

## Inhalt

### Kompetenznetz

- KML-Fortbildungsreihe S. 2
- Videoberichte aus Lugano S. 4
- ZNS-Flyer erschienen S. 4

### Studien & Studiengruppen

- Aktuelle Studien 2017 S. 5
- German Lymphoma Alliance (GLA) gegründet S. 9

### Neues aus der Industrie S. 11

### Hilfe & Unterstützung

- Myelom Deutschland e.V. S. 12

### Impressum S. 12

## Termine

- 09. September 2017\_KÖLN  
NHL-Symposium für Patienten
- 16. September 2017\_MÜNCHEN  
Krebs-Informationstag 2017 für Patienten
- 22. September 2017\_KÖLN  
Studientreffen der GHSG
- 22./23. September 2017\_HEIDELBERG  
Myelomtage mit Ärztefortbildung,  
GMMG-Studientreffen und Patiententag
- 29. Sept.– 03. Oktober 2017\_STUTTGART  
Gemeinsame Jahrestagung der DGHO mit  
KML-Symposium am 3. Oktober 2017
- 13./14. Oktober 2017\_GÖTTINGEN  
4. Norddeutsches Lymphomforum
- 20./21. Oktober 2017\_HOHENKAMMER  
30. Arbeitstreffen der DCLLSG
- 04. November 2017\_WÜRZBURG  
Myelom-Forum Würzburg. Symposium  
für Patienten
- 10./11. November 2017\_FELDAFING  
10. Myelomworkshop Starnberger See &  
DSMM-Studientreffen
- 10./11. November 2017\_ERFURT  
OSHO-Herbsttagung
- 16.–18. November 2017\_ULM  
Studientreffen der DSHNHL/GLSG/GLA

## Grußwort



Liebe Leserinnen und Leser,

im Mittelpunkt dieses Newsletters stehen zwei Kernaufgaben des KML: zum einen die Durchführung klinischer Therapiestudien mit dem Ziel, die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Lymphomen nachhaltig zu verbessern, zum anderen die systematische Weitergabe neuer Forschungsergebnisse an Ärzte, Studienmitarbeiter und Patienten.

Seit einigen Jahren führt das KML in Kooperation mit zahlreichen Kliniken und Schwerpunktpraxen Fortbildungen zu verschiedenen Lymphom-entitäten durch. In diesem Jahr konnten die beiden letzten Reihen zur chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) und zum Multiplen Myelom abgeschlossen werden – und zwar sehr erfolgreich, wie die Evaluation in diesem Heft zeigt. Ich freue mich, dass es dem KML gelungen ist, in diesem und im nächsten Jahr zwei weitere Themen anbieten zu können: Die Fortbildungen zu indolenten Lymphomen und zum Hodgkin Lymphom können ab sofort gebucht werden. Ich selbst durfte bei einer ganz anderen Form der Wissensvermittlung mitwirken: In der Reihe »LymphomKompetenz KOMPAKT« haben Experten in kurzen Videokommentaren vom internationalen Lymphom-Kongress in Lugano berichtet. Auf diesem Weg können Sie sich kurz und prägnant informieren, welche Themen aktuell diskutiert werden – die Videos sind weiterhin online!

Für den weiteren Fortschritt in der Behandlung maligner Lymphome ist die Durchführung klinischer Studien nach wie vor von zentraler Bedeutung. Sie sehen in der Studientabelle dieses Newsletters, dass im Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. zahlreiche Therapiestudien durchgeführt werden. Da das Management dieser Studien aufgrund der regulatorischen Auflagen immer aufwändiger wird, ist es notwendig, dass wir Ärzte und Wissenschaftler unsere Kräfte bündeln und Synergien bilden. Mit diesem Ziel wurde im März dieses Jahres die German Lymphoma Alliance (GLA) gegründet, einem Zusammenschluss zahlreicher Lymphom-Studiengruppen (in alphabetischer Reihenfolge: DSHNHL, GLSG, deutsches Marginalzonenregister, europäisches MCL-Netzwerk, WP Lymphome der OSHO, deutsche PTLD-Studiengruppe, europäisches Waldenström-Konsortium, kooperative Studiengruppe ZNS-Lymphome). In dieser Allianz werden wir zukünftig die akademischen Studienaktivitäten in den verschiedenen NHL-Subtypen bündeln. Zusätzlich steht mit dem GLA-Sekretär N. Schmitz ein zentraler Ansprechpartner für Firmen-gesponserte Lymphomstudien zur Verfügung. Innerhalb von 14 Tagen erhalten die anfragenden Firmen Rückmeldung und optional geeignete Studienzentren zur Auswahl. Auf diesem Weg hoffen wir, die klinische Forschung in Deutschland wesentlich zu stärken.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre und einen wohltemperierten Sommer!

Ihr

Martin Dreyling

## Evaluation der KML-Fortbildungen & Start neuer Reihen

T. Nöllgen. Das Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. hat in den vergangenen zwei Jahren erfolgreich seine Fortbildungsreihen zur Chronischen lymphatischen Leukämie sowie zum Multiplen Myelom durchgeführt. In bisher insgesamt 29 Krankenhäusern und Behandlungszentren deutschlandweit haben über 600 Ärzte an den Fortbildungen teilgenommen.

Wurde Produktneutralität gewahrt?

Fortbildung CLL & MM

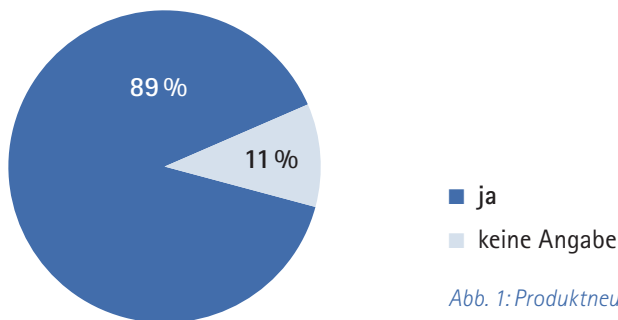


Abb. 1: Produktneutralität

„sehr gut“ oder „gut“. Auch die vielen anderen Fragen wie zum Beispiel die nach der Auswahl des Themas, der Referenten und deren Vortragsstil bekamen mehrheitlich die Noten „sehr gut“ und „gut“.

Da die KML-Fortbildungsreihen durch Sponsoren der pharmazeutischen Industrie finanziell unterstützt werden, war die Frage nach der Produktneutralität für das KML von besonderer Bedeutung. Zu den Sponsoren der Reihe Chronische lymphatische Leukämie zählten die Janssen-Cilag GmbH sowie die Roche Pharma AG. Die Janssen-Cilag GmbH hat zudem das Sponsoring der Reihe zum Multiplen Myelom übernommen. Obwohl die Firmen faktisch keinen Einfluss auf die vermittelten Inhalte der jeweiligen Fortbildungen haben, wollten wir wissen, ob dies von den Ärzten auch entsprechend wahrgenommen wird. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass 89 Prozent der Befragten die Produktneutralität für gewahrt hielten. Die übrigen Befragten hatten diese Frage nicht beantwortet, die inhaltliche Ausgewogenheit wurde von niemandem in Frage gestellt. Sämtliche Evaluierungsergebnisse, eine Liste der teilnehmenden Krankenhäuser und weitere Informationen sind auch im Internet unter [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de) nachzulesen.

Das vom KML-Vorstand ausgewählte Referententeam setzte sich bei der CLL aus Clemens-Martin Wendtner (München), Stephan Stilgenbauer (Ulm) sowie Barbara Eichhorst und Julia von Tresckow (beide Köln) zusammen. Die Fortbildungen zum Multiplen Myelom hielten Hartmut Goldschmidt (Heidelberg), Hermann Einsele und Stefan Knop (beide Würzburg).

Ebenso wie bei den vergangenen Fortbildungsreihen hatten wir die Teilnehmer um die Evaluierung der Veranstaltungen gebeten. Insgesamt erhielten wir 206 Evaluationsbögen zurück. 90% der teilnehmenden Ärzte bewerteten die Veranstaltungen mit der Gesamtnote

### 2017: Start der Fortbildungsreihen „Indolente Lymphome“ und „Hodgkin Lymphom“

Vor dem Hintergrund der durchweg positiven Rückmeldungen freuen wir uns, die Fortbildungsreihe direkt mit zwei neuen Inhalten fortsetzen zu können. In den nächsten 18 Monaten bietet das KML Veranstaltungen zu den Themen „Hodgkin Lymphom“ und „Indolente Lymphome“ an – letzteres mit den Schwerpunkten „follikuläres Lymphom“, „Mantelzell Lymphom“ und „Morbus Waldenström“. Hierzu können Kliniken und Krankenhäuser in ganz Deutschland einen KML-Experten in ihr Haus einladen. In einem

### Bewertung der Fortbildungsreihe "MM" durch die Teilnehmer (N=125)

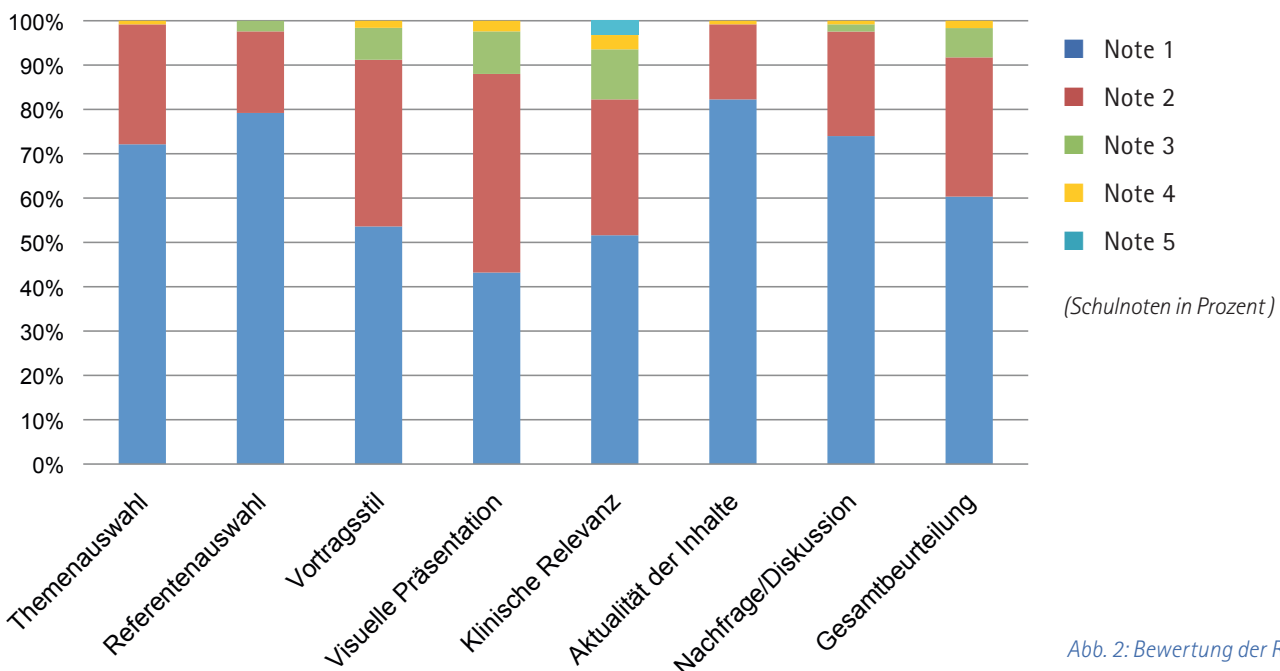


Abb. 2: Bewertung der Reihe MM

## Bewertung der Fortbildungsreihe "CLL" durch die Teilnehmer (N=81)

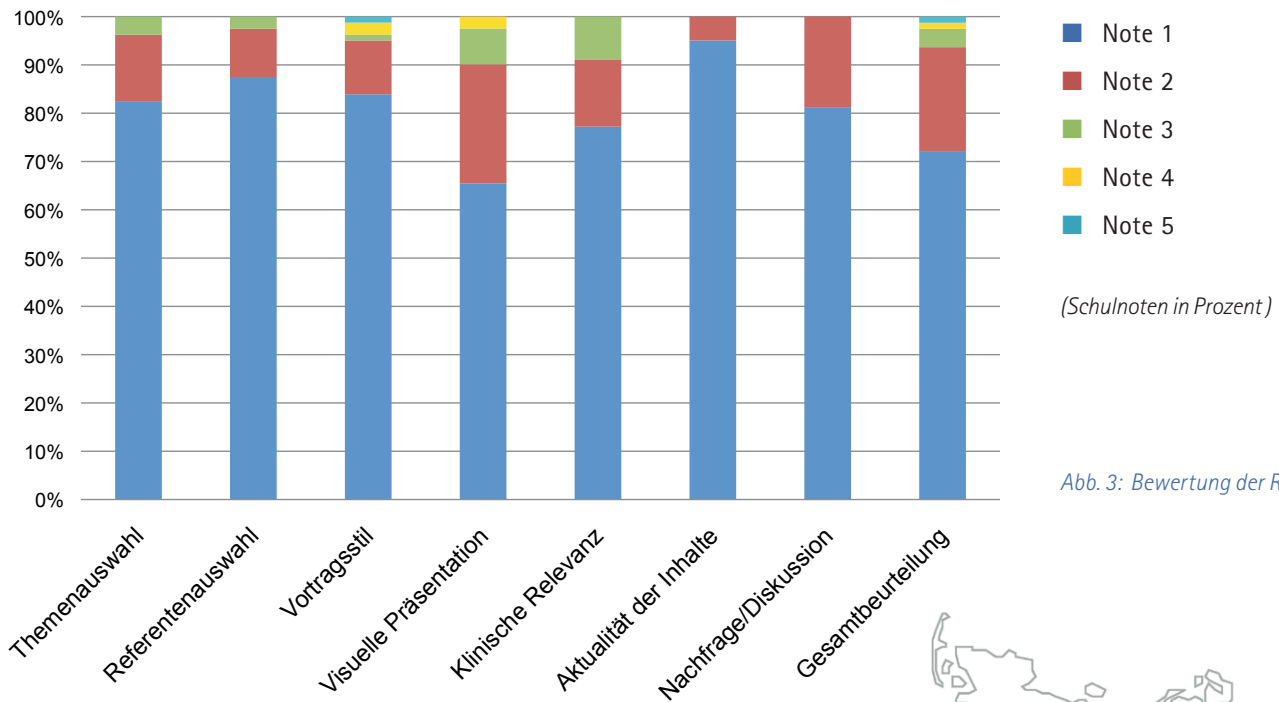


Abb. 3: Bewertung der Reihe CLL

etwa 45-minütigen Vortrag stellen die Referenten die aktuellen Entwicklungen des gewählten Themenkomplexes unter Berücksichtigung der relevanten Ergebnisse internationaler hämatologischer Kongresse vor. Bei der Reihe zu den indolenten Lymphomen können die einladenden Krankenhäuser vorab den Schwerpunkt individuell absprechen. Im Anschluss bleibt Zeit für Fragen und Diskussionen. Den Kliniken entstehen durch den Vortrag der Referenten keine Kosten. Sie organisieren nur den Rahmen für die Veranstaltungen, laden Ärzte aus der Klinik sowie niedergelassene Kollegen ein und beantragen die Fortbildungspunkte bei der für sie zuständigen Ärztekammer. Die Geschäftsstelle des KML übernimmt im Vorfeld die Koordination der Veranstaltungen und steht den einladenden Zentren beratend zur Seite.

Die Fortbildungsreihe „Hodgkin Lymphom“ wird ermöglicht durch die finanzielle Unterstützung der Firma MSD Sharp & Dohme GmbH. Zu den Sponsoren der Reihe „Indolente Lymphome“ gehören die Unternehmen GILEAD Sciences GmbH, Janssen-Cilag GmbH und Roche Pharma AG. Auch bei dieser Reihe werden die unterstützenden Unternehmen keinen Einfluss auf die Inhalte der Veranstaltungen haben.

Behandlungszentren, die Interesse an einer Fortbildung im eigenen Haus haben, können sich ab sofort an die Geschäftsstelle des KML wenden. Dort wird die Terminabsprache mit dem jeweiligen Referenten koordiniert. Weitere Informationen zu unseren Fortbildungsreihen sowie ein Buchungsformular findet man auch im Internet unter [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de).

Vorgesehene Referenten	
Hodgkin Lymphom	Indolente Lymphome
B. Böll (Köln)	C. Buske (Ulm)
P. Borchmann (Köln)	M. Herold (Erfurt)
M. Fuchs (Köln)	G. Hess (Mainz)
B. von Tresckow (Köln)	W. Hiddemann (München)
	A. Viardot (Ulm)

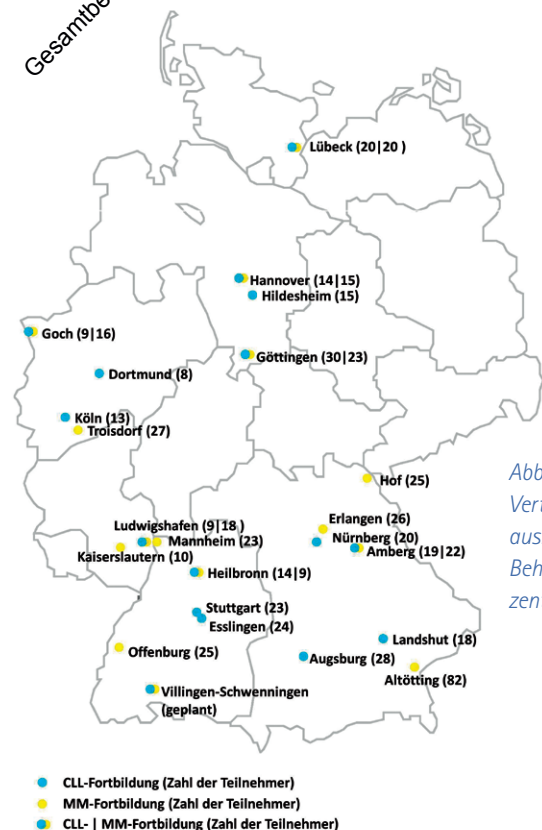


Abb. 4: Verteilung der ausrichtenden Behandlungszentren

### Fortbildung buchen:

Angelika Stadelmann  
KML | Sekretariat & Fortbildungen  
☎ 0221 478-96000  
✉ [angelika.stadelmann@uk-koeln.de](mailto:angelika.stadelmann@uk-koeln.de)

### Weitere Informationen:

Thomas Nöllgen  
KML | Fundraising & Projektmanagement  
Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML)  
Geschäftsstelle | Uniklinik Köln  
D-50924 Köln  
☎ 0221 478-96007  
✉ [thomas.noellgen@uk-koeln.de](mailto:thomas.noellgen@uk-koeln.de)

## Videoberichte aus Lugano informieren über internationale Lymphomkonferenz



S. Hellmich. Zum zweiten Mal haben renommierte KML-Experten besondere Highlights der internationalen Lymphomkonferenz in Lugano (14-ICML) zusammengefasst und in kurzen Videoberichten präsentiert. Zu den Videos gelangt man über die KML-Projektwebsite [www.lymphome.de/14-ICML](http://www.lymphome.de/14-ICML).

Die Experten vor Ort waren:

- Michael Hallek (KÖLN): Chronische lymphatische Leukämie
- Wolfgang Hiddemann (MÜNCHEN): Indolente Lymphome
- Andreas Engert (KÖLN): Hodgkin Lymphom
- Michael Pfreundschuh (HOMBURG/SAAR): Aggressive Lymphome
- Martin Dreyling (MÜNCHEN): Mantelzell-Lymphom

Die 14-ICML fand vom 14.-17. Juni 2017 statt und ist das wichtigste Forum, auf dem sich rund 3.000 Ärzte und Wissenschaftler aus der ganzen Welt über Grundlagen und klinische Aspekte lymphoider Neoplasien austauschen. Mit den Videoberichten im Rahmen der neuen Informationsreihe »LymphomKompetenz KOMPAKT« möchte das KML einen sinnvollen Beitrag zum horizontalen und vertikalen Wissenstransfer leisten und vor allem Ärzte darin unterstützen, ihre Patienten auf dem aktuellen Stand der Forschung zu behandeln.

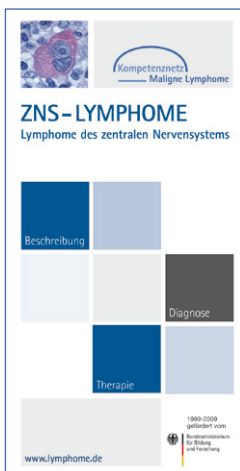


Das KML dankt den Veranstaltern der 14-ICML für die Kooperation bei diesem Projekt und den Firmen Abbvie, Celgene, Janssen-Cilag und Takeda für die finanzielle Unterstützung. Die Firmen hatten keinen Einfluss auf die Auswahl und Darstellung der Inhalte.

### Weitere Informationen:

Silke Hellmich  
KML | Information & Kommunikation  
☎ 0221 478-96005  
✉ [silke.hellmich@uk-koeln.de](mailto:silke.hellmich@uk-koeln.de)

## ZNS-Flyer



S. Hellmich. Aktuell erschienen ist eine neue KML-Kurzinformation zum primären ZNS-Lymphom. Bei dieser Lymphomart häufen sich im zentralen Nervensystem (ZNS) – also im Gehirn und im Rückenmark und Auge – bösartig veränderte Immunzellen an. Von einem primären ZNS-Lymphom spricht man, wenn diese Zellanhäufungen zum Zeitpunkt der Erstdiagnose auf das zentrale Nervensystem begrenzt sind. Etwa 95% der primären Lymphome des zentralen Nervensystems sind aggressive, schnell wachsende B-Zell-Lymphome vom Typ des diffus großzelligen B-Zell-Lymphoms (DLBCL). Andere B-Zell Lymphome und T-Zell Lymphome treten dagegen im ZNS sehr selten auf. Wie ZNS-Lymphome entstehen, welche Symptome sie hervorrufen und wie sie zu diagnostizieren und zu behandeln sind, ist Gegenstand dieses Falt-

blatts. Der Text wurde von der Kooperativen ZNS-Studiengruppe um Gerald Illerhaus entwickelt und durch die Berliner ZNS-Studiengruppe um Agnieszka Korfel ergänzt. Die Kontaktdaten beider Studiengruppen werden im Flyer für Fragen rund um dieses Lymphom aufgeführt. Auf der Rückseite des Flyers gibt es Hinweise auf weitere Unterstützungsangebote. Die Herstellung des Flyers wurde durch die Firma Riemser Pharma GmbH unterstützt. Das Unternehmen hatte keinen Einfluss auf den Inhalt.

Der Flyer steht auf der KML-Website [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de) zum Download zur Verfügung, kann aber auch in gedruckter Form bestellt werden:

Kompetenznetz Maligne Lymphome e. V.  
Uniklinik Köln  
50924 Köln  
☎ 0221 478-96000  
☎ 0221 478-96001  
✉ [lymphome@uk-koeln.de](mailto:lymphome@uk-koeln.de)  
🌐 [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de)

## Aktuelle Studien 2017 – rekrutierende und geplante Studien der KML-Studiengruppen

Studie	Gruppe	Status	IVML	Voraussetzungen	Studienkonzept
<b>Chronische lymphatische Leukämie (CLL)</b>					
CLL12	DCLLSG	aktiv	ja	Stad. Binet A, keine Vorbehandlung, Risikopatienten	Primärtherapie; Wirkung und Sicherheit von Ibrutinib vs. Placebo
CLL2 BCG	DCLLSG	aktiv	ja	Patienten mit rez./refr. CLL und 17p-del oder TP53-Mutation oder für Patienten, für die Ibrutinib keine Option ist	Rezidivtherapie; optionales Debulking mit bis zu 2x Bendamustin, danach 6x Obinutuzumab + Idelalisib, danach Erhaltungstherapie mit Obinutuzumab + Idelalisib
CLLR3	DCLLSG	aktiv	nein	körperlich fit, behandlungsbedürftiges Rezidiv	Rezidivtherapie; Bendamustin + Obinutuzumab (BG), danach Erhaltungstherapie mit Obinutuzumab
DCLLSG Register	DCLLSG	aktiv	ja	alle Patienten mit CLL	Nicht-interventionelle Beobachtungsstudie
CLL13	DCLLSG	aktiv	ja	Stad. Binet C oder therapiebedürftige Stad. A und B, körperlich fit, keine 17p-del oder TP53-Mutation	Standard Chemoimmuntherapie (FCR/BR) vs. Rituximab + Venetoclax (Rve) vs. Obinutuzumab + Venetoclax (Gve) vs. Obinutuzumab + Ibrutinib + Venetoclax (GIVE)
CLL2-GIVE	DCLLSG	aktiv	ja	unbehandelte, behandlungsbedürftige Patienten mit CLL und 17p-del oder TP53-Mutation	Ibrutinib + Venetoclax + Obinutuzumab
CLLR-Umbrella 1	DCLLSG	aktiv	nein	vorbehandelte Patienten mit CLL	BTK-Inhibitor GS-4059 + Idelalisib +/- Obinutuzumab
CLLR-Umbrella 2	DCLLSG	aktiv	nein	vorbehandelte Patienten mit CLL	BTK-Inhibitor GS-4059 + Entospletinib +/- Obinutuzumab
CLLTX1	DCLLSG	aktiv	?	CLL-Patienten mit allogener Stammzelltransplantation	Obinutuzumab als GVHD Prophylaxe und zur Erhaltung bei minimaler Resterkrankung
<b>Hodgkin-Lymphom (HL)</b>					
HD-R3i	GHSg	aktiv	ja	18-60 J., alle Stad., rezidiert	Rezidivtherapie; Phase I: geschlossen; Phase II: alle Patienten erhalten Everolimus-DHAP (+ BEAM + ASZT). Der Placebo-DHAP-Arm wurde geschlossen.
HD21	GHSg	aktiv	ja	18-60 J., Stad. IIB mit Risikofakt. a, b; III und IV	Primärtherapie; 6x BrECADD oder 6x BEACOPPesk + 30 Gy Bestrahlung auf PET-positive Resttumore ab 2,5 cm
B-CAP	GHSg	aktiv	ja	ab 60 J., B-CAP Arm: Stad. IIB mit Risikofakt. a, b; III und IV. B-Arm: alle Stadien	Primärtherapie; B-CAP Arm: 6x B-CAP + 30 Gy Bestrahlung auf PET-positive Resttumore ab 2,5 cm. B-Arm: Bis zu 16x Monotherapie mit Brentuximab Vedotin
GHSg-AFM13	GHSg	aktiv	nein	ab 18 J., alle Stadien, rezidiert nach Brentuximab	Rezidivtherapie mit AFM13 über 8 Wochen: Arm A: 3x/Woche 1,5mg/kg; Arm B: 1.-2. Woche 3x/W 1,5mg/kg, 3.-8. Woche 1x/W 7 mg/kg; Arm C: mit 7 mg/kg als kontinuierliche Infusion über 5 Tage
IRENO	GHSg	aktiv	ja	ab 18 J., alle Stadien, NPLHL, rezidiert	Rezidivtherapie des NPLHL mit bis zu 20 Zyklen Ibrutinib 560mg/d in kontinuierlichen 21-Tage-Zyklen
NIVAHL	GHSg	aktiv	?	18-60 J., Stad. IA, IB, IIA mit Risikofakt. a-d oder Stad. IIB mit Risikofakt. c, d	Primärtherapie; 4x NivoAVD + 30Gy IS-RT oder 4x Nivolumab + 2x NivoAVD + 2x AVD + 30Gy IS-RT
EuroNet PHL-C2	GPOH-HD	aktiv	ja	unter 18 J., alle Stadien	Primärtherapie; Therapielinie-1 (frühe Stad. ohne Risikofakt.): 2x OEPA, abhängig von PET: 1x COPDAC-28 + keine Therapie oder IFRT 20 Gy. TL-2 und TL-3: 2x OEPA; Konsolidierung mit COPDAC-28 oder DECOPDAC-21; abhängig von PET: IF-RT mit 20-30 Gy (ggf. Boost) oder keine weitere Therapie
<b>Multiples Myelom (MM)</b>					
DSMM XV	DSMM	geplant (2017)	nein	ab 18 J., vorbehandelt mit Lenalidomid und Bortezomib	Rezidivtherapie; Pomalidomid, Ixazomib, niedrig dos. Dexamethason; ggf. Hinzunahme von niedrig dosiertem Cyclophosphamid
DSMM XVI	DSMM/GMMG	geplant (2017)	?	18-65 J., 1-3 Vortherapien	Rezidivtherapie; Proteasomhemmer/IMiD/Antikörper-Reinduktion; alloSZT; Antikörper-Konsolidierung

Studie	Gruppe	Status	IVML	Voraussetzungen	Studienkonzept
GMMG-HD6	GMMG	aktiv	ja	18-70 J., therapiebedürftig	Primärtherapie; Lenalidomid, Bortezomib, Dexamethason (VRD) +/- Elotuzumab, Hochdosistherapie mit ASZT, VRD-Konsolidierung +/- Elotuzumab, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Lenalidomid +/- Elotuzumab
BIRMA	GMMG	aktiv	nein	rezidiv. oder rez.-refraktäres MM ab 2. Progress	Rezidivtherapie; Kombination der Kinase-Inhibitoren LGX818 und MEK 162 für Patienten mit BRAF-V600 Mutation
DANTE	GMMG	aktiv	?	rez./refr. MM und hochgradige Nierenfunktionseinschränkung (einschließlich Hämodialyse)	Rezidivtherapie; 8 Zyklen Daratumumab/Bortezomib/Dexamethason gefolgt von einer Daratumumab-Erhaltung
CONCEPT	GMMG	geplant (2017)	?	Hochrisiko-Patienten, transplantierbar und nicht transplantierbar	Primärtherapie; Isatuximab, Carfilzomib, Lenalidomid, Dexamethason (I-KRd) in Induktion und Konsolidierung gefolgt von einer Erhaltung mit Isatuximab, Carfilzomib, Lenalidomid (I-KR)
Germain (OSHO #85)	OSHO	aktiv	ja	alle Stadien, Patienten, die nicht für eine HD-Therapie und SZT geeignet sind	Melphalan, Prednisolon und Bortezomib (VMP) als Induktions-Chemotherapie plus Lenalidomid-Erhaltung vs. VMP ohne Erhaltung
<b>Aggressive B-Zell-Lymphome / Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL)</b>					
DSHNHL 2009-1 OPTIMAL>60	DSHNHL (Homburg)	aktiv	ja	61-80 J., Stadien I-IV, alle IPI	Primärtherapie; Günstige Prognose: abhängig von PET im def. Restaging: 4x R-CHOP/CHLIP-14 + 4x R oder 6x R-CHOP/CHLIP-14 + 2x R + Bestrahlung. Weniger günstige Prognose: 6x R-CHOP/CHLIP-14 + 2x R oder 6x CHOP/CHLIP-14 + 12x R (OPTI-R-Schema); abhängig vom PET im definitiven Restaging: Bestrahlung; unabhängig von der Prognose: Bestimmung der therapeutischen Wertigkeit der Vitamin-D-Substitution
DSHNHL 2015-1 NIVEAU	DSHNHL (Homburg)	geplant (2017)	?	1. Rezidiv/Progress, aggressive B- und T-NHL, nicht geeignet für HD-Therapie	Rezidivtherapie; (R)-GemOx vs. (R)-GemOx + Nivolumab
<b>Peripheres T-Zell-Lymphom (PTZL)</b>					
DSHNHL 2015-1 NIVEAU	DSHNHL (Homburg)	geplant (2017)	?	1. Rezidiv/Progress, aggressive B- und T-NHL, nicht geeignet für HD-Therapie	Rezidivtherapie; (R)-GemOx vs. (R)-GemOx + Nivolumab
<b>Follikuläres Lymphom (FL)</b>					
ReBeL	GLSG	aktiv	ja	1.-3. Rezidiv	Rezidivtherapie; 6x Rituximab-Lenalidomid +/- Bendamustin (Phase II)
GABe	GLSG/OSHO	geplant (2017)	nein	Patienten mit fortgeschrittenem FL im höheren Lebensalter bzw. Patienten mit Komorbiditäten und/oder Einschränkungen von Organfunktionen ("medically non-fit") und/oder schlechtem Allgemeinzustand	Primärtherapie: 6x Obinutuzumab vs. 6x Obinutuzumab + 4x Bendamustin; danach 4x Obinutuzumab in beiden Armen (Phase III)
<b>Marginalzonen-Lymphome (MZL)</b>					
MZoL 2015	MZoL-Register	aktiv	nein	alle Marginalzonen-Lymphome, alle Stadien	nicht-interventionelles prospektives Register zur Häufigkeit, Verbreitung und Behandlung bei MZoL
MZL-1	GLA/GLSG	geplant (2018)	nein	alle therapiebedürftigen Marginalzonen-Lymphome, die auf eine lokale Therapie nicht angesprochen haben oder dafür nicht geeignet sind	Primärtherapie: Rituximab/Copanlisib, einarmige Phase-II-Studie
MZL-2	GLA/GLSG	geplant (2018)	nein	alle therapiebedürftigen Marginalzonen-Lymphome, die auf eine lokale Therapie nicht angesprochen haben oder dafür nicht geeignet sind	Primärtherapie: Obinuzumab Monotherapie, einarmige Phase-II-Studie

Studie	Gruppe	Status	IVML	Voraussetzungen	Studienkonzept
<b>Mantelzell-Lymphom (MCL)</b>					
MCL R2 elderly	EMCLN	aktiv	ja	nicht vorbehandelt, ≥ 65 J. oder 60– 65 J., für HD-Therapie nicht geeignet	Primärtherapie; 8x R-CHOP vs. 6x R-CHOP/R-HAD; bei CR/ PR: Rituximab-Erhaltung vs. Rituximab-/Lenalidomid-Erhaltung (Phase III)
TRIANGLE (MCL younger II)	EMCLN	aktiv	?	bis 65 J., keine Vorbehandlung	Primärtherapie; 6x R-CHOP/R-DHAP + HD-Konsolidierung vs. 6x R-CHOP/R-DHAP + Ibrutinib + HD-Konsolidierung + Ibrutinib-Erhaltung vs. 6x R-CHOP/R-DHAP + Ibrutinib + Ibrutinib-Erhaltung (Phase III)
<b>Morbus Waldenström (MW)</b>					
ECWM-1	ECWM	aktiv	ja	keine Vorbehandlung	Primärtherapie; subkutanen Rituximab + orales Cyclophosphamid + orales Dexamethason (DRC) vs. subkutanen Bortezomib + DRC
<b>Lymphome nach Transplantationen (PTLD)</b>					
PTLD-2	DPTLDSG	aktiv	ja	ab 18 J., CD20-positiv, ECOG 0, 1, 2	Primärtherapie; 4x Rituximab SC (Rsc), danach abhängig vom Ansprechen, IPI und transplantiertem Organ: 4x Rsc oder 4x Rsc-CHOP-21 + G-CSF oder 6x Rsc plus alternierend CHOP oder DH0x + G-CSF
PTLD-Register D-2006-2012	DPTLDSG	aktiv	ja	alle Patienten mit PTLD	nicht-intervenierende Beobachtungsstudie zur Behandlungspraxis der PTLD im klinischen Alltag
<b>Lymphome des zentralen Nervensystems (ZNS-Lymphome)</b>					
MATRIx	KSG-PCNSL	aktiv	nein	primäres ZNS-Lymphom, 18–65 J. mit ECOG PS 0-3 oder 66–70 J. mit ECOG PS 0-2	Primärtherapie; Arm A: 4x MATRIx (MTX/Ara-C/Thiotepa + Rituximab) danach 2x DeVIC (Dexamethason/Etoposid/Isofosamid/Carboplatin) als Standardkonsolidierung; Arm B: 4x MATRIx (MTX/Ara-C/Thiotepa + Rituximab) danach HD-Therapie mit BCNU/Thiotepa + ASZT
MARITA	KSG-PCNSL	aktiv	nein	primäres ZNS-Lymphom > 65 J. mit ECOG PS ≤ 2	2x MTX/Ara-C + Rituximab, danach HD-Therapie mit Busulfan/Thiotepa + ASZT
PIOL-R	G-PCNSL-SG	aktiv	nein	Erstdiagnose eines primären intraokulären Lymphoms (PIOL), mit oder ohne ZNS-Befall	nicht-interventionelle prospektive Beobachtungsstudie
SZNSL-R (2. Amendment)	G-PCNSL-SG	aktiv	nein	sekundäre ZNS-Beteiligung maligner systemischer Lymphome	nicht-interventionelle prospektive Beobachtungsstudie

## Studiengruppen im Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V.

DCLLSG	Deutsche CLL Studiengruppe (KÖLN)	ECWM	Europäisches Konsortium für Morbus Waldenström (ULM)
GHSg	Deutsche Hodgkin Studiengruppe (KÖLN)	DPTLDSG	Deutsche Studiengruppe Posttransplantationslymphome e.V. (BREMEN)
GPOH-HD	Hodgkin-Studiengruppe der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie & Hämatologie (GIESSEN)	KSG-PCNSL	Kooperative Studiengruppe ZNS-Lymphome (STUTT GART)
DSMM	Deutsche Studiengruppe Multiples Myelom (WÜRZBURG)	G-PCNSL-SG	Deutsche Studiengruppe Primäre ZNS Lymphome (BERLIN)
GMMG	German Speaking Myeloma Multicenter Group (HEIDELBERG)	OSHO	Ostdeutsche Studiengruppe für Hämatologie und Onkologie e.V. (LEIPZIG/ERFURT)
DSHNHL	Deutsche Studiengruppe Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome (HOMBURG/GÖTTINGEN)	MZoL-Register	Register für Marginalzonen-Lymphome (ULM)
GLSG	Deutsche Studiengruppe Niedrigmaligne Lymphome (MÜNCHEN)		
EMCLN	Europäisches Mantelzell-Lymphom Netzwerk (MÜNCHEN)		

Die Adressen sind unter [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de) gelistet oder können telefonisch erfragt werden unter Tel.: 0221 478-96000

## Weitere Abkürzungen

17p-del	Bezeichnet eine Mutation des Chromosoms 17, bei dem ein Stück fehlt
AFM13	Antikörperkonstrukt gegen die Oberflächeneiweiße CD30 und CD16A
AlloSZT	Allogene Stammzelltransplantation
ASZT	Autologe Stammzelltransplantation
AVD	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Adriamycin (= Doxorubicin), Vinblastin und Dacarbazin
B-CAP	Cyclophosphamid, Adriamycin (Doxorubicin) und Prednison
BCNU	Bis-Chlorethyl-Nitroso-Urea (Carmustin), chemotherapeutischer Wirkstoff
BEACOPPesk	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Bleomycin, Etoposid, Doxorubicin, Cyclophosphamid, Vincristin, Procarbazin und Prednison
BEAM	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Carmustin, Etoposid, Cytarabin (Ara C) und Melphalan
BG	Bendamustin + Obinutuzumab
BR	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Bendamustin und Rituximab
BRAF-V600	Bezeichnet eine Mutation auf dem BRAF-Gen
BrECADD	Chemoimmuntherapie mit den Wirkstoffen Brentuximab Vedotin, Etoposid, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Dexamethason und Dacarbazin
BTK-Inhibitor	Wirkstoff, der die Bruton-Tyrosinkinase (= BTK) blockiert und so die Signalübertragung maligner Zellen verhindert.
Bulk	Vorliegen großer Tumormassen
CHLIP	CHOP-Chemotherapie mit liposomalem Vincristin anstelle des herkömmlichen Vincristins
CHOP	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin und Prednison
COPDAC	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Vincristin, Prednison und Dacarbazin
CR/PR	Komplette (engl. = complete) Remission / Partielle Remission
DECOPDAC	COPDAC-Chemotherapie ergänzt um die Wirkstoffe
DeVIC	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Dexamethason, Etoposid, Ifosfamid, Carboplatin
DHAP	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Dexamethason, hochdosiertem Ara-C (Cytarabin) und Cisplatin
DHOx	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Dexamethason, hochdosiertem Cytarabin und Oxaliplatin
DRC	Therapie mit den Wirkstoffen
FCR	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Fludarabin, Cyclophosphamid und Rituximab
G-CSF	Wachstumsfaktoren
GemOx	Therapie mit den Wirkstoffen
GIVe	Therapie mit den Wirkstoffen Obinutuzumab + Ibrutinib + Venetoclax
GS-4059	BTK-Inhibitor (= hemmt das Protein Bruton-Tyrosinkinase, das für das Überleben der Lymphomzellen verantwortlich ist)
Gve	Therapie mit den Wirkstoffen Obinutuzumab + Venetoclax

GVHD	Graft-versus-Host-Disease (= Transplantat-gegen-Wirt-Reaktion)
Gy	Gray = Maßeinheit, mit der die Energiedosis einer Bestrahlung gemessen wird
HD-Therapie	Hochdosistherapie
IF-RT	Positronenemissionstomographie, bildgebendes Verfahren zur Diagnostik oder Therapiekontrolle.
IN-RT	Involved Field (IF) Radiotherapie (RT) bzw. Involved Node (IN) Radiotherapie (RT) = Bestrahlung ausschließlich des betroffenen (= involvierten) Gewebes/ Lymphknoten
I-KR	Therapie mit den Wirkstoffen Isatuximab, Carfilzomib, Lenalidomid
I-KRd	Therapie mit den Wirkstoffen Isatuximab, Carfilzomib, Lenalidomid, Dexamethason
IMiD	immunmodulatorische Substanzen
IPI	Internationaler Prognostischer Index zur Einteilung von Risikogruppen
IVML	Integrierte Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen – qualitätsgesicherte Versorgung für gesetzlich versicherte Patienten der AOK, HKK, DAK, TK, Barmer, HEK und KKH/Allianz
LGX818	RAF-Inhibitor, der auch unter dem Namen Encorafenib bekannt ist
MATRix	Chemoimmuntherapie mit den Wirkstoffen MTX, Ara-C, Thiotepa und Rituximab
MEK162	MEK-Inhibitor, der auch unter dem Namen Binimetinib bekannt ist
MTX/ Ara-C	Therapie mit den Wirkstoffen
NivoAVD	Therapie mit dem Wirkstoff Nivolumab kombiniert mit einer Chemotherapie bestehend aus Adriamycin (= Doxorubicin), Vinblastin und Dacarbazin
NLPHL	Nodulär lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
OEPA	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Vincristin, Etoposid, Prednison und Doxorubicin
PET	Positronenemissionstomographie, bildgebendes Verfahren zur Diagnostik oder Therapiekontrolle.
PIOL	primäres intraokuläres Lymphom (Lymphom im Auge)
R	Rituximab (= therapeutischer Antikörper), der häufig in Kombination mit einer Chemotherapie (= Chemoimmuntherapie) oder als Erhaltungstherapie gegeben wird
R-HAD	Chemoimmuntherapie mit den Wirkstoffen Rituximab, hochdosiertem Ara-C und Dexamethason
Rsc	Rituximab SC (= subkutan, unter die Haut)
RVe	Therapie mit den Wirkstoffen Rituximab + Venetoclax
Sc	Subkutan (= unter die Haut)
TL	Therapielinie
TP53-Mutation	Bezeichnet eine zusätzliche Mutation des Chromosoms 17 und zwar am Gen TP53
VMP	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Bortezomib, Melphalan und Prednisolon
VRD	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Bortezomib und Dexamethason



## Studiengruppen

### German Lymphoma Alliance (GLA) gegründet



GLA Gründungstreffen am 28.03.2017 in Frankfurt/Main



**L. Trümper, N. Schmitz.** Am 28. März dieses Jahres fand im Universitätsklinikum Frankfurt die Gründungsveranstaltung der German Lymphoma Alliance (GLA) statt. Nach Diskussion der Satzung und formaler Gründung mit Beitritt der anwesenden über 100 Interessenten fanden die Wahlen zum Gründungsvorstand der GLA statt. Dabei wurden Lorenz Trümper (Göttingen) zum ersten Präsidenten, Christian Buske (Ulm) zum President-elect, Norbert Schmitz (Münster) zum Sekretär und Martin Dreyling (München) zum Schatzmeister gewählt. Dem Vorstand gehören weiterhin Wolfgang Hiddemann, Michael Pfreundschuh und Michael Herold als past-Präsidenten an. Im Beirat sind Bertram Glass, Andreas Viardot, Georg Hess, Georg Lenz, Andreas Rosenwald und Christian Scholz vertreten. Die GLA wird als eingetragener Verein fungieren, eine Geschäftsordnung sowie eine GLA Internetplattform mit vielfältigen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten wird derzeit erstellt.

Zentral für die inhaltliche Arbeit werden die Arbeitsgruppen (AGs) der GLA sein, die die erfolgreiche Arbeit der Studiengruppen GLSG, DSHNHL sowie der WP Lymphome der OSHO gemeinsam fortsetzen werden. Diese werden die wesentlichen Subgruppen maligner Lymphome (aggressive B-Zell Lymphome, folliculäre Lymphome, T-Zell Lymphome, Mantelzell-Lymphome etc.), aber auch seltene Entitäten wie die Posttransplantationslymphome, spezielle Therapiemodalitäten (zelluläre Therapien) und übergreifende wissenschaftliche Themen (biologische Forschung, Biometrie und Modellierung etc.) zum Gegenstand ihrer Arbeit machen. Dabei hat die Gründungsversammlung eine enge Zusammenarbeit der GLA mit dem KML beschlossen.

Neben diesen Aspekten ist es ein Anliegen der GLA, eine zentrale Anlaufstelle nicht nur für „investigator sponsored trials“ klinischer Studienleiter aus dem Kreise der GLA, sondern auch für In-

dustrie-gesponsorte Studien zu schaffen, so dass Registrierung und Teilnahme an Industriestudien für potentiell interessierte Zentren deutlich erleichtert werden. Wir versprechen uns von dieser Neuerung, den Standort Deutschland für die forschende Pharmaindustrie insbesondere im Bereich der Non-Hodgkin Lymphome attraktiver zu machen.

Die GLA wird zusammen mit der GLSG und DSHNHL das erste gemeinsame Studientreffen vom 16. - 18. November in diesem Jahr in Ulm organisieren, wozu alle Interessierten herzlich eingeladen sind. Für Anfragen jeder Art stehen Ihnen zur Verfügung:

Prof. Dr. Lorenz Trümper  
Präsident der GLA  
Universitätsmedizin Göttingen  
✉ [lorenz.truemper@med.uni-goettingen.de](mailto:lorenz.truemper@med.uni-goettingen.de)  
☎ 0551 398695

Prof. Norbert Schmitz  
Sekretär der GLA  
✉ [norbert.schmitz@ukmuenster.de](mailto:norbert.schmitz@ukmuenster.de)

sowie

Heike Reimsbach-Franssen  
GLA-Sekretariat  
✉ [gla.sekretariat@ukmuenster.de](mailto:gla.sekretariat@ukmuenster.de)  
☎ 0251 8344830  
☎ 0251 8352673

Universitätskliniken Münster  
Medizinische Klinik A  
Abt. Hämatologie und Onkologie  
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude D3,  
Domagkstrasse 3  
48149 Münster

## Studie der DCLLSG im Rahmen der 14-ICML ausgezeichnet

A. Fink. Auf der 14-ICML (siehe auch Seite 4) ist Paula Cramer für die ersten Ergebnisse der multizentrischen Studie CLL 2-BAG geehrt worden. Ihr Vortragsabstract wurde aus 600 Einreichungen als beste Arbeit herausgehoben. In die prämierte Studie wurden 2015 insgesamt 66 CLL-Patienten eingeschlossen und nach einem optionalen Debulking mit Bendamustin mit einer Kombination aus den zielgerichteten Substanzen Obinutuzumab und Venetoclax behandelt. Obwohl Patienten mit ungünstigen genetischen Faktoren und Patienten mit vorherigen Therapien eingeschlossen werden durften, haben 95 Prozent auf die Behandlung angesprochen. Bei 87 Prozent waren im Blut keine Leukämiezellen (sogenannte minimale Resterkrankung) mehr nachweisbar. Dieses Ergebnis scheint allen bisherigen Vergleichstherapien deutlich überlegen zu sein und bestätigt das Konzept der im Dezember 2016 gestarteten Studie CLL13 (siehe auch Studientabelle auf Seite 5).



*Prof. Dr. Michael Hallek, Klinikdirektor und Leiter der CLL-Forschungsgruppe und Dr. Paula Cramer (Foto: idw)*

### Weitere Informationen:

Dr. med. Anna Fink  
DCLLSG | Medical Management  
☎ 0221 478-88198  
✉ [anna-maria.fink@uk-koeln.de](mailto:anna-maria.fink@uk-koeln.de)  
🌐 [www.dcllsg.de](http://www.dcllsg.de)

## Einladung zum 11. Internationalen Hodgkin Symposium in Köln, 27.-29.10.2018



Das 11. "International Symposium on Hodgkin Lymphoma" (ISHL11) wird vom 27. bis 29. Oktober 2018 in Köln stattfinden.

Aufgrund des stetig wachsenden Interesses und der großen Fortschritte auf diesem Gebiet wird unser Kongress erstmalig nicht im dreijährigen Turnus, sondern schon nach zwei Jahren ausgerichtet.

ISHL11 wird ein breites Themenspektrum abdecken und sich insbesondere mit den Schwerpunkten Immuntherapie, der optimalen Kombination herkömmlicher und neuer zielgerichteter Therapien sowie Spätfolgen der Therapie befassen.

Weitere Informationen und eine Anmeldeöglichkeit für unseren Newsletter finden Sie unter <http://www.hodgkinsymposium.org>. Gerne können Sie auch unser Kongressteam unter [info@hodgkinsymposium.org](mailto:info@hodgkinsymposium.org) kontaktieren.

Wir freuen uns, Sie nächstes Jahr in Köln begrüßen zu dürfen.

### Weitere Informationen:

GHSG Studienzentrale  
Uniklink Köln  
Kerpener Str. 62  
50924 Köln  
☎ 0221-478-88200 oder 0221-478-88166  
✉ [dhsg@uk-koeln.de](mailto:dhsg@uk-koeln.de)  
🌐 [www.ghsg.org](http://www.ghsg.org)  
🌐 [www.hodgkinsymposium.org](http://www.hodgkinsymposium.org)

## Neues aus der Industrie

Die Texte in dieser Rubrik sind Firmendarstellungen und stellen keine Therapieempfehlungen des KML dar.

### Carfilzomib zeigt verbessertes Gesamtüberleben gegenüber Bortezomib

Auf dem International Myeloma Workshop (IMW) in Neu-Delhi wurden die Ergebnisse der geplanten Interimsanalyse zum Gesamtüberleben (overall survival, OS) der Phase-III-Studie mit direktem Vergleich zweier Proteasominhibitoren beim multiplen Myelom (ENDEAVOR) präsentiert (Dimopoulos et al., 16th International Myeloma Workshop, New Delhi, 04.03.2017). Die Studie erreichte diesen sekundären Endpunkt. Das mediane Gesamtüberleben von Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem multiplen Myelom, die mit Carfilzomib und Dexamethason (Kd56\*) behandelt worden waren, lag 7,6 Monate über demjenigen der mit Bortezomib und Dexamethason behandelten Patienten (Vd) (Kd: medianes OS 47,6 Monate vs. Vd: 40,0, HR=0,79; p=0,01). Der Überlebensvorteil war unabhängig von einer vorangegangenen Bortezomib-Therapie (HR=0,75 ohne vorangegangene Bortezomib-Behandlung; HR=0,84 mit vorangegangener Bortezomib-Behandlung). ENDEAVOR ist die einzi-

ge Studie beim multiplen Myelom, die einen Überlebensvorteil im direkten Vergleich mit einem aktuellen Standardregime zeigte. Die Nebenwirkungen stimmten mit den vorberichteten Daten aus ENDEAVOR überein und umfassten im Carfilzomib-Arm am häufigsten ( $\geq 20\%$ ) Blutarmut, Durchfall, Fieber, Atemnot, Fatigue, Bluthochdruck, Husten, Schlaflosigkeit, Infektionen der oberen Atemwege, periphere Ödeme, Übelkeit, Bronchitis, Asthenie, Rückenschmerzen, Thrombozytopenie und Kopfschmerzen.

#### Weitere Informationen:

Amgen GmbH  
☎ 089 149096-0  
🌐 [www.amgen.de](http://www.amgen.de)

### Obinutuzumab in der Firstline-Therapie des folliculären Lymphoms

Seit Juni 2016 ist Obinutuzumab zugelassen für die Behandlung von Patienten mit vorbehandeltem folliculärem Lymphom (FL), die auf eine Rituximab-haltige Therapie nicht mehr ansprechen. Die Zulassung für die Erstlinienbehandlung wird in wenigen Wochen erfolgen. Basis ist die GALLIUM-Studie, in welcher 1202 Patienten randomisiert wurden auf Obinutuzumab vs. Rituximab, jeweils kombiniert mit Chemotherapie, gefolgt von einer zweijährigen Erhaltungstherapie. Kürzlich erfolgte ein Update der GALLIUM-Daten, welches die erstmals zum ASH 2016 präsentierten Daten bestätigte. Es zeigte sich Konsistenz bezüglich Effektivität und Sicherheitsprofil. Für das progressionsfreie Überleben (PFS) wurde nach einem medianen Follow-up von 41,1 Monaten eine Risikoreduktion von 32% festgestellt (Hazard Ratio 0,68, p=0,001) (Hiddemann et al.; ICML 2017, Abstr. #107). Dieses Ergebnis – ein 1,5-fach längeres progressi-

onsfreies Überleben – übersetzt sich in klinische Relevanz. Der Effekt auf das PFS ist evident und unterstreicht die vorteilhafte Wirkung von Obinutuzumab mit allen Chemo-Backbones. Untermauert wird die klinische Wirksamkeit durch das per PET-CT ermittelte Ansprechen (Trotman et al.; ICML 2017, Abstr. #21). Mit Obinutuzumab wurde eine signifikant höhere komplette metabolische Remissionsrate erzielt (71,4 % vs. 59,7 %; p=0,006; IHP 2007 Kriterien).

#### Weitere Informationen:

Roche Pharma AG  
☎ 07624 14-3715  
🌐 [www.roche.de](http://www.roche.de)

### HL- und sALCL-Patienten mit Rezidiv: Chance auf Heilung mit Brentuximab Vedotin?

5-Jahresdaten mit bis zu 16 Zyklen Brentuximab Vedotin zeigten dauerhafte Remission und Langzeitüberleben bei erwachsenen Patienten mit CD30-positivem refraktärem oder rezidiviertem Hodgkin Lymphom (r/r HL) sowie beim refraktärem oder rezidiviertem systemischen anaplastischen großzelligen Lymphom (r/r sALCL). Die geschätzte 5-Jahres-Gesamtüberlebensrate von erwachsenen r/r HL-Patienten lag bei 41%, das mediane Gesamtüberleben betrug 40,5 Monate. Jeder 3. Patient (34 von 102) erreichte eine komplette Remission (CR). Von diesen Patienten waren nach 5 Jahren 13 (38%, entsprechend 13% aller behandelten Patienten) noch in Remission und können nach Einschätzung der Autoren als geheilt betrachtet werden (Chen R et al. Blood 2016; 128: 1562-1566). Die geschätzte 5-Jahres-Gesamtüberlebensrate von erwachsenen Patienten mit r/r sALCL lag bei 60%. 2/3 der Patienten (38 von 58) erreichten eine CR, von diesen waren nach median mehr als 6 Jahren 16 (42%)

noch in Remission und können nach Einschätzung der Autoren geheilt sein (Pro B et al. ASH 2016, Abstract #4144). Die häufigsten unerwünschten Ereignisse waren periphere Neuropathien, die sich beim 5-Jahres-Update bei 9 von 10 Patienten vollständig zurückgebildet oder gebessert hatten.

#### Weitere Informationen:

Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG  
MedInfo Center  
☎ 0800 8253325  
🌐 [www.takeda.de](http://www.takeda.de)

## Hilfe & Unterstützung

### Myelom Deutschland e.V. arbeitet seit 2016 als Bundesverband betroffener Patienten(gruppen)

**B. Reimann.** Der Verein Myelom Deutschland e.V., der 2013 von betroffenen Patienten gegründet wurde, arbeitet seit August 2016 als selbstständiger Bundesverband mit dem Ziel, den Aufbau von Selbsthilfegruppen und Patientennetzwerken zum Krankheitsbild Multiples Myelom zu fördern. Darüber hinaus ist es uns wichtig, die Information und Kommunikation zwischen Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegenden zu verbessern. In seiner neuen Rolle als Bundesverband will Myelom Deutschland noch enger an der Seite von Myelom-Patienten, Selbsthilfegruppen und ihren Angehörigen stehen und sich für ihre Belange und Interessen einsetzen. Durch eigene jahrelange Erfahrungen und erlerntes Wissen können wir Patienten zuverlässig durch die Krankheit begleiten, ihnen Hoffnung und Zuversicht vermitteln und Informationen über das Krankheitsbild Multiplen Myelom weitergeben.



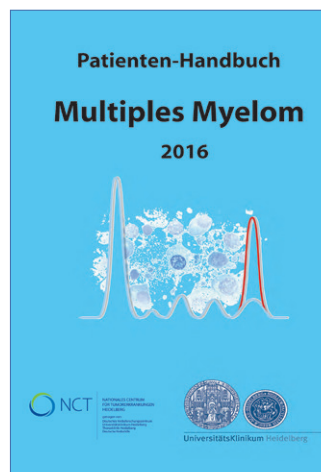
An unserem 1. Patientenkongress, der Anfang April mit 170 Teilnehmern in Schwerin stattfand, haben zahlreiche Referenten aus Heidelberg, Hannover, Hamburg, Rostock, Schwerin und Greifswald in Vorträgen Grundlagen der Erkrankungen sowie Neues aus der Forschung in laienverständlicher Sprache erläutert. Durch die Präsenz unserer betroffenen Gruppenleiter konnten wir Patienten

eindrucksvoll vermitteln, wie man lernen kann, mit einem Multiplen Myelom zu leben. Auch 2018 wird es wieder einen Patiententag des Vereins Myelom Deutschland geben – erste Verhandlungen laufen bereits. Ort und Termin werden demnächst auf der Vereinswebsite [www.myelom-deutschland.de](http://www.myelom-deutschland.de) angekündigt.

Als Vorsitzende des Bundesverbands Myelom Deutschland ist mir die Kooperation und der Austausch mit Kliniken, Fachgesellschaften und Studiengruppen sehr wichtig. Da wir von der hervorragenden Arbeit des KML besonders auch für das Multiple Myelom schon immer überzeugt waren, ist der Bundesverband Myelom Deutschland e.V. dem KML als Fördermitglied beigetreten. Darüber hinaus gibt es auch eine enge Zusammenarbeit mit den beiden deutschen Myelomstudiengruppen. Hinweisen möchte ich in diesem Zusammenhang auch auf das jährlich aktualisierte Patientenhandbuch, das von der Sektion Multiples Myelom des Universitätsklinikums, Med. Klinik V, dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) (beide Heidelberg), in Zusammenarbeit mit der Plasmozytom-Selbsthilfe Rhein-Main (Wiesbaden) und dem Bundesverband Myelom Deutschland e.V. herausgegeben wird. Ein PDF dieser ausführlichen Infobroschüre kann von der Website [www.myelom-deutschland.de](http://www.myelom-deutschland.de) heruntergeladen werden.

#### Weitere Informationen:

Brigitte Reimann (Vorsitzende)  
Myelom Deutschland e.V. Bundesverband  
Hindenburgstr. 9  
67433 Neustadt an der Weinstraße  
☎ 06321 96 38-30  
☎ 06321 96 38-31  
🌐 [www.myelom-deutschland.de](http://www.myelom-deutschland.de)



## KML Geschäftsstelle

Dr. Birgit Fath  
KML | Geschäftsführung & Monitoring  
☎ 0221 478-96003  
✉ [birgit.fath@uk-koeln.de](mailto:birgit.fath@uk-koeln.de)

Silke Hellmich  
KML | Information & Kommunikation  
☎ 0221 478-96005  
✉ [silke.hellmich@uk-koeln.de](mailto:silke.hellmich@uk-koeln.de)

Natalie Schreiber  
KML | Versorgungsmanagement  
☎ 0221 478-96008  
✉ [natalie.schreiber@uk-koeln.de](mailto:natalie.schreiber@uk-koeln.de)

Thomas Nöllgen  
KML | Fundraising & Projektmanagement  
☎ 0221 478-96007  
✉ [lymphome@uk-koeln.de](mailto:lymphome@uk-koeln.de)

Angelika Stadelmann  
KML | Fortbildung & Sekretariat  
☎ 0221 478-96000  
✉ [angelika.stadelmann@uk-koeln.de](mailto:angelika.stadelmann@uk-koeln.de)

Helena Bauer, Kristina Bensberg-Bäumer,  
Christoph Biernacki, Dr. Eva Schaffner  
KML | Monitoring & Studiendokumentation  
☎ 0221 478-96000  
✉ [lymphome@uk-koeln.de](mailto:lymphome@uk-koeln.de)

## Impressum

Herausgeber & Copyright  
Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML)  
Vorsitzender: Prof. Dr. med. Michael Hallek  
Uniklinik Köln | D-50924 Köln  
☎ 0221 478-96000 | ☎ 0221 478-96001  
✉ [lymphome@uk-koeln.de](mailto:lymphome@uk-koeln.de)  
🌐 [www.lymphome.de](http://www.lymphome.de)

Redaktion & Lektorat  
Silke Hellmich (SH) Köln,  
Thomas Nöllgen (TN) Köln,  
Dr. Birgit Fath (BF) Köln

Der Newsletter erscheint halbjährlich und kann kostenlos beim KML angefordert werden. Die Inhalte namentlich gekennzeichnete Beiträge liegen in der Verantwortung der jeweiligen Autoren.

Wir danken den genannten Firmen für die finanzielle Unterstützung dieses Newsletters.

AMGEN

Takeda

Roche

GILEAD