

Newsletter

39
08/2021

Grußwort



Prof. Dr. Hartmut Goldschmidt (Heidelberg)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser,

„Wir befinden uns in einem besonderen Zeitabschnitt!“ - die letzten Monate waren durch die Auseinandersetzung mit der SARS-CoV-2 Viruspandemie bestimmt. Wir mussten uns verschiedenen Herausforderungen dieser Virusinfektion stellen. Obwohl die erste Welle eine sehr große Verunsicherung ausgelöst hatte, haben wir mittlerweile gelernt, mit der Bedrohung umzugehen.

Inhalt

Kompetenznetz

- Abschlussbericht BVML S. 2
- Neue Mitglieder S. 2
- HämatoKolleg: 3. Retreat S. 3
- Berichte vom EHA2021 und ICML2021 S. 4
- KML-Virtuell S. 6

Studien & Studiengruppen

- Studententabelle zum Einlegen
- DCLLSG: FRAIL-Studie S. 7
- GMMG: DADA-Studie S. 8
- CCSG: TIGER-Studie S. 9
- GPOH-HD-Kongress und Patiententag S. 10

Personen. Preise. Publikationen.

- Buntes aus der Wissenschaft S. 12

Neue Wirkstoffe & Azneimittel

- CLL: Zanabrutinib
- DLBCL: Tafasitamab S. 16

Hilfe & Unterstützung

- Hilfe für Angehörige und Freunde S. 18

Termine & Impressum

S. 20

Durch Hygiene- und umfangreiche Präventionsmaßnahmen sowie eine zeitnahe Impfung konnten wir den Schaden durch die Pandemie klein halten. Viele Patient*innen mit Lymphom und Myelom waren durch die Virusinfektion besonders gefährdet und haben sich mit der Bitte um Rat an uns gewendet. Es ist gelungen, bei der Impfung eine Priorisierung unserer immunsupprimierten Patient*innen zu erreichen. Die ständige Impfkommision, die Studiengruppen und die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) haben hierzu kontinuierlich zeitnah informiert. Das Kompetenznetz Maligne Lymphome (KML) hat viele der Patient*innenanfragen koordiniert und Kolleg*innen einbezogen. Mit großem Einsatz ist es uns gelungen, die tägliche Versorgung unserer Patient*innen und die Studiendurchführung auf hohem Niveau zu halten.

Trotz der erschwerten Bedingungen haben die Studiengruppen ihre Studientreffen meist virtuell erfolgreich realisieren können. Diese Herausforderung wurde durch das KML unterstützt und führte zu neuen Erfahrungen. Durch den Wegfall der zeitaufwendigen Reisen hat sich die Anzahl von Studienteilnehmer*innen an den Treffen erhöht. Wichtige Informationen können per Video hocheffektiv und zeitnah weitergegeben werden. Auch

wenn die Reisebeschränkungen mittlerweile teilweise wieder aufgehoben sind, werden die positiven Erfahrungen mit den Videokonferenzen die Studiendurchführung inklusive Studientreffen nachhaltig positiv beeinflussen.

Auch beim Fortbildungsformat mussten wir umdenken. Zunehmend werden die Vorträge in ein Videoformat umgewandelt. Das HämatoKolleg konnte so erfolgreich weitergeführt werden. Überdurchschnittlich talentierte junge Hämatolog*innen wurden durch erfahrene Kolleg*innen weitergebildet. Für einige Bewerber*innen konnten Kongressteilnahmen realisiert werden. Diese Aktivität sollte in Zukunft fortgeführt und erweitert werden. Hierbei haben die Mitarbeiter*innen der KML-Geschäftsstelle hervorragende Arbeit geleistet. Zeitnah wurde von wichtigen Kongressen wie EHA und ICML virtuell in diesem Jahr berichtet. Meinungsbildner*innen haben mit Unterstützung der KML-Mitarbeiter*innen die wichtigsten Entitäten in der Hämatologie aufgearbeitet. Diese Zusammenstellungen sind hervorragend angenommen worden: Über 3.000-mal wurden diese Video-Zusammenfassungen bislang aufgerufen.

Ich hoffe sehr, dass eine weitere Corona-Welle keinen erneuten Anstieg der Er-

krankungszahlen insbesondere in diesem Herbst bewirkt wird. Weitere Corona-Impfungen haben in diesem Zusammenhang einen hohen Stellenwert.

Ich möchte mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die zusätzliche Arbeit in dieser schwierigen Zeitspanne sehr bedanken. Durch unsere gemeinsame Arbeit sind neue Therapien auch während der Pandemie etabliert worden. Wir sind sehr motiviert insbesondere die neuen immunonkologischen Therapien in der Hämatologie umzusetzen und für eine größere Zahl der Patientinnen und Patienten das Ziel der Heilung zu erreichen.

Mit freundlichen Grüßen
Hartmut Goldschmidt

Leiter der Sektion Multiples Myelom der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg sowie des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg, Präsident der German-Speaking Myeloma Multicenter Group (GMMG) - Studiengruppe, Vorstandsmitglied im Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V.

Abschlussbericht zur Besonderen Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen (BVML)

S. Hellmich. Der seit Januar 2008 bestehende Vertrag zur „Besonderen Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen“, vormals „Integrierte Versorgung“, wurde zum 30.06.2020 beendet. Gut ein Jahr später liegt nun der vom KML erstellte, abschließende Controlling-Bericht vor. Dieser kann von der KML-Website <https://lymphome.de/bvml/> heruntergeladen werden.

In die "Besondere Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen (BVML)" konnten zwischen 2008 und 2020 insgesamt 1.406 Patienten eingebracht werden. Bis 2015 konnte eine Steigerung auf 202 eingeschriebene Patienten (16,8 Patienten pro Monat) erfolgen. Ab 2016 ist die Anzahl der in die BVML eingeschlossenen Patienten jedoch weitgehend kontinuierlich gesunken bis zuletzt auf etwa 6,7 Patienten pro Monat. Der Rückgang der jährlichen Teilnehmerzahlen hängt teilweise mit den für die BVML positiv begutachteten Studienprotokollen zusammen, innerhalb derer Patienten behandelt wurden und gleichzeitig an der BVML teilnahmen. Dies war

die am häufigsten genutzte Möglichkeit Patienten in die BVML einzuschließen, neben der Option, die Behandlung analog des Standardarms eines Studienprotokolls oder nach individueller Absprache mit der jeweiligen Studiengruppe durchzuführen. Das Universitätsklinikum Köln, der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und die AOK Rheinland/Hamburg hatten sich daher dazu entschieden, dieses Versorgungsmodell zu beenden.

Das KML bedankt sich bei allen beteiligten Vertragspartnern und Studiengruppen für die gute Zusammenarbeit und insbesondere bei den über 200 teilnehmenden Behandlungszentren für ihre teils sehr engagierte Mitarbeit an diesem Projekt. Das KML steht weiterhin für Fragen zur BVML zur Verfügung.

Weitere Informationen:

Natalie Schreiber Sarmento, M.A.
KML | Versorgungsforschung
T 0221 478-96008
bvml@uk-koeln.de

Neue Mitglieder im KML



Werden Sie Mitglied!

Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied! Werden Sie Mitglied!

S. Hellmich, B. Fath. Ärzt*innen und Wissenschaftler*innen, die eigenverantwortlich klinische Studien oder wissenschaftliche Projekte in der Lymphomforschung durchführen,

Marco Herling ist geschäftsführender Oberarzt des Bereichs Hämatologie und Zelltherapie an der Klinik und Poliklinik für Hämatologie, Zelltherapie und Hämostaseologie des Universitätsklinikums Leipzig. Seine klinischen Schwerpunkte sind Non-Hodgkin Lymphome sowie zelluläre Therapien, insbesondere die allogene Stammzelltransplantation. Zudem leitet er das Labor für lymphozytäres Signaling und Onkoproteom an der Klinik I für Innere Medizin der Uniklinik Köln und forscht zu T-Zell-Lymphomen und -Leukämien.

Thomas Barth ist stellvertretender Direktor des Instituts für Pathologie am Universitätsklinikum Ulm und forscht zur molekularen Zytogenetik von Lymphomen und Sarkomen. Thomas Barth hat zahlreiche hämatopathologische Publikationen mit dem Schwerpunkt Hodgkin Lymphom und B-Zell-Lymphome veröffentlicht und ist Mitglied in der German Lymphoma Alliance e.V. (GLA).

Fördermitgliedschaften und Spenden

Herzlichen Dank auch allen Fördermitgliedern und Spender*innen, die die Arbeit des Kompetenznetzes Maligne Lymphome e.V. unterstützen. Seit diesem Jahr tragen sechs weitere Einzelpersonen und vier Firmen (EUSA Pharma Germany GmbH, Incyte Biosciences Germany GmbH, Miltenyi Biomedicine GmbH, Novartis Pharma GmbH) als Fördermitglieder sowie zahlreiche Spender*innen durch ihre Zuwendungen dazu bei, dass das KML seine Projekte fortsetzen bzw. ausweiten kann.

Ein Online-Spendenformular sowie Informationen zur Fördermitgliedschaft finden Sie auf der KML-Website unter: <https://lymphome.de/spenden>

Alternativ können Sie auch Ihre Spende auf das KML-Konto bei der Sparkasse KölnBonn überweisen:



*Kompetenznetz
Maligne Lymphome e.V.
Sparkasse KölnBonn
DE97 3705 0198 1929 5234 45*

Verwendungszweck: Spende & Ihre Adresse, wenn Spendenquittung erwünscht!

Weitere Informationen:

Dr. Birgit Fath
KML | Geschäftsführung
T 0221 478-96003
birgit.fath@lymphome.de

Thomas Nöllgen
KML | Fundraising & Projektmanagement
T 0221 478-96007
thomas.noellgen@lymphome.de

3. Retreat der HämatoKollegiaten zum Thema akute Leukämien



S. Hellmich. Zum dritten Mal trafen sich am 1./2. Juli 2021 die Teilnehmer*innen des Nachwuchsförderprogramms HämatoKolleg – dieses Mal zum Thema akute Leukämien. Aus dem Kompetenznetz Leukämien stellten am ersten Tag Christoph Röllig (Dres-

den), Verena Gaidzig (Ulm) und Nicola Gökbuget (Frankfurt) die verschiedenen Studiengruppen zur AML und ALL vor und erläuterten neue Therapieoptionen. Am zweiten Tag konnten die Kollegiat*innen dann in Workshops eigene Fälle zur ALL und AML vorstellen und miteinander diskutieren. Björn Steffen und Nicola Gökbuget (beide Frankfurt) als Expert*innen moderierten den Teil zur ALL, Marion Subklewe (München) ordnete in einem zweiten Workshop die Fälle zur AML ein und diskutierte diese mit den Teilnehmer*innen.

Die insgesamt vier vorgesehenen Retreats wollen vor allem die persönliche Begegnung und den wissenschaftlichen Austausch der Kollegiat*innen untereinander als auch mit Expertinnen und Experten fördern. Nach zwei Präsenzveranstaltungen in 2019 (in Eltville und Köln) konnte das wegen

der Covid-19-Pandemie mehrfach verschobene dritte Retreat dann doch nur virtuell stattfinden. Das vierte und damit Abschluss-Retreat ist für den 9./10. September 2021 in München geplant. Inhaltlich geht es dann um die Themen MDS, MPN und CML. Außerdem erhalten alle Kollegiatinnen und Kollegiaten ihre Abschlusszertifikate, in denen dokumentiert wird, zu welchen Themen sie in dem Nachwuchsförderprogramm gearbeitet haben.

Das HämatoKolleg wurde auf Initiative von Janssen-Cilag gemeinsam mit vier deutschen Studiengruppen – der DCLLSG, DSMM, GLA und GMMG – gegründet. Das Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML) hat die wissenschaftliche Leitung und Koordinierung dieses Programms übernommen und führt es in Kooperation mit Janssen-Cilag GmbH durch.

Weitere Informationen:

Thomas Nöllgen
KML | Fundraising & Projektmanagement
T 0221 478-96007
thomas.noellgen@lymphome.de
<https://haematokolleg.de>

Lymphom-News von internationalen Kongressen

Lymphom Kompetenz KOMPAKT



S. Hellmich. Das Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML) berichtet in der Reihe LymphomKompetenz KOMPAKT von den wichtigsten internationalen Kongressen zur Lymphomforschung. In diesem Sommer haben KML-Experten in 13 kurzen Videobeiträgen vom Kongress der *European Hematology Association (EHA2021)* und der *International Conference on Malignant Lymphomas (ICML 2021)* berichtet. Alle Videoberichte und die Vortragsdias sind auf den jeweiligen Projektseiten der KML-Website abrufbar. Mit der Kapitelauswahl können gezielt konkrete Inhalte angesteuert werden.

EHA2021 Virtual

Das KML hat die wichtigsten Lymphom-Highlights vom europäischen Hämatologiekongress EHA2021 veröffentlicht. Renommierete Lymphom-Experten fassen jeweils in rund 10 Minuten zusammen, welche Neuerungen es auf ihrem jeweiligen Gebiet gibt. Der EHA2021 wurde vom 9. bis 17. Juni 2021

als Online-Veranstaltung ausgerichtet. Das KML war nun zum vierten Mal dabei und informiert Ärztinnen und Ärzte kurz und knapp über den aktuellen Wissenszuwachs bei verschiedenen Lymphomentitäten. Sie finden die Berichte unter: [https:// lymphome.de/eha2021](https://lymphome.de/eha2021).



Grußwort & Covid-19-Update

Prof. Dr. med. Michael Hallek (Köln)

Chronische lymphatische Leukämie (CLL)

Prof. Dr. med. Stephan Stilgenbauer (Homburg/Saar)

Multiples Myelom

Prof. Dr. med. Hartmut Goldschmidt (Heidelberg)

Indolente Lymphome

Prof. Dr. med. Christian Buske (Ulm)

Aggressive Lymphome

Prof. Dr. med. Georg Lenz (Münster)

CAR-T-Zell-Therapien

Prof. Dr. med. Peter Borchmann (Köln)

EHA2021 Virtual
www.lymphome.de



Antworten auf Ihre Fragen finden Sie hier:
www.lymphome.de/eha2021
eha2021@lymphome.de



Das KML dankt den Firmen AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Amgen GmbH, Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, Hexal AG und Janssen-Cilag GmbH für die Unterstützung bei diesem Projekt.

Die Firmen haben keinen Einfluss auf die Auswahl und Darstellung der Inhalte. Die Höhe der Zuwendungen kann der Seite Projektunterstützung entnommen werden.

ICML 2021 Virtual Edition

Vom 18.-22. Juni fand virtuell die *International Conference on Malignant Lymphoma (ICML)* statt. Sie ist das weltweit wichtigste Forum zu lymphoiden Neoplasien und normalerweise treffen sich alle zwei Jahre rund 4.000 Wissenschaftler*innen und Ärzt*innen in Lugano, um neue

Forschungsergebnisse auszutauschen und zu diskutieren. Aufgrund der Covid-19-Pandemie fand dieses Meeting vom 18.-22. Juni 2021 erstmals virtuell statt. Alle Beiträge finden Sie unter: <https://lymphome.de/icml2021>.



Grußwort & Covid-19-Fragen

Prof. Dr. med. Michael Hallek (Köln)

Chronische lymphatische Leukämie (CLL)

Prof. Dr. med. Barbara Eichhorst (Köln)

Hodgkin Lymphom

Prof. Dr. med. Peter Borchmann (Köln)

Indolente Lymphome

Prof. Dr. med. Martin Dreyling (München)

Aggressive Lymphome

Prof. Dr. med. Björn Chapuy (Göttingen)

T-Zell-Lymphome

PD Dr. med. Marco Herling (Leipzig)

ZNS-Lymphome

Prof. Dr. med. Gerald Illerhaus (Stuttgart)

ICML2021 Virtual Edition

www.lymphome.de



Antworten auf Ihre Fragen finden Sie hier:

www.lymphome.de/icml2021

icml2021@lymphome.de



Das KML dankt den Firmen Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, Janssen-Cilag GmbH, MSD Sharp & Dohme GmbH und Roche Pharma AG für die Unterstützung bei diesem

Projekt. Die Firmen haben keinen Einfluss auf die Auswahl und Darstellung der Inhalte. Die Höhe der Zuwendungen kann der KML-Website entnommen werden.

Weitere Informationen:

Silke Hellmich

KML | Information & Kommunikation

T 0221 478-96005

silke.hellmich@lymphome.de

Thomas Nöllgen

KML | Fundraising & Projektmanagement

T 0221 478-96007

thomas.noellgen@lymphome.de

KML virtuell: Online-Meetings leicht gemacht!

S. Hellmich. Was tun, wenn pandemiebedingt weiterhin kaum oder keine Präsenzveranstaltungen stattfinden können? Die KML-Geschäftsstelle konnte in der ersten Jahreshälfte wiederum Mitglieder bei der Durchführung virtueller Veranstaltungsformate unterstützen. Ein bereits eingespieltes Team sind die GMMG-Studienzentrale und die KML-Geschäftsstelle bei der Durchführung der GMMG-Studiengruppentreffen: Das zweite fand im April 2021 statt und die Planungen für das Herbsttreffen Ende September 2021 sind bereits ange laufen. Auch die Uniklinik Köln als wichtiger Kooperationspartner des KML konnte zwei etablierte Veranstaltungen virtuell durchführen: Der Cologne Post ASH, organisiert von Andreas Engert und Peter Borchmann, sowie das 9. Sommersymposium „Lymphome & Leukämien“ unter der Federführung von Kai Hübel konnten mit Hilfe der GoTo-Webinar-Lizenz des Vereins virtuell stattfinden.

Was die Erfahrung zeigt: Ein gut vorbereitetes Online-Meeting ohne technische Pannen erfordert ebensoviel akribische Vorbereitung und Know-how wie ein Präsenzmeeting.

Auch wenn der unvermittelte, persönliche Austausch am Rande von Präsenzveranstaltungen oft sehr fehlt, erfreuen sich diese Online-Meetings zunehmender Beliebtheit – insbesondere auch, weil diese die räumliche Begrenztheit aufheben und den zeitlichen Aufwand für den persönlichen Wissenszuwachs verringern. In unseren Evaluationen votieren daher rund die Hälfte der Teilnehmer*innen für hybride Veranstaltungen, bei denen sie zukünftig wählen könnten, ob sie vor Ort dabei sein wollen oder sich doch kurzerhand über das Internet dazuschalten können.

Weitere Informationen:

Silke Hellmich
KML | Information & Kommunikation
T 0221 478-96005
silke.hellmich@lymphome.de

Neu: Faltblatt "HIV-assozierte Lymphome"



S. Hellmich. Treten Lymphome bei HIV-positiven Patient*innen auf, werden diese als HIV-assozierte Lymphome bezeichnet. Welche Besonderheiten bei Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen zu berücksichtigen sind, fassen Marcus Hentrich (München) und Kai Hübel (Köln) – zwei ausgewiesene Experten in diesem Thema – in einem neuen Faltblatt zusammen, das in Kürze erscheinen wird. Die Herstellung dieses Faltblattes wird von AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG finanziell unterstützt. Das Unternehmen hatte keinen Einfluss auf den Inhalt.

Weitere Informationen:

Silke Hellmich
KML | Information & Kommunikation
T 0221 478-96005
silke.hellmich@lymphome.de

CLL-FRAIL-Studie gestartet: Prospektive, multizentrische Phase-II-Studie mit Acalabrutinib bei sehr alten (≥ 80 Jahre) oder gebrechlichen Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL)

F. Simon, B. Eichhorst. Obwohl Patienten im Alter von mehr als 80 Jahren die am schnellsten wachsende Altersgruppe in der westlichen Bevölkerung sind und etwa 20 % der allgemeinen CLL-Bevölkerung ausmachen, sind sie in klinischen Studien nur zu 5 % vertreten. Die Hauptgründe dafür sind sehr strenge Ausschlusskriterien mit einem bestimmten Level des Allgemeinzustandes, ein begrenzter Schweregrad der erlaubten Begleiterkrankungen, unter denen die meisten älteren Patienten in diesem Alter leiden, und/oder eine allgemeine Zurückhaltung älterer Patienten, an klinischen Studien mit häufigen Visiten teilzunehmen. Darüber hinaus neigen ältere und gebrechliche Patienten dazu, eher gut erreichbare Praxen und Kliniken vor Ort aufzusuchen, als große zentralisierte Einrichtungen wie Universitätskliniken. Da es an Daten darüber fehlt, wie diese Patienten in klinischen Studien rekrutiert und behandelt werden können, sind Studien, die besonders auf diese Patienten zugeschnitten sind, dringend erforderlich.

Ein direkter Vergleich der beiden zugelassenen Substanzen Acalabrutinib und Ibrutinib, die beide oral eingenommen werden können, wurde auf dem diesjährigen Kongress der Europäischen Hämatologen Vereinigung präsentiert (Hillmen P. et al., First Results Of A Head-To-Head Trial Of Acalabrutinib Versus Ibrutinib In Previously Treated Chronic Lymphocytic Leukemia,

EHA Library. Hillmen P. 06/09/21; 324553; S145). Bei Acalabrutinib kommt es bei gleicher Wirksamkeit zu deutlich weniger Nebenwirkungen wie Vorhofflimmern, Blutungen, Bluthochdruck, Gelenkschmerzen und Durchfall. Daher ist Acalabrutinib für die sehr alten und komorbiden Patienten vermutlich gut geeignet und wird in dieser Studie in der Standarddosis von 200 mg (eine 100 mg Kapsel wird zweimal am Tag alle 12 Stunden eingenommen) zunächst über 6 Monate verabreicht. Bei Patienten, die diese Dosis gut vertragen, wird die Behandlung auf bis zu 24 Monate fortgesetzt. Bei guter Verträglichkeit kann Acalabrutinib auch darüber hinaus weitergegeben werden.

Die Studie hat bereits zustimmende Voten der Behörden und Ethikkommissionen. Bis zu 50 sehr alte oder komorbide Patienten mit einer bislang unbehandelten CLL können seit Mai 2021 in 17 Zentren in Deutschland und in wenigen Wochen auch in 2 Prüfzentren in Österreich rekrutiert werden.

Weitere Informationen:

Dr. med. Florian Simon
Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln
T 0221 478-88220
florian.simon@uk-koeln.de

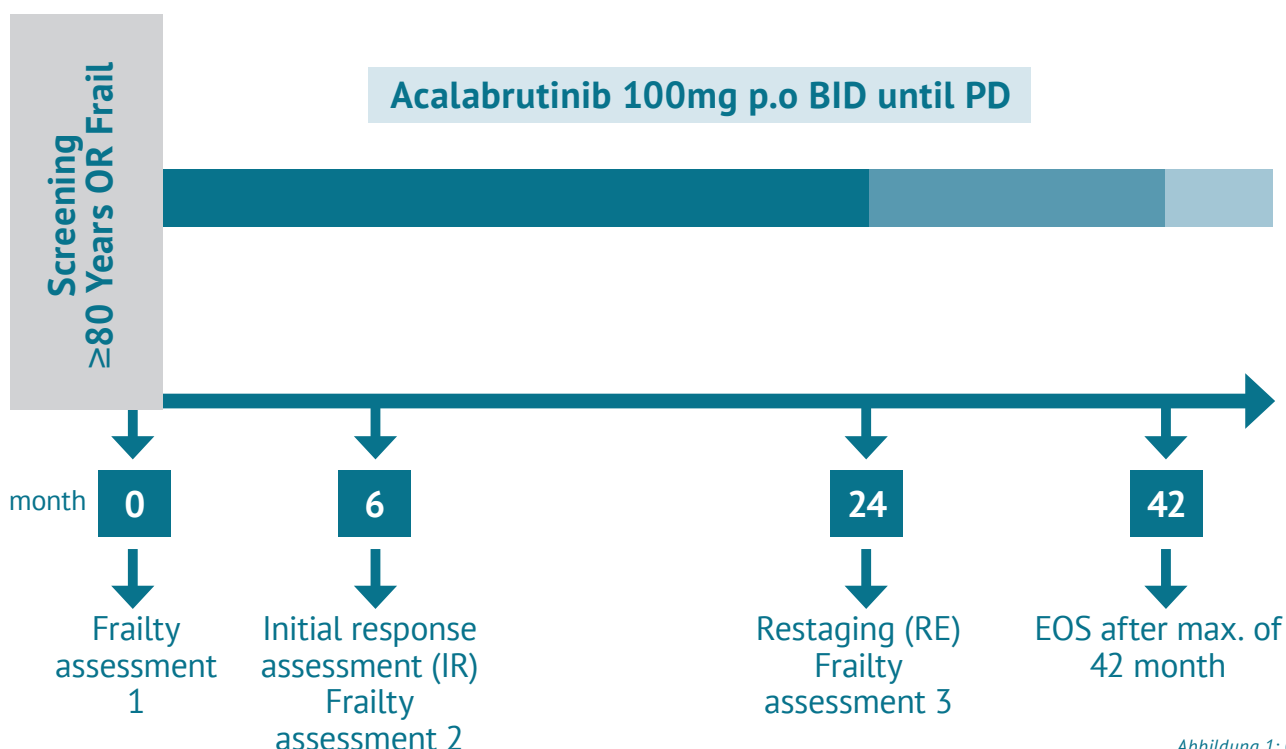


Abbildung 1: CLL-Frail-Studiendesign

Neu gestartet: DADA-Studie der GMMG für nicht-vorbehandelte Patientinnen und Patienten mit einem Multiplen Myelom



T. Richardson. Erfreulicherweise erschien in der Therapie des Multiplen Myeloms in den vergangenen Jahren eine unglaubliche Vielzahl neuer Substanzen und pharmakologischer Kombinationsmöglichkeiten. Insbesondere die Addition eines CD-38-Antikörpers zu

bewährten Kompositionen hat die therapiefreie Zeit und das Gesamtüberleben erheblich verbessert. Unklar bleibt, in welcher Kombination die Hinzunahme am sinnvollsten ist oder ob sich analog der CD-19-Antikörpertherapie bei den Hodgkin Lymphomen ein Vorteil in allen Therapielinien zeigt. Die einarmige DADA-Studie wurde unter anderem konzipiert, um diese Wissenslücke zu füllen. Dafür wurde ein dreigliedriges Therapiekonzept erarbeitet, welches sich an insgesamt 160 Patient*innen mit der Erstdiagnose eines Multiplen Myeloms richtet, die nicht transplantiert werden können oder wollen (Abbildung 1).

Zunächst wird der langjährige Behandlungsstandard für die Erstlinientherapie mit Daratumumab zu DVcd (Daratumumab, Bortezomib, Cyclophosphamid low dose, Dexamethason) kombiniert und insgesamt 8 Zyklen zu je 28 Tagen appliziert. Die Daten werden mit jenen der ALCYONE-Studie verglichen, in der Melphalan statt Cyclophosphamid verabreicht wurde, und stellen den primären Endpunkt der DADA-Studie dar. Die anschließende Erhaltungstherapie, die bis zum Progress fortgesetzt wird und einen Schwerpunkt auf MRD-Negativität setzt, orientiert sich an den Daten der CASTOR-Studie und ist mit

DVd (Daratumumab, Bortezomib, Dexamethason) breiter konzipiert als die standardmäßige Monotherapie.

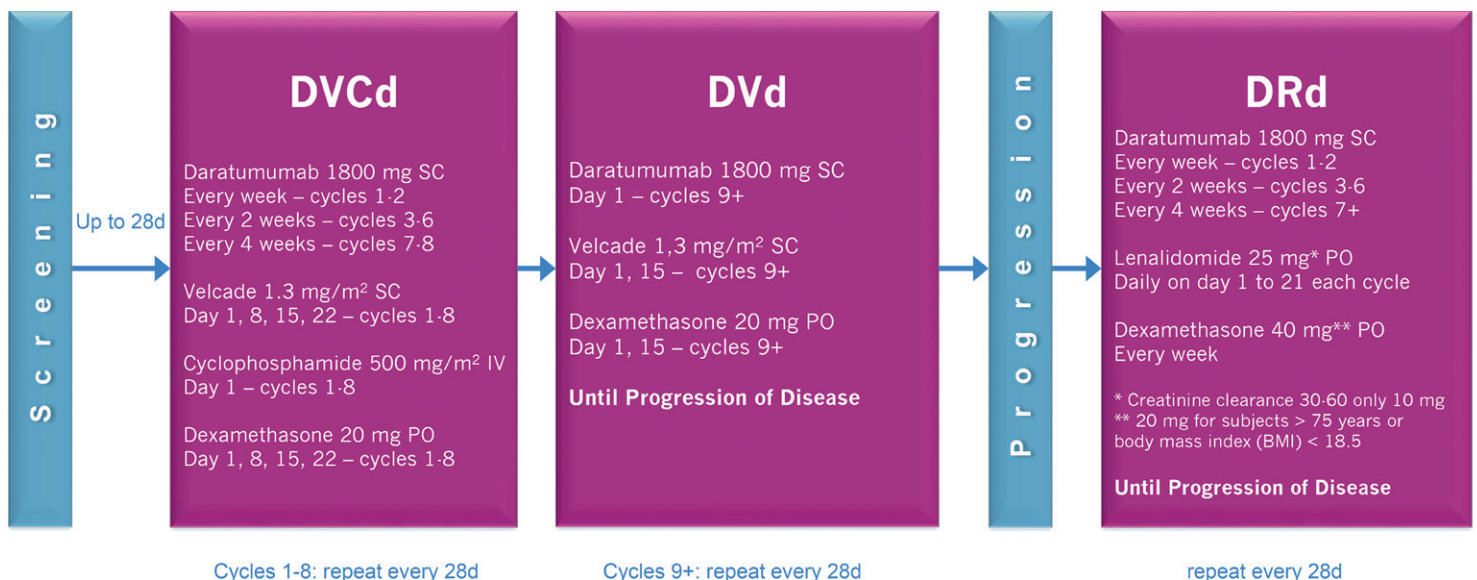
Da offen ist, ob die Wirksamkeit von Daratumumab bei einem Rückfall durch die vorherige Anwendung im Rahmen der Erstlinientherapie beeinflusst wird, erhalten die Patient*innen der DADA-Studie nach der Erhaltungstherapie im Progress DRd (Daratumumab, Lenalidomid, Dexamethason) beim ersten Rückfall unter der Annahme, dass eine vorherige Daratumumab-Exposition die Aktivität einer nachfolgenden Daratumumab-haltigen Therapie bei einem Rückfall nicht beeinträchtigt. Darüber hinaus wird die Gesamtwirksamkeit der in diesem Protokoll vorgestellten Behandlung durch die Analyse des progressionsfreien Überlebens (PFS) von der Diagnose bis zum zweiten Rezidiv (sogenanntes PFS2) bewertet.

In die DADA-Studie wurden bereits die ersten Patient*innen eingeschlossen und sie rekrutiert sukzessive aus etwa 30 Zentren deutschlandweit. Ausführliche Informationen zu dieser Studie finden Sie auch im KML-Studienregister unter www.lymphome.de/studien. Bei Fragen schreiben Sie uns gerne an: DADA-Studienzentrale@uk-koeln.de.

Weitere Informationen:

Dr. med. Tim Richardson
Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln
T 0221 478-87085
DADA-Studienzentrale@uk-koeln.de

Abbildung 1:



TIGER-CTL019: Eine multizentrische Phase-II CAR T-Zell Studie (Tisagenlecleucel) für ältere Patient*innen (≥60 Jahre) mit aggressiven B-NHL im ersten Rezidiv

A. Lohneis, P. Borchmann. Aggressive B-Zell Non-Hodgkin-Lymphome (aNHL) stellen einen Anteil von ca. 50-62 % aller Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) dar [Yap E EXCLIJ 2017], wobei das diffus-großzellige B-Zell-Lymphom (ca. 30 % aller NHL) mit einer Inzidenz von etwa 5 pro 100.000 pro Jahr in Europa die häufigste Diagnose ist. Das mittlere Alter bei Krankheitsbeginn liegt bei 65-70 Jahren und somit sind häufig ältere Menschen betroffen. Die Erstbehandlung des aNHL basiert auf einer Immunchemotherapie mit einem CD20-Antikörper (z.B. Rituximab) und einer Chemotherapie, in der Regel nach dem CHOP-Protokoll (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin und Prednisolon). Diese Behandlung gilt als Standardtherapie und führt zu einer Heilungsrate von fast 60-70 % [Friedberg JW Blood 2017]. Das bedeutet aber auch, dass etwa ein Drittel der Patient*innen ein Rezidiv oder einen primären Progress erleidet. Die Prognose dieser Patient*innen mit R/R aNHL ist nicht gut, vor allem für die Mehrzahl der älteren Patient*innen [Glass B Ann Oncol 2017].

Eine hochdosierte Immunchemotherapie in Kombination mit einer Stammzelltransplantation ist nur für sehr wenige der älteren Patient*innen eine Option, da die Chemosensitivität der Krankheit nicht gegeben ist oder Begleiterkrankungen eine Stammzelltransplantation nicht zulassen. Studien mit CAR T-Zellen (gentechnologisch veränderte Immunzellen, die dem Immunsystem ermöglichen, die Krebszellen zu erkennen und gezielt zu bekämpfen) haben zu relativ hohen Ansprechraten auch bei Patient*innen mit R/R aNHL geführt [Neelapu SS NEJM 2017, Schuster SJ NEJM 2019]. Die Verträglichkeit von Tisagenlecleucel (CAR-T-Zellen gegen CD19) bei älteren Patient*innen im zweiten Rezidiv eines R/R aNHL erscheint

ähnlich im Vergleich mit jüngeren Patient*innen. Daher ist Tisagenlecleucel für ältere Patient*innen vermutlich bereits im ersten Rezidiv oder Progress gut geeignet, um die Erkrankung zu behandeln.

Es könnte auch sein, dass sich der frühere Einsatz von Tisagenlecleucel bereits im ersten Rezidiv oder Progress positiv auf die Wirksamkeit und Verträglichkeit auswirkt. Da dies noch nicht bekannt ist, werden die Wirksamkeit und Sicherheit im Rahmen der Studie TIGER-CTL019 untersucht. Tisagenlecleucel wird als einmalige Infusion in die Vene verabreicht, nachdem es aus eigenen T-Zellen durch gentechnologische Veränderung hergestellt wurde. Alle Patient*innen werden nach dieser Infusion über 2 Jahre regelmäßig nachbeobachtet.

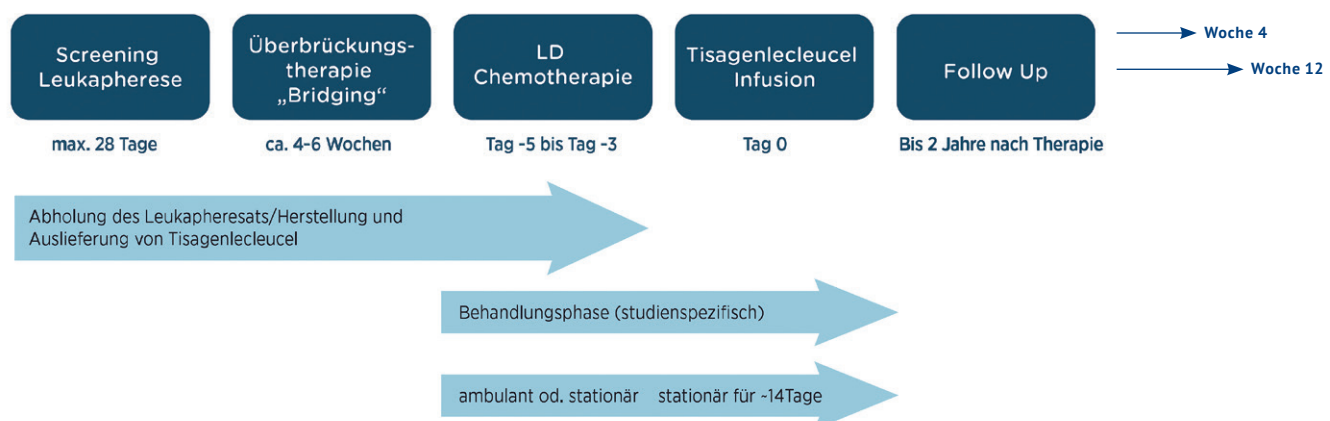
Die Studie wurde bereits von der zuständigen Behörde (Paul Ehrlich-Institut) und der federführenden und den beteiligten Ethikkommissionen positiv bewertet. Patient*innen zwischen 60 und 80 Jahren, die nach erster Behandlung eines aggressiven B-Zell Non-Hodgkin Lymphoms innerhalb von 365 Tagen nach letzter Immunchemotherapie rückfällig geworden sind oder nicht auf die erste Therapie angesprochen haben und bei denen keine autologe oder allogene Stammzelltransplantation durchgeführt werden kann, können in 15 Zentren in Deutschland im Rahmen dieser Studie behandelt werden.

Eine Liste der teilnehmenden Studienzentren ist auf der Website <https://lymphome.de/studien/diffus-grosszelliges-b-zell-lymphom/> verfügbar.

Weitere Informationen:

Dr. med. Anja Lohneis
Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln
car-t-im1@uk-koeln.de

Überblick Studienverlauf



Kongressbericht: 4th International Symposium on Childhood, Adolescent and Young Adult Hodgkin Lymphoma (ISCAYAHL) ONLINE (27.06.-02.07.2021)

C. Mauz-Körholz. Der Corona-Pandemie geschuldet konnte das internationale Symposium für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Hodgkin Lymphom (ISCAYAHL), das in diesem Jahr bereits zum vierten Mal stattfand, nicht in Präsenz durchgeführt werden. Das alle drei Jahre stattfindende Meeting sollte eigentlich im Mai 2020 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin abgehalten werden. Wie so viele internationale Meetings wurde das Symposium gut ein Jahr später vom 27. Juni bis 2. Juli 2021 aber als virtueller Kongress mit Live-Schaltungen durchgeführt – und konnte in diesem Rahmen auch das 10-jährige Jubiläum der in internationalen Fachkreisen etablierten Plattform ISCAYAHL feiern: Die Premiere fand im Mai 2011 in Washington, D.C. statt, das zweite Symposium dann drei Jahre später im Mai 2014 in Berlin, das dritte wiederum im Jahr 2017 in Washington, D.C. und nun das vierte Symposium, von Deutschland aus veranstaltet, als ONLINE-Veranstaltung.

Die Teilnahme-Resonanz war großartig: Es meldeten sich ca. 165 Teilnehmer*innen aus über 30 Ländern vorab an oder schalteten sich während der Symposiumswoche noch dazu. Die wissenschaftliche Leitung dieser internationalen Expert*innen-Plattform liegt bei Christine Mauz-Körholz, Pädiatrische Onkologie Universitätsklinikum Gießen und bei Monika Metzger, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, TN, USA. Als Vertreterinnen zweier bedeutender Hodgkin Lymphom-Studiengruppen (GPOH-HD/EuroNet-PHL und Dana Farber-Stanford-St Jude Pediatric Hodgkin Lymphoma Consortium) beidseits des Atlantiks wurde seit Beginn der spannenden Kooperation ein internationales Konsortium (CAYAHL) geschaffen mit dem Ziel, ein globales kooperatives Netzwerk aufzubauen, um die Forschung sowie die Verbesserung der Qualitätsstandards der Behandlung des Hodgkin Lymphoms global weiterzubringen.

Die Themenfelder des 5-tägigen wissenschaftlichen Symposiums erstreckten sich von der Biologie und Genetik sowie der Bedeutung von Immuncheckpoint-Inhibitoren beim Hodgkin Lymphom über globale kooperative Studien mit einem internationalen Studien-Workshop zu spezielleren Themen wie die Rezidivbehandlung und die Fortschritte bei zellulären Therapiekonzepten, inklusive CAR-T-Zell-Therapien, beim Hodgkin Lymphom. Große Beachtung fand auch das Themenfeld „zeitgemäße Radiotherapie aus Sicht der globalen Studienkonsortien“ mit dezidierten Fallbeispielen und Anwendungskonzepten gefolgt von der Sitzung über Langzeitfolgen und Langzeit-Nachsorge nach Therapie. Der letzte Tag war den speziellen Aspekten der betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (adolescents and young adults, AYA) und dem sogenannten Herzstück des globalen Konsortiums gewidmet: dem Projekt zur Harmonisierung der Staging- und Response-Kriterien bei

CAYAHL, kurz ‚SEARCH for CAYAHL‘, das seit dem ersten Symposium vor 10 Jahren beständig weiterentwickelt wurde. Dieses Projekt will vor allem die Staging- und Response-Kriterien für CAYAHL international definieren und damit auch beispielsweise mit denen der Hodgkin Lymphom-Studiengruppen für Erwachsene und für Studien mit neuen Medikamenten vergleichbar zu machen.

Nach jeder Sitzung, die mit international renommierten Keynote-Speakern eröffnet wurde, folgten zwei bis vier im Peer-Review ausgewählte Vorträge, gefolgt von Live-Q&A-Sessions, d.h. Frage- und Antwort-Runden mit Publikum und Vortragenden. Die Fragen konnten live gestellt oder den Vorsitzenden im Chat gemeldet werden. Weitere sehr populäre Sitzungen waren die interaktiven Fall-Beispiele, die fast jeden Tag zu den verschiedenen Themen von den Expert*innen und Teilnehmer*innen zusammengestellt und im Plenum diskutiert wurden.

Ein weiterer absoluter Höhepunkt stellte die Verleihung des Günther-Schellong-Awards dar. Diese Auszeichnung wurde in diesem Jahr zum dritten Mal in der Folge der CAYAHL-Symposien verliehen. Es werden Wissenschaftler*innen von einer Jury ausgewählt, die wie der Namensgeber herausragende Leistungen in ihrer beruflichen Vita im klinisch-wissenschaftlichen oder im grundlagenwissenschaftlichen Bereich des Hodgkin Lymphoms aufweisen können. Mit diesem Preis, einem goldenen Ehrenring mit einem Lapislazuli-Stein, wurde in ganz besonderer Weise der diesjährige Preisträger, Ralf Küppers, Leiter des Instituts für Tumorgenetik der Universität Essen, gewürdigt, der zahllose grundlagenwissenschaftliche Publikationen zur Genetik und Biologie des Hodgkin Lymphoms veröffentlicht hat und als weltweiter Experte für die Aufklärung der Entstehung

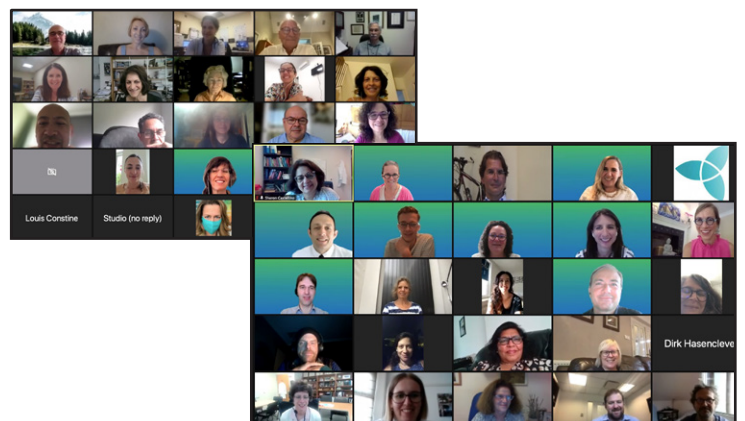


Abbildung 1:

dieser besonderen Lymphom-Entität gilt. Riccardo Dalla Favera, ein ebenfalls renommierter Lymphom-Forscher und ehemaliger Wegbegleiter von Ralf Küppers, war live aus New York zugeschaltet und hielt die Laudatio.

Zahlreiche als Poster eingereichte Beiträge konnten als vorab aufgenommene Video-Präsentationen während der ganzen Symposiumstage angeschaut werden. Alle Beiträge des Symposiums können für die registrierten Teilnehmer noch bis zu drei Monate nach der Veranstaltung nachgehört oder -gesehen werden. Wie jedes Mal wurden die drei besten Postervorträge von der Jury mit je 500€ ausgezeichnet.

Die lebhafteste, diskussionsfreudige und netzwerkfördernde Atmosphäre der bisherigen Präsenzveranstaltungen wurde enorm und überraschend gut in das ONLINE-Symposium übernommen. Besonders wichtig war, dass auch Wissenschaftler*innen abseits der großen Studiengruppen und Teilnehmer*innen aus den sogenannten „Low-income-countries“ ihre Daten und Ergebnisse präsentieren konnten, ohne einen großen finanziellen Aufwand für internationale Reisen und Hotelkosten leisten zu müssen. Die Veranstaltungszeit nachmittags von 16:00 Uhr bis abends um 20:00 Uhr zentraleuropäischer Sommerzeit war in dieser Zeitzone und auch für Amerika und bis Russland sicher gut machbar. Aber auch die Teilnehmer aus Südostasien, Japan, Australien, Neuseeland und Hong Kong scheuten nicht das Aufstehen mitten in der Nacht, um an diesem spannenden und aufregenden Ereignis teilnehmen zu können. Mit einer bildreichen Zusammenfassung der vergangenen 5 Tage und dem Ausblick auf das kommende Symposium in Memphis, TN, USA im Jahr 2023 endete das wissenschaftliche Symposium begleitet von großem Publikumszuspruch und vielen Glückwünschen.

Weitere Informationen:

apl. Prof. Dr. Christine Mauz-Körholz
Sekretär der EuroNet-PHL Group
Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Universitätsklinikum Gießen
T 0641 985-43421
christine.mauz-koerholz@paediat.med.uni-giessen.de

Patiententag am Vortag des ISCAYAHL

C. Mauz-Körholz. Zum ersten Mal und ebenfalls virtuell hat die pädiatrische Hodgkin-Studiengruppe und deren LeaHL-Studie (LeaHL = Late-Effects after Hodgkin Lymphoma) am Sonntag, den 27. Juni 2021, eine Informations- und Netzwerk-Veranstaltung für ehemals im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter an einem Hodgkin Lymphom erkrankte Patient*innen veranstaltet. Das Angebot wurde sehr gut angenommen, ca. 170 Patient*innen, Ärzt*innen und andere Interessensvertreter*innen nahmen teil. Zahlreiche medizinische Expert*innen konnten Informationen und Behandlungs-

möglichkeiten zu verschiedenen Spätfolgen-Erkrankungen aufzeigen. Sehr gut wurden auch die Diskussionsforen in sogenannten Break-Out-Rooms angenommen, in denen sich kleinere Gruppen virtuell unterhalten und diskutieren konnten. Von praktisch allen Teilnehmer*innen wurde einvernehmlich eine baldige Folgeveranstaltung mit Netzbildung ange-regt. Darüber hinaus wurden ehemalige Patient*innen motiviert, sich an der Planung und Gestaltung künftiger klinischer Studien zu beteiligen, indem sie ihre persönlichen Erfahrungen einbringen. Auch auf diesen Aufruf gab es eine große Resonanz und viele Rückmeldungen bei der Studienleitung GPOH-HD/EuroNet-PHL. Künftig sollen die Patiententagveranstaltungen weiter entlang der wissenschaftlichen Symposi-en abgehalten werden, wenn möglich weiter in diesem Modus der virtuellen Teilnahme oder in einer Hybrid-Veranstaltung.

Fragen? Anmerkungen?

LEaHL-Beratungstelle
• email hodgkin.nachsorge@uk-gm.de
• Telefon 0641-985-43504



Weitere Informationen:

apl. Prof. Dr. med. Christine Mauz-Körholz
Leiterin der Hodgkin-Studienzentrale
Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Universitätsklinikum Gießen
Tel.: 0641 985-43421
christine.mauz-koerholz@paediat.med.uni-giessen.de

Prof. Dr. med. Dieter Körholz
Studienleiter der GPOH-HD Studien und
Coordinating Chairperson der EuroNet-PHL Studien
Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Universitätsklinikum Gießen
T 0641 985-43421
dieter.koerholz@paediat.med.uni-giessen.de

Dr. med. Ulrike Hennewig
Leiterin der LEaHL-Studie
Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Universitätsklinikum Gießen
T 0641 985-43400
ulrike.hennewig@paediat.med.uni-giessen.de

Analysen von GMMG-HD4 und MM5-Studiendaten bekräftigen den derzeitigen Standard, Lenalidomid in der Erhaltung nach HDT und ASZT einzusetzen

M.-A. Baertsch, E. K. Mai, B. Handrick, H. Goldschmidt. Die Wirksamkeit einer Erhaltungstherapie (ET) nach einer Induktionstherapie und nachfolgender Hochdosistherapie (HDT) und autologen Stammzelltransplantation (ASZT) steht heute durch den Erkenntnisgewinn innovativer Studien mit langer Nachbeobachtungszeit außer Frage. Lenalidomid (LEN), eine Substanz aus der Gruppe der Immunmodulatoren, hat sich hier als Standard durchgesetzt. Alternativ wird der Proteasominhibitor Bortezomib (BTZ) in der ET von Patienten mit ungünstigen Prognosefaktoren angewandt, so z.B. bei Hochrisikopatienten mit Niereninsuffizienz oder mit prognostisch ungünstiger Zytogenetik. Ein direkter Vergleich der Substanzen BTZ und LEN in einer prospektiven klinischen Studie im post HDT/ASZT Setting wurde bislang nicht durchgeführt.

Anhand der Studiendaten der multizentrischen GMMG-HD4 und GMMG-MM5 Studien konnte ein retrospektiver, explorativer Vergleich der beiden Substanzen Bortezomib (n=138) und Lenalidomid (n=183) in der ET im Blood Cancer Journal veröffentlicht werden. Alle Patienten erhielten 3 Zyklen einer Bortezomib-basierten Tripletinduktion sowie nach HDT/ASZT jeweils eine ET mit LEN oder BTZ. Die BTZ ET (1,3 mg/m² i.v.) wurde alle 2 Wochen über den Zeitraum von 2 Jahren appliziert. Die LEN ET beinhaltete zwei Konsolidierungszyklen (25 mg p.o., Tage 1-21 eines 28 Tage Zyklus) gefolgt von 10-15 mg täglich für 2 Jahre. Aufgrund unterschiedlicher Strategien in den beiden Studien erhielt die BTZ Kohorte häufiger Tandemtransplantationen als die LEN Kohorte (91 % vs. 33 %). In der LEN- und BTZ-Kohorte wurden 2 Jahre einer ET in 43 % und 46 % der Patienten (p=0,57) wie geplant beendet. Beim progressionsfreien Überleben (progression

free survival, PFS; HR = 0,83, p=0,18) und Gesamtüberleben (overall survival, OS; HR =0,70, p=0,15) konnte kein signifikanter Unterschied zw. LEN und BTZ ET nachgewiesen werden. Bei Patienten, die nicht mindestens eine fast komplette Remission erreichten (< nCR), wurde in beiden Studien eine Tandem-HDT/ASZT durchgeführt (LEN: n= 54, BTZ: n=84). Eine Subgruppenanalyse dieser Patienten offenbarte, dass die LEN ET das PFS signifikant im Vergleich zu BTZ verbessern konnte (HR= 0,61, p=0,04). Für das OS konnte ein signifikanter Effekt nicht nachgewiesen werden (HR= 0,46, p=0,09). In den Subgruppen mit Niereninsuffizienz oder mit prognostisch ungünstiger Zytogenetik konnte bei geringen Fallzahlen kein statistisch signifikanter Vorteil einer BTZ ET nachgewiesen werden.

In Zusammenschau der Daten konnte nach Eliminierung des Einflusses unterschiedlicher Tandem-HDT/ASZT-Raten ein signifikanter Vorteil im PFS für die LEN ET im Vergleich zu BTZ aufgezeigt werden. Die Daten unterstützen die Verwendung des derzeitigen Standards LEN in der ET.

Literatur: Baertsch M.-A.*, Mai E. K.* et al., lenalidomide versus bortezomib maintenance after frontline autologous stem cell transplantation for multiple myeloma. Blood Cancer Journal, 2021. *geteilte Erstautorenschaft

Patienten mit neu diagnostiziertem Multiplen Myelom profitieren von subkutaner Bortezomib-Gabe während der Induktionstherapie: Daten der GMMG-MM5-Studie

H. Salwender, A. Elmaagacli, M. Merz, B. Handrick, H. Goldschmidt. Der Proteasominhibitor Bortezomib (BTZ) hat sich als zentraler Wirkstoff vieler Therapien des neu diagnostizierten und des rezidierten Multiplen Myeloms (MM) etabliert (von Monotherapien bis hin zu Quadrupel-Kombinationstherapien). Prinzipiell kann die Substanz intravenös (IV) oder subkutan (SC) appliziert werden. Studiendaten (MMY-3021) konnten den Vorteil der subkutanen Applikationsmethode gegenüber der intravenösen bei rezidierten, refraktären MM Patienten zuvor aufzeigen. Ein direkter Vergleich der beiden Applikationsmethoden bei Patienten mit neudiagnostiziertem MM (NDMM) wurde im

Rahmen einer prospektiven, klinischen Studie zuvor noch nicht vorgenommen.

Im Rahmen der GMMG-MM5 Phase-III-Studie wurden zwei Bortezomib-basierte Induktionstherapien hinsichtlich des klinischen Ansprechens der Patienten miteinander verglichen: PAd (Bortezomib, Doxorubicin, Dexamethason) vs. VCD (Bortezomib, Cyclophosphamid, Dexamethason). Ferner wurden zwei verschiedene Erhaltungstherapie-Konzepte gegenübergestellt: Lenalidomid für 2 Jahre vs. Lenalidomid bis Erreichen einer kompletten Remission. Aufgrund des oben beschriebenen Erkenntnisgewinns aus dem Relapse/



Refractory-Setting mit verbesserten Toxizitätsprofilen bei der SC Verabreichung von Bortezomib wurde im Rahmen eines Amendments und Erweiterung der Rekrutierung die Applikationsmethode von IV zu SC in der Induktionstherapie (IT) geändert und ermöglichte so den explorativen, nicht randomisierten Langzeitvergleich im Rahmen der MM5-Studie (SC: n=280, IV: n=304) und Veröffentlichung als Leukemia Letter. Die bei Studieneintritt vorliegenden Merkmale der Patienten in der SC vs. der IV Subgruppe waren nicht signifikant unterschiedlich.

Hinsichtlich der Toxizität zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Applikationsmethoden zu einem späteren Zeitpunkt, während der Erhaltungstherapie: Die Subgruppe BTZ-IV wies bei der Analyse der unerwünschten und schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse (AE/SAE) häufiger Erkrankungen des Nervensystems auf (32/13,2 %) im Vergleich zu der Subgruppe BTZ-SC (12/5,6 %; p= 0,007). Bei den Skelettmuskulatur- und Bindegeweberkrankungen (u.a. auch Muskelkrämpfe) zeigte sich auch ein signifikanter Vorteil für BTZ-SC (2/0,9 %; P= 0,002) vs. BTZ-IV (16/6,6 %).

Im Rahmen der Analyse konnte gezeigt werden, dass die SC-Applikation von Bortezomib im Vergleich zu Bortezomib IV in Bezug auf die Gesamtansprechrate (overall response rate, ORR), Überleben (overall survival, OS) und progressionsfreies Überleben (progression-free survival, PFS) nicht signifikant unterlegen war, bei gleichzeitigem Vorteil in Bezug zur Toxizität und positivem Einfluss längerfristig auch auf die Phase der Medikamentengabe nach einer autologen Stammzelltransplantation.

Literatur: Salwender, H. et al., long-term follow-up of subcutaneous versus intravenous bortezomib during induction therapy for newly diagnosed multiple myeloma treated within the GMMG-MM5 Phase III Trial. Leukemia – Letter, 2021.

Chromosom-1q21-Abnormalitäten sollten bei der Risikobetrachtung des Multiplen Myeloms vermehrt berücksichtigt werden

N. Weinhold, B. Handrick, H. Goldschmidt. Die prognostische Bedeutung zusätzlicher Kopien des langen Arms von Chromosom-1 (1q) wird beim Multiplen Myelom kontrovers diskutiert. Hier Klarheit zu schaffen, war das primäre Ziel von Martin Kaiser (London) und Niels Weinhold (Heidelberg). Um dieses Ziel anzugehen, haben sie eine Metaanalyse mit insgesamt 2596 neudiagnostizierten Patienten mit Multiplem Myelom aus drei englischen und deutschen Phase-III-Studien durchgeführt. Im Rahmen dieser Studien wurden die Patienten mit Substanzen aus den Wirkstoffgruppen der Proteasominhibitoren und Immunmodulatoren (IMiDs) behandelt. Zunächst haben die Autoren die Frage adressiert, ob die Anzahl der zusätzlichen Kopien von 1q eine Rolle spielt und konnten zeigen, dass sowohl ein einfacher Zugewinn (gain(1q)) als auch eine Amplifikation (amp(1q)) mit einem kürzeren progressionsfreien und Gesamtüberleben assoziiert waren. Zwischen gain(1q) und amp(1q) konnte kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Anschließend untersuchten sie 1q-Aberrationen im Kontext des „revised International Staging System“, welches der Goldstandard für die Risiko-Klassifikation des Myeloms ist, und konnten zeigen, dass die Zunahme von 1q dieses System deutlich verbessert.

Zusammengefasst zeigen die Daten, dass die Chromosom-1q-Diagnostik unabhängig von aktuell etablierten Therapien die Risikovorhersage präzisieren kann. Die Autoren plädieren für die Integration dieser genetischen Informationen in zukünftigen, standardmäßigen Konsensus-Risikoabschätzungen, um die individuelle Betreuung der Patienten zu verbessern.

Literatur: Weinhold, N. et al., Chromosome 1q21 abnormalities refine outcome prediction in patients with multiple myeloma – a meta-analysis of 2,596 trial patients. Haematologica, 2021.

Weitere Informationen:

Dr. rer. nat. Bianca Handrick

GMMG-Studiensekretariat

T 06221 56-6544

bianca.handrick@med.uni-heidelberg.de

Ehrung für Prof. Dr. med. Michael Hallek



Als Anerkennung für sein Lebenswerk hat Michael Hallek, Direktor der Klinik I für Innere Medizin an der Uniklinik Köln und Leiter der Deutschen CLL-Studiengruppe (DCLLSG), im Rahmen der ICML-Kongresseröffnung die renommierte Henry Kaplan Memorial Lecture mit dem Titel *Towards control of chronic*

lymphocytic leukemia with targeted agents gehalten. Der Kongresspräsident Franco Cavalli, einer der renommiertesten Krebsforscher der Schweiz, würdigte in seiner Laudatio die Leistungen von Michael Hallek, der mit seinen Arbeiten die Therapiestandards bei CLL maßgeblich beeinflusst hat und dessen CLL-Studiengruppe als weltweit bedeutsamste Studiengruppe zur chronischen lymphatischen Leukämie gelte. Der ehrenvolle Vortrag, mit dem der ICML-Preis verbunden ist, wurde nach Henry Seymour Kaplan (1918-1984) benannt, einem US-amerikanischen Radiologen, der zur Strahlentherapie und Radiobiologie geforscht hat und als Vater der modernen Therapie lymphatischer Neoplasien gilt. (Quelle: Pressemitteilung der Uniklinik Köln vom 25.06.2021)

Weitere Informationen:

Deutsche CLL-Studiengruppe
Dr. med. Anna Fink
T 0221 478-88198
anna-maria.fink@uk-koeln.de
www.dcllsg.de



Verabschiedung von PD Dr. med. Hans Martin



B. Handrick. Hans Martin, der seit 2001 in der Hämatologie und Onkologie des Universitätsklinikums Frankfurt mit dem Schwerpunkt Knochenmarkstransplantation und Multiples Myelom tätig war, ist in den Ruhestand gegangen. Als Mitbegründer der GMMG-Studiengruppe und langjähriges Mitglied der GMMG-

Leitgruppe hat Hans Martin seit 1996 maßgeblich dazu beigetragen, das Konzept der Total Therapy – intensive medikamentöse Behandlung plus Tandem-Hochdosistherapie (HDT) – das von Bart Barlogie in den USA begründet wurde, mit einem multizentrischen Ansatz in Deutschland umzusetzen. Hans Martin hat sich stets intensiv an Diskussionen zur Planung neuer Studienkonzepte beteiligt und konnte durch seine richtungsweisenden Impulse den Erfolg der GMMG Studiengruppe bei der nachhaltigen Optimierung der Therapiekonzepte für Patienten mit Multiplem Myelom erheblich mitgestalten. Bei seiner Tätigkeit in Frankfurt konnte er die Zugänglichkeit von Patienten mit Multiplem Myelom zu innovativen Studienkonzepten, unter anderem der GMMG-Studiengruppe, erfolgreich gestalten. Die GMMG ist Hans Martin sehr dankbar, dass er sich als Hauptprüfer/Prüfer im

Rahmen der GMMG-Studien ReLApsE, HD4, MM5, HD6, BIRMA und HD7 für die Rekrutierung von Patienten und den Erfolg der Studien nachhaltig eingesetzt hat, und freut sich sehr, dass er sich im Vorstand des neugegründeten GMMG-Vereins als Schatzmeister weiterhin aktiv für den Erfolg der GMMG einsetzt, so dass sein Expertenrat der Studiengruppe erhalten bleibt. Am Standort des Uniklinikums Frankfurt wird zukünftig Ivana von Metzler die Arbeit der GMMG weiter vertreten - die GMMG freut sich auf die Zusammenarbeit mit Frau von Metzler.

Weitere Informationen:

Dr. rer. nat. Bianca Handrick
GMMG-Studiensekretariat
T 06221 56-6544
bianca.handrick@med.uni-heidelberg.de
<https://gmmg.info/>



Nachwuchsförderung der German Lymphoma Alliance (GLA)

V. Pöschel. Zur Förderung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses hat die German Lymphoma Alliance zwei Preise ins Leben gerufen:

- **Lymphoma Clinical Research – zu Ehren von Michael Pfreundschuh**
- **Lymphoma Biology**

Die GLA lädt Nachwuchswissenschaftler*innen (40 Jahre oder jünger) dazu ein, sich bis Mitte September um die mit jeweils 5.000 Euro dotierten Preise zu bewerben. Einzureichen sind ein Lebenslauf (inkl. Publikationsliste) sowie ein vollständiges Manuskript einer 2020 publizierten Arbeit zur klinischen Lymphomforschung bzw. zur Lymphobiologie. Die

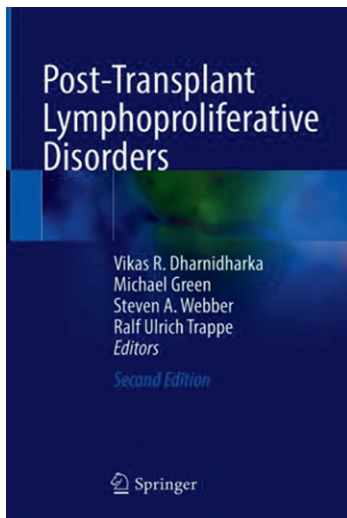
Stipendiat*innen werden darüber hinaus eingeladen, ihre Arbeiten während des nächsten GLA-Studententreffens vom 11. bis 13. November in Leipzig vorzustellen.

Bewerbungen sind bis zum 15.09.2021 an folgende Adresse zu richten: office@german-lymphoma-alliance.de

Weitere Informationen:

Dr. med. Viola Pöschel
German Lymphoma Alliance e.V. (GLA)
viola.poeschel@uks.eu
www.german-lymphoma-alliance.de

Neues Lehrbuch zu Post-Transplantations-Lymphomen (PTLD)



H. Zimmermann. Ralf Ulrich Trappe hat gemeinsam mit seinen amerikanischen Kollegen Vikas R. Dharnidharka (Washington University School of Medicine, St. Louis), Michael Green (University of Pittsburgh School of Medicine) und Steven A. Webber (Vanderbilt University School of Medicine, Nashville) ein Lehrbuch zum Thema Post-Transplantations-Lymphome (PTLD) herausgegeben. Zudem hat er gemeinsam mit Steven Webber das Kapitel zur Therapie der PTLD nach solider Organtransplantation verfasst („Management of PTLD after SOT“). „Post-Transplant Lymphoproliferative Disorders“ ist im Springer Verlag erschienen (ISBN 978-3-030-65402-3), vereint Beiträge international renommierter Experten und deckt die gesamte Breite des Forschungsgebietes von der molekularen Grundlagenforschung bis hin zu Details des klinischen Managements ab.

Weitere Informationen:

PD Dr. med. Heiner Zimmermann
DPTLDSG-Studiensekretariat
T 0421 6102-1495
h.zimmermann@diako-bremen.de

HDT-ASZT als Konsolidierungstherapie bei primärem ZNS-Lymphom

E. Schorb. Aktuelle Daten der IELSG32-Studie wurden als Vortrag beim diesjährigen ICML und EHA Kongress präsentiert (siehe hierzu auch den Videobericht zum ICML von G. Illerhaus auf www.lymphome.de/icml2021). Nach nun verlängertem Follow-Up von 88 Monaten wird bestätigt, dass die Induktionstherapie mit MATRix mit exzellentem Langzeit-Outcome assoziiert ist. In der Konsolidierung zeigt sich eine ähnliche Effektivität von konsolidierender HDT-ASZT und WBRT. Wichtig ist hierbei, dass sich bezüglich der Neurokognition Vorteile nach HDT-ASZT ergeben. Der Stellenwert der HDT-ASZT als Konsolidierungstherapie bei primärem ZNS-Lymphom wird auch durch erste Ergebnisse der

amerikanischen Alliance 51101 Studie, die die HDT-ASZT mit einer konventionellen Konsolidierung vergleicht, bestätigt (Vortrag im Rahmen des diesjährigen ASCO Meetings).

Weitere Informationen:

PD Dr. med. Elisabeth Schorb
Kooperative Studiengruppe ZNS-Lymphome
Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Freiburg
T 0761 270-35360
elisabeth.schorb@uniklinik-freiburg.de

Neue Substanzen und Wirkstoffkombinationen bei Lymphomen

In dieser Rubrik berichten Mitglieder der KML-Studiengruppen über neue Wirkstoffe, die sich für die Therapie der jeweiligen Lymphom-Indikationen als wirksam erwiesen haben oder aktuell als vielversprechende Substanzen in Studien überprüft werden. Die Verantwortung für die Auswahl und Darstellung der Substanzen liegt bei den Autoren und erfolgt ohne Einfluss der Sponsoren dieses Newsletters.

Chronische lymphatische Leukämie (CLL)

Zanubrutinib

B. Eichhorst, F. Simon. Zanubrutinib (BGB-3111) ist seit November 2019 in den USA für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit Mantelzelllymphom (MCL) zugelassen, die mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben. Zanubrutinib ist wie Ibrutinib ein BTK-Kinase-Inhibitor, der eine höhere Spezifität aufweist, weswegen die Behandlung mit Zanubrutinib vermutlich mit weniger Nebenwirkungen verbunden ist.

Zanubrutinib wird oral zweimal täglich mit 160 mg bis zum Fortschreiten der Erkrankung verabreicht. Der Wirkstoff wird in der Leber durch CYP3A metabolisiert und ist ein moderater Inhibitor von CYP2C8, CYP2C9 und CYP2C19.

Beim diesjährigen Kongress der Europäischen Hämatologen Vereinigung (EHA2021) wurden nun als Late-Breaking-Abstract-Ergebnisse eines direkten Vergleiches von Zanubrutinib und Ibrutinib zur Behandlung der rezidierten chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) vorgestellt. Zwischen November 2018 und Dezember 2019 wurden 415 Patienten randomisiert in die ALPINE-Studie eingeschlossen. Die Behandlungsgruppen waren für demographische und Krankheitsmerkmale

gut ausbalanciert: Im Zanubrutinib- und Ibrutinib-Arm sah die Verteilung wie folgt aus: Alter ab/über 65 Jahre jeweils 62,3 % vs. 61,5 %, männlich 68,6 % vs. 75 %, mehr als 3 vorherige Therapielinien 7,2 % vs. 10,1 %, del17p 11,6 % vs. 12,5 % und TP53 mutiert ohne del17p 8,2 % vs. 5,8 %. Bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 15 Monaten war die Gesamtansprechrate (ORR) mit Zanubrutinib signifikant höher als mit Ibrutinib (78,3 % vs. 62,5 %). Die Gesamtansprechrate war bei Patient*innen mit del11q (83,6 % vs. 69,1 %) und del17p (83,3 % vs. 53,8 %) unter Zanubrutinib höher, ebenso die Rate des progressionsfreien Überlebens (PFS): Das 12-Monats-PFS betrug 94,9 % vs. 84,0 % (siehe Abbildung) und das Gesamtüberleben (OS) lag bei 12 Monaten (97,0 % vs. 92,7 %). Die Rate an Vorhofflimmern/Flattern, ein Sicherheitsendpunkt der Studie, war unter Zanubrutinib signifikant niedriger als unter Ibrutinib (2,5 % vs. 10,1 %). Die Raten an schweren Blutungen (2,9 % vs. 3,9 %) sowie unerwünschte Ereignisse, die zum Abbruch der Behandlung (7,8 % vs. 13,0 %) oder zum Tod (3,9 % vs. 5,8 %) führten, waren ebenfalls niedriger unter Zanubrutinib. Die Rate an Neutropenien war unter Zanubrutinib höher (28,4 % vs. 21,7 %), während Infektionen ≥ 3 Grad unter Zanubrutinib niedriger waren (12,7 % vs. 17,9 %).

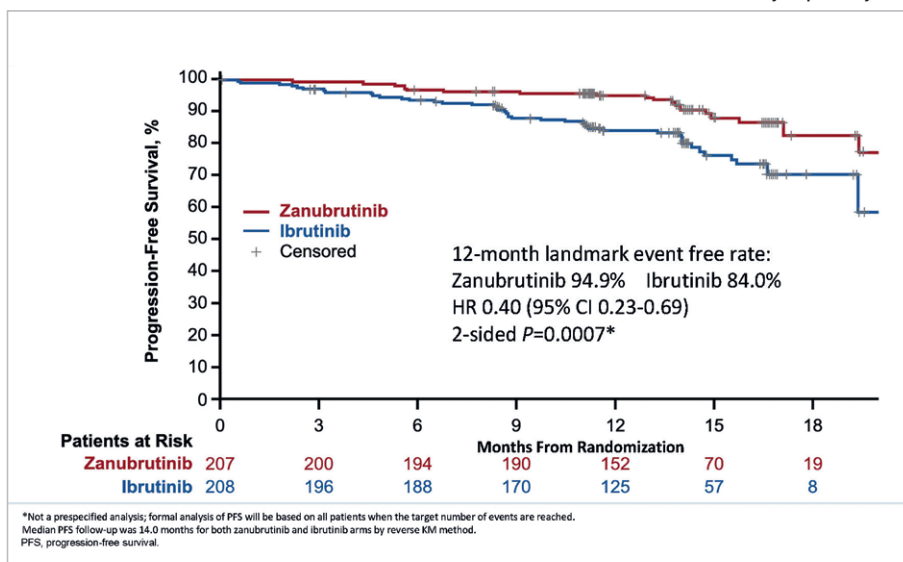
Literatur:

First Interim Analysis of ALPINE Study: Results of a Phase 3 Randomized Study of Zanubrutinib vs. Ibrutinib in Patients with Relapsed/Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma. Hillmen P, Eichhorst B, Brown J R, Lammanna N, O'Brien S, Tam C S, Qiu L, Kazmierczak M, Zhou K, Šimkovič M, Mayer J, Gillespie-Twardy A, Shadman M, Ferrajoli A, Ganly P S, Weinkove R, Salmi T, Ji M, Yecies J, Wu K, Novotny W, Huang J, Jurczak W. EHA Library. Hillmen P. 06/11/21; 330170; LB1900

Weitere Informationen:

Prof. Dr. med. Barbara Eichhorst
Dr. med. Florian Simon
Klinik I für Innere Medizin,
Uniklinik Köln
T 0221 478-88220
barbara.eichhorst@uk-koeln.de
T 0221-478-88220
florian.simon@uk-koeln.de

PFS by Investigator Assessment



Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

Tafasitamab

B. Chapuy. Am 25. Juni 2021 hat Tafasitamab vom Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) eine positive Bewertung bekommen. Der Ausschuss empfiehlt darin für erwachsene Patient*innen mit rezidiviertem oder refraktärem diffus großzelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), die sich nicht für eine Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation (ASZT) qualifizieren, die bedingte Zulassung von Tafasitamab. Die Europäische Kommission, in deren Zuständigkeit die Zulassung von Arzneimitteln in der EU liegt, prüft nun diese Empfehlung. In den USA ist Tafasitamab in dieser Indikation bereits von der dort zuständigen Zulassungsbehörde (FDA) seit dem 31. Juli 2020 zugelassen.

Tafasitamab (MOR208; Tafasitamab-cxix) ist ein voll humanisierter, zytolytisch-wirkender, Fc-modifizierter, monoklonaler Antikörper, der gegen das ubiquitär auf B-Lymphozyten exprimierte CD19 Epitop gerichtet ist. Die Zulassungsempfehlung von Tafasitamab basiert auf den jüngst veröffentlichten positiven 3-Jahres-Daten der L-MIND Studie (1,2). L-MIND ist eine multi-zentrische, einarmige Phase-II-Studie, die Tafasitamab in Kombination mit dem Immunmodulator (IMiD) Lenalidomid testet.

In L-MIND (1) wurden 81 ECOG 0-2 Patient*innen mit rezidiviertem/refraktärem DLBCL eingeschlossen, die zwischen 1-3 Vortherapien mit mindestens einer CD20-zielgerichteten Antikörpertherapie erhalten hatten. Tafasitamab wurde in 28-Tage Zyklen mit 12mg/kg intravenös appliziert; in den Zyklen 1-3 wöchentlich, in den Zyklen 4-12 alle zwei Wochen. Lenalidomid wurde an den Tagen 1-21 aller 12 Tafasitamab Zyklen mit 25mg p.o. appliziert (1). Patient*innen ohne Progress in den Zyklen 1-12 erhielten eine Erhaltungstherapie mit 12mg/kg Tafasitamab i.v. alle zwei Wochen bis zum Progress (1). Der primäre Endpunkt war die Gesamtansprechrate (ORR); 80 Patient*innen erhielten mehr als 1 Dosis beider Substanzen.

Nach mindestens 35 Monaten Nachbeobachtung (Letzter data cut: 30. Oktober 2020) war die ORR 57,5 % (n=46/80) mit 40 % kompletten Remissionen (n=32/80) und weiteren 17,5 % (n=14/80) partiellen Remissionen (2). Die mediane Ansprechdauer betrug 43,9 Monate (95 % CI: 26,1 – nicht erreicht), das mittlere Gesamtüberleben 33,5 Monate (18,3 – nicht erreicht) und das mittlere Progressionsfreie Überleben 11,6 Monate (6,3 - 45,7) (2). Es traten keine unerwarteten unerwünschten Arzneimittelreaktionen auf, die häufigsten unerwünschten Ereignisse (AEs) waren neben hämatologischen Toxizitäten (An-

ämie, Neutropenie, Thrombozytopenie) vor allem Fieber, Diarrhoe, Infektionen des oberen Respirationstraktes, periphere Ödeme sowie Fatigue und reduzierter Appetit.

Sollte die Zulassung von Tafasitamab erfolgen, würde es gemeinsam mit Lenalidomid eingesetzt werden und stellt dann in der Kombination eine neue Behandlungsoption in der Zweitlinie für nichttransplantable DLBCL Patient*innen dar. Eine abschließende Einordnung in den differentialtherapeutischen Algorithmus in Zweitlinie für diese Patientengruppe ist jetzt aber noch nicht möglich, da gegenwärtig auch weitere neue Therapien (inkl. Anti-CD19 CAR-T-Zellen) in diese Indikation drängen. Gegenwärtig wird Tafasitamab und Lenalidomid in Kombination zu R-CHOP in einer globalen Phase-III-Studie gegen R-CHOP für die Erstlinientherapie des DLBCL getestet (front-MIND).

Literatur:

(1) Tafasitamab plus lenalidomide in relapsed or refractory diffuse large B-cell lymphoma (L-MIND): a multicentre, prospective, single-arm, phase 2 study. Salles G*, Duell J*, González Barca E, Tournilhac O, Jurczak W, Liberati AM, Nagy Z, Obr A, Gaidano G, André M, Kalakonda N, Dreyling M, Weirather J, Dirnberger-Hertweck M, Ambarkhane, S, Fingerle-Rowson G, Maddocks K. *Lancet Oncol.* 2020 Jul;21(7):978-988.; doi: 10.1016/S1470-2045(20)30225-4.

(2) Long-term outcomes from the Phase II L-MIND study of tafasitamab (MOR208) plus lenalidomide in patients with relapsed or refractory diffuse large B-cell lymphoma. Duell J, Maddocks K, González-Barca E, Jurczak W, Liberati AM, de Vos S, Nagy Z, Obr A, Gaidano G, Abrisqueta P, Kalakonda N, André M, Dreyling M, Menne T, Tournilhac O, Augustin M, Rosenwald A, Dirnberger-Hertweck M, Weirather J, Ambarkhane S, Salles G. *Haematologica.* 2021; doi:10.3324/haematol.2020.275958.

Weitere Informationen

Prof. Dr. med. Björn Chapuy
Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie,
Universitätsmedizin Göttingen
Tel.: 0551 3967075
bjoern.chapuy@med.uni-goettingen.de



Bei Krebs leiden alle mit – wo es Anlaufstellen für Angehörige und Freunde gibt



Tobias Schwerdt © Krebsinformationsdienst/DKFZ

dkfz. DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT
KREBSINFORMATIONSDIENST

www.krebsinformationsdienst.de

Wenn sich Ihr Leben durch die Krankheit Krebs verändert: Wir sind für Sie da. Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrum ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten, aber auch für ihre Angehörigen und Freunde. Am Telefon oder per E-Mail beantworten wir Ihre Fragen und haben Zeit für Sie. Im Internet und in unseren Broschüren erhalten Sie einen sorgfältig recherchierten Überblick über aktuelles Wissen. Und wir können Ihnen sagen, wer Ihnen vor Ort weiterhilft und wo Sie – auch als Angehörige – weitere Anlaufstellen finden.

Wer heute ins Internet geht, findet eine Fülle von Informationen zu Krebs, wenn auch von unterschiedlicher Qualität. Das war nicht immer so. Aber schon seit 1986 gibt es den Krebsinformationsdienst im Deutschen Krebsforschungszentrum. Am Telefon, per E-Mail, über seine Internetseiten, mit Broschüren und Faltblättern bieten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter allen Ratsuchenden wissenschaftlich fundierte Fakten zur Krebsbehandlung und Hilfe beim Umgang mit einer Erkrankung.

Krebs belastet auch die Familie

Nicht nur Patientinnen und Patienten stellen Fragen und lassen sich beraten. Auch ihre Partnerinnen und Partner, Familienangehörige und engen Freunde wenden sich an den Krebsinformationsdienst. Sie sind oft in einer sehr schwierigen Situation: Sie wollen helfen, wissen aber nicht genau, wie. Und gleichzeitig sind sie mit den eigenen Ängsten und Sorgen vor der Zukunft belastet.

Den gemeinsamen Alltag neu planen

Hinzu kommen nicht selten ganz praktische Fragen – selbst dann, wenn die Prognose gut ist. Denn eine Krebsdiagnose verändert den gemeinsamen Alltag. Diese Erfahrung machen auch Paare und Familien bei einer Lymphom-Erkrankung. Was bisher eingespielte Routine war – vom Einkaufen über den Haushalt bis hin zu gemeinsamen Unternehmungen – muss neu geplant werden. Aufgaben müssen neu verteilt werden.

Und noch weitere Einschnitte können Familien und Partnerschaften treffen, etwa finanzielle Sorgen, wenn sich das Einkommen zeitweilig oder sogar auf Dauer reduziert. Bei vielen jungen Paaren wird die Familienplanung zum Thema. Ältere Betroffene und ihre Partnerinnen oder Partner stehen vielleicht vor der Frage, wie sehr die Erkrankung ihre bisherige Unabhängigkeit beeinträchtigt, und ob sie in Zukunft womöglich auf fremde Hilfe angewiesen sein werden.

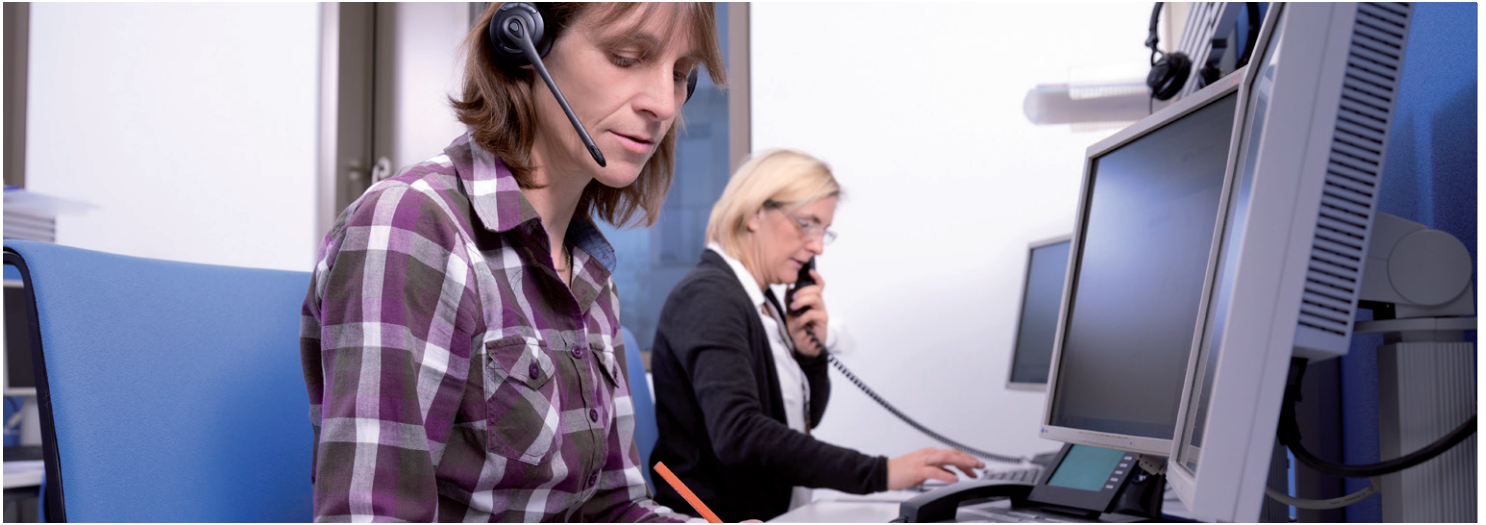
Trotz dieser Probleme fällt es nicht wenigen Angehörigen oder engen Freunden schwer, die richtigen Worte zu finden. Sie möchten für die Patientin oder den Patienten stark sein, und haben doch mit der eigenen Belastung zu kämpfen.

Helfen – und helfen lassen

Mitfühlen, Helfen, Unterstützen – das geht auf Dauer aber nur, wenn man selbst die Kraft dazu hat. Für Angehörige und enge Freunde von Lymphom-Patienten ist es deshalb wichtig, sich frühzeitig über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Auch wenn man sich in der Familie oder im Freundeskreis Hilfe suchen und vielleicht auch einmal ausweinen kann – manchmal ist es sinnvoll, sich bei einer unabhängigen und neutralen Anlaufstelle beraten zu lassen.

Was noch hinzu kommt: Seriöses (Fach-)Wissen ist wichtig, um die Situation möglichst gut einschätzen zu können. Angehörigen, die selbst gut informiert sind, fällt es leichter, Betroffene zu unterstützen und sie bei einer Lymphom-Erkrankung zu begleiten. Information ist auch ein wirksames Mittel gegen Angst: Wer besser Bescheid weiß, kann die eigenen Sorgen gezielter angehen. Denn vielen Menschen macht nichts mehr zu schaffen als die Angst vor dem Unbekannten.

Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums kann bei einer Lymphom-Erkrankung das Gespräch mit dem behandelnden Ärzteteam nicht ersetzen. Aber die Ärztinnen und Ärzte des Krebsinformationsdienstes hören am Telefon zu und helfen dabei, offene Fragen zu klären. Sie beantworten fachliche Fragen, zur Behandlung, zur Nachsor-



Tobias Schwerdt © Krebsinformationsdienst/DKFZ

ge und auch zum Alltag mit Krebs. Vertraulichkeit und auf Wunsch Anonymität sind bei den Gesprächen mit dem Krebsinformationsdienst garantiert.

Wer lieber schriftliche Auskünfte möchte, kann sich an den E-Mail-Service wenden, und erhält innerhalb von zwei Werktagen einen neutralen und fundierten Überblick. Das eigene Wissen kann man auf den Internetseiten des Krebsinformationsdienstes und mit seinen Broschüren noch erweitern, durch Hintergrundtexte zu wichtigen Themen ebenso wie durch aktuelle Nachrichten zum Thema Krebs.

Eine wichtige Aufgabe ist die Vermittlung von Adressen vor Ort. Der Krebsinformationsdienst verfügt über eine bundesweite, trägerunabhängige Datenbank von Krebsberatungsstellen. Sie bieten Angehörigen Hilfe bei psychosozialen Fragen – vom Umgang mit der Krankheit in Beziehung und Familie über Möglichkeiten der eigenen Krankheitsbewältigung bis hin zu sozialrechtlichen Auskünften. Wer durch die Erkrankung selbst sehr stark belastet ist, erfährt vom Krebsinformationsdienst außerdem die Adressen von Psychoonkologen in der Nähe, die eine längerfristige therapeutische Begleitung nicht nur für Betroffene, sondern auch für Partnerinnen, Partner und enge Angehörige bieten. Beide Adressverzeichnisse finden sich auch auf den Internetseiten des Krebsinformationsdienstes.

Die Grundlage aller vermittelten Auskünfte sowie der Internetseiten und Broschüren erarbeitet ein Team aus Medizinerinnen, Pharmazeutinnen, Naturwissenschaftlerinnen, Psychologinnen und Fachleuten für Sozialrecht. Sie sichten internationale Fachliteratur und Leitlinien und verfolgen wissenschaftliche Kongresse. Der Krebsinformationsdienst kooperiert darüber

hinaus mit Fachgesellschaften ebenso wie mit den Dachverbänden der Krebs-Selbsthilfe – darunter natürlich auch das Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V., die Deutsche Leukämie- und Lymphomhilfe e.V., Myelom Deutschland e.V. und regionale Partner.

Ein ganz aktuelles Beispiel für eine solche Kooperation ist der "AOK Familiencoach Krebs", ein Angebot, das der Krebsinformationsdienst gemeinsam mit Expertinnen des Universitätsklinikums Leipzig und dem AOK-Bundesverband entwickelt hat. Dieses auch für nicht bei der AOK Versicherte frei zugängliche Online-Programm richtet sich gezielt an Angehörige: Es soll ihnen dabei helfen, schwierige Situationen zu meistern und sich selbst vor emotionaler, körperlicher oder sozialer Überlastung zu schützen.

Weitere Informationen:

Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Fragen zu Krebs? Wir sind für Sie da.

T 0800 – 420 30 40, täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr, kostenfrei
krebsinformationsdienst@dkfz.de
www.krebsinformationsdienst.de

Besuchen Sie uns auch auf Facebook, Instagram oder auf YouTube!

AOK-Familiencoach Krebs

Internet: <https://krebs.aok.de>

Termine

- 04. Sep 2021** | NHL-Symposium für Patienten, Angehörige, Ärzte & Interessierte | DÜSSELDORF & VIRTUELL
- 08. Sep 2021** | 18th International Myeloma Workshop | WIEN
- 09.-10. Sep 2021** | 4. Retreat HämatoKolleg | MÜNCHEN
- 17.-18. Sep 2021** | 7. Deutsches Lymphomforum 2021 POST ICML | VIRTUELL
- 24. Sep 2021** | GMMG Herbst Studientreffen | VIRTUELL
- 24.-25. Sep 2021** | Myelomtage Heidelberg | VIRTUELL
- 24.- 25. Sep 2021** | Hämatologie im Wandel | FRANKFURT
- 01.-04. Okt 2021** | DGHO Jahrestagung | BERLIN & VIRTUELL
- 23. Okt 2021** | Krebs-Informationstag 2021 | VIRTUELL
- 05.-06. Nov 2021** | 45. Herbstberatung der Ostdeutschen Studiengruppe Hämatologie und Onkologie e.V. | DRESDEN & VIRTUELL
- 10.-13. Nov 2021** | GLA Studientreffen 2021 | LEIPZIG & VIRTUELL
- 11.-14. Dez 2021** | 63rd ASH Annual Meeting and Exposition | ATLANTA (USA) & VIRTUELL
- 23.-26. Feb 2022** | 35. Deutscher Krebskongress | BERLIN
- 23.-24. Apr 2022** | 25. bundesweiter DLH-Patienten-Kongress Leukämien und Lymphome | BERLIN & VIRTUELL
- 22.-24. Okt 2022** | International Symposium on Hodgkin Lymphoma (ISHL) | KÖLN

Weitere Termine unter www.lymphome.de

Dieser Newsletter wurde unterstützt von:

abbvie

AMGEN

gsk

HEXAL
A Sandoz Brand

janssen

RIEMSER

Takeda

Wir danken den genannten Firmen für die finanzielle Unterstützung dieses Newsletters. Diese haben keinen Einfluss auf den Inhalt.

Impressum

Herausgeber & Copyright

Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML)
Vorsitzender: Prof. Dr. med. Michael Hallek
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
T 0221 478-96000 | F 0221 478-96001
info@lymphome.de
www.lymphome.de

Vereinsregister

Amtsgericht Köln
Registernummer: 14929
Steuernummer: 223/5911/1660
USt-IdNr. DE 326 443 496

Redaktion & Lektorat

Silke Hellmich (SH) Köln,
Thomas Nöllgen (TN) Köln,
Dr. rer. nat. 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.

Ihre Ansprechpartner im KML

Dr. rer. nat. Birgit Fath

KML | Geschäftsführung
T 0221 478-96003
birgit.fath@lymphome.de

Silke Hellmich

KML | Information & Kommunikation
T 0221 478-96005
silke.hellmich@lymphome.de

Thomas Nöllgen

KML | Fundraising & Projektmanagement
T 0221 478-96007
thomas.noellgen@lymphome.de

Natalie Schreiber Sarmento

KML | Versorgungsmanagement
T 0221 478-96008
natalie.schreiber-sarmento@lymphome.de

Angelika Stadelmann

KML | Fortbildung & Sekretariat
T 0221 478-96000
angelika.stadelmann@lymphome.de