



**STRUENSEE-HAUS**

***Integrative Medizin  
bei  
malignen  
Erkrankungen***

**U. R. Kleberg**

**Hämatologisch-Onkologische Praxis Altona  
(HOPA) Hamburg**

**PROGRAMM**

**Hannover-Meeting  
2011**



**State of the Art  
in Hämatologie und  
Onkologie**



**21. / 22. Januar 2011**

**MARITIM Airport Hotel  
Flughafenstraße 5 · 30669 Langenhagen**



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

# PROGRAMM

## Hannover-Meeting 2011



State of the Art  
in Hämatologie und  
Onkologie



21. / 22. Januar 2011

MARITIM Airport Hotel  
Flughafenstraße 5 · 30669 Langenhagen

# PROGRAMM

FREITAG, 21. 1. 2011



15.00 – 19.00 Uhr  
**Hodgkin-Lymphome; MDS**  
**Verleihung des Niedersächsischen Krebspreises**  
**Experimentelle Gentherapie; Integrative Medizin**

Vorsitz: Dr. B. Tschachne, Lehrte  
Prof. Dr. J. Casper, Oldenburg

15.15 Uhr  
**Begrüßung**, Dr. B. Tschachne, Lehrte

15.20 – 15.45 Uhr  
**Aktuelle Studienergebnisse beim Hodgkin-Lymphom**  
Neue Standardtherapieverfahren  
Prof. Dr. A. Engert, Köln

15.45 – 16.05 Uhr  
**Zytogenetische und molekulardiagnostische Diagnostik bei MDS**  
Standards und neue Studienergebnisse  
Prof. Dr. D. Haase, Göttingen

16.05 – 16.25 Uhr  
**Therapie der Eisenüberladung bei MDS-Patienten**  
Ergebnisse aus dem MDS-Register Düsseldorf  
Prof. Dr. U. Germing, Düsseldorf

16.25 – 17.15 Uhr  
**Verleihung des niedersächsischen Krebspreises**  
– Grußwort  
– Laudatio (A. Rexrodt von Fircks, Ratingen)  
– Preisübergabe  
– Rede des/der Preisträger(s)

17.15 – 17.30 Uhr  
**Kaffeepause**

18.00 – 18.30 Uhr  
**Integrative Medizin bei malignen Erkrankungen**  
Prof. Dr. U. R. Kleeberg, Hamburg

18.30 – 18.50 Uhr  
**Therapie der Mukositis**  
PD Dr. M. P. Lux, Erlangen

19.45 Uhr  
**Empfang in der Hotelhalle**

20.00 Uhr  
**Abendessen**







HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

***"Sickness is neither a blessing nor a punishment but, rather, an objective, usually random occurrence that must be faced with logic and science and truth."***

**Susan Sontag, : Illnes as Metaphor and AIDS and its metaphors.  
New York: Picador, 1990**

<b>KAM</b>	<b>Definition</b>	<b>Beispiele</b>
<b>Alternative Medizinsysteme</b>	Abgegrenztes Verfahren in Theorie und Praxis	Homöopathie, Anthroposophie Ayurveda, Krebsdiäten, TCM (Traditionelle chinesische Medizin)
<b>Geist-Körper Medizin</b>	Förderung geistiger Kapazität zur Besserung körperlicher Funktionen, von Symptomen	Meditation, Hypnose, Gebet, Kunst, Musik, Tanz, Bewegung Geistesheiler, Schamanen
<b>Biologisch begründete Therapien</b>	Substanzen aus der Natur Nahrungsergänzungsmittel Sauerstoff-Mehrschritt-Ther.	Pflanzliche Produkte, Makrobiotik, Megavitamine, Mineralien, Heilerde Aromatherapien, Antioxydantien,
<b>Stimulation des Immunsystems</b>	Gabe autologer Immun-zellen / -faktoren	ASI (Aktiv spez. Immunther. Klehr) Eigenblut, Eigenuringetränke,
<b>Manipulative körperliche Methoden</b>	Bewegungen aktiv & passiv von Körperteilen, Hyperthermie	Chiropraktik, Osteopathie, Massagen, Akupunktur Entspannungs-technik
<b>Biofeld &amp; Energie Therapien</b>	Beeinflussung von angeblichen Energiefeldern um den und im Körper	Qi gong, Reiki, Wünschelruten Therapeutische Berührung, Elektro-Akupunktur
<b>Bioelektromagnetische Therapien</b>	Unkonventionelle Nutzung elektromagnetischer Felder	Gleichstrom- & Wechselstrom- Bäder und -Therapie

Var. nach Kelly K.M. Eur. J. Cancer 2004; 40: 2041 - 46

KAM	Definition	Beispiele
<b>Alternative Medizinsysteme</b>	Abgegrenztes Verfahren in Theorie und Praxis	Homöopathie, Anthroposophie Ayurveda, Krebsdiäten, TCM (Traditionelle chinesische Medizin)



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

NEJM 352 (12) 1109-1280 (2005) MARCH

DEUTSCHE ABSTRACTS IM ANZEIGENTEIL

# The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

VOL. 352 NO. 12

ESTABLISHED IN 1812

MARCH 24, 2005

WWW.NEJM.ORG

1109 THIS WEEK IN THE JOURNAL



## Herbal Medicine in Europe — Relaxing Regulatory Standards

Peter A.G.M. De Smet, Pharm.D., Ph.D.

Herbal medicine is big — and relatively mainstream — business in Europe: in 2003, European countries spent almost \$5 billion (at manufacturers' prices to wholesalers) on over-the-counter herbal medicines. But not all European countries have embraced herbal treatments with equal warmth. Germany and France are indisputably in the lead in over-the-counter sales (see graph), and they have also had noteworthy markets for prescription herbal preparations. In 2003, German health insurance paid \$283 million in reimbursements for prescribed ginkgo, St. John's wort, mistletoe, saw palmetto, ivy, hawthorn, stinging nettle root, myrtil, phytosterols, and cucurbita, and in 2002, French health insurance paid \$91 million in partial reimbursements for ginkgo, saw palmetto, and pygeum prescriptions with a total value of \$196 million. Few physicians

Dr. De Smet is from the Scientific Institute of Dutch Pharmacists, The Hague; and the Department of Clinical Pharmacy, University Medical Center St. Radboud, Nijmegen — both in the Netherlands.

in the United Kingdom, on the other hand, prescribe herbal medicines, which are generally not covered by the National Health Service, although approximately 1300 herbal practitioners may lawfully sell unlicensed herbal remedies, provided that they do so after consultation with a patient.

Companies that make herbal preparations have usually found it difficult to meet the conventional requirements for proof of medical efficacy, and European countries have also varied in their approaches to this issue. On their own, some countries, such as Germany and France, created simplified registration procedures for herbal products, whereby conclusive evidence of efficacy was no longer required. Other countries, such as the United Kingdom, clung to the principle that industrial herbal preparations should meet the same requirements as conventional medicines, even if this meant that most herbal products could not be licensed and would therefore continue to be sold without firm regulatory control.

The European Community has taken two legis-

### IMAGES IN CLINICAL MEDICINE

1237 Renal Papillary Necrosis Unmasking Sickle Cell Disease  
M. Voulgarelis and P.D. Ziakas

012 Severe Fecal Impaction  
Y. Loubières and O. Chereau

### CASE RECORDS OF THE MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

1238 A Man with Acute Respiratory Failure  
D.M. Systrom and C. Wittram

### EDITORIALS

1248 Concurrent Antiplatelet and Fibrinolytic Therapy  
R.A. Lange and L.D. Hillis

1250 Stages of Aggressive Non-Hodgkin's Lymphoma  
J.O. Armitage

1252 Financing Health Care  
R. Kronick

### SOUNDING BOARD

1255 Health Care Vouchers and Universal Coverage  
E.J. Emanuel and V.R. Fuchs

1260 Do We Really Want Broad Access to Health Care?  
J.J. Mongan and T.H. Lee

### CORRESPONDENCE

Palifermin and Chemotherapy-Induced Oral Mucositis  
Care of the Potential Organ Donor  
Contagious Acute Gastrointestinal Infections  
Cancer of the Ovary  
Postmenopausal Bleeding and an Ovarian Mass  
Why "Why" Matters  
Nosocomial Transmission of Cryptococcosis

1273 BOOK REVIEWS

1276 CORRECTIONS

1277 CONTINUING MEDICAL EDUCATION

Germany 2.06 billion

France 1.13 billion

Italy 543 million

Poland 252 million

United Kingdom 211 million

Spain 170 million

Belgium 127 million

Switzerland 93 million

Austria 88 million

The Netherlands 81 million

Czech Republic 76 million

D: 25,0 \$ / anno / Kopf  
 GB: 3,6 \$

Sales of Over-the-Counter Herbal Medicines (\$)

**Distribution of the \$4.96 Billion European Market for Over-the-Counter Herbal Medicines in 2003.**

The remaining \$132 million in sales was divided among Portugal, Hungary, Ireland, Slovakia, Finland, and Norway. Data are from IMS Health. The spending per capita (calculated on the basis of the manufacturers' prices to wholesalers and recent United Nations projections of 2003 populations) was \$25.00 in Germany, \$18.80 in France, \$9.50 in Italy, \$6.50 in Poland, \$3.60 in the United Kingdom, \$4.10 in Spain, \$12.30 in Belgium, \$13.00 in Switzerland, \$10.90 in Austria, \$5.00 in the Netherlands, and \$7.40 in the Czech Republic.

Ginkgo  
*Ginkgo biloba*



Stinging Nettle  
*Urtica dioica*



St. John's Wort  
*Hypericum perforatum*

**Ginkgo Leaf, St. John's Wort, and Stinging Nettle.**

These are among the herbs that were most highly reimbursed by German health insurance in 2003 (for \$87 million, \$40 million, and \$14 million, respectively). Ginkgo and St. John's Wort are among the few exceptions to a new German rule that herbal "pharmacy-only" medicines no longer qualify for reimbursement.



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

Monatschrift  
zum  
Nutzen und Vergnügen.

---

Viertes Stück,  
im Octobermonat.

---

Hamburg,  
gedruckt und verlegt von Mich. Christ. Bock.  
1763.

**Dr. J. F. Struensee**  
1758 – 1768 Stadtphysikus  
von Altona





Dr. J. F. Struensee 1758 – 1768

Stadtphysikus von Altona

Es scheint mit den Charakter der deutschen Nation verbunden zu seyn, daß ihre Aerzte allezeit etwas Charlatanerie mit ihrer Kunst verbinden.



# Komplementär- medizin Glaubenssache?

Belgische Forscher haben untersucht, ob es Prädiktoren dafür gibt, wer für Komplementärmedizin aufgeschlossen ist.

— Für ihre Studie haben die Belgier eine Zufallsstichprobe von 712 flämischen Männern und Frauen befragt. Die Resultate dieser Umfrage zeigen zunächst, dass der Glaube an die Komplementärmedizin bei den Flamen sehr verbreitet ist. Als positive Prädiktoren für diesen Glauben erwiesen sich das Alter und der Glaube an übernatürliche Phänomene. Negative Prädiktoren waren der Bildungsgrad – gebildete Personen waren weniger überzeugt von der Komplementärmedizin – und der soziale Status. Die treuesten Anhänger hatten die alternativen Heilmethoden aber unter den Befragten, die auch an übernatürliche Phänomene glaubten.

**KOMMENTAR:** Ähnliche Untersuchungen gibt es im Dutzend billiger. Diese Analyse bringt jedoch etwas völlig Neues:

**Der Glaube an die Komplementärmedizin korreliert mit dem Glauben an das Übernatürliche. Viele von uns haben das**

vielleicht intuitiv angenommen, jedoch ist dies meines Wissens das erste Mal, dass diese Intuition durch Daten belegt wurde. Je länger ich die Komplementärmedizin beforsche, desto mehr bin ich davon überzeugt, dass für viele Menschen dieses Thema mit Medizin kaum zu tun hat. Vielmehr ist es für sie eine Art Religionsersatz. Dieser Gedanke ist natürlich kein ermutigender, denn er impliziert, dass in diesem Bereich Evidenz immer nur eine untergeordnete Rolle spielen wird. E. ERNST ■

- J. van den Bulck, K. Custers  
Belief in complementary and alternative medicine is related to age and paranormal beliefs in adults. Eur. J. Public Health. 2009 Jul 8. [Epub ahead of print] Doi: 10.1093/eurpub/ckp104



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

**Psychologische Anspannung,  
latente Depression und  
nachhaltig gestörte  
Lebensqualität**

**sind**

**Prävalenzmarker für den  
Gebrauch von KAM.**

**Gefährdet sind  
Cum grano salis**

**Jüngere Frauen  
mit höherer Bildung**

Special Article

USE OF ALTERNATIVE MEDICINE BY WOMEN WITH EARLY-STAGE  
BREAST CANCER

HAROLD J. BURSTEIN, M.D., Ph.D., SHARI GELBER, M.S., EDWARD GUADAGNOLI, Ph.D., AND JANE C. WEEKS, M.D.

ABSTRACT

**Background** We analyzed the use of alternative medicine by women who had received standard therapy for early-stage breast cancer diagnosed between September 1993 and September 1995.

**Methods** A cohort of 480 patients with newly diagnosed early-stage breast cancer was recruited from a Massachusetts statewide cohort of women participating in a study of how women choose treatment for cancer. Alternative medical treatments, conventional therapies, and health-related quality of life were examined.

**Results** New use of alternative medicine after surgery for breast cancer was common (reported by 28.1 percent of the women); such use was not associated with choices about standard medical therapies after we controlled for clinical and sociodemographic variables. A total of 10.6 percent of the women had used alternative medicine before they were given a diagnosis of breast cancer. Women who initiated the use of alternative medicine after surgery reported a worse quality of life than women who never used alternative medicine. Mental health scores were similar at base line among women who decided to use alternative medicine and those who did not, but three months after surgery the use of alternative medicine was independently associated with depression, fear of recurrence of cancer, lower scores for mental health and sexual satisfaction, and more physical symptoms as well as symptoms of greater intensity. All groups of women reported improving quality of life one year after surgery.

**Conclusions** Among women with newly diagnosed early-stage breast cancer who had been treated with standard therapies, new use of alternative medicine was a marker of greater psychosocial distress and worse quality of life. (N Engl J Med 1999; 340:1733-9.)

©1999, Massachusetts Medical Society.

native medicine. These practices have entered mainstream society and culture; surveys now find that 30 to 40 percent of the U.S. public uses alternative medicine so defined.<sup>1-4</sup>

Retrospective or cross-sectional studies have examined the use of alternative medicine among the population at large<sup>1-3</sup> and among patients with cancer.<sup>5-11</sup> Collectively, these studies have established that level of income, amount of education, and age are all strongly predictive of the rate of use of alternative medicine, which includes "mind" therapies such as mental imagery, hypnosis, and relaxation and "body" therapies such as acupuncture, chiropractic, and herbal treatments. In addition, most people who use alternative medicine also see physicians.

It is not known what motivates people to use alternative medicine. The failure of standard health care, changes in the health care delivery system, patients' need for autonomy, or a preference for "holistic" or "natural" therapy, and chronic health problems have all been suggested as contributing factors.<sup>2,12-16</sup> Cultural differences, varying beliefs about medicine,<sup>16</sup> and the marketplace<sup>17</sup> are also likely to affect the availability and use of alternative medicine.

The nature of the relation between alternative and standard medical treatment is unclear. Are alternative practices truly complementary to conventional care, or do they represent a substitute for standard care?<sup>18</sup> Studies of alternative medicine have not attempted to distinguish between the widely prevalent health and lifestyle practices encompassed within alternative medicine and the initiation of these practices in response to particular changes in health.

We conducted a longitudinal study of the use of alternative medicine by a cohort of women with early-stage breast cancer. By following this population of patients, who had well-established prognoses and therapeutic options, over time, it was possible to explore the relation between alternative medicine and

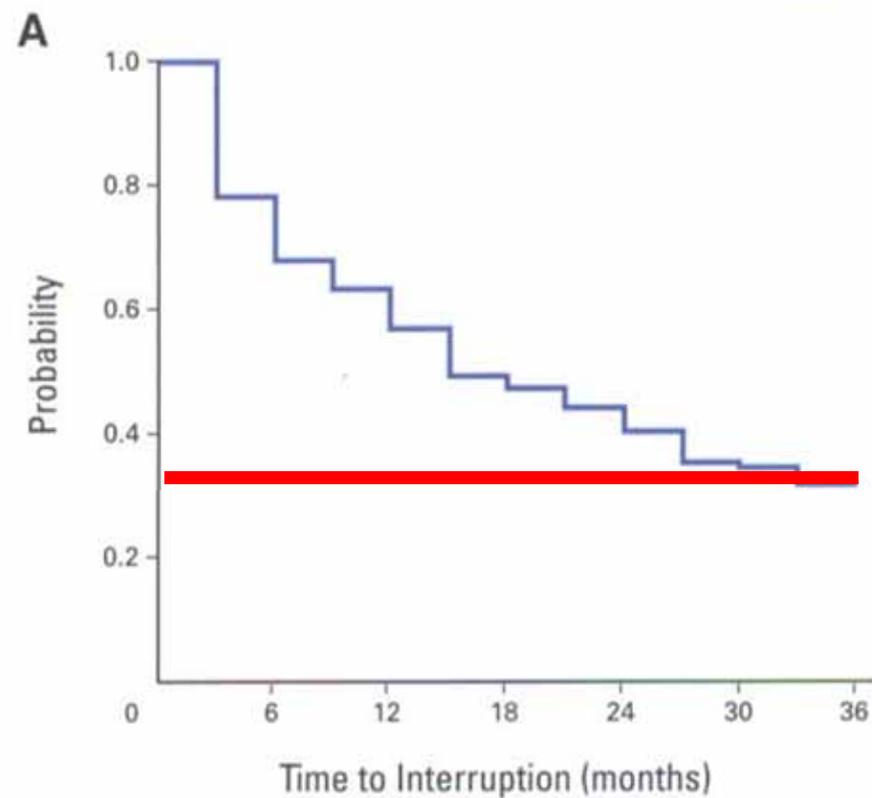
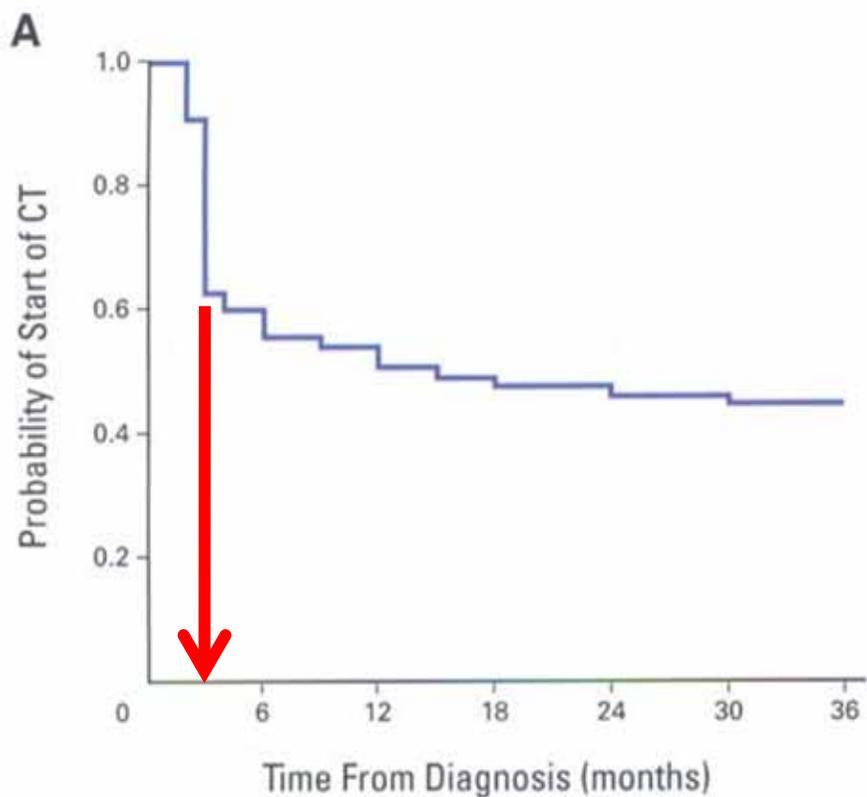
**W**ITHIN the past 20 years, the definition of alternative medicine has come to include a variety of behavioral techniques (e.g., spiritual techniques and relaxation methods) and clinical approaches (such as massage, herbal remedies, and chiropractic) that had not previously been considered components of alter-

From the Department of Adult Oncology (H.J.B., J.C.W.) and the Center for Outcomes and Policy Research (S.G., J.C.W.), Dana-Farber Cancer Institute and Harvard Medical School, and the Department of Health Care Policy, Harvard Medical School (E.G.)—all in Boston. Address reprint requests to Dr. Weeks at the Dana-Farber Cancer Institute, 44 Binney St., Boston, MA 02115, or at jane\_weeks@dfci.harvard.edu.



## Initiation and Discontinuation of Complementary Therapy Among Cancer Patients

*Sung-Gyeong Kim, Eun-Cheol Park, Jae-Hyun Park, Myung-Il Hahm, Jin-Hwa Lim, and Kui-Son Choi*





HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

**EBMedizin gegründet auf  
die Synthese aktueller wissenschaftlicher  
Daten,  
validiert in Metaanalysen,  
wird zur Leitlinie ärztlicher Tätigkeit und  
gesundheitspolitischer Maßnahmen...**

*Cochrane Collaboration*



HEILKUNST ODER LEITLINIENMEDIZIN

# Verantwortung braucht die Freiheit

Der Patient in seiner Individualität, mit seiner Krankheit und dem, was er bewältigen kann, bleibt der Leitlinienmedizin verschlossen.

**D**ie ärztliche Tätigkeit sei keine Kunst, sondern sie werde durch eine regelgerechte Dokumentation zur nachvollziehbaren Leistungserbringung – mit dieser Äußerung wird der Dezernent für Versorgungsqualität und Sicherstellung der Kassenzentralen Bundesvereinigung, Dr. med. Bernhard Gibis, im Deutschen Ärzteblatt (Heft 20/2007) zitiert. Nur dadurch bleibe die therapeutische Freiheit im wohlverstandenen Sinn erhalten, Krankenkassen wiederum fordern zunehmend eine Behandlung nach Leitlinien – insbesondere in Verträgen zur integrierten Versorgung. Diese gelten gemeinhin als zukunftsweisend. Prof. Dr. med. Dieter Kurt Hossfeld betont dagegen im Hamburger Ärzteblatt (Juli 2007) die Mensch-



Der Patient in seiner Individualität, mit seiner Krankheit und dem, was er bewältigen kann, bleibt der Leitlinienmedizin verschlossen.

one, von der Heilkunst sprechen dürfen. Was stimmt denn nun?

Der ärztliche Beruf ist im Wandel. War der Arzt noch vor 20 Jahren der omnipotente Heiler, dessen Wissen und Handeln durch den Patienten nur schwer überprüfbar waren und schon gar nicht infrage gestellt wurden, so gilt heute das Leitbild des informierten Patienten und das partnerschaftliche Arzti-Patienten-Verhältnis als Ideal. Der Patient im Jahr 2007 weiß viel mehr über sich, seine Gesundheit und seine Krankheiten. Er hat sich im Internet informiert, Bücher gelesen, und Selbsthilfegruppen haben ihn mit Informationen versorgt. Unterstützt von Patientenbeauftragten und Verbraucherschützern wählt er sich auf Augenhöhe mit seinem Arzt. Entscheidungen sollen in Gesprächen mit den Patienten gefällt werden. Auch die

entene scheint also geringer geworden zu sein.

### Flut von Vorschriften und Gesetzen verschärft die Lage

Gleichzeitig breitet sich eine weitere Tendenz aus. Im Zuge der „evidence based medicine“ werden zunehmend Leitlinien für bestimmte Krankheitsbilder entwickelt. Zunächst als Hilfen für Ärzte in Klinik und Praxis gedacht, haben nunmehr Leitlinien Einzug in Verträge der integrierten Versorgung (IV), aber auch in Gerichtsakten gefunden. Auch die zunehmende Bürokratie nimmt dergleichen begierig auf. Lassen sich so doch Statistiken erstellen, Kalkulationen berechnen, und alles erscheint auf einmal besser steuerbar. Dokumentation ist Trumpf. Praxen und Kliniken werden überschattet mit Formularen, und Dokumentationsas-

Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Der informierte Patient trifft heute auf einen Arzt, der zunehmend gezwungen wird, seinen Patienten als Fall zu betrachten. Seine Erkrankung muss in eine Leitlinie gepresst werden, schließlich verlangt dies der IV-Vertrag oder das Disease-Management-Programm (DMP). Und gleichzeitig muss alles penibel dokumentiert werden. Die Zeit für den Patienten schwindet, die Zeit am Schreibtisch nimmt dramatisch zu. Dazu kommen strenge Budgets, Banken, die Praxen als Wirtschaftsbetriebe sehen, und Krankenhäuser, deren Eigner ausschließlich am „shareholder value“ interessiert sind. Qualitätssicherung (QS), Qualitätsmanagement (QM) und eine Flut von Vorschriften und Gesetzen verschärfen die Situation weiter. So

dener Ebenen. Wissen und Ratio wird mit Gefühl, Gespür und Empathie verbunden.



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

**„ Es ist geradezu rührend zu glauben,  
Krankheit und deren Behandlung ließen sich  
auf die Formel einer evidenzbasierten Medizin  
beschränken“**

*Thure von Uexküll*

*1. Deutscher Krebskranken-Kongress*

*Koblenz 18.11.99*





HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

**„Es gibt einen  
Realismus, der  
grundverschieden ist  
von dem  
Naturalismus“**

**August Macke 1913**

August Macke 1913  
Zwei Mädchen am Springbrunnen





HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

U. Einecke:  
Fortschr. Med.  
MMW 2008; 150: 14 - 15



Phytotherapie in der Hausarztpraxis

# Überlassen Sie das Feld nicht dem Heilpraktiker

**Voraussetzung sind aber profunde Kenntnisse über Wirkung uAW Interaktionen**

Beliebtheit. Als Hausarzt tut man gut daran, sich diesem Trend nicht zu verschließen und auf dem Laufenden zu bleiben, um die Kompetenz behalten, sonst geht die Kompetenz verloren. warnte Allgemeinmediziner Dr. Detmar Jobst, Bonn/Düsseldorf. „Die Naturheilmunde ist beim Hausarzt sehr gut untergebracht.“

— An zugelassene Phytopharmaka werden zusätzliche Anforderungen gestellt. Die Qualität, Wirksamkeit sowie Unbedenklichkeit und Verträglichkeit müssen in kontrollierten Studien mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Qualitätskom-

trollierte pharmazeutische, oft kommerzielle Produkte. Die Produktqualität steht und fällt mit der Wahl der Basisware und dem Know-how bei der Extraktion der Inhaltsstoffe. „Extrakt ist nicht gleich Extrakt“, unterstrich Jobst. Aus Kamillenblüten z. B. werden mit Alkohol als Lö-

hemmend wirken. Wasser als Lösungsmittel extrahiert dagegen vorwiegend entkrampfende Wirkstoffe. Phytotherapie ist also auch Vertrauenssache.

Evidenzlage oft „ausgezeichnet“  
Viele Phytotherapeutika gehören heute zu den Mitteln erster Wahl, andere bieten eine gleichwertige Alternative zu synthetischen Medikamenten. In der 3. Kategorie werden sie als Reservemittel oder Adjuvantien eingesetzt. Die „Evidenzlage“ ist in vielen Fällen ausgezeichnet. Zu den am meisten beforschten Präparaten gehören Extrakte aus Ginkgo, Hypericum, Harpagophytum, Valeriana, Saba, Urtica, Aesculus



Cascorbi I., Kiel,  
Radziwill R., Fulda  
Welt 12.1.11

# Käse passt nicht zum Antibiotikum

Einige Nahrungsmittel und Medikamente vertragen sich nicht –  
Dann ist die Arzneiwirkung verzögert, oder es gibt Nebenwirkungen

- Arzneistoffe legen einen langen Weg zurück vom Mund bis zum Darm, wo sie in die Blutbahn aufgenommen werden
- Ein fettreiches, schweres Essen verzögert das Einsetzen der Arzneiwirkung

SUSANNE RYTINA

**E**in voller Magen, ein Glas Milch oder Grapefruitsaft – Nahrungsmittel können die Aufnahme von Medikamenten behindern. Oder noch schlimmer: Sie können deren Wirkung verändern oder zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. „Die Freisetzung des Wirkstoffes aus einer Tablette ist wesentlich komplizierter, als viele meinen“, sagt Professor Ingolf Cascorbi vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel. „Wer etwa eine Schmerztablette auf vollen Magen einnimmt, muss damit rechnen, dass das Mittel länger für seine Wirkung braucht.“

Genau wie die Nahrung trete ein Medikament eine lange Reise an, bis der Wirkstoff endlich durch den Dünndarm hindurch in den Blutkreislauf gelangt, um dort seine Wirkung zu entfalten. Solange eine Tablette, deren Wirkstoff ins Blut gelangen soll, im gefüllten Magen liegen bleibt, bewirkt sie in der Regel

Milch. So geht das Antibiotikum Doxycyclin mit dem Kalzium von Milch, Joghurt, Käse oder Quark eine chemische Bindung ein – und bildet eine Art Klumpen. „Dieser Komplex ist dann zu groß oder nicht fettlöslich genug, um durch die Dünndarmwand zu wandern“, erläutert Cascorbi. So bleiben die Antibiotika im Darm und werden ungenutzt ausgeschieden. Ähnlich ungünstig klumpen auch die Bisphosphonate aus der Osteoporose-Therapie mit dem Kalzium von Milchprodukten zusammen. Obwohl Kalzium gut für den Knochenaufbau bei Osteoporose ist, sollten Bisphosphonate deshalb keinesfalls mit Milch heruntergespült werden. Wasser mit hohem Mineralanteil ist ebenfalls ungünstig. Carcorbi rät: „Am besten ist noch immer kalziumarmes, weiches Leitungswasser.“

„Außerdem ist natürlich bei Alkohol generell Vorsicht geboten, wenn Medikamente eingenommen werden“, sagt Professor Roland Radziwill vom Klinikum Fulda. Nimmt man etwa Schlaf- und Beruhigungsmittel, Antidepressiva oder Antipsychotika, dann verstärkt Alkohol die dämpfende Wirkung. Fahruntüchtigkeit und ein massiver Durchhänger drohen. In anderen Fällen sind sogar Vergiftungen durch Alkohol möglich, wenn er zusammen mit bestimmten Medikamenten getrunken wird, sagt Radziwill. „Nimmt man etwa das häufig genutzte Schmerzmittel Paracetamol zusammen mit Hochprozentigem ein, kann dadurch die Leber Schaden nehmen.“

Andere Nahrungsmittel können die Wirkung von Medikamenten auf eine ungesunde Art und Weise verstärken: „Grapefruitsaft kann zum Beispiel den Abbau von Medikamenten hemmen“, erklärt Pharmakologe Fuhr. Dann sammeln sich größere Mengen des Medikaments im Körper, und die Wirkung kann sich um ein Vielfaches verstärken. Bei bestimmten Blutdruckmitteln könne dadurch sogar der Kreislauf zusammenbrechen. Schon ein Glas Grapefruitsaft pro Tag könne für Menschen gefährlich sein, die etwa nach einer Nierentransplantation Medikamente zur Unterdrückung der Immunfunktionen nehmen, ergänzt Cascorbi. Wirkstoffe wie Ciclosporin und Tacrolimus könnten in zu hohen Konzentrationen die Niere schädigen.

Auch Lipidsenker gegen erhöhte Blutfettwerte wie Simvastatin oder Atorvastatin vertragen sich nicht mit Grapefruitsaft. Käse, Wein und Avocados können ebenfalls zum Risiko mutieren: Hier ist Vorsicht bei bestimmten MAO-Hemmern (nicht selektive Monoaminoxidase-Hemmer) geboten, die etwa bei der Parkinsonkrankheit oder bei Depressionen eingesetzt werden, wie Cascorbi sagt. In Kombination mit der Substanz Tyramin – enthalten in Wein, Käse oder Avocados – könne es zu einem gefährlich hohen Blutdruck kommen. Der Grund: Tyramin gelangt in Verbindung mit einem MAO-Präparat in den Blutkreislauf und hemmt den Abbau von Botenstoffen im Gehirn, die den Blutdruck regulieren.

## Beispiele potentieller AMI durch Phytotherapeutika & Mineralien

Var. nach Kelly K.M. Eur. J. Cancer 2004; 40: 2041 - 46

Effekte	Phytotherapeutika & Mineralien
Antikoagulantien: <b>&lt; Steigerung</b>	Anis, Arnika, Bohnen, Ginger, Gingko, Ginseng, Karotten, Klee, Kerne, Knoblauch, Rettich, Sellerie, Vit. E, Weide, Zwiebel....
Antikoagulantien: <b>&gt; Minderung</b>	Alfalfa, Brokkoli, Eicosapenten Säure, Linolsäure, Gelbwurz (Kurkuma), grüner Tee, Johanniskraut
Immunsuppression: <b>&lt; Steigerung</b>	Lakritze mit Corticosteroiden, Alfalfa, Echinacea, Johanniskraut, Vitamin E, Zink
Immunsuppression: <b>&gt; Minderung</b>	Marshmallow mit Dexamethason, Malven, Hefe Fischöle, Knoblauch, Grapefruitsaft und Johanniskraut mit Cyclosporin
Zytostatika: <b>&lt; Steigerung</b>	MTX mit Echinacea / Salizylaten (Weide), CDDP mit Selen, Etoposid mit Johanniskraut
Endokrinologika: <b>&gt; Minderung</b>	Tamoxifen mit Soja, Tam. & Aromatase Inhib. mit Phytotherapeutika, Konazole mit Grapefruit



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

# Beispiele potentieller AMI durch Phytotherapeutika & Mineralien

Var. nach Kelly K.M. Eur. J. Cancer 2004; 40: 2041 - 46

Effekte

Phytotherapeutika & Mineralien

## Grüner Tee (EGCG) hemmt Lymphome und Amyloidose<sup>1</sup>

2 Tassen grüner Tee pro Tag mindere  
das Lungenkrebs-Risiko um 18 %<sup>2</sup>



Lungenkrebsprophylaxe

MMW-Fortschr. Med. Nr. 14 / 2009 (151. Jg.)

### Mit grünem Tee geht's, mit schwarzem Tee nicht

Chinesische Forscher haben eine Metaanalyse von 22 epidemiologischen Studien vorgelegt, die einen möglichen Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und dem regelmäßigen Genuss von grünem Tee untersuchten.<sup>3</sup> **EGCG**

(Epigallocatechingallat)

— Im Vergleich zu Personen, die nicht regelmäßig grünen Tee tranken, war das relative Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, bei Personen, die es regelmäßig taten, um etwa ein Drittel erniedrigt. Zwei Tassen pro Tag entsprachen einer Risikoreduktion von etwa 18%. Die Autoren meinen daher, dass grüner Tee vor Lungenkrebs schützt.



Foto: David Coll Blanco/Bilderberg

**Grüner Tee enthält Polyphenole, die möglicherweise vor Krebs schützen. 3**

**KOMMENTAR:** Natürlich würden wir Langzeit-Interventionsstudien benötigen, um sicher zu sein, dass hier tat-

sächlich ein kausaler Zusammenhang vorliegt. Die aufgezeigte Dosis-Wirkungs-Beziehung macht einen derartigen Zusammenhang wahrscheinlich, beweist ihn jedoch nicht. Interessant ist der Hinweis, dass schwarzer Tee keinen analogen Zusammenhang aufweist. Eine mögliche Erklärung wären die Polyphenole, die u.a. antioxidative Effekte aufweisen und im grünen Tee, nicht aber im schwarzen Tee reichlich enthalten sind.

E. ERNST ■

<sup>1</sup> Hunstein W.: Blood 2007; 110:2216

<sup>2</sup> N. Tang et al.  
Green tea, black tea consumption and risk of lung cancer: A meta-analysis. Lung Cancer 2009; DOI: 10.1016/j.lungcan.2008.12.002

## Chemo ausgebremst Kein grüner Tee für Krebspatienten!

► Tut grüner Tee Krebspatienten gut? Wohl eher nicht, wie eine aktuelle Studie jetzt belegt: Ein Inhaltsstoff des grünen Tees vermindert sogar die Wirkung bestimmter Chemotherapeutika. Die Forscher um Prof. Dr. Axel Schönthal aus Los Angeles waren selbst von dem Ergebnis überrascht. Das im Tee enthaltene **Epigallocatechingallat**, kurz EGCG, hindert das Zytostatikum Bortezomib daran, die Tumorzellen zu

Golden EB, Lam PY, Kardosh A et al.:  
Green tea polyphenols block the anticancer effects of bortezomib and other boronic acid based proteasome inhibitors. *Blood* 2009; 113: 5927 - 37

zerstören. Und das gilt auch für andere Zytostatika aus derselben Wirkstoffklasse. In Deutschland ist Bortezomib zur Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom zugelassen. Fazit: Krebspatienten, die mit Bortezomib behandelt werden, sollten grünen Tee und Nahrungsergänzungsmittel mit dessen Wirkstoffen meiden. (cst)

Golden EB et al., *Blood* 2009 (online first),  
DOI 10.1182/blood-2008-07-171389



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

## Gefährliche Interaktionen durch Phytotherapeutika:

z.B.  
**Johanniskraut**

**Wirkungsminderung von**  
Antikonvulsiva,  
Neuroleptika,  
Sedativa,  
Virustatika,  
Zytostatika  
(Irinotecan),  
TKI,  
(Imatinib)



Rezeptpflichtig  
seit 1.4.09

Unger M. MedReview 2010;14: 12-14 7

U.  
R.  
K  
L  
E  
E  
B  
E  
R  
G  
  
2  
0  
0  
7



## Vorsicht bei gleichzeitiger Einnahme speziell von:

**Table 7. Specific Herbal Remedies to Discourage and Avoid During Chemotherapy**

Herb	Concurrent Chemotherapy/Condition (suspected effect)
Garlic	Avoid with decarbazine (CYP2E1 inhibition); caution with other concurrent chemotherapy (inconclusive data)
Ginkgo	Caution with camptothecin, cyclophosphamide, EGFR-TK inhibitors, epipodophyllotoxins, taxanes, and vinca alkaloids (CYP3A4 and CYP2C19 inhibition); discourage with alkylating agents, antitumor antibiotics, and platinum analogues (free-radical scavenging)
Echinacea	Avoid with camptothecin, cyclophosphamide, EGFR-TK inhibitors, epipodophyllotoxins, taxanes, and vinca alkaloids (CYP3A4 induction)
Soy	Avoid with tamoxifen (antagonism of tumor growth inhibition), and treatment of patients with estrogen-receptor positive breast cancer and endometrial cancer (stimulation of tumor growth)
Saw palmetto	No significant interactions expected
Ginseng	Caution with camptothecins, cyclophosphamide, EGFR-TK inhibitors, epipodophyllotoxins, taxanes, and Vinca alkaloids (CYP3A4 inhibition); discourage in patients with estrogen-receptor positive breast cancer and endometrial cancer (stimulation of tumor growth)
St. John's wort	Avoid with all concurrent chemotherapy (CYP2B6, CYP2C9, CYP2C19, CYP2E1, CYP3A4, and P-glycoprotein induction)
Black cohosh	No significant interactions expected
Cranberry	No significant interactions expected
Valerian	Caution with tamoxifen (CYP2C9 inhibition), cyclophosphamide, and teniposide (CYP2C19 inhibition), cyclophosphamide, and teniposide (CYP2C19 inhibition)
Milk thistle	No significant interactions expected
Evening primrose	No significant interactions expected, but caution with highly extracted drugs (serum-binding displacement)
Kava	Avoid in all patients with pre-existing liver disease, with evidence of hepatic injury (herb-induced hepatotoxicity), and/or in combination with hepatotoxic chemotherapy; caution with camptothecins, cyclophosphamide, EGFR-TK inhibitors, epipodophyllotoxins, taxanes, and vinca alkaloids (CYP3A4 induction)
Bilberry	No significant interactions expected
Grape seed	Caution with camptothecins, cyclophosphamide, EGFR-TK inhibitors, epipodophyllotoxins, taxanes, and vinca alkaloids (CYP3A4 induction), and with alkylating agents, antitumor antibiotics, and platinum analogues (free-radical scavenging)

Echinacea

Johanniskraut

Grapefruitsaft

Knoblauch

Gingko

Aloe

Ginseng

# Arzneimitteltherapie

Unabhängige Informationen zur Pharmakotherapie

Herausgegeben von  
H. C. Diener  
K. Kochsiek  
E. Mutschler  
C. Unger

## Arzneimitteltoxische Hepatopathie

# Arzneimitteltoxische Hepatopathie

Stephan Roßhart und Hans Christian Spangenberg, Freiburg

Das Phänomen der arzneimitteltoxischen Hepatopathie spielt heutzutage insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Zahlen an multimorbiden und entsprechend mit mehreren Medikamenten gleichzeitig behandelten Patienten eine wichtige Rolle. Im folgenden Beitrag werden die Charakteristika der verschiedenen Reaktionstypen, die Risikofaktoren, die klinisch Merkmale sowie die bei der Diagnostik zu beachtenden Aspekte erläutert. Zudem werden die wichtigsten hepatotoxischen Substanzen, prognostisch relevanten Faktoren und die neuesten therapeutischen Ansätze zusammengefasst.

**Phytotherapeutika stehen an 3. Stelle  
als Verursacher von AMI mit toxischer Hepatopathie**

Arzneimitteltherapie 2011;29:3-10

Tab. 3. Die im klinischen Alltag wichtigsten Auslöser einer arzneimitteltoxischen Hepatopathie nach Anzahl von Fallberichten und dem Typ der zugrunde liegenden Leberschädigung [nach 65]

Arzneistoffgruppe/ Arzneistoff	Anzahl Fallberichte nach Art des Leberschadens		
	Hepatozellulär	Cholestatisch	Mischbild
<b>Antimikrobielle Pharmaka:</b>			
Amoxicillin/Clavulansäure	28	26	23
INH + RIP + PZA	26	6	32
Erythromycin	2	4	3
Azithromycin	0	8	0
Flucloxacillin	0	7	1
HAART	4	1	1
<b>Analgetika/Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAID):</b>			
Paracetamol	40	0	0
Diclofenac	18	8	3
Ibuprofen	8	3	9
<b>Chemotherapeutika/Immunsuppressiva:</b>			
Flutamid	12	1	5
Azathioprin	5	4	2
Methotrexat	3	0	0
<b>Antikonvulsiva:</b>			
Carbamazepin	6	1	3
Valproinsäure	4	1	3
<b>Antikoagulantien:</b>			
Ticlopidin	8	5	1
<b>Lipidsenker:</b>			
Atorvastatin	6	2	2
<b>Psychopharmaka:</b>			
Paroxetin	4	1	2
<b>Andere Substanzen:</b>			
Medizinische Kräuter	26	3	2

INH: Isoniazid; RIP: Rifampicin; PZA: Pyrazinamid; HAART: hochaktive antiretrovirale Therapie



## Randomized Trial of Antioxidant Vitamins to Prevent Acute Adverse Effects of Radiation Therapy in Head and Neck Cancer Patients

Isabelle Bairati, François Meyer, Michel Gélinas, André Fortin, Abdenour Nabid, François Brochet, Jean-Philippe Mercier, Bernard Têtu, François Harel, Belkacem Abdous, Éric Vigneault, Sylvie Vass, Pierre del Vecchio, and Jean Roy†

From the Laval University Cancer Research Center; the Centre Hospitalier Universitaire de Québec; the Département de Médecine Sociale et Préventive, Université Laval, Quebec City; the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal; the Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montreal; the Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke; and the Complexe Hospi-

### A B S T R A C T

#### Purpose

Many cancer patients take antioxidant vitamin supplements with the hope of improving the outcome of conventional therapies and of reducing the adverse effects of these treatments. A randomized trial was conducted to determine whether supplementation with antioxidant vitamins could reduce the occurrence and severity of acute adverse effects of radiation therapy and improve quality of life without compromising treatment efficacy.

**Bei palliativer Bestrahlung (Schmerzlinderung) mindern Vitamine A, C und E die Nebenwirkungen aber auch den Therapieeffekt**

Institute of Canada with funds from the Canadian Cancer Society. I. Bairati, MD, PhD, is the recipient of a senior scientist award from the Fonds de Recherche en Santé du Québec.

Authors' disclosures of potential conflicts of interest are found at the end of this article.

Address reprint requests to François Meyer, Laval University Cancer Research Center, CHUQ-HDQ, 11, Cote du Palais, Quebec, G1R 2J6 Canada; e-mail: francois.meyer@chuq.qc.ca.

© 2005 by American Society of Clinical Oncology

0732-183X/05/2324-5805/\$20.00

DOI: 10.1200/JCO.2005.05.514

#### Results

Patients randomly assigned in the supplement arm tended to have less severe acute adverse effects during radiation therapy (odds ratio [OR], 0.72; 95% CI, 0.52 to 1.02). The reduction was statistically significant when the supplementation combined  $\alpha$ -tocopherol and  $\beta$ -carotene for adverse effects to the larynx (OR, 0.38; 95% CI, 0.21 to 0.71) and overall at any site (OR, 0.38; 95% CI, 0.20 to 0.74). Quality of life was not improved by the supplementation. The rate of local recurrence of the head and neck tumor tended to be higher in the supplement arm of the trial (hazard ratio, 1.37; 95% CI, 0.93 to 2.02).

#### Conclusion

Supplementation with high doses of  $\alpha$ -tocopherol and  $\beta$ -carotene during radiation therapy could reduce the severity of treatment adverse effects. However, this trial suggests that use of high doses of antioxidants as adjuvant therapy might compromise radiation treatment efficacy.

*J Clin Oncol* 23:5805-5813. © 2005 by American Society of Clinical Oncology



PRÄVENTION

# Das Ende der Hoffnung: Vitamine schützen nicht vor Krebs

Zwei der bislang größten Langzeitstudien kommen zu dem Schluss, dass weder die Vitamine C und E noch das Spurenelement Selen das Karzinomrisiko senken.



Jetzt sind die Ergebnisse im Einzelnen im Amerikanischen Ärzteblatt nachzulesen (JAMA 2009; 301: doi: 10.1001/jama.2008.862). Wie Scott Lippman vom M. D. Anderson Cancer Center in Houston und Mitarbeiter berichten, erhöhte Vitamin E das Prostatakrebsrisiko tendenziell um 13 Prozent (Hazard-Ratio [HR] 1,13; 0,95-1,35). Für Selen wurde ein Anstieg um vier Prozent (HR 1,04; 0,87-1,24) gefunden. Die Kombination beider Substanzen erhöhte das Risiko auf ein Prostatakarzinom um fünf Prozent (HR 1,05; 0,88-1,25). Für Selen wurde außerdem ein um sieben Prozent erhöhtes Risiko auf eine Diabeteserkrankung gefunden (relatives Risiko 1,07; 0,94-1,22). Vor diesem Hintergrund erklärt sich der vorzeitige Abbruch der Studie.

Die tendenzielle Erhöhung eines Krebs- und Diabetisrisikos hätte bei anderen Substanzen möglicherweise dazu geführt, dass das National Cancer Institute von der Einnahme abrät. Die Empfehlung (auf der Homepage der Studie) lautet indes, dass man keinesfalls mehr als ein Multivitamin zur selben Zeit einnehmen sollte. Den Teilnehmern wurde zudem angeboten, Finasterid einzunehmen, das nach einer Studie aus dem Jahr 2003 die Rate der Prostatakrebsfälle um 25 Prozent gesenkt hatte. Wegen der gleichzeitig beobachteten erhöhten Rate von High-Grade-Tumoren hat sich diese Empfehlung jedoch nicht durchgesetzt.

Die zweite, jetzt publizierte Studie ist die Physicians Health Study II. An ihr beteiligten sich 14 641



nach: Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 1-2 | 5. Januar 2009

**Für viele ist die tägliche Bereitstellung von Gemüse- und/oder Obstportionen zu zeitraubend. Sie greifen lieber zu praktischen Multivitamin-Präparaten.**



## Vitamin and Mineral Supplement Use Among US Adults After Cancer Diagnosis: A Systematic Review

*Christine M. Velicer and Cornelia M. Ulrich*

Studien n = 32 1999 - 2006	Multivitamine & / o. Multimineralien
US Bevölkerung insgesamt	33 %
Krebskranke	64 – 81 %

- Mammakarzinom am häufigsten,  
Prostatakarzinom am seltensten
- Führend sind Frauen mit höherer Bildung
- **68 % der Ärzte kennen nicht  
das individuelle Verhalten ihrer Patienten!**



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

## Aktuelle Onkologie 47

G.A. Nagel, Göttingen; R. Sauer, Erlangen;  
H.W. Schreiber, Hamburg

1984

### Neue Wege einer an der Lebensqualität orientierten ambulanten Krebstherapie

Satellitensymposium  
zum 19. Deutschen Krebssymposium  
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Bandherausgeber:  
M. Kaufmann  
U. Kleeberg  
R. Schenk



W. Zuckschwerdt Verlag München · Bern · Wien · San Francisco

## Aktuelle Onkologie 32

G.A. Nagel, Göttingen; R. Sauer, Erlangen;  
H.W. Schreiber, Hamburg

1985

### Krebs und Alternativmedizin

Internationales Symposium  
St. Gallen  
November 1985

Bandherausgeber:  
W. F. Jungi, H. J. Senn



W. Zuckschwerdt Verlag München · Bern · Wien · San Francisco

THEMEN ZUR  
ÄRZTLICHEN FORTBILDUNG

1989

## Krebs und Alternativmedizin

Referate  
gehalten anlässlich  
der Fortbildungsveranstaltung  
der Bezirksärztekammer Südwürttemberg  
am 15. 10. 1989  
in Friedrichshafen

Schriftenreihe der  
Bezirksärztekammer Südwürttemberg  
Band 12



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

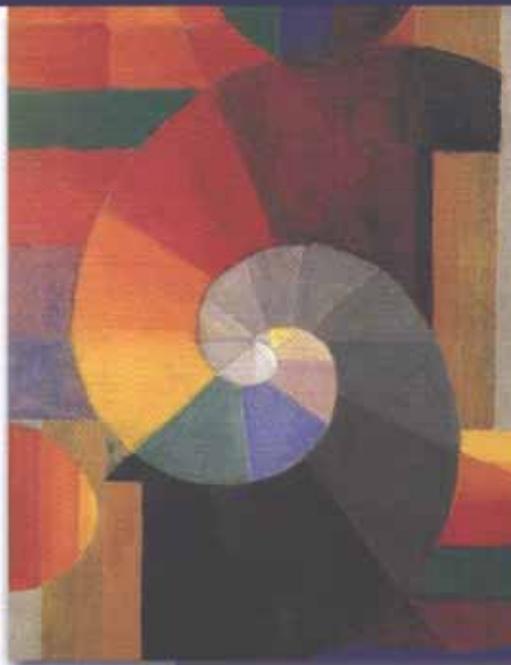
Jutta Hübner

# Komplementäre Onkologie

Supportive  
Maßnahmen und  
evidenzbasierte  
Empfehlungen

Mit einem Geleitwort von  
Michael Bamberg

Mit CD  
Die Komplementärsubstanzen  
als Patientenaufklärung  
zum Ausdrucken



 Schattauer



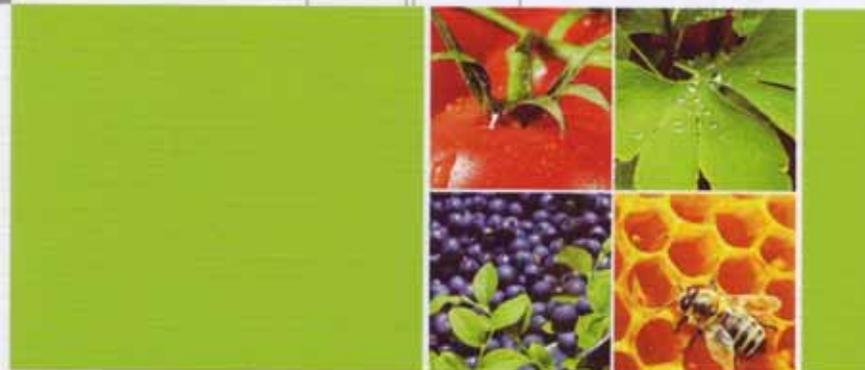
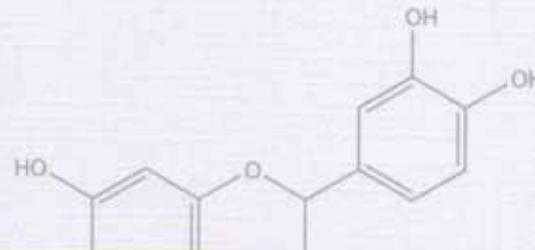
HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

Dr. med. Jutta Hübner

# Aloe, Ginkgo, Mistel & Co

**Ergänzende Wirkstoffe in der Krebsbehandlung**  
Der Ratgeber für Patienten und Angehörige

Geleitwort von Prof. Dr. Ulrich Kleeberg,  
Deutsche Krebsgesellschaft



 Schattauer



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA



DEUTSCHE  
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

DURCH WISSEN ZUM LEBEN

**(AKKOM)**

**Arbeitskreis Komplementär – Medizin**

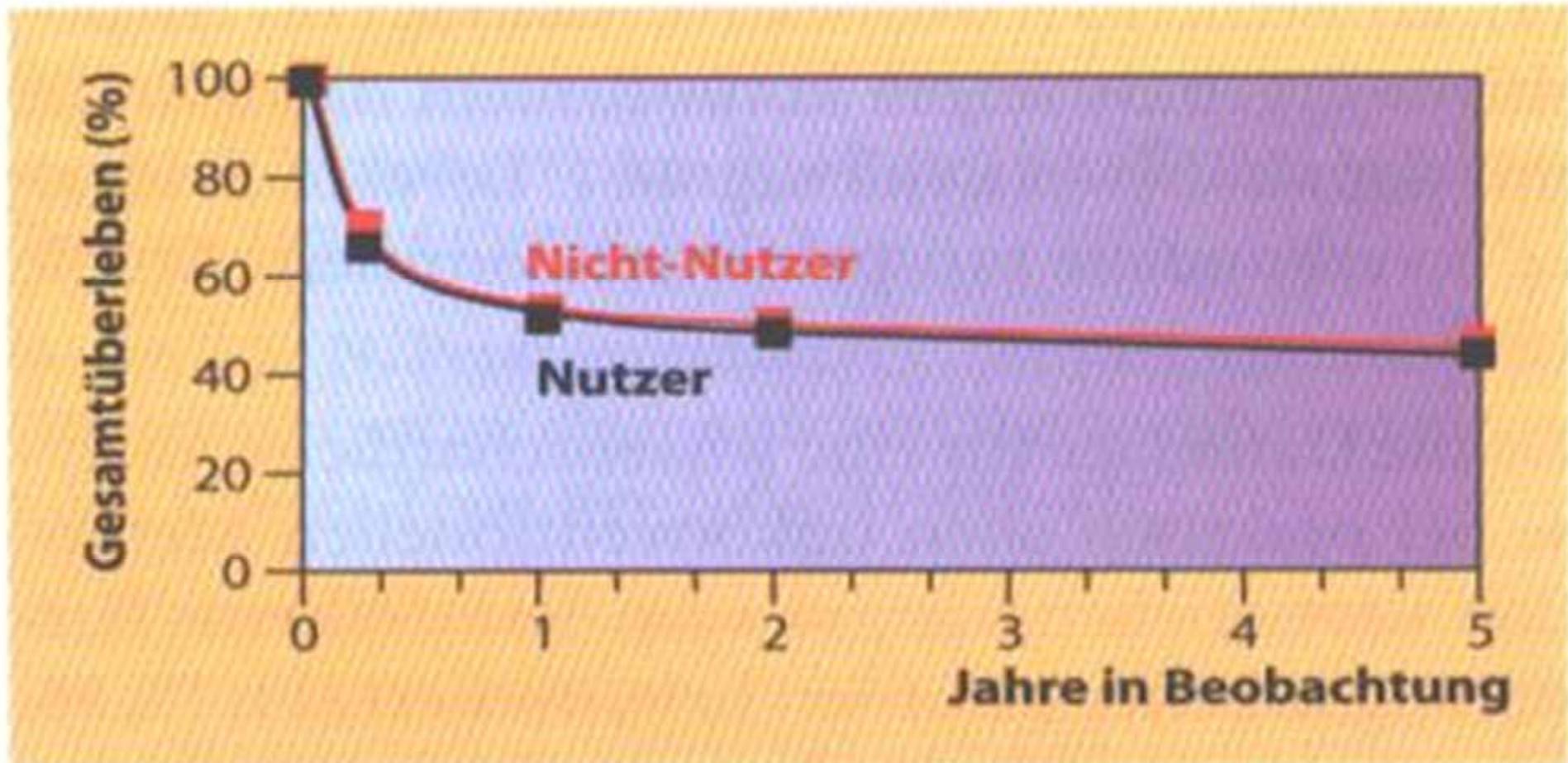
Gründung 2007

**(AGPRIO)**

**ArbeitsGemeinschaft Prävention  
&**

**Integrative Medizin in der Onkologie**

Gründung 2009



**Abb. 24.1:** Überlebenszeit von Patienten mit malignen Tumoren in Abhängigkeit von der Nutzung bzw. Nicht-Nutzung alternativer Therapieangebote (nach 48).

N = 252 mit 50 % „user“

Risberg T. et al. J. Clin. Oncol. 1998; 16: 6 - 12

Final results of the EORTC 18871/DKG 80-1 randomised phase III trial: rIFN- $\alpha$ 2b versus rIFN- $\gamma$  versus ISCADOR M<sup>®</sup> versus observation after surgery in melanoma patients with either high-risk primary (thickness > 3 mm) or regional lymph node metastasis

U.R. Kleeberg\*, S. Suci, E.B. Bröcker, D.J. Ruiter, C. Chartier, D. Liénard, J. Marsden, D. Schadendorf, A.M.M. Eggermont for the EORTC Melanoma Group<sup>1</sup> in cooperation with the German Cancer Society (DKG)<sup>2</sup>

*Hämatologisch-Onkologische Praxis Altona (HOPA), Max-Brues-Allee 52, D-22765 Hamburg, Germany*

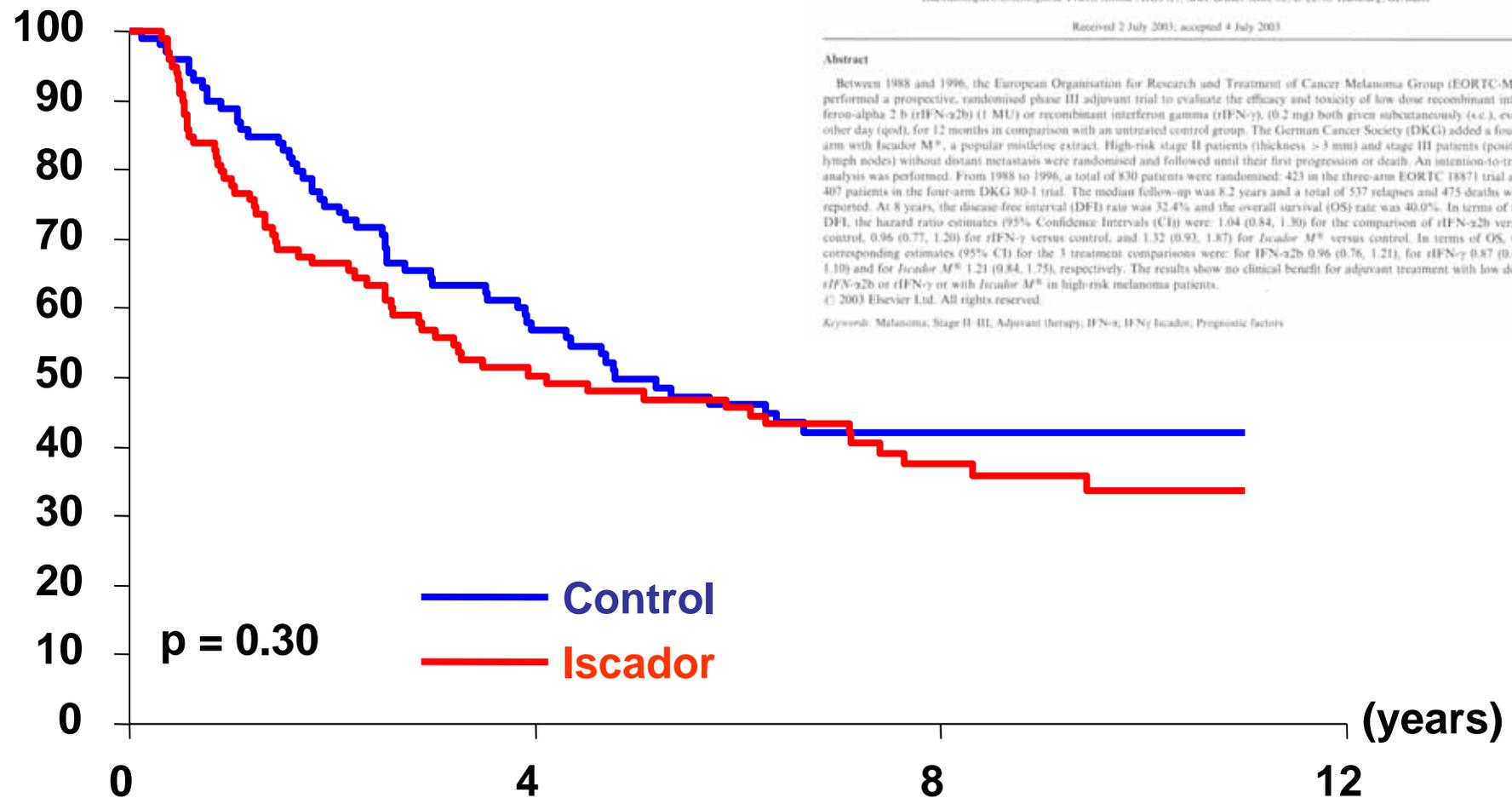
Received 2 July 2003; accepted 4 July 2003

**Abstract**

Between 1988 and 1996, the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Melanoma Group (EORTC-MG) performed a prospective, randomised phase III adjuvant trial to evaluate the efficacy and toxicity of low dose recombinant interferon-alpha 2 b (rIFN- $\alpha$ 2b) (1 MU) or recombinant interferon gamma (rIFN- $\gamma$ ), (0.2 mg) both given subcutaneously (s.c.), every other day (qed), for 12 months in comparison with an untreated control group. The German Cancer Society (DKG) added a fourth arm with Iscador M<sup>®</sup>, a popular mistletoe extract. High-risk stage II patients (thickness > 3 mm) and stage III patients (positive lymph nodes) without distant metastasis were randomised and followed until their first progression or death. An intention-to-treat analysis was performed. From 1988 to 1996, a total of 830 patients were randomised: 423 in the three-arm EORTC 18871 trial and 407 patients in the four-arm DKG 80-1 trial. The median follow-up was 8.2 years and a total of 537 relapses and 475 deaths were reported. At 8 years, the disease-free interval (DFI) rate was 32.4% and the overall survival (OS) rate was 40.0%. In terms of the DFI, the hazard ratio estimates (95% Confidence Intervals (CI)) were: 1.04 (0.84, 1.30) for the comparison of rIFN- $\alpha$ 2b versus control, 0.96 (0.77, 1.20) for rIFN- $\gamma$  versus control, and 1.32 (0.93, 1.87) for Iscador M<sup>®</sup> versus control. In terms of OS, the corresponding estimates (95% CI) for the 3 treatment comparisons were: for IFN- $\alpha$ 2b 0.96 (0.76, 1.21), for rIFN- $\gamma$  0.87 (0.69, 1.10) and for Iscador M<sup>®</sup> 1.21 (0.84, 1.75), respectively. The results show no clinical benefit for adjuvant treatment with low dose rIFN- $\alpha$ 2b or rIFN- $\gamma$  or with Iscador M<sup>®</sup> in high-risk melanoma patients.  
© 2003 Elsevier Ltd. All rights reserved.

**Keywords:** Melanoma; Stage II-III; Adjuvant therapy; IFN- $\alpha$ ; IFN- $\gamma$ ; Iscador; Prognostic factors

Überleben



## Der Deutsche Bundestag:

*Kostenerstattung durch die GKV: Gemäß dem*

- „allgemeinen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis“

*aber seit 1993 auf Beschluß des Bundestags*

- „Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse  
**in der jeweiligen Therapierichtung“**

Ambulante Arzneimittelkosten GKV	2002	€22.049 Mrd.
	<b>2008</b>	<b>~ 26.700 Mrd.*</b>
Davon KAM		<b>Ca. 4.500 Mrd.</b>
Gesamt AM ambulante Onkologie ca.		<b>Ca. 1.000 Mrd.</b>

\* Wissenschaftliches Institut der AOK WidO ( + 204.000 mehr als 2007)



## „Viele WWW – Seiten unterstützen unbewiesene Therapien und einige sind ausgesprochen gefährlich.“

### Original article

*Annals of Oncology* 15: 733–742, 2004

DOI: 10.1093/annonc/mdh174

## Assessing websites on complementary and alternative medicine for cancer

K. Schmidt\* & E. Ernst

*Complementary Medicine, Peninsula Medical School, Universities of Exeter & Plymouth, Institute of Health & Social Care, Exeter, UK*

*Received 17 October 2003; revised 12 January 2004; accepted 15 January 2004*

**Background:** Many cancer patients search the World Wide Web for information on complementary and alternative medicine. The aim of this study was to evaluate the quality of such information and identify the treatments most frequently discussed.

**Materials and methods:** We used a pre-tested search strategy to identify the websites that are most likely to be used by cancer patients and assessed them according to pre-defined criteria.

**Results:** Thirty-two websites were included in this analysis. The quality of these sites was scored on a point system and varied between 8 and 14 points with a maximum of 14. Most sites issued recommendations for a plethora of treatments, which are typically not supported by sound scientific evidence. Three sites had the potential for harming patients through the advice issued. The most frequently discussed therapies were herbal medicines, diets and mind–body therapies.

**Conclusion:** The most popular websites on complementary and alternative medicine for cancer offer information of extremely variable quality. Many endorse unproven therapies and some are outright dangerous.



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

**Daher ist es vernünftig sich an die Experten zu wenden:**



**DURCH WISSEN ZUM LEBEN**

**STRUKTUREN VERÄNDERN  
HEILUNG VERBESSERN**

**Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V.  
unter 0511 388 5262**

**29. DEUTSCHER KREBSKONGRESS**

BERLIN 24. - 27. FEBRUAR 2010 | ICC UND MESSE BERLIN



## Was ist der richtige Weg zur Heilung?

### A n t w o r t :

**Unser Wunschbild fordert eine ganzheitlichen Umsorgung  
mit Berücksichtigung . . .**

- \* körperlicher,
- \* psychischer,
- \* seelischer
- \* und sozialer Bedürfnisse !

# Höhen, Ebenen & Perspektiven

Naturwissenschaftliche Ebene  
Ethische Ebene  
Weltanschaulich / religiöse Ebene  
Gesundheitsökonomische Ebene

Politische Ebene

„Sans souci“ Potsdam



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

## Was ist der richtige Weg zur Heilung?

### Unterschiedliche mentale Argumentations-ebenen:

- Naturwissenschaftlich (EBM)



1. Vermittelbarkeit der jeweiligen medizinischen Richtung,
2. Verhältnis zu anderen medizinischen Systemen,
3. Wirksamkeitsnachweis.

## Schulmedizin und Komplementärmedizin

### Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden

Mit dem „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“ soll ein Diskurs auf gleicher Augenhöhe in Gang gesetzt werden.

Das Verhältnis von Schulmedizin und alternativen medizinischen Konzepten – hier zusammenfassend als Komplementärmedizin bezeichnet – ist im deutschen Gesundheitssystem seit langem von gegenseitigem Misstrauen, Abgrenzung, teilweise Ablehnung geprägt. Von einer systematischen Kooperation oder gar Integration verschiedener medizinischer Grundkonzepte kann bisher nicht die Rede sein. Allenfalls gibt es eine „asymmetrische Koexistenz“, bei der an medizinischen Fakultäten fast ausschließlich Schulmedizin vermittelt und angewandt wird, in weiten Bereichen der ambulanten medizinischen Versorgung dagegen die Nutzung von

Stefan N. Willich<sup>1</sup>, Matthias Girke<sup>2</sup>, Jörg-Dietrich Hoppe<sup>3</sup>, Helmut Kiene<sup>4</sup>, Wolfgang Klitzsch<sup>5</sup>, Peter F. Matthiessen<sup>6</sup>, Peter Meister<sup>4</sup>, Günter Ollenschläger<sup>7</sup>, Hermann Heimpel<sup>8</sup>

belastungsintensiven Lebenssituationen und Stressbewältigung erwartet. Der „Sense of Coherence“, der Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit gegenüber Erkrankung umfasst, findet sich im Wunsch an ein als garheitlich empfundenen medizinisches System wieder (6). Dem Patienten geht es nicht nur um Krankheitskontrolle und Einstellung pathogenetisch relevanter Parameter, sondern um eine aktive, ressourcenmobilisierende Rolle in Krankheitsbewältigung und Therapie.



Eine Zunahme der Patientennachfrage nach komplementärmedizinischen Angeboten ist in vielen westlichen Industrieländern zu beob-



## Eckpunkte onkologischer Ergebnisqualität

---

- ▶ Mortalitätsrate
- ▶ krankheitsfreies Überleben (DFS = disease-free survival)
- ▶ Zeit bis zum Tumorprogreß (TTP)
- ▶ Therapie-Folgestörungen
- ▶ Lebensqualität (Freiheit von Krankheitssymptomatik)

## Research-Design Issues in Cancer-Symptom-Management Trials Using Complementary and Alternative Medicine: Lessons From the National Cancer Institute Community Clinical Oncology Program Experience

David R. Buchanan, Jeffrey D. White, Ann M. O'Mara, Joseph W. Kelaghan, Wendy B. Smith, and Lori M. Minasian

From the National Cancer Institute, Bethesda, MD.

Submitted December 31, 2004; accepted May 12, 2005.

Authors' disclosures of potential conflicts of interest and author contributions are found at the end of this article.

Address reprint requests to David R. Buchanan, MD, MSc, Director, Community Clinical Oncology Program, National Cancer Institute, 6130 Executive Plaza, Rm 2104, Bethesda, MD 20892-7317; e-mail: buchanda@mail.nih.gov.

0732-183X/05/2327-6682/\$20.00

### ABSTRACT

#### Purpose

To identify major research-design issues in proposals submitted by investigators in the Community Clinical Oncology Program (CCOP) for clinical trials of complementary and alternative medicine (CAM) for cancer-symptom management.

#### Methods

The CCOP to the National Cancer Institute (NCI) to identify research challenges in conducting clinical trials designed to evaluate CAM interventions for cancer-symptom management.

#### Results

Since the inception of the NCI Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine in 2002, 20 studies have been proposed by CCOP investigators with 20 studies now in progress comprising 22% of the total CCOP portfolio. These studies were divided into four categories: integrative medicine; complementary interventions; and alternative medical systems. The most significant research-design issues arose as a consequence of inadequate quality-control standards for CAM interventions and the lack of quality-control standards comparable to those used in regulating new pharmaceutical agents.

#### Conclusion

Across all intervention types, common problems found in proposed research designs are related to unwarranted assumptions about the consistency of data-based justifications for the study hypotheses, and the need to implement appropriate quality control and monitoring procedures during the trial. To improve the state of the science, future research designs for CAM interventions are to be evaluated rigorously and have a consequent impact on clinical practice and general public awareness.

*J Clin Oncol* 23:6682-6689.

### INTRODUCTION

Many cancer patients perceive a benefit to the use of complementary and alternative medicine (CAM), but many CAM products and procedures have not been tested adequately to determine their safety and efficacy. Even less is known about the interaction of CAM inter-

ventions with chemotherapy and radiation. With technical support, scientific review, and funding from the National Cancer Institute (NCI) Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine (OCCAM), the NCI-supported Community Clinical Oncology Program (CCOP) has been conducting clinical trials to evaluate CAM interventions for

## NCI USA:

## Conditio sine quo non für die Einführung von KAM:

- Rational zu begründende Voraussetzungen für die Intervention
- Notwendigkeit und Konsistenz nachvollziehbarer Daten als Grundlage der Studienhypothesen
- Standardisierung der KAM – Interventionen
- Einhalten von Grundsätzen der Qualitätskontrolle, spez. externen Monitoring im Studienverlauf



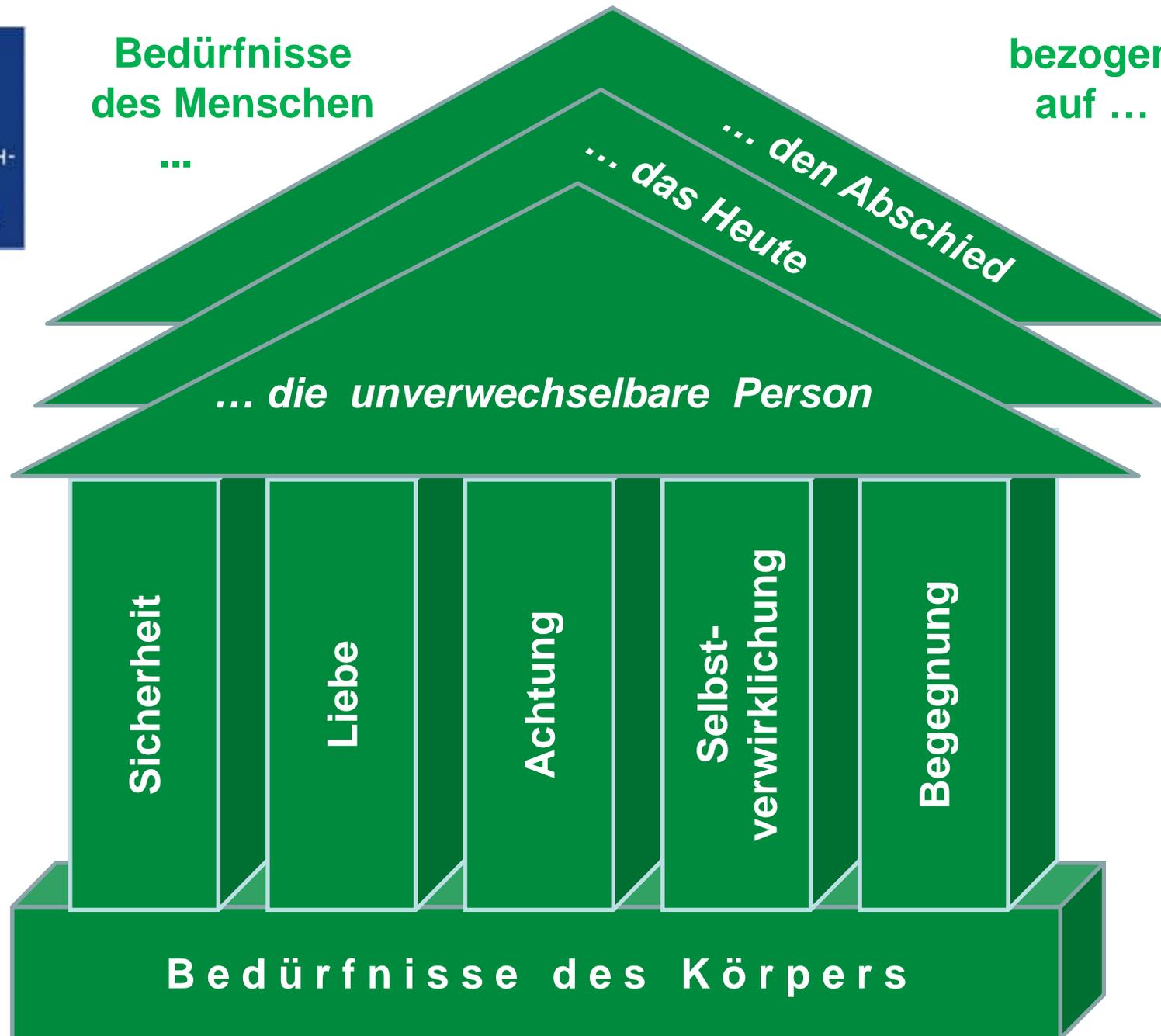
## Was ist der richtige Weg zur Heilung?

### Unterschiedliche mentale Argumentations-ebenen:

- **Naturwissenschaftlich** (EBM)
- **Philosophisch** (Kritischer Realismus, Konstruktivismus)

Bedürfnisse  
des Menschen

bezogen  
auf ...



Var. nach F. Rest, Dortmund II / 2008



## Was ist der richtige Weg zur Heilung?

### Unterschiedliche mentale Argumentations-ebenen:

- **Naturwissenschaftlich** (EBM)
- **Philosophisch** (Kritischer Realismus, Konstruktivismus)
- **Geisteswissenschaftlich** (Anthroposophie)



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA





## Was ist der richtige Weg zur Heilung?

### Unterschiedliche mentale Argumentations-ebenen:

- Naturwissenschaftlich (EBM)
- Philosophisch (Kritischer Realismus, Konstruktivismus)
- Geisteswissenschaftlich (Anthroposophie)
- Religiös („Naturvölker“ vs. Weltreligionen)



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA



Devotionalien  
als  
Danksagung  
Städt.  
Museum  
Dresden



## Was ist der richtige Weg zur Heilung?

### Unterschiedliche mentale Argumentations-ebenen:

- **Naturwissenschaftlich** (EBM)
- **Philosophisch** (Kritischer Realismus, Konstruktivismus)
- **Geisteswissenschaftlich** (Anthroposophie)
- **Religiös** („Naturvölker“ vs. Weltreligionen)
- **Historisch** (Galens Körpersäfte, Homöopathie)



D. N. Chodowiecki (1726 – 1801)

Basedow'sches Elementarwerk für die Jugend und ihre Freunde 1774





HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA



Samuel Hahnemann  
1755 - 1843  
Meißen



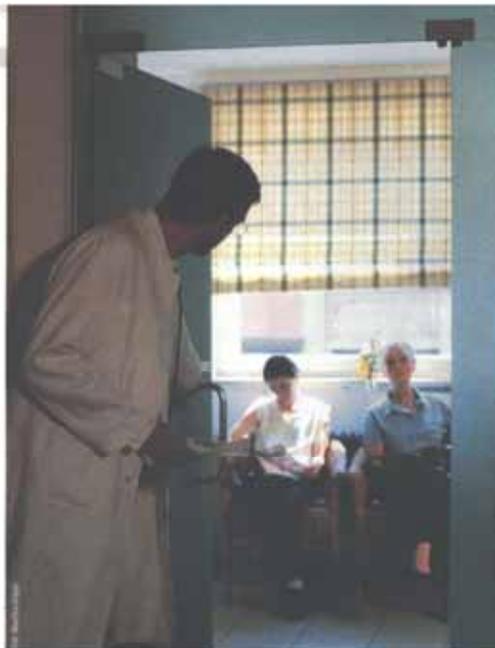
## Was ist der richtige Weg zur Heilung?

### Unterschiedliche mentale Argumentations-ebenen:

- **Naturwissenschaftlich** (EBM)
- **Philosophisch** (Kritischer Realismus, Konstruktivismus)
- **Geisteswissenschaftlich** (Anthroposophie)
- **Religiös** („Naturvölker“ vs. Weltreligionen)
- **Historisch** (Galens Körpersäfte, Homöopathie)
- **Gesundheitspolitisch** (Priorisierung)



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA



SKANDINAVISCHES GESUNDHEITSSYSTEME

Deutsches  
Arzteblatt

14



## Priorisierung statt verdeckter Rationierung

Die Gesundheitssysteme in Nordeuropa haben auf die Frage nach der gerechten Verteilung knapper Ressourcen frühzeitig eine Antwort gegeben, die in anderen Ländern zumindest teilweise als politisch höchst umstritten gilt: Weil die Bedürfnisse der Menschen in gesundheitlicher Hinsicht im Prinzip immer größer sein werden als die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen, wird man in einem ersten Schritt das Angebot an gemeinschaftlich zu finanzierenden Gesundheitsleistungen im demokratischen Prozess festlegen. In einem zweiten Schritt wird man dann den Zugang zu diesen Leistungen nach Prioritäten regulieren, die im gesellschaftlichen Diskurs bestimmt werden. Diese Zugangsregulierung bezeichnet man als Priorisierung.

Der erste Schritt ist ein auch in Deutschland akzeptierter Regulie-

rungsmechanismus im Gesundheitssystem. Nach dem Abschied von der durch langjähriges Wirtschaftswachstum gespeisten Illusion, Gesundheit sei ein prinzipiell freies Gut, hat sich in den vergangenen 20 Jahren die politische Bezeichnung „Gesundheitsreform“ für solche Regulierungsschritte eingebürgert.

### So gerecht wie möglich und nach öffentlicher Diskussion

Anders verhält es sich mit dem in Nordeuropa vollzogenen zweiten Schritt, der Priorisierung: Ihre Notwendigkeit, ja Unvermeidbarkeit wird in Deutschland durch die immer wiederholte Feststellung ersetzt, es gebe noch genügend große Rationalisierungspotentialen, die nur gehoben werden müssten. Die Folge ist jedoch nicht etwa die Abwesenheit von Priorisierung oder Rationierung, wie es in der deutschen Diskussion oft

noch heißt, sondern die Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen auf nachgelagerte Ebenen. So fallen viele Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen im deutschen System auf der Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses; und noch häufiger werden diese Entscheidungen auf die direkte Versorgungsebene zwischen Patient und Leistungserbringer verlagert.

Priorisierung ist dagegen in den Gesundheitssystemen Nordeuropas Normalität, meist in der Form von Wartezeiten beziehungsweise -listen. Sie hat – jeweils nach breiter gesellschaftlicher Diskussion – in allen nordeuropäischen Staaten Eingang in die gesetzlichen Bestimmungen für die Gesundheitssysteme gefunden.

Eine öffentliche Diskussion über die Notwendigkeit von Prioritätensetzung im Gesundheitswesen gibt es in Nordeuropa bereits seit Mitte der 80er-Jahre. Angesichts einer als

## Stufen der Priorität:

1. Schutz des Lebens und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen.
2. Schutz vor Beeinträchtigung o. Ausfall wesentlicher Körperfunktionen
3. Schutz vor vorübergehenden o. weniger schweren Beeinträchtigungen
4. Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen

### Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur

### Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- Zusammenfassung -

(September 2007)

#### Vorwort

Auch wenn die gesundheitspolitischen Entscheidungen der letzten Jahre noch nicht einmal vollständig umgesetzt sind, so besteht doch kein Zweifel, dass die Reformen den gesetzlichen Krankenkassen allenfalls mittelfristig wirksame finanzielle Entlastungen ermöglichen. Der wachsende medizinische Fortschritt sowie der demografische und epidemiologische Wandel werden dazu beitragen, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch in Zukunft vor erheblichen Finanzierungsproblemen stehen. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) möchte mit dieser Stellungnahme erneut eine Vorgehensweise aufgreifen und öffentlich zur Diskussion stellen, die bislang in den politischen Entscheidungen wenig Resonanz gefunden hat: die Priorisierung medizinischer Leistungen. Sie knüpft damit an ein erstes Memorandum aus dem Jahre 2000 an zu „Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Müssen und können wir uns entscheiden?“. Die ZEKO ist der Überzeugung, dass gewichtige ethische Argu-

mente für eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen sprechen – auf Ebenen oberhalb der Patientenversorgung in Klinik und Praxis (d. h. oberhalb der sogenannten Mikroebene). Sie will mit dieser Stellungnahme auf konstruktive Weise zur Diskussion über die Gestalt unseres Gesundheitswesens beitragen.

Der nachfolgende Text entspricht dem Kapitel 3 „Zusammenfassung und Empfehlungen“ einer umfangreicheren Stellungnahme der ZEKO zur „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“. Die ausführliche Stellungnahme ist im Internet unter [www.zentrale-ethikkommission.de](http://www.zentrale-ethikkommission.de) abrufbar.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing  
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission  
bei der Bundesärztekammer

#### 1. Zusammenfassung und Empfehlungen

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dürfte sich in den kommenden Jahren ungeachtet aller Reformversuche durch ausgaben- und einnahmensseitige Faktoren weiter verschärfen. Ein steigender Bedarf an Gesundheitsleistungen ist vor allem durch den demografischen und epidemiologischen Wandel zu erwarten. Gleichzeitig eröffnet der – grundsätzlich zu begrüßende – medizinisch-technische Fortschritt immer neue, nicht selten kostspielige(r) Diagnose- und Therapieverfahren. Sie treiben Bedarf und Nachfrage nach medizinischen Leistungen und damit die Gesundheitsausgaben weiter in die Höhe.

Da viele medizinische Innovationen insbesondere älteren Menschen und chronisch Kranken zugute kommen, trägt die Interaktion von medizinischem Fortschritt und demografischem und epidemiologischem Wandel wesentlich zur Ausgabenerweiterung im Gesundheitswesen bei.

Angeichts dieser Herausforderungen hält es die ZEKO für dringend erforderlich, auch in Deutschland eine breite öffentliche Diskussion über eine explizite Prioritätensetzung in der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zu beginnen und dauerhaft zu implementieren. Ohne dem notwendigen gesellschaftspolitischen

Diskussionsprozess vorzuziehen, unterbreitet die ZEKO im Folgenden Empfehlungen, an welchen normativen – ethischen wie rechtlichen – Maßstäben sich eine Prioritätensetzung orientieren sollte und welche Maßnahmen geeignet sein könnten, den Prozess einer Prioritätensetzung dauerhaft im deutschen Gesundheitswesen zu etablieren.

#### 1.1 Kriterien der Prioritätensetzung

Aufgrund der besonderen Bedeutung des Gutes „Gesundheit“ für das Wohlergehen und die Selbstbestimmung des Einzelnen sowie die Chancengleichheit in der Gesellschaft sollten sich Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen primär an ethischen und rechtlichen und nicht ausschließlich an wirtschaftlichen Maßstäben orientieren. Grundlegend ist die Überzeugung, dass es in der GKV unter Knappheitsbedingungen gerechter wäre, allen Bürgern Zugang zu einer Basisversorgung zu ermöglichen als nur einem Teil der Bevölkerung Zugang zu allen aktuell verfügbaren medizinischen Maßnahmen. Dabei sind die Probleme vulnerabler und benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen.

Die ZEKO setzt sich mit Nachdruck für einen Vorrang der Rationalisierung vor der Rationierung ein. Angesichts der solidarisch auf-

**Komplementäre Verfahren können auf Wunsch des Patienten nach gründlicher Abwägung möglicher Risiken (Neben- und Wechselwirkungen) im Einzelfall eingesetzt werden.**

**A u s z u g : 1/5**

**DKG 2010**

- Komplementäre Verfahren beruhen auf unterschiedlichen Methoden und Substanzen, die zum Teil aus der Naturheilkunde stammen oder auf andere Weise Gedanken eines „**ganzheitlichen**“ **Therapiekonzepts** verfolgen.
- Sie ersetzen keine aktive antitumorale oder supportive Therapie, sondern stellen **ergänzende Methoden** dar, die es dem Patienten ermöglichen **selbständig** tätig zu werden.
- Es gibt keine allseits anerkannte Definition der komplementären und alternativen Medizin. Meist wird sie von der so genannten „**Schulmedizin**“ **abgegrenzt**, ohne dass diese Grenzziehung einheitlich erfolgt.
- Von den meisten Anbietern und Anwendern der komplementären Medizin wird der **Grundsatz der wissenschaftlichen Erforschung** der Methoden und die Durchführung dieser Forschung gleichermaßen wie in der konventionellen Therapie anerkannt.

**Komplementäre Verfahren können auf Wunsch des Patienten nach gründlicher Abwägung möglicher Risiken (Neben- und Wechselwirkungen) im Einzelfall eingesetzt werden.**

**A u s z u g : 2/5**

**DKG 2010**

- Komplementäre Therapie muß auf der **wissenschaftlichen Medizin** gründen. Ihr **Wirksamkeitsnachweis** (EBM) ist *conditio sine qua non*. Sie kann **ergänzend** in Abstimmung mit der „Schulmedizin“ angewendet werden,
- Für Malignome gibt es bisher keine prospektiven, kontrollierten, klinischen Phase III -Studien, die eine **antitumorale Wirksamkeit** von Präparaten oder Methoden der komplementären oder alternativen Medizin statistisch signifikant belegen.
- Da über **Interaktionen** wenig bekannt ist, aber eine Wirkungsabschwächung insbesondere bei Substanzen, die **Cytochrom P450 3A4** beeinflussen und generell bei Antioxidantien während Chemo- und Strahlentherapie und auch bei *Signal – Transduktions – Hemmern (TKI)* möglich ist, sollte der **parallele Gebrauch** in pharmakologischen Dosierungen **vermieden** werden. Stattdessen sollten Nährstoffe über eine obst- und gemüsereiche Ernährung aufgenommen werden.

**Komplementäre Verfahren können auf Wunsch des Patienten nach gründlicher Abwägung möglicher Risiken (Neben- und Wechselwirkungen) im Einzelfall eingesetzt werden.**

**A u s z u g : 3/5**

**DKG 2010**

- In der **supportiven Therapie** werden unterschiedliche Methoden und Substanzen bei antitumoraler Therapie eingesetzt. In diesem Zusammenhang ist es neben der Bewertung der Datenlage für die Wirkung der Methode von großer Bedeutung Hinweise auf negative Wirkungen (direkte Schädigung und Interaktionen) zu beachten. Hierzu ist die Datenlage z.T. gering.
- Da die **Sicherheit der Patienten** im Vordergrund steht sind auch Hinweise auf mögliche negative Wirkungen aus Präklinik und Fallberichten bei der **Risikoabwägung** zu berücksichtigen.
- Bei der **Phytotherapie** handelt es sich im Gegensatz zum Einsatz von isolierten und definierten sekundären Pflanzenstoffen um **Extrakte**, die Vielstoffgemische darstellen. Es gibt keine Publikationen klinischer Studien zur europäischen Pflanzenheilkunde und ihrer Bedeutung bei Tumorpatienten.

**Komplementäre Verfahren können auf Wunsch des Patienten nach gründlicher Abwägung möglicher Risiken (Neben- und Wechselwirkungen) im Einzelfall eingesetzt werden.**

**Auszug: 4/5**

**DKG 2010**

- Ein therapeutischer Nutzen der **Homöopathie** als supportive Therapie ist nicht erwiesen. Eine Cochrane-Analyse umfasst eine sehr heterogenen Gruppe von Studien. Es existieren keine wissenschaftlichen Studien die den positiven Effekt der Homöopathie bei Tumorpatienten belegen.
- **Nahrungsergänzungsmittel** sind Vitamine und Spurenelemente, Aminosäuren, Fettsäuren und sekundäre Pflanzenstoffe. Z.T. werden Sie als Einzelsubstanzen meist aber als Mischungen angeboten. Die Zusammensetzung variiert stark, nur einige Präparate sind am physiologischen Bedarf orientiert. Sie werden häufig mit der Intention der Abschwächung von uAW der Chemo- oder Strahlentherapie eingenommen.

**Komplementäre Verfahren können auf Wunsch des Patienten nach gründlicher Abwägung möglicher Risiken (Neben- und Wechselwirkungen) im Einzelfall eingesetzt werden.**

**A u s z u g : 5/5**

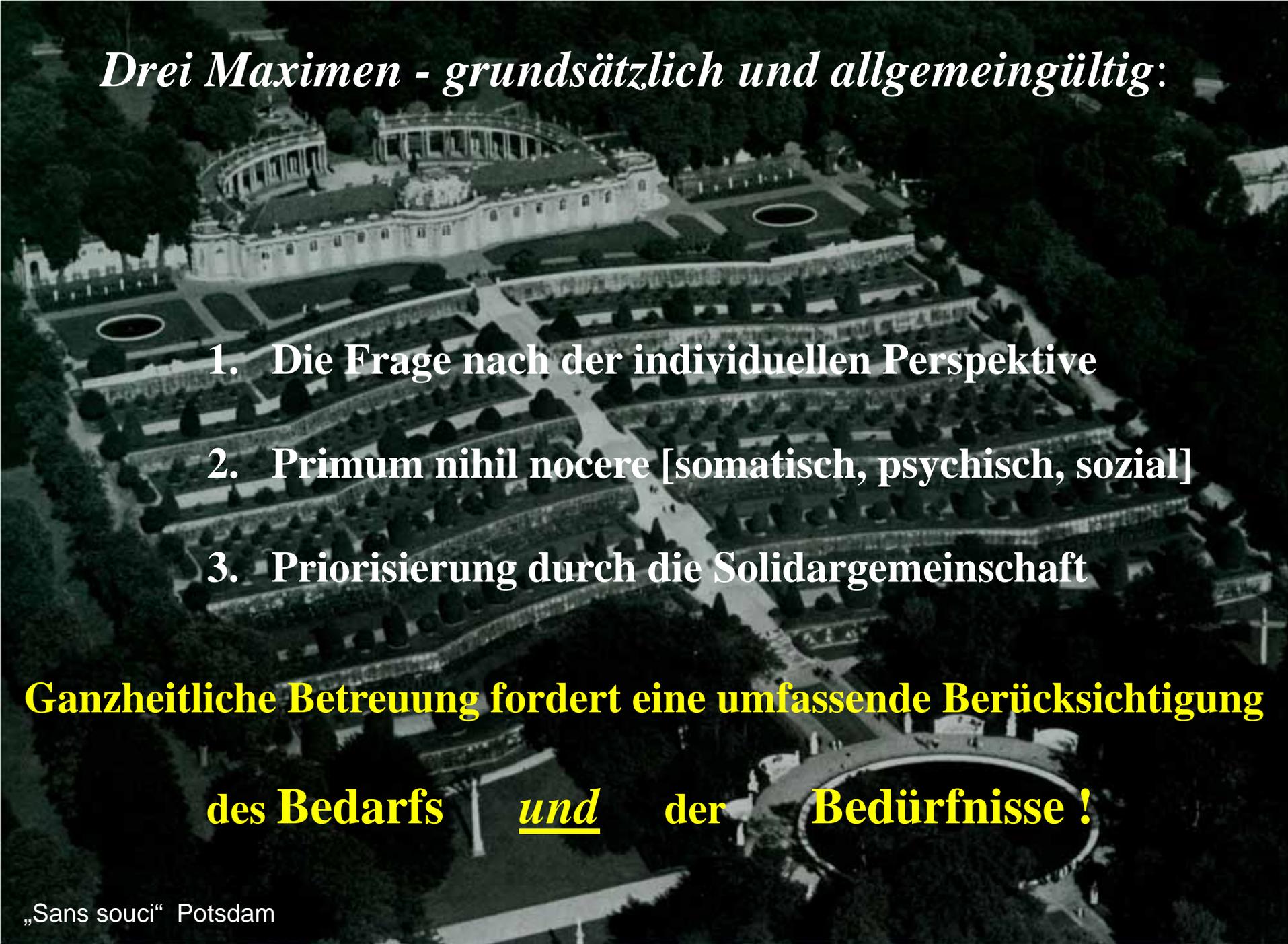
**DKG 2010**

➤ Zum Einsatz von Chinesischen Kräutermischungen gemäß der **TCM (Traditionellen Chinesischen Medizin)** gibt es Hinweise auf positive Effekte bezüglich **Lebensqualität**.

Die Anwendung außerhalb von Studien ist nicht zu empfehlen.

Es liegen kaum Informationen zu Interaktionen und Nebenwirkungen vor.

Es gibt eine Reihe von Berichten zu auf **unsauberen Präparaten und Beimischungen** beruhenden z.T. tödlichen Folgen einer Therapie mit Kräutern aus asiatischen Quellen. Zu den gefundenen Beimengungen gehören Schwermetalle, Pestizide und auch medizinisch wirksame Substanzen wie Corticoide und Coumarine.



*Drei Maximen - grundsätzlich und allgemeingültig:*

1. Die Frage nach der individuellen Perspektive
2. Primum nihil nocere [somatisch, psychisch, sozial]
3. Priorisierung durch die Solidargemeinschaft

**Ganzheitliche Betreuung fordert eine umfassende Berücksichtigung  
des Bedarfs und der Bedürfnisse !**

„Sans souci“ Potsdam

## **inCONTACT: Interdisciplinary Competence Network for Advice on Complementary Medicine in Oncology**

Im Netzwerk **inCONTACT** arbeiten Experten der klinischen Onkologie und komplementären Medizin und verschiedener Disziplinen der Versorgungsforschung mit Partnern aus führenden onkologischen Fachgesellschaften und Institutionen unterschiedlicher Versorgungsstufen und –formen sowie Patienten eng zusammen. Es entsteht ein Kompetenznetzwerk, das in einer Reihe von aufeinander abgestimmten und eng miteinander verbundenen Teilprojekten das Angebot an Informationen zur komplementären und alternativen Medizin (KAM) in der Onkologie für Patienten, Fachleute, die Öffentlichkeit und gesellschaftliche Kräfte systematisch verbessern wird. Das interne Qualitätsmanagement unterstützt eine effektive und nachhaltige Entwicklung des Netzwerks.

Im Mittelpunkt der Arbeit des Netzwerks steht der Wunsch des Patienten nach selbstbestimmtem Handeln auf dem Boden einer seinen Bedürfnissen entsprechenden Information. Die Grundlage der Information sind wissenschaftliche Evidenz, die Frage nach Wirksamkeit (Nachweis) und Sicherheit für den Einzelnen und Effektivität im gesellschaftlichen Kontext.

Die Kernaufgaben sind:

### Assessment of the current status quo in CAM in all relevant aspects.

This aspects cover definition of CAM, identification of stakeholders and their attitude towards CAM, present use of CAM in oncology, information demand and flow of information, ethical problems, economic aspects and methods for the assessment of benefit of CAM interventions.

### Implementation of competence network

The implementation of a competence network focus on the structure, experts (disciplines) and communication within a competence network ‘Complementary Medicine in Oncology’ and will consider methodological recommendation for development of networks and communicational structures. Special attention will be given to the development of a internal quality assurance structure (Kennzahlen) as well to an external validation (advisory board)

### Dissemination of information

Dissemination covers all topics that aim to inform relevant stakeholders (patients, physicians etc.) about CAM and the study results obtained by the different members of the competence network and the development of standards for training and qualification of health care professionals and advisors.



**inCONTACT:** Projektantrag der *DKG – AGPRIO & APM* mit der *DKH* (2011-13 ff)  
**Interdisciplinary Competence Network for Advice on  
Complementary Medicine in Oncology**

Im Mittelpunkt der Arbeit des Netzwerks steht der **Wunsch des Patienten** nach selbstbestimmtem Handeln auf dem Boden einer seinen Bedürfnissen entsprechenden Information.

Die Grundlage der Information sind

- **wissenschaftliche Evidenz**,
- die Frage nach **Wirksamkeit(snachweis)** und **Sicherheit** für den Einzelnen
- und **Effektivität** im gesellschaftlichen Kontext.

**Die Kernaufgaben:**

- **Untersuchung der gegenwärtigen Bedeutung von KAM in allen relevanten Aspekten**
- **Einrichtung eines Kompetenz – Netzwerks**
- **Verbreitung der Information**



Kos 10 /08



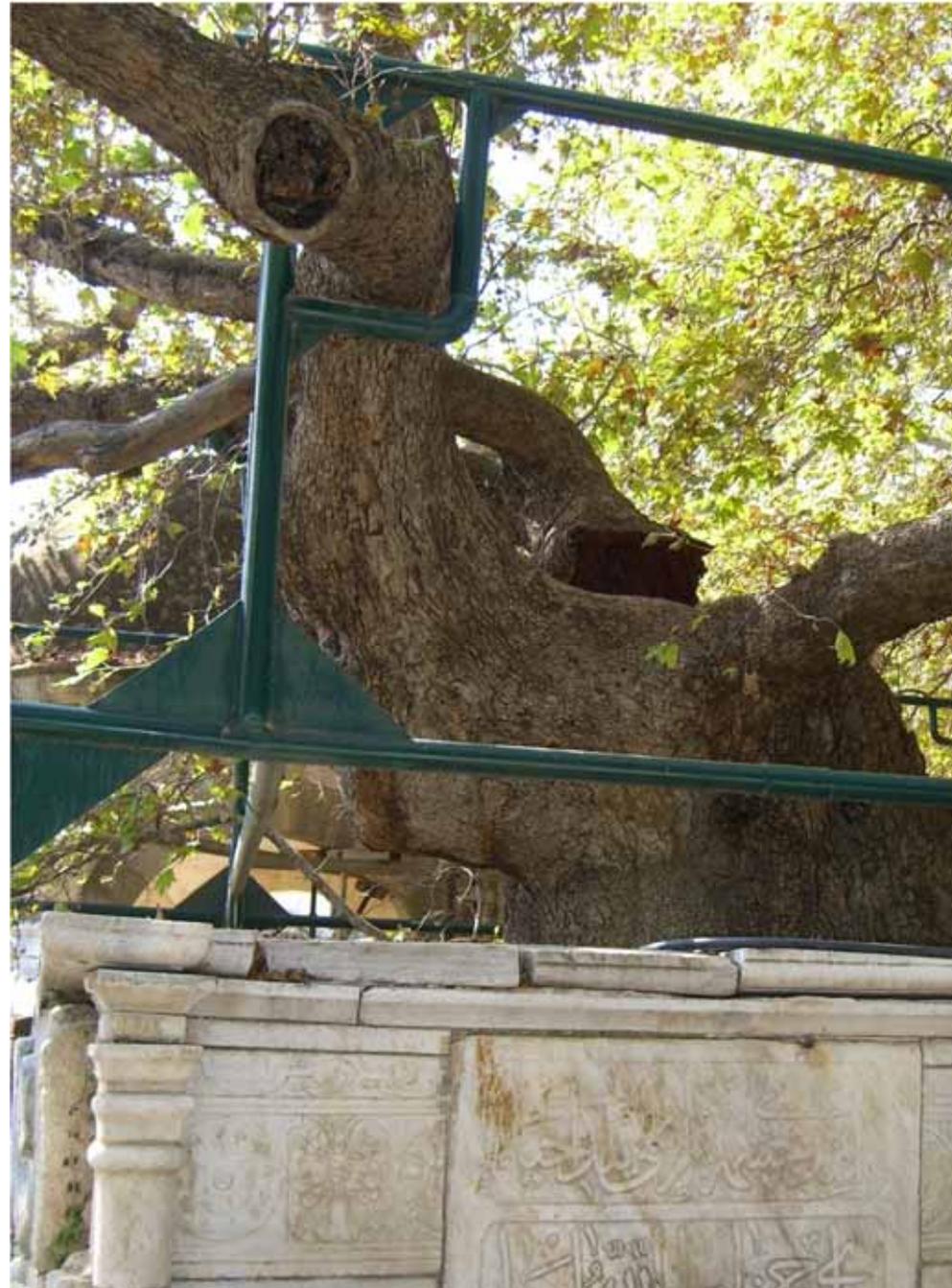
HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA



*Platane des  
Hippokrates  
500 vC.  
Kos 10 / 08*



HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA



**Kos 10 /  
08**

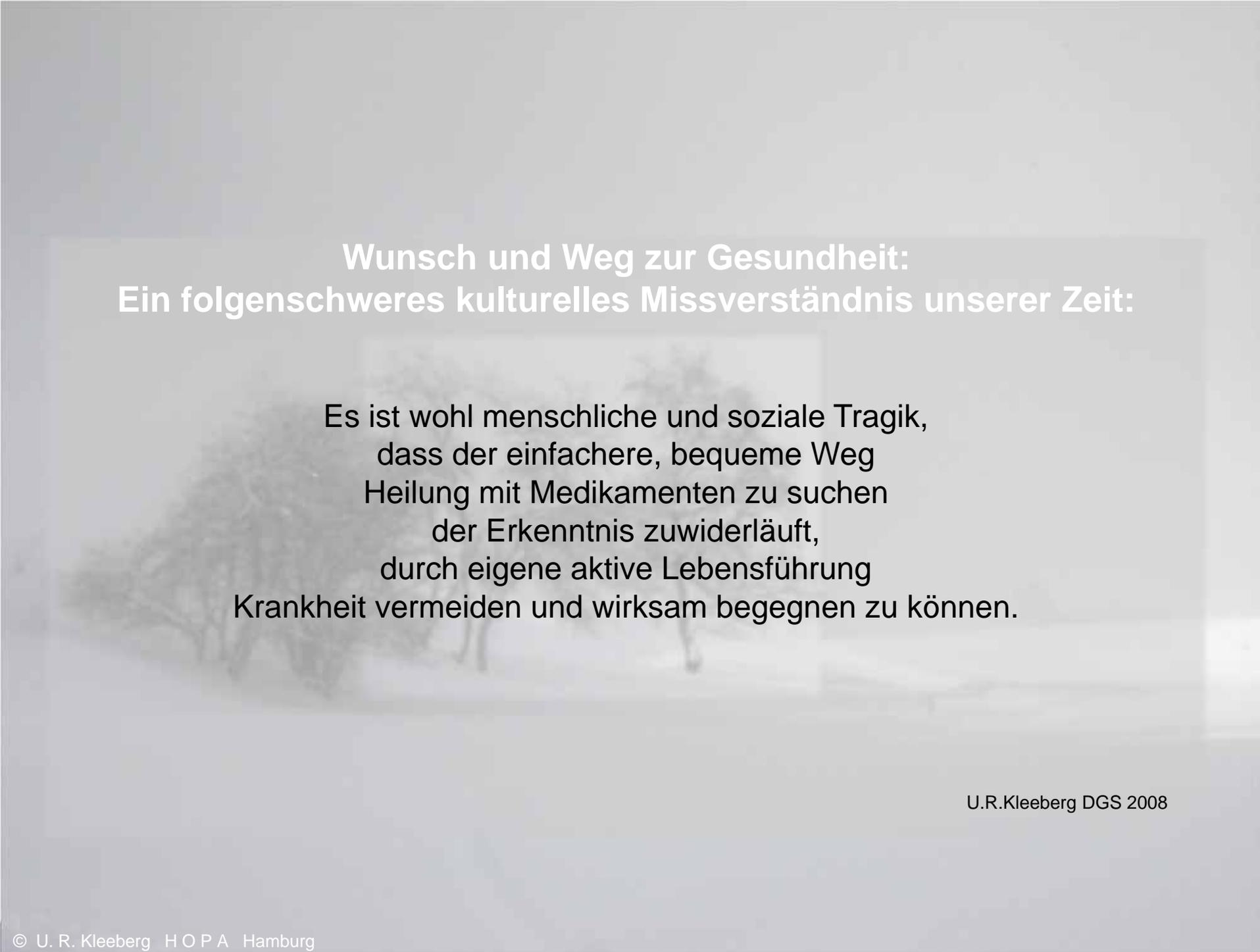


**Einen logischen,  
wahrhaftigen und  
wissenschaftlich fundierten  
Zugang zur Krankheit  
zu finden,  
Kranke vor Schaden zu  
bewahren,  
ist Grundlage und  
Verpflichtung  
ärztlichen Handelns.**



**Hippokrates von Kos**





**Wunsch und Weg zur Gesundheit:  
Ein folgenschweres kulturelles Missverständnis unserer Zeit:**

Es ist wohl menschliche und soziale Tragik,  
dass der einfachere, bequeme Weg  
Heilung mit Medikamenten zu suchen  
der Erkenntnis zuwiderläuft,  
durch eigene aktive Lebensführung  
Krankheit vermeiden und wirksam begegnen zu können.

U.R.Kleeberg DGS 2008