

September | 2020

DGHO
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

MITGLIEDER RUNDSCHREIBEN



DGHO Intern

4

Einladung zur
Mitgliederversammlung

DGHO

CAR-T-
Zelltherapie

7

DGHO

Lungenkrebs-
Screening

11

INHALT



Jahrestagung

Jahrestagung 2020 – Trotz Corona: „Mehr Wissenschaft – mehr Hoffnung“ 5

DGHO Intern

Einladung zur VIRTUELLEN Mitgliederversammlung..... 4

Bewerbung um die Mitgliedschaft..... 25

DGHO

Editorial..... 3

Onkopedia: Die Evidenz wird sichtbarer 6

CAR-T-Zell-Therapie 7
Lungenkrebs-Screening..... 11

DGHO Historische Forschungsstelle

Fundstücke aus dem Archiv ... 16

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Fruchtbarkeitserhaltung 18

Patientenbeirat 18

Junges Krebsportal 19

Veranstaltungen

3. Interdisziplinäre Frauenkonferenz 15

Trainingskurs Hämatologisch-onkologische Intensivmedizin 21

Veranstaltungshinweise 23

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder,

die **CAR-T-Zell-Therapie** eröffnet neue Perspektiven für eine gezielte Immuntherapie maligner Erkrankungen. Die beiden ersten kommerziell verfügbaren Präparate wurden vor zwei Jahren für Patienten mit rezidierten/refraktären, aggressiven B-Zell-Lymphomen und rezidivierter/refraktärer B-Linien-ALL zugelassen. Inzwischen sind CAR-T-Zellen an 26 Zentren in Deutschland verfügbar, und über 300 Patienten wurden damit behandelt. Die Therapie ist wirksam und sicher, aber auch aufwendig und teuer. Die DGHO hat eine Online-Umfrage bei den behandelnden deutschen Zentren durchgeführt und zieht eine erste Bilanz.

Im vorliegenden Mitgliederrundschreiben finden Sie einen Beitrag, der sich für ein **Lungenkrebs-Screening** in Deutschland mittels Niedrigdosis-Computertomographie bei Risikopersonen einsetzt. In den letzten Jahren hat – in Deutschland und weltweit – eine kontroverse Diskussion stattgefunden. Aktuell liegen neue Daten randomisierter Studien vor, die eine Neubewertung und -beurteilung ermöglichen und erforderlich machen.

Die **Onkopedia-Leitlinien** sind evidenzbasiert, aber dieser Hintergrund war in der bisherigen Darstellung und vor allem in den Algorithmen nicht für alle evident. Am Modell des Nierenzellkarzinoms haben wir eine neue Präsentationsform entwickelt, die Ihnen direkt aus den Algorithmen heraus einen schnellen Zugriff auf Fact Sheets, auf Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie auf Leitlinientexte erlaubt.

Bitte geben Sie uns Rückmeldung, ob Sie diese Links für hilfreich halten und auch, ob Sie weitere oder weniger Links wünschen.

Die DGHO ist eine aktive Fachgesellschaft und wird in vielen Verfahren für neue **Gesetzes- und Richtlinien-Initiativen** zur Stellungnahme aufgefordert, bspw. über die mögliche Erweiterung von Indikationen für das PET-CT, eine mögliche Implementierung des schon genannten Lungenkrebs-Screenings, des Screenings auf die Sichelzellerkrankheit bei Neugeborenen bis hin zur Reform der MTA-Ausbildung. Unser besonderer Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen, die sich auch in der Urlaubszeit so intensiv einbringen!

Aufgrund der Corona-Pandemie findet die **Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie** virtuell statt. Gemeinsam mit dem Kongresspräsidenten Prof. Markus Manz sind wir davon überzeugt, dass sich die hohe Qualität der Fortbildungen und wissenschaftlichen Vorträge auch virtuell umsetzen lässt. Auch in diesem Format wird die Jahrestagung 2020 die Verpflichtung zur medizinischen Innovation nach dem Motto „Mehr Wissenschaft – Mehr Hoffnung“ erlebbar machen. Bis zum 30. September 2020 gilt noch der Frühbuchertarif!

Ebenfalls virtuell findet erstmals die **DGHO-Mitgliederversammlung** statt. Wir bitten alle Mitglieder, am Sonntag, 11. Oktober 2020 von 8:00 bis 9:00 Uhr dabei zu sein und sich über die Arbeit des Vorstandes in diesen für uns alle bewegenden Zeiten zu informieren. Wir freuen uns auf Sie – wenn auch „nur“ virtuell!

Lorenz Trümper
Geschäftsführender Vorsitzender

Hermann Einsele
Vorsitzender

Maike de Wit
Mitglied im Vorstand

Ingo Tamm
Mitglied im Vorstand

Jahrestagung 2020 – Trotz Corona: „Mehr Wissenschaft – mehr Hoffnung“

Dieser Text wurde am Dienstag, 7. Juli 2020 als Pressemitteilung veröffentlicht

(MO) Die Corona-Pandemie bestimmt seit Monaten weltweit die Agenda. Vor dem Hintergrund des aktuellen Infektionsgeschehens und der bestehenden Abstands- und Sicherheitsbestimmungen findet die Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie erstmals virtuell statt. Der Formatwechsel ändert nichts an der hohen wissenschaftlichen Qualität und Attraktivität des länderübergreifenden Kongresses: Vom 9. bis 11. Oktober 2020 werden neueste Daten aus der Grundlagen-, der angewandten und der translationalen Forschung sowie innovative Behandlungsansätze aus den Bereichen der Diagnostik und Therapie von Blut- und Krebserkrankungen vorgestellt. Darüber hinaus wird es auch darum gehen, wie sich das Ziel, das neue Infektionsgeschehen durch SARS-CoV-2 in die gängigen Abläufe der Krebstherapie zu integrieren, realisieren lässt.

Wechsel zu einem virtuellen Format

Die Corona-Pandemie stellt auch die Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie 2020 vor große Herausforderungen. Aus diesem Grund wird der diesjährige Kongress virtuell durchgeführt. Das Programm umfasst zahlreiche Fortbildungen, wissenschaftliche Vorträge und Expertenseminare in einem kompakten und interaktiven Format. Die Vorträge aller Referentinnen und Referenten werden vorab aufgezeichnet und zu den Online-Sessions eingespielt. Alle Sessions werden von einer Vorsitzenden oder einem Vorsitzenden vor Ort in Basel per Live-Übertragung moderiert. Eine zweite Vorsitzende oder ein zweiter Vorsitzender sowie die Referentinnen und Referenten werden per Videokonferenz dazu geschaltet und stehen im Live-Chat für Fragen zur Verfügung. Ein zentrales Element der virtuellen Jahrestagung sind die Präsentation und Diskussion der aktuellen Forschungsergebnisse aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Alle angenommenen Abstracts sind als Video jederzeit für alle eingeloggteten Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfügbar. Hoch bewertete Abstracts werden zusätzlich in Live-Sessions von den Vorsitzenden mit den Autorinnen oder Autoren diskutiert.

Wissenschaftliche Qualität bleibt erhalten: „Mehr Wissenschaft – Mehr Hoffnung“

Dass der Formatwechsel von einer Präsenzveranstaltung hin zu einem virtuellen Kongress ohne Qualitätsverlust durchgeführt werden kann, betont Prof. Dr. med. Markus Manz, Kongresspräsident der Jahrestagung 2020, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie und Direktor der Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie am Universitätsspital Zürich: „Wir sind davon überzeugt, dass

sich die hohe Qualität der Fortbildungen und wissenschaftlichen Vorträge auch virtuell umsetzen lässt. Auch in diesem Format wird die Jahrestagung 2020 die Verpflichtung zur medizinischen Innovation nach dem Motto ‚Mehr Wissenschaft – Mehr Hoffnung‘ erlebbar machen.“

Das virtuelle Format bietet viele Chancen, die ausgesprochen große Dynamik bei der Diagnostik und Therapie von Blut- und Krebserkrankungen abzubilden, einem breiten Publikum aus Expertinnen und Experten der Medizin, anderen therapeutischen Disziplinen, der Pflege aber auch aus der Gesundheitspolitik zugänglich zu machen und den kritischen Diskurs zu ermöglichen. „Im Sinne der gelebten Zusammenarbeit in der Patientenbetreuung werden Sessions für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege, der Psychoonkologie und Sozialmedizin im virtuellen Programm enthalten sein“, so Manz weiter.

Highlights der virtuellen Jahrestagung

Als besondere Highlights der virtuellen Jahrestagung werden zwei Live-Plenary Sessions mit den diesjährigen Keynote Speakern Prof. Douglas Hanahan (École Polytechnique Fédérale de Lausanne), Prof. Peter Campbell (Wellcome Sanger Institute Hinxton) und Prof. George Coukos (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)) das Programm bereichern. Zwei zusätzliche wissenschaftliche Live-Sessions „Essentials SARS-CoV2 / COVID-19“ werden den aktuellen Stand zur Diagnostik, zum Monitoring, zur Therapie und Prävention von SARS-CoV2 / COVID-19 in Kurzvorträgen und einer Live-Podiumsdiskussion beleuchten.

COVID-19: Integration in die Krebstherapie

Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie betont Prof. Dr. med. Lorenz Trümper, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO und Direktor der Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie der Universitätsmedizin Göttingen, dass COVID-19 als ein neues zu berücksichtigendes und zu integrierendes Element verstanden werden muss. „Wir sind immer wieder mit der Herausforderung konfrontiert, dass unsere Patientinnen und Patienten beispielsweise neben einer Leukämie oder einem soliden Tumor auch noch an anderen Erkrankungen wie Hepatitis oder HIV leiden. Auch hier müssen wir im Rahmen einer individualisierten Therapie Komorbiditäten bei der Therapieplanung berücksichtigen. Das gilt genauso für Patientinnen und Patienten, die mit SARS-CoV-2 infiziert sind.“ Eine solche Integration von Komorbiditäten in die Krebstherapie ist also prinzipiell nichts Neues, nur handelt es sich bei SARS-CoV-2 um einen relativ neuen Erreger, dessen teilweise dramatische Wirkungen auf den menschlichen Körper noch nicht vollständig verstanden sind. „Gerade für offene Fragen bietet die virtuelle Jahrestagung in diesen schwierigen Zeiten eine wichtige Möglichkeit des Wissensaustauschs“, so Trümper weiter.

Deutsche EU-Ratspräsidentschaft: Arzneimittelengpässe ein wichtiges Thema auf der politischen Agenda

Mit Blick auf die vom 1. Juli 2020 bis Ende des Jahres laufende EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands begrüßt Trümper die Pläne der Bundesregierung, u. a. das Thema Arzneimittelversorgung auf die Agenda zu nehmen. „In den letzten Jahren haben wir leider immer wieder erlebt, dass für die Hämatologie und Onkologie essenzielle Arzneimittel nicht lieferbar waren. Das stellt uns bei der Behandlung von Blut- und Krebserkrankungen mitunter vor riesige Herausforderungen, zum Beispiel wenn ein Arzneimittel fehlt, für das es keine

Alternative gibt. Aus diesem Grund engagieren wir uns seit vielen Jahren auf diesem Gebiet – beispielsweise vertreten wir die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften beim Jour Fixe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte.“ Aus Sicht der DGHO ist es laut Trümper also sehr zu begrüßen, dass sich die Bundesregierung dem wichtigen Thema – beispielsweise durch die Förderung der Arzneimittelproduktion in Europa – angenommen hat.

Ausführliche Informationen unter: <https://www.haematologie-onkologie-2020.com/>

Onkopedia – die Evidenz wird sichtbarer



(BW) Die Onkopedia-Leitlinien sind evidenzbasiert, aber dieser Hintergrund war in der bisherigen Darstellung und vor allem in den Algorithmen nicht für alle evident. Deshalb haben wir jetzt am Modell des Nierenzellkarzinoms eine neue Form der Präsentation entwickelt, siehe Abbildung.

Neu sind die kleinen roten Dreiecke. Beim Mouse-Over öffnen sich diese weiterführenden Links:

- Fact Sheet
- Wechselwirkungen & Nebenwirkungen
- Leitlinientext

Bitte geben Sie uns Rückmeldung, ob Sie diese Links für hilfreich halten und auch, ob Sie weitere oder weniger Links wünschen!

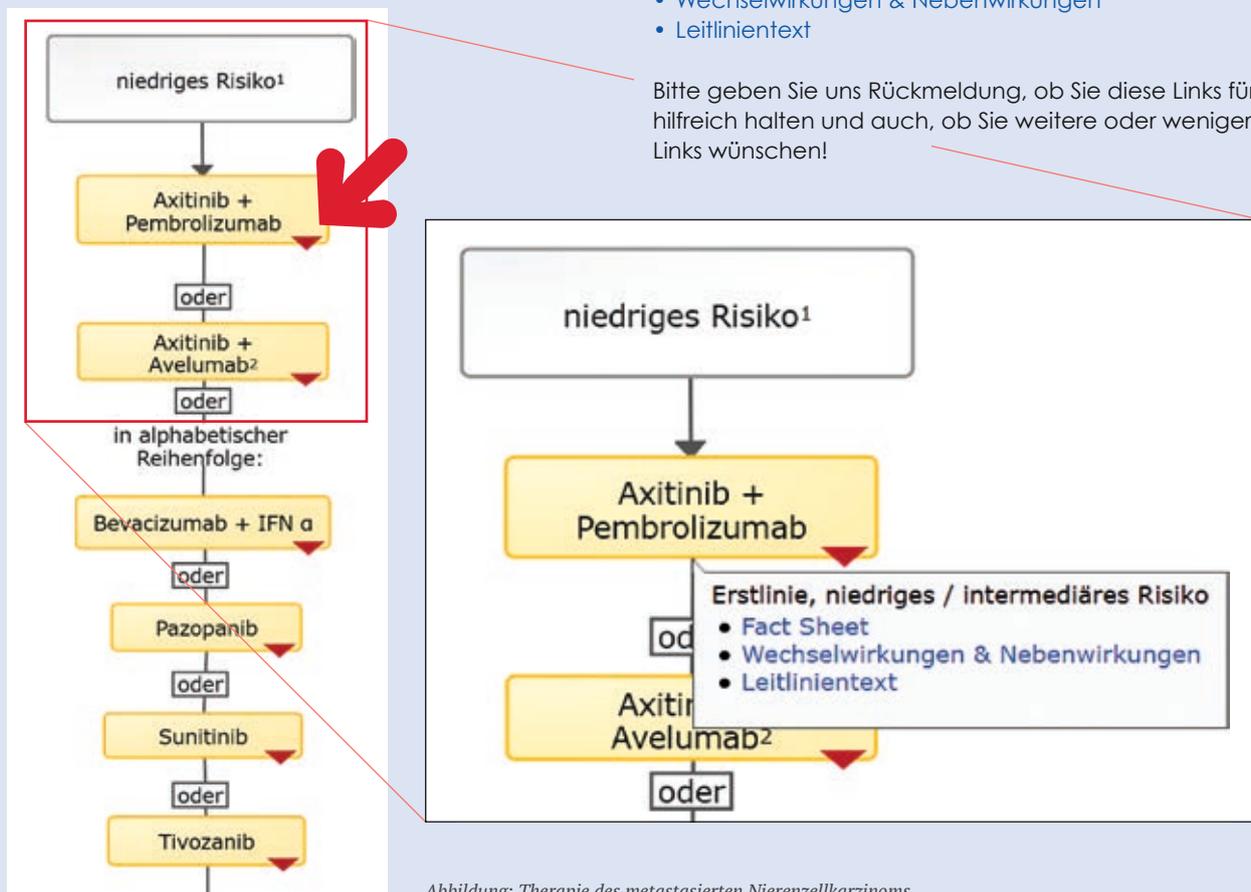


Abbildung: Therapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms

CAR-T-Zelltherapie

Qualitätsgesicherte Durchführung in Deutschland

Stand Mai/2020

Zusammenfassung

Die Immuntherapie mit chimären Antigen-Rezeptor-T-Zellen (CAR-T-Zellen) hat neue Perspektiven für eine gezielte Immuntherapie maligner Erkrankungen mit kurativem Potenzial bei Patienten mit rezidivierten/refraktären, aggressiven B-Zell-Lymphomen und rezidivierter/refraktärer B-Linien-ALL eröffnet. Seit August 2018 sind zwei kommerzielle CAR-T-Zelltherapieprodukte in der EU zugelassen, sie wurden im Herbst 2018 auf dem deutschen Markt eingeführt. Die DGHO hat sich frühzeitig in die Diskussion über eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung eingebracht. Erfahrungen sollten zunächst an einer begrenzten Anzahl von qualifizierten Institutionen gewonnen und ausgewertet werden. Im Mai 2020 führten wir eine Umfrage bei allen Zentren in Deutschland durch, die mit mindestens einem der beiden kommerziellen Anbieter einen Vertrag abgeschlossen hatten. Die Ergebnisse sind:

- In Deutschland haben 26 Zentren Verträge über kommerziell verfügbare CAR-T-Zellen abgeschlossen. Die Zahl der Zentren liegt weit oberhalb der Zahl von Zentren in anderen, europäischen Ländern.
- Die Zahl der bisher durchgeführten CAR-T-Zelltherapien mit kommerziellen Produkten liegt deutlich unter den Schätzungen. Das kann durch initiale, organisatorische Probleme bedingt sein. Die Mehrzahl der Zentren rechnet mit einer Steigerung der Patientenzahlen in den nächsten 12 Monaten.
- Die Rate der intensivpflichtigen Patienten liegt bei 14%, die Mortalität bei 3%
- Die Durchführung von CAR-T-Zelltherapien wurde durch die COVID-19-Pandemie nur gering beeinträchtigt.

CAR-T-Zellen sind in Deutschland in der Versorgung angekommen. Auf der Basis der bisherigen Erfahrungen können die qualitätssichernden Maßnahmen zur Durchführung der Therapie angepasst werden.

Hintergrund

Die Immuntherapie mit chimären Antigen-Rezeptor-T-Zellen (CAR-T-Zellen) hat neue Perspektiven für eine gezielte Immuntherapie maligner Erkrankungen mit kurativem Potenzial bei Patienten mit rezidivierten/refraktären, aggressiven B-Zell-Lymphomen und rezidivierter/refraktärer B-Linien-ALL eröffnet. CAR-T-Zelltherapien wurden in Deutschland bereits seit mehreren Jahren durchgeführt, zuerst im Rahmen klinischer Studien. Die ersten beiden kommerziellen CAR-T-Zellprodukte wurden im August 2018 von der European Medicines Agency (EMA) zugelassen und kurz darauf auf dem deutschen Markt eingeführt. Beide Produkte enthalten chimäre Antigen-Rezeptoren gegen CD19, ein Oberflächenmolekül von B-Lymphozyten. Die Zulassungen sind:

- Axicabtagen Ciloleucel (Yescarta®) für Patienten mit diffus großzelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) und für Patienten mit primär mediastinalem großzelligem B-Zell-Lymphom (PMBCL), jeweils beschränkt auf Patienten mit rezidivierter bzw. refraktärer Erkrankung nach zwei oder mehr systemischen Therapien [1].
- Tisagenlecleucel (Kymriah®) für die Behandlung von Kindern und Erwachsenen (bis 25 Jahre) mit Akuter Lymphatischer Leukämie (ALL) der B-Zellreihe und für Patienten mit diffus großzelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), jeweils beschränkt auf Patienten mit rezidivierter bzw. refraktärer Erkrankung nach zwei oder mehr systemischen Therapien [2].

Als entscheidend für eine Patienten-orientierte und qualitätsgesicherte Anwendung wurde die Bündelung lokal vorhandener Kompetenzen in CAR-T-Zellzentren angesehen, siehe Abbildung 1:



Abbildung 1: Kompetenzen für die Durchführung einer CAR-Zell-Therapie

Im Mai 2020 haben wir eine anonyme Umfrage zur Durchführung der CAR-T-Zelltherapie in Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Umfrage sind Grundlage der folgenden Ausführungen. 25 von 26 Zentren haben sich an der Umfrage beteiligt.

Zentren

Forschung zu CAR-T-Zellen findet in Deutschland bereits seit vielen Jahren statt. Nach Erfüllung der administrativen und regulatorischen Voraussetzungen einschl. der umfangreichen Schulungen der lokalen Teams sind die beiden kommerziellen Präparate mit einiger Verzögerung flächendeckend in Deutschland eingeführt worden. Abbildung 2 gibt einen Überblick über den Beginn der CAR-T-Zelltherapie in Deutschland.

CAR T-Zellen

Therapiestart

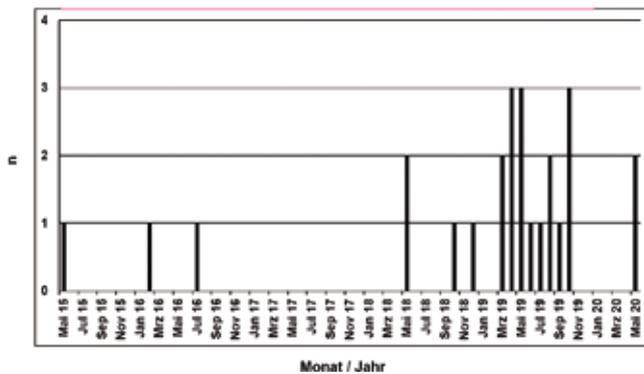


Abbildung 2: Beginn der CAR-T-Zelltherapie (Stand 5/2020)

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die bundesweite Verteilung der Zentren, die mit mindestens einem der Hersteller entsprechende Verträge abgeschlossen haben.



Abbildung 3: CAR-T-Zellzentren in Deutschland (Stand 5/2020)

Die große Mehrzahl der Zentren hat Verträge mit beiden Herstellern abgeschlossen, siehe Abbildung 4.

Patienten

In der elektronischen Umfrage zu bisher durchgeführten Therapien mit CAR-T-Zellen zeigen sich deutliche Zentrumsunterschiede. Gefragt wurde nach den seit August 2018 durchgeführten CAR-T-Zell-Therapien. Abbildung 5 fasst die Daten zu den aggressiven B-NHL, Abbildung 6 die Daten zur B-Linien-ALL graphisch zusammen.

CAR T-Zellen

Verträge

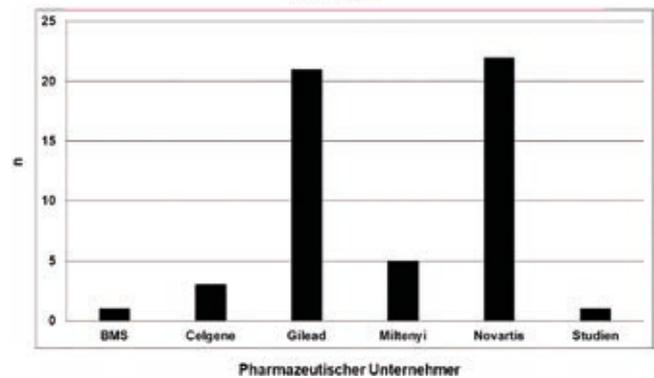


Abbildung 4: Verträge der Zentren mit kommerziellen Herstellern von CAR-T-Zellen (Stand 5/2020)

CAR T-Zellen

aggressive B-NHL – behandelte Patienten

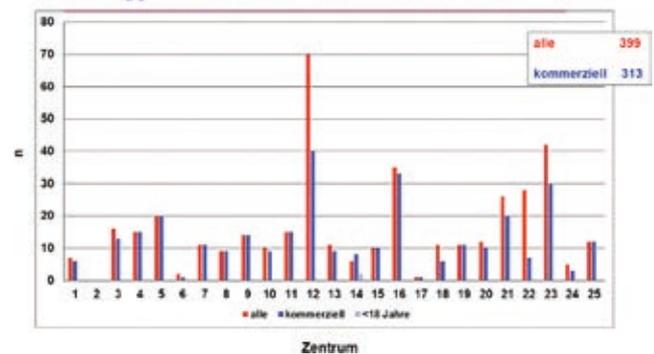


Abbildung 5: CAR-T-Zelltherapie bei Patienten mit aggressiven B-NHL, von 8/2018 bis 5/2020

CAR T-Zellen

B-Linien ALL – behandelte Patienten

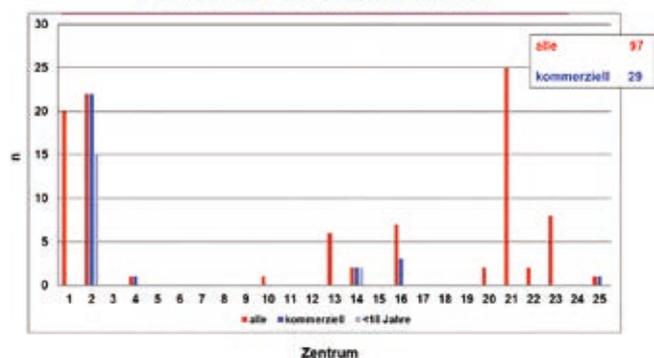


Abbildung 6: CAR-T-Zelltherapie bei Patienten mit B-Linien-ALL, von 8/2018 bis 5/2020

In den Verfahren zur frühen Nutzenbewertung durch den G-BA wurde die Patientenzahl für Patienten mit rezidivierendem/refraktärem, aggressivem B-NHL auf etwa 600 (440 – 770) pro Jahr geschätzt, für Patienten mit rezidivierender/refraktärer B-Linien-ALL zwischen 50 und 65 pro Jahr. Die bisherigen Zahlen liegen deutlich unterhalb dieser Schätzungen. Das kann zum einen an logistischen Problemen in der Einführungsphase von Kymriah® und Yescarta® liegen, aber auch an einer stringenter Indikationsstellung. Für die nahe Zukunft wird von der Mehrzahl der Zentren eine Steigerung der Patientenzahlen erwartet, siehe Abbildung 7.



Abbildung 7: Geschätzte Entwicklung der Patientenzahlen in den Indikationen B-NHL und B-Linien-ALL

Komplikationen

In der Einführungsphase stand die Sorge vor den spezifischen, schweren Nebenwirkungen der Therapie mit Anti-CD19-CAR-T-Zellen im Vordergrund. Dies sind kurzfristig insbesondere das Zytokinfreisetzungssyndrom (CRS) und das Immuneffektorzell-assoziierte Neurotoxizitätssyndrom (Immune effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome, ICANS), längerfristig Zytopenien und Hypogammaglobulinämie. Die Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen ist in Abbildung 8 dargestellt.

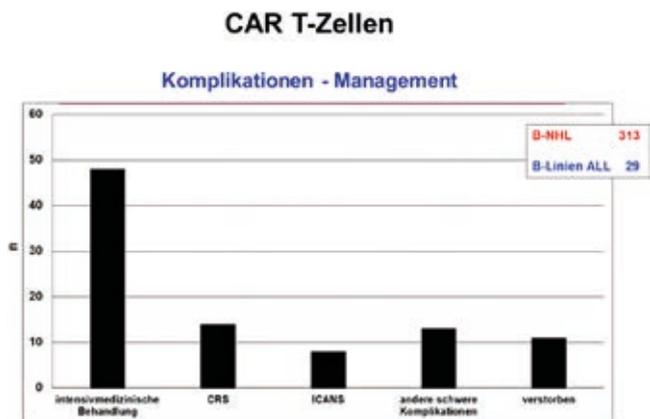


Abbildung 8: Komplikationen der CAR-T-Zelltherapie (Stand 5/2020)

Die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung bestand bei 48 der 342 erfassten Patienten (14%). 11 (3%) Patienten starben im zeitlichen Zusammenhang mit der CAR-T-Zelltherapie. Hier ist anzumerken, dass auch Patienten, die aufgrund einer rasch progredienten Grundkrankheit verstorben sind, bei den Todesfällen mitgezählt wurden.

Hürden

In der Anfangsphase gab es einige Unzufriedenheit durch organisatorische Probleme. Diese sind in Abbildung 9 thematisiert.



Abbildung 9: Organisatorische Probleme (Stand 5/2020)

Inzwischen liegt die durchschnittliche Zeit zwischen Indikationsstellung und Therapie bei etwa 6 Wochen, etwas variabel in Abhängigkeit vom gewählten Präparat.

Ein großer Diskussionspunkt ist die Finanzierung der CAR-T-Zelltherapie im stationären Bereich. Die zusätzlichen Kosten werden durch die abrechenbaren DRG-Pauschalen nicht vollständig gedeckt. Nach detaillierten Berechnungen, auch durch die DGHO und den VUD, und anschließenden Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband, wurde ein Pauschalbetrag von ca. €15.000 vereinbart. Dieser Betrag wird von den Zentren kritisch bewertet, siehe Abbildung 10.



Abbildung 10: Kostenpauschale

Aus gegebenem Anlass haben wir auch nach dem Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Durchführung der Therapie gefragt, siehe Abbildung 11.

CAR T-Zellen

Hat COVID-19 die Durchführung der Therapie beeinträchtigt?

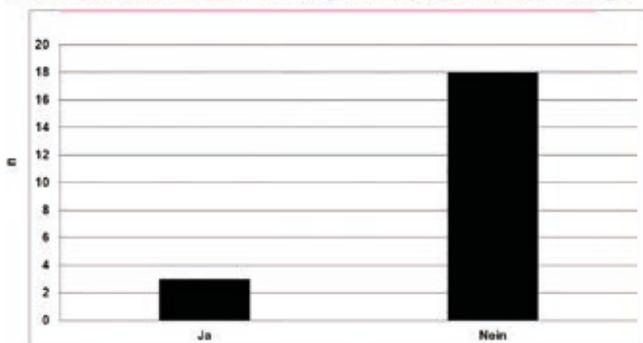


Abbildung 11: Einfluss von COVID-19 auf die Durchführung von CAR-T-Zelltherapien

Diskussion

Die Therapie mit CAR-T-Zellen ist in der Versorgung angekommen. Erfahrungen sollten zunächst an einer begrenzten Anzahl von qualifizierten Institutionen gewonnen und ausgewertet werden. Im Mai 2020 führten wir eine Umfrage bei allen Zentren in Deutschland durch, die mit mindestens einem der beiden kommerziellen Anbieter einen Vertrag abgeschlossen hatten. Besonderheiten sind:

- **Zahl der Zentren**

In Deutschland haben 26 Zentren Verträge über kommerziell verfügbare CAR-T-Zellen abgeschlossen. Die Zahl der Zentren liegt weit oberhalb der Zahl von Zentren in anderen, europäischen Ländern, siehe Abbildung 12.



Abbildung 12: CAR-T-Zellzentren in Europa (Stand 1/2020)

Auch diese vergleichsweise hohe Zahl an Zentren hat in Deutschland zu Kritik seitens der Kliniken geführt, die initial nicht alle Kriterien erfüllt haben. Eine kritische Hürde für

einige Kliniken war die Zahl von 120 allogenen Stammzelltransplantationen innerhalb von 3 Jahren. Dieser Surrogatparameter für Erfahrungen in der Zelltherapie ist nicht evidenzbasiert. Die praktischen Erfahrungen legen nahe, dass auch die Vorhaltung der Logistik für die autologe Stammzelltransplantation als Qualitätskriterium geeignet ist.

- **Zahl der Patienten**

Die Zahl der bisher durchgeführten CAR-T-Zelltherapien mit kommerziellen Produkten liegt deutlich unter den Schätzungen. Das kann durch initiale, organisatorische Probleme bedingt sein. Die Mehrzahl der Zentren rechnet mit einer Steigerung der Patientenzahlen in den nächsten 12 Monaten.

- **Komplikationen**

Die Rate der intensivpflichtigen Patienten liegt bei 14%. Diese Rate ist deutlich niedriger als erwartet. Zwischenzeitlich wurden internationale Kriterien für die frühzeitige Identifikation von Patienten mit CRS und ICANS erarbeitet, auch als ONKOPEDIA Leitlinie für den Umgang mit Nebenwirkungen der CAR-T-Zelltherapie veröffentlicht. Die Todesfallrate von 3% ist nicht unerwartet angesichts des prognostisch ungünstigen Patientenkollektivs von Patienten mit rezidiviertem/refraktärem B-NHL bzw. B-Linien-ALL.

- **COVID-19**

Die Durchführung von CAR-T-Zelltherapien wurde durch die COVID-19-Pandemie nur gering beeinträchtigt. Die DGHO hat sehr frühzeitig gefordert, dass die Durchführung notwendiger Therapien in der Onkologie nicht durch die Angst vor COVID-19 eingeschränkt werden darf. Die Umsetzung zeigt sich möglicherweise in dieser Auswertung.

Die bisherigen Erfahrungen in der CAR-T-Zelltherapie erlauben, die qualitätssichernden Maßnahmen anzupassen. Das betrifft insbesondere die Strukturkriterien der Zentren und einige, sehr bürokratische Hürden. Die Anpassung erlaubt auch, das Verfahren der CAR-T-Zelltherapie wirtschaftlicher durchzuführen.

Referenzen

<https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/kymriah>
<https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/yescarta>

* Die in diesem Text verwendeten Genderbegriffe vertreten alle Geschlechterformen.
 ** Abkürzungen: B-Linien-ALL – Akute Lymphatische Leukämie der B-Zellreihe, B-NHL – Non-Hodgkin-Lymphom der B-Zellreihe, CAR-T-Zellen – Chimäre Antigen-Rezeptor-T-Zellen, DGHO – Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss, GKV-SV – Spitzenverband Bund der Krankenkassen, VUD – Verband der Universitätsklinika Deutschland

Die Umfrage und die Zusammenstellung wurde von Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann in Zusammenarbeit mit Christoph Mußmann und Michael Oldenburg erarbeitet.

Screening auf Lungenkrebs – ein Meilenstein bei einem häufigen Tumorleiden

TOBIAS R. OVERBECK
BERNHARD WÖRMANN
WILFRIED E. E. EBERHARDT

Einleitung

Stehen wir vor der Einführung einer Screening-Empfehlung für Lungenkrebs? In 2020 liegen nun neue Daten zum CT-Screening in einer Risikogruppe für Lungenkrebs vor, die eine Neubewertung und -beurteilung ermöglichen und erforderlich machen.

Der erste solide Tumor mit Screeningempfehlung war das Cervixkarzinom bei Frauen (Papanikolaou-Färbung, PAP-Test) [1]. Die Diskussion beim Mammakarzinom der Frau (Mammographie) hat deutlich länger gedauert und ist in den 90er Jahren zum Teil sehr kontrovers geführt worden [2,3]. Heute ist es unstrittig, dass bei beiden Tumoren durch ein strukturiertes Screening mit Follow-up und der Möglichkeit moderner Therapien die Langzeitergebnisse deutlich verbessert werden konnten [4,5]. Weitere etablierte Programme in Deutschland sind das Dickdarmkrebs- und das Hautkrebs-screening [6].

Nach Jahren einer ebenfalls kontrovers geführten Diskussion erfährt nun auch das Lungenkarzinom, der Tumor an Position eins der Krebssterblichkeit in Deutschland und weltweit, eine konzertierte Bearbeitung im Feld der Früherkennung und des Screenings [7].

Bereits Ende 2011 war mit der ersten Publikation der Nordamerikanischen NLST-Studie Enthusiasmus zur Früherkennung des Lungenkrebs durch Niedrig-Dosis-CT aufgekommen [8]. Die DGHO hatte damals sogar eine Pressekonferenz mit der DKG abgehalten. Dieser Impetus ist allerdings sehr schnell in den beteiligten Fachgesellschaften im Sande verlaufen [9]. Gründe lagen u.a. in der hohen Zahl notwendiger Interventionen zur weiteren Abklärung detektierter Rundherde bei hoher Zahl falsch-positiver Befunde, sowie einer damals sehr kritischen Einstellung in Bezug auf vermeintlich vermeidbares Abhängigkeitsverhalten bei Rauchern [10,11,12,13]. Aufgrund der damaligen Datenlage haben die Fachgesellschaften in der Bearbeitung der S3-Leitlinie zum Lungenkarzinom die große Screening-Studie (NLST) bereits bewertet und das Screening in den Empfehlungen zumindest prospektiv diskutiert [14].

NELSON-Trial – großartiges Beispiel für Gesundheitsmanagement aus dem Benelux-Versuchslabor....

Erst die zweite große randomisierte Screening-Studie zum Lungenkarzinom (NELSON) konnte Klarheit und Versachlichung in die Diskussion bringen. Im September 2018 wurden die Daten bereits bei der World Conference on Lung Cancer (WCLC) in Toronto von Harry de Koning dem Fachpublikum vorgestellt [15], die Voll-Publikation erschien jetzt Anfang 2020 im New England Journal of Medicine [16].

Die 13195 männlichen (Primäranalyse) und 2594 weiblichen Studienteilnehmer (Subgruppenanalyse) im Alter zwischen 50 und 74 Jahren waren 1:1 randomisiert worden für ein CT-Screening zum Zeitpunkt 0 (Baseline), Jahr 1, 3 und 5,5 vs. kein Screening. Einschlusskriterien für Risikopersonen waren neben dem Alter das bisherige Rauchverhalten mit über 15 Zigaretten pro Tag für mehr als 25 Jahre oder über 10 Zigaretten pro Tag für mehr als 30 Jahre und etwaiger Rauchstopp nicht in den letzten 10 Jahren.

Der primäre Endpunkt der randomisierten NELSON-Studie mit einer signifikanten Reduktion der Lungenkrebs-spezifischen Mortalität bei Risikopersonen aufgrund ihres Raucherstatus wurde erreicht, die Primäranalyse war allerdings nur auf männliche Probanden gepowert. Die Mortalitäts-Reduktion lag insgesamt bei 24% (cumulative rate ratio, CRR, für Tod durch Lungenkrebs nach 10 Jahren: 0,76 (95% CI 0,61 bis 0,94), $p=0,01$). Die Publikation konnte weitere wichtige Aspekte zum Low-dose-CT Screening herausarbeiten. So stellt sich der Benefit für das frühzeitige Erkennen von Lungenkarzinomen (häufig Adenokarzinome) bei „rauchenden“ Frauen als besonders ausgeprägt dar. Bei Frauen lag die Reduktion der LCRM (lung cancer related mortality) bei 33% (CRR bei 0,67). Die NELSON-Studie war nicht gepowert, um eine Reduktion der all-cause mortality nachzuweisen. Hierzu wäre eine deutlich höhere Teilnehmerzahl erforderlich gewesen. 9,2% der gescreenten Probanden hatten mindestens eine weitere CT-Diagnostik aufgrund verdächtiger Befunde erhalten, eine weitere notwendige Abklärung suspekter Herde war in 2,1% erfolgt. Im NLST waren 24,2% der Befunde als positiv gewertet worden (nach Abklärung: 96,4% falsch positiv). Der Anteil falsch positiver Befunde lag in der NELSON-Studie deutlich geringer bei 56,5%. Der positive prädiktive Wert lag bei 3,8% (NLST) bzw. 43,5% (NELSON).

Was macht die NELSON-Studie von seiner Konzeption so besonders? Der Einschluss der potentiellen Probanden wurde primär mittels des Bevölkerungsregisters der Niederlande und der beteiligten belgischen Provinz vorgenommen. An mehr als 600.000 Probanden waren Fragebögen zum Vorscreening versandt worden, von denen etwas mehr als 150.000 wieder zurückgeschickt worden waren. Aus dieser Probandengruppe erfüllten knapp 31.000 Einsender die Einschlusskriterien. Über 15.000 Personen haben ihren Einschluss in die randomisierte Screening-Studie schriftlich bestätigt (13.195 Männer und 2594 Frauen). Diese wurden randomisiert und zu den geplanten Untersuchungszeitpunkten zum CT-Screening eingeladen.

Der Iteration der CT-Kontrollen lagen theoretische Modelle der Tumorentstehung bis Detektierbarkeit in Abhängigkeit von Histologie und Geschlecht zugrunde (3,09 bis 6,01 Jahre) und mündete in einem späten CT nach 5,5 Jahren [17]. Im NLST war nur zum Zeitpunkt 0 (Baseline) und nach 1 und 2 Jahren ein Screening-CT durchgeführt worden. In der NELSON-Studie wurden in einem zudem sehr langen Follow-up von 10 Jahren mit dem Screening (Primäranalyse, nur männ-

Lung Cancer Stage (males NL) 7th TNM

Cancer Registry NL - Control Arm - Screen Arm

up to December 2011

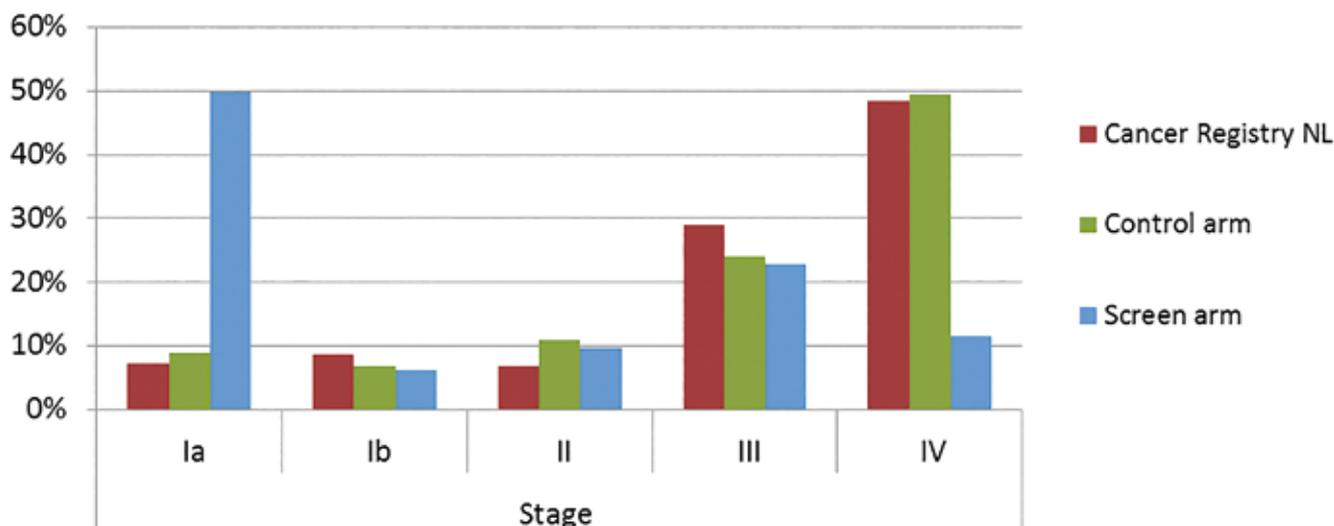


Abbildung 1: Harry de Koning, WCLC, 2018 [15]

liche Probanden) 203 Lungenkrebskrankungen detektiert. Besonders hervorzuheben ist, dass die detektierten Lungenkrebskrankungen im Screening-Arm der NELSON-Studie in 58,6% in den Stadien IA und IB diagnostiziert wurden, während es sich bei den Lungenkrebskrankungen im Kontrollarm der NELSON-Studie in deutlich weniger Fällen um solche in den Stadien IA und IB handelte (13,5%, Kontrollarm). Entsprechend lag der Anteil der detektierten Lungenkrebskrankungen im Screening-Arm bei nur 9,4% im Stadium IV.

Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Stadien zum Zeitpunkt der Diagnosestellung im Screening- und im Kontrollarm der NELSON-Studie, außerdem die Vergleichsgruppe des nationalen Krebsregisters der Niederlande. Die Daten dieser Präsentation (Harry de Koning, WCLC, 2018, [15]) enthalten beide Geschlechter.

Die Stadienverteilung neu diagnostizierter Lungenkrebsfälle im Kontrollarm der Studie entsprach der des nationalen Krebsregisters der Niederlande.

Die frühe Identifikation von Lungenkrebs im Stadium IA und IB mit der Möglichkeit einer kurativen Behandlung konnte durch das Screening in der NELSON-Studie eindrücklich gezeigt werden. Dies ist ein wesentliches Argument für die Implementierung solcher Screening-Programme.

Wesentlich zum Gelingen des NELSON-Projektes beigetragen hat die Verwendung eines gut durchdachten Volumenbasierten Algorithmus für die Bewertung und das weitere

Work-up von pulmonalen Herden. Durch klar festgelegtes Follow-up Management von pulmonalen Befunden konnte auf eine große Zahl von nicht notwendigen Interventionen verzichtet werden (geringe Zahl falsch positiver Befunde, hoher positiv prädiktiver Wert). Hierdurch ist ein deutlich günstigeres Risiko/Nutzen-Verhältnis entstanden im Vergleich zu dem früheren Vorgehen beim NLST. Es ist davon auszugehen, dass im aktuellen Rahmen der technischen Weiterentwicklung von radiologischen Untersuchungsmethoden und deren Auswertungssoftware die Effektivität des Low-dose-CT noch um einiges weiter optimiert werden kann. Auch Methoden der künstlichen Intelligenz (KI) können mittlerweile für solche Analysen hinzugezogen werden. Dies kann die Zahl von nicht notwendigen Interventionen und Thorakotomien bei Probanden weiter vermindern helfen [18]

Im Kontext der jetzt vorliegenden Literatur mit NLST und NELSON wie auch einer etwas kleineren Studie am DKFZ – der LUSI-Studie – liegt aktuell eine solide Datenbasis vor, die ein rasches Implementieren des Lungenkrebscreenings ermöglicht aber auch die Verpflichtung hierzu begründet [19].

Veröffentlichung des IQWiG-Berichtes in den letzten Wochen

Man muss das deutsche System der Festlegung und Bewertung von Behandlungsstrategien loben, denn schon kurz nach dem ersten Bekanntwerden der Befunde aus dem NELSON-Trial hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Strahlenschutz reagiert [20]. Das Bundesamt hat als Berater für die Legis-

lative die rechtlichen Grundlagen für die Screening-Voraussetzungen mit Low-dose CT vorbereitet [21]. Der G-BA hat nach der Vollpublikation des NELSON-Trials das IQWIG beauftragt, den Zusatznutzen für das Lungenkrebscreening mittels Low-dose CT zu evaluieren [22]. Dieser IQWIG-Bericht ist jetzt vor kurzem als Vorbericht veröffentlicht worden [23]. Das IQWIG kommt zu dem Schluss, dass „für die lungenkrebspezifische Mortalität ein Hinweis auf einen Nutzen für das Low-dose-CT-Screening vorliegt“. Aufgrund der vom IQWIG analysierten Daten der randomisierten Studien „erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass das Screening auch einen positiven Effekt auf die Gesamtmortalität hat“. Beides zusammengenommen ergibt mit der bisherigen S3-Leitlinie und deren aktuell noch vorzunehmenden Überarbeitung durch die Fachexperten und Gesellschaften eine solide Grundlage für eine zukünftige Implementierung des Risiko-geleiteten Lungenkrebscreenings mit Low-dose CT [23]. Hier sind besonders Aspekte der Qualitätssicherung für die Durchführung und Bewertung der Low-dose CTs festzulegen sowie ein zwingendes Begleiten solcher Untersuchungen durch Best-practice Raucherentwöhnungsprogramme zu fordern [24, 25]. Es ist davon auszugehen, dass ein rascher Start von solchen breit angelegten Screening-Programmen die wissenschaftlich-rationale Optimierung sowohl von Qualitätssicherungsmethoden als auch von Interventionen zur Raucherentwöhnung deutlich positiv unterstützen kann.

Meta-Analyse bestätigt den IQWIG-Bericht

Ganz aktuell liegt auch eine erste Meta-Analyse zum Lungenkrebscreening mittels low-Dose CT als Publikation vor [26]. Die Meta-Analyse kommt ähnlich wie das IQWIG zu dem Schluss, dass das Low-Dose CT Screening zu einer Reduktion der Lungenkrebs-bedingten Mortalität führt (um 17%) und aus den dort vorliegenden Daten eine Reduktion der Gesamtmortalität („all-cause mortality“, um 4%) angenommen werden kann. Damit liegt ein weiteres Argument für die Fortführung der Bestrebungen vor, dass Screening-Programme auch in Deutschland auf breiter Ebene an dafür kompetenten und spezialisierten Lungen-/Lungenkrebszentren mit dem ausreichend multidisziplinären Umfeld implementiert werden sollten.

Bestandsaufnahme durch den G-BA in Planung

Basierend auf dem Vorbericht und dem folgenden Abschlussbericht des IQWIG wird sich in den nächsten Monaten der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem Thema des Screenings durch Low-dose CT beim Lungenkrebs beschäftigen. Hier bekommen die beteiligten Fachgesellschaften dann noch einmal die Möglichkeit, gutachterliche Stellungnahmen beizubringen und Fachexpertenmeinungen zu dieser Fragestellung anzufügen. Diese praktische und pragmatische Korrektur ist im Übrigen auch bei der Festlegung zum Zusatznutzen von neuen Medikamenten positiv implementiert worden und hat sich dort als überaus sinnvoll erwiesen.

Zusammenfassung

Beim Lungenkrebs, dem bösartigen Tumor, der weltweit (auch in Deutschland) am häufigsten zum Tode führt, hat sich die Datenlage derart geändert, dass wir in Zukunft für eine Risikogruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit ein qualitätsgesichertes Screening-Programm sehen werden [16]. Trotz der gerade beim Lungenkarzinom in den letzten Jahren erfolversprechenden Therapieinnovationen (molekularzielgerichtete Therapie, Immuntherapie, multimodale Therapie, adjuvante Therapie) dürfte die Implementierung eines Früherkennungs-Screening mit Identifikation von Tumoren in früheren Stadien und damit kurativem Setting einen noch höheren Benefit für die große Gruppe von Risikopersonen darstellen und möglich in Zukunft die Mortalität mit dieser früher so ungünstigen Krankheitsprognose deutlich senken können [27, 28, 29, 30, 31].

Ausblick: Zukunft für die Onkologie

Gerade mit den beim Lungenkrebs aktuellen vielversprechenden therapeutischen Innovationen (Therapie gemäß Zielstruktur: EGFR, ALK, ROS-1, BRAF, NTRK, PD-L1, MET, RET und weiteren) kann spekuliert werden, dass neben der Entwicklung von frühen (genetischen, immunologischen) Biomarkern für diese Tumoren auch neue frühe Behandlungsmöglichkeiten untersucht und entwickelt werden könnten [32, 33]. Grund genug, auch für die Onkologen, sich frühzeitig auf solche Entwicklungen einzustellen und diese aufmerksam zu beobachten und aktiv mitzugestalten.

Literatur

- [1] Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society [published online ahead of print, 2020 Jul 30]. *CA Cancer J Clin.* 2020;10.3322/caac.21628. doi:10.3322/caac.21628
- [2] Zielonke N, Kregting LM, Heijnsdijk EAM, et al. The potential of breast cancer screening in Europe [published online ahead of print, 2020 Jul 19]. *Int J Cancer.* 2020;10.1002/ijc.33204. doi:10.1002/ijc.33204
- [3] Kuni H, Schmitz-Feuerhake I, Dieckmann H. Mammographiescreening-Vernachlässigte Aspekte der Strahlenrisikobewertung [Mammography screening--neglected aspects of radiation risks]. *Gesundheitswesen.* 2003;65(7):443-446. doi:10.1055/s-2003-40807
- [4] Bertuccio P, Alicandro G, Malvezzi M, et al. Cancer mortality in Europe in 2015 and an overview of trends since 1990. *Ann Oncol.* 2019;30(8):1356-1369. doi:10.1093/annonc/mdz179
- [5] Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019;30(10):1674. doi:10.1093/annonc/mdz189
- [6] Krebsfrüherkennung in Deutschland, 2014. https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/krebsfrueherkennung/140507-Krebsfrueherkennung_in_Deutschland_2014-WEB-FINAL.pdf
- [7] Wormanns D, Kauczor HU, Antoch G, et al. Joint Statement of the German Radiological Society and the German Respiratory Society on a Quality-Assured Early Detection Program for Lung Cancer with Low-Dose CT. Positionspapier der Deutschen Röntgengesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zu einem qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramm des Lungenkarzinoms mittels Niedrigdosis-CT. *Rofo.* 2019;191(11):993-997. doi:10.1055/a-0998-4399
- [8] National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med.* 2011;365(5):395-409. doi:10.1056/NEJMoa1102873

- [9] Vogelmeier C, Worth H, Pfeifer M, et al. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Röntgengesellschaft zur Lungenkrebsfrüherkennung mit Niedrigdosis-CT [Joint statement of the German Respiratory Society and the German Roentgenological Society on the early detection of lung cancer by low-dose CT]. *Pneumologie*. 2011;65(1):5-6. doi:10.1055/s-0030-1256112
- [10] Spiro SG, Navani N. Screening for lung cancer: is this the way forward?. *Respirology*. 2012;17(2):237-246. doi:10.1111/j.1440-1843.2011.02114.x
- [11] Goulart BH, Bensink ME, Mummy DG, Ramsey SD. Lung cancer screening with low-dose computed tomography: costs, national expenditures, and cost-effectiveness. *J Natl Compr Canc Netw*. 2012;10(2):267-275. doi:10.6004/jnccn.2012.0023
- [12] Herth FJ, Hoffmann H, Heussel CP, Biederer J, Gröschel A. Lungenkrebs-Screening--Update 2014 [Lung cancer screening--update 2014]. *Pneumologie*. 2014;68(12):781-783. doi:10.1055/s-0034-1390899
- [13] Stang A, Schuler M, Kowall B, Darwiche K, Kühl H, Jöckel KH. Lung Cancer Screening Using Low Dose CT Scanning in Germany. Extrapolation of results from the National Lung Screening Trial. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(38):637-644. doi:10.3238/arztebl.2015.0637
- [14] https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-007OL_L_S3_Lungenkarzinom_2018-03.pdf
- [15] https://library.iaslc.org/virtual-library-search?product_id=10&author=&category=&date=&session_type=&session_type=Plenary+Session&session=&presentation=&keyword
- [16] de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med*. 2020;382(6):503-513. doi:10.1056/NEJMoa1911793
- [17] Ten Haaf K, van Rosmalen J, de Koning HJ. Lung cancer detectability by test, histology, stage, and gender: estimates from the NLST and the PLCO trials. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015;24(1):154-161. doi:10.1158/1055-9965.EPI-14-0745
- [18] Oudkerk M, Devaraj A, Vliegenthart R, et al. European position statement on lung cancer screening. *Lancet Oncol*. 2017;18(12):e754-e766. doi:10.1016/S1470-2045(17)30861-6
- [19] Becker N, Motsch E, Trotter A, et al. Lung cancer mortality reduction by LDCT screening-Results from the randomized German LUSI trial. *Int J Cancer*. 2020;146(6):1503-1513. doi:10.1002/ijc.32486
- [20] https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5901/2019-07-18_IQWiG-Beauftragung_Lungenkrebscreening-LDCT_Auftragskonkretisierung.pdf
- [21] https://www.bfs.de/SharedDocs/Downloads/BFS/DE/fachinfo/ion/frueherkennung-vorpruefung2019.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- [22] https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3901/2019-07-18_IQWiG-Beauftragung_Lungenkrebscreening-LDCT.pdf
- [23] <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentose-verfahren/s-projekte/s19-02-lungenkrebscreening-mittels-niedrigdosis-computertomografie.12379.html>
- [24] Field JK, deKoning H, Oudkerk M, et al. Implementation of lung cancer screening in Europe: challenges and potential solutions: summary of a multidisciplinary roundtable discussion. *ESMO Open*. 2019;4(5):e000577. Published 2019 Oct 13. doi:10.1136/esmoopen-2019-000577
- [25] Villanti AC, Jiang Y, Abrams DB, Pyenson BS. A cost-utility analysis of lung cancer screening and the additional benefits of incorporating smoking cessation interventions. *PLoS One*. 2013;8(8):e71379. Published 2013 Aug 7. doi:10.1371/journal.pone.0071379
- [26] Sadate A, Occean BV, Beregi JP, et al. Systematic review and meta-analysis on the impact of lung cancer screening by low-dose computed tomography. *Eur J Cancer*. 2020;134:107-114. doi:10.1016/j.ejca.2020.04.035
- [27] Ramalingam SS, Vansteenkiste J, Planchard D, et al. Overall Survival with Osimertinib in Untreated, EGFR-Mutated Advanced NSCLC. *N Engl J Med*. 2020;382(1):41-50. doi:10.1056/NEJMoa1913662
- [28] Antonia SJ, Villegas A, Daniel D, et al. Overall Survival with Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III NSCLC. *N Engl J Med*. 2018;379(24):2342-2350. doi:10.1056/NEJMoa1809697
- [29] Horn L, Spigel DR, Vokes EE, et al. Nivolumab Versus Docetaxel in Previously Treated Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: Two-Year Outcomes From Two Randomized, Open-Label, Phase III Trials (CheckMate 017 and CheckMate 057). *J Clin Oncol*. 2017;35(35):3924-3933. doi:10.1200/JCO.2017.74.3062
- [30] Peters S, Camidge DR, Shaw AT, et al. Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2017;377(9):829-838. doi:10.1056/NEJMoa1704795
- [31] Mok TS, Wu YL, Thongprasert S, et al. Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma. *N Engl J Med*. 2009;361(10):947-957. doi:10.1056/NEJMoa0810699
- [32] Boeri M, Sestini S, Fortunato O, et al. Recent advances of microRNA-based molecular diagnostics to reduce false-positive lung cancer imaging. *Expert Rev Mol Diagn*. 2015;15(6):801-813. doi:10.1586/14737159.2015.1041377
- [33] Sullivan FM, Mair FS, Anderson W, et al. Earlier diagnosis of lung cancer in a randomised trial of an autoantibody blood test followed by imaging [published online ahead of print, 2020 Jul 30]. *Eur Respir J*. 2020;2000670. doi:10.1183/15993003.00670-2020

Projekt „Gender-Parität in der Hämatologie und Onkologie“

(MO) In der Juni-Ausgabe des Mitgliederrundschreibens hatten wir das Projekt „Gender-Parität in der Hämatologie und Onkologie“ vorgestellt. Ursprünglich war geplant, dass Frau Sarah Biecker das Projekt betreut.

Frau Biecker hat die DGHO zum 15. Juni 2020 verlassen. Unabhängig ihres Weggangs soll das für die Fachgesellschaft wichtige Projekt umgesetzt werden. Diesbezüglich recherchiert die DGHO aktuell mögliche Kooperationspartner aus der Forschung.

3. VIRTUELLE Interdisziplinäre Frauenkonferenz der DGHO



Teil 1: Mittwoch, 2.9.2020 – 16:00 Uhr
Teil 2: Donnerstag, 3.9.2020 – 16:00 Uhr

→ Teilnahmegebühr: 30,00 € (für beide Webinare)

Anmeldung unter:

<https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/3-interdisziplinäre-frauenkonferenz-der-dgho>



Programm:

Teil 1: Mittwoch, 2.9.2020, 16:00–17:30 Uhr

Führung und Work-Family-Balance (Interaktive Vorträge mit Chat)

- | | |
|-----------------|---|
| 16:00–16:10 Uhr | Einführung
Prof. Dr. med. Maike de Wit |
| 16:10–16:45 Uhr | Die Kunst der Selbstregulation: Selbstregulation als Führungskompetenz mit der PSI (Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen)
Dr. med. Giovanna Eilers, Coach |
| 16:45–17:20 Uhr | Work-Family-Balance: Welche Rollen haben Ärztinnen neben Ihrem Beruf, und wie bekommen Sie alle Rollen „unter einen Hut“?
Astrid Dinda, Coach |
| 17:20–17:30 Uhr | Fragen im Chat, Abschluss |

Teil 2: Donnerstag, 3.9.2020, 16:00–17:30 Uhr

Verbindungen schaffen und Netzwerken

- | | |
|-----------------|---|
| 16:00–16:10 Uhr | Einführung
Prof. Dr. med. Diana Lüftner |
| 16:10–16:35 Uhr | Karriere – Klinik – Wissenschaft: Spielregeln sind wichtig!
Prof. Dr. med. Ulrike Schara |
| 16:35–17:00 Uhr | Bundeskonferenz der Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e.V. – Kommission Klinika – wer sind wir, wie arbeiten wir?
Maike Busson-Spielberger und Anja Lipschik |
| 17:00–17:15 Uhr | Positionspapier „Paritätische Positionierung von Frauen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie“: Forderungen und Ziele
Prof. Dr. med. Katja Weisel |
| 17:15–17:30 Uhr | Fragen im Chat, Zusammenfassung und Ausblick, Abschluss
Prof. Dr. med. Katja Weisel |



DANK

Daß ich schon Hundert,
Mich selbst verwundert,
Zu danken ist es: Genen, Pflicht,
Familie, Lehrern, auch Verzicht.

Wie Goya zeigt: „noch lerne ich“,
Stets gerne ich bemühe mich,
Und was man so vom Altern liest,
Zeigt, was auch sonst noch nötig ist.

Mit Eberhard im Bart ich sag's
Voll Freude und beherzt: „Ich wag's!“
Mir kommt's beim Altern darauf an,
Daß neubelebt ich warten kann.

Ihr schenktet mir ein Aulafest,
Wie bisher keines je gewest.
Belebt, bewegt – wenn auch am Stock –
Bedank' ich mich

*Yunke, Jozsef Lovka (20.01.04)
26.04.04.
Dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und
Onkologie danke ich in großer Verbundenheit für die mir*

*heute zugegangene bebilderte Beglückwünschung
zum 100. Geburtstag. Diesen Tag noch erleben
zu können, war mir ein Geschenk.*

*Symbolhaft für die Zufallstreffernatur
haben mich die auch persönlich ergreifenden
Nachrufe und trefflichen Würdigungen der
viel zu früh dahingegangenen C. G. Schmidt und Wolfgang
Wilmanns in beachtlichen Ausdehnung. Schmidt
war Fortsetzer und einmaliger Gipfelstürmer
unserer IUCC [IUGC] in Mitarbeit von Büngeler und
Hamperl, – Wilmanns war mein Schüler und mein
Freund. Von Beiden war im Gegensatz zu mir
noch rezeptiven Naturforscher- und Arzt-Dasein
des Hundertjährigen noch Produktives zu erwarten.*

*Dank
Ihr
kollegialen Grüßen und wiederholtem
Jozsef Lovka*

Dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie danke ich in großer Verbundenheit für die mir heute zugegangene bebilderte Beglückwünschung zum 100 Geburtstag. Diesen Tag noch erleben zu können, war mir ein Geschenk.

Symbolhaft für die Zufallstreffernatur haben mich die auch persönlich ergreifenden Nachrufe und trefflichen Würdigungen der viel zu früh dahingegangenen C. G. Schmidt und Wolfgang Wilmanns in unmittelbaren Anschluss berührt: Schmidt war Fortsetzer und einmaliger Gipfelstürmer unserer IUCC [IUGC] in Mitarbeit von Büngeler und Hamperl, – Wilmanns war mein Schüler und mein Freund, von Beiden war – im Gegensatz zum nur noch rezeptiven Naturforscher- und Arzt-Dasein des Hundertjährigen – noch Produktives zu erwarten.

Mit kollegialen Grüßen und wiederholtem Dank
Ihr Hans Erhard Bock

Fruchtbarkeitserhaltung: Ein enorm wichtiger Schritt auf dem Weg zur Kassenfinanzierung



Bereits seit 2017 setzen sich die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, gemeinsam mit ihrer Stifterin, der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e. V. für die Kostenübernahme fruchtbarkeitserhaltender Maßnahmen bei jungen Betroffenen durch die gesetzlichen Krankenkassen ein. Bevor diese als Regelleistung übernommen werden müssen, sah das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Richtlinie für die Durchführung erlässt. Diese Richtlinie wurde nach 14 Monaten Bearbeitungszeit am 16.7.2020 beschlossen. Mittlerweile ist auch der Wortlaut veröffentlicht, mit dem wir insgesamt sehr zufrieden sind. Die Indikation wird im Ermessen der behandelnden Ärzte liegen, eine Einschränkung der oberen Altersgrenze konnte verhindert werden und es wird ein zweistufiges Beratungsverfahren geben. Bei der Kostenübernahme der Maßnahmen bei unter 18-jährigen Frauen sind wir gespannt wie die Richtlinie in der Praxis ausgelegt wird.

Als nächstes muss die Richtlinie nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit in Kraft gesetzt werden. Danach hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, um die Preise für die medizinischen Leistungen festzulegen. Bis alle Beschlüsse vorliegen, kann es also noch bis in das erste Quartal des Jahres 2021 dauern. Doch wir wissen: Wer heute die Diagnose Krebs bekommt, kann nicht so lange warten! Wir haben deshalb, zusammen mit der DGHO, am 17.7.2020 einen weiteren Brief an die Vorstände der 102 Gesetzlichen Krankenkassen geschrieben, die bisher nicht positiv auf unseren ersten Brief vom September 2019 geantwortet haben und noch einmal darum gebeten schon jetzt Einzelfallprüfungen vorzunehmen und die Kosten zu tragen. Die ersten positiven Rückmeldungen sind bereits eingegangen.

Eine Übersicht der Krankenkassen, die bereits jetzt die Kosten tragen finden Sie unter:
<https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/wissen/kostenuebernahme-durch-kassen-und-versicherungen/>

Patientenbeirat der Stiftung erweitert

Vor etwas mehr als einem Jahr hat die Stiftung mit der Gründung eines Patientenbeirats ein neues beratendes Gremium ins Leben gerufen. Traditionell arbeitet die Stiftung seit ihrer Gründung eng mit Betroffenen zusammen, entwickelt gemeinsam Projekte und Hilfsangebote. Der Patientenbeirat gibt dabei wichtige Impulse an die Entscheidungsträger der Stiftung und hilft uns möglichst patientenorientiert und fokussiert zu bleiben. Bisher berieten drei Betroffene den Vorstand und das Kuratorium der Stiftung in strategischen Fragen. Nun wurde der Patientenbeirat zum ersten Mal erweitert. Zu den bisherigen Beiräten Lorena, Simon und Tobias stießen nun vier weitere Betroffene aus den TREFFPUNKTEN der Stiftung. Die Projektleiterin Doreen aus dem TREFFPUNKT Vogtland, der Sicherheitsmanager Faye vom TREFFPUNKT Berlin, die Lehrerin Franziska aus Kiel und die



Referentin für Erneuerbare Energien Natascha aus dem TREFFPUNKT Oberfranken sind seit Langem in der Stiftung aktiv und haben sich nun für die Mitarbeit im Patientenbeirat entschieden.

Umbau und Erweiterung des JUNGEN KREBSPORTALS

Mit ihrem 2015 initiierten JUNGEN KREBSPORTAL schuf die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs ein Online-Angebot, bei dem junge Betroffene in einem geschützten Raum individuelle Fragen an ein kuratiertes Beraterteam stellen können. Im April 2020 wurde die Struktur des Portals umgebaut und die Angebote inhaltlich erweitert. Alle wichtigen Informationen und Hilfsangebote der Stiftung werden nun gebündelt dargestellt. Bisher bestand das JUNGE KREBSPORTAL lediglich aus einem individuellen Beratungsangebot. Junge Betroffene haben nun die Möglichkeit sich umfassend mittels



<https://www.junges-krebsportal.de/>

verschiedener Formate zu informieren. Die neue Struktur ermöglicht darüber hinaus eine kontinuierliche Erweiterung der Themen und eine vielfältige Darstellung.

Jung & Krebs – Erste Hilfe

In verschiedenen Themenblöcken werden die Bereiche, in denen die meisten Fragen und Probleme unmittelbar nach der Diagnose entstehen, beschrieben. Junge Frauen und Männer, die an Krebs erkrankt waren oder sind, haben ihre Erfahrungen in das von Betroffenen, Medizinerinnen und Medizinern und der Stiftung entwickelte Projekt eingebracht.

Tipps und Hilfen gibt es zu den Bereichen „Krebs ist heilbar!“, „Hole Dir Hilfe“, „Informiere Dich“, „Organisiere Dich“ und „Denke an morgen“. In Kooperation mit ehrenamtlich engagierten Betroffenen werden aktuell weitere Themenblöcke zum Bereich sozialer und finanzieller Hilfestellungen bearbeitet.



Individuelle Beratung

Die individuelle Beratung ermöglicht jungen Patientinnen und Patienten, die an Krebs erkrankt sind, waren oder an einem Rezidiv leiden, einen schnellen Kontakt zu Expertinnen und Experten, um notwendige Informationen und Beratung zu erhalten. Mit Hilfe des onlinebasierten Portals können junge Krebspatientinnen und Krebspatienten individuelle Fragestellungen an ein hochqualifiziertes Be-

raterteam richten. Die Beraterinnen und Berater unterstützen sowohl bei fallspezifischen Fragestellungen als auch bei allgemeingültigen Problematiken folgender Themenbereiche:

- Sozialrechtliche Fragestellungen
- Veränderungen des Hormonhaushaltes
- Immundefekte
- Integrative Krebsmedizin



Jung & Krebs – Online-Sprechstunde

In regelmäßigen Online-Sprechstunden erhalten die Betroffenen die Möglichkeit individuelle Fragen zu Ihrer Erkrankung oder aktuellen Themen zu stellen. Experten beantworten allgemeine und spezielle Fragen über Medizin und die

Stiftungsarbeit im Livestream. Fragen an die Experten können live im Chat, vorab per E-Mail oder, seit Kurzem auch per WhatsApp gestellt werden. Alle Online-Sprechstunden stehen im Nachgang zur Verfügung.





Wissen für Dich

Mit der Notwendigkeit regelmäßig über die Kampagne Krebs & Kinderwunsch sowie über die Entwicklungen zu Corona zu informieren und dem Anspruch Informationen verständlich und umfassend aufzubereiten, entstand zu Beginn des Jahres 2020 der neue Wissensbereich auf der Online-Präsenz der Stiftung. Detaillierte Auskünfte gibt es zu den Kategorien „Anträge an Kassen und Ämter“, „Corona-Epidemie“,

„Fruchtbarkeitserhalt“, „Krankschreibung & Krankengeld“, „Schwerbehindertenausweis“ und „Versicherungen“. Die Wissenssammlung wird regelmäßig überprüft und kontinuierlich ausgebaut. Mit der Unterstützung junger Betroffener werden aktuell Problemfelder sozialrechtlicher Fragestellungen identifiziert und in Kooperation mit fachlichen Experten entsprechende Hilfestellungen ausgearbeitet.

TEXTE: KRISTINA LEHMANN & FELIX PAWLOWSKI

JUNGES KREBSPORTAL: Neue Berater gesucht!

Wir brauchen Ihre Unterstützung. Gern möchten wir den Beraterpool im JUNGEN KREBSPORTAL ausbauen und würden uns über Unterstützung aus den Reihen der DGHO-Mitglieder freuen. Die individuelle Beratung im JUNGEN KREBSPORTAL umfasst aktuell 4 Bereiche, in denen junge Betroffene beratende Unterstützung erhalten.

<https://www.junges-krebsportal.de/portal>

Veränderungen des Hormonhaushaltes

Gesucht werden Fachärztinnen und Fachärzte für Endokrinologie, Innere Medizin sowie Onkologie und Hämatologie, die Betroffenen bei Fragen zu therapie- und krankheitsbedingten Veränderungen des Hormonhaushaltes kompetent mit Informationen und Empfehlungen zur Seite stehen.

Immundefekte

Gesucht werden Onkologinnen und Onkologen und Immunologinnen und Immunologen die junge Betroffene bezüglich angeborener bzw. kombinierter Immundefekte beraten. Durch gute Begleitung und Hinweise zur Behandlung soll das Risiko für Infektionen gesenkt werden.

Integrative Krebsmedizin

Für die Beratung zur Unterstützung des Heilungsweges mit sogenannten ganzheitlichen Verfahren werden Fach-

ärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie/ Internistische Onkologie, Ernährungs-, Sport-, Notfall- und Palliativmedizin gesucht. Es soll unter anderem über Ernährung, Therapie auf pflanzlicher Basis, traditionelle chinesische Medizin, Bewegung und Entspannungsverfahren aufgeklärt werden.

Sozialrechtliche Fragestellungen (Job & Geld, Reha, Wiedereingliederung)

Gesucht werden Fachärztinnen und Fachärzten der Onkologie und Hämatologie, die zusätzlich spezielle Qualifizierungen in der Sozialmedizin haben bzw. Experten in verschiedenen sozialrechtlichen Disziplinen sind. Im Themenblock der Sozialrechtlichen Fragestellungen möchten wir bspw. den Bereich „Kostenübernahme bei Kryokonservierung“ aufbauen. Hier suchen wir Berater die junge Betroffene bei Fragen rund um den Vorgang der Kryokonservierung und der Antragstellung bei den Krankenkassen unterstützen.

Ist Ihr Interesse geweckt oder haben Sie weitere Fragen, melden Sie sich jederzeit gern bei uns!

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
Tel.: 030 28 09 30 56 0
info@junge-erwachsene-mit-krebs.de

Möchten Sie mit uns gemeinsam die Arbeit zugunsten junger Betroffener weitertragen, freuen wir uns über Ihre wirkungsvolle Unterstützung als Spender.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten aktiv zu werden – sprechen Sie uns gern an oder schauen auf unserer Webseite vorbei.

<https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/aktiv-werden/spenden/>

Jede Spende ist hilfreich und wertvoll.
Krebs erforschen. Zukunft spenden.
Gemeinsam mit Ihnen!

Spendenkonto der Deutschen Stiftung
für junge Erwachsene mit Krebs (Postbank)

IBAN: DE57 1001 0010 0834 2261 04
BIC: PBNKDEFF



Informationen im Überblick

Veranstaltungsort:

Freitag, 25.09.2020:

Park Inn by Radisson Köln City West
Innere Kanalstraße 15, 50823 Köln

Samstag, 26.09.2020:

Universität zu Köln
Universitätsstr. 37, 50931 Köln

Hotel:

Wir bieten Ihnen ein Zimmerkontingent im **Park Inn by Radisson Köln City West** an. Gern können Sie Ihr Hotelzimmer (Standard Einzelzimmer zu 103,00 € inkl. Frühstück / 1 ÜN, zuzügl. 4,35 € Kulturförderabgabe pro Zimmer/Nacht) hier bis zum 28.08.2020 buchen:

Telefonnummer: +49 221 5701 924

E-Mail: reservierung.koeln@proventhotels.com

Stichwort: DGHO

Zertifizierung:

Die Zertifizierung der Veranstaltung wird bei der Ärztekammer Nordrhein beantragt.

Kursgebühr:

DGHO-Mitglieder	150,00 €
Nichtmitglieder	270,00 €

Max. Teilnehmerzahl: 30

Die Kursgebühr enthält Lernmaterialien und die Verpflegung an den Veranstaltungstagen.

Online-Anmeldung: www.dgho-service.de

Bitte zurücksenden an die DGHO Service GmbH per
E-Mail: anmeldung@dgho-service.de
Fax: 030 / 27 87 60 89-18

Titel, Vorname, Name

Klinik/Praxis/Firma

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

DGHO-Mitglied Nichtmitglied

Die Kursgebühr wurde am _____ auf das Konto der DGHO Service GmbH überwiesen.
IBAN: DE10 1001 0010 0009 3921 06
BIC: PBNKDEFFXXX
Bitte vermerken Sie das Stichwort „Intensivmedizin 2020“ und den Namen des Teilnehmers.

Die Kostenübernahmebestätigung, die als Download auf www.dgho-service.de verfügbar ist, sende ich Ihnen per Fax oder E-Mail zu.

Datum

Unterschrift



Hämatologisch-onkologische Intensivmedizin

Trainingskurs

25. und 26. September 2020

Park Inn by Radisson Köln City West

Universität zu Köln

Kursleiter:

Prof. Dr. Michael Kiehl, Frankfurt / Oder
Dr. Catherina Lück, Hannover

Programmübersicht

Freitag, 25.09.2020 - Park Inn Köln City West

- 10:30 Uhr Begrüßungskaffee
- 11:00 Uhr Begrüßung / Einleitung
Michael Kiehl, Catherine Lück
- 11:15 Uhr Der hämatologische Patient – ein Spezialfall?
Frank Kroschinsky
- 12:00 Uhr Respiratorisches Versagen inkl. Fallvorstellung
Tobias Liebrecht
- 12:45 Uhr Mittagessen
- 13:30 Uhr Infektionen und Sepsis – Diagnostische Besonderheiten und Therapie
Matthias Kochanek
- 14:15 Uhr Hämostaseologische Notfälle und intensivmedizinische Komplikationen
Paul Knöbl
- 15:00 Uhr Intensivmedizinische Komplikationen der allogene Transplantation inkl. Fallvorstellung
Catherina Lück
- 15:30 Uhr Pause
- 15:50 Uhr Immunphänomene - Intensivmedizinische Nebenwirkungen von Immunonkologika und CAR-T-Zelltherapie
Boris Böll
- 16:35 Uhr Onkologie - Prognose im Wandel? *Dos and Don'ts der intensivmedizinischen Versorgung*

hämatologisch-onkologischer Patienten in Zeiten neuer Therapien (Interaktive Falldiskussion)
Michael Kiehl, Catherine Lück

17:30 Uhr Ende des Programms / Abendessen ab 19 Uhr

Samstag, 26.09.2020 – Universität zu Köln

09:00 Uhr Gruppeneinteilung

9:15 Uhr	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Klinische Visite 1 Sepsis / MOV Alexander Shimabukuro-Vornhagen	Klinische Visite 2 Ein interessanter Fall Boris Böll	Klinische Visite 3 Beatmung Matthias Kochanek	
Raumwechsel			
10:15 Uhr	Beatmung	Sepsis / MOV	Ein interessanter Fall
Raumwechsel			
11:15 Uhr	Ein interessanter Fall	Beatmung	Sepsis / MOV

12:15 Uhr **Abschlussdiskussion**
Michael Kiehl, Catherine Lück

12:30 Uhr Ende der Veranstaltung

Die Teilnehmer sind eingeladen, Patientenfälle beizutragen und Management und Entscheidungsfindung an Situationen im realen Leben zu diskutieren.

Bitte senden Sie Ihre Fallschilderung vorab an:
j.mueller@dgho-service.de.

Stand: Juli 2020. Änderungen vorbehalten.

Organisation:

DGHO Service GmbH

Alexanderplatz 1, 10178 Berlin

E-Mail: j.mueller@dgho-service.de

Telefon: 030 / 27 87 60 89- 38



Teilnahme- und Stornierungsbedingungen:

Die Anmeldung zur Tagung muss schriftlich erfolgen. Sie erhalten eine Bestätigung/Rechnung, sobald die Kursgebühr oder die Kostenübernahmeerklärung bei uns eingegangen ist. Die Teilnahmegebühr ist ein durchlaufender Posten. Die Verpflegung entfällt 16 bzw. 5 % MwSt. Stornierungen bis zum 31.07.2020 sind kostenfrei. Bei Stornierungen ab dem 01.08.2020 sind 50% der Kursgebühr zu zahlen. Bei zu geringer Teilnahme behalten wir uns eine Absage der Veranstaltung bis zum 31.07.2020 vor. In diesem Fall wird die Kursgebühr erstattet. Der/die Teilnehmer/in nimmt zur Kenntnis, dass er/sie dem Veranstalter gegenüber keine Schadensersatzansprüche stellen kann, wenn die Durchführung der Tagung durch unvorhergesehene politische, wirtschaftliche oder klimatische Gewalt erschwert oder verhindert wird. Mit der Anmeldung erkennt der/die Teilnehmer/in diesen Vorbehalt an.

Veranstaltungshinweise 2020/2021

3. VIRTUELLE Interdisziplinäre Frauenkonferenz der DGHO

Teil 1: Mi., 2. Sept. 2020, 16:00 Uhr
Teil 2: Do., 3. Sept. 2020, 16:00 Uhr
 eine Veranstaltung der DGHO
<https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/3-interdisziplinäre-frauenkonferenz-der-dgho>

2. Forum Onkologie in Bayreuth

9. September 2020
 Bayreuth
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=593-10e>

30. Deutscher Hautkrebskongress

9. bis 12. September 2020
 VIRTUELLE VERANSTALTUNG
<https://www.ado-kongress.de/index.php?id=35877&type=300>

20th Meeting of the European Association for Haematopathology

11. bis 16. September 2020
 Dubrovnik, Kroatien
<https://www.eahp-sh2020.com/>

2. Forum Onkologie in Freiburg

12. September 2020
 Freiburg
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=595-10e>

Forum Onkologie in Hannover

12. September 2020
 Hannover
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=4cd-10e>

54. Wissenschaftliche Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V. & 3rd International Symposium of the CRC/Transregio FungiNet

16. bis 19. September 2020
 Würzburg
<https://www.dmykg-kongress.de/>

53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI)

JETZT VIRTUELL
16. bis 18. September 2020
 Berlin
<https://www.dgti-kongress.de/index.php?id=35912&type=300>

ESMO 2020 Congress

18. bis 22. September 2020
 Madrid, Spanien
<https://www.esmo.org>

Hämatologisches Zytologieseminar für Einsteiger

23. bis 26. September 2020
 unter der Schirmherrschaft der DGHO
 Wilsede
<https://wilsede-schule-akademie.de>

Fortbildungsveranstaltung (Modul 1) – Fachassistent/in zur medikamentösen Tumortherapie und Patientenkommunikation

24. bis 26. September 2020
 unter der Schirmherrschaft der DGHO
 Köln
 Eine Teilnahme ist nur am Gesamtkurs (Modul 1, 2 und 3) möglich!

Zertifizierungskurs für Pflegende und medizinische Fachangestellte in der Onkologie Modul 2

24. bis 26. September 2020
 unter der Schirmherrschaft der DGHO
 Landshut
<https://www.csm-congress.de/medkom/>

Trainingskurs Hämatologisch-onkologische Intensivmedizin

25. bis 26. September 2020
 eine Veranstaltung der DGHO
 Köln
https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/trainingskurs_intensivmedizin2020

13th International Congress of Hyperthermic Oncology

30. September bis 3. Oktober 2020
 Rotterdam, Niederlande
<https://www.icho2020.de/>

14. Kursus Ernährungsmedizin in der Onkologie – 2. Kursteil

2. bis 4. Oktober 2020
 unter der Schirmherrschaft der DGHO
 Freiburg im Breisgau
<https://www.emo-kurs.de/>

Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie

9. bis 11. Oktober 2020
 VIRTUELLE VERANSTALTUNG
<https://www.haematologie-onkologie-2020.com/>

Symposium „Angeborene Anämien – die Zukunft ist jetzt“

17. Oktober 2020
 Heidelberg
jutta.mattern@med.uni-heidelberg.de

4. Forum Onkologie in Mannheim

21. Oktober 2020
 Mannheim
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59a-10e>

Best of ASCO® 2020 Annual Meeting

23. bis 24. Oktober 2020
 Wien, Österreich
<https://www.onconovum.academy/veranstaltungen/archiv/best-of-asco-2020.html>

BfS-Informationsveranstaltung „Anträge und Anzeigen zur med. Forschung nach dem StrlSchG“

27. Oktober 2020
 Oberschleißheim / Neuherberg
veranstaltungen.medforsch@bfs.de

Benigne und Maligne Hämatologie/Onkologie – Refresher

30. bis 31. Oktober 2020
 unter der Schirmherrschaft der DGHO
 Köln
<https://www.fomf.de/haematoonko-refresher-koeln-1020#fomf-ueberblick>

Kölner Hämatologie-Kurs 2020 – Teil III

7. November 2020
 unter der Schirmherrschaft der DGHO
 Köln
<https://innere1.uk-koeln.de/zuweiser-professionals/koelner-haematologie-kurs/>

GLA Studientreffen 2020

11. bis 14. November 2020
 unter der Schirmherrschaft der DGHO
 Leipzig
<https://www.dgho-service.de/veranstaltungen/gla-studentreffen-2020>

Benigne und Maligne Hämatologie/Onkologie – Refresher

13. bis 14. November 2020
 unter der Schirmherrschaft der DGHO
 Stuttgart
<https://www.fomf.de/haematoonko-refresher-stuttgart-1120>

4. Forum Onkologie in Köln

14. November 2020
 Köln
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59b-110>

2. Forum Onkologie am Bodensee

14. November 2020
 Engen
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59c-10e>

Fortbildungsveranstaltung (Modul 2) – Fachassistent/in zur medikamentösen Tumortherapie und Patientenkommunikation

19. bis 21. November 2020
unter der Schirmherrschaft der DGHO
Köln

17. AIO-Herbstkongress – Update Medical Oncology

19. bis 21. November 2020
Berlin
<https://www.aio-herbstkongress.de/>

3. Forum Onkologie in Mainz 20. November 2020

Mainz
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59e-110>

3. Forum Onkologie in Hamburg 21. November 2020

Hamburg
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=59f-112>

5th AEK Autumn School

23. bis 25. November 2020
Günzburg/Donau
<http://www.aek-conferences.org/autumn-school2020/index.html>

Benigne und Maligne Hämatologie/ Onkologie – Refresher

28. bis 28. November 2020
unter der Schirmherrschaft der DGHO
Berlin
<https://www.fomf.de/haematoonko-refresher-berlin-1120>

4. Forum Onkologie in Essen 28. November 2020

Essen
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=5a0-10a>

Beilage in dieser Ausgabe



St. Gallen Oncology Conferences (SONK)
www.sg-bcc.org

6. Forum Onkologie in Berlin 28. November 2020

Berlin
<https://www.medizinische-fortbildungen.info/event.php?vnr=5a1-10c>

62nd ASH Annual Meeting and Exposition

5. bis 8. Dezember 2020
San Diego, USA

Gynäko-Onkologischer Operationskurs – theoretischer Teil

15. bis 16. Januar 2021
unter der Schirmherrschaft der DGHO
Kassel

Gastrointestinal Cancers Symposium

15 bis 17. Januar 2021
San Francisco, USA
<https://meetings.asco.org/gi/save-date>

ONKO UPDATE 2021

29. bis 30. Januar 2021
Berlin
<https://www.onko-update.com/>

Hämatologie Kompakt Kurs 2021

1. bis 6. Februar 2021
unter der Schirmherrschaft der DGHO
Arnsberg

ONKO UPDATE 2021

5. bis 6. Februar 2021
Mainz
<https://www.onko-update.com/>

Genitourinary Cancers Symposium

18. bis 20. Februar 2021
Orlando, Florida, USA

21th International AEK Cancer Congress

24. bis 26. Februar 2021
Heidelberg
<http://www.aek-congress.org/>

12th International Symposium on Hodgkin Lymphoma

6. bis 8. März 2021
Köln
<https://www.hodgkinsymposium.org/>

15th St. Gallen International Breast Cancer Conference

17. bis 20. März 2021
Wien, Österreich
<https://www.oncoconferences.ch/events/bcc-2021/>

Fortbildungsveranstaltung (Modul 3) – Fachassistent/in zur medikamentösen Tumortherapie und Patientenkommunikation

28. bis 30. März 2021
unter der Schirmherrschaft der DGHO
Köln

Frühjahrstagung 2021 der OeGHO

8. bis 10. April 2021
Wien, Österreich
<https://www.oegho.at/aktuelles/aktuelles/news-detail/absage-der-oegho-ahop-fruehjahrstagung-2020-92/>

127. Jahrestagung der DGIM

17. bis 20. April 2021
Wiesbaden
<http://www.dgim2021.de/>

11. Akademie Knochen und Krebs

14. bis 15. Mai 2021
Frankfurt am Main
<http://www.akuk-anmeldung.de/>

21st Congress of the European Society for Hemapheresis

27. bis 28. Mai 2021
Wien, Österreich
<https://www.esfh2020.com/>

ASCO Annual Meeting 2021

4. bis 8. Juni 2021
Chicago, USA

26th Congress of EHA

10. bis 13. Juni 2021
Frankfurt am Main

40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

17. bis 19. Juni 2021
Stuttgart
<https://www.senologiekongress.de/de/Startseite/>

Frankfurt Cancer Conference 2020

24. bis 26. August 2021
Frankfurt am Main
<https://www.uct-frankfurt.de/cancerconference2020.html>

ESMO Congress 2021

17. bis 21. September 2021
Paris, Frankreich
<https://www.esmo.org/meetings/esmo-congress-2021>

Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie

1. bis 4. Oktober 2021
Berlin

Impressum

Die Mitglieder-Rundschreiben der DGHO werden in der Regel viermal pro Jahr herausgegeben.

Zuschriften bitte an:
Hauptstadtbüro der DGHO e.V.
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
Telefax: 030 27876089-18
E-Mail: info@dgho.de · Internet: www.dgho.de

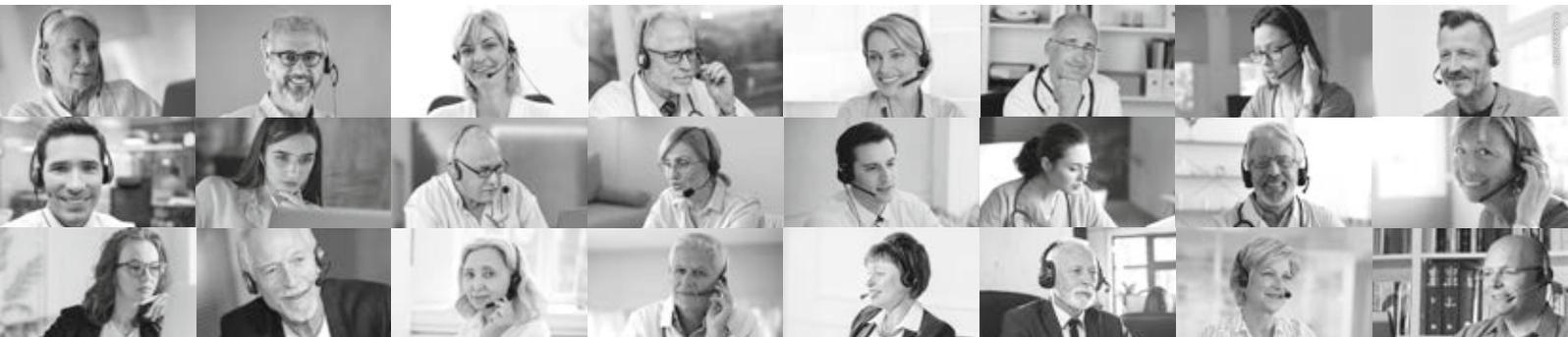
V.i.S.d.P.: Michael Oldenburg (MO)
Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO:
Prof. Dr. med. Lorenz Trümper
Bankverbindung: Postgiroamt Karlsruhe
IBAN DE33 6601 0075 0138 2327 54
BIC PBNKDEFF

Beiträge geben nicht notwendigerweise die Auffassung des Vorstandes der DGHO oder der DGHO selbst wieder. Alle Rechte wie Nachdruck, auch von Abbildungen, Vervielfältigungen jeder Art, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung, Vortrag, Funk, Tonträger und Fernsehübertragungen wie auch elektronische Veröffentlichung (insbesondere Internet) und Speicherung behält sich die DGHO vor.

Produktion dieses Rundschreibens:
DGHO Service GmbH
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
Telefax: 030 27876089-18
E-Mail: info@dgho-service.de
Geschäftsführung: Iwe Siems

Steuer-Nr. 1127/027/37914 (FA für Körperschaften I Berlin); Handelsregister HRB 119462 B (AG Charlottenburg)

Die DGHO, deren Vorstand und die DGHO Service GmbH übernehmen keine Gewähr für die Richtigkeit von Angaben im Rundschreiben, insbesondere für Inhalte außerhalb des redaktionellen Teils (vor allem Anzeigen, Industrieinformationen, Pressezeitung und Kongress- sowie Veranstaltungsinformationen). Eine verwendete Markenbezeichnung kann marken- oder warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis auf etwaig bestehende Schutzrechte fehlen sollte. Für Dosierungsangaben wird keine Gewähr übernommen.



Key Note Vorträge

HALLMARKS OF CANCER

Prof. Douglas Hanahan, Lausanne

T-CELL THERAPY AGAINST CANCER

Prof. George Coukos, Lausanne

CLONAL EVOLUTION IN HEALTH AND DISEASE

Dr. Peter Campbell, Cambridge

Weitere Themen

mit virtuellen Diskussionen und Chatmöglichkeiten

- **BEST OF THE YEAR**
- **LUNGENKARZINOM**
- **STAMMZELLTRANSPLANTATION**
- **ESSENTIALS SARS-COV2 / COVID-19**
- **ON-DEMAND ABSTRACT-VIDEO-PRÄSENTATIONEN**
- **...UND VIELES MEHR**

Registrierung unter
www.haematologie-onkologie-2020.com
Frühbucher-Tarif bis 30.09.2020

mit virtuellem Pflegekongress
am Samstag, 10. Oktober 2020
Pflegekräfte können sich kostenfrei
zur Jahrestagung registrieren.

