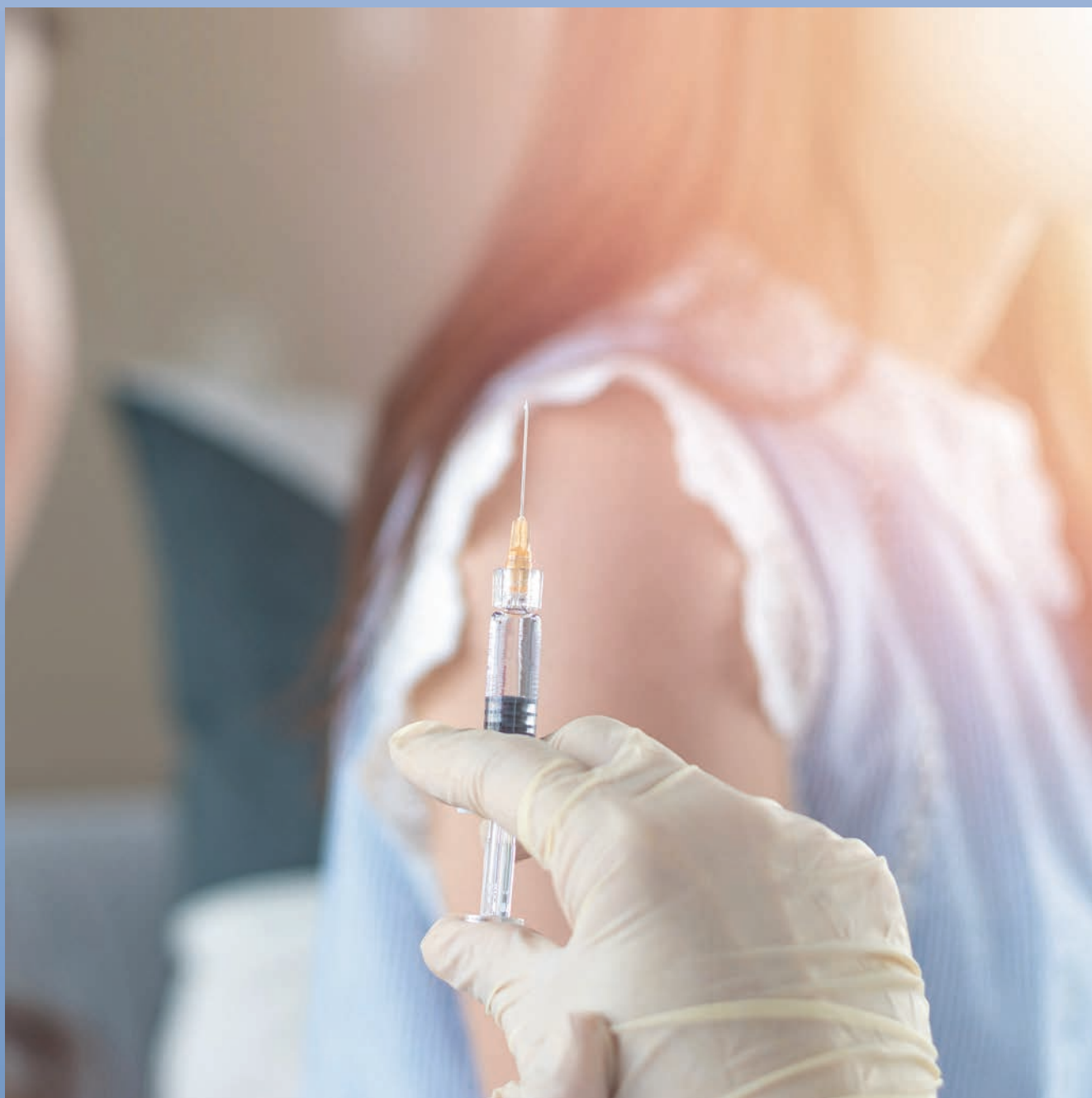


März · 1/2021

DGHO
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE



MITGLIEDER RUNDSCHREIBEN



DGHO
COVID-19

4

DGHO
Stipendien &
Preise

18

DGHO
Studie „Gender-
parität 2021–2022“

19

INHALT



DGHO

COVID-19: Schutzimpfung	4
COVID-19: Neue Arzneimittel ...	8
COVID-19: Faktencheck für Krebspatienten.....	14
Reaktivierung Arbeitskreis eHealth	17
Stipendien-Initiative & Preisausschreiben	18
Start für die Studie „Genderparität 2021–2022“ ...	19
Gründung Arbeitskreis Diversitäts- und Individualmedizin	20
Aufruf Gründung Arbeitskreis PRO.....	21
Kompetenzzentren für Medikamentöse Tumortherapie (KoMedT)	24

Historische Forschungsstelle

Hirschfeld erinnern, update.....	25
----------------------------------	----

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Projektberichte	30
Berater-Suche	31

Veranstaltungen

Jahrestagung 2021: Grußwort des Kongresspräsidenten & Call for Abstracts	22
Veranstaltungshinweise	32

DGHO Intern

Bewerbung um die Mitgliedschaft.....	33
--------------------------------------	----

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGHO, liebe Freundinnen und Freunde,

thematisch schließt die vorliegende Ausgabe des Mitgliederrundschreibens an das letzte Heft des Jahres 2020 an – notgedrungen, denn immer noch stellt uns das SARS-CoV-2-Virus vor ungeahnte Herausforderungen. In unserem klinischen Alltag ist COVID-19 ein wichtiger Aspekt geworden, den wir bei unseren Entscheidungen und Handlungen berücksichtigen müssen. Aber auch bspw. aufgrund von Einschränkungen in unseren eigenen sozialen Bezügen spüren wir die Wirkmächtigkeit der COVID-19-Pandemie. Diese Doppelbelastung im klinischen und privaten Alltag fordert uns alle und will bewältigt werden.

Aber es gibt endlich auch positive Entwicklungen. Die COVID-19-Schutzimpfung ist – wenn auch zu Beginn nach unser aller Eindruck politisch unkoordiniert und schleppend – angelaufen. Die Zulassungsgeschwindigkeit bei den zurzeit zur Verfügung stehenden Impfstoffen von BioNTech/Pfizer, Moderna und AstraZeneca war – verglichen mit regulären Zulassungsverfahren – durch Rolling Review-Verfahren extrem schnell. Weitere Vakzine, so von Johnson&Johnson und Curevac, werden dieses Jahr noch zugelassen werden. Die COVID-19-Schutzimpfung ist eine zentrale Säule in der Bekämpfung der globalen Pandemie. Unsere Patienten und wir alle haben also Grund zur Hoffnung.

Unsere eigenen DGHO-anti-COVID-19-Aktivitäten haben auch nicht nachgelassen. So konnten wir – gemeinsam mit weiteren wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen – durch beharrliche inhaltliche und gesundheitspolitische Arbeit eine Änderung der Co-

ronavirus-Impfverordnung erreichen. Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen oder behandlungsbedürftigen soliden Tumorerkrankungen, die nicht in Remission sind oder deren Remissionsdauer weniger als fünf Jahre beträgt, werden jetzt in die Priorität „hoch“ eingestuft. Zusätzlich gibt es eine Option für Patienten mit schweren, nicht-malignen, hämatologischen Erkrankungen z. B. aplastische Anämie oder Sichelzellerkrankheit. Das ist ein großer Erfolg, den wir für unsere Patienten erreicht haben.

Neben dem großen Engagement vieler Kolleginnen und Kollegen im Zusammenhang mit COVID-19 ist die DGHO auch in vielen anderen Bereichen weiterhin eine äußerst aktive Fachgesellschaft. So freuen wir uns, über die Gründung des Arbeitskreises „Diversitäts- und Individualmedizin“ berichten zu können. Darüber hinaus finden Sie im vorliegenden Mitgliederrundschreiben einen Aufruf zur Gründung eines Arbeitskreises „Patient Reported Outcome“ (PRO). Zur Mitarbeit in beiden Arbeitskreisen laden wir Sie sehr herzlich ein! Ebenfalls freuen wir uns über den baldigen Start der Studie „Genderparität 2021–2022“.

Vom 1. bis 4. Oktober 2021 findet die Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Berlin statt. Aktuell planen Prof. Andreas Mackensen, Kongresspräsident, sein Team und die DGHO Service GmbH die Jahrestagung in einem Hybrid-Format. Unter welchen Bedingungen der Kongress letztlich stattfinden kann, wird sich in den nächsten Monaten zeigen. In jedem Fall aber laden wir Sie schon heute ein, Ihre Abstracts einzureichen und so zu einem spannenden wissenschaftlichen Programm beizutragen!

Lorenz Trümper
Geschäftsführender Vorsitzender

Hermann Einsele
Vorsitzender

Maike de Wit
Mitglied im Vorstand

Ingo Tamm
Mitglied im Vorstand

COVID-19-Schutzimpfung bei Patienten mit aktiver Krebserkrankung

Aktueller Hinweis zur COVID-19-Schutzimpfung

Am 8. Februar 2021 wurde die Änderung der Coronavirus-Impfverordnung veröffentlicht. Sie sieht jetzt unter § 3, Absatz 1 Nummer 2d eine **hohe** Priorität vor für: Personen mit malignen hämatologischen Erkrankungen oder behandlungsbedürftigen soliden Tumorerkrankungen, die nicht in Remission sind oder deren Remissionsdauer weniger als fünf Jahre beträgt, (...) <https://bit.ly/2MKUvz>

Zusätzlich gibt es unter § 3, Absatz 1 Nummer 2j eine Option für Patienten mit schweren, nicht-malignen, hämatologischen Erkrankungen z. B. aplastische Anämie oder Sichelzellerkrankheit.

Zusammenfassung

Bereits in der ersten Welle von COVID-19 in China und anschließend weltweit ergaben sich Hinweise auf eine besondere Gefährdung von Patienten mit aktiver Krebserkrankung bei einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus. Aktuelle Daten bestätigen, dass COVID-19 bei diesen Patienten in allen Altersgruppen mit einer erhöhten Morbidität und vor allem einer signifikant erhöhten Mortalität assoziiert ist. Wir leiten daraus folgende Forderungen ab:

- rascher Zugang zur Schutzimpfung für
 - Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen, insbesondere akuten und chronischen Leukämien, malignen Lymphomen und Multiplem Myelom;
 - Patienten mit fortgeschrittenen soliden Tumoren, deren Erkrankung nicht in Remission ist oder deren Remissionsdauer <5 Jahre beträgt, sowie Patienten unter aktueller systemischer Therapie (ausgenommen Patienten mit ausschließlich antihormoneller Monotherapie).

In der bisherigen Priorisierung für den Zugang zur COVID-19-Schutzimpfung werden Krebspatienten in ihrer Gesamtheit erst in der dritten Stufe, d. h. mit „erhöhter“ Priorität berücksichtigt. Wir halten eine differenzierte Bewertung der Aktivität von Krebserkrankungen – auch in der praktischen Umsetzung – für sinnvoll und machbar.

Mortalität von Krebspatienten im Vergleich zu Nicht-Krebspatienten

SARS-CoV-2 gehört zu den respiratorischen Viren (Community acquired respiratory viruses = CARV), die obere und untere Atemwegsinfektionen auslösen können. Es wurde Ende 2019 in China als Auslöser der Infektionskrankheit COVID-19 identifiziert. Inzwischen sind weltweit über 100.000.000 Personen infiziert. Während die Infektion bei der großen Mehrzahl der SARS-CoV-2-positiven Personen a- oder oligosymptomatisch verläuft, kann COVID-19 bei 10-15% der Infizierten ein komplexes, lebensbedrohliches Krankheitsbild auslösen. Weltweit sind inzwischen über 2.000.000 Patienten an COVID-19 verstorben [1].

Schon frühzeitig in der Pandemie wurden Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf beschrieben. Hierzu gehören u. a. höheres Alter, männliches Geschlecht, reduzierter Allgemeinzustand und Komorbidität [1-4]. Eine der Prognose-relevanten Komorbiditäten ist Krebs, insbesondere bei aktiver Erkrankung [5]. In zahlreichen, internationalen Registeranalysen wurde eine signifikant höhere Mortalität bei Krebspatienten im Vergleich zu Patienten ohne Krebserkrankungen beschrieben, allerdings mit großen Schwankungsbreiten [6-15]. Inzwischen liegen Daten von Metaanalysen und vergleichende Daten vor, siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Mortalität von Krebspatienten mit COVID-19

Studie	Region	alle ¹	kein Krebs ¹	Krebs ¹	Mortalität ²
Saini, 2020 [16]	Metaanalyse			18.650	25,6 ^{3,4}
CCC-19, 2021 [17]	Metaanalyse			29.846	23,2 ^{3,4}
Venkatesulu, 2020 [18]	Metaanalyse ⁵	181.323	157.587	23.736	5,4 vs 16,6 ^{4,6} 2,54 ⁷ p = 0,00009
ISARIC, 2020 [12, update]	Großbritannien	86.967	66.055	7.663	28,7 vs 43,3 ⁸ 1,66 p < 0,001
LEOSS [19]	Deutschland	4002	3.488	514	12,1 vs 20,5 ⁸ p < 0,001

¹ N – Anzahl Patienten; ² Rate in %; ³ Ergebnis für Krebspatienten; ⁴ Gesamtsterblichkeit; ⁵ Ergebnis für Krebspatienten, Ergebnis für Nicht-Krebspatienten; ⁶ Odds Ratio; ⁷ hoher Anteil von Patienten aus China; ⁸ 30-Tage Sterblichkeit

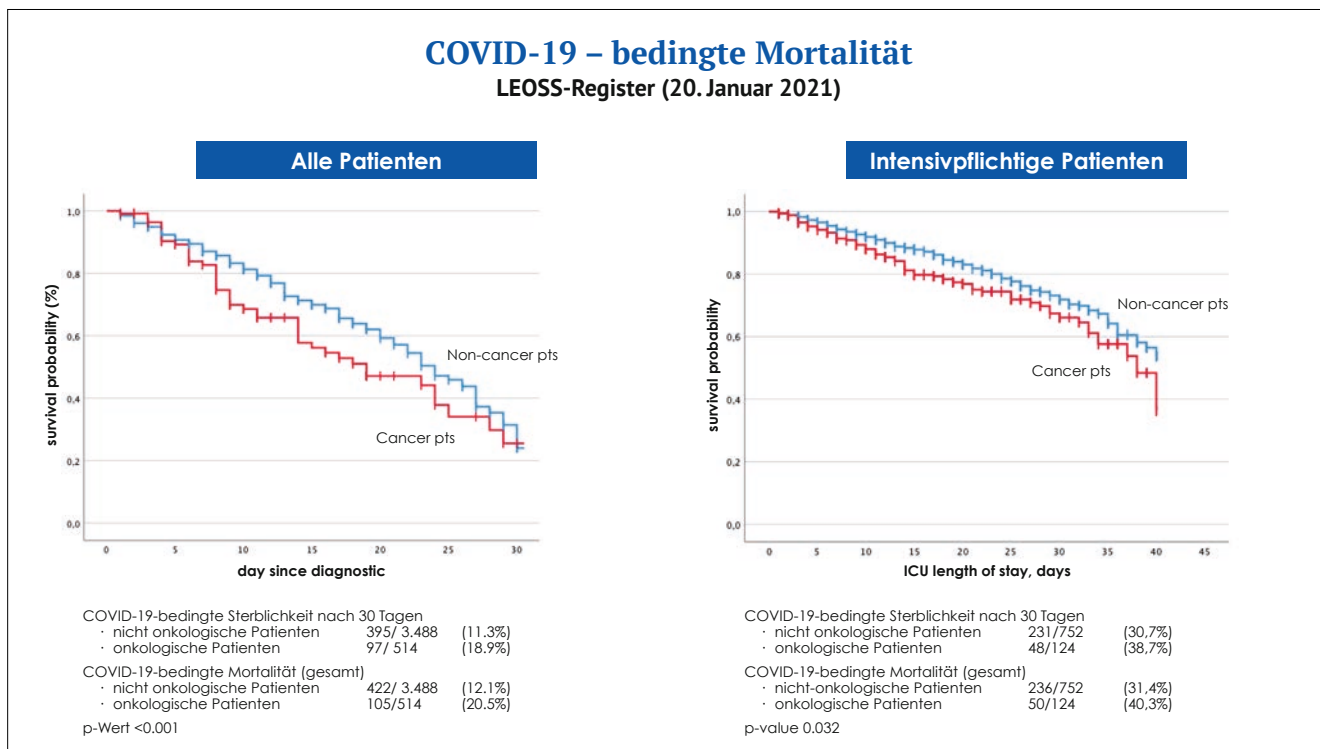


Abbildung 1: Mortalität von Krebspatienten mit COVID-19 (LEOSS-Register) [19, update]

Auch für Deutschland zeigen die aktuellen Daten aus dem LEOSS-Register eine signifikant erhöhte Sterblichkeit sowohl in der Gesamtpopulation als auch in der Gruppe der intensivpflichtigen Patienten, siehe Abbildung 1.

Risikofaktor Alter

Das Alter ist einer der dominierenden Risikofaktoren bei COVID-19, auch Krebs tritt häufiger bei älteren Menschen auf. Die Analysen der Register zeigen allerdings, dass eine aktive Krebserkrankung ein unabhängiger Risikofaktor für

eine gesteigerte Mortalität ist. Exemplarisch sind die diesbezüglichen Daten aus Großbritannien in Abbildung 2 zusammengefasst [12].

Die Analysen zeigen vor allem, dass sich der zusätzliche Risikofaktor Krebs insbesondere in den jüngeren Altersgruppen negativ auf die Prognose auswirkt. Die Hazard Ratio zulasten der Krebspatienten ist am höchsten in der Gruppe der Patienten unter 50 Jahren, in der die Nicht-Krebspatienten eine sehr gute Überlebenschance bei einer COVID-19-Erkrankung haben.

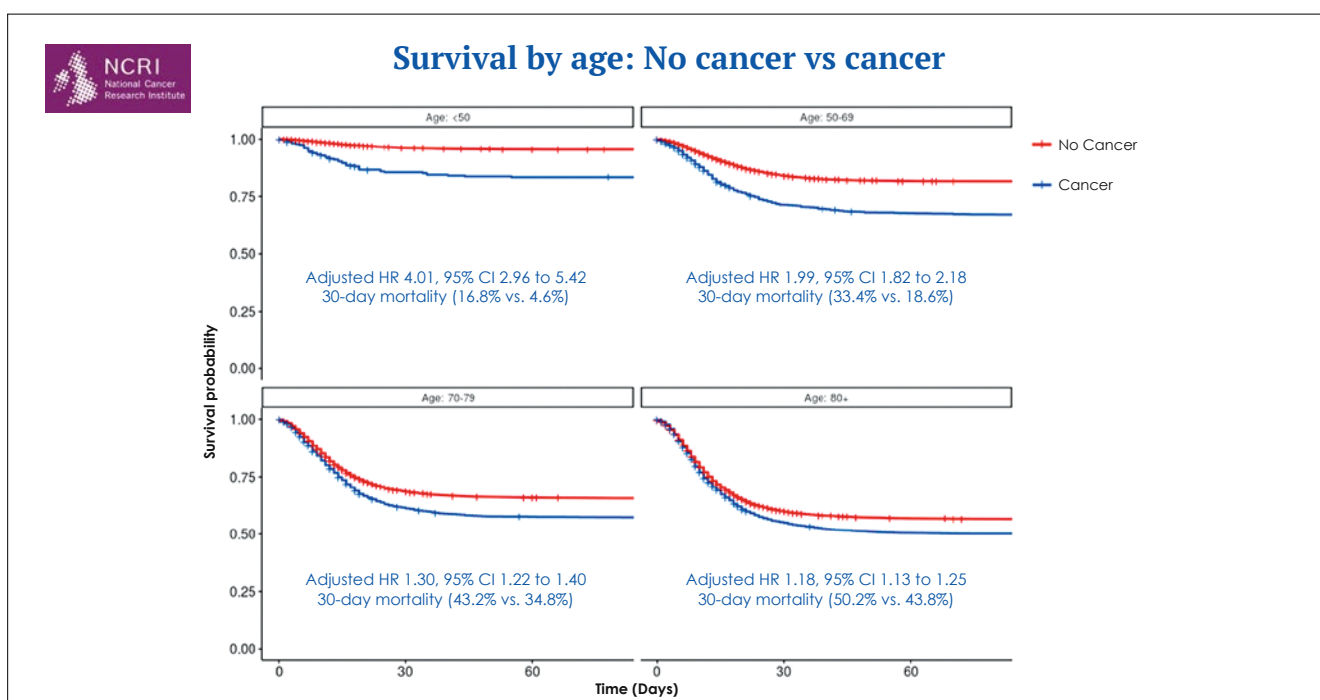


Abbildung 2: Mortalität von Krebspatienten mit COVID-19 in Abhängigkeit vom Alter (ISARIC) [12]

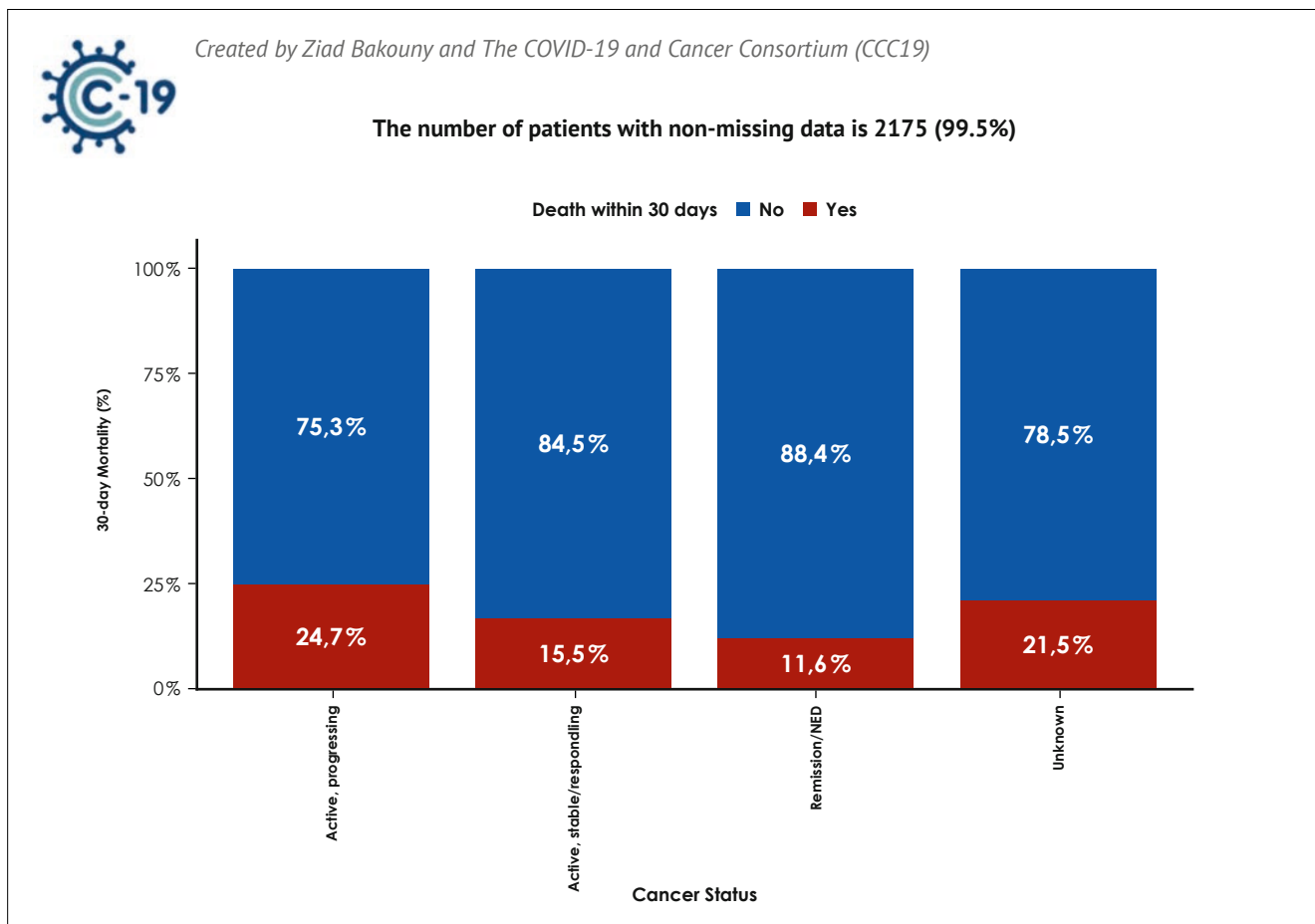


Abbildung 3: Mortalität von Krebspatienten mit COVID-19 in Abhängigkeit von der Aktivität der Erkrankung (CCC19) [17]

Risikofaktor Aktive Krebserkrankung

Bei der Bewertung des Risikofaktors Krebs muss zusätzlich zur Diagnose der Krebserkrankung auch deren Aktivität berücksichtigt werden. Das ist nicht ganz einfach, weil viele Register initial nur den anamnestischen Faktor „Krebs“ erfasst hatten und eine umfassende und tiefe Dokumentation vor allem in der Anfangsphase der Pandemie fehlte. Dadurch wurden auch in Deutschland Daten kommuniziert, die das Sterblichkeitsrisiko der Krebspatienten nicht vollständig abbildeten [20].

Entscheidend bei Krebspatienten sind der Status und die Aktivität der Erkrankung. Eine aktuelle Analyse des CCC-19-Registers aus den USA mit Daten von fast 30.000 Patienten (Tabelle 1) bestätigt die ungünstige Prognose bei aktiver Krebserkrankung [17], siehe Abbildung 3.

Die Sterblichkeit ist mit 24,7% am höchsten bei Patienten mit aktiver, progredienter Krebserkrankung, während Patienten in Remission „nur“ eine Sterblichkeitsrate von 11,6% haben.

Inzwischen liegen Berichte für viele einzelne Tumorentitäten vor [5, 6]. Dabei zeigt sich eine Tendenz, dass insbesondere Patienten mit hämatologischen und pulmonalen Neoplasien eine ungünstige Prognose aufweisen, dies konnte u. a. in den Niederlanden gezeigt werden [21, 22]. Allerdings sind diese Patientengruppen in sich in Bezug auf die Diagnose, das Erkrankungsstadium, die Biologie, die Therapie und die Komorbiditäten sehr heterogen, z. B. bei Patienten mit

Lungenkarzinom und pulmonaler Vorerkrankung. Deshalb halten wir zum jetzigen Zeitpunkt eine detailliertere Einteilung von Risikogruppen innerhalb der Patienten mit aktiver Krebserkrankung für verfrüht.

Schlussfolgerungen

Auf der Basis der bisherigen und der aktuellen Daten sehen wir eine hohe Priorität für die Schutzimpfung von Patienten mit hämatologischen Erkrankungen und Patienten mit soliden Tumoren und aktiver Krebserkrankung, auch im Vergleich mit anderen Risikogruppen in dieser Stufe der Priorisierung [24]. Die Grundlagen des Shared Decision Making zwischen Arzt und Patient bei der patientenindividuellen Entscheidungsfindung über die Durchführung einer Schutzimpfung werden durch diesen Vorschlag für eine hohe Priorität von Krebspatienten beim Zugang zur Schutzimpfung nicht beeinträchtigt [5, 25].

Bei Verfügbarkeit neuer antiviral wirksamer Arzneimittel wird in absehbarer Zeit auch zu diskutieren sein, ob ein früher Einsatz von monoklonalen Antikörpern, Kinase-Inhibitoren und/oder Rekonvaleszentenplasma bei an COVID-19 erkrankten Patienten mit aktiver Krebserkrankung sinnvoll ist. Eine solche Therapie könnte auch die derzeit steigende Zahl von Krebspatienten mit prolongierter Ausscheidung von SARS-CoV-2 (Shedding) nach einer COVID-19-Infektion senken [26, 27].

Diese Behandlungsperspektiven entbinden uns nicht von der Verpflichtung, das Auftreten von COVID-19 bei den Patienten mit aktiver Krebserkrankung mit den derzeit zur Verfügung stehenden Mitteln zu verhindern.

Literatur

- WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Data last updated: 2021/1/26, 4:50pm CET; <https://covid19.who.int/>
- https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV_node.html;jsessionid=57B91F291A3125A8213D01E6115FE532.inter-net081
- https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Publikationen/Archiv/Positionspapiere_und_Stellungnahmen/FINAL_DGIM_20210107_Stellungnahme_STIKO-COVID-19.pdf
- Giesen N, Sprute R, Maria Rührich M et al.: Evidence-based Management of COVID-19 in Cancer Patients – Guideline by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society for Haematology and Medical Oncology (DGHO). *Eur J Cancer* 140:86-104, 2020. DOI: 10.1016/j.ejca.2020.09.009
- Von Lilienfeld-Toal et al.: Coronavirus-Infektion (COVID-19) bei Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen. Leitlinien von DGHO, OeGHO, SGMO und SGH+SSH, Status Januar 2021. <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/de/onkopedia/guidelines/coronavirus-infektion-covid-19-bei-patienten-mit-blut-und-krebserkrankungen>
- Cook G, John Ashcroft A, Pratt G et al. Real-world assessment of the clinical impact of symptomatic infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus (COVID-19 disease) in patients with multiple myeloma receiving systemic anti-cancer therapy. *Br J Haematol* 190:e83-e86, 2020. DOI: 10.1111/bjh.16874
- Dai M, Liu D, Liu M et al.: Patients With Cancer Appear More Vulnerable to SARS-CoV-2: A Multicenter Study During the COVID-19 Outbreak. *Cancer Discov*, Apr 28, 2020 [Online ahead of print]. DOI: 10.1158/2159-8290.CD-20-0422
- Grivas P, Warner JL, Shyr Y et al.: Assessment of clinical and laboratory prognostic factors in patients with cancer and SARS-CoV-2 infection: The COVID-19 and Cancer Consortium (CCC19). *Ann Oncol* 2020, 31(suppl_4):S1142-S1215. DOI: 10.1016/j.annonc.2020.08.2313
- Kuderer NM, Choueiri TK, Shah DP et al.: Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. *Lancet* 395:1907-1918, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31187-9
- Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 21:335-337, 2020. DOI: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6
- Mehta V, Goel S, Kabarriti R et al.: Case Fatality Rate of Cancer Patients with COVID-19 in a New York Hospital System. *Cancer Discov*, May 1, 2020. DOI: 10.1158/2159-8290.CD-20-0516
- Palmieri C et al.: Prospective data of first 1,797 hospitalised patients with cancer and COVID-19 derived from the COVID-19 Clinical Information Network and international Severe Acute Respiratory and emerging Infections Consortium, WHO Coronavirus Clinical Characterisation Consortium. *Ann Oncol* 3 (suppl_4):S934-S973, DOI: 10.1016/annonc/annonc289; update January 2021 (personal communication)
- Passamonti F, Cattaneo C, Arcaini L et al.: Clinical characteristics and risk factors associated with COVID-19 severity in patients with haematological malignancies in Italy: a retrospective, multicentre, cohort study. *Lancet Hematol* 7:e737-747, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(20\)30251-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(20)30251-9)
- Tian J, Yuan X, Xiao J, Zhong Q, Yang C, Liu B, et al. Clinical characteristics and risk factors associated with COVID-19 disease severity in patients with cancer in Wuhan, China: a multicentre, retrospective, cohort study. *Lancet Oncol* 21:893-903, 2020. DOI: 10.1016/S1470-2045(20)30309-0
- Wise-Draper T, Desai A, Elkrief A et al.: Systemic cancer treatment-related outcomes in patients with SARS-CoV-2 infection: A CCC19 registry analysis. *Ann Oncol* 2020, 31(suppl_4):S1142-S1215. DOI: 10.1016/annonc/annonc325
- Saini KS, Tagliamento M, Lambertini M et al.: Mortality in patients with cancer and coronavirus disease 2019: A systematic review and pooled analysis of 52 studies. *Eur J Cancer* 139:43-50, 2020. DOI: 10.1016/j.ejca.2020.08.011
- COVID-19 and Cancer Consortium (CCC19), Zugriff 23. Januar 2021, <https://public.tableau.com/profile/reboot.rx#!/vizhome/covidcancer/PublishedClinicalStudies>
- Venkatesulu BP, Chandrasekar VT, Girdhar P, Advani P, Sharma A, Elumalai T, et al. A systematic review and meta-analysis of cancer patients affected by a novel coronavirus. *medRxiv*. 2020; May 29. DOI: 10.1101/2020.05.27.20115303
- Rührich MM, Giessen-Jung C, Borgmann S et al.: COVID-19 in cancer patients: clinical characteristics and outcome-an analysis of the LEOSS registry. *Ann Hematol* 2020 Nov 7;1-11. DOI: 10.1007/s00277-020-04328-4; update January 2021 (personal communication)
- https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/02_21.pdf?__blob=publicationFile
- Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K et al.: Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature* 584:430-436, 2020. DOI: 10.1038/s41586-020-2521-4
- Wood WA, Neuberger DS, Thompson JC et al.: Outcomes of patients with hematologic malignancies and COVID-19: a report from the ASH Research Collaborative Data Hub. *Blood Adv* 4(23):5966-5975, 2020. DOI: 10.1182/bloodadvances.2020003170
- De Joode K, Dumoulin DW, Tol J et al.: Dutch Oncology COVID-19 consortium: Outcome of COVID-19 in patients with cancer in a nationwide cohort study. *Eur J Cancer* 141:171-184, 2020. DOI: 10.1016/j.ejca.2020.09.027
- Bundesministerium für Gesundheit: Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2(Coronavirus-Impfverordnung-CoronaImpfV). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/CoronaImpfV_-_De_Buette.pdf
- Giesen N, von Lilienfeld-Toal M for the COVID-19 guideline panel of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society for Haematology and Medical Oncology (DGHO): 2021 Update of AGIHO guideline on evidence-based management of COVID-19 in cancer patients regarding diagnostics, viral shedding, vaccination and therapy. *Eur J Cancer*, accepted for publication
- Avanzato VA, Matson JM, Seifert SB et al.: Case Study: Prolonged Infectious SARS-CoV-2 Shedding from an Asymptomatic Immunocompromised Individual with Cancer. *Cell* 183:1901-1912, 2020. DOI: 10.1016/j.cell.2020.10.049
- https://www.dgmo.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/coronavirus/prolongierte-virusausscheidung-shedding-von-sars-cov-2_20201114.pdf/view

Das Positionspapier wurde in Kooperation erstellt, mit:

- Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Hämatologie und Onkologie (AGIHO) der DGHO
- Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie der DKG
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Senologie
- Deutsche Gesellschaft für Urologie
- Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs
- Haus der Krebselbsthilfe – Bundesverband e. V.

Neue Arzneimittel zur Therapie der leichten bis moderaten COVID-19-Erkrankung

Bamlanivimab Casirivimab / Imdevimab

Zusammenfassung

Monoklonale Antikörper sind eine der Optionen antiviraler Therapie von COVID-19. Die bisherigen Ergebnisse klinischer Studien sind:

- Monoklonale Antikörper gegen das Spike-Protein können in der frühen Krankheitsphase die SARS-CoV-2-Viruslast bei leichter bis moderater COVID-19-Erkrankung senken.
- Die Kombination aus zwei Antikörpern kann diese Wirkung verstärken.
- Weitere Daten sind in Kürze zu erwarten, derzeit aber nur in Pressemitteilungen kommuniziert.
- Die bisher vorliegenden Daten zum Einfluss monoklonaler Antikörper auf patientenrelevante Endpunkte lassen evidenzbasierte Empfehlungen zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu.

Bei Verfügbarkeit monoklonaler Antikörper zur Therapie von COVID-19 kann ein Einsatz in diesen Patientengruppen und unter diesen Bedingungen erwogen werden:

- frühe Phase der Erkrankung im leichten oder moderaten Stadium bei Patienten mit mindestens einem Risikofaktor für einen schweren Verlauf mit Steigerung der COVID-19-assoziierten Sterblichkeit, und ggf. Seronegativität und hohem Virustiter,
- nosokomiale Infektion mit Risiko für einen schweren Verlauf,
- prolongierte Virusausscheidung bei immunsupprimierten Patienten mit fehlender Serokonversion.

Ein solcher Einsatz setzt eine enge Kooperation mit frühzeitiger Kontaktaufnahme zwischen ambulantem Sektor und Zentren voraus. Angesichts der Unsicherheiten in der Wirksamkeit monoklonaler Antikörper in den vulnerablen Patientengruppen sind begleitende Register und Studienprojekte unabdingbar. Eine Zulassung für Europa ist bislang nicht vorhanden, so dass die Antikörpertherapie einen individuellen Heilversuch darstellt.

Einführung

SARS-CoV-2 gehört zu den respiratorischen Viren (Community acquired respiratory viruses = CARV), die obere und untere Atemwegsinfektionen auslösen können. Es wurde Ende 2019 in China als Auslöser der Infektionskrankheit COVID-19

identifiziert. Inzwischen sind weltweit über 100.000.000 Personen infiziert. Während die Infektion bei der großen Mehrzahl der SARS-CoV-2 positiven Personen a- oder oligosymptomatisch verläuft, kann COVID-19 bei 10-15% der Infizierten ein komplexes, lebensbedrohliches Krankheitsbild auslösen. Weltweit sind inzwischen über 2.000.000 Patienten an COVID-19 verstorben [1]. Die aktuellen Zahlen des Robert-Koch-Instituts vom Februar 2021 zeigen, dass in Deutschland über 2.300.000 Patienten an COVID-19 erkrankt und über 63.000 verstorben sind [2]. Schon frühzeitig in der Pandemie wurden Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf beschrieben. Hierzu gehören höheres Alter, männliches Geschlecht, Adipositas, reduzierter Allgemeinzustand und Komorbidität [3-6].

Trotz zahlreicher experimenteller Ansätze und sehr rasch initiiert klinischer Studien ist die aktuelle Therapie von COVID-19 weitestgehend supportiv und beruht nicht auf klinischen Studien bei dieser Erkrankung. Ausnahmen auf der Basis randomisierter klinischer Studien und zum Teil auch Gegenstand von Empfehlungen in aktuellen Leitlinien für den spezifischen Einsatz von Arzneimitteln bei COVID-19 sind

- bei hospitalisierten Patienten mit Sauerstoffpflichtigkeit (WHO 4-7):
 - Dexamethason [7, 8]
 - Remdesivir [9-12]
- bei Patienten ohne Sauerstoffbedarf (WHO 1-3):
 - Option der Therapie mit hochtrigem Rekonvaleszentenplasma [13, 14]; diese Form der passiven Immuntherapie ist bisher für die EU nicht zugelassen.

Bei der spezifischen, medikamentösen Behandlung von Patienten mit COVID-19 besteht ein großer, ungedeckter, medizinischer Bedarf.

Monoklonale Antikörper

Neutralisierende Antikörper sind grundsätzlich ein vielversprechendes Konzept in der Therapie von COVID-19. Monoklonale Antikörper sind direkt antiviral wirksam. Die derzeit geprüften Antikörper richten sich gegen unterschiedliche Epitope des SARS-CoV-2-Spike Proteins. Ergebnisse sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Wirksamkeit monoklonaler Anti-SARS-CoV-2-Antikörper bei COVID-19

Studie ¹	Patienten ²	Kontrolle	Neue Therapie	N ³	Viruslast ⁴	Hospitalisierung bzw. Arztkontakt ⁵ N (%)	ÜL ⁶ Composite Endpunkt ⁷
BLAZE-1 [15, 16]	nicht hospitalisiert, leicht/moderat	Placebo	Bamlanivimab 700 mg ⁷	253	2,43 vs 2,64 ^{8,9} p = 0,69	9 (5,8) vs 1 (1,0) p = 0,09	- ¹⁰
	nicht hospitalisiert, leicht/moderat	Placebo	Bamlanivimab 2.800 mg	259	2,43 vs 2,21 p = 0,21	9 (5,8) vs 2 (1,9) p = 0,21	-
	nicht hospitalisiert, leicht/moderat	Placebo	Bamlanivimab 2.800 mg + Etesevimab 2.800 mg	261	2,43 vs 2,16 p = 0,01	9 (5,8) vs 1 (0,9) p = 0,049	-
ACTIV-3 [17]	hospitalisiert, z. T. sauerstoff-pflichtig ¹¹	Placebo	Bamlanivimab 7.000 mg ⁷	314			14 vs 19 ¹² 1,56 p = 0,20
REGN-COV2 trial [18]	nicht hospitalisiert, seronegativ	Placebo	Casirivimab + Imdevimab 2.400 mg ⁷	74	-0,52 ^{14,15} (-1,04 bis 0,00)	5 (15) vs 2 (5)	-
	nicht hospitalisiert, seropositiv	Placebo	Casirivimab + Imdevimab 2.400 mg	84	-0,00 ^{14,15} (-0,48 bis 0,49)	1 (2) vs 1 (3)	-
	nicht hospitalisiert, alle	Placebo	Casirivimab + Imdevimab alle	275	-0,41 ^{14,15} (-0,71 bis -0,10)	6 (6) vs 3 (3)	-

¹ Studie – Daten aus Peer-Review-Journal; ² Patienten – Einschlusskriterien; ³ N – Anzahl Patienten; ⁴ Viruslast – die Methodik der Berechnungen von Unterschieden der Viruslast variiert in den klinischen Studien; ⁵ Hospitalisierung – Rate hospitalisierter oder in der Notaufnahme gesehener Patienten bzw. COVID-19-bedingter Arztkontakt; Rate in %; ⁶ ÜL – Gesamtüberleben; Composite Endpunkt in ACTIV-3: Tod, schwere unerwünschte Ereignisse CTCAE Grad 3/4; ⁷ Einmalgabe an Tag 1; ⁸ Ergebnis für Kontrolle, Ergebnis für Neue Therapie; ⁹ Viruslast an Tag 11, berechnet auf der Basis der Cycle Threshold; ¹⁰ – keine Angaben; ¹¹ – 27,3% der Patienten war sauerstoffpflichtig; ¹² Tod und schwere unerwünschte Ereignisse; ¹³ Viruslast an Tag 7, berechnet auf der Basis der Cycle Threshold; ¹⁴ Differenz gegenüber Placebo an Tag 7 Konfidenzintervalle in Klammern; ¹⁵ nicht für alle Patienten lagen auswertbare Daten zur Viruslast vor

Bamlanivimab

Bamlanivimab (LY-CoV555) bindet mit hoher Affinität an die Rezeptor-bindende Domäne des SARS-CoV-2-Spike-Proteins. Die Daten der mehrarmigen, in den USA durchgeführten Phase-II/III-Studie BLAZE-1 wurden mehrfach publiziert [15, 16]. Die Ergebnisse der finalen Auswertung sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

In der finalen Analyse von BLAZE zeigte sich beim primären Studienendpunkt der Reduktion der Viruslast kein signifikanter Unterschied zwischen Bamlanivimab in der von der FDA zugelassenen Dosierung von 700 mg und auch nicht in der höheren Dosierung von 2.800 mg. In beiden Armen fand sich kein signifikanter Unterschied in der Rate von Hospitalisierungen. In einer Post-Hoc-Analyse von 89 Patienten >65 Jahre oder mit einem Body-Mass-Index >35 lag die Hospitalisierungsrate im Bamlanivimab-Arm mit 2,7 vs 13,5% deutlich niedriger als im Placebo-Arm.

Eine weitere randomisierte Phase-III-Studie, ACTIV-3, zur Wirksamkeit von Bamlanivimab wurde vom National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) der USA durchgeführt. Aufgenommen wurden hospitalisierte Patienten mit COVID-19, fast drei Viertel der Patienten waren

sauerstoffpflichtig. Die Rekrutierung für diese Studie wurde im Oktober 2020 wegen fehlender Hinweise auf Wirksamkeit von Bamlanivimab vorzeitig abgebrochen. Die Rate von Ereignissen des zusammengesetzten Endpunktes Tod und schwere unerwünschte Ereignisse lag im Bamlanivimab-Arm tendenziell höher als im Placebo-Arm, Odds Ratio von 1,56 (p=0,20) [17]. Die Rate schwerer unerwünschter Ereignisse betrug 2,0% im 700mg-, 2,8% im 2.800mg- und 1,9% im Placebo-Arm.

In den USA wurde durch die FDA im November 2020 eine Notfallzulassung (Emergency Use Authorization) für die Monotherapie mit Bamlanivimab für die Behandlung von ambulanten Patienten mit milder oder moderater Erkrankung erteilt. Der Zulassungstext lautet: ... to treat mild to moderate COVID-19 in adults and pediatric patients with positive results of direct SARS-CoV-2 viral testing who are 12 years of age and older weighing at least 40 kg, and who are at high risk for progressing to severe COVID-19 and/or hospitalization [19].

In einer Pressemitteilung des pharmazeutischen Unternehmens vom 21. Januar 2021 wurden erste Ergebnisse von BLAZE-2 kommuniziert [20]. BLAZE-2 ist eine in den USA in

Kooperation mit dem NIAID durchgeführte, multizentrische, randomisierte Phase-III-Studie zur Prävention von COVID-19. Dabei wurde Bamlanivimab bei 965 Personen (666 Angestellte und 299 betreute Personen aus Pflegeheimen) in einer Dosis von 4200 mg als Postexpositionsprophylaxe gegenüber Placebo verglichen. Bamlanivimab führte signifikant seltener zu einer symptomatischen SARS-CoV-2-Infektion (Odds Ratio 0,43; $p=0.00021$). Der Unterschied war besonders stark bei den Pflegeheimbewohnern ausgeprägt (Odds Ratio 0,20; $p=0,00026$). Die Daten liegen noch nicht in publizierter Form vor.

Bamlanivimab plus Etesevimab

Etesevimab (LY-CoV016) ist ein weiterer neutralisierender Antikörper. Er bindet an ein anderes Epitop des Spike-Proteins als Bamlanivimab. Etesevimab neutralisiert auch mutmaßlich resistente Varianten von SARS-CoV-2 mit Mutationen in dem Epitop, an das Bamlanivimab andockt. In einem der Arme von BLAZE-1 wurde die Kombination der Antikörper Bamlanivimab plus Etesevimab getestet. Die Dosierung beider Antikörper lag bei 2.800 mg. Die Antikörper werden gemeinsam einmalig intravenös appliziert. In BLAZE-1 führte die Kombination von Bamlanivimab plus Etesevimab bei Patienten mit leichter oder moderater Erkrankung zur statistisch signifikanten Senkung der Viruslast. Auch die Hospitalisierungsrate wurde mit 1 vs 9 % gesenkt ($p = 0,049$) [16].

Die Rate schwerer unerwünschter Ereignisse betrug 0,9% im Kombinations- und 1,9% im Placebo-Arm.

In einer Pressemitteilung des pharmazeutischen Unternehmens vom 26. Januar 2021 wurden weitere Ergebnisse von BLAZE-1 nach Auswertung der Phase-III-Studiendaten von 1.035 Patienten kommuniziert [21]. Danach senkt die Kombination aus Bamlanivimab plus Etesevimab die Rate COVID-19-assoziierter Hospitalisationen oder Todesfälle von 36 (7%) im Placebo- auf 11 (2,1%) im Antikörper-Arm ($p=0.0004$). Alle 10 Todesfälle traten im Placebo-Arm auf.

In den USA wurde durch die FDA im November 2020 eine Notfallzulassung (Emergency Use Authorization) für die kombinierte Therapie mit Balanivimab / Etesevimab für die Behandlung von ambulanten Patienten mit milder oder moderater Erkrankung erteilt. Der Zulassungstext lautet: treatment of mild to moderate COVID-19 illness in adults and pediatric patients with positive results of direct SARS-CoV-2 viral testing who are 12 years of age and older, who weigh at least 40 kg, and who are at high risk for progressing to severe COVID-19 illness and/or hospitalization [22].

Casirivimab plus Imdevimab (REGN-COV2)

Casirivimab und Imdevimab sind ebenfalls zwei monoklonale, nicht-konkurrierende SARS-CoV-2- neutralisierende Antikörper, die an unterschiedliche Epitope der Rezeptor-bindenden Domäne des Spike-Proteins binden. Die beiden Antikörper werden als „Cocktail“ unter der Hypothese eingesetzt, dass hierdurch die Ausbildung von Mutationen

(Escape Phänomen) umgangen werden kann. In einer Interimsanalyse der fortlaufenden Phase-I/II/III-Studie R10933-10987-COV-2067 führte die Kombination aus Casirivimab plus Imdevimab (phase I/II trial COV-2067) bei Patienten mit leichter oder moderater Erkrankung zur Reduktion der Viruslast und zu einer numerisch niedrigeren Rate an medizinisch indizierten Arztkontakten. Am meisten profitierten seronegative Patienten mit einer hohen Viruslast [18], entsprechend einem frühen Krankheitsstadium. Die Analyse der Wirksamkeit bei seronegativen Patienten war primärer Endpunkt der Studie. Die Rate schwerer unerwünschter Ereignisse lag in den Verum-Armen bei 1% und im Placebo-Arm bei 2%.

Die FDA hat der Kombination Casirivimab plus Imdevimab im November 2020 eine Notfallzulassung (Emergency Use Authorization) erteilt. Die Antikörper werden gemeinsam einmalig intravenös appliziert. Der Zulassungstext lautet: ... to treat mild to moderate COVID-19 in adults and pediatric patients (12 years of age and older weighing at least 40 kg) with positive results of direct SARS-CoV-2 viral testing, and who are at high risk for progressing to severe COVID-19 and/or hospitalization [23].

In einer Pressemitteilung des pharmazeutischen Unternehmens vom 26. Januar 2021 wurden erste Ergebnisse einer Interimsanalyse einer Phase-III-Studie zur Postexpositionsprophylaxe bei Haushaltskontakten kommuniziert [24]. Hiernach war die Antikörpergabe mit einer Reduktion der Rate symptomatischer Infektionen (8/223 Placebo vs. 0/186 REGN-COV) sowie kombiniert symptomatischer und asymptomatischer Infektionen (23/223 Placebo vs. 10/186 REGN-COV) assoziiert.

Bewertung

Erwachsene

Neutralisierende, monoklonale Anti-SARS-CoV-2 Antikörper können die Viruslast vermindern. Die Kombination von zwei Antikörpern (Cocktail) kann die Wirksamkeit steigern, darauf deuten die Daten zur Kombination von Bamlanivimab mit Etesevimab und von Casirivimab mit Imdevimab hin. Die Verträglichkeit der beiden Antikörperkombinationen war in den Studien gut, die Rate schwerer unerwünschter Ereignisse niedriger und nicht höher als im Placebo-Arm.

Der potenzielle klinische Nutzen der Antikörper ist schwer zu beurteilen, da die bisher vorliegenden Daten zur klinischen Wirksamkeit wenig belastbar sind. Die Rate von Ereignissen wie Vorstellung auf der Notfallaufnahme und / oder Hospitalisierung ist in der jeweiligen Studie zu Bamlanivimab, Bamlanivimab plus Etesevimab sowie zu Casirivimab plus Imdevimab niedrig, und beeinträchtigt auch die Analyse von Subgruppen oder Komorbiditäten. Für eine abschließende Beurteilung sind weitere Ergebnisse der laufenden Studien mit mehr Teilnehmern, mehr Ereignissen und präspezifizierten Subgruppenanalysen erforderlich.

Die klinische Wirksamkeit ist insbesondere in der frühen, a- oder oligosymptomatischen Erkrankungsphase anzunehmen, in der die Virusreplikation eine dominierende Rolle spielt. Darauf deuten die nicht nachweisbare Effektivität bei hospitalisierten Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung in ACTIV-3, der stärkere Effekt bei seronegativen Patienten in der Studie zu REGN-COV2 [18], die bisher nur in einer Pressemitteilung kommunizierten, positiven Daten aus BLAZE-2 in der Postexpositionsprophylaxe und indirekt auch die kumulative Evidenz aus den randomisierten Studien zum Einsatz von Rekonvaleszentenplasma hin [13, 14].

Kinder/Jugendliche

Bislang liegt keine Evidenz für die klinische Wirksamkeit einer Antikörper-Therapie bei COVID-19 bei Kindern vor. Die aktuellen Empfehlungen basieren auf wenigen Studien und Expertenmeinungen bei Erwachsenen. Eine ausführliche Stellungnahme zur medikamentösen Therapie von COVID-19 bei Kindern ist publiziert [25].

Die Behandlung von Patienten mit COVID-19 soll weiterhin vorzugsweise im Rahmen von klinischen Studien erfolgen. Da nur ein kleiner Teil aller infizierten Kinder schwerwiegende Symptome zeigt, bleibt der Einsatz auch von Antikörpern eine individuelle Einzelfallentscheidung. Der Einsatz von Antikörpern kann in Abhängigkeit von Risikofaktoren begründet werden. Vor Anwendung der Antikörpertherapie als Off-Label-Therapie soll eine sehr sorgfältige Abwägung des Nutzen-/Risiko-Verhältnisses erfolgen.

Aufgrund der aktuellen Datenlage bei pädiatrischen Patienten, des Verlaufs der Erkrankung im Kindesalter und der potenziellen Nebenwirkungen kann der Einsatz bei pädiatrischen Patienten analog der US-amerikanischen Empfehlungen generell nicht empfohlen werden [26].

Einsatz von monoklonalen Antikörpern

- frühe Phase der Erkrankung im leichten oder moderaten Stadium mit
 - mindestens einem anerkannten Risikofaktor für einen schweren Verlauf mit Steigerung der COVID-19-assoziierten Sterblichkeit und ggf.
 - Seronegativität und hohem Virustiter,
- nosokomiale Infektion
- prolongierte Virusausscheidung bei fehlender Serokonversion,
- Postexpositionsprophylaxe oder präemptive Therapie in Hotspots.

Die aktuelle Situation ist durch einen hohen ungedeckten medizinischen Bedarf an antiviral wirksamen Arzneimitteln zur Therapie von COVID-19 geprägt. Monoklonale Antikörper können helfen, diesen Bedarf in der frühen Erkrankungsphase teilweise zu decken.

Eine evidenzbasierte Empfehlung zum Einsatz monoklonaler Antikörper kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht gegeben

werden, weder für die Monotherapie noch für eine Kombinationstherapie (Cocktail).

Wenn monoklonale Antikörper außerhalb klinischer Studien für den Einsatz bei Patienten mit COVID-19 zur Verfügung stehen, kann ein Einsatz in diesen Patientengruppen als individueller Heilversuch unter diesen Bedingungen diskutiert werden:

- **Patienten in einer frühen Phase der Erkrankung im leichten oder moderaten Stadium:** Hier ergibt sich ein logistisches Problem mit der aktuellen Planung, die ersten monoklonalen Antikörperpräparate an den Universitätskliniken einzusetzen. Für die sinnvolle Begrenzung des Einsatzes bei Patienten in einer frühen Erkrankungsphase ist eine enge Kooperation zwischen ambulantem Sektor und Zentren erforderlich.

Beim frühen Einsatz im Rahmen von nosokomialen Infektionen innerhalb der Institutionen besteht dieses logistische Problem nicht. In dieser Indikation kann der Einsatz monoklonaler Antikörper möglicherweise schwere COVID-19-Ausbrüche mit Bedrohung der Funktionsfähigkeit der Kliniken frühzeitig begrenzen.

Orientierende Laborparameter für den Einsatz monoklonaler Antikörper sind der fehlende Nachweis von Anti-SARS-CoV-2-Antikörpern und hohe Virustiter. Einschränkend ist hier zu anzumerken, dass bisher keine allgemein anerkannten Grenzwerte existieren. Ebenfalls fehlen umfassende Daten über den protektiven Effekt nachgewiesener Antikörper.

Patienten mit schwerem Verlauf von COVID-19 sollen nicht mit den bisher verfügbaren, monoklonalen Antikörpern behandelt werden.

- **Selektion von Patienten mit mindestens einem Risikofaktor für einen schweren Verlauf von COVID-19:** einen Anhaltspunkt für die Selektion dieser Patienten gibt das aktualisierte Gutachten der STIKO mit der Analyse der COVID-19-assoziierten Mortalität [27]. Hierzu gehört insbesondere auch der Einsatz in jüngeren Altersgruppen, bei denen die schwere Komorbidität zu einer signifikanten Steigerung der COVID-19-Sterblichkeit führt.
- **Patienten mit prolongierter Virusausscheidung:** Mit der aufgrund der noch unvollständigen Datenlage gebotenen Vorsicht ist zu erwarten, dass eine prolongierte Ausscheidung von SARS-CoV-2 bei immunsupprimierten Patienten mit fehlender Serokonversion zu beobachten sein wird [28-30]. Das Management dieser Patienten ist komplex und Ressourcen-intensiv.

Weiterhin offene Fragen sind: die Verträglichkeit der Antikörper bei zunehmendem Einsatz außerhalb klinischer Studien, die Generierung von resistenten Mutanten durch Selektionsdruck [31] und ggf. eine negative Beeinflussung der langfristigen Immunität gegen SARS-CoV2 durch die Antikörpergabe.

Angesichts der Unsicherheiten in der Wirksamkeit monoklonaler Antikörper sind Register zur engmaschigen Erfassung von Wirksamkeit und Sicherheit erforderlich. Gleichzeitig sollen begleitende Studien (Antikörper, Viruslast, Monitoring, Immunresponse, Pharmakovigilanz u.a.) initiiert und gefördert werden.

Literatur / Referenzen

1. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV_node.html;jsessionid=57B91F291A3125A8213D01E6115FE532.internet081
3. https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Stellungnahmen/Stellungnahme-Covid-19_Therapie_Diagnose.pdf?__blob=publicationFile
4. https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Publikationen/Archiv/Positionspapiere_und_Stellungnahmen/FINAL_DGIM_20210107_Stellungnahme_STIKO-COVID-19.pdf
5. <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html#result-list>
6. Giesen N, Sprute R, Maria Rührich M et al.: Evidence-based Management of COVID-19 in Cancer Patients – Guideline by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society for Haematology and Medical Oncology (DGHO). *Eur J Cancer* 140:86-104, 2020. DOI: 10.1016/j.ejca.2020.09.009
7. AWMF S2k-Leitlinie Empfehlungen zur stationären Therapie von Patientinnen mit COVID-19. Stand November 2020. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001l_S2k_Empfehlungen_station%C3%A4re_Therapie_Patienten_COVID-19_2020-11.pdf
8. Horby P, Lim WS, Emberson JR et al. for the RECOVERY Collaborative Group: Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 – Preliminary Report. *N Engl J Med* Jul 7, 2020, online ahead of print. DOI: 10.1056/NEJMoa2021436
9. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE et al.: Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report. *N Engl J Med* 383:1813-1826, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2007764
10. Pan H, Peto R, Henao-Restrepo AM et al.: Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 - Interim WHO Solidarity Trial Results. *N Engl J Med* 2020 Dec 2, online ahead of print. DOI: 10.1056/NEJMoa2023184
11. Wang Y, Zhang D, Du G et al.: Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet* 395:1569-1578, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31022-9
12. WHO Therapeutics and COVID-19 : Living Guideline, Status December 17, 2020. <https://www.who.int/publications/item/therapeutics-and-covid-19-living-guideline>
13. Joyner MJ, Carter RE, Senefeld JW et al.: Convalescent Plasma Antibody Levels and the Risk of Death from Covid-19. *N Engl J Med* Jan 13, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2031893
14. Libster R, Perez Marc G, Wappner D et al.: Early High-Titer Plasma Therapy to Prevent Severe Covid-19 in Older Adults. *N Engl J Med* Jan 6, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2033700
15. Chen P, Nirula A, Heller B et al.: SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody LY-CoV555 in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med* 384:229-237, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2029849
16. Gottlieb RL, Nirula A, Chen P et al.: Effect of Bamlanivimab as Monotherapy or in Combination With Etesevimab on Viral Load in Patients With Mild to Moderate COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2021 Jan 21. DOI: 10.1001/jama.2021.0202
17. Lundgren JD, Grund B, Barkauskas C et al.: A Neutralizing Monoclonal Antibody for Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2020 Dec 22. DOI: 10.1056/NEJMoa2033130
18. Weinreich DM, Sivapalasingam S, Norton T et al.: REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med* 384:238-251, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2035002
19. <https://www.fda.gov/media/143602/download>
20. <https://investor.lilly.com/news-releases/news-release-details/lillys-neutralizing-antibody-bamlanivimab-ly-cov555-prevented>
21. <https://investor.lilly.com/node/44331/pdf>
22. <https://www.fda.gov/media/144118/download>
23. <https://www.fda.gov/media/143891/download>
24. <https://newsroom.regeneron.com/node/24791/pdf>
25. <https://dgpi.de/stellungnahme-medikamentoesen-behandlung-kindern-covid-19/>
26. Wolf J, Abzug MJ, Gattier RL et al.: Initial Guidance on Use of Monoclonal Antibody Therapy for Treatment of COVID-19 in Children and Adolescents. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2021 Jan 3; pii: 175. DOI: 10.1093/jpids/piaa175
27. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/02_21.pdf?__blob=publicationFile
28. Avanzato VA, Matson JM, Seifert SB et al.: Case Study: Prolonged Infectious SARS-CoV-2 Shedding from an Asymptomatic Immunocompromised Individual with Cancer. *Cell* 183:1901-1912, 2020. DOI: 10.1016/j.cell.2020.10.049
29. Aydillo T, Gonzalez-Reiche AS, Aslam S et al.: Shedding of viable sars-cov-2 after immunosuppressive therapy for cancer. *N Engl J Med* 383:2586-2588, 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2031670
30. https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/coronavirus/prolongierte-virusausscheidung-shedding-von-sars-cov-2_20201114.pdf/view
31. Wibmer CK, Ayres F, Hermanus T et al.: SARS-CoV-2 501Y.V2 escapes neutralization by South African COVID-19 donor plasma. *bioRxiv* posted Jan 19, 2021. DOI: 10.1101/2021.01.18.427166

Beteiligte Fachgesellschaften und Arbeitskreise

DGHO – Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie

DGI – Deutsche Gesellschaft für Infektiologie

DGIIN – Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

DGP – Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

DGPI – Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie

STAKOB – Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger

Experten

Die Stellungnahme wurde für die Fachgesellschaften von Prof. Dr. Bernhard Wörmann (DGHO, Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Campus Virchow) und PD Dr. Martin Kolditz (DGP, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Abteilung Pneumologie, Dresden) in Kooperation mit Prof. Dr. Thorsten Bauer (DGP, Helios Klinikum Emil von Behring, Klinik für Pneumologie, Berlin), Dr. Nicola Giesen (DGHO, Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik V, Heidelberg), Prof. Dr. Stefan Kluge (DGIIN, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Intensivmedizin), Dr. Jakob Malin (DGI, Universität zu Köln, Klinik I für Innere Medizin, Abteilung Infektiologie, Köln), PD Dr. Jennifer Neubert (DGPI, Universitätsklinikum, Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und Klinische Immunologie, Düsseldorf), Dr. Monika Nothacker (AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement c/o Philipps Universität Marburg, Marburg), Prof. Dr. Michael Pfeifer (DGP, Klinik Donaustauf, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Pneumologie), Prof. Dr. Mathias W. Pletz (DGI, Universitätsklinikum Jena, Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Jena), Prof. Dr. Bernd Salzberger (DGI, Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Infektiologie), Prof. Dr. Arne Simon (DGPI, Universitätsklinikum des Saarlandes, Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Homburg), PD Dr. Christoph Spinner (DGI, Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, München), Prof. Dr. Tobias Tenenbaum (DGPI, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrische Infektiologie und Pneumologie, Mannheim), PD Dr. Timo Wolf (STAKOB, Universitätsklinikum Frankfurt, Medizinische Klinik II, Infektiologie) und Prof. Dr. med. Marie von Lilienfeld-Toal (DGHO, Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Hämatologie und Intern. Onkologie, Jena) unter Einbindung der AG Therapie des STAKOB erarbeitet.

Beitragsbescheinigungen für 2020

Die Beitragsbescheinigungen für das Jahr 2020 stehen ab jetzt für Sie zum Download bereit. Bitte melden Sie sich dazu im Mitgliederbereich an unter www.dgho.de/willkommen.

Unter „Meine Dokumente“ können Sie die Bescheinigung als PDF-Dokument öffnen, ausdrucken und dann wie gewohnt bei Ihrem Finanzamt einreichen. Der Mitgliedsbeitrag für das aktuelle Jahr wird frühestens am 20. März 2021 abgebucht.

Bitte informieren Sie uns, wenn sich Ihre Kontoverbindung geändert haben sollte. Brauchen Sie Ihre Zugangsdaten oder haben Fragen? Dann kontaktieren Sie uns bitte.

Franca Habedank & Steffi Heinecke
habedank@dgho.de
heinecke@dgho.de

Kodierleitfaden 2021

Seit dem Jahr 2005 wird über den DGHO e. V. jährlich ein Kodierleitfaden für Hämatologie, Onkologie & Stammzelltransplantation publiziert.



In diesem Buch finden Ärztinnen und Ärzte für hämatologische und onkologische Behandlungsfälle leicht verständliche Kodierhinweise. Die Ausgabe 2021 kann im Hauptstadtbüro bestellt werden. Der Stückpreis beträgt 7,50 EUR.

Weitere Informationen und Bestellmöglichkeit: <https://www.dgho.de/publikationen/kodierleitfaden/kodierleitfaden>.

Faktencheck SARS-CoV-2 für Krebspatienten

Die aktuelle Version des Faktenchecks sowie alle weiteren Dokumente zu COVID-19 finden Sie ebenfalls stets aktuell unter <https://www.dgho.de/covid-19>.

- 1) Was ist SARS-CoV-2 und wie unterscheidet es sich von den bekannten Erkältungsviren?
- 2) Bedeutet der Nachweis von SARS-CoV-2-RNA mit den aktuell üblichen Testverfahren für die getestete Person, dass sie eine Infektion hat?
- 3) Wie verlässlich ist der Test und wie wahrscheinlich ist ein Ergebnis „falsch positiv“?
- 4) Was wissen wir zur Gefährlichkeit von SARS-CoV-2?
- 5) Helfen Masken oder sind sie ein Risiko für den Träger?
- 6) Für Krebspatienten: Was kann ich für mich tun?
- 7) Für Krebspatienten: Was sollte auf jeden Fall unterlassen werden?
- 8) Sollen sich Krebspatienten gegen SARS-CoV-2 impfen lassen?

Die vorliegende Information wurde von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. veröffentlicht, weil Krebspatienten aber auch viele andere Menschen wegen der Fülle an Informationen, die zu SARS-CoV-2 und COVID-19 existieren, verunsichert sind. Im Folgenden sollen Fragen, die häufig gestellt werden, aus unserer Erfahrung und auf Basis des aktuellen Stands der Wissenschaft beantwortet werden.

1) Was ist SARS-CoV-2 und wie unterscheidet es sich von den bekannten Erkältungsviren?

Das SARS-CoV-2-Virus stammt aus der Familie der Coronaviren, welche schon lange bekannt ist. Viren dieser Familie verursachen in der Regel Infektionen der Atemwege. SARS-CoV-2 selbst ist erst seit Ende 2019 bekannt. Anders als bei den bekannten Coronaviren befällt eine Infektion mit SARS-CoV-2 häufiger die Lungen und führt auch sonst zu ungewöhnlichen Symptomen wie Geruchs-/Geschmacksverlust oder langanhaltende Schlapheit¹.

2) Bedeutet der Nachweis von SARS-CoV-2-RNA mit den aktuell üblichen Testverfahren für die getestete Person, dass sie eine Infektion hat?

Die üblichen Testverfahren für Erkältungsviren weisen charakteristische Genabschnitte dieser Viren aus Sekreten oder

¹ SARS-CoV-2 gehört zu den Betacoronaviren. Es ist anzüchtbar und angezüchtet worden (auch serienmäßig in vielen Labors in Deutschland) und hinsichtlich seiner Gensequenzen inzwischen vollständig charakterisiert. Im „Stammbaum“ der Coronaviren ist es dem ersten SARS-CoV-1-Virus (pandemisch in 26 Ländern zwischen 2002-2004) sehr verwandt, während es große genetische Unterschiede zu den in Deutschland üblichen 4 Coronaviren HKU1, OC43, NL63, und 229E zeigt. Dem entspricht, dass der Krankheitsverlauf von SARS-CoV-2 wie bei SARS-CoV-1 deutlich häufiger und ausgeprägter die Lunge betrifft und nicht nur die oberen Atemwege (Nase/Rachen) wie üblicherweise die Coronaviren HKU1, OC43, NL63 und 229E [1]. Die Tatsache, dass SARS-CoV-2 erst seit Ende 2019 nachgewiesen werden kann, lässt sich aus Studien ableiten, die bereits vorhandene Proben von Patienten, die VOR Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie eine Atemwegsinfekten erlitten hatten, auf SARS-CoV-2 nachuntersucht haben. So konnte man in Deutschland keinen einzigen Nachweis von SARS-CoV-2 vor März 2020 finden – wohl aber waren alle uns bekannten Viren nachweisbar [2].

Abstrichen aus den Atemwegen nach und nutzen dafür ein Verfahren, dass diese Genabschnitte vervielfältigt, damit man sie besser nachweisen kann (PCR-„polymerase chain reaction“)².

Für Erkältungsviren existieren diese Verfahren generell seit ca. 10 Jahren und sie werden zunehmend eingesetzt, um zu verstehen, warum jemand Erkältungssymptome aufweist. Als dieses Verfahren eingeführt wurde, bestand große Unsicherheit, was der Nachweis der Genabschnitte überhaupt (also zum Beispiel auch für Grippeviren) bedeutet, und ob dies nicht einfach normale Bestandteile der sogenannten „Rachenflora“ sein könnten. Am Universitätsklinikum Jena wurde diesbezüglich eine Studie durchgeführt, bei der von knapp 500 erwachsenen Menschen fast 1.000 Proben zu einem willkürlichen Zeitpunkt mittels PCR untersucht wurden. Es wurde erwartet, dass viele positive PCR-Befunde von gesunden, symptomfreien Menschen zu finden sein würden, da die Annahme war, dass diese Viren normalerweise im Rachen als Flora häufig vorhanden sind. Allerdings war das nicht so. In nur 12% der Proben konnten überhaupt Viren nachgewiesen und darüber hinaus festgestellt werden, dass diese positiven Proben zu 95% von Menschen stammten, die zu dem Zeitpunkt Erkältungssymptome zeigten [3]. Anders ausgedrückt, Erkältungsviren sind im Normalfall nicht im Rachen von symptomfreien erwachsenen Menschen zu finden, sondern sind mit diesem Test dann nachweisbar, wenn eine Infektion vorliegt³.

3) Wie verlässlich ist der Test und wie wahrscheinlich ist ein Ergebnis „falsch positiv“?

Der auch für SARS-CoV-2 üblicherweise verwendete PCR-Test ist im Prinzip so aufgebaut wie die anderen Tests auf Erkältungsviren auch. Wenn die Methode für den Virusnachweis neu ist, muss am Anfang noch ein wenig optimiert

² Um das Prinzip dieses Testes zu visualisieren, soll sich vorgestellt werden, dass blinde Menschen in einer Herde unterschiedlicher Tiere die Elefanten herausuchen sollen. Sie können natürlich jedes Mal das komplette Tier abtasten und in seiner Gesamtheit erfassen, oder sie wählen etwas Typisches – bspw. den Elefantenrüssel – und suchen gezielt nach diesem Merkmal. So können sie sehr verlässlich zwischen Elefanten und anderen Tieren unterscheiden, weil Giraffen, Antilopen, Löwen usw. eben keinen solchen Rüssel besitzen. In dem Testverfahren ist der Genabschnitt, der gefunden werden soll, sozusagen der Rüssel, der typisch für dieses eine Tier ist. Da die Genabschnitte leider sehr klein sind (anders als Elefantenrüssel), muss man sie sichtbar machen. Dieses wird durch eine Vervielfachung (Replizierung) erreicht. Dabei entspricht eine Vervielfachung immer einer Verdopplung – aus eins werden zwei, dann vier, dann acht usw. Je mehr von den typischen Abschnitten anfangs vorhanden sind, desto rascher wird eine Anzahl erreicht, die sichtbar wird. Technisch wird dieses Verfahren als Polymerase-Kettenreaktion bezeichnet (engl. polymerase chain reaction“, abgekürzt PCR).

³ Das ist auch der Grund, warum inzwischen bei Erkältungsviren zwischen der „Infektion“ und der „Erkrankung“ (im englischen „infectious disease“, abgekürzt „ID“) unterschieden wird [4]. Eine Erkrankung liegt dann vor, wenn jemand unter der Erkältung leidet, sich auch krank fühlt und klinische Symptome zeigt. Eine Infektion beschreibt nur, dass diese Viren, die dort physiologisch nicht vorhanden sein sollten, nachweisbar sind. Die beschriebene Systematik gilt auch für SARS-CoV-2 und erläutert, warum zwischen der SARS-CoV-2-Infektion und der COVID-19-Erkrankung („coronavirus infectious disease“) unterschieden wird.

werden, damit auch die eindeutig durch das Virus erzeugten Signale von anderen, sehr selten auftretenden Störsignalen unterschieden werden können. Hat das Labor ausreichend Erfahrung gesammelt, kann davon ausgegangen werden, dass es in aller Regel nur dann ein positives Testergebnis gibt, wenn wirklich Genabschnitte von SARS-CoV-2 in der Probe enthalten waren. Das bedeutet, wenn kein Virus vorhanden ist, gibt es auch kein positives PCR-Testergebnis. Am Universitätsklinikum Jena war das sehr gut zu beobachten, da es im Juli 2020 eine Phase gab, in der gar keine SARS-CoV-2-Infektionen auftraten, und es war entsprechend über 4 Wochen bei insgesamt >9000 Tests kein einziger positiv. Damit gilt, dass der SARS-CoV-2-Test genauso zuverlässig ist wie die Tests auf Influenza oder andere Erkältungsviren, die seit Jahren routinemäßig eingesetzt werden, und die sehr präzise vorhandenes Virus detektieren.

4) Was wissen wir zur Gefährlichkeit von SARS-CoV-2?

Die „Gefährlichkeit“ einer Infektion umfasst auch solche Effekte, die sich erst im Langzeitverlauf zeigen, und insbesondere dieses ist bisher noch sehr schwer abschätzbar. Vergleiche zu anderen Infektionen müssen immer auch berücksichtigen, wie ansteckend ein Virus ist. Beispielsweise kann sich der klinische Verlauf einer „normalen“ Lungenentzündung für den Einzelnen unter Umständen gefährlicher darstellen, dabei ist eine Lungenentzündung aber nicht ansteckend und breitet sich daher auch nicht auf andere Personen aus. Die saisonale Grippe und die saisonalen Erkältungsviren sind unserem Immunsystem seit Jahren bekannt und werden oft gar nicht präzise diagnostiziert, deswegen kennen wir hier auch die Vergleichsgröße nicht gut. Für manche Gruppen liegen hingegen Vergleiche vor. Beispielsweise existieren Untersuchungen zur Gefährlichkeit der saisonalen Grippeviren bei Krebspatienten in Deutschland, die aufgrund dieser Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden mussten. Hier zeigt sich, dass 9% der Patienten mit einer Krebserkrankung an der Grippe verstarben [5]. COVID-19 führt bei Krebspatienten in Deutschland, die deswegen im Krankenhaus behandelt werden mussten, in knapp 23% der Fälle zum Tod [6]. Auch wenn sich die Rate der Todesfälle für andere Länder oder andere Personengruppen unterscheidet, so zeigt sich jetzt schon recht klar, dass COVID-19 insgesamt eine gefährlichere Infektion ist als die saisonale Grippe.

5) Helfen Masken oder sind sie ein Risiko für den Träger?

Mund-Nasen-Schutz (MNS) wird seit mehr als 100 Jahren eingesetzt, um die Übertragung von Infektionserregern vom Träger des MNS auf das Gegenüber zu vermindern. In medizinischen Situationen, in denen das Gegenüber besonders gefährdet ist (beispielsweise im Operationsaal), ist das Tragen eines MNS unbestrittener Standard. Technische Studien zeigen klar, dass ein MNS das Verteilen von Viruspartikeln deutlich vermindert, teilweise sogar komplett vermeidet [7]. Die klinische Effektivität, also die Verhinderung von Infektionen durch die Vermeidung der Ausbreitung der Erreger, ist

lange bekannt und in sogenannten randomisierten Studien (das heißt, eine Gruppe trug Masken, die andere nicht und es wurde analysiert, wie viele Infektionen auftraten) belegt [8, 9]. Da die Virusausscheidung bereits vor Symptombeginn bei infizierten Personen beginnen kann und manche der infizierten Personen wenige bis gar keine Symptome entwickeln, ist also ein MNS eine effektive Maßnahme, um ein Übertragungsrisiko zu verringern. Neben einem Störgefühl sind negative medizinische Effekte durch das Tragen eines MNS nicht bekannt, auch körperliche Anstrengungen sind – trotz des Tragens eines MNS – ohne Schäden möglich [10]. Natürlich soll zum maximalen Schutz das Masketragen von einem Bündel an Maßnahmen, wie Händehygiene und Abstand, begleitet werden (AHA-Formel).⁴ Unserer Erfahrung nach sind Patienten mit Krebserkrankungen sehr umsichtig und erfahren, was Hygienemaßnahmen angeht.

6) Für Krebspatienten: Was kann ich für mich tun?

Neben der Vermeidung von Kontakt mit infizierten Personen und den oben genannten weiteren Maßnahmen können Krebspatienten wenig tun, um eine Infektion mit COVID-19 zu verhindern. Wir wissen aber, dass ein guter genereller Gesundheitszustand, eine gute Ernährung, viel Bewegung (an der frischen Luft) und ein ausreichender Vitamin D-Spiegel geeignet sind, um den Verlauf der Erkrankung – wenn sie wirklich auftritt – abzumildern. Deswegen empfehlen wir Patienten, auf die genannten Aspekte besonders zu achten [11]. Des Weiteren empfehlen wir, dass Menschen mit Krebserkrankungen die saisonalen Impfungen (Grippe, Pneumokokken) so gut wie möglich wahrnehmen.

Darüber hinaus empfehlen wir, die Behandlung der Krebserkrankung NICHT PROPHYLAKTISCH auszusetzen. Eine gute Kontrolle der Krebserkrankung scheint sehr wichtig zu sein, um den Verlauf einer COVID-19-Erkrankung günstig zu beeinflussen. Alle Onkologinnen und Onkologen geben sich die größte Mühe, die standardmäßige Behandlung für alle Patienten möglichst sicher zu gewährleisten. Patienten sollen und brauchen keine Angst vor Terminen bei Ärztinnen und Ärzten zu haben.

Im Falle einer Infektion empfehlen wir sehr klar, dass Menschen mit einer Krebserkrankung genauso behandelt werden sollen wie Menschen ohne Krebs. Da zunehmend bekannt ist, dass eine Blutverdünnung in den schwereren Stadien einer COVID-19-Erkrankung eine wichtige Rolle spielt, und Patienten mit einer Krebserkrankung oft eine erhöhte Neigung zu Blutgerinnseln (Thrombose) haben, sollte überprüft werden, ob eine Blutverdünnung verordnet werden sollte. Viele Patienten nehmen bereits regelmäßig Blutverdünner ein, in solchen Fällen sollte die Dosis nicht erhöht werden. Auftretende Fragen sollten individuell mit der/dem behandelnden

⁴ Die AHA-Formel steht für folgende Maßnahmen: Abstand halten, Hygienemaßnahmen beachten, Alltagsmaske tragen. Die AHA-Formel kann noch um die Maßnahmen Lüften und das Nutzen der Corona-Warn-App ergänzt werden (AHA+C+L-Formel).

Onkologin/Onkologen besprochen werden. Außerdem sollte geklärt werden, wie mit der weiteren üblichen Medikation zu verfahren ist. Manche Medikamente gegen eine Krebserkrankung können auch im Falle einer Infektion weitergegeben werden, andere wiederum nicht [11].

Ein Phänomen wird bei Krebspatienten öfter beobachtet als bei Menschen ohne Krebserkrankung und das ist das Phänomen der verlängerten Virusausscheidung. Während die meisten Menschen nach ca. 2 Wochen das Virus wieder losgeworden sind, ist bei Patienten mit Immunschwäche zu beobachten, dass das Virus in manchen Fällen noch lange nachweisbar sein kann. Ob dies bei Ihnen auch so ist und welche Konsequenzen das für Sie gegebenenfalls hat, sollten Sie mit Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt besprechen.

7) Für Krebspatienten: Was sollte auf jeden Fall unterlassen werden?

Für viele Menschen mit einer Krebserkrankung sind einige der Medikamente, die als Behandlung einer COVID-19-Erkrankung diskutiert werden oder sogar zugelassen sind, bekannte Arzneimittel. Dexamethason zum Beispiel haben viele Patienten im Rahmen ihrer Behandlung schon einmal erhalten und vielleicht sogar noch in der Hausapotheke vorrätig. Diese Medikamente sollten auf KEINEN FALL PROPHYLAKTISCH oder ohne Rücksprache mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt eingesetzt werden! Dexamethason ist, wenn falsch eingesetzt, möglicherweise gefährlich und sollte deswegen nur so wie ärztlich verordnet eingenommen werden.

8) Sollen sich Krebspatienten gegen SARS-CoV-2 impfen lassen?

Die zurzeit in Deutschland zugelassenen Impfstoffe basieren auf der RNA-Technologie und sind als Totimpfstoffe zu werten. Sie haben in den randomisierten Zulassungsstudien⁵ mit mehreren Tausend Probanden eine sehr gute Wirksamkeit gezeigt, da das Infektionsrisiko um mehr als 90% verringert werden konnte [12, 13]. Weitere Impfstoffe sind in der Entwicklung. Generell gilt, dass es bisher keine eigene Auswertung über die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Impfstoffe bei Krebspatienten gibt.

Die Verträglichkeit der RNA-basierten Impfstoffe ist gut. Bei vielen Patienten treten Schmerzen an der Injektionsstelle auf, im Laufe der nächsten 24-48 Stunden kann es zu einer Impfreaktion in Form von Müdigkeit (Fatigue) und Fieber kommen. Unklar ist, wie lange der Impfschutz anhält und unklar ist, ob es Langzeitnebenwirkungen gibt. Von anderen Impfstoffen wissen wir, dass es keine medikamentöse

⁵ Randomisiert bedeutet, dass die Probanden zufällig den Gruppen der Studie zugeordnet werden – wie beim Münzwurf. In diesen Studien erhielt die eine Gruppe eine Injektion mit dem Impfstoff und die andere eine Injektion mit steriler Kochsalzlösung. Die Probanden wussten nicht, welche Substanz sie bekamen. Man verspricht sich von diesem Verfahren, dass das Ergebnis nicht unbewusst durch die Probanden selbst beeinflusst werden kann indem sie zum Beispiel glauben, sie könnten keine Infektion bekommen, weil sie ja geimpft sind.

Wussten Sie schon...

... dass es auf der DGHO-Website einen Stellenmarkt gibt? Mitglieder der DGHO haben hier die Möglichkeit, Stellenausschreibungen (nicht kommerziell) zu veröffentlichen. Gleichsam bietet der Stellenmarkt Kolleginnen und Kollegen, die neue Herausforderungen suchen, eine wichtige Adresse zur Stellensuche.

<https://www.dgho.de/aktuelles/news/stellenmarkt>

Tumorthherapie gibt, die für sich eine Kontraindikation für Totimpfstoffe darstellt. Dies gilt auch für Medikamente, die das Immunsystem stimulieren, zum Beispiel Interferone oder Antikörpertherapien einschl. Immuncheckpoint-Inhibitoren.

Eine offene Frage hingegen ist, ob Patienten mit einem geschwächten Immunsystem schlechter auf den Impfstoff ansprechen. Das betrifft insbesondere Patienten unter Therapie mit Anti-CD20 Antikörpern. Hier wird ein Abstand von mindestens 3, besser von 6 Monaten nach der letzten Antikörpergabe empfohlen – aber nicht, weil die Impfung gefährlich ist, sondern weil sie wahrscheinlich nach einer gewissen Wartezeit besser wirkt. In bestimmten Fällen, in denen eine Wartezeit nicht möglich ist, wird auch in solchen Situationen die Impfung empfohlen.

Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint die Impfung für alle Krebspatienten sinnvoll, insbesondere bei aktiver Erkrankung und wenn in absehbarer Zeit eine Chemo- und/oder Antikörper-Therapie erforderlich ist. In der aktuellen Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit haben Krebspatienten eine hohe Priorität. Gleichzeitig ist das medizinische Personal in der Onkologie in der höchsten Prioritätsgruppe. Dies ist deswegen sinnvoll, weil gerade für Krebspatienten ein sogenannter Nestschutz⁶ sehr wertvoll sein kann [14]. Da der Impfschutz nicht hundertprozentig ist und vielleicht bei Krebspatienten sogar geringer ausfällt, müssen weiterhin die empfohlenen Schutzmaßnahmen beachtet werden.

⁶ Unter einem Nestschutz versteht man das Phänomen, dass ein Individuum vor einer übertragbaren Erkrankung geschützt ist, wenn die Kontaktpersonen diese Erkrankung nicht bekommen können – zum Beispiel, weil sie selber geimpft sind. Für die Gripeschutzimpfung gibt es recht gute Untersuchungen zu dem Phänomen, dass Patienten besser überleben, wenn ein großer Anteil des Personals geimpft ist [15]. Gerade für diejenigen Krebspatienten, bei denen zu erwarten ist dass der Impfschutz durch eine eigene Impfung gering sein wird, spielt dies eine große Rolle.

Literatur:

1. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. *The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2*. Nat Microbiol, 2020. **5**(4): p. 536-544.
2. Panning, M., et al., *No SARS-CoV-2 detection in the German CAPNETZ cohort of community acquired pneumonia before COVID-19 peak in March 2020*. Infection, 2020: p. 1-4.
3. Rachow, T., et al., *Detection of community-acquired respiratory viruses in allogeneic stem-cell transplant recipients and controls-A prospective cohort study*. Transpl Infect Dis, 2020: p. e13415.
4. Hirsch, H.H., et al., *Fourth European Conference on Infections in Leukaemia (ECIL-4): guidelines for diagnosis and treatment of human respiratory syncytial virus, parainfluenza virus, metapneumovirus, rhinovirus, and coronavirus*. Clin Infect Dis, 2013. **56**(2): p. 258-66.
5. Hermann, B., et al., *Influenza virus infections in patients with malignancies – characteristics and outcome of the season 2014/15. A survey conducted by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Haematology and Medical Oncology (DGHO)*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2017. **36**(3): p. 565-573.
6. Rütthrich, M.M., et al., *COVID-19 in cancer patients: clinical characteristics and outcome-an analysis of the LEOSS registry*. Ann Hematol, 2020.
7. Leung, N.H.L., et al., *Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks*. Nat Med, 2020. **26**(5): p. 676-680.
8. Cowling, B.J., et al., *Facemasks and hand hygiene to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial*. Ann Intern Med, 2009. **151**(7): p. 437-46.
9. Cowling, B.J., et al., *Face masks to prevent transmission of influenza virus: a systematic review*. Epidemiol Infect, 2010. **138**(4): p. 449-56.
10. Shaw, K., et al., *Wearing of Cloth or Disposable Surgical Face Masks has no Effect on Vigorous Exercise Performance in Healthy Individuals*. Int J Environ Res Public Health, 2020. **17**(21).
11. Giesen, N., et al., *Evidence-based management of COVID-19 in cancer patients: Guideline by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society for Haematology and Medical Oncology (DGHO)*. Eur J Cancer, 2020. **140**: p. 86-104.
12. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N et al.: *Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine*. N Engl J Med 2020 Dec 10. Online ahead of print.
13. Baden LR, El Sahly HM, Essink B et al.: *Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine*. N Engl J Med 2020 Dec 30. Online ahead of print.
14. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/faq-covid-19-impfung.html>.
15. J Am Geriatr Soc. 2009 Sep;57(9):1580-6

Verantwortlich für den Text:

Prof. Dr. med. Marie von Lilienfeld-Toal, Michael Oldenburg,
Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann

„Reaktivierung“ des Arbeitskreises eHealth

(MO) Im Rahmen der Jahrestagung 2014 in Hamburg hatte sich der Arbeitskreis eHealth konstituiert. In der seinerzeitigen Gründungssitzung wurde intensiv über potentielle Schwerpunktsetzungen diskutiert. Als möglicher Focus wurde der rasante Wandel und die Integration von IT-Systemen in den klinischen und ambulanten Alltag identifiziert. In der Zwischenzeit sind nahezu 7 Jahre vergangen, und um den Arbeitskreis ist es etwas ruhig geworden. Doch das Gebiet ist aktueller denn je!

Große Aufgaben sind die elektronische Patientenakte, Apps zur Steigerung der Therapiesicherheit, aber auch die wissensgenerierende Patientenversor-

gung. Und das ist nur eine Auswahl an möglichen Themen.

Gerne würden wir den Arbeitskreis wieder „reaktivieren“ und laden alle interessierten Mitglieder der DGHO zum Einsenden von weiteren Themenvorschlägen und zur aktiven Mitarbeit im Arbeitskreis eHealth auf!

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Michael Oldenburg, Referent des Vorstands.
oldenburg@dgho.de

Stipendien-Initiative der DGHO zur Förderung junger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

**Bewerbungsfrist:
30. Juni 2021**

(MO) Seit ihrer Etablierung erfreuen sich die DGHO-Promotionsstipendien zunehmender Beliebtheit. Die stetig anwachsende Nachfrage macht die Bedeutung der Promotionsstipendien für die Förderung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses im Bereich der Hämatologie und Medizinischen Onkologie deutlich.

Aktuell werden ausgeschrieben:



DR. WERNER JACKSTÄDT-DGHO-PROMOTIONSSTIPENDIUM

→ Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet der geriatrischen Hämatologie und Onkologie im Rahmen der Dissertation von Medizinstudierenden oder Studierenden verwandter Fächer.



GWT-GMIHO – DGHO PROMOTIONSSTIPENDIUM

→ Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet von Klinischen Studien im Bereich der Onkologie im Rahmen der Dissertation von Medizinstudierenden oder Studierenden verwandter Fächer.

GWT

Gesellschaft für
Wissens- und
Technologietransfer

Fachbereich **MEDIZIN**
GMIHO
GEMEINSCHAFT FÜR
MEDIZINISCHE ONKOLOGIE



JOSÉ CARRERAS – DGHO PROMOTIONSSTIPENDIUM

→ Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten in der Erforschung der Leukämie und verwandter Blutkrankheiten bei Erwachsenen im Rahmen der Dissertation von Medizinstudierenden oder Studierenden verwandter Fächer.



SIEGLINDE WELKER – DGHO PROMOTIONSSTIPENDIUM

→ Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten im Rahmen von grundlagen- und versorgungsorientierten Forschungsvorhaben auf dem Gebiet seltener hämatologischer Erkrankungen im Rahmen der Dissertation von Medizinstudierenden oder Studierenden verwandter Fächer.

Die Promotionsstipendien sollen es den Stipendiatinnen und Stipendiaten ermöglichen, ein Jahr vollzeitig an ihren Forschungsprojekten zu arbeiten

und umfassen eine monatliche Fördersumme von 800 Euro über insgesamt zwölf Monate. Zusätzlich kann die Teilnahme an fachbezogenen Kongressen mit bis zu 400 Euro unterstützt werden. Auch eine vorübergehende Forschungstätigkeit im Ausland ist im Rahmen des Promotionsprojektes möglich.

Die Bewerbung muss einen Lebenslauf, eine Beschreibung des geplanten Vorhabens mit Hintergrund und Projektaufbau, eine Beschreibung des Umfelds der geplanten Arbeiten, ein Empfehlungsschreiben der/des betreuenden Wissenschaftlerin/Wissenschaftlers mit Darlegung der Betreuungsbedingungen und eine Bescheinigung der Fakultät über die Kenntnisnahme der Stipendienbewerbung enthalten. Es ist zu bestätigen, dass die/der Antragstellerin/Antragsteller kein Stipendium von anderer Stelle erhält.

Das José Carreras DGHO-Promotionsstipendium wird zweimal pro Jahr ausgeschrieben: Bewerbungsfristen: **15. Januar und 30. Juni** des jeweiligen Jahres.

Weitere Informationen zur Bewerbung und zu den Bewerbungsvoraussetzungen finden Sie unter: <https://www.dgho.de/ausschreibungen>

DGHO-Preisausschreibungen 2021

(MO) Auch in diesem Jahr schreibt die DGHO folgende Preise aus:

Artur-Pappenheim-Preis

Der Preis ist für eine wissenschaftliche Arbeit bestimmt, die sich mit klinischen, experimentellen oder theoretischen Fragen der Hämatologie befasst.

Dotierung: **7.500 Euro**

Einsendeschluss: **31. Juli 2021**

Vincenz-Czerny-Preis

Der Preis ist für eine wissenschaftliche Arbeit bestimmt, die sich mit klinischen, experimentellen oder theoretischen Fragen der Onkologie befasst.

Dotierung: **7.500 Euro**

Einsendeschluss: **31. Juli 2021**

Doktoranden-Förderpreis

Der Preis ist für studentische Arbeiten zu klinischen, experimentellen oder theoretischen Fragen der Hämatologie und Onkologie bestimmt.

Dotierung: **3.000 Euro**

Einsendeschluss: **31. Juli 2021**

Die Ausschreibungsbedingungen und die Fristen für alle Preisausschreibungen finden Sie unter <https://www.dgho.de/ausschreibungen>

Start für die Studie „Genderparität 2021 – 2022“

MAIKE BUSSON-SPIELBERGER
MARIANNE GIESLER
BÄRBEL MIEMIETZ

Hintergründe und Ziele

Seit Jahren nimmt die Zahl der Medizinstudentinnen zu: Zurzeit ist mehr als jeder zweite Studienplatz der Humanmedizin mit einer Frau besetzt [1,2]. Eine Befragung des Deutschen Ärztinnenbundes aus dem Jahr 2019 [3] zeigt jedoch, dass trotz der über Jahre hinweg erfolgten starken Zunahme des Anteils an Ärztinnen in der Ärzteschaft nur 13 Prozent der Lehrstühle an deutschen Universitätskliniken mit Frauen besetzt sind. Auch in anderen Studien werden ähnliche Zahlen genannt [2,4,5]. Dass Ärztinnen weniger oft in den höheren Hierarchieebenen anzutreffen sind, kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen kann es an der Übernahme tradierter Rollenvorstellungen liegen [6, 7]. Andererseits kann die erfahrene Unvereinbarkeit von Familie und Beruf einen Einfluss haben [8].

In Zukunft dürfte auch der veränderte Stellenwert der Arbeit zunehmend Karrierewege beeinflussen.

Bei der jetzigen Generation junger Ärztinnen und Ärzte spielen Familie und Freizeit eine größere Rolle als noch vor 20 Jahren [8,9].

Ziel der Studie ist es herauszufinden:

- Welche Positionen die in der Onkologie tätigen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 besetzen.
- Welche Positionen junge in der Onkologie tätige Ärztinnen und Ärzte anstreben.
- Welchen Stellenwert die Berufstätigkeit für die in der Onkologie tätigen Ärztinnen und Ärzte hat.
- Welche Bedeutung die Inhalte der Berufstätigkeit, die Anerkennung durch Vorgesetzte, die intrinsische Motivation, das Gehalt, die Forschung und das Betriebsklima haben.
- Welche Arbeitsbedingungen sich die in der Onkologie tätigen Ärztinnen und Ärzte künftig wünschen (insbesondere hinsichtlich zukünftiger Modelle für Arbeitszeit und Arbeitsorganisation).
- Inwieweit Ärztinnen und Ärzte sich aufgrund Geschlecht, Migrationshintergrund, sozialer Herkunft, Alter etc. diskriminiert fühlen.
- Welche Hindernisse und Ursachen für Geschlechterungleichheit erlebt werden/wurden.
- Was bisher geholfen hat, den gewünschten Karriereweg zu gehen.
- Welche Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte, Familie/Partnerinnen und Partner gegeben wurde/wird.

Die Studie wird finanziert vom WBHO Verein zur Förderung der Weiterbildung in der Hämatologie und Onkologie e. V. und wird demnächst starten. Einige Mitglieder möchten wir gerne Anfang März kontaktieren, um kurze Interviews durchzuführen.

Wir würden uns über eine rege Beteiligung an der Onlinebefragung sehr freuen. Die Ergebnisse der Studie werden zunächst im Mitgliederrundschreiben vorgestellt.

Projektteam

Maike Busson-Spielberger, M.A. studierte Romanistik, Geschichte, Kunstgeschichte. Seit 10 Jahren ist sie Gleichstellungsreferentin an der Medizinischen Fakultät Freiburg und leitet seit 6 Jahren das EIRA Mentoring Programm. Seit Juni 2014 ist sie zudem (Ko-) Sprecherin der bukof (Bundeskongress der Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen), Kommission Klinika.

Dr. phil. Marianne Giesler studierte Betriebswirtschaft, Soziologie und Psychologie und war lange Jahre in Forschung und Lehre an verschiedenen Universitäten tätig. Bis Ende 2019 leitete sie das Kompetenzzentrum Evaluation in der Medizin Baden-Württemberg an der Medizinischen Fakultät Freiburg sowie das vom BMBF geförderte Projekt MERLIN (Medical Education Research, Lehrforschung im Netz Baden-Württemberg).

Dr. phil. Bärbel Miemietz hat 20 Jahre Erfahrung als Universitätsgleichstellungsbeauftragte, davon 16 Jahre hauptamtlich in einer medizinischen Spartenuniversität, Initiierung des audit familiengerechte Hochschule an zwei Universitäten, 16 Jahre Projektleitung eines Mentoring-Programms für Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen. 10 jähriger (Ko-)Vorsitz der bukof-Kommission Klinika.

Literatur:

1. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> (abgerufen am 05.01.2021)
2. Wille N., Schlup J. Die Medizin auf dem Weg zum Frauenberuf. SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG – BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES – BOLLETTINO DEI MEDICI SVIZZERI 2020;101(14):485–489
3. Dt. Ärztinnenbund. Medical Women On Top. Update: 2019
4. Kieckbusch D., Hopf S. Auf Augenhöhe? Hamburger Ärztinnenblatt 02|2020, 13-14.
5. Kieckbusch D., Hopf S. Das Gesundheitswesen steht vor neuen Herausforderungen. Hamburger Ärztinnenblatt 02|2020, 18-20.
6. Gedrose B., Wonneberger C., Jünger J., Robra B. P., Schmidt A., Stosch C., Wagner R., Scherer M., Pöge K., Rothe K-, van den Bussche H. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Ergebnisse einer multizentrischen postalischen Befragung. Dtsch Med Wochenschr 2012; 137(23): 1242-1247.DOI: 10.1055/s-0032-1304872
7. Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A. Karriereplanung für Ärztinnen. S. 215-238, S. 78–105.

Ein neuer Arbeitskreis in der DGHO – warum?

Neugründung des Arbeitskreises DIM (Diversitäts- und Individualmedizin)

MARIE VON LILIENFELD-TOAL
ANNE LETSCH

Das Jahr 2020 ist vor allem durch die SARS-CoV-2 Pandemie geprägt, die überdeutlich gezeigt hat, dass Faktoren wie Geschlecht, Ethnie oder sozioökonomische Faktoren wesentlich den Verlauf einer Erkrankung bestimmen können. Es liegt nahe, ähnliche Einflüsse in der Onkologie genauer zu evaluieren: So ist es nicht verwunderlich, dass die Jahrestagung der American Society for Hematology 2020 von dem Thema „Disparities“ geprägt war, u.a. mit einem Vortrag der Plenary Session zu dem schlechten Krankheitsverlauf junger schwarzer Amerikaner mit AML.

Für Deutschland gelten andere Rahmenbedingungen, aber das prinzipielle Phänomen ist das gleiche: biologische Faktoren wie Geschlecht, Ethnie, Alter, Gewicht oder Polymorphismen und soziale Faktoren wie Schulabschluss, Beruf, Einkommen oder Familienstatus beeinflussen Biologie und Therapieverlauf hämatologischer und onkologischer Erkrankungen stärker als bisher angenommen und berücksichtigt. Daher ist es zeitgemäß und notwendig, diese Fragen auch für unser Patientenkollektiv wissenschaftlich zu untersuchen. Der neue AK Diversitäts- und Individualmedizin hat genau dies zum Ziel: Es geht nicht um Berufspolitik, sondern um Erkenntnisgewinn zum Einfluss von individuellen Faktoren auf den Verlauf, die Therapierbarkeit und das Management von Krebserkrankungen. Für die DGHO hat diese Arbeit unmittelbare Relevanz im Sinne der Erweiterung der wissenschaftlichen Perspektiven und der Verbesserung der Versorgung von Patienten. Das ultimative Ziel ist, durch Kenntnisse der Einflüsse von Diversitätsaspekten eine individuelle Medizin in der Krebsheilkunde im umfassenden Sinne zu ermöglichen. Der Arbeitskreis arbeitet projektbezogen und soll vor allem eine Plattform für wissenschaftliche Kooperationen für die Erstellung von Meta-Analysen, Register, klinische Studien und Leitlinienempfehlungen sein. Neben wissenschaftlichen Publikationen sollen Symposien, Fortbildungsveranstaltungen und deutsch-

sprachige Artikel die Wahrnehmung in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit erhöhen.

In seiner digitalen Gründungssitzung am 8.1.2021 formierten sich aus dem Kreis der 16 anwesenden Gründungsmitgliedern bereits 9 Projektgruppen, die Themen wie Diversitätsaspekte in klinischen Studien, differenzierte Dosisberechnung oder diversitätsspezifische Normwerte wissenschaftlich bearbeiten werden. Zusätzlich werden sich Projektgruppen der Klärung von Begrifflichkeiten bzw. der Identifizierung relevanter Faktoren vor allem aus dem sozioökonomischen Bereich widmen. Angesichts diverser Überschneidungen und Querschnittsthemen streben wir eine enge Zusammenarbeit mit anderen Arbeitskreisen der DGHO an. Weitere Details zum neu gegründeten Arbeitskreis und den Projektgruppen findet Sie auf der DGHO-Webseite. Wir laden alle Mitglieder der DGHO ein dem AK beizutreten und sich aktiv zu beteiligen.

Ansprechpartnerinnen:

Prof. Dr. med. Marie von Lilienfeld-Toal

Schwerpunkt Infektionen in der Hämatologie und Onkologie
Klinik für Innere Medizin II
Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie
Universitätsklinikum Jena
Am Klinikum 1 · 07747 Jena
Telefon: +49 3641 9-324210
Fax: +49 3641 9-324657



Prof. Dr. med. Anne Letsch

Oberärztin
Leitung Internistische Onkologie
Klinik für Innere Medizin II m. S.
Hämatologie und Onkologie
UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Arnold-Heller-Str. 3, Haus L · 24105 Kiel
Telefon: 0431 500-62460
Fax: 0431 500-22504



dim@dgho.de

Aufruf zur Gründung eines Arbeitskreises Patient-Reported Outcomes (PRO)

MARKUS SCHULER
ULRICH JAEHDE

Lebensqualität und therapieassoziierte Toxizität sind wesentliche Parameter in der Behandlung von Patienten mit malignen Erkrankungen, die bisher nicht immer systematisch und routinemäßig erfasst wurden. Gleichzeitig sehen wir aufgrund neuer Behandlungsmethoden zunehmend Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, die unter Behandlung einen chronischen Verlauf erleben. Die damit verbundene verbesserte Prognose ist jedoch nicht selten mit chronischen Nebenwirkungen und anhaltenden Symptomen verbunden. Viele Messinstrumente wurden aber nicht primär dafür entwickelt, um über einen längeren Zeitraum die funktionellen und individuellen Probleme von Patienten zu erfassen. Im Rahmen einer patientenzentrierten Versorgung ist es jedoch von großer Bedeutung, dass Onkologen sowohl das subjektive Erleben als auch Therapieeffekte auf das körperliche Befinden ihrer Patienten erfassen. Individuelle und umfassende Lebensqualitätsprofile können eine hilfreiche Basis darstellen, um die Kommunikation mit Patienten zu verbessern.

In den letzten Jahren erfolgte eine Weiterentwicklung hin zu patientenberichteten Endpunkten (*Patient-Reported Outcomes – PRO*) als primäre Erhebungsmethode bei der Erfassung von Erfahrungen und Symptomen des Patienten. PRO werden direkt vom Patienten und ohne Interpretation durch Dritte mittels standardisierter und validierter Fragebögen, z. B. EQ-5D oder PRO-CTCAE, erhoben. PRO umfassen neben der Lebensqualität auch die Symptomlast, Erfahrungen mit der Therapie sowie die Zufriedenheit mit der Behandlung.

Im Rahmen der technischen Entwicklung und Verfügbarkeit mobiler Endgeräte wie Tablets oder Smartphones ergeben sich insbesondere auf dem Gebiet der elektronischen PRO-Erhebung neue Möglichkeiten für Forschung und Versorgung.

Inzwischen ist es weithin akzeptiert, dass durch die Erhebung von PRO wichtige Informationen für die Behandlung eines Patienten gewonnen werden:

- PRO sind Prädiktoren für wichtige Endpunkte wie lokale Tumorkontrolle und Überleben

- PRO sind hilfreich bei der Identifizierung wesentlicher Symptome, die häufig in der klinischen Routine übersehen werden
- PRO sind wichtig in der Einschätzung der psychischen Belastung eines Patienten durch eine fortgeschrittene Erkrankung
- PRO können in die vergleichende Nutzenbewertung sowohl von Medikamenten als auch anderen Interventionen und Therapieverfahren, zum Beispiel im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen oder in der Versorgungsforschung, integriert werden
- PRO können für ökonomische Aspekte wie der Erfassung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses berücksichtigt werden
- PRO können in Form geriatrischer Screeninginstrumente zur Vorhersage von Toxizität und damit zur individuellen Anpassung einer Chemotherapie genutzt werden

Mit der Gründung eines Arbeitskreises möchten wir den Austausch wissenschaftlich interessierter Kolleginnen und Kollegen fördern und eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichen. Aktuelles Wissen soll für die DGHO und deren Mitglieder aufbereitet sowie Empfehlungen und Handlungsanweisungen zur Verfügung gestellt werden. Der Arbeitskreis richtet sich auch ausdrücklich an Mitglieder anderer Professionen wie Pflege, Pharmazie, Psychoonkologie, Statistik, etc.. Für die Zukunft wünschen wir uns auch Projekte, die aus der Gruppe gemeinsam initiiert werden.

Ansprechpartner:

PD Dr.med. Markus Schuler

Medizinisches Versorgungszentrum
Onkologischer Schwerpunkt
am Oskar-Helene-Heim Berlin
schuler@onkologie-ohh.de



Prof. Dr. med. Ulrich Jaehde

Pharmazeutisches Institut, Abteilung
Klinische Pharmazie
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn
u.jaehde@uni-bonn.de



CALL FOR ABSTRACTS

**Abstracteinreichung
bis zum 3. Mai 2021**

Zeigen Sie Ihre wissenschaftliche Arbeit zur Präsentation neuer Daten sowie für die Festlegung von Standards und Grundlagenthemen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie vor großem Fachpublikum und präsentieren Sie Ihr Forschungsgebiet als Freien Vortrag oder als Poster.

Informationen und Einreichung unter
www.haematologie-onkologie-2021.com (Abstracts).



KONGRESSORT
CityCube Berlin
Messedamm 22 · 14055 Berlin

KONGRESSPRÄSIDENT
Prof. Dr. med. Andreas Mackensen
Universitätsklinikum Erlangen

KONGRESSORGANISATION
DGHO Service GmbH
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
jahrestagung2021@dgho-service.de

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Im Namen der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie möchte ich Sie sehr herzlich zur kommenden Jahrestagung vom 1. bis 4. Oktober 2021 in Berlin einladen.

Das Programm wird Sie wie gewohnt über neue wissenschaftliche Entwicklungen unseres Faches informieren. Diesem Anspruch für die Jahrestagung gerecht zu werden, ist angesichts der zunehmenden Komplexität durch rasant fortschreitende Neuerungen in Therapie und Diagnostik bereits eine Herausforderung. Erst recht stellt sie uns Alle in Klinik und Praxis vor immer schwierigere Entscheidungsfindungsprozesse hinsichtlich der besten Therapie für die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten. Interdisziplinarität, gute Kommunikation und Kooperation mit allen Beteiligten und den Betroffenen sind gefordert. Auch Fragen der Versorgung unserer Patienten über die Sektorengrenzen hinweg spielen hier eine zunehmende Rolle und sollen bei der Tagung thematisiert werden.

Digitalisierung und Künstliche Intelligenz sollen den beruflichen Alltag und den wissenschaftlichen Austausch erleichtern und werfen ethische und datenschutzrechtliche Fragen auf. Über diese Themen wollen wir Sie informieren und mit Ihnen diskutieren.

Ebenso ist es unser Ziel, mit der Jahrestagung junge Kolleginnen und Kollegen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege und Psychoonkologie in allen diesen Herausforderungen gezielt zu fördern, sie aktiv einzubinden und für unser Fach zu begeistern.



Nicht zuletzt wird uns die Corona-Pandemie weiter fordern. Von weitgehend „normaler“ Versorgung bis hin zu deutlichen Einschränkungen unter erneuten Katastrophenfall-Bedingungen reicht das Spektrum. In diesem Zusammenhang sollen medizinische, ökonomische und Versorgungsaspekte auf unserer Jahrestagung beleuchtet werden.

Momentan planen wir für die Jahrestagung vom 1. bis 4. Oktober 2021 mit einem Hybrid-Format mit ca. 1000 Teilnehmern pro Tag. Unter welchen Bedingungen die Tagung letztlich stattfinden kann, wird sich in den nächsten Monaten zeigen. Die Planungen des Erlanger Organisationsteams laufen mit vollem Engagement an.

Wir wünschen uns von Herzen, dass wir mit dem Corona Impfstoff die Pandemie verdrängen können und dass es möglich sein wird, Sie vor Ort in Berlin begrüßen zu dürfen!

Mit besten Grüßen

Ihr

Andreas Mackensen
Kongresspräsident 2021

Kompetenzzentren für Medikamentöse Tumorthherapie (KoMedT)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Zentrumsleiterinnen und Zentrumsleiter,

wir hatten Sie in unseren Mitgliederrundschreiben über unser neues Projekt Kompetenzzentren für Medikamentöse Tumorthherapie (**KoMedT**) informiert und in diesem Zusammenhang nachgefragt, ob Sie als Fachexpertin/Fachexperte für dieses Zertifizierungsverfahren bei der DGHO mitwirken möchten. Einige von Ihnen haben bereits Interesse bekundet, die DGHO Fachexpertin/Fachexperte bei der Zertifizierung von Kompetenzzentren für Medikamentöse Tumorthherapie zu unterstützen. Hierfür möchten wir Ihnen herzlich danken!

Trotz der momentan aufgrund der noch sehr angespannten COVID-19-Situation eingeschränkten Möglichkeiten für „Vor-Ort-Audits“ wollen wir unser neues Projekt im 3. Quartal 2021 beginnen. Deshalb rufen wir Sie auf, uns Ihre Anträge für die Zertifizierung von Kompetenzzentren für Medikamentöse Tumorthherapie einzureichen.

Auch möchten wir in diesem Mitgliederrundschreiben nochmals dazu aufrufen, die Schulung zur/zum Fachexpertin/Fachexperten für die Zentren für Hämatologische Neoplasien bei OnkoZert zu absolvieren. Die Schulung legitimiert Sie auch, die Kompetenzzentren für Medikamentöse Tumorthherapie zu auditieren. Auch hier suchen wir weiterhin Fachexpertinnen und Fachexperten, die die DGHO bei diesem für unser Fachgebiet so wichtigen Projekt unterstützen.

Gern möchten wir Sie in diesem Zusammenhang informieren, dass wir unser Online-Zertifizierungsportal im Moment neugestalten. Die Aktualisierung zielt darauf, den Zentren und den Fachexpertinnen und Fachexperten möglichst effektive Software-Tools zur Verfügung zu stellen, die vor allem bei den Begehungen der Einrichtungen und der Erstellung der Auditberichte entlasten. Außerdem können sie die Zentrumsbeauftragten bei den Eingaben für den Antrag entlasten.

Damit wir Ihnen einen guten Einstieg in das neue Verfahren ermöglichen können, werden wir zeitnah Schulungen zum Thema anbieten. Über die Termine werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Vielen Dank für Ihr Engagement!

Ansprechpartnerin:

Harriet Teuteberg

Bereich Zertifizierungen
DGHO Deutsche Gesellschaft
für Hämatologie und
Medizinische Onkologie e. V.
Berolinahaus, Alexanderplatz 1
10178 Berlin

Tel.: +49.30.2787608958

Fax: +49.30.2787608918

Mail: teuteberg@dgho.de

Neue und aktualisierte Onkopedia-Leitlinien

- Akute Myeloische Leukämie
- Extranodales Marginalzonenlymphom
- Hodgkin Lymphom
- Allogene Stammzelltransplantation - Spenderauswahl
- Cannabis
- Ginseng
- COVID-19





Hirschfeld Erinnern, update

PETER VOSWINCKEL

Straßenbenennung

Wenn die Corona-Beschränkungen nicht noch einen Strich durch die Rechnung machen, wird es in 2021 eine feierliche Straßenbenennung geben: „Hans-Hirschfeld-Platz“. Es handelt sich um das sogenannte ‚Vestibül‘, einen wichtigen Verkehrskreisel, der die nördliche Zufahrt zum Campus der Universität Ulm bildet und den Besucher vom Berliner Ring über die Albert-Einstein-Allee zum Universitätsklinikum Oberer Eselsberg führt. Nach langwieriger Überzeugungsarbeit fand die Namensgebung zuletzt eine breite Unterstützung in Politik und Gesellschaft. Der entsprechende Antrag, maßgeblich initiiert durch den Ulmer Pharmakologen Peter Gierschik, wurde getragen vom Dekan der Medizinischen Fakultät (Prof. Th. Wirth) sowie dem Fakultätsrat, aber auch vom Präsidenten der Universität (Prof. M. Weber) und dem Kanzler (D. Kaufmann), vom Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums (Prof. U. Kaisers), ebenso den Ärztlichen Direktoren des Bundeswehrkrankenhauses (OStA Dr. J. Ahrens) und des RKU Ulm (Prof. H. Reichel); ferner von Institutionen und Behörden in Ulm wie etwa dem Dokumentationszentrum Oberer Kuhberg (Dr. Nicola Wenige), von den Leitern des Stadtarchivs (Prof. M. Wettengel) und des Aicher-Scholl-Kollegs (Dr. A. Lörcher), dem Vorstandsvorsitzenden des Departments für Geisteswissenschaften und Sprecher des ZA-WiW der Universität Ulm (Prof. O. Marti), dem Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin (Prof. F. Steger), und last but not least vom Oberbürgermeister, Gunter Czisch, sowie von weiteren Bürgern und Bürgerinnen der Stadt Ulm.

Warum Ulm?

Soweit bekannt, gibt es keine direkte Verbindung zwischen dem Berliner Charité-Hämatologen Hirschfeld und der Stadt Ulm. Eingefügt zwischen der Albert-Einstein-Allee und dem James-Franck-Ring soll der Name Hirschfeld-Platz wiederum an einen herausragenden jüdischen Wissenschaftler erinnern, der während der Zeit des Nationalsozialismus aus Deutschland ausgestoßen wurde. Damit soll zugleich ein gut sichtbares Zeichen für die Weltoffenheit der Stadt Ulm gesetzt werden; aber auch ein klares Zeichen im Hinblick auf das moralisch-ethische Versagen von Gründerpersönlichkeiten der Universität Ulm. Bekanntlich hatte der Gründungsrektor Ludwig Heilmeyer, damals Ehrenpräsident der DGHO, eine unrühmliche Rolle gespielt bei dem Versuch, die Lebensleistung von Hans Hirschfeld vergessen zu machen und die Erinnerung an dessen Tod im KZ zu untergraben (siehe Dokumentation „Verweigerte Ehre“). Es war sicherlich ein Tiefpunkt der Erinnerungskultur, als im Jahre 1974 die von der DGHO herausgegebene *Einführung in die Geschichte der Hämatologie* – „gewidmet dem Andenken Ludwig Heilmeyers, der bis zu seinem Tode an der Entstehung mitgewirkt hat“ – in einem Kurzbiogramm von Hirschfeld irrtümlich verkündete, Hirschfeld sei 1929 in Berlin verstorben; noch schlimmer: dass nach Erscheinen dieses Buches offenbar keiner mehr da war, der den Fehler bemerkt oder lautstark protestiert hätte. Eine ganze Nachwuchsgeneration von Heilmeyer-Schülern war von dem Wissen um Hans Hirschfeld abgeschnitten, bis in den achtziger Jahren ein Umdenken einsetzte. Es wäre

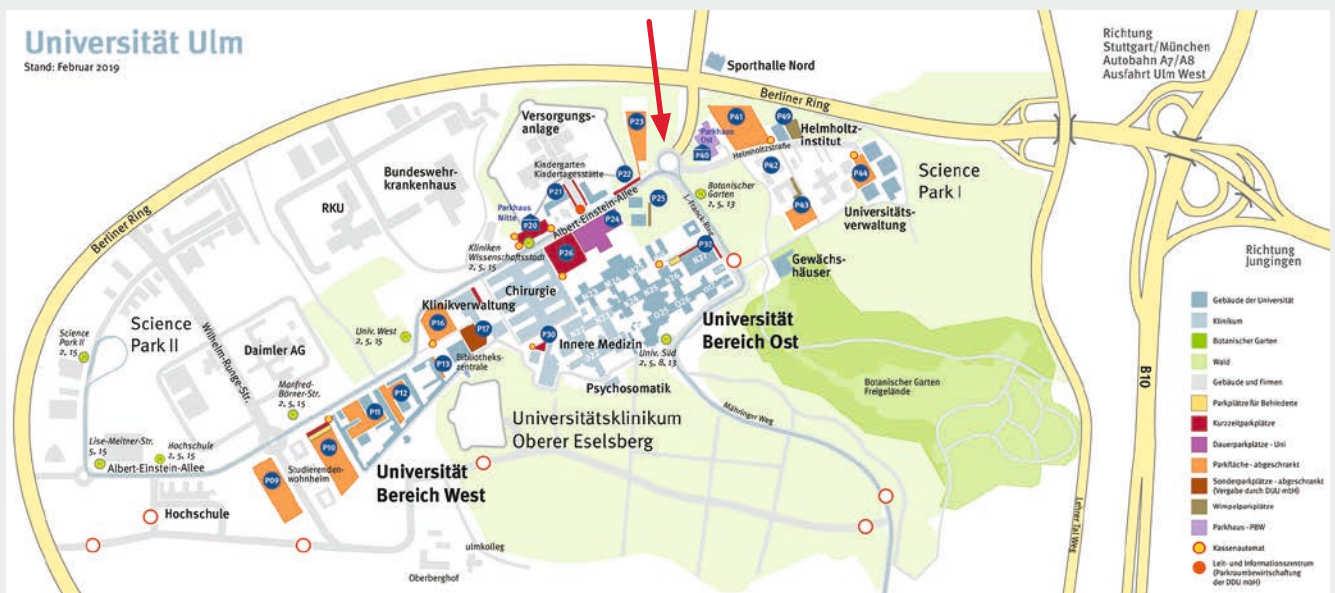


Abb. 1: Campusplan der Universität Ulm.

freilich verkürzt, die aktuelle Initiative in Ulm nur als Tribunal gegen Heilmeyer zu werten. Dessen Verdienste als Kliniker und Wissenschaftsorganisator bleiben bestehen, auch wenn Zweifel an seiner Redlichkeit aufgekommen sind und seine Vorbildfunktion in Frage gestellt ist. (Im Zuge des Meinungsbildungsprozesses hatte ich wiederholt gegen den Aktionismus der allfälligen Straßen-Umbenennungen Stellung bezogen, so etwa bei der „Heilmeyerstraße“ [Günzburg] oder dem „Heilmeyer-Steig“ [Ulm]. Konsequenter Weise soll die neue Hirschfeld-Namensgebung auf die Zukunft gerichtet sein und den gegenwärtig aufflammenden Tendenzen von Rassismus, Antisemitismus und Diskriminierung entgegen-treten.

Hirschfeld Dokumentation digital

Wichtige Entscheidungshilfe bei den Vorgängen in Ulm bildete zweifellos die 2012 von der DGHO vorgelegte Schrift „Verweigerte Ehre“. Dokumentation zu Hans Hirschfeld, die ja auch als Ausstellung auf den letzten Jahrestagungen der DGHO zu sehen war. Die wachsenden Nachfrage veranlasste den Vorstand der DGHO, diese Schrift wie auch die folgenden Bände der Historischen Forschungsstelle im OpenAccess-Verfahren allgemein zugänglich zu machen. Als Internetportal bot sich die Publikationsplattform „PUBLISSO“ bei der Deutschen Zentralbibliothek Medizin, Köln, an. Die gehaltvolle Ausstattung dieser Bände mit historischen Fotos, Faksimiles und Dokumenten erforderte langwierige Vorarbeiten bezüglich Urheberrechten und Lizenzvereinbarungen. Seit Januar 2021 stehen nun die beiden ersten Bände im Netz und können über die Homepage der DGHO aufgerufen und betrachtet werden.

Sodom und Gomorra-Brief 1938

In die digitale Version neu aufgenommen wurde ein weiteres Briefdokument aus der Feder von Hans Hirschfeld (Abb. 3). In diesem Privatschreiben geht es nicht um fachliche Belange, sondern um familiäre Angelegenheiten, die aber doch für die Stimmungslage im Frühjahr 1938 und für historische Vorgänge interessante Aufschlüsse erlauben.

Die beiläufige Erwähnung der Adresse „Rosenstraße 2“ erinnert den heutigen Leser sogleich an den „Rosenstraßenprotest“ von 1943, der durch eine Skulptur von Ingeborg Hunzinger (1995) und durch den Trotta-Film „Rosenstraße“ (2003) ins allgemeine Bewusstsein gelangt ist. Hier residierte damals das Wohlfahrtsamt der Jüdischen Gemeinde, bevor das Haus als Sammellager umfunktioniert und später durch Bomben zerstört wurde.

Der eigentliche Anlass des Briefes – Informationen zum Großvater mütterlicherseits und dessen Grabstelle – führt den Historiker bei weiteren Recherchen zu der ernüchternden Einsicht, dass der Jüdische Friedhof von Bad Freienwalde

(Oder) 1948 [!] „abgeräumt“ wurde und nur noch an seiner Umgebungsmauer zu erkennen ist. Zu jener Zeit war das öffentliche Bewusstsein noch von Gleichgültigkeit und Ignoranz geprägt, im Osten wie im Westen.

Der besagte Stammvater Jakob Eppenstein – er hinterließ 13 Kinder – rückt die weitverzweigte Familie Eppenstein ins Rampenlicht. Wer jemals die Dissertation von Hans Hirschfeld (1897) vor Augen hatte, der erkennt die im Brief genannte „Tante Emma“ unschwer als jene Emma Eppenstein geb. Friedländer, die dem jungen Doktor offenbar besonders zugetan war. (Ihr Mann Siegmund war der Zwillingbruder von Hirschfelds Mutter!) Weitaus bekannter war der promovierte Chemiker und Unternehmer Georg Eppenstein (Wikipedia), der als eines der ersten jüdischen Opfer nach der Machtübernahme von SA-Schlägertrupps brutal misshandelt wurde und nach sechs Wochen in der Charité seinen Verletzungen erlag („Köpenicker Blutwoche“). Sein Cousin Hans Hirschfeld soll ihn in den letzten Wochen behandelt und gepflegt haben.

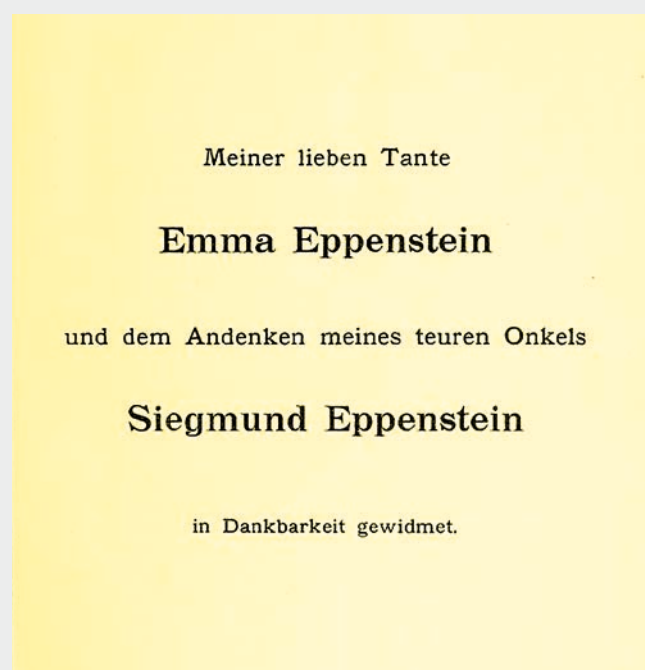
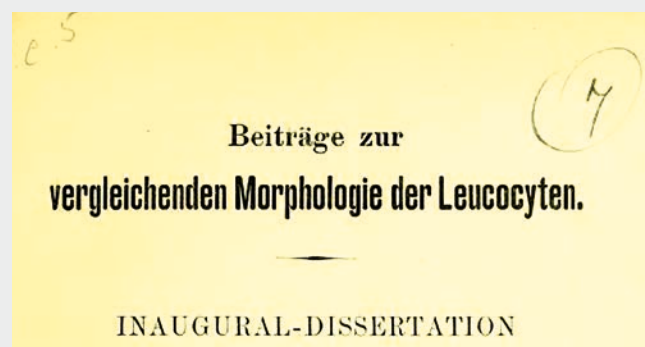
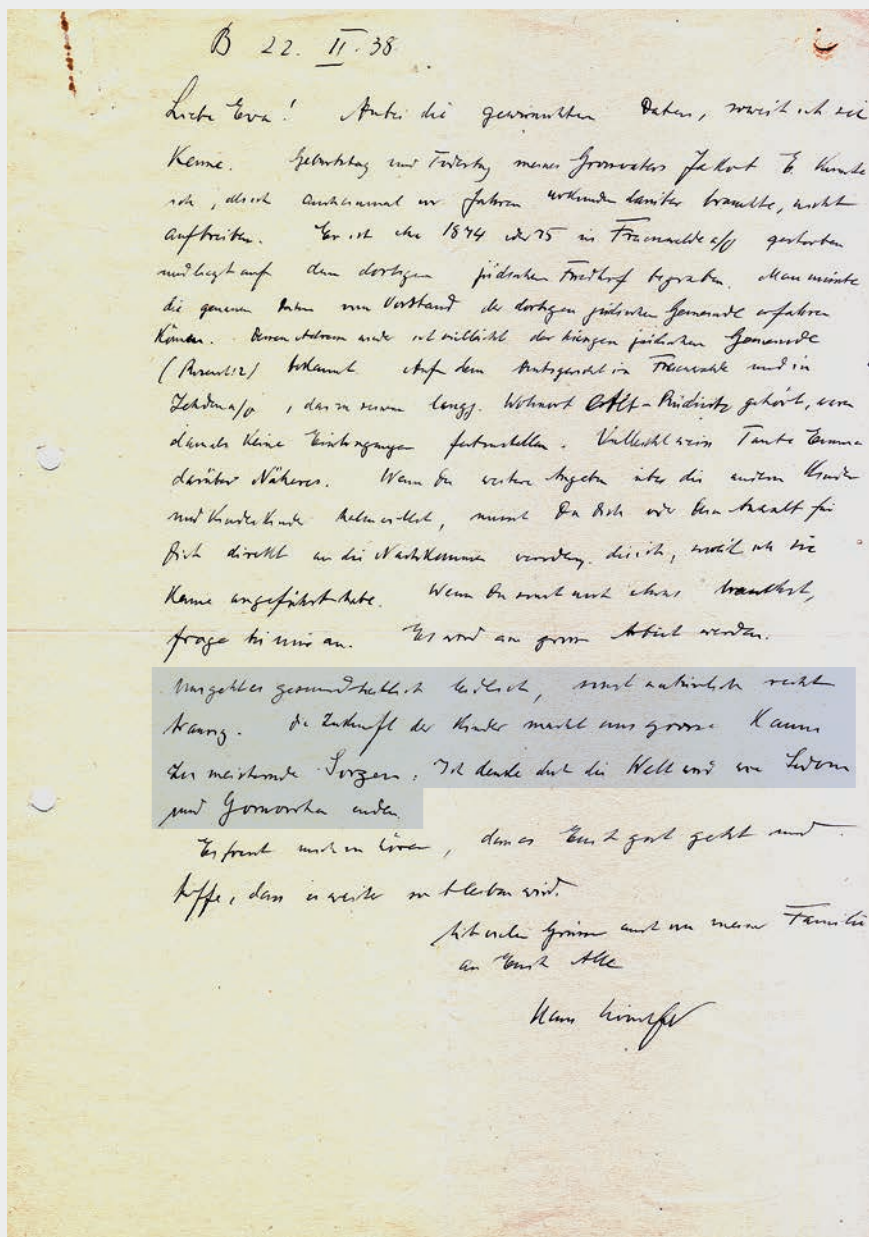


Abb. 2: Aus der Titlei von Hirschfelds Doktorarbeit bei Rudolf Virchow 1897.



Berlin, 22.11.1938

Liebe Eva! Anbei die gewünschten Daten, soweit ich sie kenne. Geburtstag und Todestag meines Grossvaters Jakob E[ppenstein] konnte ich, als ich auch einmal vor Jahren Urkunden darüber brauchte, nicht auftreiben. Er ist etwa 1874 oder 75 in Freienwalde a./O. gestorben und liegt auf dem dortigen jüdischen Friedhof begraben. Man müsste die genauen Daten vom Vorstand der dortigen jüdischen Gemeinde erfahren können. Dessen Adresse wieder ist vielleicht der hiesigen jüdischen Gemeinde (Rosenstr. 2) bekannt. Auf dem Amtsgericht in Freienwalde und in Zehden a/O, das zu seinem langj[ährigen] Wohnort Alt-Rüdnitz gehört, waren damals keine Eintragungen festzustellen. Vielleicht weiss Tante Emma darüber Näheres. Wenn Du weitere Angaben über die anderen Kinder und Kindeskindern haben willst, musst Du Dich oder dein Anwalt für Dich direkt an die Nachkommen wenden, die ich, soweit ich sie kenne, angeführt habe. Wenn Du sonst noch etwas brauchst, frage bei mir an. Es wird eine grosse Arbeit werden.

Uns geht es gesundheitlich leidlich, sind natürlich recht traurig. Die Zukunft der Kinder macht uns grosse Kummer über meisternde Sorgen. Ich denke doch die Welt wird wie Sodom und Gomorra enden.

Es freut mich zu hören, dass es Euch gut geht und hoffe, dass es weiter so bleiben wird.

Mit vielen Grüßen auch von meiner Familie an Euch alle

Hans Hirschfeld

Abb. 3: Sodom und Gomorra-Brief von Hans Hirschfeld 1938. Durch freundliche Vermittlung der Familie Watzlawik, Goslar-Immenrode.



Abb 4.: Kennkarte von Eva Sara Paul 1939: Auf der Vorderseite ein "J" anstelle des Reichsadlers. (Die Kennkarte war Vorläufer des Personalausweises.)

Eppenstein – Hirschfeld

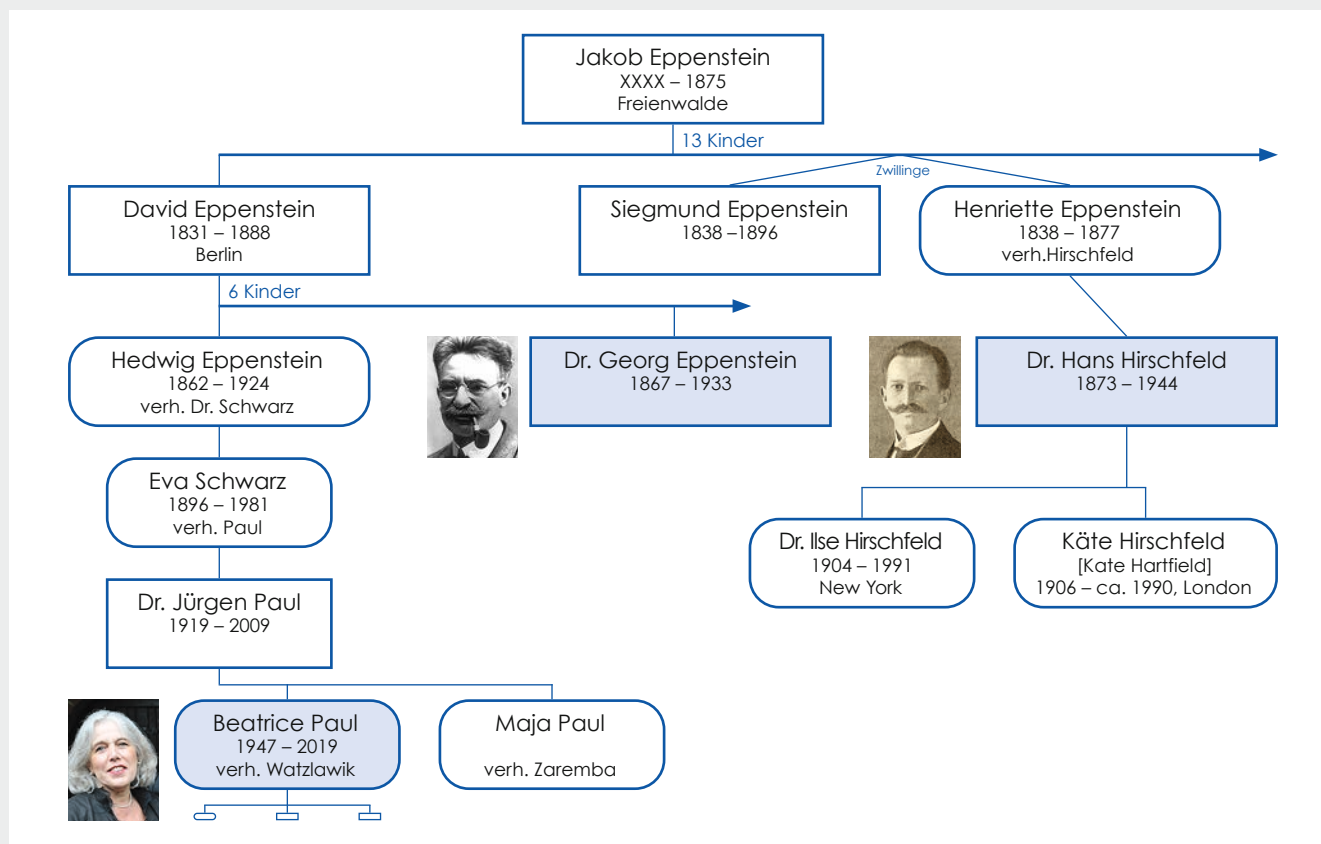


Abb. 5: Stammtafel Eppenstein-Hirschfeld.

Aus der Linie von David Eppenstein stammte auch die Adressatin des Hirschfeld-Briefes Eva Paul, Tochter von Hedwig Eppenstein und Sanitätsrat Dr. Schwarz. Nach deren Tod 1981 gelangte ihr Nachlass an die Enkelin Beatrice Watzlawik im Raum Goslar. Als diese dreißig Jahre später (2010) zusammen mit ihrer Tochter nach Hans Hirschfeld recherchierte, stießen sie auf die DGHO und nahmen Kontakt mit Prof. Mathias Freund auf, der die Familiendokumente dankbar fotokopierte. 2013 konnte ich als zwischenzeitlich bestellter DGHO-Archivar der Tochter in München, Natascha Watzlawik, die Hirschfeld-Dokumentation überreichen.

Eine denkwürdige Begegnung ereignete sich 2019, als die inzwischen 70-jährige Beatrice wegen eines fortgeschrittenen Lymphoms in die Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Göttingen (Prof. Lorenz Trümper) eingeliefert wurde und dort auf der „Hirschfeld-Station“ eine Gedenktafel für ihren „Großonkel“ Hans Hirschfeld vorfand.¹ Hier schloss sich gewissermaßen ein Kreis. Beatrice starb 2019. Dürfen wir Nachgeborenen uns nun zufrieden zurücklehnen und stolz sein auf die deutsche Erinnerungskultur, heute, wo an fast jeder Nazi-Greuelstätte „ein freundlicher Gedenkstättenbetrieb mit Postkartenverkauf und Audioguide“ auf den Besucher wartet? (Dank an Anne Weber für diesen sarkastischen Seitenhieb!)²

Bleibender Stachel

„Sodom und Gomorra“, diese biblische Zerstörungsvision prognostizierte Hans Hirschfeld in seinem Brief von Februar 1938. Zwei Monate später, am 1. April 1938, wurde ihm die Redaktion der FOLIA HAEMATOLOGICA genommen (von Nachfolger Viktor Schilling), am 11. September die Lehrbefugnis, am 1. Oktober die Approbation; in der Nacht vom 9./10. November brannten die Synagogen, ab 1939 die ganze Welt.

Blickwechsel, persönlich [P.V.]

Am 4. Oktober 1938 heirateten im nördlichen Rand des Sauerlandes meine Eltern (er 36, sie 28) und legten damit den Grundstock für eine sechsköpfige Kinderschar. Unter den Hochzeitsgästen befanden sich mehrere evangelische Pfarrer und Pfarrerstöchter; ferner der befreundeter Jurist Artur Sträter, ein Kon-Abiturient des Bräutigams und Schwiegersohn jenes preußischen Kultusministers³, der einst in Berlin die Ernennungsurkunde für Hans Hirschfeld zum „außerordentlichen Professor“ unterzeichnet hatte (1922).

1 Auch am Universitätsklinikum Erlangen (Prof. A. Mackensen) gibt es eine Hirschfeld-Station.

2 In ihrem Werk „Ahnem. Ein Zeitreisetagebuch“, 2015, Fischer TB, S. 234.
3 Otto Boelitz (1876-1951), Kultusminister von 1921 bis 1925.



34						34			
Getaufte in der Dankes Kirche						im Monat März Jahr 1918			
Lebensjahr des Kindes	Vornamen des Kindes	Tag und Stunde der Geburt	Ob männlich oder weiblich	Vor- und Zuname des Vaters, nach Stand beschreiben	Vor- und Zuname der Mutter	Wohnort der Eltern	Tag der Taufe	Name des Predigers, der es getauft	Namen der Taufzeugen
1918	Hirsch Hans	20. März 1849 10 1/2 Uhr	männlich	Hirschfeld König Kaufmann Mosaisch	Eppenstein Grunwald	Berlin Königstrasse 101 1918	20.	5 ch. Ellbert	1. Paul Tiedemann Daressalam 2. Frau Offizier 3. Herr Tiedemann
1918	Hirsch Else	4. September 1904 2 Uhr	weiblich	Hirschfeld König Kaufmann Mosaisch	Tiedemann Rosa	Berlin Königstrasse 101 1918	20.	5 ch. Ellbert	4.

Abb. 6: Auszug aus dem Taufregister der Dankeskirche, Berlin. Durch freundliche Vermittlung der Familie Watzlawik, Goslar-Immenrode. Es gibt bisher keinerlei Hinweise dafür, dass Hans Hirschfeld den hier angeführten Taufnamen „Hirsch“ jemals verwendet hat. Neu für die Forschung ist der Eintrag über den Vater: „Seelig Hirschfeld, Kaufmann, mos[aisch].“ Beachte ferner die Ortsangabe des Taufzeugen Tiedemann „Daressalam“ (damals Deutsch-Ostafrika!).

Ein Keim von „Gomorrha“ [im Sinne von Fremdenfeindlichkeit, Rassismus, bibl.: Verletzung der Gastfreundschaft] war auch in diese scheinbar unbeschwerte Hochzeitsgesellschaft gelegt: Ein Cousin der Braut, Fabrikant und Untersturmführer der SS (vier Wochen später, am 9. November [!], befördert zum Obersturmführer), bestand darauf, dass Sträter seine vorbereitete Brautrede nicht halten durfte mit der Begründung, jener sei doch „Vierteljude“.

Dieser Eklat wurde nach dem Krieg zu einem Familientabu und kam über Jahrzehnte ebenso wenig zur Sprache wie die Themen ‚Judenvertreibung‘ und ‚Holocaust‘. Erst 55 Jahre nach Kriegsende lüftete die 90-jährige Witwe des verhinderten Redners⁴ das Geheimnis und machte die Kinder sprachlos. Wie viele Parallelen zum Hirschfeld-Tabu in der ‚Familie‘ der Hämatologen und Onkologen! Ein moralisch-ethisches Sodom und Gomorrha, das uns bis heute unfrei macht.

4 = Artur Sträter († 1977) war nach dem Krieg langjähriger Minister in Nordrhein-Westfalen (CDU).

Addendum:

Auch Hans Hirschfeld gehörte der Evangelischen Kirche an. Zusammen mit Frau und Töchtern und einer Schwägerin (Krankenschwester) hatte er sich am 23. März 1908 in der Berliner Dankeskirche taufen lassen. Trotzdem mussten die Hirschfelds ab 1.9.1941 den Judenstern tragen. Es dauerte wiederum 57 Jahre, bis ein Bischof der protestantischen Kirche das ungeheuerliche Versagen der christlichen Gemeinden, den Mangel an Solidarität und Fürsorge, brandmarkte. (Bußtagspredigt von Bischof Wolfgang Huber am 20.11.2002 zum Gedenken an das Schicksal von Christen jüdischer Herkunft in der Zeit der nationalsozialistischen Diktatur.)⁵

Übrigens: Die einst stattliche Dankes-Kirche im Berliner Wedding wurde 1944 schwer beschädigt und 1949 abgerissen – zugunsten der Straßenerweiterung.

5 Vgl. Manfred Gailus: Ist die „Aufarbeitung der NS-Zeit beendet? Anmerkung zur kirchlichen Erinnerungskultur seit der Wende 1989/1990. In KIRCHLICHE ZEITGESCHICHTE 27 (2014) 56-68.



Abb. 7: Hochzeit Voswinkel/Siepmann 1938. Pfeil: Dorita Sträter geb. Boelitz († 2005) und Dr. Artur Sträter († 1977). Die letztüberlebende Beteiligte (rot) starb 2020 im Alter von 95 Jahren.

Rückblick

Yoga-Monat Februar „Komm mit uns in Bewegung“



In Anlehnung an das letztjährige erfolgreiche Digital-Angebot „Wir gemeinsam – In Bewegung durch die Krise“ startete das Team der Stiftung mit einem weiteren virtuellen Programm ins neue Jahr. Der Februar wurde kurzerhand zum Yoga-Monat ausgerufen. Unter dem Motto „Komm mit uns in Bewegung“ wurden Angebote konzipiert, die sich direkt an die jungen Betroffenen richteten, um ein wenig die Lücken im fehlenden persönlichen Austausch und der gemeinsamen sportlichen Betätigung unter den aktuellen Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie zu schließen. Unterstützt von In-

eam El-Rajab und Annelie Voland, beide Sportwissenschaftlerinnen aus Heidelberg, wurden verschiedenste Formate zum Thema Yoga angeboten. Coffee-Breaks am Nachmittag, um den Kreislauf in Schwung zu bringen, wurden begleitet von wöchentlich wiederkehrenden Yoga-Sessions, die zur abendlichen Entspannung einluden. Abgerundet wurde die Aktion von einem gemeinsamen virtuellen Ausklang „Yoga & Tee“. Bei einem heißen Schälchen machten es sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gemütlich, tauschten sich über ihre Erfahrungen aus und gaben sich Tipps. Die Ansprache der jungen Betroffenen erfolgte gezielt über die Social-Media-Kanäle der Stiftung. Dem Grau in Grau des Februars wurde ein aktives und bestärkendes WIR entgegengesetzt, dass die Betroffenen noch weit über diesen Monat hinaus begleiten wird.

Individuelle Beratung im JUNGEN KREBSPORTAL

Erweiterung um einen Tandem-Bereich

Pünktlich zum Weltkrebstag am 4. Februar 2021 stellte die Stiftung ihre neueste Erweiterung im Bereich der Individuellen Beratung im JUNGEN KREBSPORTAL vor. In Zukunft wird es neben der Beratung durch Expertinnen und Experten in den bestehenden Themenfeldern auch die Möglichkeit eines Peer-to-Peer-Austauschs mit anderen jungen Betroffenen geben. Die Erfahrungen der Stiftung haben gezeigt, dass gerade junge Betroffene in der Akutphase davon profitieren sich mit anderen Betroffenen mit ähnlicher Diagnose und Lebenssituation auszutauschen. Hierbei geht es in der Regel weniger um eine konkrete Beratung zu bestimmten Themen als mehr um eine unterstützende Begleitung durch

die ersten Phasen der Therapie. Die Tandem-Funktion ist darüber hinaus auch zu späteren Zeitpunkten, bspw. in der Nachsorge sinnvoll, wenn Betroffene sich über Erfahrungen zur Partnerschaft, Sexualität, Familie oder der beruflichen Situation austauschen möchten. Das umfangreiche ehrenamtliche Engagement von Betroffenen aus ganz Deutschland, erlaubt es der Stiftung gezielt junge Krebspatienten zusammenzuführen.

Ein Tandem-Austausch wird zunächst zu allgemeinen Fragen rund um den Umgang mit der Krebserkrankung sowie zu den speziellen Themenbereichen „Familie & Krebs“ und „Studium & Krebs“ möglich sein. Nach und nach werden die Themen dann ausgebaut.



Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle ganz herzlich bei allen langjährigen Unterstützerinnen und Unterstützern für ihre ehrenamtliche Tätigkeit, den unermüdlichen Einsatz und das großartige Engagement bedanken. Die Individuelle Beratung im JUNGEN KREBSPORTAL ist ein umfassendes und niederschwelliges Angebot für junge Betroffene, welches ohne die ehrenamtliche Unterstützung aller Beraterinnen und Berater nicht möglich wäre.

Uns unterstützen bereits:

Annika Biel, *Klink*
 Dr. med. Judith Büntzel, *Göttingen*
 Dr. med. Timm Dauelsberg, *Freiburg*
 Dipl.-Med. Gerhard Faber, *Blankenburg*

Prof. Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, *Essen*
 Dr. med. Hans-Joachim Hindenburg, *Berlin*
 Prof. Dr. med. Il-Kang Na, *Berlin*
 Dr. med. Eva-Maria Kalusche-Bontemps, *Bad Gandersheim*
 Dr. med. Michael Klein, *Recklinghausen*
 Dr. med. Volker König, *Bad Oeynhausen*
 Prof. Dr. med. Thorsten Langer, *Lübeck*
 Dr. med. Christian Lotze, *Kreischa*
 Prof. Dr. med. Diana Lüftner, *Berlin*
 Prof. Dr. med. Monika Reuss-Borst, *Bad Bocklet*
 Prof. Dr. med. Oliver Rick, *Bad Wildungen*
 Doreen Sallmann, *Masserberg*
 Prof. Dr. med. Caren Scheibenbogen, *Berlin*
 PD Dr. med. Ulf Seifart, *Marburg*
 Dr. med. Monika Steimann, *Boltenhagen*
 Elena Thom, *Babenhausen*
 PD Dr. med. Nicole Unger, *Essen*
 Dr. med. Kirsten Wittke, *Berlin*

Wir suchen Beraterinnen und Berater

Der Bereich der individuellen Beratung soll perspektivisch ausgebaut werden. Wir sind auch weiterhin auf der Suche nach Beraterinnen und Beratern die uns in den bestehenden vier Themenbereichen unterstützen.

• Veränderungen des Hormonhaushaltes

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

• Immundefekte

Gesucht werden Onkologinnen und Onkologen sowie 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 Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin, Hämatologie/Internistische Onkologie, Ernährungs-, Sport-, Notfall- und Palliativmedizin gesucht. Es

soll unter anderem über Ernährung, Therapie auf pflanzlicher Basis, traditioneller chinesischer Medizin, Bewegung und Entspannungsverfahren aufgeklärt werden.

• Sozialrechtliche Fragestellungen

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

Haben Sie Interesse oder Fragen zum Portal, melden Sie sich jederzeit bei uns. Wir freuen uns Sie kennenzulernen.

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
 Tel.: 030 280 930 56 0
info@junge-erwachsene-mit-krebs.de

Veranstaltungshinweise 2021

DGHO Frühjahrstagung 2021 Teil II: Ambulante Versorgung 10. März 2021

VIRTUELL

<https://www.dgho-fruehjahrstagung.de/>
Virtuell an drei Terminen – Thema
„Onkologie und Ökonomie“

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

28. bis 30. März 2021

Köln

<https://winho.de/fortbildung-fachassistentin-fur-medikamentose-tumorthherapie/>
unter der Schirmherrschaft der DGHO

17th St.Gallen International Breast Cancer Conference 2021

17. bis 21. März 2021

VIRTUELL

<https://www.sg-bcc.org>

AGO Zertifizierungskurs – „Diagnostik und Therapie in der onkologischen Gynäkologie“ (1. Seminar)

19. bis 20. März 2021

Kassel

unter der Schirmherrschaft der DGHO

DGHO Frühjahrstagung 2021 Teil III: Stationäre Versorgung 24. März 2021

VIRTUELL

<https://www.dgho-fruehjahrstagung.de/>
Virtuell an drei Terminen – Thema
„Onkologie und Ökonomie“

3. Leipziger Hämatologie und Onkologie Symposium

26. März 2021

VIRTUELL

<https://www.lhos-tagung.de/>

Frühjahrstagung 2021 der OeGHO

8. bis 10. April 2021

Wien, Österreich

<https://www.oegho.at/oegho-ahop-fruehjahrstagung-2021-1/>

Master Online Advanced Oncology (M.Sc.) – Anmeldefrist

15. April 2021

ONLINE

<https://www.masteroncology.de>

Fortbildungsveranstaltung (Modul 4) – Fachassistent/in zur medikamentösen Tumortherapie und Patientenkommunikation

16. bis 17. April 2021

VIRTUELL

<https://winho.de/fortbildung-fachassistentin-fur-medikamentose-tumorthherapie/>
unter der Schirmherrschaft der DGHO

AGO Zertifizierungskurs – „Diagnostik und Therapie in der onkologischen Gynäkologie“ (2. Seminar)

16. bis 17. April 2021

Kassel

unter der Schirmherrschaft der DGHO

127. Jahrestagung der DGIM

17. bis 20. April 2021

VIRTUELL

<http://www.dgim2021.de/>

Homöostase Update 2021

23. bis 24. April 2021

Mainz und VIRTUELL

<https://haemostase-update.com/>

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Fortbildungsveranstaltung (Modul 5) – Fachassistent/in zur medikamentösen Tumortherapie und Patientenkommunikation

7. bis 8. Mai 2021

VIRTUELL

<https://winho.de/fortbildung-fachassistentin-fur-medikamentose-tumorthherapie/>
unter der Schirmherrschaft der DGHO

Trainingskurs Infektiologie

7. bis 8. Mai 2021

VIRTUELL

<https://www.dgho-service.de>

eine Veranstaltung der DGHO

AGO Zertifizierungskurs – „Diagnostik und Therapie in der onkologischen Gynäkologie“ (3. Seminar)

7. bis 8. Mai 2021

Kassel

unter der Schirmherrschaft der DGHO

11. Akademie Knochen und Krebs – NEUER TERMIN –

14. bis 15. Mai 2021

Frankfurt am Main

<http://www.akuk-annmeldung.de/>

unter der Schirmherrschaft der DGHO

21st Congress of the European Society for Hemapheresis

26. bis 27. Mai 2021

VIRTUELL

<https://www.esfh2020.com/>

ASCO Annual Meeting 2021

4. bis 8. Juni 2021

Chicago, USA

<https://meetings.asco.org/am/meeting-info>

26th Congress of EHA

9. bis 17. Juni 2021

VIRTUELL

<https://ehaweb.org/congress/eha-congress-2021/key-information/>

Symposium Vision Zero – Innovations in oncology 2021

14. bis 15. Juni 2021

Berlin

<https://www.vision-zero-2021.de/>

unter der Schirmherrschaft der DGHO

16th International Conference on Malignant Lymphoma

15. bis 19. Juni 2021

Lugano, Schweiz

<https://www.icml.ch/icml/16th-icml-redirect/general-information.html>

40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

17. bis 19. Juni 2021

Stuttgart

<https://www.senologiekongress.de/de/Startseite/>

27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie

24. bis 26. Juni 2021

VIRTUELL

<https://www.degro-jahrestagung.de/>

Update Hämatologie / Onkologie 2021

25. bis 26. Juni 2021

Dresden und VIRTUELL

<https://www.onko-update.de/>

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Immunonkologika & Gezielte Therapien Hämatologie/Onkologie – 3 Länder Spezial

25. bis 26. Juni 2021

München

<https://www.fomf.de/fortbildungen/immunonkologika-und-gezielte-therapien-0>
unter der Schirmherrschaft der DGHO

Update Hämatologie/Onkologie 2021 13. bis 14. August 2021

Duisburg und VIRTUELL

<https://www.onko-update.de/>

unter der Schirmherrschaft der DGHO

Frankfurt Cancer Conference 2020 – NEUER TERMIN –

24. bis 26. August 2021

Frankfurt am Main

<https://www.uct-frankfurt.de/cancerconference2020.html>

31. Deutscher Hautkrebskongress 8. bis 11. September 2021

Hamburg

<https://www.ado-kongress.de/>

Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie 1. bis 4. Oktober 2021

Berlin

<https://www.haematologie-onkologie-2021.com/>

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.

