

Inhalt

Kompetenznetz

- Integrierte Versorgung S. 1
- Fortbildungsinitiative S. 2
- Dokumentationsprojekt S. 3
- Kurzmitteilungen S. 3

Studiengruppen

- Aktuelles vom ASH 2007 S. 4
- MMML-Symposium S. 6
- Hodgkin Lymphom Symposium S. 6

Gesundheitspolitik

- Revisionsbedarf der Richtlinie 2001/20/EC S. 6

Neues aus der Industrie S. 7

Patientenelbsthilfe

- Die pmm Selbsthilfegruppe Nordrhein-Westfalen e.V. S. 8

Impressum S. 8

Termine

21.02.2008_Berlin

KML-Symposium beim 28. Krebssymposium der Deutschen Krebsgesellschaft

25.-27.02.2008_Kampala (Uganda)

International Conference on Burkitt Lymphoma

29.02.-01.03.2008_Würzburg

First Würzburg Myeloma Workshop

02.04.2008_Wiesbaden

Symposium des KML und des KN Leukämien im Rahmen der DGIM 2008

04./05.04.2008_Heidelberg

Studientreffen der DSHNHL

18./19.04.2008_Wörlitz

Frühjahrstagung der OSHO

21./22.06.2008_Bremen

11. DLH-Patientenkongress

19./20.09.2008_Köln

7. Internationaler Workshop der DCLLGG

20.09.2008_Dortmund

9. NHL-Symposium für Patienten und Angehörige

25./26.09.2008_München

Studientreffen der GLSG

Weitere Informationen und Termine erhalten Sie unter www.lymphome.de.

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,



in den 10 Jahren seit Gründung des Kompetenznetzes Maligne Lymphome (KML) und nach Ablauf von drei Förderperioden durch das BMBF haben sich die Projekte und Tätigkeitsschwerpunkte des KML stark verändert. Stand anfangs vor allem der Auf- und Ausbau von Forschungsstrukturen wie auch die Förderung einzelner wissenschaftlicher Projekte im Mittelpunkt der gemeinsamen Aktivitäten, hat sich jetzt der Schwerpunkt auf die Bereitstellung einer Kommunikationsplattform für vielfältige klinische Aktivitäten bei malignen Lymphomen verlagert. Viele Wissenschaftler und Einrichtungen, die in der Forschung und

Behandlung maligner Lymphome tätig waren, finden sich im KML und möchten es auch über die BMBF Förderung hinaus tragen, um voneinander zu lernen, studienübergreifende Probleme zu lösen und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass alle Lymphom-Patienten in ganz Deutschland die jeweils bestmöglichen Therapien erhalten. Inzwischen ist die Zahl der im KML zusammengeschlossenen Studiengruppen von vier auf elf gewachsen. Nahezu alle Lymphom-Entitäten und die sie bearbeitenden multizentrischen Gruppen werden nun durch das KML vertreten.

Nach einem noch nicht abgeschlossenen Prozess der Verstetigung hat das KML inzwischen ein anerkanntes und vielfach genutztes serviceorientiertes Profil gewonnen: Das Datenschutzkonzept, der Ausbau des Dokumentationsprojektes, der KML-Internetseiten sowie die neue Fortbildungsinitiative sind gute Beispiele hierfür. Dass die Arbeit der Studiengruppen und des KML auch von den Krankenkassen als richtungweisend angesehen werden, zeigt insbesondere die für 2008 geplante Ausweitung der integrierten Versorgung (IV-Vertrag) auf alle malignen Lymphom-Erkrankungen. Die Vertragspartner erhoffen sich davon, dass noch mehr Lymphom-Patienten nach den hohen Standards der KML-Studiengruppen behandelt werden. Aus dem gleichen Grund wird sich das KML zukünftig für eine Ausweitung des Vertrages auf alle gesetzlichen Krankenkassen einsetzen.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre

Prof. Dr. Lorenz Trümper (Göttingen), Mitglied im Vorstand des KML

Kompetenznetz

Bundesweiter IV-Vertrag für alle Lymphom-Erkrankungen

ASH. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und der Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV) haben gemeinsam mit den Studiengruppen des Kompetenznetzes Maligne Lymphome (KML) Vorbereitungen getroffen, dass 2008 die Vereinbarung über eine integrierte Versorgung (nach § 140a SGB V, auch „IV-Vertrag“ genannt) bundesweit auf alle malignen Lymphom-Erkrankungen ausgeweitet werden kann. Die neue Vereinbarung ergänzt den bisherigen „IV-Vertrag/Hodgkin“, der 2005 von der Deutschen Hodgkin Studiengruppe in Köln (erwachsene Patienten) und von der Studiengruppe GPOH/HD in Halle (Patienten unter 18 Jahren) für die Behand-

lung von Hodgkin-Lymphom-Patienten initiiert wurde. Vertragspartner der Krankenkassenverbände sind der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO e.V.), die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Hämatologen und internistischen Onkologen im Krankenhaus (AdHOK), die Uniklinik Köln und alle Studienzentren, die an den Therapieoptimierungs-Studien der KML-Studiengruppen teilnehmen und der Vereinbarung beitreten.

Über den Anteil von Lymphom-Patienten, die in Deutschland im Rahmen von Therapieoptimierungs-Studien behandelt werden, gibt es keine genauen Zahlenwerte. Schätzungen

gehen davon aus, dass ca. 50% der Patienten mit Hodgkin-Lymphom, aber nur ca. 10% mit einem Non-Hodgkin-Lymphom in Studienprotokolle eingebracht werden. Die jetzt geplante Erweiterung des IV-Vertrages verfolgt daher das Ziel, allen Patienten, die an einer der zahlreichen Formen des malignen Lymphoms erkrankt und Mitglied einer der zum VdAK/AEV zählenden Krankenkasse sind, eine Behandlung nach den Therapiestandards der KML-Studiengruppen zu ermöglichen. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass sich durch diese Standardisierung in der Regelversorgung eine mittel- bis langfristige Optimierung der Behandlungsergebnisse erreichen lässt. Darüber hinaus wird die standardisierte Dokumentation der Behandlungsergebnisse den Behandlungsprozess transparenter machen. Maßnah-

men zur Qualitätssicherung sowie die Publikation eines jährlichen Qualitätsberichtes sollen den Wettbewerb zwischen den Behandlungszentren anstoßen.

Die teilnehmenden Behandlungszentren erhalten zusätzlich zur Vergütung der durchzuführenden Regelversorgung eine Koordinationspauschale, die u.a. für eine zeitnahe Dokumentation der Daten abgerechnet wird. Voraussetzung für die Teilnahme am IV-Vertrag ist, dass die behandelnde Institution der Vereinbarung beiträgt und der Patient ergänzend zu seinem schriftlichen Einverständnis zur Studienteilnahme außerdem sein Einverständnis zur Teilnahme am IV-Vertrag erklärt. Die Koordinierung und die administrative Betreuung des Projektes gegenüber den Vertragspartnern sowie die Erstellung des Qualitätsberichts übernimmt die KML-

Geschäftsstelle. Wichtige Informationen und Dokumente zur integrierten Versorgung werden auf der KML-Website veröffentlicht.

Mit der Öffnung der integrierten Versorgung auf alle Lymphom-Entitäten verbinden die Vertragsparteien die Erwartung, dass möglichst viele Behandlungszentren dieser Vereinbarung beitreten und damit mehr Lymphom-Patienten nach den hohen Standards der Studiengruppen behandelt werden. Das KML wird sich deshalb auch dafür einsetzen, weitere Krankenkassen für diese Vereinbarung zu gewinnen.

Weitere Informationen:

Dr. Anke Strenge-Hesse

Tel. 0221 – 478 7401

E-Mail: anke.strenge-hesse@uk-koeln.de

Das KML präsentiert sich neu

Das Kompetenznetz Maligne Lymphome

- ▶ wird von den Lymphom-Studiengruppen getragen
- ▶ fördert insbesondere Therapieoptimierungs-Studien
- ▶ engagiert sich für die bestmögliche Regelversorgung
- ▶ informiert und berät Ärzte, Patienten und Angehörige
- ▶ ist der freien Wissenschaft verpflichtet

www.lymphome.de

Unser Ziel

ist die bestmögliche Behandlung und Information für alle Lymphom-Patienten in Deutschland.

- Grundlagenforscher
- Studiengruppen
- Pathologen
- Klinikärzte
- Patienten
- Schwerpunktpraxen
- Strahlentherapeuten
- Selbsthilfegruppen

www.lymphome.de

Für Ärzte und Wissenschaftler

- ▶ Zugang zu Studiendokumenten
- ▶ Studiendokumentation
- ▶ Datenbanken/IT-Infrastruktur
- ▶ Datenschutzkonzept
- ▶ Qualitätsmanagement
- ▶ Informationsportal www.lymphome.de
- ▶ Fortbildungen
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit

www.lymphome.de

Für Patienten und Angehörige

- ▶ Beratung durch führende Lymphomstudiengruppen
- ▶ qualitätsgesicherte Behandlung in klinischen Studien
- ▶ Informationsportal www.lymphome.de
- ▶ Broschüren, Flyer, Newsletter
- ▶ Kooperation mit Selbsthilfegruppen

www.lymphome.de

Das Kompetenznetz Maligne Lymphome hat vier neue Aufsteller entwickelt, mit denen es sich zukünftig auf Fachkongressen und Patientenseminaren präsentieren wird.

Fortbildungsreihe zu Malignen Lymphomen

SH. Das Kompetenznetz Maligne Lymphome (KML) hat eine Fortbildungsinitiative ins Leben gerufen. Um möglichst viele Ärztinnen und Ärzte über aktuelle Entwicklungen der Lymphomforschung und -therapie zu informieren, können Krankenhäuser kostenfrei einen KML-Experten als Referenten anfordern. Dieser berichtet vor Ort etwa eine Stunde lang über ein aktuelles Thema aus der Lymphomforschung und beschreibt neuere Therapiekonzepte. Die erste Fortbildungsreihe hat

im Herbst 2007 begonnen und widmet sich dem Thema "First-Line Therapie des follikulären Lymphoms". Als Referenten konnten C. Buske (München-Großhadern), M. Dreyling (München-Großhadern), M. Rummel (Gießen) und C. Schmitt (Berlin) gewonnen werden. Unterstützt wird dieses Pilotprojekt durch die Roche Pharma AG. Zur weiteren Finanzierung der Fortbildungen bemüht sich das KML um eine breite Unterstützung durch verschiedene Sponsorengruppen. Die Sponsoren haben kei-

nen Einfluss auf die Inhalte der Vorträge. Krankenhäuser, die Interesse an einer solchen Fortbildung haben, können sich an die Zentrale des Kompetenznetzes Maligne Lymphome wenden.

Weitere Informationen:

Dr. Anke Strenge-Hesse

Tel.: 0221 – 478 74 01

E-Mail: anke.strenge-hesse@uk-koeln.de

Das KML-Dokumentationsprojekt – Unterstützung von Studienzentren bei der Studierendokumentation

B. Fath. Das Dokumentationsprojekt wurde 2001 im Kompetenznetz Maligne Lymphome (KML) ins Leben gerufen, um nicht-universitären Behandlungszentren die Teilnahme an drittmittelgeförderten Therapieoptimierungsstudien (TOS) der Lymphomstudiengruppen zu erleichtern. Die Grundidee bestand von Anfang an darin, dass medizinische Dokumentare an verschiedenen Standorten in Deutschland lokalisiert sind und von dort aus „ihre“ Region bereisen, um tageweise in den Studienzentren die Studiendokumentation zu übernehmen. Das Projekt wurde in der Vergangenheit durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die pharmazeutische Industrie und teilweise durch die Studiengruppen selbst finanziert.

Gegenwärtig ermöglicht die Förderung der Deutschen José Carreras Leukämie Stiftung e.V. die Erweiterung des Projektes. Mit der Besetzung neuer Standorte können mehr Studienzentren, nun auch Universitätskliniken und hämato-onkologische Schwerpunktpraxen, diese Unterstützung in Anspruch nehmen. Auch werden weitere Studiengruppen des Kompetenznetzes Maligne Lymphome sowie Studiengruppen des Kompetenznetzes Akute und Chronische Leukämien einbezogen. Ergänzend wird den beteiligten Studienzentren eine ihrem jeweiligen Bedarf angepasste Studienassistenz angeboten. Dies kann die Überprüfung verschiedener im Studienablauf erforderlicher Prozesse beinhalten, z.B. zu primären Melde- und Stagingdaten, Patienteneinverständniserklärungen, SAE-Meldungen, aber auch die Anlage von Studienordnern für essentielle Dokumente und eine Hilfestellung bei der systematischen Ablage relevanter Studien-

unterlagen. Alle Abläufe erfolgen nach entsprechenden Standardarbeitsanweisungen in Abstimmung mit den Studiengruppen. Studiengruppen und Studienzentren können den Service sowohl kontinuierlich über die gesamte Studiendauer in Anspruch nehmen oder aber bedarfsweise für eine begrenzte Zeitdauer. Bei drittmittelfinanzierten TOS ist diese Serviceleistung für die Studienzentren kostenfrei, allerdings erhalten sie dann von den Studiengruppen keine weitere Honorierung für die Dokumentation. Von den teilnehmenden Studienzentren wird erwartet, dass sie an mindestens zwei Studien verschiedener Studiengruppen des KML teilnehmen und insgesamt mindestens 10 Patienten pro Jahr in diese Studien einbringen. Den Dokumentaren stellen sie zum vereinbarten Termin die notwendigen Unterlagen und einen Arbeitsplatz bereit. Außerdem muss am Dokumentations-tag ein zuvor benannter Ansprechpartner für Rückfragen erreichbar sein und die Möglichkeit für ein abschließendes Gespräch mit dem Studienarzt gewährleistet werden.

Dieses Projekt nützt sowohl den Studiengruppen als auch den Studienzentren und den Patienten: Probleme und qualitative Mängel in den Prüfzentren werden frühzeitig sichtbar und können rasch behoben werden. Die zeitnahe Datenerfassung und die Optimierung der Datenqualität führen zu einer schnelleren Datenauswertung. Nicht zuletzt dadurch können neue Erkenntnisse zügiger in die Patientenversorgung überführt werden. Durch die Dokumentations-Unterstützung wird den Studienzentren die Teilnahme an TOS erleichtert – sie haben damit verstärkt

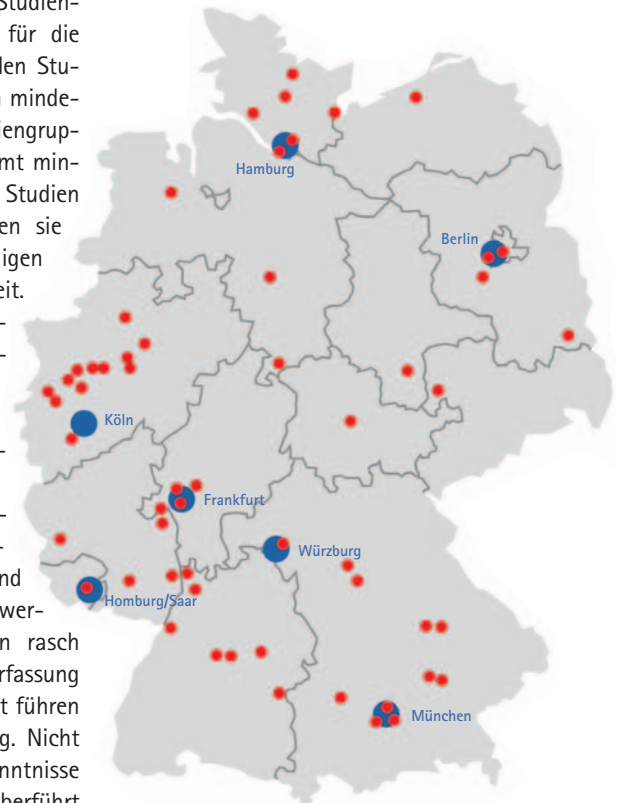
die Möglichkeit, ihren Patienten die Teilnahme an Studien anzubieten, damit diese von der Behandlung mit den aktuell besten Therapie-Standards und einer besonders engen Betreuung profitieren können.

Weitere Informationen:

Dr. Birgit Fath

Tel.: 0221-478 74 03

E-Mail: birgit.fath@uk-koeln.de



- 8 Dokumentare in Voll- und Teilzeit an sieben Standorten
- Studienzentren

Kurzmitteilungen aus dem KML



■ Aktion "Handzeichen gegen Krebs"

Bereits zum vierten Mal wurde im Sommer 2007 die Informationskampagne „Lymphome – Setzen Sie ein Handzeichen gegen Krebs“ durchgeführt. In Bremen, Berlin, Leipzig, Nürnberg und Freiburg informierten sich zahlreiche Besucher an einem Informationsstand des KML und der Deutschen Leukämie- und Lymphom-Hilfe e. V. (DLH) über Lymphome, ihre Symptome und Therapiemöglichkeiten. Als Zeichen ihrer Solidarität mit den Betroffenen konnten sie Luftballons zum Himmel steigen lassen.

■ KML-Zentrensuche erweitert

Die Online-Suche nach Behandlungszentren, die an den Studien der KML-Studiengruppen teilnehmen, wurde in den vergangenen Monaten ausgeweitet.

Unter www.lymphome.de/Zentrensuche kann nun auch nach Zentren gesucht werden, die Patienten mit Multiplen Myelomen oder Lymphomen nach Organtransplantationen im Rahmen von KML-Studien behandeln.

Weitere Informationen:

KML-Zentrale

Tel. 0221 – 478 74 00

E-Mail: lymphome@uk-koeln.de

Studiengruppen

Aktuelles vom 49. Jahrestreffen der American Society of Hematology (ASH)

ASH. Auch im vergangenen Jahr haben wieder zahlreiche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der KML-Studiengruppen ihre aktuellen Forschungsergebnisse beim Jahrestreffen der American Society of Hematology (ASH) präsentiert. Die wissenschaftliche Tagung, die vom 8. bis 11. Dezember 2007 in Atlanta, Georgia (USA) stattfand, ist mit mehr als 21.000 teilnehmenden Ärzten, Wissenschaftlern und anderen Interessierten die weltweit größte und wichtigste Veranstaltung im Bereich der Hämatologie und Onkologie. Einige der wichtigsten neuen Entwicklungen aus einigen Studiengruppen werden in den folgenden Kurzbeiträgen skizziert. Ausführlichere Informationen bieten die Abstracts, die im Internet nach einer Online-Registrierung unter www.abstracts2view.com/hem07/index.php eingesehen werden können.

Hodgkin-Lymphome

PET nach abgeschlossener Chemotherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom: Zwischenauswertung der HD15-PET Studie der DHSG

M. Fuchs, A. Engert. Ziel der Studie HD15-PET ist es, die Rolle der Strahlentherapie nach einer effektiven Chemotherapie prospektiv zu bestimmen. Die Vorläuferstudie HD12 hatte gezeigt, dass die Bestrahlung Patienten mit schlechtem Ansprechen auf die initiale Chemotherapie vorbehalten bleiben kann. Nach den vorhandenen Daten ist die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) in der Lage, zwischen aktivem und inaktivem Restgewebe zu unterscheiden. Kleinere retrospektive Studien deuteten bereits auf einen guten negativen prädiktiven Wert (NPV) der PET-Untersuchung hin. Dies wurde jedoch bisher noch nicht in einer prospektiven Studie gezeigt. In die HD15-PET Studie, die kurz vor dem Abschluss steht, werden Patienten mit einem Resttumor von 2,5 cm oder mehr nach einer effektiven Chemotherapie (6 oder 8 Zyklen BEACOPPesc oder 8 Zyklen BEACOPP-14) eingeschlossen. Die Patienten erhalten in einem ausgewählten Zentrum eine PET-Untersuchung, die zusammen mit den CT-Bildern (Staging und Restaging) zentral von einem interdisziplinären Panel begutachtet wird. Diese Begutachtung ergab bei 79% der in

diese Analyse eingeschlossenen Patienten einen negativen PET-Befund (n=245), während 66 Patienten einen positiven PET-Befund hatten. Von den 66 PET positiven Patienten wurden 62 auf Empfehlung des PET-Panels bestrahlt. Die Ereignisrate betrug für die Patienten mit negativem PET-Befund nach 12 Monaten 4%, gegenüber 15% für die Patienten mit positivem PET-Befund. Somit ist das progressionsfreie Überleben (PFS) für die PET positiven Patienten im Vergleich zu den PET negativen Patienten ($p=0,011$) signifikant schlechter. Der NPV der PET-Untersuchung liegt bei 94%. Wird die Zahl von Patienten, die im Rahmen der HD15-Studie bestrahlt wurden, mit dem in den Vorläuferstudien HD9 und HD12 verglichen, dann zeigt sich, dass der Anteil von nachbestrahlten Patienten in den letzten Jahren von 70% (HD9) über 38% (HD12) auf nun 12% (HD15) massiv gesenkt werden konnte.

Sollten sich die Ergebnisse der Zwischenauswertung in der Endauswertung bestätigen, so wäre eine Strahlentherapie künftig nur noch für Patienten angezeigt, bei denen nach einer effektiven Chemotherapie der PET-Befund positiv ausfällt. Dies wäre ein weiterer Fortschritt in der Therapie des fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphoms.

(Diehl et al. Abstract #212, in: *Blood*, Volume 110, issue 11, November 16, 2007)

Mantelzell-Lymphome

Aktuelle Studiengeneration des Europäischen Mantelzell-Lymphom-Netzwerkes

M. Dreyling. Bei der Behandlung des Mantelzell-Lymphoms (MCL) erzielt eine konventionell dosierte Chemotherapie trotz initialer Remissionsraten von 70-80% keine andauernden Remissionen. In der aktuellen Studiengeneration untersucht das Europäische MCL-Netzwerk daher unterschiedliche Immuno-Chemotherapie-Regime. In der MCL elderly-Studie erhalten ältere Patienten als Induktion entweder 8 Zyklen R-CHOP oder 6 Zyklen R-FC und anschließend Interferon oder Rituximab (R). Dabei wird insbesondere die Rolle der Erhaltungstherapie mit Rituximab untersucht. In der MCL younger-Studie wird bei jüngeren Patienten die Wirksamkeit einer hochdosierten Cytarabin-Gabe geprüft

und dabei eine Induktion mit R-CHOP gefolgt von einer Hochdosistherapie mit einem Cytarabin-haltigen Regime verglichen.

In der MCL elderly-Studie konnten zur Zeit 222 Patienten ausgewertet werden (medianes Alter 70 J.; IPI-Risikowert bei 66% der Patienten intermediär oder hoch). Die Auswertung zeigt, dass die Induktion gut toleriert wurde und lediglich hämatologische Nebenwirkungen auftraten (Grad III/IV unter R-CHOP bzw. R-FC: Leukozytopenie 62% vs. 72%, Thrombozytopenie 13% vs. 40%, aber nur selten Fieberepisoden (23% vs. 7%) oder Infektionen (19% vs. 23%). Obwohl die Patienten einer hohen IPI-Risikogruppe zuzuordnen sind, war das Gesamtansprechen mit 84% hoch (davon erreichte die Hälfte der Patienten eine komplette Remission (CR) bzw. eine komplette Remission mit verbleibender Unsicherheit (CRu)). Auch wenn die Rolle der Erhaltungstherapie bisher noch nicht endgültig zu beurteilen ist, sind die bisherigen Ergebnisse zum progressionsfreien Überleben (77%) und zum Gesamtüberleben nach 12 Monaten (86%) ermutigend.

In der MCL younger-Studie konnten die Daten von 247 Patienten ausgewertet werden. Unter der Behandlung wurden hauptsächlich hämatologische Nebenwirkungen beobachtet (Grad III/IV in R-CHOP bzw. R-DHAP: Leukozytopenie 58% vs. 77%, Thrombozytopenie 14% vs. 74%, aber nur selten Fieberepisoden (11% vs. 22%) oder Infektionen (5% vs. 7%)). Auch in dieser Studie wurde mit 93% eine hohe Ansprechrate erzielt (davon 60% CR/CRu). Sowohl das progressionsfreie Überleben als auch das Gesamtüberleben lag nach 12 Monaten bei über 90%.

Die Ergebnisse der Zwischenauswertung zeigen hohe Ansprechraten der kombinierten Immuno-Chemotherapien in diesen beiden prospektiven internationalen Studien. Die weitere Nachbeobachtung wird die Bewertung der Rituximab-Erhaltung sowie des hochdosierten Cytarabin bei diesem aggressivem Lymphomtyp ermöglichen.

(Dreyling et al. Abstract #388, in: *Blood*, Volume 110, issue 11, November 16, 2007)



Diffus-großzellige B-Zell-Lymphome

Die dosisdichtere Gabe von Rituximab verbessert das Ergebnis von älteren Patienten mit diffus-großzelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) mit ungünstiger Prognose: Ergebnisse der DENSE-R-CHOP-14-Studie der Deutschen Studiengruppe für Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome (DSHNHL)

M. Pfreundschuh. Bei aggressiven Lymphomen ist die Gabe von 6 bis 8 Chemotherapie-Zyklen CHOP in Kombination mit dem Antikörper Rituximab (R) weitgehend als Standard-Therapie regime akzeptiert. Nicht definiert ist bis heute, in welcher Dosierung und Anzahl die Antikörper-Gaben erfolgen sollten. Basierend auf Ergebnissen, die ein Plateau des Serumspiegels von R erst nach 5 Gaben zeigen (Reiser, Blood 108, 778a, 2006), wurde daher in einer klinischen Studie (DENSE-R-CHOP 14) die Anzahl der Antikörper-Gaben erhöht um zu prüfen, ob damit zu einem früheren Zeitpunkt höhere R-Spiegel erreicht werden können. Hierzu erhielten 100 ältere Patienten mit aggressivem CD20+ B-Zell-Lymphom (DLBCL) 6 Zyklen CHOP-14 (zweiwöchig) kombiniert mit 12 Gaben von R (375 mg/m²) an den Tagen 0, 1, 4, 8, 15, 22, 29, 43, 57, 71, 85 und 99. Planmäßig erfolgte eine Bestrahlung, wenn Bulk und/oder Extranodalbefall vorlag. Das ereignisfreie Überleben (EFS) wurde als primärer Endpunkt ausgewertet. Als Kontrollgruppe dienten 306 Patienten, die innerhalb der RICOVER-60 Studie (Pfreundschuh et al., Blood 64a, 2006) mit 6xCHOP-14 und 8xR (14-tägig) behandelt wurden.

Die Studie zeigt, dass die häufigere R-Gabe schon zu Beginn des ersten Chemotherapiezyklus zu einem Serumspiegelplateau führt und höhere R-Spiegel über die gesamte Behandlungsdauer im Vergleich zur Kontrollgruppe erhalten bleiben. Obwohl die Patienten ungünstigere Ausgangsbedingungen aufwiesen als Patienten in der Kontrollgruppe, war der Anteil kompletter Remissionen unter diesem Therapie regime höher und der Anteil von Progressen unter der Therapie geringer, während sich im ereignisfreien Überleben (EFS) und im Gesamtüberleben (OS) kein Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte. Eine Subgruppenanalyse nach IPI-Risikogruppen ergab jedoch, dass durch DENSE-R-CHOP-14 bei Patienten mit ungünstiger Prognose (IPI 3-5) ein höherer Anteil kompletter Remissionen erreicht

wurde und eine Steigerung der 1-Jahres-Überlebensrate.

In Kombination mit 6 Zyklen CHOP-14 erreicht die häufigere Gabe von R höhere R-Serumspiegel und erzielt eine höhere Rate an kompletten Remissionen und ein höheres ereignisfreies Überleben bei DLBCL-Patienten mit ungünstiger Prognose. Diese Beobachtungen einer Phase-II-Studie müssen in einer randomisierten Studie bestätigt werden.

(Pfreundschuh et al. Abstract #789, in: Blood, Volume 110, issue 11, November 16, 2007)

Chronische lymphatische Leukämie

Kein signifikanter klinischer Benefit durch Erstlinientherapie mit Fludarabin (F) im Vergleich zu Chlorambucil (Clb) bei älteren Patienten mit fortgeschrittener chronischer lymphatischer Leukämie (CLL): Ergebnisse einer Phase-III-Studie der Deutschen CLL Studiengruppe (DCLLSG)

B. Eichhorst. Behandlungsregime auf Basis von Purinanaloga wie Fludarabin (F) sind Standard in der Erstlinientherapie von jüngeren CLL-Patienten und CLL-Patienten in guter körperlicher Verfassung und führen bei diesen Patientengruppen zu höheren Ansprechraten und einer Verlängerung des progressionsfreien Überlebens. Da es unklar ist, ob ältere CLL-Patienten oder Patienten in weniger guter körperlicher Verfassung ebenfalls von intensiveren Erstlinientherapien profitieren, wird in der Erstlinientherapie älterer Patienten weiterhin häufig Chlorambucil (Clb) angewendet. Die Deutsche CLL Studiengruppe initiierte daher eine Phase-III-Studie (CLL5 Protokoll), um die Effektivität von F im Vergleich zu Clb in der Erstlinientherapie älterer Patienten (> 64 Jahre) mit fortgeschrittener chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) zu untersuchen. Die Auswertung erfolgte auf der Datenbasis von 193 Patienten (mittleres Alter 70 Jahre). Eine Einteilung in prognostische Subgruppen nach Binet ergab für 15% der Patienten Stadium A, für 47% Stadium B und für 38% Stadium C. Die Patienten erhielten randomisiert entweder eine Behandlung mit F (25mg/m² Körperoberfläche, i.v. an Tag 1-5 alle 28 Tage für 6 Zyklen) oder mit Clb (0,4mg - 0,8mg/kg alle 15 Tage für bis zu 12 Monate). Patienten mit F-Behandlung erhielten durchschnittlich 4,9 Behandlungszyklen, die mittlere Dauer der Clb-Behandlung betrug 6,5

Monate (mittlere Dosis 0,5 mg/kg). Nach einer mittleren Beobachtungszeit von 41,5 Monaten zeigte die Auswertung trotz einer signifikant höheren kompletten Remissionsrate und Gesamtansprechrates unter der Behandlung mit F keinen Unterschied im progressionsfreien Überleben im Vergleich zur Behandlung mit Clb. In der mit F behandelten Gruppe verstarben 46% der Patienten, in der mit Clb behandelten Gruppe 34% Patienten, wobei die Überlebenskurven (ÜL) keinen signifikanten Unterschied zeigen. Auch die getrennte Untersuchung von progressionsfreiem Überleben und der Überlebenskurve für Patienten im Alter von < 70 und ≥ 70 Jahren zeigte ebenfalls keinen Unterschied zwischen beiden Behandlungsarmen. Auch eine eingeschränkte Nierenfunktion oder das Geschlecht hatten keinen Effekt auf diese Parameter. Patienten, die Clb in der Erstlinientherapie bekamen, erhielten häufiger eine Rezidivbehandlung im Vergleich zu Patienten mit F (62% vs. 39%). Patienten, die initial mit Clb behandelt wurden, erhielten in der Rezidivtherapie in 20% Clb, in 43% F, in 17% F-basierte Kombinationen und in 20% andere Therapien. Die Rezidivtherapie mit F führte zu einer Gesamtansprechrates von 53% (10 von 19 Pat.). Patienten, die initial mit F behandelt wurden, erhielten in 26% der Fälle jeweils F-basierte Kombinationen oder CHOP Regime, in 12% erneut F, während nur 2 Patienten Clb erhielten. Diese Studie mit einer langen Nachbeobachtungsphase zeigt, dass ältere Patienten keinen signifikanten klinischen Vorteil von einer Erstlinientherapie mit F im Vergleich zu Clb haben. Trotz einer höheren kompletten Remissionsrate und Gesamtansprechrates führte die Behandlung mit F nicht zu einer Verbesserung des progressionsfreien Überlebens und der Überlebenskurven. Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen ist die längere Verabreichung von Clb als Erstlinientherapie im Vergleich zu F, welche frühere Rezidive verhindern könnte. Darüber hinaus wurde im Falle eines Rezidivs bei Patienten, die initial mit F behandelt wurden, entweder keine Therapie oder im Vergleich zur initialen Behandlung mit Clb eine deutlich intensivere Therapie verabreicht. Damit erscheinen Clb und F ähnlich effektiv in der Erstlinientherapie von älteren Patienten mit CLL zu sein.

(Eichhorst et al. Abstract #629, in: Blood, Volume 110, issue 11, November 16, 2007)



MMML-Symposium „Aggressive Lymphome 2007“ in Göttingen

M. Hummel. Auf dem internationalen Symposium „Aggressive Lymphoma 2007“ des Verbundprojektes „Molekulare Mechanismen bei Malignen Lymphomen“, das vom 12. bis 15. September 2007 in Göttingen stattfand, wurden die Forschungsergebnisse des Verbundprojektes sowie anderer Gruppen sehr offen und intensiv diskutiert. Mehr als 300 Teilnehmer haben sich an den Workshops beteiligt. Dabei wurden von den Vortragenden auch viele bisher nicht veröffentlichte Daten vorgestellt. In den Diskussionen zeigte sich, dass diesseits und jenseits des Atlantiks überwiegend übereinstimmende Ergebnisse erhoben werden konnten. Allerdings kommt es bei der Interpretation von Prognosefaktoren aufgrund der unterschiedlichen Kollektive zu unter-

schiedlichen Bewertungen. Darüber hinaus wurde die Frage der verschiedenen Auswertestrategien von komplexen und hochdichten Daten sehr tiefgehend diskutiert. Es wurde vereinbart, den Dialog über das Symposium hinaus fortzusetzen.

Das Verbundprojekt „Molekulare Mechanismen bei Malignen Lymphomen“ startete im Sommer 2003 als gemeinsame Initiative von Hämato-Pathologen, Hämato-Onkologen, Genetikern, Statistikern und Grundlagenwissenschaftlern. Es wurde von der Deutschen Krebshilfe für zunächst 3 Jahre gefördert. In der ersten Förderperiode gelang es, das Burkitt-Lymphom von anderen Formen der reifen aggressiven B-Zell-Lymphome abzugrenzen und molekular zu definieren. Aufgrund der

erfolgreichen Arbeit in der ersten Förderperiode erhielt das Verbundprojekt eine zweite dreijährige Förderung durch die Deutsche Krebshilfe. In der zweiten Förderperiode stehen neben der Fortsetzung der komplexen Untersuchung der aggressiven B-Zell-Lymphome und der follikulären Lymphome vor allem die Übertragung der molekularen Signaturen in die Diagnostik sowie die unterschiedlichen Rollen des MYC-Onkogens im Vordergrund.

Weitere Informationen:

Zentrale des MMML-Verbundprojektes
Prof. Dr. L. Trümper
Tel. 0551 - 398-535
E-Mail: ltruemp@gwdg.de

7. Internationales Hodgkin-Lymphom-Symposium in Köln

M. Fuchs. Auf dem 7. Internationalen Hodgkin-Lymphom-Symposium, das vom 4. bis 7. November 2007 in Köln stattfand, diskutierten 600 Wissenschaftler aus aller Welt, wie die Spätfolgen der für Hodgkin-Patienten sehr belastenden Tumortherapie verringert werden können. Fortschritte erhoffen sich die Wissenschaftler vor allem durch eine begrenzte Bestrahlung der Tumore, den Einsatz zielgerichteter molekularer Therapien sowie durch Versuche, die Intensität und Dauer der Chemotherapie individueller zu gestalten. In aktuellen Studien der Deutschen Hodgkin Studiengruppe (DHSG) wird auch untersucht, ob auf-

grund einer radiologischen Verlaufskontrolle mittels einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET) einem Teil der behandelten Patienten einige der Chemotherapiezyklen und damit mögliche Spätfolgen erspart werden können, ohne dass sich damit ein größeres Risiko für eine Wiedererkrankung verbindet.

Veranstalter des Symposiums war die Deutsche Hodgkin Studiengruppe (DHSG), die 1978 auf Initiative von Volker Diehl an der Uniklinik Köln gegründet wurde und seit Jahrzehnten den weltweiten Therapiestandard beim Hodgkin-Lymphom wesentlich mitbestimmt. Inzwischen wurden in Deutschland

über 15.000 Patienten in klinischen Studien behandelt. Als Ergebnis dieser Studien können mittlerweile 80 bis 90 Prozent der Erkrankten dauerhaft geheilt werden. Auf dem Kongress wurde auch das Lebenswerk von Volker Diehl geehrt, der zugleich die Leitung der DHSG an Andreas Engert (Uniklinik Köln) weitergegeben hat.

Weitere Informationen:

Dr. Michael Fuchs
Studienzentrale der DHSG
Tel. 0221 - 478 881 60
E-Mail: michael.fuchs@uk-koeln.de

Gesundheitspolitik

SH. In früheren Ausgaben des Newsletters wurde wiederholt über die 12. und 14. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) berichtet, das unter anderem die Durchführung klinischer Studien in der Bundesrepublik Deutschland regelt. Bei diesen Neufassungen des Gesetzes wurde die Richtlinie 2001/20/EC der Europäischen Kommission in deutsches Recht umgesetzt. Ein wesentlicher Kritikpunkt vieler akademischer Wissenschaftler und Ärzte bezieht sich darauf, dass in der neuen Geset-

zesfassung und der ihr zugrunde liegenden europäischen Richtlinie für nicht-kommerzielle Studien die gleichen Auflagen gelten wie für kommerzielle Studien der Industrie (z.B. Zulassung neuer Medikamente). Damit entstehen auch für Therapieoptimierungsstudien, die in der Regel zugelassene Medikamente in neuen Dosierungen oder Kombinationen testen, höhere Kosten und enorme bürokratische Anforderungen. In der Vergangenheit gab es daher vielfache Initiativen, um

eine diesbezügliche Revision der europäischen Richtlinie bzw. der nationalen Gesetze zu erreichen. Auch Michael Hallek hat als Sprecher des Kompetenznetzes Maligne Lymphome mit verschiedenen Abgeordneten des Deutschen Bundestages Kontakt aufgenommen, um sie über die erschwerten Bedingungen für die von der Industrie unabhängige klinische Forschung in Deutschland zu informieren und konkrete Lösungsvorschläge zu unterbreiten.

EMA Konferenz in London zum Revisionsbedarf der Richtlinie 2001/20/EC

Zusammenfassung nach einem Bericht von J. Demotes (ECRIN)

I. Bruns. Am 03. Oktober 2007 fand bei der European Medicines Agency (EMA) in Lon-

don eine von der EMA und der Europäischen Kommission organisierte Konferenz statt, bei der über einen eventuellen Revisionsbedarf der Richtlinie 2001/20/EC und ihrer begleitenden Texte diskutiert wurde. Neben den

Ministerien der Mitgliedstaaten und den Vertretern der nationalen Behörden in der Clinical Trial Facilitation Group waren unter anderem Vertreter der akademischen Forschung, Verbände der pharmazeutischen und biotech-



nologischen Industrie und Patientenvertreter geladen. Die akademische Forschung wurde unter anderem durch Vertreter des European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN), der European Science Foundation, des PAED-Nets und der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) vertreten.

Die akademischen Vertreter stellten in der Konferenz die treibende Kraft im Hinblick auf eine Änderung der Richtlinie dar. Um eine Vereinheitlichung der Vorschriften zu erreichen, wurde sogar eine Umwandlung der Richtlinie in eine Verordnung vorgeschlagen. Die Forderungen der verschiedenen akademischen Vertreter stimmten weitestgehend überein. Unter anderem wurde vorgeschlagen, durch Änderungen im Berichtswesen (insbesondere zu SUSARs) eine Eindämmung der Meldeflut zu erreichen. Diskutiert wurde auch die Aufteilung der Sponsorverantwortung auf multiple Sponsoren bei multinationalen Studienprojekten. Des Weiteren wurde eine Definition nicht-kommerzieller Studien als wichtig angesehen sowie eine weitergehende Definition für Investigational Medicinal Products (IMPs) und Substantial Amendments. Auch wurden Regelungen zur Nachmeldung von Prüfern für notwendig erachtet,

eine Änderung der Regelung zum Umfüllen, Umpacken und Umkennzeichnen von Medikamenten durch die Apotheke sowie ein Training für Ethikkommissionen.

Im Gegensatz dazu plädierten einige nationale Behörden und Ministerien – unter anderem aus Deutschland – gegen eine Änderung der Richtlinie. Sie votierten stattdessen für graduelle Verbesserungen der Richtlinie durch die Änderung der zugehörigen Guidance-Dokumente. Demgegenüber scheinen die Vertreter der EMEA und der Europäischen Kommission sich der Argumentation der Interessensvertreter anzuschließen und ebenfalls Änderungsbedarf in einzelnen Punkten der Richtlinie zu sehen. So stellte eine Vertreterin der Europäischen Kommission in ihrer Zusammenfassung des Workshops in Aussicht, dass die Kommission neben der Möglichkeit, kurzfristige Änderungen über Anpassungen der Guidance-Dokumente zu erreichen, auch den Änderungsbedarf im Hinblick auf die Richtlinie selbst prüfen werde. Und auch die Möglichkeit einer Umwandlung der Richtlinie in eine Verordnung soll geprüft werden, um die Harmonisierung im Bereich klinischer Studien innerhalb Europas weiter voranzutreiben. Ein Abschluss der Diskussionen zum Entwurf der auch im Rahmen des Workshops angespro-

chenen „Guidance on specific modalities for non-commercial trials“ ist derzeit nicht absehbar, womit auch eine Definition für nicht-kommerzielle Studien in weitere Ferne gerückt ist.

In wie weit die EU-Kommission und die EMEA sich gegenüber den nationalen Ministerien und Behörden im Rahmen dieses Prozesses werden durchsetzen können, bleibt abzuwarten. Es wird in den nächsten Monaten sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten sein, um die für notwendig erachteten Änderungen zu erreichen. Hierbei sollte deutlich gemacht werden, dass von akademischer Seite keine zwei Standards gefordert werden, sondern lediglich eine Befreiung von unnötigen Regelungen unter Anerkennung der durch die Einführung der Richtlinie erfolgten Qualitätsverbesserung.

Weitere Informationen:

Insa Bruns

KKS-Netzwerk

Tel. 0221-478 870 94

E-Mail: insa.bruns@uk-koeln.de

www.kks-netzwerk.de

Neues aus der Industrie

Pegfilgrastim bei älteren NHL-Patienten unter (R)-CHOP-14

In diesem Jahr berichteten zwei deutsche Gruppen über die erfolgreiche Anwendung von Pegfilgrastim im Rahmen der Immunchemotherapie mit Rituximab (R)-CHOP-14. In ihrer Vollpublikation beschrieben Mey et al. (Support Care Cancer 2007;15:877) die Pharmakokinetik von 6 mg Pegfilgrastim 24 h (Tag 2) nach R-CHOP. Die Plasmaspiegel von Pegfilgrastim blieben während der Neutropenie auf klinisch wirksamem Niveau. Febrile Neutropenie (ANC < 1x10⁹/µl und Fieber > 38,2 °C) trat nur bei zwei der zehn untersuchten Patienten auf. Nahezu neunzig Prozent (87,5%) der Zyklen konnten wie geplant durchgeführt werden. Die Fallzahl dieser Studie (10 Patienten) ist jedoch zu klein, um daraus statistisch valide Konklusionen zu erheben.

In einer randomisierten Phase-2-Studie der DSHNHL verglichen Hartmann et al. (DGHO 2007: Abstr. P496) die Gabe von 6 mg Pegfilgrastim an Tag 2 gegenüber Tag 4 im Rahmen von (R)-CHOP-14. Die Daten von 109 Patienten zeigten eine exzellente Durchführbarkeit

der dosisdichten Immunchemotherapie. Hinsichtlich klinischer Endpunkte wie Leukozytopenie oder Therapie-assoziiierter Todesfälle durch Infektionen war die Verabreichung von Pegfilgrastim an Tag 4 im Vergleich zu Tag 2 deutlich günstiger. Somit ist laut den Autoren der Studie die Gabe von Pegfilgrastim am Tag 4 nach R-CHOP zu bevorzugen.

Weitere Informationen:

AMGEN GmbH

Tel.: 089 – 149096-0

Internet: www.amgen.de

Erhaltungstherapie mit Rituximab

Bei der Rezidivtherapie des follikulären Lymphoms stehen das Erreichen einer Remission, die damit verbundene Krankheitsfreiheit des Patienten und sein Überleben im Vordergrund. Seit Juli 2006 ist der Antikörper Rituximab auch für die Erhaltungstherapie bei Patienten mit rezidivierendem oder therapierefraktärem follikulärem NHL zugelassen. Im Rahmen

einer Studie der EORTC wurden 465 Patienten randomisiert. Als Induktionstherapie erhielten sie entweder eine CHOP-Chemotherapie oder eine um den Antikörper Rituximab erweiterte CHOP-Chemotherapie. Die Kombination aus Antikörper und Chemotherapie erwies sich bezüglich der Ansprechraten und des progressionsfreien Überlebens als signifikant überlegen. Für diejenigen Patienten, die außerdem eine Rituximab-Erhaltungstherapie erhielten (alle drei Monate je eine Infusion über zwei Jahre), verlängerte sich das progressionsfreie Überleben im Mittel um 3 Jahre (51,6 Monate vs. 15 Monate; p<0,0001). Ebenso wurde das Gesamtüberleben der Patienten im Erhaltungstherapie-Arm signifikant verlängert (3-Jahres-Gesamtüberleben: 85% vs. 77%; p=0,011). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse darf über eine mögliche Chronifizierung einer potentiell tödlichen Erkrankung spekuliert werden.

Weitere Informationen:

Roche Pharma AG

Tel.: 07624 – 14-3715

Internet: www.roche.de

Patientenselbsthilfe

Die Plasmazytom/Multiples Myelom (pmm) Selbsthilfegruppe NRW e.V. stellt sich vor



Die Vorstandsmitglieder der pmm Selbsthilfegruppe NRW e.V.: Uli Wolter, Heinz Horstkotte, Angelika Horstkotte, Dr. Rolf Pelzing.

R. Pelzing. Das Plasmazytom oder Multiple Myelom ist eine derzeit noch unheilbare Krebserkrankung von Zellen des Immunsystems, den Plasmazellen. Pro Jahr erkranken in Deutschland etwa vier von 100.000 Einwohnern an einem Plasmazytom/Multiples Myelom. Die Erkrankung zählt zu den zwanzig häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. 1997 gründeten Jörg Brosig und Klaus Schlegel, die beide am Multiples Myelom erkrankt waren, die Plasmazytom/Multiples Myelom Selbsthilfegruppe Nordrhein-Westfalen e.V. Als die beiden Gründer und der Schatzmeister in den Jahren 2006 und 2007 kurz hintereinander an den Folgen ihrer Erkrankung starben, musste die Arbeit der Selbsthilfegruppe neu organisiert werden. Derzeit sind mehr als 250 ordentliche und über 600 assoziierte Mitglieder registriert, wobei die Mitgliederzahl stetig anwächst. Es gibt einen vierköpfigen Vorstand, der von sieben Beisitzern unterstützt wird. Die Vorstandsmitglieder und Beisitzer sind selbst Patienten in unterschiedlichen Erkrankungsstadien oder Lebenspartner von Patienten. Alle haben im Umgang mit der Erkrankung viele Erfahrungen gesammelt. Um diese Erfahrungen an Menschen mit gleichen Interessen, Sorgen und Problemen weitergeben zu können, bietet die pmm Selbsthilfegruppe NRW e.V. umfangreiche Beratung für Patienten und Angehörige an. Außerdem gibt es in der

Geschäftsstelle in Wuppertal-Dornap aktuelles Informationsmaterial, das regelmäßig an die Mitglieder und andere Interessierte verschickt wird. Zweimal im Jahr organisiert die pmm Selbsthilfegruppe NRW e.V. Patienten- und Angehörigen-Seminare mit spezialisierten Medizinern. Das 21. Patienten- und Angehörigenseminar findet am 26. April 2008 in Schwelm statt. Darüber hinaus organisieren die Gruppen zukünftig einen regelmäßigen Erfahrung- und Informationsaustausch unter Patienten und Angehörigen. Dabei soll die Kompetenz und Eigenverantwortung der Betroffenen gestärkt und bei Bedarf auch seelischer Beistand geleistet werden.

Die pmm Selbsthilfegruppe NRW e.V. steht im regelmäßigen Erfahrung- und Informationsaustausch mit anderen Gruppen, die sich um Myelompatienten kümmern. Insbesondere ist sie Mitglied der Deutschen Leukämie- und Lymphomhilfe (DLH), der Arbeitsgemeinschaft Plasmazytom/Multiples Myelom (APMM, ein Netzwerk deutschsprachiger Selbsthilfegruppen) und der European Myeloma Platform (EMP, eine europäische Dachgesellschaft von Myelom-Selbsthilfegruppen). Darüber hinaus ist sie in mehreren Zusammenschlüssen verschiedener Krebsorganisationen aktiv. Die Mitgliedschaft in der Selbsthilfegruppe ist kostenlos. Mitglied kann man werden durch telefonische Kontaktaufnahme mit der Geschäftsstelle oder über die Internetseite.

Weitere Informationen:

Plasmazytom/Multiples Myelom Selbsthilfegruppe NRW e.V.
Dornaper Str. 18
42327 Wuppertal
Tel. : 0 20 58 – 8 95 32 78
gs@plasmazytom.net
www.plasmazytom.net



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. Birgit Fath (BF) 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@uk-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.

Die Beiträge aus der Industrie sind Firmendarstellungen und stellen keine Therapieempfehlungen des KML dar.

Der Druck dieses Newsletters wird durch die freundliche Unterstützung dieser Firmen ermöglicht.

AMGEN

ribosepharm

Roche