

## Inhalt

### Kompetenznetz

Relaunched: <a href="http://www.lymphome.de">www.lymphome.de</a>	Seite 1
TP4: Referenzzentrum Münster	Seite 2
TP8: CHMG	Seite 2
Öffentlichkeitsarbeit: Studienspiel	Seite 3

### Niedergelassene Hämato-Onkologen

TP5: Studieneinschluss in der hämato-onkologischen Praxis	Seite 4
---	---------

### Studiengruppen

DSGL: Neue Studie zur Behandlung primärer Lymphome des Magens	Seite 5
Internationales Hodgkin-Symposium	Seite 6

### Patientenselbsthilfe

LebensWert e.V.: Hilfe zur seelischen Krankheitsbewältigung	Seite 6
Lymphoma Coalition	Seite 7

### Neues aus der Industrie

Seite 7

### Kongressbericht

DGHO: NLL-Studie	Seite 8
------------------	---------

### Termine

Seite 8

### Impressum

Seite 8

### Gefördert vom



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

Die neue Homepage des Kompetenznetzes



## Grußwort

### Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,



wir stellen Ihnen in dieser Ausgabe Ergebnisse aus verschiedenen Teilprojekten des Kompetenznetzes vor, die zeigen, dass wir in der Mitte der zweiten Förderphase bereits viel erreicht haben. Hierzu gehört auch unser neuer Internetauftritt, den wir im September unter [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de) freigeschaltet haben. Wir wünschen Ihnen gute Information – und freuen uns, wenn Sie uns Rückmeldung geben, damit wir für Sie besser werden können.

Aktuell treten wir in eine sensible Phase ein, da wir bis Februar den Antrag für die dritte Förderphase

an das BMBF stellen müssen, für die lediglich noch 20 Prozent der bisherigen Summe zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig entwickeln wir ein neues Finanzierungskonzept, damit die bisher geschaffenen Strukturen über 2004 hinaus bestehen können. Diesem Ziel müssen wir uns in den ersten Monaten des neuen Jahres besonders widmen.

Ich wünsche Ihnen, Ihren Kollegen und Ihren Familien ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest und verbleibe mit den besten Wünschen für das Neue Jahr

*Bild nicht vorhanden*

Ihr

Prof. Dr. Volker Diehl  
Sprecher des Kompetenznetzes

## Kompetenznetz

### Relaunched: [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de)

as. Für Patienten und Ärzte aktuelle und verlässliche wissenschaftliche Informationen über maligne Lymphome übersichtlich bereitstellen: Dieses Hauptanliegen hat den neuen Internetauftritt des Kompetenznetzes geprägt, der im September 2003 nach monatelanger zunächst konzeptioneller und dann technischer sowie redaktioneller Vorarbeit unter [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de) freigeschaltet worden ist.

Die Informationen für Ärzte und für Patienten, die vorher in voneinander getrennten Bereichen zu finden waren, sind auf Grund von Gesprächen mit Patientenselbsthilfe-Vertretern zusammengeführt worden. So beginnt die Darstellung der Entstehung, Diagnose und Behandlung maligner Lymphome in der Rubrik "Informationen zur Krankheit" zunächst laienverständlich. Je weiter die Texte fortschreiten, desto fachspezifischer werden sie. Dieses Konzept soll sicherstellen, dass Betroffene auf die gleichen Informationen zugreifen können wie ihre Ärzte.

Die Vorstellungen der Projekte und Aktivitäten des Kompetenznetzes sowie die Präsentationen der beteiligten Lymphom-Studiengruppen sind aktualisiert worden. Veranstaltungen rund um das Thema maligne Lymphome sind jetzt für alle Zielgruppen in der Rubrik "Termine" mit einem Klick zu erreichen. Speziell für Patienten sind in der Rubrik "Patientenselbsthilfe" häufige Fragen und Beratungsangebote für Lymphom-Patienten zusammengetragen worden.

Alle Lymphom-Selbsthilfegruppen haben hier auch die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit der Zentrale des Kompetenznetzes kostenfrei ihre Internetseiten einzustellen. Ärzte, die sich an den Studien im Rahmen des Kompetenznetzes beteiligen, können sich in der Rubrik "Studien & Studiengruppen" online registrieren lassen, um Zugang zu den Studienprotokollen der laufenden klinischen Studien und zum Archiv der Ethikvoten zu erhalten.

Neben den Mitarbeitern der Zentrale halten derzeit 14 externe Redakteure aus den Lymphom-Studiengruppen und aus den Teilprojekten des Netzes die Seiten auf dem neuesten Stand. Vorausgegangen ist im April 2003 in Leipzig eine intensive zweitägige Schulung aller Redakteure für das Content-Management-System Gauss, das die Bearbeitung der Seiten von jedem beliebigen Internetzugang aus ermöglicht.

Es ist geplant, in nächster Zeit für interessierte Gruppen im Kompetenznetz verstärkt eigene Bereiche einzurichten, um den Austausch von internen Informationen über das Internet zu ermöglichen. Weitere Services wie Online-Formulare, beispielsweise zur Bestellung von Informationsmaterial, sollen eingerichtet werden. Teile der Homepage sollen sukzessive ins Englische übersetzt werden, um den Zugriff auf die Informationen auch international zu ermöglichen.

### Weitere Informationen:

Dr. Christian Eder  
Tel.: 0221 - 478-7402  
E-Mail: [christian.eder@medizin.uni-koeln.de](mailto:christian.eder@medizin.uni-koeln.de)

## TP4: Strahlentherapie – Das Referenzzentrum Münster stellt sich vor

S. Müller/T. P. Nguyen/I. Barros. Die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie des Universitätsklinikums Münster (UKM) unter der Leitung von Professor Normann Willich ist eines von fünf „Gründerzentren“ des Teilprojektes 4 zur Qualitätssicherung in der Strahlentherapie (Leitung Prof. Rolf-Peter Müller, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie der Universität zu Köln). Die Klinik ist Mitglied der Deutschen Hodgkin Studiengruppe (DHSG) und der Deutschen Studiengruppe Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome (DSHNHL). Als strahlentherapeutisches Referenzzentrum der Deutschen Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome (DSGL) gehört sie zur Kerngruppe des Teilprojektes und ist mit den Kliniken für Strahlentherapie der Universitätskliniken Köln, Homburg/Saar,

rapeutische Referenzzentren eingerichtet, die die Aufgabe haben, die Qualität der durchzuführenden Radiotherapie durch Erstellung eines Bestrahlungsvorschlages und Prüfung der Bestrahlungsplanung sicherzustellen. Zu den Aufgaben des Referenzzentrums in Münster zählt beispielsweise auch die prospektive Erfassung der Strahlentherapie bei gastrointestinalen Lymphomen. Ziel ist es, Toxizitäten und spätere Rezidive im Zusammenhang mit der durchgeführten Radiotherapie anhand der dokumentierten Strahlentherapiedaten und der zugehörigen klinischen Befunde zu analysieren.

Seit den Anfängen im Jahr 2001 hat sich das Münsteraner telemedizinische Projekt unter anderem durch die enge Zusammenarbeit mit der Teilprojektleitung in Köln in technischer Hinsicht, aber auch bezüglich seiner Aufgaben ständig weiterentwickelt: Anfangs verfügte die Abteilung über einen Arbeitsplatz, der lediglich digitales Scanning und einfache Bildübertragung an die Teilprojektzentrale ermöglichte. Der Telekonferenzplatz diente zunächst nur der Bildbetrachtung von lokal impor-

den beteiligten Zentren möglich. Eine Entscheidungsfindung mit Ausschöpfung der Expertise mehrerer Institutionen kann auf diese Weise schnell, zuverlässig und ökonomisch stattfinden.

Unter dem Einfluss telemedizinischer Arbeitsweisen sind sowohl im Rahmen der Studienaufgaben als auch für die tägliche Patientenversorgung neue Möglichkeiten der regionalen und überregionalen Kooperation entstanden. Der digitale Befundungsplatz mit Telekonferenzmöglichkeit in der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie im UKM ist voll in die lokale IT-technische Infrastruktur des Klinikums integriert und kann jegliche im Klinikum digital vorhandene Bildgebung in standardisierter Form über das Hausnetz übernehmen. Die Digitalisierungsstation ist gut ausgelastet. Außerdem betreibt die Abteilung einen für interne und externe Zusender immer empfangsbereiten Bilddatenserver, der bei denkbaren technischen Ausfällen in der Projektzentrale Aufgaben für den Bilddatentransfer und für die Steuerung von Telekonferenzen übernehmen kann.

Durch telemedizinische Konferenzmöglichkeiten und elektronischen Bildtransfer soll die Kommunikation zwischen dem behandelnden Strahlentherapiezentrum vor Ort und dem Referenzzentrum beziehungsweise zwischen den Experten der verschiedenen Referenzzentren vereinfacht und beschleunigt werden. So können alle qualitätssichernden Maßnahmen und Entscheidungen, auch zu komplizierten Fällen, sehr direkt und schnell getroffen werden. Dieses im Kontext des Kompetenznetzes Maligne Lymphome in Münster gewachsene Projekt ist Schrittmacher für weitere mono- bzw. multizentrische Studien der Klinik auch bezüglich anderer Entitäten, bei denen eine prospektive detaillierte Dokumentation der Strahlentherapiemodalitäten angelegt wird.

### Weitere Informationen:

Inês Barros  
Referenzzentrum Münster  
Tel.: 0251 – 83 47 357  
E-Mail: [lymphome@uni-muenster.de](mailto:lymphome@uni-muenster.de)



Das Team für TP 4 in Münster:

(v.l.n.r.)  
I. Barros,  
Dr. K. Janke,  
Dr. S. Müller,  
Dr. P. Nguyen,  
Dr. P. Schüller und  
Prof. Dr. N. Willich

München-Großhadern, Berlin Charité Campus Mitte und Innsbruck vernetzt.

Die Strahlentherapie ist eine etablierte Behandlungsmodalität bei malignen Lymphomen. Ihre Planung und Durchführung erfordert allerdings einen hohen technischen Standard und große Erfahrung. Um die Qualität der Strahlentherapie bei Patienten mit malignen Lymphomen zu sichern, haben die deutschen Lymphom-Studiengruppen strahlenthe-

tierten oder vom Netzwerkpartner empfangenen Bildern mit der Möglichkeit, einen Arzt einzubeziehen. Inzwischen können mehrere Strahlentherapeuten gleichzeitig an der Telekonferenz teilnehmen. Eine „Online-Befundung“ mit Hilfe digitaler Ausrüstung bietet einige Vorteile: Die Netzwerkpartner können gleichzeitig sowohl diagnostische als auch strahlentherapeutische Aufnahmen ohne Qualitätsverlust betrachten und interpretieren. Damit sind nun auch Online-Konferenzen zwischen

wickelt und bedarf, auch wegen ihrer nicht unwesentlichen Rolle innerhalb deutscher und ausländischer Cochrane Entitäten, einer weiteren aktuellen Zwischenbilanz.

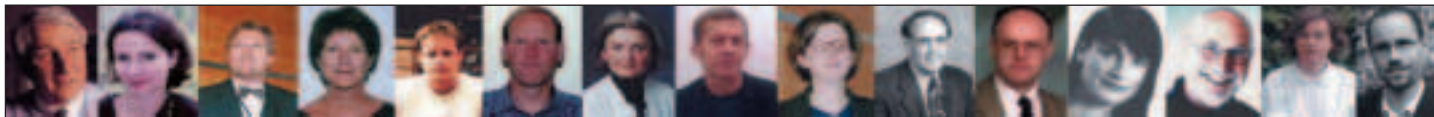
Die CHMG ist seit ihrem Exploratory Meeting im Februar 2000 ein international ausgerichtetes Projekt. Derzeit sind zirka 90 Mitarbeiter (Editoren, Reviewer, Patienten-/vertreter und andere) aus 13 Ländern direkt oder indirekt in die Aktivitäten der Gruppe eingebunden. Allein das Editoren-Team zählt sieben Experten aus Dänemark, Deutschland, England, Kanada und den USA. Allerdings ist der Anteil der Reviewer aus dem deutschsprachigen

Raum trotz intensiver Informationspolitik weiterhin recht gering.

Was aber macht die CHMG wirklich aus und wo sind letztlich messbare Erfolge zu erkennen? Gradmesser und Kern einer erfolgreichen Bilanz bisheriger Review-Tätigkeiten sind ohne Zweifel die Veröffentlichung von vier Cochrane Reviews und 13 Cochrane-Protokollen in der Cochrane Library sowie Publikationen in biomedizinischen und anderen Fachzeitschriften mit externem Begutachtungsverfahren. Exemplarisch sind folgende Arbeiten zu nennen:

## TP8: Cochrane Haematological Malignancies Group

T. Kober. Verglichen mit der Cochrane Collaboration (CC), die demnächst auf ihr elfjähriges Bestehen zurückblickt, ist die Cochrane Haematological Malignancies Group (CHMG) als eine ihrer Untergruppen noch sehr jung. Diese multidisziplinäre Arbeitsgruppe hat sich jedoch sehr positiv ent-



Das CHMG-Team

Bohlius et al. (2003) untersuchten die Frage, ob Granulopoese-stimulierende Faktoren (G-CSF und GM-CSF) das Tumoransprechen und die Überlebenszeit verbessern. In der Analyse von elf randomisierten Studien mit insgesamt 1.434 Patienten konnte gezeigt werden, dass die Gabe von G-CSF bei chemotherapeutisch behandelten Lymphompatienten zwar das Risiko einer Infektion verringert, jedoch nicht zu einer verbesserten Gesamt-Überlebenszeit führt.

Djulgovic et al. (2002) zeigen in einer Meta-Analyse zur Thematik Bisphosphonate in der Behandlung des Plasmozytoms, dass Chemotherapien zu keiner vollständigen Heilung führen, das Fortschreiten der Erkrankung jedoch verzögern können. Eine die Chemotherapie begleitende Behandlung mit Bisphosphonaten, insbesondere mit Clodronat und Pamidronat senkt überhöhte Kalziumwerte im Blut und vermindert signifikant Schmerzen und das Risiko für Knochenbrüche der Wirbelsäule.

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit von He et al. (2002) vergleicht die frühe Behandlung mit der später einsetzenden Behandlung bei Plasmozytom im Frühstadium. Die Analyse der klinischen Studien ergab, dass durch eine früh einsetzende Behandlung das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt wird. Da jedoch zu wenige Studien mit Plasmozytompatienten im frühen Stadium vorliegen, konnte nicht belegt werden, dass aus einer frühen Behandlung eine Verbesserung der Überlebenszeit resultiert.

Mit der Hochdosistherapie beim aggressiven Non-Hodgkin-Lymphom (NHL) befasst sich eine CHMG-Übersichtsarbeit, die kürzlich auf der gemeinsamen Jahrestagung der Schweizerischen, Deutschen und

Österreichischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie in Basel vorgestellt wurde. Anhand von 16 randomisierten Studien vergleichen Greb et al. (2003) die Hochdosistherapie (HDT) mit konventioneller Chemotherapie und zeigen anhand vorläufiger Daten, dass die Gesamtüberlebenszeit mit HDT nicht verbessert werden kann. Bezüglich des krankheitsfreien Überlebens besteht dagegen tendenziell eine Verbesserung.

Seit Januar 2003 hat die CHMG mit dem Aufbau eines für ihre Tätigkeit dringend benötigten *specialised trial register* zur Identifikation aller relevanten klinischen Studien im Bereich maligner hämatologischer Erkrankungen begonnen. Unter Anwendung gezielter und sensibler, computergestützter Suchstrategien in MEDLINE und im *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL) wurden bisher 2.000 Veröffentlichungen von abgeschlossenen und noch laufenden randomisierten Studien in dieser Datenbank dokumentiert. Die CHMG setzt sich weiterhin für die internationale Registrierung randomisierter Studien im Bereich der Hämatologie ein und kooperiert mit der *Current Controlled Trials' Advisory Group*, um in Zukunft auch die Erfassung deutscher klinischer Studien durch eine *International Standards Randomised Controlled Trial Number* (ISRCTN) sicherzustellen.

Seit September 2003 kooperiert die CHMG im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projektes mit der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZBMed). Ziel ist der Aufbau eines themenorientierten Informationsnetzes Hämatologie/Onkologie, welches über die Virtuelle Fachbibliothek Medizin (MedPilot) angeboten werden soll. Darin sollen die wichtigsten Daten und Informationsquellen des Fachgebietes

gesammelt, aufbereitet und Forschern, behandelnden Ärzten sowie Patienten und deren Angehörigen zur Verfügung gestellt werden.

Ein besonderes Anliegen der CHMG ist die Integration von Patienten in die wissenschaftliche Arbeit der Gruppe. Im Rahmen eines seit März 2003 von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekts wurde mit dem Aufbau eines Netzwerkes für Patienten(-vertreter) begonnen. Hier wird schwieriges Neuland betreten, das in dieser Form in Deutschland noch nicht umgesetzt wurde. Gründe hierfür sind insbesondere der mangelhafte Brückenschlag zwischen Forschung und Patienteneinbindung sowie Barrieren aufgrund der englischen und der medizinisch-wissenschaftlichen Sprache. Im Rahmen dieser Initiative werden die strukturellen und finanziellen Voraussetzungen für eine Beteiligung von Patienten an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen realisiert. Dies wird sich mittelfristig auf die Priorisierung und die Qualität von CHMG-Reviews auswirken. Die „Übersetzung“ wissenschaftlicher Texte in laienverständliche Synopsen, die ein deklariertes und wichtiger Bestandteil der Cochrane Library sind, wird durch die Beteiligung deutscher Patienten entscheidend unterstützt.

**Weitere Informationen:**

Prof. Dr. Andreas Engert (Projektleiter)  
 Thilo Kober (Projektkoordinator)  
 Tel.: 0221 – 710 770 19  
 E-Mail: [thilo.kober@medizin.uni-koeln.de](mailto:thilo.kober@medizin.uni-koeln.de)



## Öffentlichkeitsarbeit: Studienspiel

Anlässlich der „Langen Nacht der Wissenschaften“ in Berlin am 14. Juni 2003 hat die Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit der Kompetenznetze in der Medizin ein Spiel entwickelt, bei dem Besucher (Patienten, breite Öffentlichkeit) sich spielerisch über den wissenschaftlichen Hintergrund klinischer Studien informieren können. Als lebensgroße Spielfiguren durchlaufen sie die einzelnen Phasen einer Studie und erleben, welche Schritte die Sicherheit des Patienten und die Zuverlässigkeit des Ergebnisses gewährleisten. Ziel ist es, das Wissen über klinische Studien und damit ihre Akzeptanz in der Bevölkerung zu erhöhen. Das Spiel soll bei Veranstaltungen für die breite Öffentlichkeit, aber auch bei Patiententagen und ähnlichen Veranstaltungen eingesetzt werden. Es kann auch an Selbsthilfereverbände oder an die Koordinierungszentren für klinische Studien ausgeliehen werden. Kompetente Moderation muss allerdings sichergestellt sein.



Weitere Informationen: Antje Schütt, Tel.: 0221 – 478-7405, E-Mail: [antje.schuett@medizin.uni-koeln.de](mailto:antje.schuett@medizin.uni-koeln.de)

# Niedergelassene Hämato-Onkologen

## TP 5: Hämato-onkologische Schwerpunktpraxen

### Einschluss von Studienpatienten in der hämato-onkologischen Praxis

F. Aly. Ziel eines jeden gewissenhaft arbeitenden Arztes ist die Behandlung von Patienten nach anerkannten wissenschaftlich gesicherten und aktuellen Standards. In der Hämato-Onkologie existieren nur sehr wenig Leitlinien, deshalb ist hier die Behandlung in Studien ein wichtiges Instrument, das eine Therapie auf dem aktuellen Stand der Forschung gewährleistet. Behandlung in Studien kann daher als Instrument der Qualitätssicherung in der Regelversorgung von onkologischen Patienten angesehen werden. Der zentrale Erfolgsfaktor für den Einschluss von Patienten in Studien ist eine auf Studien ausgerichtete spezielle Infrastruktur in der Praxis. Daher wurde im Praxenprojekt des Kompetenznetzes in vier hämato-onkologischen Schwerpunktpraxen ein gemeinsames Workflow-Modell für den Einschluss von Patienten in Studien erarbeitet. Die Ergebnisse sind in der Zeitschrift Onkologie veröffentlicht worden (Aly et al., Onkologie 2003;26:494-498). Sie gelten nicht nur für Praxen, sondern sind auch auf Kliniken und Ambulanzen übertragbar.

Betreuung von Patienten in Studien bedeutet immer auch einen höheren Aufwand für die Praxis bei der Führung der Patienten. Ob in Praxis oder Klinik, es müssen Mindestressourcen an Personal, Raum und Arbeitszeit für ein Studienmanagement eingeplant werden. Wichtige Voraussetzungen für einen reibungslosen und ressourcenschonenden Studieneinschluss innerhalb des Alltagsbetriebes sind neben der Wachsamkeit des behandelnden Arztes gegenüber aktuellen Studien organisatorische Maßnahmen wie beispielsweise das Vorliegen von Aufklärungs- und Einverständniskarten in der Praxis. Bevor eine Praxis einen Patienten in eine Studie einschließen kann, sollten routinemäßig die Punkte Studienauswahl, Screening geeigneter Patienten und Arbeitsablauf (Workflow) beim Studieneinschluss geklärt sein.

### Studienauswahl

Die derzeitige Studienlandschaft ist sehr vielfältig. Oft besteht die Möglichkeit, Patienten mit gleicher Krankheitsentität in unterschiedlichen Studien zu behandeln. Hier bemühen sich die Kompetenznetze „Maligne Lymphome“ und „Leukämien“ seit 1999, im Bereich der Onkologie die Studienlandschaft zu vereinheitlichen oder diese zumindest übersichtlicher zu gestalten. Aufgrund des unterschiedlichen Studienangebots und der begrenzten Kapazitäten ist es immer notwendig, eine Auswahl an Studien zu treffen, die von der Praxis unterstützt werden können. Studien, an denen sich die Einrichtung beteiligen will, sollten nach einem vorher festgelegten Verfahren ausgewählt werden. Die Entscheidung hierüber kann nur aus internen Überlegungen gefällt werden. Hierzu muss sowohl die Qualität der Studie als auch die erwartete Patientenzahl abgeschätzt werden. Die wichtigsten Kriterien für diese Entscheidung sind:

- Fragestellung der Studie
- Art der Studie (Therapieoptimierungsprotokoll, Anwendungsbeobachtung, Zulassungsstudie)
- Studienleiter
- Ein- und Ausschlusskriterien
- Zu erwartende Patientenzahl
- Dokumentationsaufwand
- Ethikvotum vorhanden
- Überschneidung mit anderen Studien

Die Abschätzung der Zahl der möglichen Studienpatienten sollte auf einer retrospektiven Erhebung aller neuen Patienten der Praxis über mindestens sechs Monate basieren. Um zu einer realistischen Schätzung zu kommen, sollte die so gewonnene Zahl der in diesem Zeitraum für die Studie geeigneten Patienten noch einmal vermindert werden. Hierzu gibt es unterschiedliche Erfahrungswerte, die von einem Fünftel bis zur Hälfte dieser Zahl dif-

ferieren. Die Ursachen dafür, dass Patienten nicht in Studien eingeschlossen werden, sind unterschiedlich und werden zurzeit im Praxenprojekt des Kompetenznetzes untersucht.

### Screening geeigneter Patienten

Die organisatorischen Strukturen von hämato-onkologischen Schwerpunktpraxen, Kliniken und Ambulanzen sind komplex. Sollen Patienten in eine Studie eingeschlossen werden, kann dies nur innerhalb eines sehr begrenzten Zeitabschnittes zwischen Diagnosestellung und Beginn der Therapie geschehen. Dieser Zeitpunkt kann für einen Vorschlag an den Patienten zur Studienteilnahme ungünstig sein: Nach der Diagnosestellung steht zunächst die Mitteilung der Diagnose an den Patienten im Vordergrund. Der Hinweis auf eine Studie erfordert vom Arzt ein bestimmtes Maß an Feingefühl, da in der Bevölkerung oft das Engagement an Studien mehr dem wissenschaftlichen Interesse des Arztes als der Sicherung von Behandlungsqualität zugerechnet wird. Der Patient muss in der Regel die für ihn bedrohliche Diagnose erst verarbeiten und ist für Vorschläge des Arztes zur Studienteilnahme zu diesem Zeitpunkt nicht offen. Daher kommt in einigen Fällen erst der zweite Kontakt nach Diagnosestellung für das endgültige Aufklärungsgespräch über eine Studie in Frage. Hat die Therapie bereits begonnen, ist die Option für den Einschluss des Patienten in eine Studie nicht mehr vorhanden. Das Zeitfenster für einen Studieneinschluss umfasst in den meisten Fällen nicht mehr als eine Woche. Innerhalb dieses recht kurzen Zeitabschnittes müssen aber die wichtigsten Voraussetzungen für einen Studieneinschluss geschaffen worden sein.

**Workflow beim Einschluss von Patienten in Studien**  
Generell kann der Arbeitsablauf unterteilt werden in Maßnahmen vor dem Einschluss in die Studie und notwendige Arbeitsschritte nach Einschluss. Die in Abbildung 1 und 2 vorgestellten Workflow-Modelle wurden aus den Vorgehensweisen und Erfahrungen aus vier hämato-onkologischen Schwerpunktpraxen erarbeitet und können als eine generische Empfehlung für die Arbeit in Schwerpunktpraxen gesehen werden.

### Arbeitsablauf vor Studieneinschluss

Das Workflow-Modell (Abb.1) stellt eine mögliche Vorgehensweise zum Einschluss von Studienpatienten in hämato-onkologischen Schwerpunktpraxen dar. Im vorgeschlagenen Modell wird bei allen neuen Patienten eine Karte in der Patientenakte hinterlegt. Ist der Patient geeignet für eine Studie, verbleibt die Karte in der Akte, ist der Patient nicht studiene geeignet, wird sie entfernt und der Grund für den Nichteinschluss wird dokumentiert. Die auf der abgelegten Karte enthaltene Information kann der Praxis Hinweise geben, welche

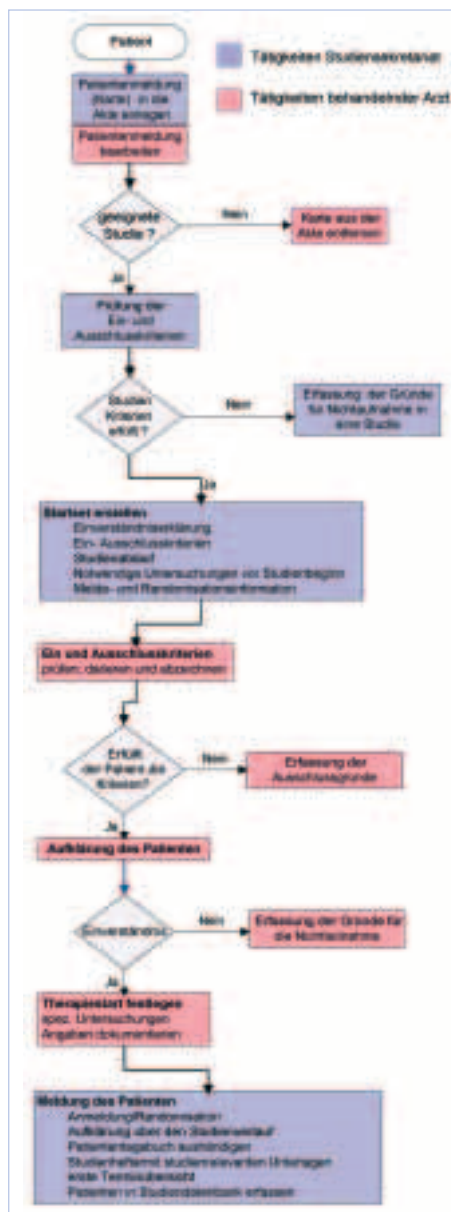
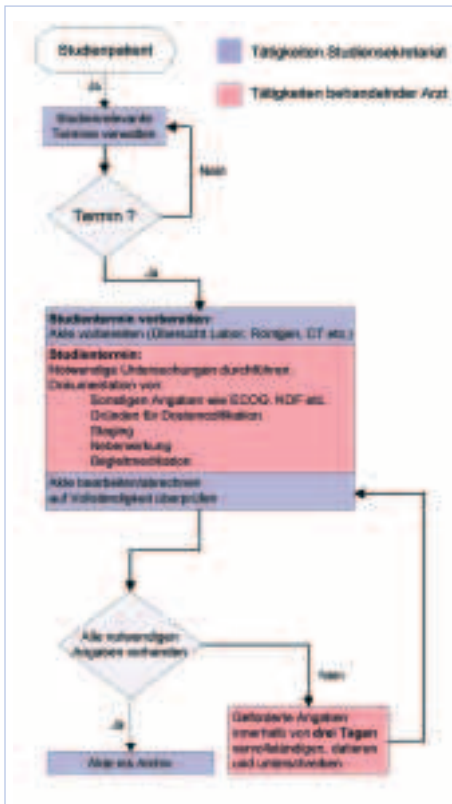


Abb. 1: Workflow zum Einschluss von Patienten in eine Studie. Aus: Onkologie 2003;26:494-498.



Krankheitsentitäten nicht gut durch Studien abgedeckt sind oder ob es andere den Studieneinschluss behindernde Probleme gibt. Für die Studiengruppen im Kompetenznetz können sich hierdurch wichtige Hinweise ergeben. Wenn ein Patient für eine Studie geeignet erscheint, greift der Arzt zum vorbereiteten Start-Set und kann die wichtigsten Unterlagen und Informationen zur Studie schnell abrufen. Nach nochmaliger Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien durch den behandelnden Arzt, nach Aufklärung des Patienten und Festlegung des Zeitpunktes für den Therapiestart kann der Patient an die Studienzentrale gemeldet werden, die den Patienten entsprechend dem Studiendesign randomisiert. Die weiteren organisatorischen Punkte kann das nicht-ärztliche Personal mit dem Patienten besprechen. Bei weitergehenden Fragen sollte ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt aber immer möglich sein.

**Workflow innerhalb der Studie**  
Der Arbeitsablauf innerhalb der Studien (Abb.2) ist je nach Studie sehr unterschiedlich, es gibt jedoch Gemeinsamkeiten. Die eigentliche Studiendokumentation, die oft als Hauptarbeit angesehen wird, beginnt ab dem Zeitpunkt des Studieneinschlusses. Betreuung von Patienten innerhalb von Studien

bedeutet kontinuierliche, administrative Tätigkeiten. Meist sind die Dokumentationstätigkeiten delegierbar. Der Patient muss zu festgelegten Untersuchungsterminen und Therapieterminen einbestellt werden. Auch hier ist es sehr hilfreich, wenn eine Art Studiensekretariat die Akte für den Studientermin vorbereitet.

**Ausblick**  
Voraussetzung für einen erfolgreichen Einschluss von Patienten in Studien ist vor allem der Aufbau einer auf Studien ausgerichteten Infrastruktur innerhalb der Einrichtung. Erfolgreiche Studienteilnahme fängt nicht erst mit der Dokumentation innerhalb der Studie an, und ein erfolgreiches Studienmanagement lässt sich nicht nebenher erledigen. Nach der Etablierung der notwendigen Routinen lässt sich das Studienmanagement sinnvoll in den Praxisalltag integrieren, und die Zahl der in Studien behandelten Patienten kann gesteigert werden.

**Weitere Informationen:**  
Dr. Farid Aly  
Geschäftsstelle Praxenprojekt  
Tel.: 0221 – 379-8580  
E-Mail: farid.alys@uni-koeln.de

Abb. 2: Workflow während der Studie. Aus: Onkologie 2003;26:494-498.

## Studiengruppen

### Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome

#### Neue Studie in Kürze

P. Koch. Die Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome (DSGL) ist ein Zusammenschluss aller großen Gruppen, die sich in den letzten Jahren in Deutschland mit der Behandlung primärer Lymphome des Magens und Darms wissenschaftlich befasst haben. Erstes Ergebnis dieser Zusammenarbeit ist das Protokoll DSGL 01/2003 „Behandlung primärer Lymphome des Magens – Therapieoptimierung in den Stadien I und II bei indolenten und aggressiven Lymphomen“. In diesem Protokoll, das in Kürze aktiviert wird, werden verschiedene Therapiestrategien geprüft:

1. Bei Helicobacter pylori-positiven Marginalzonenzell-Lymphomen (MZZL) im Stadium I gilt die primäre Keimeradikation mit dem Ziel, das Lymphom in eine Remission zu überführen, als Standardtherapie. Prognostische Faktoren wie die Translokation t(11;18) oder die Eindringtiefe des Lymphoms (Stadium I<sub>1</sub> vs. I<sub>2</sub>) als mögliche Prädiktoren eines Nicht-Ansprechens wurden bisher an einem größeren Patientenkollektiv nicht prospektiv untersucht. Auch die prognostische Bedeutung perigastrischer Lymphknoten (Stadium II<sub>1</sub>) bedarf der Überprüfung. (Abb. 1)

2. Bei indolenten Lymphomen in den Stadien I und II konnte in den Münsteraner Studien GIT NHL 01/92 und 02/96 das hohe kurative Potential einer Bestrahlung belegt werden. Die zweite Studie zeigt, dass die Prognose durch eine Verminderung des

Strahlenvolumens nicht beeinträchtigt, die Toxizität der Behandlung jedoch deutlich reduziert wird. Die DSGL prüft in ihrem Protokoll eine weitere stadienadaptierte Volumenreduktion (Stadien I < II<sub>1</sub> < II<sub>2</sub>) im Sinne einer Toxizitätsminderung. Zur Qualitätssicherung erfolgt eine prätherapeutische Überprüfung der Bestrahlungsplanung durch die Referenzstrahlentherapie. (Abb.1)

3. Die Behandlung der aggressiven Lymphome erfolgt ebenfalls auf der Grundlage der bisherigen Daten der Münsteraner Studien, in denen die The-

rapie aus sechs Zyklen CHOP-14 gefolgt von einer involved field-Bestrahlung (IF Rx) bestand. Diese Radiotherapie (Rx) sieht die DSGL als obligate Komponente der Behandlung, da zumindest ein Drittel der aggressiven Lymphome kleinzellige, klinisch indolente Anteile aufweist.

Da die Rx obligat ist, werden in dem aktuellen Protokoll lediglich vier Zyklen CHOP-14 in Verbindung mit dem gegen CD20 gerichteten therapeutischen Antikörper Rituximab gegeben. Ziel ist ebenfalls eine Verminderung der Toxizität der Behandlung bei gleichbleibenden Therapieergebnissen. Zusätzlich

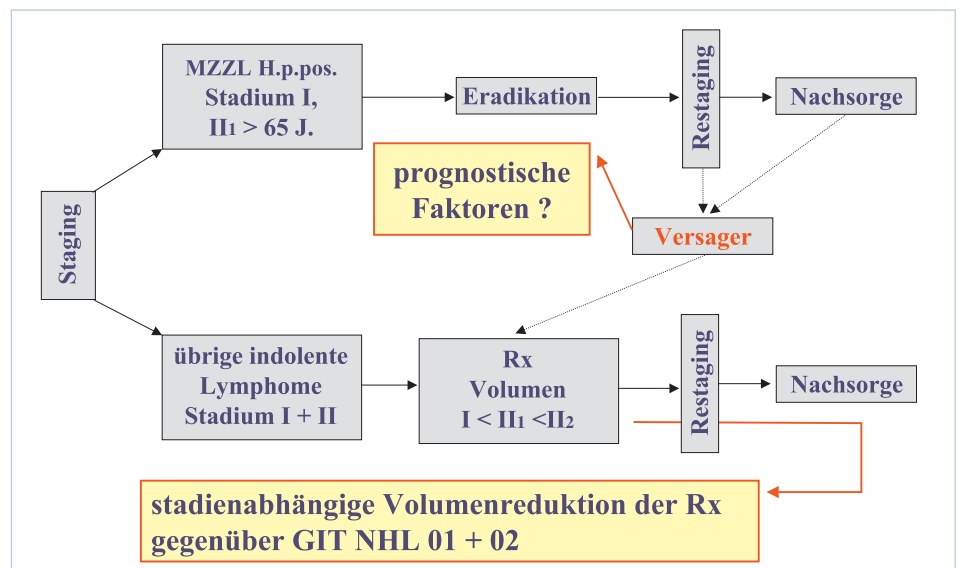


Abb. 1: DSGL 01/2003 – Indolente Lymphome des Magens, Stadium I + II

wird in einer randomisierten Phase-II-Fragestellung die Zahl der Antikörperinfusionen (4 vs. 8 in zweiwöchentlichem Abstand) geprüft. (Abb. 2)

4. Eine Indikation zu einer primären operativen Behandlung besteht nur noch bei Notfällen wie Perforation oder konservativ nicht beherrschbarer Hb-wirksamer Blutung.

Das Münsteraner Protokoll GIT NHL 02/96 rekrutiert bis zur Aktivierung der neuen Studie weiter. Mit dem Votum der Ethikkommission für die Studie DSGL 01/2003 ist im Dezember 2003 zu rechnen. In Vorbereitung sind weitere Protokolle der DSGL unter anderem für fortgeschrittene Magenlymphome (Stadien III und IV) und primäre Darmlymphome (insbesondere des Enteropathie-assoziierten T-Zell-Lymphoms).

**Weitere Informationen:**

Dr. Peter Koch  
Studienzentrale der DSGL  
Tel.: 0251 – 83 49526  
E-Mail: Lymphome-Muenster@ukmuenster.de

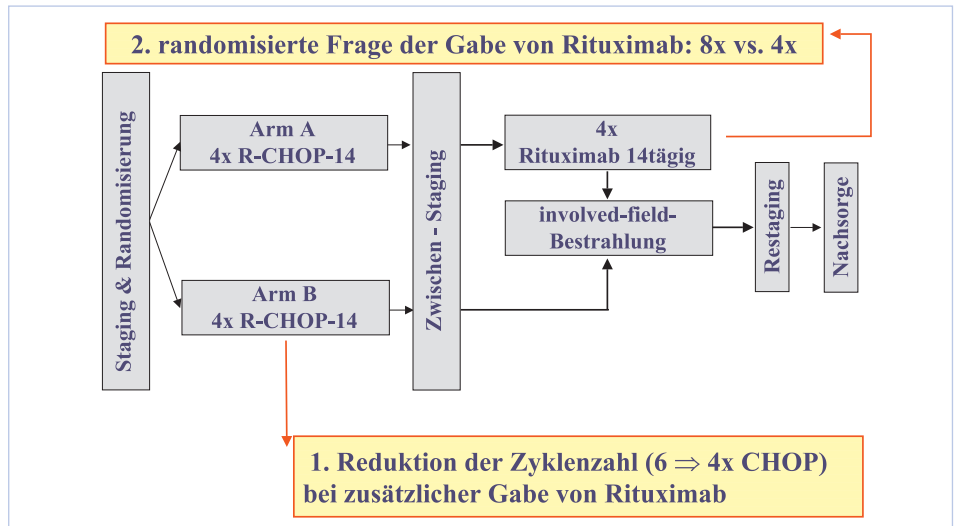


Abb. 2: DSGL 01/2003 – Aggressive B-Zell-NHL des Magens, Stadium I + II

## Patientenselbsthilfe

### Internationales Hodgkin-Symposium 2004 in Köln

Bild nicht vorhanden

Die Deutsche Hodgkin Lymphom Studien-gruppe (DHSG) richtet vom 18. bis zum 21. September 2004 in Köln zum sechsten Mal seit 1987 den internationalen Hodgkin-Kongress aus, zu dem 800 bis 1.000 internationale Wissenschaftler und Kliniker erwartet werden. Das Programm

umfasst Aspekte der Erforschung und Behandlung des Hodgkin-Lymphoms wie Biologie, Pathologie, Immunologie, Chemotherapie, Radiotherapie, Spätfolgen und Diagnostik. Zusätzlich werden die Ergebnisse der verschiedenen internationalen Studien erläutert. Abstracts können bis zum 31. März 2004 eingereicht werden. Am 18. September 2004 findet im Rahmen des Kongresses ein Patientensymposium zu Hodgkin-Lymphomen statt. Im Internet sind Informationen zum Kongress unter [www.hodgkin2004.de](http://www.hodgkin2004.de) zu finden.

**Weitere Informationen:**

Cordula Heidecke  
(Kongresssekretariat)  
Tel.: 0221 – 478-86148  
E-Mail: [hodgkin2004@medizin.uni-koeln.de](mailto:hodgkin2004@medizin.uni-koeln.de)/  
[Hodgkin2004@gmx.net](mailto:Hodgkin2004@gmx.net)

### Hilfe zur seelischen Krankheitsbewältigung

J. Stier. Die medizinische Diagnostik und Therapie von Krebspatienten steht auf einem sehr hohen Niveau – die Patienten sind gut versorgt. Wie steht es aber um die Psyche von Patienten? Wie groß sind die Belastungen für die Angehörigen? Mit ihren Gefühlen sowie mit sozialen Konsequenzen ihrer Erkrankung in Familie und Beruf sind Krebspatienten weitgehend alleingelassen. Die meisten Ärzte kennen den Mangel, sind selbst mit diesem Teil der Betreuungssituation unzufrieden. Doch es fehlt ihnen und dem Pflegepersonal für intensivere Betreuung meist die Zeit. Außerdem haben Ärzte im Studium nicht gelernt, wie sie Krebspatienten außerhalb der medizinischen Versorgung unterstützen können. Dass dieses Thema – die Psychoonkologie – nicht zu den Inhalten des Medizinstudiums zählt, wurde von Studenten und Ärzten kürzlich im Rahmen eines von LebensWert e.V. an der Kölner Universitätsklinik veranstalteten Ärzteseminars „Psychoonkologie“ bemängelt.

Um die Lücke zwischen der reinen medizinischen Versorgung und dem Bedarf an psychologischer Unterstützung zu schließen, sind an verschiedenen Kliniken in Deutschland mittlerweile Initiativen zur psychoonkologischen Betreuung entstanden. Eine davon ist LebensWert e.V. in Köln. „LebensWert versteht sich als Scharnier zwischen den Patienten auf der einen und den Ärzten und dem Pflegepersonal auf der anderen Seite. Dies gilt für das Klinikum der Universität ebenso wie für Praxen und Krankenhäuser der Kölner Region“, erläutert Professor Volker Diehl, der Vorsitzende des Vereins.

LebensWert richtet den Blick vor allem darauf, wie sich die Krebserkrankung auf die Seele der Betroffenen auswirkt. „Wir beschäftigen uns mit den psychosozialen Folgen, die Krebs hervorruft und die

wiederum möglicherweise den Krankheitsverlauf beeinflussen können“, erklärt Uwe Schwarzkamp, der Geschäftsführer von LebensWert e.V. Mit einem umfassenden Programm aus Bewegungs-, Kunst-, Musik- und Psychotherapie bietet der Verein Hilfe zur Krankheitsbewältigung an. Eine Schreibwerkstatt, Qi Gong-Kurse oder Sozialberatung (Krankenkassen und Sozialämter) runden das Angebot ab.

Das Wissen ‚Ich habe Krebs‘ belastet die Psyche der Betroffenen. Aber auch die Therapie an sich kann solche Belastungen verstärken oder hervorrufen. Patienten müssen Ängste bewältigen und mit den unterschiedlichsten Herausforderungen im Alltag oft neu umzugehen lernen. Dazu zählt der Umgang mit körperlichen Veränderungen wie eine Brustentfernung, ein künstlicher Darmausgang oder die Folgen einer Chemotherapie, aber auch die mit einem Mal infrage stehende soziale Sicherheit, etwa wenn der Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann. LebensWert bietet hierzu ein Bündel von Hilfen der Angst- und Stressbewältigung (Coping) und sozialer Beratung an.

Eine psychosoziale Betreuung kann auf den Krankheitsverlauf von Krebspatienten einen günstigen Einfluss haben, wenn Erkrankte durch professionelle Therapeuten, das soziale Umfeld oder Selbsthilfegruppen Unterstützung finden. Professor Volker Tschuschke, Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik Köln, fasst dies im Leitlinienprogramm für psychosoziales Disease-Management bei Brustkrebs so zusammen: „Psychosoziale (psychologische und psychotherapeutische) Interventionen bei Krebserkrankten führen sowohl zu emotionaler Anpassung und sozialer Funktionalität, wie sie auch den Abbau behandlungs- und krankheitsbezogenen Disstresses bei den Patienten bewirken. Neuere Metaanalysen demonstrieren die günstigen Wirkungen psychoedukativer oder psychosozialer Interventionsmaßnahmen auf die Reduzierung von Angst, Depression, Verzweiflung, Übelkeit, Erbrechen und

Schmerzen sowie auf ein besseres Wissen bezüglich der Erkrankung und Behandlung und einer verbesserten Lebensqualität im Vergleich zu unbehandelten Kontrollen“.

Es ist hilfreich, die Krebspatienten aus ihrer Vereinzelung herauszulösen – eine Problematik, die Männer eher betrifft als Frauen. Mittel der Wahl sind psychotherapeutische Angebote für den Einzelnen oder in einer Gruppe. In einer professionell geleiteten Gruppentherapie wird das Krankheitserleben von Krebspatienten „mittelbar“: Betroffene erzählen anderen Betroffenen und teilen so ihr Schicksal mit ihnen. Auch die Angehörigen können einbezogen werden. Auf diesem Weg lässt sich der Familienzusammenhalt stabilisieren, und Konflikte lassen sich besser bewältigen. Verstärkt wird dies durch unterstützende Bewegungs-, Kunst- oder Musiktherapie. Hier findet sich der Patient nicht in direkter Konfrontation mit seiner Krankheit, sondern kann über eine kreative Betätigung einen anderen Zugang zu seiner emotionalen Welt bekommen.

Ganz besonderen Wert legt das Team von LebensWert darauf, Ärzte und Pflegepersonal in seine Arbeit einzubeziehen: „Wir entlasten die Stationen, indem wir das Personal bei der seelisch-emotionalen Betreuung der Patienten unterstützen und mit professioneller Therapie die Hilfe anbieten, welche die Schwestern, Pfleger und Ärzte zeitlich zwar nicht leisten können, von der sie aber wissen, wie notwendig sie ist. Es findet eine ständige Rückkopplung zwischen uns und den Stationen statt“, schildert Schwarzkamp.

#### Weitere Informationen:

LebensWert e.V.

Uwe Schwarzkamp

(Geschäftsführer)

Tel.: 0221 – 478-6478

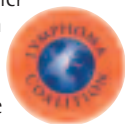
E-Mail: [uwe.schwarzkamp@medizin.uni-koeln.de](mailto:uwe.schwarzkamp@medizin.uni-koeln.de)

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



## Lymphoma Coalition

as. Lymphom-Selbsthilfverbände haben sich im September 2003 auf internationaler Ebene in der Lymphoma Coalition zusammengeschlossen. Gemeinsames Ziel ist es, Lymphome weltweit stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken und Partnerschaften aufzubauen, um den Austausch von Erfahrungen und Fachwissen über Lymphome zu fördern. Außerdem soll weltweit und insbesondere in den Ländern, in denen noch keine Gruppen existieren, die Gründung neuer Lymphompatientengruppen angeregt werden. Die Lymphoma Coalition ist im Internet unter [www.lymphomacoalition.org](http://www.lymphomacoalition.org) präsent.



#### Weitere Informationen:

Dr. Ulrike Holtkamp

Deutsche Leukämie- und Lymphom-Hilfe

Tel.: 0228 – 39044-0

E-Mail: [info@leukaemie-hilfe.de](mailto:info@leukaemie-hilfe.de)

## Neues aus der Industrie

### Chemotherapie-induzierte Neutropenien – Wissenschaftler und Ärzte gründen Arbeitsgruppe

Neutropenien sind nach wie vor eine häufige Begleiterscheinung von Chemotherapien. Laut einer Reihe von Studien treten bei 25 bis 40 Prozent aller Patienten, die sich zum ersten Mal einer Chemotherapie unterziehen, Neutropenien auf (Ozer et al., *J Clin Oncol.* 2000; 18:3558-85). Andere beziffern den Anteil sogar auf 57 Prozent (ESMO, *Ann Oncol.* 2001; 12: 1219-20). Jedes Jahr versterben 10 Prozent der Krebspatienten, die eine Neutropenie entwickeln, an den Folgen einer Infektion (Klastersky J et al., *Curr Opin Oncol.* 1998; 10: 284-90). Zudem hat die Entwicklung einer Neutropenie auf den Verlauf der Chemotherapie vielfältige negative Auswirkungen. Oftmals muss die Zytostatikadosis reduziert oder ein Zyklus verschoben werden. Beides kann den Erfolg der Therapie entscheidend beeinträchtigen (Kwak et al., *J Clin Oncol.* 1990; 8: 963-77). Von den geschätzten 15 Millionen Krebs-Neuerkrankungen bis 2020 weltweit werden viele Patienten eine Chemotherapie erhalten.

Um die Situation derzeitiger und zukünftiger Krebspatienten hinsichtlich des Neutropenie-Risikos zu verbessern, hat sich im Juli 2002 die „Impact of Neutropenia in Chemotherapy (INC-EU) Study Group“ gegründet. Sie besteht aus sieben europäischen Ärzten und Wissenschaftlern. Die Gruppe möchte zum einen das Bewusstsein von Ärzten und Patienten für Chemotherapie-induzierte Neutropenien erhöhen, zum anderen will sie die Parameter für einen wirtschaftlichen Einsatz des Kolonie-stimulierenden Wachstumsfaktors G-CSF ermitteln. G-CSF ist ein körpereigenes Protein, das die Produktion der neutrophilen Granulozyten stimuliert und somit zur Überwindung eines Mangels beiträgt. In ihren Richtlinien empfiehlt die ESMO den prophylaktischen Einsatz von G-CSF, wenn das Risiko einer Neutropenie  $\geq$  40 Prozent beträgt (ESMO, *Ann Oncol.* 2001; 12: 1219-20). Seit 2003 gibt es in Europa zudem ein verändertes G-CSF (Pegfilgrastim), das durch seine verlängerte Halbwertszeit eine seltenere und somit für den Patienten angenehmere Applikation erlaubt. Der Einsatz des Wachstumsfaktors zum Schutz gegen schwere Neutropenien kann also dazu beitragen, die Lebensqualität der Patienten zu bewahren und die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken.

#### Weitere Informationen:

AMGEN GmbH

Tel.: 089 – 149096-1601

E-Mail: [info@amgen.de](mailto:info@amgen.de)

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

### Zevalin® – die erste Radioimmuntherapie für Non-Hodgkin-Lymphome steht kurz vor Zulassung

Das wissenschaftliche Komitee der Europäischen Arzneimittelbehörde (CPMP) hat am 25. September 2003 eine positive Empfehlung für die Zulassung von Ibritumomab-Tiuxetan (Zevalin®) ausgesprochen. Es handelt sich hierbei um einen Anti-CD20-Antikörper, der nach Markierung mit  $^{90}\text{Yttrium}$  für die Radioimmuntherapie bei Non-Hodgkin-Lymphomen (NHL) eingesetzt wird. Das Votum erstreckt sich auf die Behandlung erwachsener Patienten mit einem nach einer Behandlung mit Rituximab rezidivierenden oder refraktären CD20-positiven follikulären NHL.

Die Radioimmuntherapie mit  $^{90}\text{Yttrium}$ -Ibritumomab-Tiuxetan kombiniert die spezifische Bindungsfähigkeit des Anti-CD20-Antikörpers Ibritumomab mit der Strahlenwirkung des Radioisotops  $^{90}\text{Yttrium}$ . Die strahlensensitiven Lymphomzellen werden so wirksam zerstört. Zudem können auch Tumorzellen im Inneren der Lymphome durch die Strahlung erreicht und durch den so genannten „Kreuzfeuerteffekt“ beseitigt werden.

In einer Studie bei mehrfach vorbehandelten Patienten, die auf eine vorherige Behandlung mit dem Anti-CD20-Antikörper Rituximab nicht oder nicht ausreichend angesprochen hatten, hat  $^{90}\text{Yttrium}$ -Ibritumomab-Tiuxetan seine hohe Wirksamkeit bewiesen. Darüber hinaus zeigte sich in einer klinischen Vergleichsstudie an insgesamt 143 eingeschlossenen Patienten mit rezidivierten oder refraktären Lymphomen folgendes Ergebnis: Die Gesamtansprechrate lag mit 80 Prozent signifikant über der einer reinen Antikörpertherapie mit Rituximab (56%). Bei 30 Prozent konnte zudem ein vollständiges Verschwinden aller Krankheitszeichen erzielt werden – gegenüber nur 16 Prozent bei der Behandlung mit Rituximab (Witzig TE et al., *J. Clin. Oncol.* 2002; 20: 2453-2463). Zudem führte die Therapie mit  $^{90}\text{Yttrium}$ -Ibritumomab-Tiuxetan zu einer deutlichen Verlängerung der Remissionsdauer im Vergleich zur Rituximab-Behandlung (Gordon LI et al., *Proc. ASCO* 2003; 22: 576; Abstract 2315). Ein weiterer Vorteil dieser Radioimmuntherapie ist die kurze Behandlungsdauer, da  $^{90}\text{Yttrium}$ -Ibritumomab-Tiuxetan nur ein einziges Mal verabreicht werden muss.

Die MedacSchering Onkologie GmbH erwartet die Zulassung für Zevalin® durch die Europäische Kommission in den kommenden Monaten und plant die Markteinführung in Deutschland im Frühjahr 2004.

#### Weitere Informationen:

MedacSchering Onkologie GmbH

Tel.: 089 – 7451-440

E-Mail: [info@mso-pharma.de](mailto:info@mso-pharma.de)

Internet: [www.mso-pharma.de](http://www.mso-pharma.de)

## DGHO-Jahrestagung 2003 in Basel: Forschungsergebnisse zu Ursachen und Risikofaktoren von Leukämien und malignen Lymphomen

W. Hoffmann. Erwachsene, die Insektizide und Holzschutzmittel in privaten Haushalten einsetzen, haben ein erhöhtes Risiko, an einer Leukämie oder an einem Lymphom zu erkranken. Für die Exposition gegenüber radioaktiven Nukliden aus Atomanlagen im Normalbetrieb konnte dagegen kein deutlich erhöhtes Leukämie- oder Lymphomrisiko nachgewiesen werden. Dies sind Ergebnisse aus der Norddeutschen Leukämie- und Lymphomstudie (NLL), die im Oktober 2003 auf der DGHO-Jahrestagung in Basel vorgestellt wurden.

Die NLL umfasste zwei Studienteile. Zunächst wurde eine Inzidenzstudie mit einer aktiven, nachgehenden Totalerhebung aller klonalen, malignen, hämatologischen Erstdiagnosen (ED) zwischen 1984 und 1998 (beide Geschlechter, alle Altersgruppen) in Kliniken, Schwerpunktpraxen und Gesundheitsämtern sowie bei Niedergelassenen durchgeführt. Die Inzidenzstudie bildete die Fallbasis (ED 1986-1998, beide Geschlechter, Alter < 75 bei ED) für eine bevölkerungsbezogene Fall-Kontroll-Studie zur Erforschung der Ursachen und Risikofaktoren von Leukämien und malignen Lymphomen. Insgesamt wurden 4.471 Studienteilnehmer befragt, davon 1.430 Patienten und 3.041 Vergleichspersonen. Die Vergleichspersonen aus der Allgemeinbevölkerung, die nach Alter und Geschlecht mit den Patienten übereinstimmten, wurden in einem Zufallsverfahren aus den Einwohnermelderegistern von sechs Landkreisen in Schleswig-Holstein und Niedersachsen gezogen.

Geschulte Interviewerinnen befragten die Studienteilnehmer in ihren Wohnungen, welchen potenziellen Gefahrstoffen und Risiken sie ausgesetzt waren. In den standardisierten, computergestützten Interviews wurden für jeden Teilnehmer lebenslang alle Wohnadressen und Arbeitsplätze sowie jeweils die Nähe der Wohn- und Arbeitsplätze zu Atomanlagen, zu Baumschulen, Bahntrassen und landwirtschaftlichen Flächen erhoben. Daneben wurde lebenslang die Anwendung von Pestiziden im privaten Bereich, die Belastung mit Röntgenstrahlen sowie ausgewählte berufliche Faktoren erfasst.

Die Auswertung der Daten ergab, dass sowohl die akute als auch die chronische Exposition gegenüber Insektiziden und Holzschutzmitteln in Innenräumen mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, an einem Lymphom oder einer Leukämie zu erkranken (Odds Ratio zwischen 1.1 und 2.5 für beide Geschlechter). Für einige Diagnosegruppen wie die akute nicht-lymphatische Leukämie, das Multiple Myelom und hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome sind statistisch signifikante Risikoerhöhungen von über 100 Prozent beobachtet worden.

Für die Exposition gegenüber radioaktiven Nukliden aus Atomanlagen im Normalbetrieb sind die Ergebnisse für die verschiedenen Diagnosegruppen und die Geschlechter uneinheitlich. Für die Lymphom-Erkrankungen wurde bei beiden Geschlechtern kein erhöhtes Risiko berechnet. Bei Frauen wurde auch für Leukämien keine Risikoerhöhung gefunden. Bei den Männern dagegen wurde für die myeloischen Diagnosegruppen insgesamt ein erhöhtes, statistisch signifikantes Risiko beobachtet. Eine Dosis-Wirkungsbeziehung bestand jedoch nicht.

### Weitere Informationen:

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Tel.: 03834 - 86 7750

E-Mail: wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de

### Herausgeber

Kompetenznetz Maligne Lymphome  
Sprecher: Prof. Dr. Volker Diehl KÖLN

### Redaktion und Lektorat

Antje Schütt M.A. (as) KÖLN

Dr. Alexander Greb (ag) KÖLN

Dr. Anke Strenge-Hesse (ash) KÖLN

Unter Mitarbeit der Projektleiter und der Studiengruppen des Kompetenznetzes

### Layout

Stefanie Naumann KÖLN

tv/web-design Et illustration

E-Mail: snaumann@netcologne.de

### Druck

Druckhaus Locher GmbH KÖLN

### 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

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.



# Termine

19.01.2004	Vortrag: Das Kölner und Saarländische Lymphomprojekt - Ergebnisse und Diskussion einer prospektiven bevölkerungsbezogenen Beobachtungsstudie zur Versorgungsforschung, Köln
06.-07.03.2004	2. Consumer-Workshop der CHMG, Köln
24.-25.03.2004	Begutachtung des Antrags an das BMBF für die 3. Förderphase durch den externen Beirat, Köln
20.04.2004	Symposium der internistischen Kompetenznetze in der Medizin, DGIM-Jahrestagung, Wiesbaden
03.-04.07.2004	7. bundesweiter DLH-Patienten-Kongress für Leukämie- und Lymphom-Patienten, Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte, Ulm
18.-21.09.2004	6. Internationales Hodgkin-Symposium, Köln
09.-10.10.2004	5. NHL-Symposium für Patienten und Angehörige, Dortmund

Weitere Informationen und aktuelle Termine finden Sie auf unserer Homepage.