hämatologischen Diagnostik verwendeten Enzyms Monozyten-Esterase sowie die Herstellung diverser paraffingängiger monoklonaler Antikörper. Darüber hinaus koordinierte er die referenzpathologische Diagnostik von mehreren wissenschaftlichen Therapieoptimierungsstudien, zum Beispiel zum follikulären Lymphom, zum Mantelzelllymphom, zu den kindlichen Hodgkin-Lymphomen und zum anaplastischen großzelligen Lymphom. R. Parwaresch hat ein großes wissenschaftli-

ches Schriftwerk mit mehr als 400 Publikationen in internationalen Journals und vielen Buchbeiträgen hinterlassen. Besonders wichtig war ihm die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Er promovierte mehr als 300 Mediziner und Biologen und habilitierte 17 Kollegen.

Alle, die Reza Parwaresch persönlich kannten und mit ihm zusammengearbeitet haben, bleibt die Erinnerung an eine charismatische, Begeisterung ausstrahlende, mitreißende und voller Forscherneugier beseelte Persönlichkeit.

**Weitere Informationen:**  
Prof. Dr. Harald Stein  
Tel.: 030 – 8445-2295  
E-Mail: harald.stein@charite.de

## Niedergelassene Hämato-Onkologen

### WINHO GmbH legt ersten Qualitätssicherungsbericht vor

**S. Osburg.** Das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) hat im Dezember 2005 den bundesweit ersten „Qualitätssicherungsbericht der onkologischen Schwerpunktpraxen“ veröffentlicht. Er wurde durch den Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO) in Auftrag gegeben und gliedert sich in Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

In dem untersuchten Bezugsquartal (3. Quartal 2004) behandelten die 143 onkologischen Schwerpunktpraxen insgesamt 121.161 gesetzlich krankenversicherte Patienten, die drei Hauptdiagnosegruppen zugeordnet werden können: 33 Prozent waren an einem bösartigen soliden Tumor erkrankt, wie beispielsweise Brust- oder Darmkrebs. 20 Prozent der Patienten wurden mit malignen hämatologischen Erkrankungen (Lymphome oder Leukämien) behandelt. Ein Großteil der Patienten (rund 47 Prozent) litten an gutartigen hämatologischen Erkrankungen. Die vier häufigsten Diagnosen in den 143 teilnehmenden Praxen waren Brustkrebs (13.547 Patientinnen),

maligne Lymphome (10.360 Patienten), Darmkrebs (6.993 Patienten) und Lungenkrebs (2.980 Patienten). „Dieses Diagnose-spektrum spiegelt die Häufigkeitsverteilung der Krebserkrankungen in der Bevölkerung wider“, so Stephan Schmitz, der Vorsitzende des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen.

Ein Ergebnis der untersuchten Strukturqualität zeigt, dass niedergelassene Hämatologen und Onkologen großen Wert auf Fort- und Weiterbildung legen. Fast alle befragten Ärzte (94 Prozent) sind in mindestens einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft vertreten. 62 Prozent der Vertragsärzte haben die ESMO-Prüfung erfolgreich abgelegt, die auf die Überprüfung von aktuellem Wissen und Fähigkeiten in der Onkologie und Hämatologie abzielt. Knapp die Hälfte der Ärzte verfügen über eine Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin bzw. Hämatologie und Onkologie (47 bzw. 46 Prozent). Das medizinische Assistenzpersonal ist ebenfalls hoch qualifiziert und spezialisiert. Über 90 Prozent der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals nehmen regelmäßig an Fort- und Weiter-

bildungen teil. Ein Viertel der untersuchten Praxen verfügt über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem.

Der Ablauf in den onkologischen Schwerpunktpraxen (Prozessqualität) ist durch eine hoch spezialisierte und ganzheitliche Betreuung aller Patienten bestimmt. Ein Drittel der Patienten mit bösartigem Tumor erhält intravasale antineoplastische Therapien, zwei Drittel erhalten orale antineoplastische Therapien, Hormon- oder Immuntherapien oder individuelle Supportivtherapien. Bei der Behandlung der Tumorpatienten zeigt sich die ganzheitliche Betreuung in der Erstellung interdisziplinärer Therapiekonzepte (über 92 Prozent der Praxen nehmen regelmäßig an fachübergreifenden Tumorkonferenzen teil) sowie in der Aufklärung, Beratung und Therapiedurchführung, einschließlich unterstützender Maßnahmen wie Schmerztherapie, Palliation und Nachsorge.

Die in den onkologischen Praxen durchgeführten Messungen zur Patientenzufriedenheit, retrospektive Analysen und die Beteiligung an klinischen Studien bilden die Grund-



lage für eine in Zukunft weiter auszubauende Messung der Ergebnisqualität. Insgesamt zeigt der Qualitätssicherungsbericht, dass die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen erheblich zur Regelversorgung krebskranker Menschen beitragen. Er beschreibt das

Leistungsspektrum in den onkologischen Schwerpunktpraxen und dokumentiert das ernsthafte Bemühen um Qualität und Transparenz gegenüber Krankenkassen, der Politik und den Patienten. Der Bericht kann bei der WINHO GmbH angefordert werden.

**Weitere Informationen:**  
Sandra Osburg  
WINHO GmbH  
Tel.: 0221 - 3798580  
E-Mail: info@winho.de  
Internet: www.winho.de

## Studiengruppen

### Deutsche Studiengruppe Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome (DSHNHL)

#### MinT-Nachfolgestudien FLYER und UNFOLDER: Den Fortschritt weiter vorantreiben!

**J. Schubert, V. Pöschel, M. Pfreundschuh:** Die MinT (Mabthera International Trial Group) Studie untersuchte bei jungen Patienten mit aggressiven Lymphomen mit günstiger Prognose (kein oder maximal ein Risikofaktor nach dem altersadaptierten International Prognostic Index [aIPI]) in den Stadien II-IV sowie im Stadium I mit großen Tumormassen (Bulky Disease mit einem Durchmesser  $\geq 7,5$  cm) die Frage, ob die Ergebnisse von sechs Zyklen einer CHOP-ähnlichen Standardchemotherapie durch die Hinzunahme des monoklonalen anti-CD20<sup>+</sup>-Antikörpers Rituximab verbessert werden können. Die MinT-Studie ist eine der größten randomisierten Studien, die je bei Patienten mit aggressiven Lymphomen durchgeführt wurde. Unter der Leitung der DSHNHL wurden in 18 Ländern 824 Patienten eingebunden, davon ca. 40 Prozent in Deutschland. Die MinT-Studie lieferte mehrere wichtige Ergebnisse, die für diese Patientengruppe einen neuen Therapiestandard darstellen und/oder unsere zukünftigen Therapiestrategien grundlegend beeinflussen werden:

1. Der Anteil von Patienten, die nach zwei

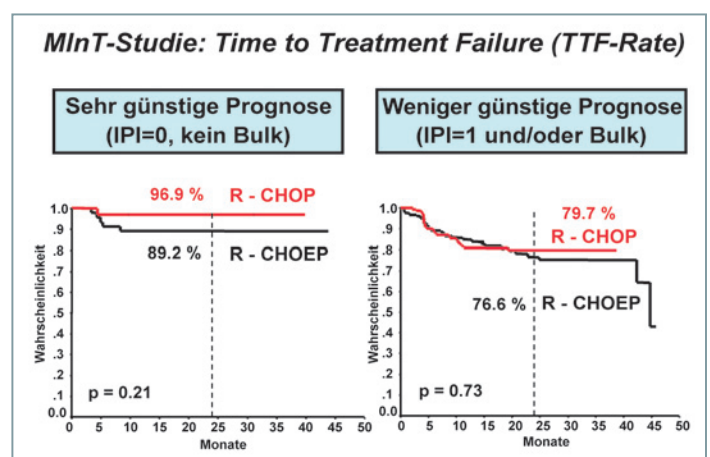
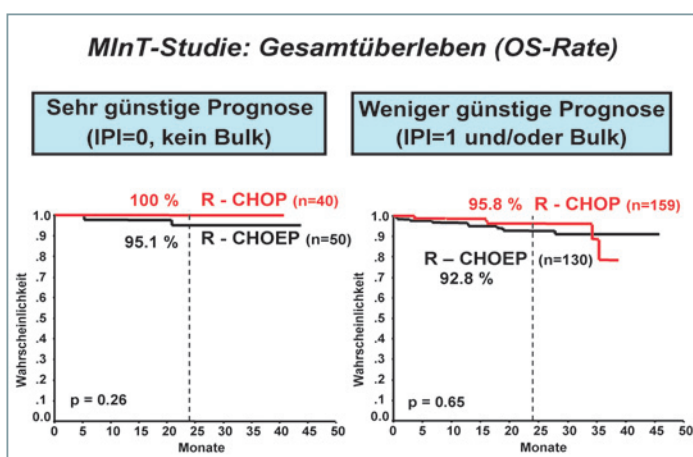
Jahren ohne Therapieversagen (TTF-Rate = Time to Treatment Failure) waren, erhöhte sich durch die zusätzliche Gabe von Rituximab von 61 auf 80 Prozent. Ebenso stieg die Überlebensrate (OS-Rate = Overall Survival Rate) von 86 auf 95 Prozent. Dies sind die besten Ergebnisse, die jemals bei Patienten mit aggressiven Lymphomen beobachtet wurden.

2. Gleichzeitig sind die Signifikanzwerte der Unterschiede zwischen den Therapiearmen die größten, die jemals in einer Studie bei aggressiven Lymphomen festgestellt werden konnten ( $p=0.000000007$  für TTF und  $p=0.0002$  für OS).

3. Die MinT-Studie bestätigte die in einer früheren Studie der DSHNHL beobachtete Überlegenheit von CHOEP (CHOP plus Etoposid) im Vergleich zu CHOP. Allerdings verschwand dieser Unterschied in den Therapiearmen mit Rituximab. Daher stellen sechs Zyklen CHOP mit Rituximab den neuen Therapiestandard für junge Patienten mit günstiger Prognose dar. Auf die zusätzliche Gabe von Etoposid (CHOEP-Schema) kann verzichtet werden. Dies bedeutet für die Patienten weniger Nebenwirkungen als im bisherigen

Standard CHOEP. Auch ist die Durchführung des 1-Tage-Schemas R-CHOP wesentlich weniger aufwändig als das 3-Tage-Schema R-CHOEP.

4. Eine Multivarianz-Analyse ergab, dass bei jungen Patienten mit guter Prognose das Vorhandensein von Bulky Disease ( $\geq 7,5$ cm) und einem Risikofaktor nach IPI unabhängige prognostische Bedeutung haben. Diese Beobachtung bildet jetzt die Grundlage für eine wissenschaftlich fundierte prognostische Unterteilung von jungen Patienten mit CD20<sup>+</sup> diffus-großzelligen B-Zell-Lymphomen, die jahrelang umstritten und in verschiedenen Ländern unterschiedlich gehandhabt wurde. Je nach Vorhandensein oder Fehlen dieser Faktoren lassen sich eine sehr günstige Prognosegruppe (kein Bulky Disease, kein Risikofaktor nach aIPI) und eine weniger günstige Prognosegruppe (Bulky Disease und/oder ein Risikofaktor nach aIPI) unterscheiden. Die Ergebnisse der sehr günstigen Prognosegruppe sind nicht mehr zu verbessern, da die Überlebensrate dieser Patienten nach sechs Zyklen CHOP plus Rituximab 100 Prozent beträgt (Abb. 1). Im Gegensatz dazu bedürfen die Ergebnisse



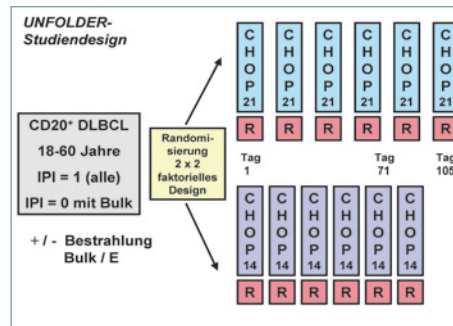
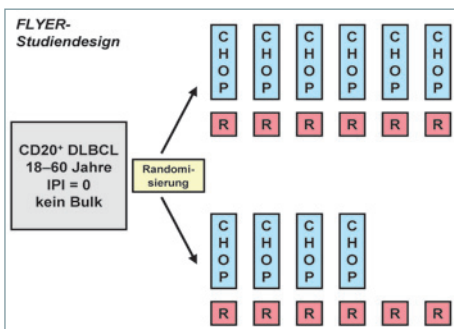
Abbildungen 1 und 2: MinT-Studie der DSHNHL: Die Überlebenskurven (Abb. 1) und die TTF-Kurven (Abb. 2) zeigen, dass R-CHOP sowohl bei der sehr günstigen als auch bei der weniger günstigen Subgruppe mindestens so gut ist wie R-CHOEP.

bei den jüngeren Patienten der weniger günstigen Prognose einer weiteren Verbesserung, da die TTF-Rate zwei Jahre nach R-CHOP nur 79,7 Prozent beträgt (Abb. 2).

Insgesamt erlauben die MinT-Ergebnisse eine bessere prognostische Unterteilung von jungen Patienten mit CD20<sup>+</sup>-aggressiven Lymphomen, aus der sich unterschiedliche zukünftige Therapiestrategien ergeben, die den Bedürfnissen des einzelnen Patienten besser gerecht werden. Deshalb hat die DSHNHL nun als weltweit erste Studiengruppe spezifische Studien für die neu definierten Untergruppen von Patienten entwickelt. Beide werden von der Deutschen Krebshilfe gefördert.

### FLYER-Studie

Die FLYER-Studie (Favourable low-risk young: equivalency of R-CHOP regimens) wurde spezifisch für Patienten der sehr günstigen Prognosegruppe (Patienten im Stadium I oder II ohne Risikofaktor nach dem aalPI sowie mit einem maximalen Tumordurchmesser < 7,5 cm) entwickelt. Die MinT-Ergebnisse dieser Patientengruppe sind nach sechs Zyklen R-CHOP so gut (nach zwei Jahren sind 97 Prozent der Patienten ohne Therapieversagen, ihr Überleben beträgt 100 Prozent), dass man zumindest bei einem Teil dieser Patienten von einer Übertherapie mit der heutigen Standardtherapie ausgehen muss. Erstmals in der Geschichte der Therapie aggressiver Lymphome kann es daher in der FLYER-Studie nicht mehr das Ziel sein, die Ergebnisse zu verbes-



sern, sondern die Nebenwirkungen der Therapie bei gleichzeitig erhaltener Wirksamkeit zu reduzieren. Dies soll durch eine Reduktion der Chemotherapie von sechs auf vier Zyklen unter Beibehaltung der Applikation von sechs Zyklen Rituximab erreicht werden (Abb. 3). Die Studie läuft seit November 2005. Insgesamt sollen in fünf Jahren 622 Patienten in die Studie aufgenommen werden.

### UNFOLDER-Studie

Im Gegensatz hierzu sind die Ergebnisse der Patienten der weniger günstigen Prognosegruppe noch unbefriedigend. Deshalb ist es das Ziel der UNFOLDER-Studie (Unfavourable young low-risk densification of R-chemo regimens), die Ergebnisse dieser Patienten (sie haben entweder Bulky Disease und/oder einen Risikofaktor nach aalPI) weiter zu verbessern. Dies soll durch eine Verkürzung der Therapieintervalle von drei auf zwei Wochen erreicht werden (R-CHOP-14 anstelle des bisherigen

**Abbildung 4:** Studiendesign der UNFOLDER-Studie der DSHNHL: Je 536 Patienten im Alter von 18-60 Jahren mit einem Risikofaktor nach aalPI und/oder mit Bulky Disease erhalten randomisiert entweder sechs Zyklen R-CHOP-21 oder sechs Zyklen R-CHOP-14. Patienten mit Bulky Disease und/oder Extranodal-Befall werden zusätzlich randomisiert und erhalten entweder eine additive Strahlentherapie oder werden nur beobachtet.

Standards R-CHOP-21). Für dieses Vorgehen spricht, dass Patienten mit Bulky Disease (neben Patienten mit einem Risikofaktor nach IPI) in einer retrospektiven Analyse der NHL-B1-Studie signifikant von einer Verkürzung der Therapieintervalle von drei auf zwei Wochen profitierten. Zudem führte die alternative Möglichkeit – nämlich die Erhöhung der Chemotherapie-dosis – in der High-CHOEP-Studie der DSHNHL bei einer vergleichbaren Patientengruppe nicht zur Verbesserung der Ergebnisse. Hauptziel ist also, auch bei Patienten mit Bulky-Disease und/oder einem IPI-Risikofaktor eine Überlebensrate von 100 Prozent zu erreichen. Die UNFOLDER-Studie geht durch ihr 2x2 faktorielles Design, d.h. zwei Faktoren werden gemeinsam in einer Studie untersucht, einer weiteren Frage nach: Kann die zusätzlich Bestrahlung von Bulky Disease oder extranodalem Befall nach kombinierter Immunochemotherapie mit R-CHOP die Ergebnisse verbessern, oder kann man auf diese zusätzliche therapeutische Maßnahme verzichten? (Abb. 4) Auch diese Studie läuft seit November 2005. Insgesamt sollen in fünf Jahren 1072 Patienten in die Studie aufgenommen werden.

### Weitere Informationen:

DSHNHL Studiensekretariat  
Tel.: 06841 – 16-23084  
E-Mail: dshnhl@uniklinikum-saarland.de

**Abbildung 3:**

Studiendesign der FLYER-Studie der DSHNHL: Je 311 Patienten im Alter von 18-60 Jahren ohne Risikofaktor nach aalPI und ohne Bulky Disease erhalten randomisiert entweder 6 Zyklen R-CHOP oder 4 Zyklen R-CHOP plus 2 Zyklen Rituximab.

## Deutsche Hodgkin-Lymphom Studiengruppe (DHSg) IV-Vertrag: Therapiekonzepte werden zum Standard der Regelversorgung

S. Hellmich, B. Pfistner, V. Diehl. Damit Hodgkin-Patienten künftig in ganz Deutschland nach den erfolgreichen und international anerkannten Therapiekonzepten der Deutschen Hodgkin-Lymphom Studiengruppe (DHSg/Köln) und der Hodgkin-Studiengruppe der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH-HD/Leipzig) behandelt werden können, wurde Ende September 2005 der erste bundesweite Vertrag zur inte-

grierten Versorgung (IV) geschlossen. Vertragspartner sind die Verbände der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (AEV), die beiden Studiengruppen (jeweils vertreten durch das Klinikum der Universität zu Köln und das Universitätsklinikum Leipzig), der Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und internistischen Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO) sowie die Arbeitsgemeinschaft der

Leitenden Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus e.V. (ADHOK).

Jedes Jahr erkranken etwa 1.800 Erwachsene und 200 Kinder neu an einem Hodgkin-Lymphom. Mit einer qualitätsgesicherten Behandlung nach den Diagnose- und Therapiekonzepten der DHSg (erwachsene Patienten) und GPOH-HD (Kinder und Jugendliche) können heute etwa 90 Prozent der Patienten

geheilt werden. Mit dem IV-Vertrag werden Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen – etwa 800 von ihnen erkranken pro Jahr an einem Hodgkin-Lymphom – von Anfang an mit Hodgkin-Spezialisten zusammen geführt, die nach den Standards der beiden Studiengruppen arbeiten und ihre Behandlungsergebnisse dokumentieren. Konkret bedeutet das:

- Die Diagnose wird mittels einer Zweituntersuchung der Gewebeprobe in einem auf Lymphomdiagnostik spezialisierten pathologischen Institut abgesichert.
- Das Therapiekonzept wird vor Beginn der Behandlung interdisziplinär unter allen beteiligten Ärzten/innen abgestimmt.
- Die Behandlung wird durch einen onkologischen Facharzt koordiniert, der Patienten und Hausärzten als Ansprechpartner zur Verfügung steht.
- Bei Bedarf werden Problemfälle mit dem

Expertenteam der beteiligten Hodgkin-Studiengruppen beraten.

- Die beteiligten Zentren und Praxen tauschen ihre Erfahrungen untereinander aus.
- Alle Behandlungen werden dokumentiert; die Behandlungsqualität der Zentren wird in anonymisierter Form ausgewertet.

Aus Sicht der onkologischen Kompetenznetze – die Studiengruppen sind jeweils Mitglied im Kompetenznetz Maligne Lymphome bzw. im Kompetenznetz pädiatrische Onkologie und Hämatologie – hat dieser Versorgungsvertrag Modellcharakter, da er in vorbildlicher Weise Wissenschaftler, Ärzte und Kliniken, Leistungserbringer und Betroffene miteinander vernetzt und bundesweit qualitätsgesicherte Behandlungsstrategien auf dem neuesten Stand der Wissenschaft ermöglicht. „Die Dokumentation und damit auch die Qualitätskontrolle der durchgeführten Maßnah-

men bei niedergelassenen Ärzten, in kommunalen Krankenhäusern oder in Universitätskliniken ist vorbildlich“ so Volker Diehl, Leiter der DHSG. Dieter Körholz, Leiter der GPOH-HD ergänzt: „Erstmals erkennt ein großer Krankenkassenverband die durch die Studiengruppen geschaffene Kultur qualitätsgesicherter Diagnostik und Therapie als durch die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzierende Regelversorgung an und fördert damit den medizinischen Fortschritt.“ Detaillierte Informationen zur integrierten Versorgung von Hodgkin-Patienten gibt es auf den KML-Internetseiten: [www.lymphome.de/](http://www.lymphome.de/) Integrierte-Versorgung-Hodgkin

#### Weitere Informationen:

Dr. Beate Pfistner

Tel.: 0221 – 478-3553

E-Mail: [beate.pfistner@biometrie.uni-koeln.de](mailto:beate.pfistner@biometrie.uni-koeln.de)

## Neues aus der Industrie

### Pegfilgrastim bei aggressiven Lymphomen

Die Therapie älterer NHL-Patienten mit R-CHOP-21 ist mit einem beträchtlichen Risiko für febrile Neutropenie (FN) verbunden. Interessant sind daher neue Daten, die auf die Bedeutung von Pegfilgrastim (Neulasta®) zur Primärprophylaxe bei myelosuppressiver Behandlung hinweisen. In einer prospektiven, offenen, randomisierten Studie erhielten ältere NHL-Patienten im Rahmen der myelosuppressiven Behandlung (82 Prozent R-CHOP-21) Pegfilgrastim entweder ab dem 1. Zyklus (Primärprophylaxe) oder frühestens ab dem 2. Zyklus. Die Auswertung der Studie ergab, dass die Rate der febrilen Neutropenie (FN-Rate) bei Primärprophylaxe mit Pegfilgrastim signifikant niedriger ausfiel als bei Gabe ab Zyklus 2 (15 vs. 37 Prozent;  $p=0,0043$ ). Die FN-Raten im 1. Zyklus mit und ohne Pegfilgrastim (7 vs. 25 Prozent) zeigen deutlich, dass ein Großteil der Ereignisse bereits im 1. Zyklus auftrat und wirksam durch Pegfilgrastim reduziert werden konnte (Ershler et al., Blood 2005; 106,11: #4286). Auch in einer weiteren offenen, prospektiven Studie wird unter R-CHOP-21 mit Pegfilgrastim von einer Inzidenz febriler Neutropenie bei NHL-Patienten von 7 Prozent im 1. Zyklus berichtet (Ozer et al., Blood 2005; 106,11: #4705).

#### Weitere Informationen:

AMGEN GmbH

Tel.: 089 – 149096-0

Internet: [www.amgen.de](http://www.amgen.de)

### Rituximab – aktuelle Daten setzen neue Therapiestandards

Auf der 47. Jahrestagung der American Society of Hematology in Atlanta wurden die Daten von zwei Studien präsentiert, durch die sich neue Therapiestandards für das folliculäre und das aggressive NHL ableiten lassen.

Die EORTC Intergroup-Studie (465 Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem folliculären NHL) zeigte, dass eine Induktion mit Rituximab (MabThera®) einer alleinigen CHOP-Chemotherapie überlegen ist: 85 Prozent der R-CHOP-Patienten erreichten eine vollständige oder teilweise Remission gegenüber 73 Prozent der CHOP-Behandelten. Zudem zeigte sich, dass eine Rituximab-Erhaltungstherapie das Gesamtüberleben dieser Patienten gegenüber den nur beobachteten Patienten signifikant verlängerte ( $p=0,011$ ).

Die RICOVER-60-Studie zeigte für das aggressive NHL älterer Patienten, dass die nebenwirkungsärmere Gabe von sechs Zyklen CHOP-14 kombiniert mit achtmal Rituximab genauso wirksam ist, wie acht Zyklen CHOP-14 plus achtmal Rituximab. Die Kombination von R-CHOP-14 erzielte Raten kompletter Remissionen von 81 Prozent und verbesserte die Rate der Nicht-Therapieversager von 57 Prozent ohne Rituximab auf 70 Prozent mit Rituximab nach 27 Monaten.

#### Weitere Informationen:

Hoffmann-La Roche AG

Tel.: 07624 – 14-3715

Internet: [www.roche.de](http://www.roche.de)

### Bendamustin: Hohe Ansprechraten bei NHL und MCL

Internationale Studienergebnisse bestätigen die gute Wirksamkeit und Verträglichkeit von Bendamustin bei Patienten mit fortgeschrittenem indolentem NHL. In zwei multizentrischen Phase-II-Studien erreichte Bendamustin ± Rituximab wiederholt hohe Ansprechraten. Die Studiengruppe um Friedberg et al. (Rochester/USA) hat 77 Patienten mit mehrfach rezidiviertem und refraktärem indolentem bzw. transformiertem NHL mit Bendamustin behandelt. Alle Patienten waren mit Rituximab vorbehandelt und hatten nicht mehr adäquat angesprochen. Trotz der ungünstigen Ausgangssituation erreichten 74 Prozent der Patienten eine Tumorrückbildung. Die gute Wirksamkeit von Bendamustin bestätigte sich auch in Kombination mit Rituximab. In der zweiten multizentrischen Studie der Arbeitsgruppe um Robinson et al. (Halifax/Kanada) bei vorbehandelten Patienten mit indolentem NHL und MCL erreichten 87 Prozent von 57 Patienten eine Tumorremission. Die mediane Ansprechdauer ist noch nicht erreicht. Bemerkenswert ist, dass die Patienten mit MCL genauso gut auf das BR-Regime ansprachen wie jene mit indolentem Lymphom.

#### Weitere Informationen:

ribosepharm GmbH

Tel.: 089 – 45450-0

Internet: [www.ribosepharm.de](http://www.ribosepharm.de)



## Impressum

### Herausgeber

Kompetenznetz Maligne Lymphome  
Sprecher: Prof. Dr. Michael Hallek Köln

### Redaktion und Lektorat

Silke Hellmich (SH) Köln  
Dr. Anke Strenge-Hesse (ASH) Köln  
Dr. Christian Eder (CE) Köln

Unter Mitarbeit der Projektleiter und der Studiengruppen des Kompetenznetzes

### Layout

Stefanie Naumann Köln  
tv/web-design & illustration  
E-Mail: grafik@stefanienaumann.de

### Druck

Grafische Werkstatt Druckerei und Verlag  
Gebrüder Kopp GmbH & Co. KG

### Copyright

Kompetenznetz Maligne Lymphome

### Bezug

Der Newsletter erscheint halbjährlich und kann kostenlos bei der Zentrale des Kompetenznetzes angefordert werden.

### Anschrift der Redaktion

Zentrale des Kompetenznetzes  
Maligne Lymphome  
Klinikum der Universität zu Köln  
Joseph-Stelzmann-Straße 9  
50924 Köln  
Tel.: 0221 – 478-7400  
Fax: 0221 – 478-7406  
E-Mail: lymphome@medizin.uni-koeln.de  
Internet: www.lymphome.de

Die vollständigen Adressen der Autoren sind auf unserer Homepage zu finden oder können in der Netzwerkzentrale erfragt werden.

Die Inhalte namentlich gekennzeichnete Beiträge liegen in der Verantwortung der jeweiligen Autoren.

Dieser Newsletter wird durch die freundliche Unterstützung dieser Firmen ermöglicht.

AMGEN

ribosepharm

Roche

## Impressionen vom Weltlymphomtag

SH. Am Weltlymphomtag (15. September 2005), wurde die Alte Oper in Frankfurt (Main) mit einem „Geflecht aus helfenden Händen“ illuminiert. Den Tag über konnten sich die Frankfurter an einem Stand der Deutschen Leukämie- und Lymphomhilfe (DLH) über die Erkrankung informieren. Die Hände von ca.



4.000 Menschen waren bei der Aktion „Handzeichen gegen Krebs“ eingescannt worden, die von der Hoffmann-La Roche AG, der DLH und dem KML durchgeführt wurde. Auch in diesem Jahr ist eine Kampagne zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Lymphom-Erkrankungen in Planung.



© Fotos A. Strenge-Hesse

## Patientenselbsthilfe

### Selbsthilfe – ein fester Bestandteil der Patientenversorgung?

A. Hünefeld. Immer mehr niedergelassene Ärzte und Kliniken arbeiten heute mit Krebs-Selbsthilfeorganisationen zusammen. Das sah vor 15 Jahren, als in Münster die Selbsthilfevereinigung zur Unterstützung erwachsener Leukämie- und Lymphompatienten (S.E.L.P. e.V.) gegründet wurde, ganz anders aus. Selbsthilfe wurde belächelt und im medizinischen Bereich abgelehnt. Doch auch aufgrund der Defizite im Gesundheitswesen sind Selbsthilfegruppen heute zu einem wichtigen Bestandteil in der Patientenversorgung geworden: Sie informieren unabhängig, beraten und leisten psychosoziale Unterstützung. In den Gruppen erfahren die Betroffenen Verständnis und Zuwendung. Im gemeinsamen Erfahrungsaustausch lernen sie, wie sie im Alltag besser mit der Krankheit leben können. Die Isolation des Einzelnen wird aufgehoben, neue soziale Bindungen werden vermittelt und die Patientenkompetenz gestärkt. So ist die öffentliche Akzeptanz und Wertschätzung über die Jahre langsam gewachsen.

Doch trotz aller positiven Entwicklungen zeigt eine Umfrage der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V. (DLH), dass die Zusammenarbeit weiter verbessert werden kann: In dieser nicht-repräsentativen Befragung, an der 171 Patienten in 83 Kliniken teilnahmen, gab ca. die Hälfte der Antwortenden an, dass sie durch ihre Ärzte nicht auf Selbsthilfegruppen hingewiesen wurden. Bedeutet dies, dass es nach wie vor Ärzte gibt, die der Selbsthilfe skeptisch gegenüber stehen? Oder denken sie einfach nicht an die Möglichkeiten der Selbsthilfe? Dass Personalmangel herrscht

und die Bürokratie stetig zunimmt, ist bekannt. Es ist aber ohne großen Aufwand möglich, auf die Selbsthilfegruppen hinzuweisen: zum Beispiel durch Plakate oder die Auslage von Broschüren in den Wartezonen.

Selbsthilfe kann und will das persönliche, medizinisch beratende Gespräch mit dem behandelnden Arzt nicht ersetzen. Doch von einer guten Kooperation profitieren Ärzte, Patienten und Selbsthilfegruppen gleichermaßen. Dies zu verdeutlichen und die Akzeptanz der Selbsthilfe insbesondere bei den Ärzten zu erhöhen, war unter anderem Ziel des ersten „Tag der Krebs-Selbsthilfe“ am 16. November 2005. Er wurde von der Deutschen Krebs-Hilfe und allen von ihr geförderten Krebs-Selbsthilfeorganisationen ins Leben gerufen. Vertreter des Gesundheitswesens, der Krankenkassen, der Selbsthilfe und Ärzte diskutierten miteinander und erarbeiteten Vorschläge zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation. Eine zentrale Forderung dieser Veranstaltung ist die Schaffung interdisziplinärer onkologischer Kompetenzzentren, um die Qualität der Versorgung von Krebs-Patienten maßgeblich zu verbessern – und in ihnen die psychosoziale Onkologie und Selbsthilfe fest zu verankern!

### Weitere Informationen:

Annette Hünefeld  
S.E.L.P. e.V. Patientenbetreuung  
Mitglied im Bundesvorstand der DLH e.V.  
Tel.: 02506 – 6768  
E-Mail: leukaemie-lymphom@selp.de  
Internet: www.selp.de