

#	Beteiligte	Zustimmung	Enthaltung	Ablehnung	Zustimmung %
3.1	45	43	1	1	97.73
4.5	46	40	6	0	100.00
6.58	46	43	3	0	100.00
6.59	46	36	3	7	83.72
6.60	46	40	3	3	93.02
6.61	46	41	4	1	97.62
6.62	46	42	4	0	100.00
8.24	42	39	1	2	95.12
8.29	39	34	3	2	94.44
8.30	38	35	2	1	97.22
8.50	39	35	2	2	94.59
8.111	39	28	7	4	87.50
8.112	39	27	9	3	90.00
8.115	39	37	2	0	100.00
8.117	39	34	4	1	97.14
8.122	39	35	4	0	100.00
8.125	43	41	2	0	100.00
8.138	38	32	5	1	96.97
8.139	43	39	4	0	100.00
8.141	42	34	5	3	91.89
8.142	39	33	4	2	94.29
8.145	38	31	4	3	91.18
8.149	39	35	3	1	97.22
8.150	39	36	3	0	100.00
8.151	44	40	4	0	100.00
9.19	40	37	2	1	97.37

Kapitel	3. Epidemiologie; 3.7. 3.1.
3.1	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	Bei jedem Patienten mit Lungenkarzinom sollen anamnestisch die Risikofaktoren (Rauchen, berufliche Noxen und Familienanamnese) erfragt werden. Die Erhebung einer umfassenden Arbeitsanamnese ist erforderlich.
Level of Evidence	
5	

Zustimmung97.73%

inhaltliche KommentareJa

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.956	43
weiß nicht/keine Meinung	0.022	1
stimme nicht zu	0.022	1
Antwortende gesamt		45

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

zustimmungen (0)
Enthaltungen (0)
Ablehnungen (1)

-

Würde noch ergänzen um "maligne Erkrankungen in der Vorgeschichte bzw. Zweitneoplasien"
Hintergrund: die hereditären Lungenkrebserkrankungen scheinen häufiger zu sein als bisher angenommen. Hierfür sprechen Daten aus je einer US-amerikanischen und einer chinesischen Kohorte, die auf dem ASCO 2023 vorgestellt wurden, sowie die Auswertung des MASTER-Programms aus Heidelberg.

Kapitel	4. Prävention; 4.3. 4.5.
4.5	Konsensbasiertes Statement - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad undefined	Die Einhaltung der gesetzlichen Arbeitsschutzvorschriften gewährleistet mit einer ständigen wissenschaftlichen Überprüfung und Risikobewertung von Gefahrstoffen eine weitgehende Minimierung der Gefährdung durch kanzerogene Noxen am Arbeitsplatz.

Zustimmung	100.00%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.870	40
weiß nicht/keine Meinung	0.130	6
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		46

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (1)	Braucht es dieses Statement in der LungenCa-Leitlinie. Ein Statement wir im letzten Abschnitt des Hintergrundtextes Verdacht auf eine Berufskrankheit sind Ärzte und Ärztinnen verpflichtet, eine Verdachtsanzeige über eine Berufskrankheit an den Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) oder an den Staatlichen Gewerbearzt / Landesgewerbearzt zu übermitteln.	
-		
Ablehnungen (0)		

Kapitel	6. Diagnostik; 6.6. 6.60 verschoben
6.58	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	Eine Testung auf EGFR-Mutationen in den Exonen 19 und 21 und ALK-Fusionen soll anhand des zur Verfügung stehenden Tumorgewebes bei NSCLC in frühen Tumorstadien (IB – IIIA, hinsichtlich ALK bei Tumoren ≥ 4 cm) vorgenommen werden.

Zustimmung	100.00%	
inhaltliche Kommentare	Nein	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.935	43
weiß nicht/keine Meinung	0.065	3
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		46

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (0)		
Ablehnungen (0)		

Kapitel	6. Diagnostik; 6.6. neu
6.59	Konsensbasierte Empfehlung - neu 2024
EK	Bei allen nicht resezierbaren NSCLC im Stadium III sollen vor Einleitung der Erstlinientherapie anhand des zur Verfügung stehenden Tumorgewebes/der Tumorzellen molekularpathologische Untersuchungen hinsichtlich der EGFR-Mutationen in den Exonen 19 und 21 sowie der HER2 (ERB2)-Mutationen in den Exonen 8, 18, 19, 20 und 21durchgeführt werden.

Zustimmung	83.72%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.783	36
weiß nicht/keine Meinung	0.065	3
stimme nicht zu	0.152	7
Antwortende gesamt		46

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

zustimmungen (0)
Enthaltungen (0)
Ablehnungen (7)

-	falls HER2 hier erscheint, wäre ERBB2 statt ERB2 hier korrekt, aber HER2 hat keinen größeren Stellenwert als ALK etc hier, warum EGFR + HER2? EGFR ist notwendig LAURA ALK könnte man noch testen	
-	warum Her2? Beim nicht resektablen, aber radiochemotherapiebaren Stadium III spielt das doch keine Rolle.	
-		Bei allen nicht resezierbaren NSCLC im Stadium III sollen vor Einleitung der Erstlinientherapie anhand des zur Verfügung stehenden Tumorgewebes/der Tumorzellen molekularpathologische Untersuchungen hinsichtlich der EGFR-Mutationen in den Exonen 19 und 21 durchgeführt werden.
-	Warum isolierte Testung auf HER2 Mutationen im Stadium III?	
-	EGFR klar. Aber warum Her2? Auf welcher Datenbasis? Die EGFR-Mutationsanalyse muss nicht zwangsweise vor Einleitung einer komb. Radiochemotherapie vorliegen, sie sollte nur zum Ende dieser verfügbar sein.	
-	Datenlage zu Her2-Mutationen??	
-	ich kenne keine Daten zu HER2 im Stadium III Vielleicht habe ich hier etwas übersehen. Aber meines Wissens sollten aufgrund der bisherigen Studienlage die typischen EGFR Mutationen (ex19,21) sowie ALK-Fusionen ausgeschlossen werden.	
-		

Kapitel	6. Diagnostik; 6.6. neu, Splittung der alten Empfehlung 6.61
6.60	Konsensbasierte Empfehlung - neu 2024
EK	Auch bei Patienten in frühen Stadien nichtkleinzelliger Lungenkarzinome soll parallel zu den molekularpathologischen Untersuchungen eine immunhistochemische Untersuchung auf PD-L1-Expression durchgeführt werden. Soweit nur zytologische Präparate mit Tumorzellen zur Verfügung stehen, soll eine Aufarbeitung in Zellblocktechnik mit nachfolgender immunzytochemischer Untersuchung auf PD-L1-Expression (TPS, s.u.) erfolgen. Das Ergebnis ist als Prozentsatz membranös positiver Tumorzellen (Tumour Proportion Score, TPS) anzugeben. Eine externe Qualitätssicherung im Rahmen von Ringversuchen soll nachgewiesen werden. Nach Bestimmung eines therapeutisch relevanten TPS-Wertes soll bei diesen Tumoren eine Testung auf EGFR-Mutationen (Exone 18-21) und ALK-Fusionen durchgeführt werden.

Zustimmung	93.02%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.870	40
weiß nicht/keine Meinung	0.065	3
stimme nicht zu	0.065	3
Antwortende gesamt		46

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

zustimmungen (0)
Enthaltungen (0)
Ablehnungen (3)

-	ALK und EGFR sollten nicht nach, sondern neben PD-L1 empfohlen werden. Eigentlich, wenn man nur entweder PD-L1 oder EGFR/ALK machen kann (weil z.B. wenig Material), ist EGFR/ALK wichtiger als PD-L1, da die perioperative Chemoimmuntherapie (z.B. KN-671) unabhängig von der PD-L1 Expression zugelassen ist.	
-	Mit der PEARLS-Zulassung gibt es ein Label für IO unabhängig vom PD-L1 Status, daher ist der letzte Satz eigentlich überflüssig. Alle Patient*innen sollten auf EGFR und ALK getestet werden	
-	"Parallel zur Testung auf PD-L1 soll bei diesen Tumoren eine Testung auf EGFR.... durchgeführt werden"	
-	es ist unklar, was ein therapeutisch relevanter TPS Wert ist, das ist veraltet und ist durch die aktuellen Zulassungen nicht mehr state of the art.	

Kapitel	6. Diagnostik; 6.6. 6.58
6.61	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	Anhand des zur Verfügung stehenden Tumorgewebes / der Tumorzellen von allen NSCLC im Stadium IV sollen molekularpathologische Untersuchungen hinsichtlich aller therapeutisch relevanten molekularen Veränderungen (nach derzeitigem Stand vor Erstlinientherapie als Mindestanforderung EGFR-Mutationen in den Exonen 18-21, BRAF V600 Mutationen, ALK-Fusionen, ROS1-Fusionen, RET-Fusionen, NTRK 1-3-Fusionen, KRAS-Mutationen (insbesondere KRAS-G12C-Mutation), MET-Exon 14-Skipping-Mutationen, NRG1-Fusionen und HER2 (ERBB 2)-Mutationen in den Exonen 8,18, 19, 20 und 21) eingeleitet werden.

Zustimmung	97.62%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.891	41
weiß nicht/keine Meinung	0.087	4
stimme nicht zu	0.022	1
Antwortende gesamt		46

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (1)		
-	würde empfehlen als Mindestanforderung vor Erstlinientherapie, sich an der aktuellen Zulassung zu orientieren (d.h. KRAS, MET-Exon-14 rausnehmen)	
Ablehnungen (1)		
-	für NRG1 besteht keine therapeutische Konsequenz	

Kapitel	6. Diagnostik; 6.6. Molekular2
6.62	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	In den Gewebeproben von Therapie-naiven Patienten im Stadium IV soll parallel zu den molekularpathologischen Untersuchungen eine immunhistochemische Untersuchung auf PD-L1-Expression durchgeführt werden.* Soweit nur zytologische Präparate mit Tumorzellen zur Verfügung stehen, soll bei entsprechenden Patienten eine Aufarbeitung in Zellblocktechnik mit nachfolgender immunzytochemischer Untersuchung auf PD-L1-Expression (TPS, s.u.) erfolgen. Das Ergebnis ist als Prozentsatz membranös positiver Tumorzellen (Tumour Proportion Score, TPS) und als Prozentsatz positiver Immunzellen (Immun Cell Score, IC-Score) anzugeben. Eine externe Qualitätssicherung im Rahmen von Ringversuchen soll nachgewiesen werden. *Die Empfehlung zur Untersuchung der PD-L1-Expression gilt für alle histologischen NSCLC-Typen (siehe auch Therapiealgorithmus NSCLC IV)

Zustimmung	100.00%	
inhaltliche Kommentare	Nein	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.913	42
weiß nicht/keine Meinung	0.087	4
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		46

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

zustimmungen (0)
Enthaltungen (0)
Ablehnungen (0)

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.3. 8.24
8.24	Evidenzbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad B	NSCLC Patienten mit resektablen Tumoren im Stadium II (ohne EGFR und ALK Alteration) und Empfehlung einer Induktionstherapie, sollte eine kombinierte Immunchemotherapie angeboten werden. Die Checkpointinhibitorthherapie kann ggfs. postoperativ fortgesetzt werden.
Level of Evidence 1b	[Forde, PM, Spicer, J, Lu, S, Provencio, M, Mitsudomi, T, Awad, MM, et.al. Neoadjuvant Nivolumab plus Chemotherapy in Resectable Lung Cancer.. N Engl J Med, 2022. 386 (21)(21): p. 1973-1985., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35403841/] [Wu, Y, Verma, V, Gay, CM, Chen, Y, Liang, F, Lin, Q, et.al. Neoadjuvant immunotherapy for advanced, resectable non-small cell lung cancer: A systematic review and meta-analysis.. Cancer, 2023. 129 (13)(13): p. 1969-1985., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36994945/] [Heymach, JV, Harpole, D, Mitsudomi, T, Taube, JM, Galffy, G, Hochmair, M, et.al. Perioperative Durvalumab for Resectable Non-Small-Cell Lung Cancer.. N Engl J Med, 2023. 389 (18)(18): p. 1672-1684., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37870974/] [Wakelee, H, Liberman, M, Kato, T, Tsuboi, M, Lee, SH, Gao, S, et.al. Perioperative Pembrolizumab for Early-Stage Non-Small-Cell Lung Cancer.. N Engl J Med, 2023. 389 (6)(6): p. 491-503., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37272513/]

Zustimmung

95.12%

inhaltliche Kommentare

Ja

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.929	39
weiß nicht/keine Meinung	0.024	1
stimme nicht zu	0.048	2
Antwortende gesamt		42

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (1)	Begriffe wie ggf. sollten in Empfehlungen möglichst verwiesen werden. Können die Bedingungen nicht spezifiziert werden? Wenn es zu umfangreich ist, kann man das auch im Hintergrundtext machen.	
-	Die Gründe (Evidenz) für diesen Zusatz sind im Hintergrundtext nicht gut beschrieben.	
Ablehnungen (2)	sollte "kann" Empfehlung sein!	
-	ich weiss nicht, warum man bei einer Therapie, die für die Gesamtgruppe einen signifikanten Überlebensvorteil gezeigt hat nicht soll schreibt. Welche Daten benötigen wir denn noch?	
-		

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.3. neu
8.29	Evidenzbasierte Empfehlung - neu 2024
Empfehlungsgrad B	Patienten mit NSCLC im Stadium II und einer aktivierenden EGFR-Mutation (nur Exon 19 Deletion, Exon 21 L858R), bei denen nach kompletter Resektion keine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden kann, sollte eine adjuvante Therapie mit Osimertinib über 3 Jahre angeboten werden.
Level of Evidence 1	[Wu, YL, Tsuboi, M, He, J, John, T, Grohe, C, Majem, M, et.al. Osimertinib in Resected . N Engl J Med, 2020. 383 (18)(18): p. 1711-1723., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32955177/] [Tsuboi, M, Herbst, RS, John, T, Kato, T, Majem, M, Grohé, C, et.al. Overall Survival with Osimertinib in Resected . N Engl J Med, 2023. 389 (2)(2): p. 137-147., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37272535/]

Zustimmung	94.44%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.872	34
weiß nicht/keine Meinung	0.077	3
stimme nicht zu	0.051	2
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (1)		
-	Ich konnte keinen Hintergrundtext dazu identifizieren.	
Ablehnungen (2)		
-	Unglückliche Formulierung: Das klingt so, als würde die Therapie mit Osimertinib nur bei Nicht-Eignung für eine ChT erfolgen.	den hatte ich mehrfach eingebracht: ich wiederhole:
-	Die Indikation für die adjuvante Therapie mit Osimertinib ist nicht abhängig von der Gabe oder Nicht-Gabe einer adjuvanten Chemotherapie.	Patienten mit NSCLC im Stadium II und einer aktivierenden EGFR-Mutation (nur Exon 19 Deletion, Exon 21 L858R) nach kompletter Resektion, soll (nach einer adjuvanten Chemotherapie, wenn indiziert und durchführbar) eine adjuvante Therapie mit Osimertinib über 3 Jahre angeboten werden.

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.3. neu
8.30	Evidenzbasierte Empfehlung - neu 2024
Empfehlungsgrad 0	Patienten mit NSCLC im Stadium IB und einer aktivierenden EGFR-Mutation (nur Exon 19 Deletion, Exon 21 L858R), kann nach kompletter Resektion eine adjuvante Therapie mit Osimertinib über 3 Jahre angeboten werden.
Level of Evidence 1	[Wu, YL, Tsuboi, M, He, J, John, T, Grohe, C, Majem, M, et.al. Osimertinib in Resected . N Engl J Med, 2020. 383 (18)(18): p. 1711-1723., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32955177/] [Tsuboi, M, Herbst, RS, John, T, Kato, T, Majem, M, Grohé, C, et.al. Overall Survival with Osimertinib in Resected . N Engl J Med, 2023. 389 (2)(2): p. 137-147., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37272535/]

Zustimmung

97.22%

inhaltliche Kommentare

Ja

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.921	35
weiß nicht/keine Meinung	0.053	2
stimme nicht zu	0.026	1
Antwortende gesamt		38

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

zustimmungen (0)

Enthaltungen (1)

- Ich konnte keinen Hintergrundtext dazu identifizieren.
- Ablehnungen (1)

auch hier habe wir OS Daten. ich denke wir sollten uns zumindestens zu einem "Sollte" durchringen.
-

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.5. neu
8.50	Evidenzbasierte Empfehlung - neu 2024
Empfehlungsgrad A	Patienten mit NSCLC im Stadium IIIA und einer aktivierenden EGFR-Mutation (nur Exon 19 Deletion, Exon 21 L858R), bei denen nach kompletter Resektion keine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden kann, soll eine adjuvante Therapie mit Osimertinib über 3 Jahre angeboten werden.
Level of Evidence 1	[Wu, YL, Tsuboi, M, He, J, John, T, Grohe, C, Majem, M, et.al. Osimertinib in Resected . N Engl J Med, 2020. 383 (18)(18): p. 1711-1723., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32955177/] [Tsuboi, M, Herbst, RS, John, T, Kato, T, Majem, M, Grohé, C, et.al. Overall Survival with Osimertinib in Resected . N Engl J Med, 2023. 389 (2)(2): p. 137-147., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37272535/]

Zustimmung

94.59%

inhaltliche Kommentare

Ja

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.897	35
weiß nicht/keine Meinung	0.051	2
stimme nicht zu	0.051	2
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

- zustimmungen (0)

Enthaltungen (1)

-
- Ablehnungen (2)

-

s.o.; bitte anders formulieren

s.o., die adjuvante Osimertinib Therapie ist nicht an die adjuvante Chemotherapie gekoppelt.

s.o. zur adjuvanten Therapie mit Osimertinib
-

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.91
8.111	Evidenzbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad B/0	Bei NSCLC Stadium IV sollte bei EGFR Exon 19 Deletion bevorzugt Osimertinib in der Erstlinientherapie angeboten werden. Bei NSCLC Stadium IV mit EGFR Exon 19 Deletion, insbesondere in der Gruppe mit ZNS Metastasen, kann eine Kombination von Osimertinib und Chemotherapie (Pemetrexed und Platin mit Pemetrexed Erhaltungstherapie) angeboten werden.* Bei NSCLC Stadium IV mit EGFR Exon 19 Deletion kann eine Kombinationstherapie mit Lazertinib und Amivantamab angeboten werden.* *Cave: noch keine Zulassung
Level of Evidence 1	[Ramalingam, S. S., Vansteenkiste, J., Planchard, D., Cho, B. C., Gray, J. E., Ohe, Y., et.al. Overall Survival with Osimertinib in Untreated, EGFR-Mutated Advanced NSCLC. N Engl J Med, 2020. 382(1): p. 41-50.]

Zustimmung	87.50%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.718	28
weiß nicht/keine Meinung	0.179	7
stimme nicht zu	0.103	4
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (1)	Ich sehe keine Evidenz außer Ramalingam hinterlegt.	
-	Was sind die neuen Daten für diese Ergänzungen	
Ablehnungen (4)	FLAURA-2 inzwischen zugelassen, + die Passage über FLAURA-2 sollte besser wie diese für MARIPOSA offen sein (nicht nur bei Hirnmetastasen), aber Stern nur für die MARIPOSA	
-	Es liegt aktuell (Stand 09.07) nur eine Zulassung für das FLAURA-2 Regime mit Chemotherapie und Osimertinib vor, nicht jedoch für die Kombinatioin Lazertinib/Amivantamab. Bisher ging ich davon aus, dass nur zugelassene Optionen in der Leitlinie besprochen werden sollen. Dies trifft sicherlich auch für viele andere Kapitel und Substanzen zu. Hier sollten wir einheitlich verfahren und entweder nur zugelassene Optionen erwähnen oder alle (Vgl. auch Daten SCLC-ADRIATIC oder STADIUM III LAURA),	
-	Die FLAURA2 Studie ist inzwischen zugelassen, daher muss das Sternchen entfernt werden	
-	nicht ausreichend durch die angegebene literatur begründet	Nur statement 1 beibehalten

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.92
8.112	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	Bei NSCLC Stadium IV mit EGFR L858R-Mutationen sollte die Auswahl des Erstlinien-TKI von Effektivität und Toxizität der zugelassenen TKI (Afatinib, Dacomitinib, Erlotinib, Gefitinib, Osimertinib, Erlotinib in Kombination mit Bevacizumab, Erlotinib in Kombination mit Ramucirumab) abhängig gemacht werden. Bei NSCLC Stadium IV mit EGFR L858R-Mutationen, insbesondere in der Gruppe mit ZNS Metastasen, kann eine Kombination von Osimertinib und Chemotherapie (Pemetrexed und Platin mit Pemetrexed Erhaltungstherapie) angeboten werden.* Bei NSCLC Stadium IV mit EGFR L858R-Mutationen, kann eine Kombinationstherapie mit Lazertinib und Amivantamab angeboten werden.* *Cave: noch keine Zulassung

Zustimmung	90.00%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.692	27
weiß nicht/keine Meinung	0.231	9
stimme nicht zu	0.077	3
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (1)		

- Welchen Grund kann es geben, angesichts der vielen zugelassenen Optionen, eine nicht zugelassene Kombination zu wählen - mit schwächerem Empfehlungsgrad?
- Ablehnungen (3)
- s. Kommentar bei der Empfehlung für del19
- Auch hier: Zulassung für Chemotherapie und Osimertinib liegt vor, s.o.
- s.o. das Sternchen bei Osi + Chemotherapie (FLAURA 2) muss entfernt werden, ist inzsichen zugelassen
-

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.95
8.115	Evidenzbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad B	Patienten mit NSCLC Stadium IV und uncommon mutations im EGFR der Gruppe 1 sollte die Behandlung mit den EGFR-TKI Afatinib oder alternativ Osimertinib angeboten werden.
Level of Evidence 3b	[Yang, J. C., Sequist, L. V., Geater, S. L., Tsai, C. M., Mok, T. S., Schuler, M., et.al. Clinical activity of afatinib in patients with advanced non-small-cell lung cancer harbouring uncommon EGFR mutations: a combined post-hoc analysis of LUX-Lung 2, LUX-Lung 3, and LUX-Lung 6. Lancet Oncol, 2015. 16(7): p. 830-8., https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26051236] [Cho, JH, Lim, SH, An, HJ, Kim, KH, Park, KU, Kang, EJ, et.al. Osimertinib for Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer Harboring Uncommon EGFR Mutations: A Multicenter, Open-Label, Phase II Trial (KCSG-LU15-09).. J Clin Oncol, 2020. 38 (5)(5): p. 488-495., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31825714/] [Kobayashi, Y, Mitsudomi, T, Not all epidermal growth factor receptor mutations in lung cancer are created equal: Perspectives for individualized treatment strategy.. Cancer Sci, 2016. 107 (9)(9): p. 1179-86., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27323238/]

Zustimmung	100.00%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.949	37
weiß nicht/keine Meinung	0.051	2
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (1)		
-	warum muss das 'alternativ' hier rein?	
Ablehnungen (0)		

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.97.
8.117	Evidenzbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad A	NSCLC Stadium IV mit Exon-20-Insertionsmutationen sollten in einem molekularen Tumorboard besprochen werden. In der Erstlinientherapie sollte eine Chemotherapie in Kombination mit Amivantamab angeboten werden*. Bei Versagen einer platinhaltigen Erstlinienkombinationstherapie (ohne Amivantamab) sollte eine zielgerichtete Behandlung mit Amivantamab angeboten werden. * Cave: noch keine Zulassung
Level of Evidence 3a	[Park, K, Haura, EB, Leighl, NB, Mitchell, P, Shu, CA, Girard, N, et.al. Amivantamab in EGFR Exon 20 Insertion-Mutated Non-Small-Cell Lung Cancer Progressing on Platinum Chemotherapy: Initial Results From the CHRYSALIS Phase I Study.. J Clin Oncol, 2021. 39 (30)(30): p. 3391-3402., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34339292/]

Zustimmung	97.14%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.872	34
weiß nicht/keine Meinung	0.103	4
stimme nicht zu	0.026	1
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (1)		
-	Wenn der Empfehlungsgrad A für die Empfehlung 8.117 vergeben wird, dann wäre "soll" anstelle von "sollte" der adäquate Term - zumindest, aufgrund der Zulassung, für den letzten Satz über den Einsatz von Amivantamab in der zweiten Therapielinie.	
Enthaltungen (1)		
-	warum hier das molekulare Tumorboard .	
-	Was ist mit der Zweitlinientherapie nach Chemo-Amivantamab? Dafür keine Empfehlung?	
Ablehnungen (1)		
-	Keine neuere Studie hinterlegt? (Nur Park et al. 2021)	
-	Es laufen auch 1L Studien mit Exon20 spezifischen TKIs (bei der jetzigen Formulierung könnte ergänzt werden: "In der Erstlinientherapie sollte <neu: außerhalb von klinischen Studien> eine Chemotherapie in Kombination mit Amivantamab ...)	

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.102
8.122	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	Nach Versagen einer Therapie mit Osimertinib kann bei Patienten mit EGFR-mutiertem NSCLC Stadium IV und ECOG 0-1 insbesondere eine Kombinationstherapie mit Paclitaxel, Carboplatin, Bevacizumab und Atezolizumab angeboten werden. Alternativ kann eine Chemotherapie Kombination (ohne Immuncheckpoint-Inhibitor) oder eine Chemotherapie-Kombination mit Amivantamab angeboten werden.* *Cave: noch keine Zulassung

Zustimmung	100.00%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.897	35
weiß nicht/keine Meinung	0.103	4
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (1)		
-	Der zweite Satz kann im ersten ergänzt werden, wenn es der gleiche Empfehlungsgrad ist. Auch stellt sich die Frage, warum man nicht zugelassenen Option braucht, wenn es zugelassene Optionen gibt und vermutlich keine harte Evidenz für einen Vor-Nachteil.	
Ablehnungen (0)		

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.104
8.125	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	Bei akquirierter Resistenz auf einen ALK-Inhibitor sollte eine umfassende Resistenztestung erfolgen. Das Ergebnis der Resistenztestung sollte bei der Auswahl der Folgetherapie berücksichtigt werden.

Zustimmung	100.00%	
inhaltliche Kommentare	Nein	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.953	41
weiß nicht/keine Meinung	0.047	2
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		43

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (0)		
Ablehnungen (0)		

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.118
8.138	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	Bei systemischem Progress (mit und ohne ZNS-Metastasen) unter Therapie mit Crizotinib sollte, sofern keine G2032R-Resistenzmutation vorliegt, primär eine Therapie mit Lorlatinib (Cave: Off-Label-Use) angeboten werden. Bei G2032R-Resistenzmutation sollte die Behandlung mit Platin-basierter Chemotherapie angeboten werden. Alternativ sollte die Vorstellung im molekularen Tumorboard erfolgen, um einen Nächstgenerations-ROS1-Inhibitor (z. B. Repotrectinib, Zidesamtinib oder Tlectrinib) oder die off-label Behandlung mit dem Multikinase-Inhibitor Cabozantinib anzubieten.

Zustimmung	96.97%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.842	32
weiß nicht/keine Meinung	0.132	5
stimme nicht zu	0.026	1
Antwortende gesamt		38

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0) Enthaltungen (0) Ablehnungen (1) -	Es gibt keinen Grund Lorlatinib statt Repotrectinib zu favorisieren. Repotrectinib ist wirksamer als Lorlatinib und ebenfalls off-label wie auch Lorlatinib, aber auch direkt über ein CUP erhältlich + die Zulassung kommt in den nächsten paar Monaten (Lorlatinib hat kein CUP und keine Zulassung)	

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.118
8.139	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	Bei Nachweis von "off-target", ROS1-unabhängigen Resistenzmechanismen, die potentiell systemisch therapierbar sind (z.B. aktivierende KIT-Mutation, high-level MET Amplifikation), sollte der Einsatz von potentiell wirksamen Substanzen, nach Diskussion in einem molekularen Tumorboard, unabhängig vom Zulassungsstatus angeboten werden.

Zustimmung	100.00%	
inhaltliche Kommentare	Nein	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.907	39
weiß nicht/keine Meinung	0.093	4
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		43

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (0)		
Ablehnungen (0)		

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. neu
8.141	Konsensbasierte Empfehlung - neu 2024
EK	NSCLC Patienten mit ROS1+ Mutation sollten auf ein erhöhtes Risiko für venöse und arterielle thromboembolische Ereignisse hingewiesen werden. Bei Fehlen von Kontraindikationen sollte Ihnen eine prophylaktische Antikoagulation mit einem niedermolekularen Heparin oder einem direkten oralen Antikoagulans angeboten werden.

Zustimmung	91.89%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.810	34
weiß nicht/keine Meinung	0.119	5
stimme nicht zu	0.071	3
Antwortende gesamt		42

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

zustimmungen (1)

'NSCLC Patienten mit ROS1+ Mutation sollten auf ein erhöhtes Risiko für venöse und arterielle thromboembolische Ereignisse hingewiesen werden.'

'Mutation' könnte hier missverstanden werden. Das Kollektiv ist das der Fusionen/Rearrangements/Alterationen. 'Mutationen' werden im Kontext der Resistenz beschrieben. Daher breiter fassen. z.B. ROS+ Alterationen oder aber Fusionen (das ist ja das primäre Ereignis). (TO)

-

Enthaltungen (0)

Ablehnungen (3)

Wir könnten das auch milder formulieren: "es sollte eine Antikoagulation diskutiert werden."

Wenn wir die aktuelle Formulierung beibehalten, werden alle Patienten (ohne Kontraindikation) eine Antikoagulation bekommen, aber ich bin mir nicht sicher, ob die Daten fest genug dafür sind - z.B. ist das in den NCCN und ESMO Leitlinien noch nicht so aufgenommen, s.auch die Diskussion around minute 24:00 in <https://www.youtube.com/watch?v=6hB0HxsWqwQ> n=95

-

-

Nur sprachliche Korrektur: bitte statt ROS1 Mutation immer ROS1 Fusion schreiben. Es gibt nämlich auch ROS1 Mutationen, die oft im NGS gefunden werden, deren biologische Funktion (noch) unklar ist und die in der klinischen Praxis oft für Verwirrung sorgen.

-

Kann-Empfehlung

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.121
8.142	Evidenzbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad B	Patienten mit NSCLC Stadium IV mit nachgewiesener BRAF-V600-Mutation sollte eine Kombination aus Dabrafenib und Trametinib oder Encorafenib und Binimetinib angeboten werden. Alternativ kann eine kombinierte Immunchemotherapie angeboten werden. Bei Versagen dieser, sollte eine Kombination aus Dabrafenib und Trametinib oder Encorafenib und Binimetinib angeboten werden. Nicht-V600 Mutations+ NSCLC Patienten sollten in einem molekularen Tumorboard besprochen werden.
Level of Evidence 2b	[Planchard, D, Smit, EF, Groen, HJM, Mazieres, J, Besse, B, Helland, Å, et.al. Dabrafenib plus trametinib in patients with previously untreated BRAF. Lancet Oncol, 2017. 18 (10)(10): p. 1307-1316., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28919011/] [Gautschi, O, Milia, J, Cabarrou, B, Bluthgen, MV, Besse, B, Smit, EF, et.al. Targeted Therapy for Patients with BRAF-Mutant Lung Cancer: Results from the European EURAF Cohort.. J Thorac Oncol, 2015. 10 (10)(10): p. 1451-7., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26200454/] [Hyman, DM, Puzanov, I, Subbiah, V, Faris, JE, Chau, I, Blay, JY, et.al. Vemurafenib in Multiple Nonmelanoma Cancers with BRAF V600 Mutations.. N Engl J Med, 2015. 373 (8)(8): p. 726-36., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26287849/]

Zustimmung	94.29%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.846	33
weiß nicht/keine Meinung	0.103	4
stimme nicht zu	0.051	2
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (1)	Auch wenn für BRAF V600E die Kombination aus Encorafenib und Binimetinib von der FDA im Oktober 2023 zugelassen wurde und sie sich derzeit bei der EMA im Zulassungsverfahren befindet, sollte hier der aktuelle Zulassungsstand dargestellt werden, z.B. wie zuvor auch mit einem Sternchen und Fußnote. In der nächsten Aktualisierung wäre der Zulassungsstand wieder zu prüfen.	
-		
Enthaltungen (0)		
Ablehnungen (2)	Hier brauchen wir auch ein Stern/Fußnote, dass *encorafenib/binimetinib noch nicht zugelassen ist (s. Empfehlung für EGFR del19 z.B.) Bei einer PD-L1 Expression über 50% ist alternativ auch eine IO-Monotherapie bei vergleichbarer Effektivität möglich. Für eine Bevorzugung von Dabrafenib/Trametinib in dieser Gruppe sehr ich keine Evidenz.	
-		
-		

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.124
8.145	Evidenzbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad A	Patienten mit NSCLC Stadium IV und nachgewiesener RET-Fusion soll eine Erstlinientherapie mit einem spezifischen RET- Inhibitor (Selpercatinib mit*/ohne Chemotherapie) angeboten werden. * Cave: noch keine Zulassung
Level of Evidence 3b	[Shaw, A. T., Kim, D. W., Mehra, R., Tan, D. S., Felip, E., Chow, L. Q., et.al. Ceritinib in ALK-rearranged non-small-cell lung cancer. N Engl J Med, 2014. 370(13): p. 1189-97., https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670165] [Griesinger, F, Curigliano, G, Thomas, M, Subbiah, V, Baik, CS, Tan, DSW, et.al. Safety and efficacy of pralsetinib in RET fusion-positive non-small-cell lung cancer including as first-line therapy: update from the ARROW trial.. Ann Oncol, 2022. ();, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35973665/] [Gainor, JF, Curigliano, G, Kim, DW, Lee, DH, Besse, B, Baik, CS, et.al. Pralsetinib for RET fusion-positive non-small-cell lung cancer (ARROW): a multi-cohort, open-label, phase 1/2 study.. Lancet Oncol, 2021. 22 (7)(7): p. 959-969., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34118197/] [Zhou, C, Solomon, B, Loong, HH, Park, K, Pérol, M, Arriola, E, et.al. First-Line Selpercatinib or Chemotherapy and Pembrolizumab in . N Engl J Med, 2023. 389 (20)(20): p. 1839-1850., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37870973/]

Zustimmung	91.18%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.816	31
weiß nicht/keine Meinung	0.105	4
stimme nicht zu	0.079	3
Antwortende gesamt		38

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

zustimmungen (0)
Enthaltungen (0)
Ablehnungen (3)

- Die nicht zugelassene Option Selpercatinib + Chemotherapie können wir hier weglassen.
- ich kenne keine Datenzu TKI + CTx bei RET
- Meines Wissens gibt es keine harten Daten, die für eine Kombination von Selpercatinib mit Chemotherapie sprechen, daher nur Selpercatinib Monotherapie

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. neu
8.149	Evidenzbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad A	Patienten mit NSCLC Stadium IV und einer KRAS-G12C-Mutation sollte nach Versagen einer Chemoimmuntherapie eine zielgerichtete Therapie mit einem KRAS Inhibitor (Adagrasib oder Sotorasib) angeboten werden.
Level of Evidence 1b	[Skoulidis, F, Li, BT, Dy, GK, Price, TJ, Falchook, GS, Wolf, J, et.al. Sotorasib for Lung Cancers with . N Engl J Med, 2021. 384 (25)(25): p. 2371-2381., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096690/] [de Langen, AJ, Johnson, ML, Mazieres, J, Dingemans, AC, Mountzios, G, Pless, M, et.al. Sotorasib versus docetaxel for previously treated non-small-cell lung cancer with KRAS. Lancet, 2023. 401 (10378)(10378): p. 733-746., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36764316/]

Zustimmung	97.22%	
inhaltliche Kommentare	Ja	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.897	35
weiß nicht/keine Meinung	0.077	3
stimme nicht zu	0.026	1
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (1)		
-	Wenn die Formulierung von "soll" auf "sollte" geändert wird, muss auch der Empfehlungsgrad sich von A zu B ändern.	
Enthaltungen (1)		
	Ich sehe in der Empfehlung keine Publikation zu Adagrasib	
-	Wenn das noch Abstractniveau hat, kann das nicht in der Empfehlung ergänzt werden.	
Ablehnungen (1)		
-	Der Begriff Chemoimmuntherapie suggeriert, dass diese in Kombinationegegeben werdenmuss .Das ist aber in der Zulassung nicht so vorgesehen	Patienten mit NSCLC Stadium IV und einer KRAS-G12C-Mutation sollte nach Versagen einer Kombinations-Chemotherapie und Immuncheckpoint-Inhibitor Therapie eine zielgerichtete Therapie mit einem KRAS Inhibitor (Adagrasib oder Sotorasib) angeboten werden.

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. neu
8.150	Evidenzbasierte Empfehlung - neu 2024
Empfehlungsgrad A	Patienten mit NSCLC Stadium IV mit einer HER2 Mutation soll nach Versagen mindestens einer Systemtherapie eine zielgerichtete Therapie mit dem Antikörper-Drug Konjugat Trastuzumab deruxtecan angeboten werden.
Level of Evidence 1	[Li, BT, Smit, EF, Goto, Y, Nakagawa, K, Udagawa, H, Mazières, J, et.al. Trastuzumab Deruxtecan in . N Engl J Med, 2022. 386 (3)(3): p. 241-251., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34534430/] [Goto, K, Goto, Y, Kubo, T, Ninomiya, K, Kim, SW, Planchard, D, et.al. Trastuzumab Deruxtecan in Patients With . J Clin Oncol, 2023. 41 (31)(31): p. 4852-4863., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37694347/] [Tarantino, P, Tolaney, SM, Detecting and Managing T-DXd-Related Interstitial Lung Disease: The Five "S" Rules.. JCO Oncol Pract, 2023. 19 (8)(8): p. 526-527., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37207309/]

Zustimmung

100.00%

inhaltliche Kommentare

Nein

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.923	36
weiß nicht/keine Meinung	0.077	3
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		39

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0)		
Enthaltungen (0)		
Ablehnungen (0)		

Kapitel	8. Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms; 8.6. 8.128
8.151	Konsensbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
EK	In Anbetracht der Dynamik der Entwicklung neuer personalisierter Therapieansätze sollte angestrebt werden dass jeder Patient mit NSCLC Stadium IV vor der Erstlinientherapieentscheidung eine umfassende NGS-basierte Molekulardiagnostik erhält.Bei Patienten mit Wildtypkonfiguration für EGFR, ALK, ROS1, BRAF V600 , NTRK, RET, METex14, KRAS, HER2 (ERBB2) sollte eine umfassende Genotypisierung auf weitere bekannte Treibermutationen stattfinden, um bei dem Nachweis einer solchen eine zielgerichtete Therapie im Rahmen der Zulassung (ggf. für weitere Mutationen mit zugelassenen Medikamenten) , einer Studie oder im Off-Label-Use zu ermöglichen. Diese Analyse sollte insbesondere MET-Amplifikationen und weitere Fusionen (s. Kapitel 6.6.10) beinhalten. Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung in der Präzisionsonkologie soll hierdurch eine umfassende Analyse von potentiell therapierbaren Treibermutationen und ein auf dem Ergebnis der Mutationsanalyse basierendes Therapieangebot an den Patienten (inklusive molekulares Tumorboard und besonders die Aufnahme in klinische Studien) ermöglicht werden.

Zustimmung	100.00%	
inhaltliche Kommentare	Nein	

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.909	40
weiß nicht/keine Meinung	0.091	4
stimme nicht zu	0	0
Antwortende gesamt		44

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
------------	------------	----------------------------------

zustimmungen (0)
Enthaltungen (0)
Ablehnungen (0)

Kapitel	9. Behandlung des kleinzelligen Lungenkarzinoms; 9.6. 9.20.
9.19	Evidenzbasierte Empfehlung - modifiziert 2024
Empfehlungsgrad B	SCLC-Patienten mit Hirnmetastasen sollte die Hinzunahme eines PD-L1 Antikörpers zur Chemotherapie angeboten werden.
Level of Evidence 1b	[Sun, Y, Zhai, C, Chen, X, Dong, Z, Hou, L, Zhou, C, et.al. Characterization of PD-L1 protein expression and CD8. Transl Lung Cancer Res, 2019. 8 (6)(6): p. 748-759., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32010554/] [Cai, H, Zhang, H, Jiang, Y, Prognostic and Clinicopathological Value of Programmed Cell Death Ligand1 Expression in Patients With Small Cell Lung Cancer: A Meta-Analysis.. Front Oncol, 2020. 10 (): p. 1079., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32670887/]

Zustimmung

97.37%

inhaltliche Kommentare

Ja

Antwortmöglichkeiten	Anteile relativ	Anteile Absolut
stimme zu	0.925	37
weiß nicht/keine Meinung	0.050	2
stimme nicht zu	0.025	1
Antwortende gesamt		40

Kommentare	Begründung	Gegenvorschlag (bei Ablehnungen)
zustimmungen (0) Enthaltungen (0) Ablehnungen (1) -	Die Literatur passt nicht zu dieser Empfehlung. Die Empfehlung entspricht nicht den Angaben im Hintergrundtext (dort mehrfach Aussage, daß kein Benefit der Hinzunahme der Immuntherapie zur Chemotherapie bei Pat. mit Hirnmetastasen)	