



NEWSLETTER

Dezember | 2017



6. HEIDELBERGER MYELOMWORKSHOP 2017: DIE MÖGLICHKEITEN ZUR BEHANDLUNG NEU DIAGNOSTIZIERTER MYELOMPATIENTEN UND VON PATIENTEN MIT WIEDERKEHRENDER ERKRANKUNG NEHMEN KONTINUIERLICH ZU.

Die annähernd 250 Teilnehmer und international hochkarätigen Referenten des 6. Heidelberger Myelomworkshops 2017 zogen ein durchweg positives Résumé: Lebensqualität und Lebenserwartung der Myelompatienten haben sich erneut verbessert. Sowohl für Neudiagnostizierte als auch für Patienten mit wiederkehrender Erkrankung steht dank kontinuierlicher Fortschritte in Diagnostik und Therapie des Multiplen Myeloms (MM) eine große Auswahl an Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Die Heilung des Myeloms ist als Ziel in der Therapie fest verankert.

Den Auftakt zu Beginn der beiden Workshopstage bildeten jeweils die insgesamt fünf **Keynote-Vorträge** zu aktuell im Fokus stehenden Themen. Die Bedeutung diagnostischer Methoden und insbesondere der molekularen Charakterisierung der Myelomerkrankung mit modernen Verfahren wurde hervorgehoben. Durch Genomanalysen ist es möglich, neue Zielstrukturen zu finden und diese mit Medikamenten zu behandeln. Die Therapie erfolgt bei jungen Patienten in Kombination mit der autologen Blutstammzelltransplantation und mit neuen Immuntherapien. **Nikhil Munshi vom Dana-**

Farber-Cancer-Institut in Boston hob insbesondere die Bedeutung der sogenannten „schmutzigen Medikamente“ hervor, welche im Gegensatz zur zielgerichteten Therapieform an verschiedenen Zielen parallel angreifen. **Pieter Sonneveld vom Erasmus-MC-Cancer-Institut in Rotterdam** zeigte die europäische Perspektive in der Behandlung des MM auf. Auch in der Ära der neuen Medikamente ist die autologe Blutstammzelltransplantation (ASCT) weiterhin der Goldstandard in der Myelomtherapie. In der europaweit durchgeführten EMNo2/HO95-Studie war die Rate für ein sehr gutes teilweises Ansprechen (VGPR) nach autologer Stammzelltransplantation im Vergleich zur modernen alleinigen Medikamententherapie signifikant höher. Es zeigte sich auch ein deutlicher Vorteil der ASCT hinsichtlich des progressionsfreien Überlebens (PFS). Insbesondere bei Patienten mit **Hochrisikozytogenetik** war die Zeit ohne ein Fortschreiten der Erkrankung (PFS) länger, wenn sie mit ASCT anstatt VMP (Bortezomib, Melphalan, Prednisolon) behandelt wurden (42,3 versus 20,3 Monate). Pieter Sonneveld betonte weiterhin die Wichtigkeit multinationaler Studien, die es möglich machen, inner-

halb kurzer Zeit eine große Zahl an Patienten in eine Studie einzubinden. Beispielsweise wurden in die EMNo2-Studie 1.508 Patienten in 30 Monaten eingeschlossen.

Brian Durie aus Los Angeles stellte in seinem Vortrag die „Black-Swan-Research-Initiative“ vor, die seit 2012 bedeutende Projekte, welche sich die Heilung des Myeloms als festes Ziel gesetzt haben, fördert. Insbesondere wird die von der Forschungsinitiative geförderte Studie iStopMM (Iceland Screens Treats or Prevents Multiple Myeloma), welche Blutproben von etwa 140.000 Erwachsenen über 40 Jahren in Island auf früheste Anzeichen des Myeloms untersucht, dazu wesentlich beitragen. Brian Durie ist überzeugt, dass eine frühzeitige Behandlung insbesondere von Hochrisikogruppen zur Heilung des Myeloms führen wird. Ebenfalls auf die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnosestellung und Therapie mit Medikamenten, die zu einer kompletten Rückbildung der Myelomerkrankung führen, wies **Ola Landgren vom Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York City** hin. Gareth Morgan aus Little Rock präsentierte weitere Daten zur Lenalidomid-Erhaltungstherapie aus der Myeloma-XI-Studie. In dieser Studie wurden die Effektivität und die Si-

Mithraprabhu aus Melbourne in Australien zeigte sehr interessante Daten zu einem neuartigen Untersuchungsverfahren, welches freie zirkulierende DNA im Serum nachweist. Man spricht von „Liquid Biopsy“. Diese DNA stammt unter anderem auch aus Tumorzellen bzw. Myelomzellen. Sie ist sehr stabil und eignet sich deshalb für die Bestimmung der minimalen Resterkrankung (MRD) von Myelompatienten. Der große Vorteil bei diesem diagnostischen Werkzeug ist, dass es sich um ein nicht invasives Verfahren handelt, mit dem man entscheidende therapierelevante Informationen für die individualisierte Myelomtherapie gewinnen kann. Beispielsweise korreliert die Menge an freier zirkulierender DNA bei Myelompatienten mit der Krankheitsaktivität sowie der Wiederkehr der Erkrankung. Auch **Bruno Paiva** betonte die Bedeutung sensitiver Methoden für die Bestimmung der Krankheitsaktivität. Die kürzlich publizierten IMWG-Kriterien für die MRD-Diagnostik basieren auf der multiparametrischen Durchflusszytometrie (MFC) von Knochenmarkaspirat mit dem 8-Farben-EuroFlow-Panel. Das Verfahren sollte immer durch PET/CT-Bildgebung begleitet werden, um Myelom-Aktivität außerhalb des Knochenmarks erkennen zu können. Eine zusätzliche Verbesserung der Prognose kann



Prof. Dr. Carsten Müller-Tidow und Prof. Dr. Anthony D. Ho tauschen sich aus.



Professor Dr. Hartmut Goldschmidt eröffnet den 6. Heidelberger Myeloma-Workshop im Hörsaal der Medizinischen Klinik



Prof. Dr. Brian Durie und Prof. Dr. Hartmut Goldschmidt stoßen mit einem Glas Sekt auf erfolgreiche vergangene und zukünftige Projekte an.

cherheit der Lenalidomid-Erhaltungstherapie, wenn sie bis zum Krankheitsprogress gegeben wird, untersucht. Es wurden in diese multizentrische, offene, randomisierte Phase-III-Studie insgesamt 1.551 neu diagnostizierte Patienten mit symptomatischem MM eingeschlossen. Die Patienten erhielten drei Monate nach ASCT oder bei Erreichen einer maximalen Remission entweder Lenalidomid oder sie wurden nur beobachtet. Die Zeit ohne Fortschreiten der Erkrankung (PFS) betrug 36 Monate im Lenalidomidarm versus 18 Monate im Beobachtungsarm. Der PFS-Vorteil zeigte sich für alle untersuchten Subgruppen.

Die Bedeutung der minimalen Resterkrankung

Das Vorhandensein residueller Tumorzellen im Körper nach Therapie wird als „minimale Resterkrankung“ oder „minimal residual disease“ (MRD) bezeichnet. Neueste Studien haben gezeigt, dass die Länge von Remissionsphasen (Phasen der Rückbildung der Krankheit) durch eine möglichst kleine Zahl residueller Tumorzellen positiv beeinflusst wird. Die Bestimmung der MRD ist ein wichtiger Prognosefaktor und wird in klinischen Studien zunehmend zur Therapiesteuerung eingesetzt. Methoden zur Bestimmung der MRD nutzen meist das Knochenmarkaspirat als Ausgangsmaterial für die Untersuchung. Durch die Black-Swan-Forschungsinitiative werden kontinuierlich Projekte gefördert, welche sich mit der Entwicklung noch sensitiverer Methoden zur Bestimmung der Krankheitsaktivität bzw. der MRD auseinandersetzen. **Durgu**

möglicherweise durch den Nachweis einer oligoklonalen Immunrekonstitution der B-Zellen erreicht werden.

Immuntherapie beim MM

Das zunehmend tiefere Verständnis der molekularen Vorgänge in Myelomzellen führt zu innovativen Therapiestrategien wie beispielsweise der Immuntherapie. **Professor Ashaf Badros von der Universität in Maryland, USA**, eröffnete seinen Vortrag mit neuen Daten zu Checkpoint-Inhibitoren beim Multiplen Myelom. Checkpoint-Inhibitoren sind Antikörper, welche die **Immun-Checkpoints** stilllegen und damit die Körperabwehr entfesseln. Immun-Checkpoints sind immunmodulierende Proteine, die der Körper normalerweise herstellt, um einer ungezügelter Immunreaktion entgegenzuwirken. Beispielsweise können sie unter anderem die Aktivität von T-Lymphozyten drosseln. Jedoch auch Tumore bzw. Krebszellen nutzen diesen Mechanismus, indem sie über diese Bremsen das Immunsystem lahmlegen.

Solche Checkpoint-Inhibitoren wie beispielsweise Pembrolizumab stören die Wechselwirkung zwischen den auf der Oberfläche von Krebszellen befindlichen PD-L1- und PD-L2-Molekülen und dem sich auf Immunzellen befindenden PD-1-Protein. Durch die Störung der Wechselwirkung zwischen PD-1 und den PD-L1-/PD-L2-Molekülen kann Pembrolizumab mehr Immunzellen veranlassen, Krebszellen anzugreifen. Wenn die außer Kraft gesetzte Immunabwehr wieder funktioniert, bekommt der Körper bzw. das Immunsystem die Mög-

lichkeit zurück, den Tumor zu attackieren.

Professor Badros stellte Daten einer kürzlich publizierten Phase-II-Studie vor, in der Pembrolizumab in Kombination mit Dexamethason und der immunmodulatorischen Substanz Pomalidomid bei 48 Myelompatienten getestet wurde. Alle Patienten hatten einen Rückfall auf eine Therapie mit immunmodulierenden Substanzen und Proteasomeninhibitoren erlitten und zeigten zudem in 73 % der Fälle kein Ansprechen mehr auf eine Therapie mit diesen Substanzen (Refraktärität). Erfreulicherweise zeigten 60 % der Patienten ein Ansprechen auf die Therapie mit Pembrolizumab, eine komplette Rückbildung der Krankheit wurde bei 8 % der Patienten erreicht. Nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 15,6 Monaten betrug das progressionsfreie Überleben (PFS) bei diesen Patienten 17,4 Monate.

Ebenfalls in klinischer Testung befinden sich CAR-T-Zell-Konstrukte. Das CAR-Protein ist ein künstliches Hybrid aus B-Zell- und T-Zell-Rezeptoren. Es vereint Teile von bis zu vier natürlichen Proteinen in sich und wird daher als „chimeric antigen receptor“-Protein, abgekürzt CAR, bezeichnet. Die Vorgehensweise ist so, dass man aus dem Körper des Patienten T-Zellen entnimmt und in diese Zellen die Produktion

Speaking Myeloma Multicenter Group)-Studiengruppe neue Entwicklungen vor. Das klinische Studienende für die GMMG-MM5-Studie ist erreicht, Ergebnisse zum progressionsfreien Überleben nach Lenalidomid-Erhaltungstherapie werden auf dem ASH-Kongress 2017 präsentiert werden. Ebenso wird die Auswertung für die ReLapsE-Studie zum Stellenwert einer frühen vs. späten Stammzelltransplantation bei Patienten mit wiederkehrender Erkrankung (Rezidiv) auf dem Treffen der Europäischen Hämatologen (EHA) für das Jahr 2018 erwartet. Die große multizentrische Phase-III-GMMG-HD6-Studie zur Primärtherapie des Multiplen Myeloms hat die Rekrutierung von insgesamt 516 Patienten erfreulicherweise 14 Monate früher als erwartet beendet. Erstmals wurde innerhalb einer GMMG-Studie ein monoklonaler Antikörper (Elotuzumab) im Rahmen eines Hochdosiskonzepts (Hochdosistherapie gefolgt von autologer Stammzelltransplantation) mit neuen Substanzen (Bortezomib, Lenalidomid) kombiniert und die Wirksamkeit durch die GMMG-Studiengruppe geprüft. Damit noch weitere Patienten an der Studie teilnehmen können, wird derzeit eine Protokolländerung geplant, die die Aufstockung der Studie um 48 weitere Patienten vorsieht. Auch wird dadurch eine frühere Auswertung der Stu-



Prof. Dr. Ola Landgren, New York, und Prof. Dr. Jens Hillen-gaß, Heidelberg, moderieren die Vorträge zur Biologie und molekularen Charakterisierung der Myelomkrankung



Auch eine Delegation chinesischer Hämatologen besuchte den 6. Heidelberger Myelom-Workshop. Die Woche zuvor nahm die Gruppe an einer einwöchigen Myelomfortbildung in der Medizinischen Klinik V teil. Hier im Bild mit Prof. Dr. Brian Durie, Los Angeles, und Prof. Dr. Hartmut Goldschmidt, Heidelberg.

Autoren: Dr. Annemarie Angerer und Professor Dr. Hartmut Goldschmidt, Sektion Multiples Myelom, Med. Klinik V, Universitätsklinikum Heidelberg und Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg; E-Mail: annemarie.angerer@med.uni-heidelberg.de

des CAR-Proteins einbaut. CAR-T-Zellen werden dann im Labor vermehrt und werden schließlich dem Patienten wieder zurückgegeben. Das CAR-Protein ermöglicht es, T-Zellen an ausgewählte Antigene zu binden und jede Zelle zu zerstören, die das Zielantigen trägt. Diese Technologie macht viele Zwischenschritte der Immunabwehr überflüssig, die sonst von B- und T-Zellen nacheinander und gemeinsam vorgenommen werden. **Henk Lokhorst aus Amsterdam** zeigte auf, dass es aktuell 289 CAR-T-Zell-Studien weltweit gibt, davon schließen 12 Studien Myelompatienten ein. Interessanterweise werden CAR-T-Zell-Studien vor allem in den USA und in China durchgeführt. In Europa werden nur in 5 Studien Patienten rekrutiert. Zielstrukturen für diese Therapie sind BCMA, NY-ESA, CD138, Kappa-Leichtketten, SLAMF-7, CD 38 und CD19. Studien des National-Cancer-Instituts und der University of Pennsylvania in den USA gegen das Zielantigen BCMA zeigten vielversprechende Ergebnisse in schwer vorbehandelten Patienten. Schwere Komplikationen wie beispielsweise einen Zytokinsturm (Überreaktion des Immunsystems) hofft man in Zukunft durch bessere Kenntnis möglicher Nebenwirkungen und durch weitere Untersuchungen vermeiden zu können.

Neue Medikamente und Kombinationstherapien

Auf große Resonanz bei den Zuhörern stießen die Vorträge zu neuen Medikamenten und Kombinationstherapien. **Hartmut Goldschmidt, Heidelberg**, stellte für die GMMG (German-

dienergebnisse möglich sein.

Eine weitere sehr innovative GMMG-Studie ist die CONCEPT-Studie (**Leiter der Klinischen Prüfung (LKP) Katja Weisel, Tübingen**) zur Primärtherapie von Hochrisiko-Patienten. Die Studie soll noch in diesem Quartal beginnen und setzt den Fokus auf das Erreichen einer möglichst großen Remissionstiefe nach der Konsolidierungstherapie. In diese Studie können transplantierbare und nichttransplantierbare Patienten eingeschlossen werden.

Marc-Steffen Raab aus Heidelberg stellte Daten zur personalisierten Therapie von Patienten mit wiederkehrender Erkrankung vor. Schwer vorbehandelte sogenannte doppelrefraktäre Patienten, welche sowohl auf eine Behandlung mit immunmodulierenden Substanzen als auch auf eine Behandlung mit Proteasominhibitoren nicht mehr ansprechen, wurden sequenziert. Zusätzlich zu bereits bekannten Mutationen wurden weitere Mutationen im Cereblon-Signalweg entdeckt. Die Sektion Multiples Myelom hat für Biomarkergetriebene Studien bei refraktärer Erkrankung ein eigenes Programm sowohl am Zentrum in Heidelberg als auch GMMG (German-Speaking Myeloma Multicenter Group)-weit aufgelegt (PerMyT – Personalizing Refractory Myeloma Therapy). Erste hochrangige Ergebnisse dieser personalisierten Therapie des MM wurden erzielt und sind die Basis der BIRMA-I-Studie.



IM GESPRÄCH MIT PROF. DR. CARSTEN MÜLLER-TIDOW

Carsten Müller-Tidow studierte Medizin in Aachen, Bonn und den USA. Er begann seine klinische Tätigkeit in der Inneren Medizin am Universitätsklinikum Münster und war als DFG-Stipendiat für mehrere Jahre in Los Angeles an der University of California tätig. Nach Beendigung seiner Facharztausbildung für Innere Medizin am Universitätsklinikum Münster wurde er dort Oberarzt. Im Jahr 2009 folgte die Ernennung zum Universitätsprofessor für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie an der Universität Münster. Von 2014 bis 2017 war er als Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin IV, Hämatologie und Onkologie, und Leiter des Landesentrums für Zell- und Gentherapie am Universitätsklinikum Halle tätig. Seit Februar 2017 ist er Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik V, Hämatologie, Onkologie und Rheumatologie, am Universitätsklinikum Heidelberg. Die klinischen Schwerpunkte von Prof. Müller-Tidow sind akute Leukämien, MDS, Stammzelltransplantation, Lymphome und Multiples Myelom.

Die Staffelstabübergabe an seinen Nachfolger wird Herrn Prof. Dr. Anthony Ho nach 47-jähriger Verbundenheit mit dem Universitätsklinikum Heidelberg nicht leicht gefallen sein. Doch für die Kontinuität der Zusammenarbeit mit dem Förderkreis Stammzellforschung und blut.eV als Dachorganisation steht sein Nachfolger, Prof. Dr. Carsten Müller-Tidow. Seit Februar 2017 ist er als Ärztlicher Direktor verantwortlich für die Medizinische Klinik V, Hämatologie, Onkologie und Rheumatologie, an der Universitätsklinik Heidelberg. Mit Frau und Kind zog es den 49-jährigen Mediziner von der Saale an den Neckar, um sich mit ganzer Kraft der neuen Aufgabe zu widmen. „Wir behandeln Menschen, nicht Krankheiten.“ Mit diesem Credo geht Carsten Müller-Tidow in jeden neuen Arbeitstag. Im Interview mit blut.eV erzählt er, was ihm bei der Arbeit in Klinik, Forschung und Wissenschaft wichtig ist und was ihn antreibt.

Herr Prof. Müller-Tidow, wenn Sie morgens mit dem Fahrrad zur Uniklinik radeln und an den anbrechenden Arbeitstag denken, worauf freuen Sie sich?

Ich freue mich auf die spannenden und abwechslungsreichen Aufgaben, die vor mir liegen. Besonders schön ist es, im Team gemeinsam mit Ärzten, Pflegenden und anderen Berufsgruppen das Beste für die Patienten tun zu können. Oft denke ich morgens auch an neue Forschungsansätze für verbesserte Therapien und daran, wie wir es schaffen, neue Therapien einzuführen und weiterzuentwickeln.

Was sind Momente des Glücks während eines solchen Arbeitstags?

Wenn ich sehe, dass eine Therapie gut wirkt, dass eine Transplantation gelungen ist und dass es dem Patienten besser geht. Wenn wir gemeinsam daran arbeiten, Fortschritt zu entwickeln. Und es freut mich besonders, wenn wir als Team gemeinsame Ziele verfolgen und gemeinsame Wege gehen – und dies dann auch zum Erfolg führt.

Sie sind seit neun Monaten in der Verantwortung für die Medizinische Klinik V. Welche waren bisher die schönsten Erlebnisse in Ihrer neuen Tätigkeit?

Der herzliche Empfang zum Einstieg hat mich sehr berührt. Das Gefühl, hier mit hervorragenden Spezialisten aus allen Berufsgruppen zusammenarbeiten zu dürfen – dafür bin ich immer wieder dankbar. Und das gelungene Sommerfest unserer Klinik draußen auf der Wiese hat mir viel Freude gemacht.



Welche Eindrücke haben Sie gesammelt?

Wir haben hier in Heidelberg ein hochmotiviertes, kompetentes Team, das bestmögliche Patientenversorgung in Hämatologie, Onkologie und Rheumatologie gewährleistet und fortentwickelt; das gilt für alle Berufsgruppen. Ich erlebe viele Teammitglieder, die sehr großes persönliches Engagement einbringen; herausragende Partner wie DKFZ, EMBL und andere Forschungseinrichtungen der Universität bieten mannigfaltige Möglichkeiten zu fruchtbarer Zusammenarbeit.

Was schätzen Sie an Ihrer Aufgabe?

Den Abwechslungsreichtum, den mein Beruf mit sich bringt; die vielen Interaktionen und Kontakte mit anderen Menschen in verschiedensten Kontexten. Und ich schätze die Herausforderung, in der Medizin Verbesserungen zu erreichen und mich jeden Tag mit der Frage zu beschäftigen: Wie werden mehr Patienten gesund?

Wie kam es, dass Sie sich nach dem Studium der Medizin auf Hämatologie und Onkologie spezialisiert haben?

Hämatologie/Onkologie ist eines der Gebiete, in dem oft eine besonders enge Patient-Arzt-Bindung entsteht. Es geht um sehr existenzielle Fragen und Themen, die mich selbst als Arzt und Mensch betreffen. Gleichzeitig ist dieser Bereich für Forschung und hohe Wissenschaftlichkeit besonders geeignet: Forschungsergebnisse lassen sich relativ schnell in klinischen Studien überprüfen und in Anwendung bringen. Diese Herausforderungen gepaart mit einer hohen Komplexität in den medizinischen Fragestellungen der Leukämie-Therapie haben mich sehr gereizt, und das bis heute.

Nicht jeder kann spontan etwas mit dem Begriff „Stammzellforschung“ verbinden. Was verbirgt sich für Sie hinter diesem Begriff in einfachen Worten?

Stammzellforschung bedeutet für mich das Bestreben, zu erkennen, wie Stammzellen funktionieren. Natürlich schwingt da mit: Wie können wir Stammzellen therapeutisch einsetzen, ggf. genetisch verändern, um sie für Therapien nutzbar zu machen. Die Programmierung von Blutstammzellen zum Beispiel durch Gentherapie und Genom-Editing wird uns in den nächsten Jahren ganz neue Therapiemöglichkeiten bescheren. Andererseits steht immer die Frage im Raum: Wie kommt es zu Fehlentwicklungen in den Mechanismen der Stammzellen, die zu Krebserkrankungen führen, und wie können wir sehr spezifisch eingreifen, um diese Fehlfunktionen auszuschalten oder therapeutisch rückgängig zu machen?

Was ist Ihnen in Ihrer Arbeit wichtig?

Mir ist wichtig, dass in einem immer komplexeren Gesundheitswesen mit vielen Vorgaben und speziellen Rahmenbedingungen immer noch eines gilt: der Mensch steht im Mittelpunkt. Für mich muss immer diese eine Frage Priorität haben: Was ist für diesen Patienten hier und jetzt das Beste? Gleichzeitig ist mir wichtig, dass die Menschen, die hier arbeiten, optimal unterstützt werden, damit sie das tun können, was nötig ist, um für den Patienten das Beste zu leisten.

Welche nächsten Ziele haben Sie für sich formuliert?

In der Klinik ist es mein Ziel, Wandel transparent zu gestalten, offen zu kommunizieren und Abläufe zu vereinfachen, um dem Team mehr Zeit für die Patienten und für die Forschung einzuräumen. Im therapeutischen Bereich ist eines der wichtigsten Ziele, die CAR-T-Zelltherapie erfolgreich zu etablieren. Hier werden wir bereits in den nächsten Monaten mehrere Studien beginnen, davon eine, die direkt in Heidelberg entwickelt wurde. Für die bestmögliche Forschung möchte ich auf vorhandene Leistungspotenziale aufbauen und vor allem auch die jüngeren Ärzte und Wissenschaftler besonders unterstützen.

Sie erwähnten „bestmögliche Forschung“. Was bedeutet dies für Sie?

Ziel der Forschung ist es nach meinem Verständnis, Diagnostik und Therapie zu verbessern. Dies geht nur über das Begreifen von Mechanismen. Bestmögliche Forschung ist dann erreicht, wenn wir internationale Therapie-Standards entwickeln und verbessern können. Wir haben den Anspruch, dass wir neue Therapiemöglichkeiten entdecken und hieraus Therapieansätze entwickeln. In klinischen Studien wollen wir diese dann mit unseren Partnern in die Klinik einführen. So haben wir kürzlich entdeckt, dass Stammzellen bei der Akuten Myeloischen Leukämie durch einen neuartigen Mechanismus resistent gegen alle bekannten Therapien werden. Mit einem Medikament, das bisher bei AML nicht eingesetzt wird, kann diese Resistenz überwunden werden. Bei mehreren Patienten haben wir gesehen, dass dieses neue Therapieprinzip wirken könnte. Im neuen Jahr starten wir eine klinische Studie, um die Wirksamkeit an einer größeren Gruppe von Patienten zu untersuchen – und vor allem, um den Patienten eine zusätzliche Heilungschance zu ermöglichen.

Von der Forschung in die Klinik: Welche Eigenschaften und Talente schätzen Sie am meisten an den pflegenden und ärztlichen Mitarbeitern?

Die Fähigkeit, empathisch auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen und gleichzeitig maximal professionell die Pflege und ärztliche Behandlung umzusetzen. Dies gelingt nur gemeinsam im Team aller Berufsgruppen. Hier haben wir in der Medizinischen Klinik V einen großen Schatz.

Welche betrachten Sie selbst als die größte Herausforderung bei der Behandlung und Begleitung von Patienten?

Trotz allem, was wir können, immer wieder machtlos zu sein. Zu erkennen, auf was man Einfluss nehmen kann und wo unser Einfluss endet. Die Grenzziehung – bis wohin macht es Sinn, einen bestimmten Behandlungsweg zu gehen. Wann ist es besser, mit dem Patienten gemeinsam zu überlegen, ein anderes Therapieziel, das nicht mehr Heilung ist, festzulegen? Die Herausforderung besteht immer wieder neu darin, sachlich Erkenntnisse zu gewinnen und, unbeeinflusst von Emotionen, die richtigen Konsequenzen zu ziehen, die dann wiederum im Nachhinein mit sehr starken Gefühlen verbunden sein können – die man dann auch zulassen darf und die natürlich sein dürfen. Sie sollen nur nicht während der Analyse und Beurteilung von Optionen Einfluss auf die Einschätzung der primären Sachlage haben. Dann gelingt es, gemeinsam mit dem Patienten die beste Behandlungsmöglichkeit zu finden.

Woraus schöpfen Sie Kraft und was treibt Sie an?

Kraft schöpfe ich aus der Zusammenarbeit und der Interaktion mit Menschen, im Team gemeinsam etwas zu bewegen und zu verbessern, sowie natürlich aus der Familie. Mich treibt die Hoffnung an, dass durch Forschung mehr Patienten gesund werden.

Dabei kann Forschung ja ein sehr mühsames Geschäft sein, mit Phasen ohne sichtbare Fortschritte oder gar mit Rückschlägen. Wie gehen Sie damit um?

Oh ja, Forschung kann extrem frustrierend sein, vor allem: Sie dauert immer länger als gedacht. Und doch ist es für das ganze Team und mich persönlich ein sehr schönes Gefühl, wenn man dann schließlich etwas entdeckt hat, neue Erkenntnisse gewinnt, Aha-Erlebnisse hat. Wichtig sind Geduld und eine hohe Frustrationstoleranz, damit man das Ziel nie aus den Augen verliert.

Wie wichtig ist aus Ihrer Sicht die wissenschaftliche Forschung an einer Universitätsklinik wie Heidelberg?

Der Auftrag zur Forschung ist meines Erachtens der wichtigste Unterschied zwischen einem nicht-universitären Krankenhaus und einem Universitätsklinikum. Wir sind mit unserem Fokus der Klinik für Hämatologie/Onkologie und Rheumatologie zudem in einem sehr forschungsintensiven Fach angesiedelt. Deswegen wünsche ich mir, dass diese Begeisterung für Forschung alle erfasst und alle sehen: Das ist unser großer Auftrag – für die Patientinnen und Patienten!

Für die Patientinnen und Patienten ... hat Sie die Arbeit mit den erkrankten Menschen im Laufe der Jahre verändert?

Verändert ... ja, ganz sicher! Weil einem die intensive Begegnung mit den Menschen immer wieder neu Grund gibt, sich selbst zu reflektieren. Und, weil mir immer wieder deutlich wird, dass all die kleinen Selbstverständlichkeiten gar nicht selbstverständlich sind.

Was sollten Patientinnen und Patienten über ärztliche und pflegerische Behandler wissen?

Vielleicht, dass wir uns alle gemeinsam jeden Tag anstrengen, das Beste zu erreichen, und dass wir dabei alle auch nur Menschen sind, mit individuellen Talenten und mit dem Bestreben, in unserem Bemühen besser zu werden. Für mich stellt die Individualität jedes Einzelnen eine große Chance und Bereicherung dar, seien es ärztliche oder pflegende Mitarbeiter.

Welche Formen der Unterstützung möchten Sie Patientinnen und Patienten in Ihrer Klinik bieten, die über die rein medizinische Behandlung hinausgehen?

Ich möchte, dass sie spüren: Wir behandeln Menschen, nicht Erkrankungen. Sie sollen bei uns die beste ganzheitliche Unterstützung erhalten, sei es z.B. in Form von psychoonkologischer Betreuung, sporttherapeutischen Maßnahmen oder einfach und vor allem durch die persönliche Beziehung zu den Menschen hier, die an ihrer Seite stehen und sie auf ihrem Weg hier begleiten. Dass die Patienten und ihre Angehörigen spüren: Sie sind hier nicht alleingelassen. Dass sie das hohe Engagement und die hohe Motivation der Mitarbeiter erleben und fühlen. Dass sie Halt und Unterstützung bekommen und die Gewissheit, es gibt einen Weg und wir führen und begleiten sie auf diesem Weg.

Welche besonderen Herausforderungen sehen Sie auf diesem Weg für Angehörige von Leukämie- und Tumor-Erkrankten?

Angehörige von Betroffenen stehen oft vor der Herausforderung, zu erkennen, dass sie selbst auch betroffen sind. Im Alltag verdrängen wir viele Dinge gerne, Krankheit gehört dazu. Schuldgefühle, Verneinung, viele starke Emotionen müssen überwunden werden. Auch die Angehörigen sollen dafür hier Unterstützung finden, damit sie frei werden und Kraft bekommen für das, was sie für den erkrankten Menschen tun können. Und dass sie sich zugestehen, auch sie haben Anspruch auf Unterstützung.

Welche Werte wünschen Sie sich im Miteinander von Mitarbeitern und Patienten?

Mein großer Wunsch ist, dass sich jeder Mensch hier als Einzelner angenommen und wertgeschätzt fühlt und dass dies zu allen Zeitpunkten klar ist.

Wie gelingt es Ihnen nach einem langen Arbeitstag, von der Arbeit abzuschalten und den Kopf für andere Lebensbereiche frei zu bekommen?

(Lacht) Ach, wenn ich erst mal den steilen Berg zu mir nach Hause abends mit dem Fahrrad geschafft habe, dann liegt schon sehr viel hinter mir, was ich loslassen konnte.

Welches Buch haben Sie zuletzt gelesen, das nichts mit der Arbeit zu tun hatte?

„Der Mensch Martin Luther: Die Biographie“, ein Buch von Lyndal Roper.

Wofür sind Sie gerade dankbar?

Dass ich in einem so guten und motivierten Team mitarbeiten kann und dass das Leben bei allen „Aufs und Abs“ viele positive Seiten hat.

Vielen Dank für dieses Gespräch!

Das Interview führte für blut.eV Annette Becker, M. A. Wissenschaftskoordination

GRUSSWORT DES KURATORIUMSVORSITZENDEN



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Ihnen in dieser Ausgabe wieder eine Fülle interessanter Informationen und Berichte präsentieren zu dürfen. An dieser Stelle darf ich ein **herzliches Dankeschön** aussprechen an alle, die unseren Förderkreis so großzügig und tatkräftig unterstützen. **Sie machen Fortschritt möglich!**

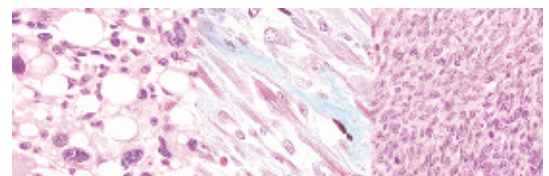
Mit herzlichen Grüßen, Ihr Bruno Gärtner, Kuratoriumsvorsitzender

HEIDELBERGER SARKOMTAG 2017: VON DER DIAGNOSESTELLUNG BIS ZUR THERAPIE

Im Mai 2017 fand in der Medizinischen Klinik erneut der „Heidelberger Sarkomtag“ statt. Die Fortbildungsveranstaltung hat 80 Ärzte und Interessierte, überwiegend aus der Region, angezogen. In einem 4,5-stündigen Programm berichteten Kollegen des Heidelberger Sarkomteams umfassend von der Diagnosestellung bis zur Therapie.

Bösartige Weichgewebetumore, welche von den viel häufiger auftretenden gutartigen Tumoren (meist gutartige Fettgewebstumoren) zu unterscheiden sind, stellen eine Seltenheit dar. Es handelt sich um eine sehr heterogene Gruppe von Erkrankungen mit mehr als 50 weiteren Untergruppen, die zum Teil sehr unterschiedlich behandelt werden. Deshalb, so **Frau Prof. Dr. Mechttersheimer (Referenzpathologin der EORTC für Weichgewebetumore)**, ist es wichtig, dass die feingewebliche Untersuchung an einem erfahrenen Zentrum stattfindet.

>> Fortsetzung s. Seite 8



KURATORIUM

Bruno Gärtner
Kuratoriumsvorsitzender
Bürgermeister a. D. der
Gemeinde Dielheim

Dr. Rainer Strickler
Stellvertretender Kuratoriums-
vorsitzender, früherer Leiter des
Zentralbereichs Planung und
Controlling, BASF

Prof. Dr. Anthony D. Ho
ehemaliger Ärztlicher Direktor
der Medizinischen Klinik V
Schwerpunkt Hämatologie,
Onkologie und Rheumatologie

DACHORGANISATION

blut.eV
Bürger für Leukämie-
und Tumorerkrankte

Wilzerstraße 19
76356 Weingarten
Fon 0 72 44 / 60 83-0
Fax 0 72 44 / 60 83-20
info@blutev.de
www.blutev.de

Bürozeiten:

Mo - Fr: 9.00 - 12.30 Uhr und n. V.

Spendenkonto:

Förderkreis Stammzellforschung
IBAN DE67 6606 1724 0030 7833 28
BIC GENODE61WGA
Volksbank Stutensee-Weingarten eG

Im Juli 2006 wurde unter dem Dach von blut.eV der Förderkreis Stammzellforschung gegründet mit dem Ziel, die Forschungsaktivitäten der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg, Abteilung Innere Medizin V/Hämatologie, Onkologie, Rheumatologie, zu unterstützen.

Förderkreis
Stammzellforschung

www.blutev.de



Wir fördern

- **herausragende Köpfe:** Aus- und Weiterbildung von Wissenschaftlern, Ärzten und technischem Personal
- **moderne, innovative Technologien:** Ausstattung mit modernen Geräten und effizienter Infrastruktur
- **Wissenstransfer:** wissenschaftliche Austausch- und Kooperationsprogramme

Weitere Informationen im Internet und unter Fon 07244/6083-0. Wenn Sie diesen Newsletter nicht mehr erhalten wollen, genügt eine kurze Nachricht an info@blutev.de

Die Heidelberger Sarkomgruppe (Kordinatorin Prof. Dr. Egerer) hat im Rahmen der Veranstaltung Fallberichte vorgestellt, anhand derer sowohl diagnostische und therapeutische Standards als auch künftige neue Entwicklungen dargestellt wurden. Von der Diagnosestellung bis zur operativen Therapie – und falls nötig Strahlen- oder Chemotherapie – muss die Behandlung Hand in Hand durch ein multidisziplinäres Team erfolgen. Den Kollegen der „schneidenden Fächer“ (PD Dr. Lehner (Orthopädie), PD Dr. Eichhorn (Thoraxchirurgie), PD Dr. Kremer (Plastische Chirurgie), Dr. Schimmak (Chirurgische Klinik)) kommt die zentrale Aufgabe in der Behandlung von Weichteilsarkomen zu, nämlich die Entfernung des Tumors oder der Metastasen im Gesunden. Die Kollegen der einzelnen chirurgischen Disziplinen haben die modernen therapeutischen Möglichkeiten aufgezeigt, von der Entfernung des ursprünglichen Tumors über Metastasen Chirurgie bis hin zu palliativen Eingriffen. Aus der Strahlentherapie berichteten PD Dr. Uhl und Dr. Oelmann-Avendano sowohl über etablierte strahlentherapeutische Ansätze vor und nach der Operation als auch über Bestrahlungsoptionen, die speziell in Heidelberg zur Verfügung stehen (intraoperative Strahlentherapie und Schwerionentherapie).

Dr. Beuthien-Baumann und Dr. Sedlaczek demonstrierten die Fortschritte bei bildgebenden Verfahren. In Primärdiagnostik wie auch im Verlauf einer medikamentösen Therapie kommt der Bildgebung eine zentrale Rolle zu. Neue Techniken, vor allem funktionelle Bildgebung wie beispielsweise PET-MRT, sind derzeit in der Erprobung, um in Zukunft frühere und genauere Aussagen über beispielsweise das Therapieansprechen während der Chemotherapie zu ermöglichen. Über „Neues und Bewährtes“ in der medikamentösen Systemtherapie berichteten Dr. Heilig (Medizinische Klinik V) und

Dr. Gröschel (Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen): Dank in den letzten Jahren neu zugelassener Medikamente wie z. B. Trabectedin, Pazopanib, Eribulin und kürzlich Olaratumab, des ersten monoklonalen Antikörpers zur Behandlung von Patienten mit Weichteilsarkomen, haben sich die Behandlungsoptionen erheblich verbessert. Dr. Haag (Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen) berichtete über die aktuellen Behandlungsstandards von gastrointestinalen Stromatumoren (GIST). Bei dieser Erkrankung werden durch zielgerichtete Therapien mit Tyrosinkinaseinhibitoren bereits sehr gute Behandlungserfolge erzielt. Hieran anknüpfend stellte Dr. Gröschel (Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen) Konzept und Ergebnisse der „NCT-MASTER“- Studie vor: In diesem Programm erfolgt eine umfassende genetische Untersuchung (Genomsequenzierung) des Tumorgewebes mit dem Ziel, Therapie-relevante Veränderungen zu finden, die dann im Sinne eines personalisierten Therapieansatzes für den einzelnen Patienten umgesetzt werden können. Prof. Dr. Schlenk (Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen) berichtete über den Aufbau einer Registerstudie und Gewebekbank, was langfristig zu einem besseren Verständnis dieser seltenen Erkrankungen und einer Verbesserung der Therapieoptionen führen soll.

Die gelungene Veranstaltung hat erneut gezeigt, dass die am Heidelberger Sarkomzentrum beteiligten Fachdisziplinen nicht nur klinisch, sondern auch wissenschaftlich eng zusammenarbeiten und dadurch eine optimale Behandlung von Patienten mit Sarkomen gewährleisten.

Autoren: Dr. Christoph Heilig, Dr. Johann Schmier, Prof. Dr. Gerlinde Egerer für das Heidelberger Sarkomteam