

20

Bericht an die Delegiertenversammlung 2017

17

Inhalt

Vorwort des Präsidenten	2
Gastbeitrag von MdB Karin Maag	4
Bericht zur Gesundheitspolitik	6
Bericht des Schatzmeisters	8
Mitgliedermagazin FORUM	9
Engagement in Europa und darüber hinaus	10
Mitgliederentwicklung	11
Die Marke DKG	12
Rückblick auf den Deutschen Krebskongress 2016	14
Die Sektion A/Landeskrebsgesellschaften	19
Die Sektion B/Abteilung Experimentelle Krebsforschung	23
Die Sektion B/Abteilung Klinische Krebsforschung	26
Die Sektion B/Interdisziplinäre Arbeitsgruppen	62
Die Sektion C/Fördermitglieder	75
Arbeit der Geschäftsstelle	79
Stiftungen	90
Kooperationspartner	92
Die PREFERE-Studie	93
Hinter den Kulissen des DKK	94
Impressum	96

Vorwort

500.000 Krebsneuerkrankungen pro Jahr in Deutschland – trotz der zweifellos wichtigen medizinischen Fortschritte der letzten Jahrzehnte ist der Krebs keineswegs besiegt. Der Blick auf die im Rückgang begriffenen Krebssterberaten zeigt aber auch, dass von einem Scheitern keine Rede sein kann. Im Gegenteil: Schätzungen zufolge leben in Deutschland inzwischen vier Millionen Menschen mit einer Krebserkrankung.

Der rasante Zuwachs neuer Optionen in der onkologischen Therapie und Diagnostik wirft eine Vielzahl von Fragen auf: Wie kommen innovative medizinische Maßnahmen schnell und sicher in die Regelversorgung? Wie gehen wir mit der Vielzahl der freien Wirkstoffkombinationen um, die derzeit – zum Teil mit unklarer Evidenz und hohen Kosten – zum Einsatz kommen? Welche Maßnahmen sind nötig, damit Patienten unabhängig vom Wohnort überall nach den gleichen medizinischen Standards behandelt werden? Und wie lässt sich die gesellschaftliche Teilhabe für Langzeitüberlebende sicherstellen, die zwar vom Krebs geheilt, aber dennoch nicht gesund sind. Das ist nur ein Ausschnitt der Aspekte, mit denen wir uns 2016 in Diskussionsrunden und auf Veranstaltungen beschäftigt haben.

Die Arbeit unserer Fachgesellschaft hat einen festen Platz in der Onkologie. Das Zertifizierungsprogramm der Deutschen Krebsgesellschaft besitzt Modellcharakter und erweist sich ebenso wie das 2008 ins Leben gerufene Leitlinienprogramm Onkologie als wichtiges Instrument der onkologischen Qualitätssicherung. Mittlerweile nimmt die DKG mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit auch an der Entwicklung verschiedener Qualitätssicherungsprojekte der Europäischen Union teil. An den Zentren wurden 2016 außerdem verschiedene Projekte aus der Versorgungsforschung etabliert – ihr Ziel ist es unter anderem, die Versorgungsqualität unter Berücksichtigung der Patientenperspektive zu erfassen.

Die positive Entwicklung unserer Fachgesellschaft spiegelte sich 2016 auch in einem sehr erfolgreichen Deutschen Krebskongress wider, den wir wie bereits 2014 gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe ausgerichtet haben. Über 11.000 Fachexperten – mehr als in den vergangenen Jahren – folgten der Einladung zum DKK, 2.500 Besucher nahmen am Krebsaktionstag im Anschluss an das wissenschaftliche Veranstaltungsprogramm teil.

Prof. Dr. Peter Albers, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft | *Quelle: privat*



Im politischen Bereich ging es im vergangenen Jahr um die weitere Umsetzung des Nationalen Krebsplans, insbesondere um die Qualitätssicherung und die patientenorientierte Versorgung in der Onkologie. (Diese Themen standen auch im Mittelpunkt der vom Bundesministerium für Gesundheit ausgerichteten Nationalen Krebskonferenz im Mai 2017, an der die Deutsche Krebsgesellschaft inhaltlich wesentlich mitgewirkt hat.) Thema war auch der flächendeckende Ausbau der ambulanten Krebsberatung, der durch das Fehlen einer nachhaltigen Finanzierung ins Stocken geraten ist. Im Zuge der Diskussion über die konkrete Ausgestaltung des Ausbaus und im Hinblick auf die Bundestagswahlen im Herbst 2017 hat man die Zusage für eine Regelfinanzierung leider auf unbestimmte Zeit verschoben. Wir hoffen sehr auf eine Umsetzung in der nächsten Legislaturperiode und werden uns weiter an dieser Stelle einsetzen.

Mein Dank gilt allen, die sich 2016 unter dem Dach der Deutschen Krebsgesellschaft und in der Deutschen Krebshilfe für den Fortschritt in der Krebsmedizin und der onkologischen Versorgung eingesetzt haben. Mit Ihrem zu-

meist ehrenamtlichen Engagement tragen Sie wesentlich zu einer besseren Krebsversorgung bei: im Leitlinienprogramm Onkologie, der Zertifizierung, den DKG-Arbeitsgemeinschaften, in der gesundheitspolitischen Gremienarbeit, auf Kongressen, in Aufklärungskampagnen, bei der Durchführung von Studien sowie in der Krebsberatung und im regionalen Kontakt mit Selbsthilfegruppen und Patienten – dort sind vor allem die Landeskrebsgesellschaften aktiv. Gemeinsam konnten und können wir viel erreichen.



Ihr Peter Albers
Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft

Der Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft von 2016 bis 2018. | *Quelle: Renate Babnik/DKG*



Arbeitsgruppe zur Zukunft der Onkologie

KARIN MAAG, MITGLIED DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES

In Deutschland erkranken jährlich 500.000 Menschen neu an Krebs. 1,5 Millionen Menschen leben mit einer Krebserkrankung, deren Diagnose mehr als fünf Jahre zurückliegt. Der medizinisch-technische Fortschritt hat dazu geführt, dass die Lebenserwartung der Patienten steigt und eine Reihe von Krebsarten bereits zu chronischen Erkrankungen wurde. Daneben wurden das wissenschaftliche Verständnis, wie Krebs entsteht und sich ausbreitet, erheblich verbessert und neue Therapieansätze ermöglicht. Die Krebsbehandlung ist keine Blaulichtmedizin, aber sie ist komplex und muss vom Anfang her gedacht werden. Deshalb ist es notwendig, unseren gesundheitspolitischen Blick auf Krebs zu ändern: weg vom Risikomanagement hin zur Qualitätsinitiative für Krebspatienten.

Leider ist eine systematische Früherkennung bei den meisten Krebsarten nicht vorhanden oder gar nicht so leicht möglich. Immerhin haben wir uns 2013 mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) der Früherkennung bei Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs angenommen. Auch bei den Präventionsanstrengungen stehen wir noch am Anfang. Krebs entsteht vor allem im Alter. Wenn sich Lebensgewohnheiten ändern, könnte – so stellt die Weltgesundheitsorganisation fest – jeder dritte Krebstote vermieden werden.

Die Behandlung selbst ist meist sehr langwierig, belastend und je nach Art der Erkrankung und Verlauf bzw. Zeitpunkt der Diagnosestellung unterschiedlich erfolgreich. Behandlungsleistungen werden in unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitssystems durch viele Leistungserbringer realisiert. Die Behandlung setzt sich aus unterschiedlichen Phasen und Interventionen zusammen. Im besten Fall sollte die Therapie auf den einzelnen Patienten zugeschnitten sein.

In der Praxis haben wir dabei noch Nachholbedarf. Die Koordination der Leistungserbringer untereinander und der Kostenträger ist schwierig. Auch bei der Nutzung

von Behandlungsdaten, die so wichtig sind für die Generierung von Wissen, ist Deutschland längst nicht so weit wie andere Länder. Eine Datenanalyse könnte dabei helfen, die Qualität von Behandlungen zu beurteilen, Patientengruppen zu bilden und Therapien zielgerichteter einzusetzen.

Nicht zuletzt wirft die Diagnose Krebs für die Betroffenen weitere Fragen auf. Wie gelangt man zum Beispiel an Information, um auf Augenhöhe Fragen stellen zu können, oder wer hat die gleichen Erfahrungen? Das wurde in den letzten Jahren in vielen Veranstaltungen und Gesprächen diskutiert, was mich zu der Frage führte, wie wir Verbesserungen für die Patienten erreichen können. Also galt es, Akteure an einen Tisch zu bringen. Dank der Initiative der Deutschen Krebsgesellschaft wurde die Arbeitsgruppe „Zukunft der Onkologie“ unter der Leitung meiner Kollegin Sabine Dittmar (SPD) und mir im Dezember 2015 gegründet. Während der gemeinsamen Arbeit saßen Patienten, Kostenträger und Leistungserbringer meines Wissens erstmals an einem Tisch. Mit den Vertretern der Krankenkassen, der ambulant und stationär tätigen Ärzteschaft, der Selbstverwaltung, Wissenschaftlern und Patientenorganisationen haben wir uns darüber ausgetauscht, wie die Versorgung von Krebspatienten in Deutschland besser funktionieren kann. Beschlossen wurde ein Konzeptpapier „Wissen generierende Versorgung“, das neue Perspektiven bietet und nicht nur der kleinste gemeinsame Nenner ist:

► Aufgrund der sehr starken Dynamik in der Onkologie sind die Forschungserkenntnisse sehr schnell praxisrelevant. Das müssen wir stärker nutzen. Forschung und Behandlung müssen deshalb in enger Kooperation organisiert sein. Dazu ist eine forschungsbasierte und Wissen generierende Versorgung notwendig. Letztere soll über sektorenübergreifende Netzwerke mit den vorhandenen stationären und vertragsärztlichen Versorgern in der Onkologie funktionieren. Konkret sollen virtuelle regionale translationale Tumorkonferenzen aufgebaut und unterstützt werden. Wir brauchen keine neuen Anlaufstellen

für die Patienten und auch keine isolierte Konzentration des Expertenwissens in bestimmten Zentren.

► Gleichzeitig muss die umfassende und gemeinsame Nutzung von klinischen Daten mit relevanten bildgebenden, biologischen oder molekulargenetischen Daten zur Regel werden. Die notwendigen Strukturen zum Datenaustausch müssen zeitnah und praxistauglich geschaffen werden. Die Daten gehören allerdings dem Patienten, der sie der Forschung zur Wissensgewinnung übertragen kann.

► Zur Erreichung einer zuverlässigen Evidenz nach der Zulassung neuer Medikamente für kleinere Patientengruppen sind mehr Postzulassungsstudien notwendig. Daneben muss auch eine wissenschaftlich klar definierte Versorgungsforschung zum Standard werden.

► Die Sektorengrenzen, die einen freien Austausch von Wissen über die Patienten und seine Behandlung stören, müssen konsequent abgebaut werden. Die Zusammenarbeit zwischen universitären und nichtuniversitären Einrichtungen, zwischen ambulant und stationär sowie zwischen verschiedenen Berufs- oder Facharztgruppen müssen zur Regel werden. Hier ist Vernetzung das

Stichwort, wobei onkologische Therapien zunehmend ambulant durchgeführt werden können. Vor allem der medizinische Leistungsbereich der „sprechenden oder zuhörenden Medizin“ muss stärker in den Vordergrund gerückt werden. Es zeigt sich, dass die Therapietreue steigt, wenn die Patienten verstehen, was mit ihnen geschieht, und sie im besten Wortsinne mitgenommen werden.

► Den für Patienten und deren Angehörige erheblichen seelischen Belastungen müssen wir mit einer regelhaft erstattungsfähigen Psychoonkologie begegnen. Daneben sollen die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Informationssystems (Patientenlotse) und ein Programm zur Vermittlung von gesichertem Wissen über Krankheit, Behandlung und begleitende Angebote (Prähabilitation) angegangen werden. Patienten sollen den Ärzten auf Augenhöhe begegnen.

Diese Maßnahmen sind Teil des umfassenden Konzepts bei der Krebsbehandlung. Ich bin der Überzeugung, dass wir mit unseren Vorschlägen den Grundstein für eine tatsächliche onkologische Versorgung, die Zukunft hat, gelegt haben.

Karin Maag, Mitglied des Deutschen Bundestages
Quelle: privat



Bericht zur Gesundheitspolitik

DR. JOHANNES BRUNS

Im Berichtszeitraum nahmen einige aktuelle gesundheitspolitische Themen ihren Ausgang oder wurden fortgesetzt. Die Deutsche Krebsgesellschaft hat sich dabei mit Stellungnahmen, Veranstaltungen und Diskussionen stark eingebracht.

KRANKENHAUSSTRUKTURGESETZ

Zu den gesetzlichen Neuerungen im Jahr 2016 gehörte das Krankenhausstrukturgesetz. Erstmals hat der Gesetzgeber versucht, Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung einzuführen. Erreicht werden soll das unter anderem durch eine stärkere Spezialisierung der Häuser sowie durch Qualitätszuschläge oder -abschläge in der Krankenhausfinanzierung. Bislang ist es nicht gelungen, den Konflikt zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Hinblick auf die politisch gewollte verstärkte Schwerpunkt- und Zentrenbildung zu lösen. Aus Sicht der DKG reicht eine Konzentration auf strukturelle Verbesserungen nicht aus. Vielmehr muss die Prozess- und Ergebnisqualität entlang des gesamten Krankheitsverlaufs in den Blick genommen werden. Das gilt besonders für komplexe Erkrankungen wie Krebs, bei denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen gefragt ist. Die vom Gesetzgeber geforderten Qualitätskriterien für Zu- und Abschlüsse waren in der Selbstverwaltung nicht einigungsfähig. Auch die Schiedsstellen lieferten keine im Sinne der Qualität der Versorgung angemessene Lösung.

GKV-ARZNEIMITTELVERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ

Die Deutsche Krebsgesellschaft unterstützte die Stellungnahme medizinischer Fachgesellschaften zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, AM-VSG). Die wichtigsten Anmerkungen betreffen die Ausgestaltung des Arztinformationssystems, die Einschränkung der Verordnungsfähigkeit, den Evidenztransfer auf Subgruppen, die Vertraulichkeit der Erstattungsbeiträge, Begleitdiagnostik und Versorgungsengpässe.

Die Stellungnahme ist auf der Webseite der Deutschen Krebsgesellschaft veröffentlicht.

VERSORGUNGSENGPÄSSE BEI ZYTOSTATIKA

Wie die Qualität leiden kann, wenn etablierte Abläufe durcheinandergeraten, zeigte sich 2016 beim verstärkten Einsatz bundes- bzw. europaweiter Zytostatika-Ausschreibungsverfahren durch die Krankenkassen. Ähnlich wie bei den Rabattverträgen erhalten dabei diejenigen Apotheken den Zuschlag, die den niedrigsten Preis verlangen. Die Kassen gerieten in die Kritik, weil die Ausschreibungen die bewährten Kommunikationsabläufe zwischen Ärzten und Apothekern außer Kraft setzten. Mittlerweile hat die Bundesregierung auf die Kritik reagiert: Im Entwurf zum Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz wurde es den Kassen verboten, die Zytostatikaherstellung auszuschreiben. Stattdessen besteht die Möglichkeit von Rabattverträgen mit den Herstellerfirmen.

In diesem Zusammenhang hat der Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft gemeinsam mit acht weiteren Verbänden das Verbändepapier „Effiziente Versorgung der Patienten mit Zytostatika erhalten“ unterzeichnet. Es ist auf der DKG-Webseite zu finden.

INNOVATIONSFONDS

Mit einem jährlichen Fördervolumen von 300 Millionen Euro finanziert der Innovationsfonds für drei Jahre neue Versorgungskonzepte und Versorgungsforschung. Die Fristen zur Antragstellung liefen im Juli 2016 ab – inzwischen stehen die Projekte fest, die eine Förderung erhalten. Aus Sicht der DKG fehlt aber ein klarer Prozess, wie Projekte mit einem hohen Patientennutzen nach der Förderung durch den Fonds in die Regelversorgung übernommen werden können.

AUS FÜR PREFERE-STUDIE

Die Stiftung Deutsche Krebshilfe, die gesetzlichen Krankenkassen sowie die privaten Krankenversicherungen haben die Förderung der PREFERE-Studie Ende Dezember 2016 eingestellt. PREFERE startete 2013 als prospektiv

randomisierte Studie mit dem Ziel, alle in der Leitlinie genannten Therapieoptionen, die in einem frühen Stadium der Erkrankung in Frage kommen (radikale Prostatektomie, Bestrahlung, aktive Überwachung und Brachytherapie) miteinander zu vergleichen. Es war die erste groß angelegte klinische Studie, die von einem breiten Bündnis an Partnern, einschließlich der Krankenkassen, getragen wurde. Ein solcher Schulderschluss ist im deutschen Gesundheitswesen bislang einzigartig. Die Deutsche Krebsgesellschaft bedauert das frühzeitige Aus der PREFERE-Studie.

WEITERE GESUNDHEITSPOLITISCHE AKTIVITÄTEN

1 Die „Arbeitsgruppe Zukunft der Onkologie“ – ein Expertenkreis aus der Onkologie mit Vertretern verschiedener Fraktionen des Deutschen Bundestages – hatte sich 2015 auf Initiative der Deutschen Krebsgesellschaft etabliert. Über Fraktionsgrenzen hinweg hat der Arbeitskreis 2016 diskutiert, wie Onkologie künftig gedacht und strukturiert werden kann. Beschlossen und veröffentlicht wurde das Konzeptpapier „Wissen generierende Versorgung“. Lesen Sie dazu den Gastbeitrag „Arbeitsgruppe zur Zukunft der Onkologie“ von Karin Maag, Mitglied des Deutschen Bundestages.

2 Im Rahmen des Deutschen Krebskongresses fand im Februar 2016 in Berlin ein Parlamentarischer Abend mit Karin Maag (CDU) und Sabine Dittmar (SPD), beide Mitglied des Deutschen Bundestages, statt. Der Abend war ein wichtiger Schritt im Austausch der Deutschen Krebsgesellschaft mit der Bundespolitik.

3 Im Berichtszeitraum gab es vier politische Stellungnahmen der DKG oder mit ihrer Beteiligung, die auf der Internetseite der DKG veröffentlicht sind. Neben den zwei bereits genannten waren das die Stellungnahmen „Für eine Verbesserung der Ernährungsversorgung bei Menschen mit Krebs in Deutschland“ sowie ein Appell an die Bundesregierung für ein Verbot der Tabakaußenwerbung.

4 Mit der Berliner Veranstaltungsreihe „Brennpunkt Onkologie“ trat die DKG 2016 viermal in die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion ein. Die Themen, die zur Sprache kamen, waren „Translationale Zentren – ein Weg für Innovationen“, „Überleben reicht? Gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen“, „Innovationsfonds – Status quo, prozessuale Umsetzung, inhaltliche Gestaltung, Strategie“ und „Therapiefaktor Wohnort – die Tücken der Versorgungslandschaft in der Onkologie“. Nachberichte zu allen Veranstaltungen sind auf der Webseite der Deutschen Krebsgesellschaft zu finden.



Dr. Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft
Quelle: Georg Roither

Bericht des Schatzmeisters

PROF. DR. ANDREAS HOCHHAUS

Die Einnahmen der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) aus Mitgliedsbeiträgen betragen im Jahr 2016 über 1 Million Euro. Der größte Anteil dieser Beiträge entspringt den Einzelmitgliedern (Arbeitsgemeinschaften/Sektion B) und den Fördermitgliedern (Sektion C), wobei die Mitgliedsbeiträge der Sektion B weiter angestiegen sind.

Die Zuwendungen über Drittmittel zur Durchführung von Studien, insbesondere in der Sektion B, betragen mehr als 340.000 Euro. Die Einnahmen aus Spenden und Erbschaften lagen bei über 260.000 Euro.

Die Zuwendungen aus dem mit der Stiftung Deutsche Krebshilfe geschlossenen Grundlagenvertrag, die Zuwendung des Bundes zur Beitragszahlung an die Union for International Cancer Control (UICC) und die regelmäßigen Zuwendungen der Krogmann Stiftung belaufen sich (ohne unmittelbaren Projektbezug) auf mehr als 1,3 Millionen Euro.

Unabhängig davon werden weiterhin die gemeinsamen Projekte mit der Stiftung Deutsche Krebshilfe gesondert durch diese gefördert. Sie erfassen neben dem Leitlinienprogramm Onkologie den AEK-Kongress, die Offene Krebskonferenz, den Deutschen Krebskongress sowie die Arbeitsgruppe zur Erstellung der Texte für das INFONETZ KREBS.

Unter Berücksichtigung von Rücklagen und den abgewickelten Projekten sowie den oben beschriebenen Zahlungen betrug 2016 der Jahresüberschuss gemäß Haushaltsplan 89.640 Euro. Weiterhin sehr erfreulich ist die Rückstellung von 300.000 Euro für die Deutsche Krebsstiftung.

Die Vermögensaufstellung der DKG hat sich gegenüber dem Vorjahr günstig entwickelt. Als überwiegender Anteil geht weiterhin die 2011 erworbene Immobilie Kuno-Fischer-Straße 8, Berlin, ein. Die regelmäßige Rücklagenbildung für die Deutsche Krebsstiftung wird unverändert fortgeführt.

Mitgliedermagazin FORUM

PROF. DR. FLORIAN LORDICK

Das FORUM wird seiner Rolle als die führende Zeitschrift für Fragen der Krebsmedizin in Deutschland gerecht. Das FORUM hat sich auf Wissens- und Meinungstransfer rund um das Thema Krebs spezialisiert; es werden Fakten, Gedanken und Zukunftsideen ausgetauscht.

Die Besonderheit des FORUMS liegt in den unterschiedlichen Professionen und Gruppierungen, die sich auch in der Deutschen Krebsgesellschaft abbilden und in diesem Printmedium begegnen. Im FORUM setzt man sich ebenso kritisch wie konstruktiv mit den Entwicklungen und Chancen in der Krebsmedizin auseinander. Meinungsvielfalt, Kontroversen und Visionen sind erwünscht und werden gedruckt, solange sie sachorientiert vorgetragen werden.

Wir haben der Vielfalt mit der Gestaltung der Themenhefte Rechnung getragen: „Wissen und Information in der Onkologie“, „Psychoonkologie“, „Translationale Onkologie“, „Junge Erwachsene mit Krebs“, „Klinische Studien“ und „Nationaler Krebsplan“ waren die Fokusthemen des Jahres 2016.

Die Auswahl der Inhalte wird durch den sehr aktiven wissenschaftlichen Beirat unterstützt. Für ihr großes Engagement und die vielfältigen Ideen danke ich herzlich den Vertretern der Sektion A Dr. Ulrike Helbig und Dr. Ralf Porzig, den Vertretern der Sektion B Prof. Dr. Stephan Grabbe, Prof. Dr. Peter Hammerer, Prof. Dr. Jutta Hübner, Prof. Dr. Olaf Ortmann, Prof. Dr. Christoph Röcken, Prof. Dr. Dipl.-Phys. Heinz-Peter Schlemmer und Prof. Dr. Frederik Wenz, dem Vertreter der Sektion C Dr. Hans Ulrich Jelitto und der Vertreterin für die junge Onkologie Dr. Maren Knödler. Viele weitere Personen, die sich aus der DKG-

Geschäftsstelle, den Landeskrebsgesellschaften und den wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaften engagieren, möchte ich hier ebenfalls persönlich danken.

Die neu eingeführte Rubrik „Junge Onkologie“ entwickelt sich hervorragend und spricht mit erfrischenden Beiträgen Themen der Nachwuchsgeneration an, die gerade beginnt, in der Krebsmedizin neue Zeichen zu setzen.

Das FORUM wird auch als die führende Plattform zur Darstellung neuer und laufender akademisch geleiteter klinischer Studien in Deutschland genutzt.

Eine weitere Erfolgsgeschichte ist die neu geschaffene Sonderstrecke. Während im Jahr 2015 unter Redaktion von Prof. Röcken sechs Schwerpunktbeiträge aus der Pathologie erstellt wurden, redigierten Prof. Schemmer und Prof. Kotzerke im Jahr 2016 gemeinsam die Sonderstrecke Onkologische Bildgebung. 2017 führen wir mit Beteiligung von Prof. Röcken und Prof. Fröhling eine neue Rubrik Molekulares Tumorboard ein. Das FORUM ist damit das erste Printmedium in Deutschland, welches sich diesem zukunftsweisenden Thema widmet und hochedukative Fallbesprechungen aus dem Bereich der molekular stratifizierten onkologischen Therapie publiziert.

All dies würde nicht ohne das unermüdliche Zutun unserer Managing Editorin Frau Gabriele Staab funktionieren. Ihre langjährige Erfahrung und hervorragende Vernetzung in der Onkologie sind ein großes Kapital und tragen wesentlich zum Erfolg des FORUMS bei. Ganz herzlichen Dank auch an dieser Stelle.

Engagement in Europa und darüber hinaus

DR. SIMONE WESSELMANN, DR. MARKUS FOLLMANN, DR. ULRIKE HELBIG

Initiiert von der Europäischen Kommission gibt es eine zunehmende Zahl an Projekten, die sich mit Qualitätssicherung in der Onkologie befassen. Die DKG ist mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) intensiv an der Umsetzung dieser Joint Actions beteiligt. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang das CanCon-Projekt, das 2016 die Arbeiten am „European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control“ zum Ende brachte und inzwischen veröffentlicht hat. Das Dokument definiert im Sinne der zertifizierten Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft die Notwendigkeiten und Voraussetzungen für die Implementierung von onkologischen Behandlungsnetzwerken.

Die Deutsche Krebsgesellschaft ist seit 2015 aktiver Partner des EU-Projekts European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC), welches die Europäische Kommission 2012 als Initiative für die Qualitätssicherung in der Brustkrebsfrüherkennung und -behandlung initiiert hat. Die Initiative beinhaltet die Neuentwicklung einer evidenzbasierten europäischen Früherkennungs- und Diagnoseleitlinie für Brustkrebs sowie die Definition von Akkreditierungs- und Zertifizierungsanforderungen für Brustkrebszentren. Die DKG vertritt Deutschland im Auftrag des BMG und verfügt mit dem etablierten System der Brustkrebszentren über die umfassendsten Erfahrungen in Europa. Der Bereich Leitlinien ist in der Guideline Development Group (GDG) aktiv, der Bereich Zertifizierung in der Quality Assurance Scheme Development Group (QASDAG).

Die Projekte zeigen, dass das Thema Qualitätssicherung auf europäischer Ebene einen stetig größer werdenden Stellenwert innehat und nachdrückliche Anstrengungen unternommen werden, um eine europaweite Vereinheitlichung zu erreichen. Das DKG-Zertifizierungssystem ist dieser Entwicklung unter anderem mit der Etablierung der European Cancer Centres weit voraus und kann damit die Ausgestaltung der Initiativen sinnvoll unterstützen und wichtige Impulse geben. Näheres zu den European Cancer Centres lesen Sie im Abschnitt Zertifizierung.

Der Bereich evidenzbasierte Medizin/Leitlinien befindet sich außerdem im Austausch mit internationalen Leitliniethodikern, zum einen über Aktivitäten des Guideline International Networks (beispielsweise Performance Measures Working Group), zum anderen über die jährlichen Methodik-Workshops des Leitlinienprogramms Onkologie, zu denen regelmäßig auch internationale Experten eingeladen werden, um neue Entwicklungen zu präsentieren und zu diskutieren.

Die seit Sommer 2015 bestehende Mitgliedschaft in der European Cancer League (ECL) ist gut etabliert, und die Zusammenarbeit entwickelt sich positiv. So war die Deutsche Krebsgesellschaft bei der Annual Assembly in Paris aktiv vertreten. Im Vorfeld tagte die Task Force zu Equal Access to Cancer Medicines, deren Mitglied die Deutsche Krebsgesellschaft ist. Sie wird den Zugang zur medikamentösen onkologischen Versorgung in den verschiedenen europäischen Ländern analysieren.

Der von der International Agency for Research on Cancer (IARC) aktualisierte und weiterentwickelte European Code of Conduct (ECoC) wurde über die ECL zur weiteren Erläuterung und Implementierung an die Landeskrebsgesellschaften der DKG vermittelt, die sich mit den einzelnen Punkten des ECoC über Präventionsprojekte befassen. Näheres lesen Sie im Abschnitt Sektion A.

Im Juni 2016 fand in Berlin das dritte European Round Table Meeting der DKG in Kooperation mit der Union of International Cancer Control (UICC) statt. Unter dem Thema „Current developments in cancer care: including the patient perspective“ kamen erneut hochrangige Teilnehmer verschiedener europäischer Institutionen, einschließlich der European Commission, sowie Patientenvertreter aus neun Nationen zusammen. UICC-Report und Paper sind auf der Webseite der DKG veröffentlicht.

Mitgliederentwicklung

KATRIN HACKL

Die Deutsche Krebsgesellschaft hatte per 31. Dezember 2016

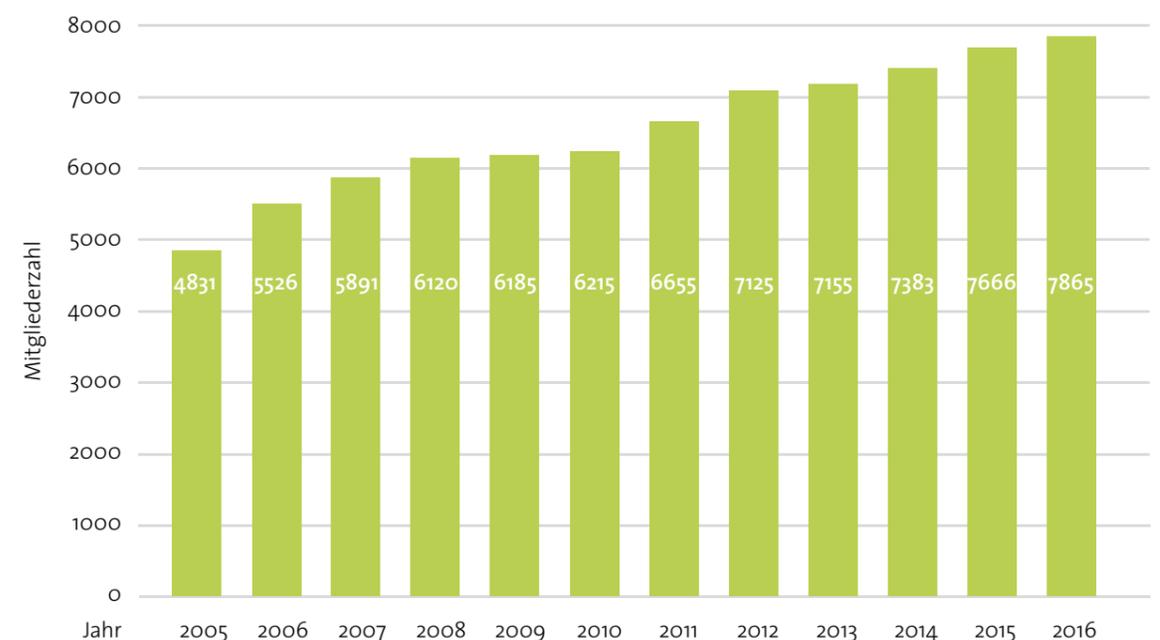
- ▶ 16 Mitglieder in der Sektion A/Landeskrebsgesellschaften,
- ▶ 7.865 Einzelmitglieder in der Sektion B und
- ▶ 36 Fördermitglieder in der Sektion C.

Einzelmitglieder der Deutschen Krebsgesellschaft (Sektion B) können nicht nur Ärzte aller medizinischen Fachgruppen werden, sondern auch Grundlagenforscher, Medizinisch-Technische Assistenten, Pflegekräfte, Psychologen sowie weitere Berufsgruppen, die am Thema Krebs arbeiten. Sie engagieren sich in 24 Arbeitsgemeinschaften der experimentellen oder der klinischen Krebsforschung bzw. in 7 interdisziplinären Studiengruppen.

Die mitgliederstärkste Arbeitsgemeinschaft der DKG ist die Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) mit über 1.700 Mitgliedern. Die mitgliederstärkste wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft ist die Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) mit 1.300 Mitgliedern.

Im Jahr des 32. Deutschen Krebskongresses hat sich die Zahl der Neuaufnahmen wie erwartet im Januar am stärksten ausgewirkt und den größten Mitgliederzuwachs gebracht. Insgesamt wurden im Jahr 2016 479 Neuaufnahmen verzeichnet.

Grafik: Katrin Hackl/DKG



Die Marke DKG

RENATE BABNIK

Der Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft hat 2016 begonnen, den Markenstatus der Deutschen Krebsgesellschaft zu analysieren – zunächst intern. Dafür wurden mit Unterstützung der Berliner Markenagentur wirDesign Mitte 2016 Befragungen auf Basis qualitativer oder quantitativer Erhebungsmethoden im Vorstand, in der Geschäftsstelle, bei den Landeskrebsgesellschaften, allen Einzelmitgliedern und unter den Fördermitgliedern durchgeführt. Diese Erhebung zielte darauf ab, das aktuelle Selbstbild der DKG zu ermitteln. Gefragt wurde nach Stärken, Schwächen und Herausforderungen, nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden sowie der künftigen Positionierung.

Die Markenagentur stieß durchweg auf sehr offene Interviewteilnehmer, die sich Zeit nahmen. Sie schilderten ebenso konstruktiv wie kritisch ihr Bild von der aktuellen und zukünftigen Situation der DKG. Leider blieb die Beteiligung der Sektion B Einzelmitglieder/Arbeitsgemeinschaften an der Umfrage unter den Erwartungen: Die Beteiligung lag nur bei 4,4 Prozent.

POTENZIAL, AUFGABEN, HERAUSFORDERUNGEN

Die Analyse – Markenkernanalyse genannt – hat ein sehr differenziertes Bild gezeichnet, das heißt, es wurden zahlreiche Einzelantworten gegeben. Es gibt allerdings offene Übereinstimmungen in wichtigen Themen.

- 1 Übereinstimmung gibt es zum Beispiel beim aktuellen Selbstverständnis der DKG. Es lautet: „Die DKG engagiert sich für eine Krebsversorgung auf der Basis von evidenzbasierter Medizin, Interdisziplinarität und hohen Qualitätsstandards.“ Mit diesem Selbstbild können sich die Befragten über alle Sektionen und Einheiten hinweg identifizieren. Was in dieser Positionierung fehle, sei die Patientenorientierung, so die Befragten. Sie sollte Teil des künftigen Selbstverständnisses der DKG sein. Die Außenwirksamkeit der DKG mit diesem Selbstverständnis sei derzeit allerdings nur gering.
- 2 Große Einigkeit unter den Befragten herrschte auch bei der Frage nach den Stärken: Es sind eine hohe Fachlichkeit, Wissen, Kompetenz und die Produkte (Zertifizierung, Leitlinien, Deutscher Krebskongress, Nationaler Krebsplan bzw. politischer Einfluss allgemein). Es gelingt der DKG, hier ein klares Profil zu zeigen. Zur Stärkung der Marke DKG ist eine solche Fokussierung auf das, was man wirklich kann, wichtig.

- 3 Es wird von den befragten Einheiten festgestellt, dass es keine gemeinsame Vision und keine gemeinsamen Ziele (Wir-Gefühl) gebe. Die Sektion A formuliert ihre Bedeutung in der Vor-Ort-Präsenz und ihre Patienten-nähe, die Landeskrebsgesellschaften sind jede für sich autark. Die Einzelmitglieder in der Sektion B identifizieren sich mit ihrer Arbeitsgemeinschaft, aber nicht mit der DKG. Die Sektion C wünscht sich eine stärkere Wahrnehmung und bessere Nutzung der Ressourcen der Sektion C. Alle Einheiten formulieren einen unzureichenden Informationsfluss untereinander. Die Erarbeitung interner Maßnahmen für eine bessere Identifikation, Kommunikation und ein klares Rollenverständnis könnten hier Abhilfe schaffen.
- 4 Zu den wichtigsten Kooperationspartnern gehörten das Bundesministerium für Gesundheit und die Stiftung Deutsche Krebshilfe in Bonn, so die Befragten. Die politische Rolle und Einflussnahme der Deutschen Krebsgesellschaft seien aber ausbaufähig. Das Zusammenspiel mit Kooperationspartnern, wie der Deutschen Krebshilfe und anderen, sei zum Teil unklar (Schnittstellen, Unterschiede). Eine verbindliche Definition der vielfältigen Kooperationen mit individuellen Zielsetzungen könnte das ausgleichen.

- 5 Über eine Verbesserungs-/Veränderungswürdigkeit folgender Bereiche sind sich die befragten Einheiten einig:

- ▶ Kommunikation
- ▶ die DKG als gemeinsames Dach
- ▶ Zugehörigkeitsgefühl
- ▶ politische Einflussnahme
- ▶ Patientenorientierung
- ▶ Positionierung/einheitliches Branding

SCHLUSSFOLGERUNG

Eine starke Marke zu sein ist sinnvoll. Es hilft, unabhängig von Produkten, Personalien, künftigen Regierungen und Finanzlagen unser Ziel zu erreichen: die beste Versorgung von Krebspatienten, die denkbar ist. Insofern besteht Handlungsbedarf. Auf Basis der Ergebnisse der Markenkernanalyse lassen sich kurz-, mittel- und langfristige Ziele und Aufgaben definieren, um eine Marke mit nachhaltiger Strahlkraft und Reputation zu werden.



DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Ein Logo repräsentiert ein Unternehmen oder eine Institution. Es muss unverwechselbar sein und zugleich beim Betrachter Assoziationen auslösen, die die Identität des Unternehmens oder der Institution beschreiben. Wofür steht das Logo bzw. die Marke DKG?

Neue Impulse und Rekord-Teilnehmerzahl beim Deutschen Krebskongress 2016

PROF. DR. ANGELIKA EGGERT

Vom 24. bis 27. Februar 2016 hat in Berlin der 32. Deutsche Krebskongress (DKK) stattgefunden. 11.235 Experten aus der Medizin, Politik, Industrie und dem Gesundheitswesen konnten sich in über 360 Sitzungen ausführlich informieren und über den neuesten Stand der Wissenschaft austauschen.

Im Mittelpunkt des DKK 2016 standen die aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen der Krebsmedizin. Wie lässt sich der Weg von einer reaktiven zu einer proaktiven und individualisierten Medizin umsetzen? Wie kann der Patient bei wichtigen Therapieentscheidungen eingebunden werden? Die Diskussionen auf dem DKK haben gezeigt, dass die 4Ps aus dem Kongressmotto „Krebsmedizin heute: präventiv, personalisiert, präzise und partizipativ“ die Basis für einen grundlegenden Wandel in der Versorgung krebskranker Menschen bilden.

Meine Ziele als Kongresspräsidentin waren vor allem die größere Berücksichtigung des Nachwuchses und die breite Integration neuer wissenschaftlicher Konzepte. Erstmals wurde daher ein Fokus auf den Bereich der translationalen Onkologie gelegt. Über 30 Sitzungen fanden dazu Eingang in das Kongressprogramm, und ein Teil der eingereichten Abstracts wurde als freier Vortrag in die Sitzungen aufgenommen. So konnte beispielsweise anhand der

Forschungsergebnisse der Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen um Prof. Dr. Matthias Fischer von der Universitätskinderklinik zu Köln deutlich gemacht werden, wie wichtig die genaue molekulare Charakterisierung von Tumoren für die Entwicklung verbesserter Therapien ist.

Neben dem wissenschaftlichen Programm befasste sich der Kongress auch mit wichtigen gesundheitspolitischen Themen, wie Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen, dem Einfluss neuer Gesetze auf die Onkologie oder der Transparenz in der Zusammenarbeit mit der Industrie.

Darüber hinaus wurden mit der neuen Kongresstechnik die Prozesse und Abläufe für die Kongressteilnehmer optimiert. Erstmals kamen Self-Registration-Terminals sowie Self-Print-Terminals zum Einsatz, wodurch die Teilnehmer in kurzer Zeit selbst die Registrierungen durchführen und die Teilnahmebescheinigung ausdrucken konnten. Digitale Rednerpulte und digitale Chair-Tables ermöglichten nicht nur eine optische Aufwertung der Säle und Podien, sondern auch eine interaktive Kommunikation zwischen Teilnehmern und Referenten/Vorsitzenden. Die Teilnehmer konnten sich via Kongress-App zu Redebeiträgen äußern, diese bewerten oder Fragen stellen und somit aktiv in die Diskussionen eingebunden werden.



Staffelstabübergabe an den nächsten Kongresspräsidenten Prof. Dr. Thomas Wiegel, Ulm. Der Deutsche Krebskongress 2018 steht unter dem Motto „Perspektiven verändern Krebs – Krebs verändert Perspektiven. Diagnose, Therapie, (Über-)Leben“ und findet vom 21. bis 24. Februar 2018 in Berlin statt. www.dkk2018.de
Quelle: Peter-Paul Weiler/DKK2016

Rückblick DKK 2016



(links von oben nach unten)
11.235 Experten informierten sich an vier Tagen über die neuesten Erkenntnisse in der Krebsdiagnostik und Krebstherapie sowie über gesundheitspolitische Themen.

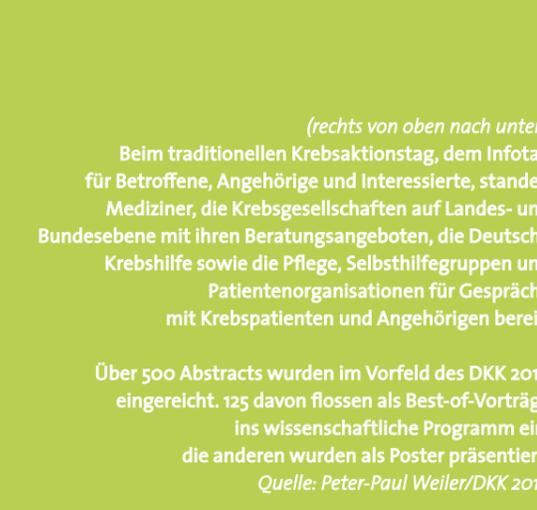
Das wissenschaftliche Programm war mit 360 Sitzungen gut gefüllt. Über 30 Sitzungen fanden zum Schwerpunktthema Translationale Onkologie statt.



„Krebsmedizin heute: präventiv, personalisiert, präzise und partizipativ“ war das Motto des DKK 2016 unter Leitung von Prof. Dr. Angelika Eggert, Kongresspräsidentin, und Prof. Dr. Ulrich Keilholz, Kongressvizepräsident.



7. KREBSAKTIONSTAG
Forum für Betroffene, Angehörige und Interessierte
im Rahmen des 32. Deutschen Krebskongress



(rechts von oben nach unten)
Beim traditionellen Krebsaktionstag, dem Infotag für Betroffene, Angehörige und Interessierte, standen Mediziner, die Krebsgesellschaften auf Landes- und Bundesebene mit ihren Beratungsangeboten, die Deutsche Krebshilfe sowie die Pflege, Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen für Gespräche mit Krebspatienten und Angehörigen bereit.

Über 500 Abstracts wurden im Vorfeld des DKK 2016 eingereicht. 125 davon flossen als Best-of-Vorträge ins wissenschaftliche Programm ein, die anderen wurden als Poster präsentiert.
Quelle: Peter-Paul Weiler/DKK 2016

SEKTION A

Die Landeskrebsgesellschaften in Zahlen

DR. ULRIKE HELBIG

16 Landeskrebsgesellschaften gibt es in Deutschland. Sie leisten wichtige Arbeit vor Ort – nah am Patienten und seinen Angehörigen. Alle organisieren Kurse, Symposien, Informationstage und Kongresse, fördern Forschungsprojekte, kooperieren mit Tumorzentren und Selbsthilfegruppen und betreiben Öffentlichkeitsarbeit.

Alle sind in der Information, psychosozialen Beratung, Unterstützung von Forschung, Unterstützung klinischer Krebsregister, in der Prävention und der Qualitätsverbesserung der onkologischen Versorgung aktiv.

9.869 Mitglieder zählen alle 16 Landeskrebsgesellschaften. 215 hauptamtliche und 828 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten bei den Landeskrebsgesellschaften.

950 Vorträge und Veranstaltungen fanden statt. 379 geleitete Gruppen sind bundesweit aktiv. 478 Aktionen zur Gesundheitsförderung wurden 2016 umgesetzt.

798 Selbsthilfegruppen werden unterstützt. Schnittstellen gibt es ebenso zu Kliniken, niedergelassenen Onkologen, Rehaeinrichtungen, Sozialdiensten, Kranken- und Rentenversicherungen sowie Landesregierungen.

4 Ausschüsse der Landeskrebsgesellschaften sind aktiv: Krebsberatung, Prävention, Öffentlichkeits- und Pressearbeit sowie Fundraising.

126 Beratungsstellen werden bundesweit von den Landeskrebsgesellschaften betrieben.

61.738 Beratungen wurden 2016 durchgeführt.

7.760.000 Euro Kosten für Beratungsleistungen werden durch eine gemischte Finanzierung gedeckt (Spendengelder, Projektmittel von Organisationen, Krankenversicherungen/ Rentenversicherungen/Landesregierungen, kommunale Mittel).

Geschäftsstellen und Beratungseinrichtungen



Grafik: Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz; Stand 2016

Ausgewählte Aktivitäten

Das Jahr 2016 stand im Fokus der Weiterentwicklung der Krebsberatung, der Prävention und des Ausbaus der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Diese Themenschwerpunkte wurden in der Krebsberatung intensiv bearbeitet:

- ▶ Fertigstellung des Ziels 11b „Qualitätsgesicherte Beratungs- und Hilfsangebote für Krebspatient(inn)en und ihre Angehörigen“ im Handlungsfeld 4 „Stärkung der Patienten-orientierung“ des Nationalen Krebsplans unter Beteiligung der Landeskrebsgesellschaften. Folgende Schwerpunkte wurden gesetzt:
 - Sicherung der Qualität und Seriosität der verfügbaren Beratungs- und Hilfsangebote
 - bessere Vernetzung und Vereinheitlichung der vorhandenen Angebote für Krebspatienten und ihre Angehörigen
 - Schaffung niederschwelliger zielgruppengerechter Angebote zur besseren Steuerung/Lotsung des Krebspatienten/der Krebspatientin durch das Gesundheitssystem
- ▶ Weiterentwicklung der gemeinsamen Dokumentation der Krebsberatungsleistung
- ▶ Qualitätsentwicklung in der Krebsberatung/Entwicklung von Standard Operating Procedures

In Bereich Prävention wurde der European Code of Conduct (ECoC) übernommen, der durch die International Agency for Research on Cancer (IARC) erarbeitet und aktualisiert wurde. Passend zu einzelnen Punkten des ECoC wurden bei den Präventionsinitiativen folgende Schwerpunkte gesetzt:

BEWEGUNG

- ▶ Präventionstage/themenübergreifende Präventionsveranstaltungen
- ▶ unterschiedliche Laufveranstaltungen
- ▶ Bäder- und Rehatour
- ▶ KINDERLEICHT
- ▶ Krebsprävention für Heranwachsende an Berliner Schulen
- ▶ Entspannungskurse, Tai Chi, Qigong, Zumba, Yoga

ERNÄHRUNG

- ▶ Präventionstage/Aufklärungstage
- ▶ Ernährungsberatung
- ▶ Kochkurse
- ▶ darmgesunde Ernährung – Projekt „Darmflora“
- ▶ Unterstützung des Selbsthilfebereichs
- ▶ „5 am Tag“-Präventionskampagne

NICHTRAUCHEN

- ▶ Präventionstage/Aufklärungstage
- ▶ Motivationsworkshops
- ▶ Rauchfrei-Kurse
- ▶ Informationsmaterial in Schulen/Arbeitsstätten

SONNENSCHUTZ

- ▶ Informationstage/Präventionstage
- ▶ Sonnenschutz in den Betrieben
- ▶ „SunPass“-Projekt mit der European Skin Cancer Foundation (ESCF)

HPV, DARMKREBSFRÜHERKENNUNG UND WEITERE PROJEKTE

- ▶ HPV-Kampagne/HPV-Schulprojekt/Video zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs
- ▶ Männer-Check-up – Information zu Prostatakrebsfrüherkennung
- ▶ Krebsprävention für Heranwachsende an Berliner Schulen
- ▶ Ausstellung Früherkennungsoffensive

Um gemeinsame und bundeslandübergreifende Präventionsprojekte besonders kennzeichnen zu können, wurde die Marke „du bist kostbar“ eingeführt. Sie wurde von der Hessischen Landeskrebsgesellschaft entwickelt und allen Landeskrebsgesellschaften zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung gestellt. www.du-bist-kostbar.de

Im Rahmen des Deutschen Krebsskongresses im Februar 2016 fand der Krebsaktionstag mit 2.500 Besuchern statt.

Die Landeskrebsgesellschaften im Internet

Bayerische Krebsgesellschaft e. V.	www.bayerische-krebsgesellschaft.de
Krebsverband Baden-Württemberg e. V.	www.krebsverband-bw.de
Berliner Krebsgesellschaft e. V.	www.berliner-krebsgesellschaft.de
Brandenburgische Krebsgesellschaft e. V.	www.krebsgesellschaft-brandenburg.de
Bremer Krebsgesellschaft e. V.	www.krebs-bremen.de
Hamburger Krebsgesellschaft e. V.	www.krebs-hamburg.de
Hessische Krebsgesellschaft e. V.	www.hessische-krebsgesellschaft.de
Krebsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.	www.krebsgesellschaft-mv.de
Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.	www.nds-krebsgesellschaft.de
Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.	www.krebsgesellschaft-nrw.de
Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.	www.krebsgesellschaft-rlp.de
Saarländische Krebsgesellschaft e. V.	www.saarlaendische-krebsgesellschaft.de
Sächsische Krebsgesellschaft e. V.	www.skg-ev.de
Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.	www.sakg.de
Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V.	www.krebsgesellschaft-sh.de
Thüringische Krebsgesellschaft e. V.	www.krebsgesellschaft-thueringen.de

SEKTION B

• AEK Abteilung Experimentelle Krebsforschung

(Stand Mai 2017)

ARBEITSGEMEINSCHAFT	VORSITZENDER/SPRECHER STELLVERTRETER
• AEK	Prof. Dr. Rainer Engers, Neuss
• AEK – B	Prof. Dr. Martin Eilers, Würzburg Prof. Dr. Johannes Zuber, Wien
• AEK – I	PD Dr. Uta Elisabeth Höpken, Berlin Prof. Dr. Jürgen Becker, Essen
• AEK – K	Prof. Dr. Elisabeth Wiesmüller, Ulm Prof. Dr. Lars Zender, Tübingen
• AEK – M	Prof. Dr. Christoph Klein, Regensburg Dr. Beate Volkmer, Buxtehude
• AEK – P	Prof. Dr. Rainer Engers, Neuss Prof. Dr. Andreas Jung, München
• AEK – S	Prof. Dr. Christine Sers, Berlin Prof. Dr. Thomas Brabletz, Erlangen
• AEK – T	Dr. Jens Hoffmann, Berlin Prof. Dr. Simone Fulda, Frankfurt/Main
• AEK – V	Prof. Dr. Matthias Dobbstein, Göttingen Prof. Dr. Sigrun Smola, Homburg
• AEK – Z	Prof. Dr. Peter Friedl, Nijmegen (NL) Prof. Dr. Klaus-Peter Janssen, München

• AEK Abteilung Experimentelle Krebsforschung

PROF. DR. RAINER ENGERS

Zu den wichtigsten Projekten im Jahr 2016 zählten für die Abteilung Experimentelle Krebsforschung: ▶ die Organisation und Durchführung der zweiten AEK-Autumn School in Berlin; ▶ die Vorbereitung des 19. Internationalen AEK-Krebskongresses; ▶ die Beteiligung der AEK am 26. Deutschen Hautkrebskongress der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) in der Deutschen Krebsgesellschaft; ▶ die Fortsetzung des Austauschs mit der European Association for Cancer Research (EACR); ▶ die Beteiligung an der Kandidatenauswahl für den Deutschen Krebspreis.

Was war das wichtigste Projekt für die AEK im Jahr 2016?

Das war die zweite AEK-Autumn School, dieses Mal zum Thema Immunology.

Was ist daran besonders?

Die AEK-Autumn School ist eine spezielle Veranstaltung für wissenschaftliche Nachwuchskräfte zu einem Hot Topic der experimentellen bzw. translationalen Krebsforschung. 2016 war das Thema Immunology. Das besondere Format erlaubt einen besonders intensiven und umfassenden Austausch in entspannter Atmosphäre: Es gibt nur 25 Teilnehmer, und die Thematik wird durch national und international ausgewiesene Experten umfassend dargestellt. Wir binden Nachwuchswissenschaftler aktiv in das Programm in Form eigener Vorträge und Poster ein. Außerdem haben sie die Möglichkeit ausgiebiger Diskussionen. Auch die zweite Autumn School verlief sehr erfolgreich. Aufgrund der ausgesprochen positiven Resonanz und Evaluation durch die Teilnehmer haben wir den ursprünglich zweijährigen Veranstaltungsturnus auf einen jährlichen Turnus verkürzt.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der AEK insgesamt ein?

Die Entwicklung der AEK im Jahr 2016 verlief durchweg positiv. Neben der erfolgreichen Autumn School haben wir uns darauf konzentriert, den 19th International AEK Cancer Congress im März 2017 vorzubereiten. Uns war es wichtig, viele Referenten aus dem In- und Ausland zu gewinnen. Das ist uns gelungen. Die Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgemeinschaften der Sektion B und der European Association for Cancer Research konnte erfolgreich fortgesetzt werden. Schließlich ist die Mitgliederzahl der AEK erfreulicherweise weiter angestiegen.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Wir wollen den Bekanntheitsgrad von AEK-Veranstaltungen weiter steigern und die Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgemeinschaften der Sektion B in der Deutschen Krebsgesellschaft intensivieren. Und um konkrete Projekte zu nennen: Ziel der AEK ist es, im Jahr 2017 den 19th International AEK Cancer Congress in Heidelberg erstmalig in Kooperation mit einer DFG-Forschergruppe durchzuführen. Außerdem freuen wir uns auf die dritte AEK-Autumn School, dieses Mal zum Thema „Minimal Residual Disease, Circulating Tumor Cells and Metastasis“. Sie wird vom 6. bis 8. November 2017 in Berlin stattfinden – den Termin kann sich gern schon jeder vormerken.

• Abteilung Klinische Krebsforschung (Stand Mai 2017)

	GRÜN- DUNG	VORSITZENDER/SPRECHER 2. VORSITZENDER/SPRECHER BZW. STELLVERTRETER	WEBSEITE
• ABO	2008	Prof. Dr. Bernd Krause, Rostock Prof. Dr. Heinz-Peter Schlemmer, Heidelberg	www.onkologische-bildgebung.drg.de
• ADO	1991	Prof. Dr. Dirk Schadendorf, Essen Prof. Dr. Ralf Gutzmer, Hannover	www.ado-homepage.de
• AET	2012	PD Dr. Kerstin Rhiem, Köln Prof. Dr. Stefan Aretz, Bonn	
• AGO		Prof. Dr. Tanja Fehm, Düsseldorf Prof. Dr. Olaf Ortmann, Regensburg Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt, München	www.ago-online.com
• AHMO		Prof. Dr. Barbara Wollenberg, Lübeck Prof. Dr. Dr. Peter Sieg, Lübeck	
• AIO	1976	Prof. Dr. Volker Heinemann, München Prof. Dr. Helmut Oettle, Berlin	www.aio-portal.de
• AOP		Prof. Dr. Christoph Röcken, Kiel Prof. Dr. Gustavo B. Baretton, Dresden	www.pathologie-dgp.de/die-dgp/aop/
• AOT	2012	Prof. Dr. Joachim Schirren, Wiesbaden Prof. Dr. Hans Hoffmann, Heidelberg	
• APM	2010	Prof. Dr. Florian Lordick, Leipzig Prof. Dr. Birgitt van Oorschot, Würzburg	
• APO/GPOH		Prof. Dr. Angelika Eggert, Berlin Prof. Dr. Dirk Reinhardt, Essen Prof. Dr. Christian P. Kratz, Hannover	www.kinderkrebsinfo.de/gpoh/apo
• ARO	1987	Prof. Dr. Frederik Wenz, Mannheim Prof. Dr. Heinz Schmidberger, Mainz	www.aeroonline.de
• ASO	2015	Marie Rösler, Bremen Prof. Dr. Sabine Schneider, Esslingen Jürgen Walther, Heidelberg	www.aso-ag.org

• ASORS		Prof. Dr. Petra Feyer, Berlin Prof. Dr. Oliver Rick, Bad Wildungen	www.asors.de
• ATO		Prof. Dr. Christian Wittekind, Leipzig Prof. Dr. Stefan P. Mönig, Köln	
• AUO		Prof. Dr. Jürgen Gschwend, München Prof. Dr. Susanne Krege, Essen	www.auo-online.de
• CAO		Prof. Dr. Christoph-Thomas Germer, Würzburg	
• CAO-V		Prof. Dr. Hans-Rudolf Raab, Oldenburg	
• KOK	1987	Kerstin Paradies, Hamburg Mirko Laux, Frankfurt/Main	www.kok-krebsgesellschaft.de
• NOA		Prof. Dr. Wolfgang Wick, Heidelberg Prof. Dr. Guido Reifenberger, Düsseldorf	www.neuroonkologie.de
• OPH	2007	Klaus Meier, Soltau Michael Höckel, Kassel	www.dgop.org/agop.html
• POA		Prof. Dr. Christian Grohé, Berlin PD Dr. Christoph Schäper, Greifswald	
• PRIO		Prof. Dr. Jutta Hübner, Jena Prof. Dr. Franz-Josef Prott, Wiesbaden	www.prio-dkg.de
• PSO	1988	Prof. Dr. Anja Mehnert, Leipzig	www.pso-ag.org

• ABO Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie

PROF. DR. BERND JOACHIM KRAUSE, PROF. DR. HEINZ-PETER SCHLEMMER

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ Wahl des Sprechers und des stellvertretenden Sprechers der Arbeitsgemeinschaft; ▶ Beteiligung an der Vorbereitung des wissenschaftlichen Programms des Deutschen Krebskongresses 2018 in Berlin; ▶ Vorbereitung des 2. Workshops „Standardisiertes Reporting onkologischer Bildgebung“; ▶ Beiträge in 4 von 6 Ausgaben des DKG-Mitgliedermagazins FORUM zu den Themen „Diagnose und Ausbreitungsdiagnostik des Prostatakarzinoms“, „Screening und Frühdiagnostik: Fokus Lungenkarzinom“, „Moderne Diagnostik und standardisiertes Therapiemonitoring beim malignen Melanom“ sowie „Radiologische und nuklearmedizinische regionale Tumortherapien“.

Was war die wichtigste Arbeit der ABO im Jahr 2016?

Das war die Beteiligung an der Vorbereitung des wissenschaftlichen Programms des Deutschen Krebskongresses 2018 in Berlin.

Was ist daran bedeutsam?

Der kommende Deutsche Krebskongress 2018 wird Bildgebung als einen der Schwerpunkte haben. Wir haben uns Gedanken gemacht, wie eine breite Präsenz im wissenschaftlichen Programm erreicht werden kann. Dabei wurde in Abstimmung mit der Kongressorganisation und anderen Arbeitsgemeinschaften der DKG ein Modus konsentiert und umgesetzt, der es ermöglicht, dass neben einem ABO-eigenen Beitrag in vielen der Plenarsitzungen, State-of-the-Art-Sitzungen und weiteren Veranstaltungsformaten die Diagnostik jeweils in den tumor-entitätsbezogenen Sitzungen in Form von Vorträgen vertreten sind. Dies wird die Sichtbarkeit der Diagnostik/Bildgebung im weiteren Sinne erhöhen und dazu führen, dass mehr Besucher des Kongresses ABO-relevante Beiträge hören.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der ABO ein?

Die ABO versteht sich als Arbeitsgemeinschaft, die die Diagnostik/Bildgebung in der Krebsmedizin in klinischen Abläufen implementieren und gleichzeitig Aspekte der Standardisierung und Qualitätssicherung realisieren kann. Durch die intensiven Aktivitäten im Rahmen der Vorbereitung des Deutschen Krebskongresses 2018 wird eine höhere Sichtbarkeit der diagnostischen/bildgebenden Fächer in der Krebsmedizin erreicht.

In der Mitgliederzeitschrift FORUM wurden zu ausgewählten und wichtigen Themen der Bildgebung in der Onkologie Beiträge platziert.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Wir werden weiter aktiv an der Vorbereitung des Deutschen Krebskongresses arbeiten. Außerdem wollen wir den 2. ABO-Workshop „Standardisiertes Reporting onkologischer Bildgebung“ durchführen. Nicht zuletzt planen wir die Publikation eines Manuskripts „Standardisiertes Reporting onkologischer Bildgebung“ in relevanten Fachzeitschriften.

• ADO Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie

PROF. DR. DIRK SCHADENDORF, PROF. DR. RALF GUTZMER, DR. PETER MOHR, DR. CHRISTIANE WEBER

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ die sehr erfolgreiche Durchführung des 26. Deutschen Hautkrebskongresses 2016 im September in Dresden mit mehr als 800 Teilnehmern; ▶ Zertifizierung und Re-Zertifizierung von nunmehr 54 Hautkrebszentren in Deutschland, Österreich und der Schweiz; ▶ die Fortführung der Netzwerktreffen der Koordinatoren und Leiter der zertifizierten Hautkrebszentren durch das ADO-Komitee. Das Treffen findet jährlich im Januar statt. ▶ Weiterentwicklung des Registers für Hautkrebs (ADOREG) als zentrales Register der ADO in der DKG; ▶ die Leitlinienarbeit: Update der S3-Leitlinie Malignes Melanom, Erstfassung der S3-Leitlinie Aktinische Keratose/kutanes Plattenepithelkarzinom, aktive Mitarbeit an den Leitlinien Supportivtherapie und Psychoonkologie; ▶ Landmark-Publikationen im New England Journal of Medicine, JCO und Lancet Oncology unter Mitwirkung und teilweisen Federführung der ADO; ▶ Durchführung der 2. Nationalen Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH, www.nvkh.de), Formulierung von Versorgungszielen und Initiierung wichtiger Projekte; ▶ Unterstützung bei der Gründung einer bundesweiten Dachorganisation für Patienten mit Hautkrebs (Hautkrebsnetzwerk Deutschland e.V., www.hautkrebs-netzwerk.de) und beim 2. bundesweiten Patiententag Hautkrebs in Hamburg (Organisation durch die Selbsthilfegruppen); ▶ ADO-Komitees: Es erfolgt eine kontinuierliche Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen im Rahmen von zurzeit 13 verschiedenen Komitees, die auf www.ado-homepage.de/komitees.html zu finden sind.

Welches Projekt war 2016 für die ADO besonders wichtig?

Das Jahr 2016 war für uns eine Konsolidierungsphase, in der wichtige Projekte, die in den Vorjahren angestoßen wurden, fortgeführt werden konnten. Das Jahr war vor allem stark dominiert davon, die Leitlinienarbeit zu professionalisieren. So wurde beispielsweise in der Geschäftsstelle ein Leitlinienssekretariat eingerichtet, das den Koordinatoren unterstützend zur Seite steht.

Was ist daran besonders wichtig?

Eine professionelle Leitlinienarbeit erlaubt es uns, bei der Etablierung neuer Therapiestandards beim Melanom und bei anderen Hauttumoren eine wichtige, führende Stimme zu sein.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der ADO insgesamt ein?

Die dynamische Weiterentwicklung der Dermatoonkologie geht auf dem hohen Niveau der Vorjahre weiter. Auch im Jahr 2016 waren wir federführend an den Entwicklungen bei der Behandlung von Hautkrebs beteiligt, was durch zwei Aspekte deutlich wird. Zum einen sind fast alle wichtigen Phase-III-Studien für Hauttumoren an vielen Zentren in Deutschland mit exzellenter Rekrutierung durchgeführt worden.

Über den Studiennavigator unter www.ado-homepage.de/studiennavigator.html wird das für Ärzte und Patienten zugänglich gemacht. Zum anderen ist die Kon-

• AET Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen

PD DR. KERSTIN RHIEM

solidierung von wichtigen Projekten, wie Register ADOREG, Nationale Versorgungskonferenz Hautkrebs, Patiententag, Netzwerktreffen Hautkrebszentren, gelungen. Wir konnten den Erfolg der Vorjahre fortsetzen.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Da haben wir eine ganze Liste: Zum einen wollen wir das Netzwerk zwischen niedergelassenen Ärzten und Hautkrebszentren verstärken. Zum zweiten gilt es, ärztlichen Nachwuchs für die Dermatookologie in Klinik und Forschung durch spezielle Nachwuchsförderung von jungen Ärzten und Doktoranden zu gewinnen. Darüber hinaus werden wir weitere Investigator Initiated Trials in Deutschland durchführen und dazu die Organisationsstruktur zur Durchführung von klinischen Studien professionalisieren. Wir wollen auch weiterhin den Evidenzlevel der bestehenden und geplanten Leitlinien weiterführen und heben. Genauso wichtig ist es uns, die Beteiligung von Patientenvertretern zu intensivieren und die Patientenkompetenz bei Hautkrebs zu stärken. Und nicht zuletzt: Wir müssen Präventionsmaßnahmen intensivieren und unsere bisherigen Maßnahmen evaluieren, und zwar in Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen.

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Projekten der Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen in der Deutschen Krebsgesellschaft im Berichtsjahr 2016 zählten: ▶ Durchführung und Auswertung einer Umfrage unter den Ärztinnen und Ärzten zertifizierter Brust- und Gynäkologischer Krebszentren der DKG zur genetischen und Risikokompetenz (genetic/risk literacy); ▶ die bereits zehnte Qualifizierungsmaßnahme für Ärztinnen und Ärzte zur Verbesserung der genetischen und Risikokompetenz; ▶ dem Beispiel des erblichen Brust- und Eierstockkrebses folgend nun die Implementierung der aktuellen Checkliste zur Erfassung einer möglichen erblichen Belastung für das Kolonkarzinom/Lynch-Syndrom; ▶ konsensbasierte Empfehlung in der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom zur Beratung von Menschen mit einer erblichen Belastung für das Kolonkarzinom in spezialisierten Zentren.

Was war das wichtigste Ereignis für die AET im Jahr 2016?

Die rasante Entwicklung in der Gendiagnostik und die notwendige klinische Implementierung erfordern spezielle Kenntnisse in der Ärzteschaft. Wir haben bereits die zehnte Qualifizierungsmaßnahme zur Verbesserung der genetischen und Risikokompetenz von Ärztinnen und Ärzten erfolgreich durchgeführt. Im Rahmen eines Horizon-2020-Projekts haben wir außerdem eine Umfrage zu dem Stand der oben genannten Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte von zertifizierten Brust- und Gynäkologischen Krebszentren der DKG durchgeführt und Wünsche zu weiteren Inhalten der Qualifizierungsmaßnahmen erfragt.

Was ist daran bedeutsam?

Die Umfrageergebnisse ermöglichen es uns nun, die laufenden Qualifizierungsmaßnahmen noch genauer an die Bedürfnisse der Kollegen anzupassen und insbesondere deren Informationswünsche, beispielsweise zur klinischen Interpretation von Testergebnissen, Risikomodellen und Optionen bei genetischen Varianten unklarer Signifikanz, zu berücksichtigen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der AET ein?

Sehr gut. Nachdem 2015 erstmalig Verträge für eine sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit einer erblichen Brust- und Eierstockkrebsbelastung abgeschlossen wurden, sind mittlerweile bundesweit über 120 vertraglich vereinbarte Kooperationen zwischen spezialisierten Zentren und zertifizierten Zentren zu einem flächendeckenden und hochqualifizierten Versorgungsangebot für die betroffenen Familien geschlossen worden. Das können wir uns auf die Fahnen schreiben.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Wir arbeiten weiter an der Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Ein deutschlandweites Qualifizierungsangebot soll zudem die genetische und Risikokompetenz verbessern. Strukturen, die wir für Menschen mit einer familiären Belastung für Brust- und Eierstockkrebs aufgebaut haben, kann man auch auf Menschen mit einer familiären Belastung für ein kolorektales oder Prostatakarzinom ausweiten.

• AGO Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie

PROF. DR. TANJA FEHM

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Projekten der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft gehörten im Jahr 2016: ▶ die jährliche Überarbeitung der Therapieempfehlungen der Kommission Mamma und Mitarbeit der Kommissionen an S3-Leitlinien Palliativmedizin, Mammakarzinom, Ovarialkarzinom, Endometriumkarzinom und Prävention des Zervixkarzinoms sowie der S2k-Leitlinien Trophoblastentumoren und Vulvakarzinom; ▶ Herausgabe des Buches „Gynäkologische Onkologie“ unter dem Logo der Deutschen Krebsgesellschaft; ▶ Durchführung von State-of-the-Art-Veranstaltungen (State-of-the-Art-Meeting Mamma 2016, Symposium der AGIMed zu Standards und Strukturen in der Integrativen Onkologie) und von AGO-Sitzungen auf dem Deutschen Krebskongress 2016, dem DGGG-Kongress 2016 und Senologiekongress 2016; ▶ klinische und translationale Forschungsprojekte der Studiengruppen TRAFo, AGO B und A (beispielsweise DETECT, PREFACE, OLYMPIA, PREGNANT); ▶ Etablierung von Apps zur Verbreitung der Therapieempfehlungen; ▶ Etablierung der AGO-Kommission Integrative Medizin (Kommission IMed) als eigene Kommission innerhalb der AGO; ▶ Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, zum Beispiel zur Versorgungssituation des Mammakarzinoms in Kooperation mit der AGO-Kommission Mamma; ▶ Durchführung von AGO-Zertifizierungskursen „Gynäkologische Onkologie“; ▶ Mitarbeit in den Zertifizierungskommissionen; ▶ Beteiligung an Stellungnahmen, beispielsweise Konsensus BRCA1/2-Testung, zum Morcellement von Myomen in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie zur Bedeutung von zirkulierenden Tumorzellen.

Was war 2016 besonders wichtig für die AGO? Besonders stolz sind wir auf unsere intensive Mitarbeit an einer Vielzahl von Leitlinien. Die Leitlinienarbeit, also die Erarbeitung von Empfehlungen zur Behandlung von onkologischen Erkrankungen, ist das wichtigste Projekt der AGO. Dazu zählt auch die Erstellung der jährlichen Therapieempfehlungen zur Therapie des Mammakarzinoms. Um den Verbreitungsgrad zu erhöhen, werden ab 2017 die Therapieempfehlungen auch als App kostenlos zur Verfügung stehen.

Was ist daran bedeutsam? Über die Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge von onkologischen Erkrankungen hat die AGO den nachhaltigsten Einfluss auf die medizinische Qualität und die Patientenversorgung in Deutschland. Durch die regelmäßige Aktualisierung formulieren die Leitlinien die beste verfügbare Evidenz und geben den praktisch tätigen Ärzten eine wichtige Hilfestellung bei der täglichen Arbeit. Außerdem benennen sie Wissenslücken und geben dadurch wichtige Impulse für die klinische Forschung. Die parallel erarbeiteten Patientenratgeber verbessern das Verständnis der Patienten für ihre Erkrankung und sind eine unerlässliche Basis für die partizipative Entscheidungsfindung.

Sie haben 2016 einen von der DKG finanziell geförderten Projektantrag umgesetzt: Welches Projekt haben Sie gemacht und warum?

Ein Kernanliegen der AGO ist die experimentelle, klinische und die translationale Forschung und insbesondere auch die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die AGO-Kommission Translationale Forschung (TraFo) veranstaltet jährlich ein wissenschaftliches Symposium, das jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ein Forum bietet, Arbeitsergebnisse vorzustellen und wissenschaftliche Kontakte zu knüpfen. Auch 2016 waren weit über 100 junge Wissenschaftler in Düsseldorf, um ihre Ergebnisse mit Experten der AGO TraFo zu diskutieren und sich in bestehende Forschungsnetzwerke zu integrieren.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der AGO insgesamt ein?

2016 war für die AGO erneut ein arbeitsreiches, aber auch sehr erfolgreiches Jahr. Die Ergebnisse der translationalen und klinischen Forschung der Studiengruppen der AGO haben erneut bei internationalen Kongressen hohe Aufmerksamkeit gefunden und wurden hochrangig publiziert. Das zeigt den großen Einfluss auf die internationale Entwicklung der Onkologie. Die Etablierung der AGO-Kommission Integrative Onkologie stellt einen wichtigen Schritt dar, der die Integration der komplementären Medizin in die Onkologie klinisch und wissenschaftlich auf eine neue Grundlage stellt. Durch die Verbreitung unserer Therapieempfehlungen mittels App sowie Optimierung unserer Webseite versprechen wir uns eine weitere Erhöhung des Nutzungsgrads.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Wir werden die klinische und translationale Forschung, die Leitlinienarbeit, die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und der Fortbildung auch 2017 weiter voranbringen. Die Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie wird künftig intensiviert. Im Rahmen des Innovationsfonds ist ein gemeinsames Forschungsprojekt genehmigt worden, das die Erfassung von Nebenwirkungen von innovativen Tumormedikamenten verbessern soll. Auch wird sich unser Fokus auf die Internationalisierung der AGO richten. Wir haben mit der European Society of Gynecocology eine joined membership als Grundlage für eine enge Kooperation ab 2017 initiiert. Zusätzlich ist seitens der AGO-Kommission IMed geplant, ein Curriculum Integrative Onkologie in der gynäkologischen Onkologie zu erstellen und zu etablieren.

• AHMO Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie

PROF. DR. DR. PETER SIEG, PROF. DR. BARBARA WOLLENBERG

Bedeutsame Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft im Berichtsjahr 2016 waren: ▶ 6th International Meeting on Experimental and Translational Head and Neck Oncology im Januar in Lübeck; ▶ interdisziplinärer fachlicher Meinungsaustausch in der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren der DKG (IAG-KHT) im Mai 2016 in Berlin und im November 2016 in Mainz; ▶ Head and Neck Awareness Week als Make-Sense-Campaign weltweit und bundesweit im September; ▶ International Symposium on HPV Infection in Head and Neck Cancer im November in Leipzig; ▶ 47. Jahrestagung des Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Arbeitskreises für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich im Dezember in Lübeck; ▶ Vorbereitung der Plenarsitzung Kopf-Hals-Tumoren auf dem Deutschen Krebskongress 2018 in Berlin.

Was war das wichtigste Ereignis 2016?

Im Jahr 2016 war sicherlich der Deutsche Krebskongress im Februar in Berlin das zentrale Ereignis in Bezug auf Wissens- und Erfahrungsaustausch der onkologischen Medizin.

Was ist daran bedeutsam?

Der Kongress ist im Hinblick auf die Tumorerkrankungen der Kopf-Hals-Region insofern herauszuheben, als für diesen Bereich in mehreren Sitzungen Beiträge zu aktuellen Erkenntnissen zur Tumorgenese und sich daraus ableitenden neuen Therapiemodalitäten, zu diagnostischen Methoden und Standards, zu den verschiedensten therapeutischen Optionen bis hin zu rehabilitativen Maßnahmen vorgestellt und diskutiert wurden. Auffällig war insbesondere, dass die Sitzungen bewusst interdisziplinär ausgerichtet und besucht wurden und ein Austausch der verschiedenen um die Therapie dieser Erkrankungen bemühten Fachgruppen erfolgte. Interdisziplinäre Therapiemodalitäten, also eine Heilung der Krebserkrankung durch sinnvolle Kombination von chirurgischer, strahlentherapeutischer und medikamentöser Therapie, stehen dabei im Fokus der Diskussion. Neu ist, dass die medikamentöse Therapie neben den klassischen Möglichkeiten chemotherapeutisch wirksamer Substanzen zunehmend auch neue sogenannte immuntherapeutische Verfahren der Krebsbehandlung umfasst. Das sind Medikamente, die auf der Grundlage des Verständnisses der biologischen bzw. biochemischen Vorgänge der Krebsentstehung ganz gezielt Schritte der Tumorentstehung blockieren oder Abwehrmechanismen der betroffenen Patienten unterstützen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der AHMO ein?

Drei Punkte sind herauszuheben: erstens, dass die oben angeführten neuen Möglichkeiten der Krebsbekämpfung, also die Immuntherapie, für die Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren an der Schwelle des klinischen Einsatzes stehen. Das generiert neue Möglichkeiten für betroffene Patienten, erfordert aber auch

einen erheblichen Arbeitsaufwand, um die klinische Nutzung auf der Basis valider klinischer Studien zu ermöglichen.

Zweitens, dass für die Bewertung des Langzeitverlaufes onkologisch erkrankter Patienten zunehmend der Begriff der Lebensqualität der Patienten im Fokus der Diskussion steht. Das ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass viele Patienten heute ihre Krebserkrankung langjährig überleben, im Hinblick auf die Beurteilung der Folgen der Tumorerkrankung als auch der Krebstherapie von großer Bedeutung.

Drittens, dass das Verständnis für die Notwendigkeit einer interdisziplinären Verflechtung sowohl im Bereich der Forschung, also der Naturwissenschaften und klinischen Medizin, als auch im Bereich der Therapie der Patienten bei allen Beteiligten zunehmendes Selbstverständnis erfährt. Als positives Beispiel sind unter anderem die Tagung der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren in der DKG im Mai 2016 in Berlin und die 47. Jahrestagung des Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Arbeitskreises für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich im Dezember in Lübeck zu nennen, bei denen jeweils der interdisziplinäre Erfahrungsaustausch im Fokus der Veranstaltung stand.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verbessern?

Um eine valide Auswertung der Therapieergebnisse, insbesondere die Beurteilung des Verlaufes der onkologischen Erkrankung der betroffenen Patienten zu ermöglichen, ist eine einheitliche interdisziplinäre Dokumentation der Verlaufsdaten notwendig. Auch hier spielen die Beurteilung der Lebensqualität der Patienten in Abhängigkeit von Art und Stadium der erlittenen Tumorerkrankung sowie der Folgen der jeweiligen Therapie eine zentrale Rolle. So ist der Aufbau einheitlicher Tumorregister sowie eine flächendeckende standardisierte Verlaufsdokumentation eine notwendige, aber schwierige Aufgabe – bedingt durch die föderale Struktur unseres Landes und unsere Ansprüche an den Datenschutz des einzelnen Patienten.

• AIO Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie

PROF. DR. VOLKER HEINEMANN, PROF. DR. HELMUT OETTLE

Zu den wichtigsten Ereignissen und Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft zählten im Berichtsjahr 2016: ▶ 91 aktive Studien wurden von 19 Arbeitsgruppen bearbeitet. Davon sind 29 Studien im Jahr 2016 neu hinzugekommen. ▶ 125 Publikationen erschienen unter dem AIO-Label. ▶ Das Mentor-Delegationsprinzip zur Motivation und Befähigung junger Onkologen, eigene Forschungsprojekte durchzuführen, wurde erfolgreich fortgeführt. ▶ Entwicklung einer AIO-Studiendatenbank zur systematischen Nutzung klinischer Forschungsergebnisse, die aus AIO-Studien resultieren; ▶ Beteiligung der AIO an über 50 wissenschaftlichen Symposien des Deutschen Krebskongresses; ▶ Herausgabe von Statements zu wichtigen onkologischen Themen; ▶ Weiterentwicklung der Standardarbeitsanweisungen zur Sicherung der Qualität klinischer Studien und zur Vergabe des AIO-Labels für klinische Studien; ▶ Weiterentwicklung der AIO-Studienakademie; ▶ verstärkte Einbindung der AIO-Arbeitsgruppen sowie auch der Young Medical Oncologists (YMO) in die AIO-Vorstandsarbeit, ▶ erfolgreiche Durchführung wichtiger AIO-Veranstaltungen: 13. AIO-Herbstkongress mit mehr als 800 Teilnehmern sowie der 10. AIO-GI-Tag und das Symposium „Academic Drug Development in Oncology“; ▶ Verleihung des AIO-Wissenschaftspreises und erstmals Auszeichnung exzellenter Studienzentren; ▶ zwei Updates des AIO-Studienhandbuchs; ▶ Einführung der Onlinewahl für Vorstandswahlen; ▶ Einführung eines Newsletters der AIO.

Was war das wichtigste Ereignis im Jahr 2016 für die AIO?

Wir haben auch 2016 viel bewegt. Es ist schwer, etwas herauszugreifen. Eine wichtige Entwicklung in jüngster Zeit sind Netzwerkstudien, die wir begleiten. Exemplarisch kann hier die CRISP-Studie genannt werden, die 2016 auf den Weg gebracht wurde. Es handelt sich dabei um eine Registerplattformstudie, die wir beim nichtkleinzelligen Lungenkarzinom durchführen. Zur Unterstützung dieses ambitionierten Registerprojektes hat sich eine größere Zahl industrieller Partner zusammengeschlossen. Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass jeder der industriellen Partner sich mit einem moderaten Anteil beteiligen konnte und nicht die gesamte Fördersumme von einem Partner getragen wurde. Das ermöglichte eine hohe Schlagkraft dieser Studie, so dass es möglich sein wird, innerhalb kürzester Zeit – veranschlagt ist eine Rekrutierungsdauer von 3 Jahren – 5.000 Patienten einzuschließen. Das Register wird verschiedene Satellitenprojekte beinhalten, wie IT, virtuelle Tumorbank, Lebensqualität, translationale Forschung. Darüber hinaus wird es eine repräsentative Erhebung der Behandlungsrealität in Deutschland ermöglichen sowie für verschiedene translationale Fragestellungen offen sein.

Was ist daran bedeutsam?

Mit der CRISP-Studie als Vorreiterstudie ist es prinzipiell möglich, zu einer sehr großen Anzahl von Patienten nicht nur die klinischen Verläufe zu erfassen, sondern auch die molekularpathologischen Charakteristika und letztlich auch trans-

lationale Forschungsprojekte zu diesen sehr gut charakterisierten Patienten auf den Weg zu bringen. Das ist deshalb so wichtig, weil derzeit vielfältige immuntherapeutische und molekularbiologische, gezielte Therapieansätze auf den Weg gebracht werden, für die wir in sehr kleinen Subgruppen sehr große Patientengruppen benötigen. Insofern sind 5.000 Patienten für die CRISP-Studie durchaus eine relevante Studienzahl. Das ist die große Zukunft, die diese Registerstudien in sich tragen.

Die AIO hat 2016 einen von der DKG finanziell geförderten Projektantrag umgesetzt: Welches Projekt haben Sie gemacht und warum?

Wir haben damit den AIO-GI-Tag im Frühjahr 2016 realisieren können. Das Format des AIO-GI-Tages richtete sich an Mitglieder und Experten des Fachbereiches gastrointestinale Tumoren und an die interdisziplinären Partner, die sich im Rahmen der verschiedenen Arbeitsgruppentreffen an der Entwicklung und Diskussion neuer Studien aktiv beteiligen. Der Fachbereich gastrointestinale Tumoren ist ein wichtiger Teil der AIO: Von den gegenwärtig 80 aktiven Studienprojekten innerhalb der AIO entfallen 35 Forschungsprojekte auf den Bereich der gastrointestinalen Tumoren mit weiterhin steigender Tendenz. Besonders erfreut waren wir, dass auch Chirurgen, Pathologen und Strahlentherapeuten unserer Einladung zum 10. AIO-GI-Tag gefolgt waren, um die wichtige interdisziplinäre Kooperation weiter zu vertiefen. Wir hatten ein arbeitsgruppenübergreifendes Diskussionsforum integriert, das das Thema der (palliativ-)ablativen Therapieoptionen aufgriff. Darüber hinaus wurde bei einem offenen gesundheitspolitischen Expertengespräch die mögliche Interaktion der AIO mit dem AMNOG-Prozess gestellt. Es war ein sehr erfolgreicher AIO-GI-Tag.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der AIO ein?

Sehr erfolgreich. Die AIO verfolgt nach wie vor ausschließlich gemeinnützige Zwecke, die den Bereich der internistischen Onkologie insgesamt fördern soll, aber auch in hohem Maße die Kooperation mit den interdisziplinären Partnern im In- und Ausland unterstützt. Im Fokus standen klinische Studien und die Sicherung und Optimierung der Qualität der medikamentösen Tumorthapie.

Wir freuen uns auch sehr, dass sich unsere Arbeitsgruppe Young Medical Oncologists (YMO) als eine sehr lebendige Studiengruppe entwickelt. Die YMOs können mittlerweile auf eine ganze Reihe von Studienprojekten zurückschauen, die zum Teil nicht einfach in der Entwicklung waren, die aber darauf hinweisen, dass die YMOs sich mit ihren Projekten durchsetzen konnten und dass das Gesamtkonzept funktioniert. Wichtig war natürlich, dass sich die Konzepte der YMOs in die strategische Arbeit der Arbeitsgruppen integrieren mussten. Um zu vermeiden, dass sich die YMOs als Parallelgesellschaft zu den Arbeitsgruppen entwickelt, wurden integrative Strukturen geschaffen. So haben wir zum Beispiel verstanden, dass die YMOs entsprechend des Arzneimittelgesetzes nicht als Principal Investigators fungieren dürfen, solange sie keine Fachärzte sind. Daraus hat sich ein

• AOP Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie

PROF. DR. CHRISTOPH RÖCKEN, PROF. DR. GUSTAVO BARETTON, JÖRG MAAS

Mentorenprinzip entwickelt, das hervorragend funktioniert. Derzeit gibt es Projekte zum Magenkarzinom, zu komplementären oder alternativen Verfahren, zum Body-Mass-Index und des Weiteren eine translationale Studie aus München zum Barrett-Karzinom, um nur eine Auswahl an Aktivitäten zu nennen. Die Gruppe der YMOs steht deshalb im Fokus, weil wir natürlich den Nachwuchs an jüngeren motivierten Kollegen in der AIO sicherstellen wollen. Folgerichtig fasste der AIO-Vorstand den Beschluss, ein kooptiertes Mitglied aus den Reihen der YMO in die AIO-Vorstandsarbeit einzubinden.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verbessern?

Ein großes Projekt, das wir gemeinsam mit der AIO-Studien-gGmbH verfolgen, ist die Entwicklung einer AIO-Studiendatenbank. Das liegt uns deshalb besonders am Herzen, weil es auf der Ebene einer uniformen Datenerhebung die Möglichkeit eröffnet, Studiendaten zentral zu sammeln und biometrisch zu evaluieren. Das ist ein weiter Weg, den wir hier beschreiten, dessen Finanzierung derzeit auch noch ungewiss ist. Wenn man bedenkt, dass jede Studie individuell gehandhabt wird, in Abhängigkeit davon, wer der Studienleiter ist, mit welchem Vertragsforschungsunternehmen, also CRO, er zusammenarbeitet, welche CRFs – elektronisch oder papierbasiert – er nutzt, so führt das naturgemäß zu erheblichen Unterschieden in der Datenerhebung. Es muss uns gelingen, eine biometrische Analytik mit einer entsprechenden personellen Unterstützung dahinter zu realisieren. Nur mit diesen strukturellen Änderungen wird es der AIO gelingen, sich auch in Zukunft nachhaltig am Wettbewerb der internationalen Studiengruppen zu beteiligen.

Die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie in der Deutschen Krebsgesellschaft ist eng mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie verwoben, und in der Leitlinienarbeit ist gerade die abgestimmte Benennung von Fachvertretern ein wichtiger Teil gewesen. Die Erstellung von Leitlinien ist für kleine Fachgesellschaften eine besondere Herausforderung. Knappe Personalressourcen müssen kompetent und effizient eingesetzt werden. Bei der Erstellung von Leitlinien muss auch die klinisch-pathologische Versorgungsrealität berücksichtigt werden. Die AOP hat sich in ihrem Fachbereich als ein Bindeglied zwischen der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und dem Bundesverband Deutscher Pathologen etabliert. Kommunikation und Vernetzung hatten einen besonderen Stellenwert im Jahr 2016.

Was war das wichtigste Ereignis 2016 für die AOP?

Die Sicherstellung eines guten Leitlinienprogramms ist für uns am wichtigsten.

Was ist daran bedeutsam?

Leitlinien sind interdisziplinär erstellt. Innovationen in der Onkologie werden somit bei einer Leitlinienerstellung von vielen Fachbereichen getragen und gestaltet.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung AOP ein?

Im Jahr 2016 hat sich die AOP als Arbeitsgemeinschaft der DKG mit aktuellen Themen der Onkologie auseinandergesetzt. In enger Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie haben wir Projekte aufgelegt, die für den Deutschen Krebsskongress 2018, das Leitlinienprogramm Onkologie und die Öffentlichkeitsarbeit wichtig sind.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgemeinschaften soll intensiviert werden. Kommunikation und Vernetzung bleiben ein zentrales Thema der AOP.

• AOT Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie

PROF. DR. JOACHIM SCHIRREN, PROF. DR. HANS HOFFMANN, PD DR. THOMAS GRAETER

Das inzwischen schon traditionelle Februar-Symposium in Heidelberg zusammen mit der Pneumologisch-onkologischen Arbeitsgemeinschaft (POA) und der Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO) in der Deutschen Krebsgesellschaft hat sich einen festen Platz im Veranstaltungskalender erobert und war 2016 erneut ein voller Erfolg mit über 100 sehr diskussionsfreudigen Teilnehmern.

Was war das wichtigste Ereignis 2016 für die AOT?

Die Planung der interdisziplinären Sitzungen für den Deutschen Krebskongress 2018 gemeinsam mit der Pneumologisch-onkologischen Arbeitsgemeinschaft, der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie, der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie und der Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie in der DKG, der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie – Viszeralchirurgie und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie.

Was ist daran besonders?

Die Interdisziplinarität und Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen in der Behandlung von Krebserkrankungen werden dadurch sichtbar.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der AOT ein?

Die Vernetzung mit den anderen Arbeitsgemeinschaften der DKG wurde erfolgreich ausgebaut. Ziel sollte es werden, dass die onkologischen Arbeitsgemeinschaften sich außerhalb des Deutschen Krebskongresses gegenseitig in ihre Jahreskongresse einladen. Das könnte die Interdisziplinarität weiter vertiefen.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Die Gewinnung neuer Mitglieder, insbesondere jüngere Thoraxchirurginnen und Thoraxchirurgen, ist ein vorrangiges Ziel der nächsten Jahre.

• APM Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin

PROF. DR. FLORIAN LORDICK, PROF. DR. BIRGITT VAN OORSCHOT

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ Erreichen des Rekrutierungsziels im wissenschaftlich-klinisch arbeitenden Netzwerk zur „Erfassung von Belastungen und Behandlungsbedarf von Patienten im Verlauf einer inkurablen Krebserkrankung“: mehr als 20 aktiv beteiligte Zentren in Deutschland; ▶ Publikation von Handlungsempfehlungen im Rahmen der Gemeinsam-klug-entscheiden-Initiative „Behandlungsbelastung und Palliativversorgung bei onkologischen Patienten am Lebensende“ zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung am Lebensende; ▶ Durchführung eines umfangreichen Wissenschafts- und Informationsprogrammteils zur Palliativmedizin im Rahmen des Deutschen Krebskongresses 2016; ▶ Umsetzung der S3-Leitlinie Palliativmedizin für nichtheilbare Krebspatienten in den Erhebungsbögen für Onkologische Zentren.

Was war für die APM das wichtigste Ereignis 2016?

Wir sind besonders glücklich darüber, dass es gelungen ist, so zahlreiche Kolleginnen und Kollegen für das wissenschaftliche und auf Generierung wichtiger Daten ausgerichtete Projekt der APM „Erfassung von Belastungen und Behandlungsbedarf von Patienten im Verlauf einer inkurablen Krebserkrankung“ zu interessieren. Das Rekrutierungsziel von 500 Patienten im vorgesehenen Zeitraum unterstreicht die Bedeutung des Themas und des Engagements vieler Kolleginnen und Kollegen im Bereich der Schnittstelle der Onkologie zur Palliativmedizin.

Was ist daran bedeutsam?

Belastbare Daten, die von Patienten berichtet werden, sind in der Palliativversorgung leider weiterhin rar. Klinische Forschung ist auf dem Gebiet der Palliativmedizin eine junge, aber sehr wichtige Disziplin. Ohne belastbare Daten besteht das Risiko, auf der Basis von Surrogatparametern die Versorgung am Patientenbedarf vorbei auszurichten. Mit dem Projekt „Erfassung von Belastungen und Behandlungsbedarf von Patienten im Verlauf einer inkurablen Krebserkrankung“ werden wir außerdem der interdisziplinären Rolle der APM gerecht. Eine Vielzahl von weiteren Arbeitsgemeinschaften der DKG und unterschiedlichen Professionen findet sich in diesem Projekt wieder und arbeitet aktiv mit.

Sie haben 2016 einen von der DKG finanziell geförderten Projektantrag umgesetzt. Welches Projekt haben Sie gemacht und warum?

Wir sind der DKG dankbar für die effektive Anschubfinanzierung für das gerade beschriebene Projekt. Es handelt sich um ein Querschnittsprojekt, in dem zahlreiche weitere Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Krebsgesellschaft engagiert sind. Die Schnittstelle zwischen Akutonkologie und Palliativversorgung, die frühe Integration palliativmedizinisch ausgerichteter Handlungsfelder, ist eine Priorität für die APM.

• APO Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie

PROF. DR. ANGELIKA EGGERT

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der APM insgesamt ein? Die APM hat sich zu einer produktiven Gemeinschaft weiterentwickelt. Die Treffen der APM wurden gut besucht und führten vor allem zu einem sehr regen Gedankenaustausch. Die gestarteten Projekte laufen erfolgreich und führen zu messbaren Erfolgen, wie Publikationen in wissenschaftlichen Fachjournalen und Kongresspräsentationen. Die ersten Ergebnisse der Studie „Erfassung von Belastungen und Behandlungsbedarf von Patienten im Verlauf einer inkurablen Krebserkrankung“ wurden sowohl auf dem Deutschen Krebskongress als auch auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie im Rahmen von „Best of Abstracts“-Sitzungen präsentiert. Mitglieder der APM sind darüber hinaus in zahlreichen Leitlinien- und Zertifizierungskommissionen der DKG aktiv beteiligt.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern? Wir sind zufrieden mit der konstruktiven und hochkollegialen Zusammenarbeit in unserer Arbeitsgemeinschaft. Wir freuen uns über weitere aktiv Beteiligte aus allen Sektoren der Versorgung und streben als nächsten Schritt die Einwerbung öffentlicher Fördermittel für unsere klinisch-wissenschaftlichen Projekte an. Ein entsprechender Antrag wurde Anfang 2016 bei einem Förderer zur Begutachtung eingereicht. Ein weiterer Schwerpunkt wird die Arbeit an patientenorientierten Kriterien für die Zuweisung zur spezialisierten Palliativversorgung sein.

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ GPOH/APO-Halbjahrestagung im Mai in Berlin, im November in Frankfurt; ▶ Abschluss des Projekts zur Bereitstellung von Informationen zur Palliativversorgung und zur Schmerztherapie bei krebskranken Kindern und Jugendlichen für Betroffene und Ärzte im Informationsportal www.kinderkrebsinfo.de; ▶ Vorbereitung und Durchführung des Deutschen Krebskongresses 2016 mit Kongresspräsidentschaft von Prof. Angelika Eggert; ▶ Pilotzertifizierung der ersten sieben Zentren des pädiatrischen Moduls onkologischer Zentren im Rahmen des DKG-Zertifizierungssystems; ▶ zweite sehr erfolgreiche Durchführung der GPOH School of Oncology in Oberstdorf im Januar 2016; ▶ Freischaltung einer neuen GPOH/APO-Webseite; ▶ Erarbeitung einer Kalkulationsmatrix für Kinderonkologische Zentren (2015/2016) zur Verdeutlichung des generellen Finanzierungsdefizits pädiatrisch-onkologischer Zentren; ▶ Erarbeitung neuer Konzepte für das nationale Biobanking und für die effiziente Identifizierung von Tumorprädispositionssyndromen; ▶ detaillierte Konzepterstellung für eine neue Netzwerkstruktur von Phase-I/II-Zentren.

Was war das wichtigste Ereignis 2016 für die APO?

Wir freuen uns besonders über den erfolgreichen Start der Zertifizierung des pädiatrischen Moduls onkologischer Zentren im Rahmen des DKG-Zertifizierungssystems. Das neue pädiatrische Modul soll die Qualität der Patientenversorgung in pädiatrisch-onkologischen Zentren sicherstellen und kontinuierlich weiter verbessern. 2016 erfolgte die Pilotzertifizierung der ersten sieben Zentren in Deutschland und der Schweiz. Die Zertifikate werden bei der GPOH-Tagung im Mai 2017 überreicht.

Was ist daran bedeutsam?

Die Zertifizierung des neuen pädiatrischen Moduls ist aus unserer Sicht von besonderer Wichtigkeit, da es eine wichtige Lücke im Portfolio onkologischer Zentren schließt und dem Kinderonkologischen Fachgebiet eine konsequente Weiterentwicklung und externe Überprüfung der Qualitätsstandards ermöglicht. Außerdem ermöglicht das Konzept den teilnehmenden Zentren eine kritische Selbstreflexion und kontinuierliche Verbesserung der eigenen Prozessabläufe.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der APO ein?

Das Jahr 2016 war in allen Aspekten ein sehr wichtiges Jahr, um erforderliche Strukturänderungen und -verbesserungen in der Kinderonkologischen Patientenversorgung zu entwickeln und umzusetzen. Weitere Änderungen erwarten ihre Implementierung im Jahr 2017.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verbessern?

Der dringlichste Verbesserungsbedarf besteht weiterhin bei der aktuellen Versorgungslandschaft für frühe klinische Studien. Unser neues Konzept umfasst

• ARO Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie

PROF. DR. FREDERIK WENZ

die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle, die Einrichtung eines geschützten Informationsbereichs im Rahmen der neuen GPOH-Webseite und die Einrichtung von jeweils ca. fünf regionalen Forschungsverbänden für die Durchführung früher klinischer Studien der molekular gezielten Therapie oder zellulärer/immuntherapeutischer Therapien im Kontext der hämatopoetischen Stammzelltransplantation. Durch das neue Strukturkonzept erwarten wir einen möglichst schnellen und flächendeckenden Zugang zu neuen Behandlungsoptionen für alle kideronkologischen Patienten in Deutschland.

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Projekten der Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft im Berichtsjahr 2016 zählten: ▶ 25 laufende Studien. Es handelt sich durchweg um Investigator Initiated Trials, die sich mit der verbesserten Anwendung der Radiotherapie im interdisziplinären Kontext befassen. ▶ Wie in den Vorjahren konnte eine Reihe von Leitlinien aktualisiert bzw. initiiert werden: Neu sind Leitlinien zu Hodentumoren und zum follikulären Non-Hodgkin-Lymphom. Aktualisiert wurden die Leitlinien zum kolorektalen Karzinom, Prostatakarzinom sowie Plattenepithelkarzinom der Haut. ▶ Die ARO arbeitete aktiv in den relevanten Zertifizierungskommissionen für Organkrebszentren und Onkologische Zentren.

Was war 2016 ein besonders wichtiges Projekt?

Im Mai 2016 fand die 2. Strategiesitzung für die Etablierung neuer ARO-Studien statt. Junge Studienleiter konnten die Protokolle, die ein Jahr zuvor geplant wurden, nun bereits aktivieren bzw. standen kurz vor einer Aktivierung ihrer klinischen Studien.

Was ist daran so wichtig?

Die Umfrageergebnisse ermöglichen es uns nun, die laufenden Qualifizierungsmaßnahmen noch genauer an die Bedürfnisse der Kollegen anzupassen und insbesondere deren Informationswünsche zu berücksichtigen, zum Beispiel zur klinischen Interpretation von Testergebnissen, Risikomodellen und Optionen bei genetischen Varianten unklarer Signifikanz.

Sie haben 2016 einen von der DKG finanziell geförderten Projektantrag umgesetzt: Welches Projekt haben Sie gemacht und warum?

Die Unterstützung durch die DKG erlaubte es, die Strategiesitzung durchzuführen. Eine Reihe von neuen Studienprotokollen konnten dadurch interdisziplinär abgestimmt werden.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der ARO insgesamt ein?

Das Jahr 2016 war gekennzeichnet durch die Integration junger Nachwuchswissenschaftler in die Arbeit der ARO. Junge Studienleiter konnten Studienprotokolle etablieren. Die Organisation „jDEGRO“, die sich um den akademischen Mittelbau kümmert, konnte ebenfalls für die ARO-Arbeit gewonnen werden. Diese Gruppe hat ein Studienprotokoll zum Therapiemonitoring bei der Radiotherapie des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms entwickelt und in die Rekrutierung umgesetzt.

• ASO Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie

MARIE RÖSLER, PROF. DR. SABINE SCHNEIDER, JÜRGEN WALTHER

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Projekten der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft zählten im Berichtsjahr 2016: ▶ Veröffentlichung des Positionspapiers „Soziale Arbeit in der Onkologie – eine zusammenfassende Übersicht“; ▶ die Gestaltung eines Thementages auf dem Deutschen Krebskongress; ▶ Durchführung einer Fortbildung für neu im Bereich Onkologie tätige Fachkräfte der Sozialen Arbeit; ▶ Erarbeitung einer internationalen Literaturübersicht zur Sozialen Arbeit in der Onkologie; ▶ Beteiligung an der Studie „Im Leben bleiben“ des NCT Heidelberg und der Hochschule Esslingen.

Was war das wichtigste Ereignis im Jahr 2016 für die ASO?

Das waren die Fortbildungsveranstaltungen für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit, insbesondere der Thementag „Soziale Arbeit in der Onkologie“ auf dem DKK 2016 sowie die Durchführung der eintägigen Fortbildungsveranstaltung für neu im Bereich Onkologie tätige Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Herbst 2016.

Was ist daran bedeutsam?

Das Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit in der Onkologie ist sehr komplex: Durch die zum Teil schweren Krankheitsverläufe und lange Behandlungszeiten ergeben sich vielschichtige soziale Problemlagen, die einen umfangreichen Beratungsbedarf nach sich ziehen. Die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Versorgung onkologischer Patienten erfordern eine enge Zusammenarbeit der Sozialdienste im stationären und ambulanten Bereich sowie eine kontinuierliche Reflexion aktueller wissenschaftlicher Diskurse. Darauf waren die Veranstaltungen ausgelegt.

Sie haben einen von der DKG finanziell geförderten Projektantrag umgesetzt: Welches Projekt haben Sie gemacht und warum?

Dank der Förderung durch die DKG konnte die ASO das Projekt „Soziale Arbeit in der Onkologie – Erhebung des aktuellen Forschungs- und Wissensstands (Literaturrecherche)“ realisieren. Dabei wurden internationale Publikationen erfasst, eine Abfrage unter den ASO-Mitgliedern und den Krebsberatungsstellen der Landeskrebsgesellschaften zu laufenden Studien und nichtpublizierten Evaluationen durchgeführt und die Ergebnisse in systematischer Form aufbereitet, wobei insbesondere zwischen empirischen Studien und fachlichen Positionierungen aus Wissenschaft und Praxis unterschieden wurde. Um den in der Sozialen Arbeit tätigen Praktikerinnen und Praktikern den Zugang zu den aktuellen wissenschaftlichen Diskursen zu erleichtern, wurde eine zweite Literaturliste erstellt, die ausschließlich deutschsprachige Literatur enthält. Beide Dokumente sind allen interessierten Fachkräften und Kooperationspartnern auf der Webseite der ASO zugänglich.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der ASO ein?

Das zweite Jahr der ASO war ein erfolgreiches Jahr. Die ASO konnte verschiedene Projekte realisieren und die Kooperation mit anderen Arbeitsgemeinschaften in der Deutschen Krebsgesellschaft ausbauen.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verbessern?

In den kommenden Jahren sollen die Anstrengungen intensiviert werden, um Assistenz- und Oberärzteschaft an die ARO heranzuführen. Besonders angesprochen ist die Gruppe zwischen 30 und 40 Jahren, die auf dem Weg zur Facharztreihe bzw. zur Habilitation ist. Diese Gruppierung soll in den nächsten Jahren auch an die Leitlinienarbeit herangeführt werden. Den erfahrenen Repräsentanten des Faches soll – in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie DEGRO – jeweils eine jüngere Kollegin oder ein jüngerer Kollege zur Seite gestellt werden. Durch stärkere Rekrutierungen im Mittelbau sollen auch die Mitgliederzahlen der ARO weiter steigen. Die klinischen Studien sollten neben der strahlentherapeutischen Fragestellung wieder vermehrt interdisziplinär ausgerichtet werden und die neuen Möglichkeiten der zielgerichteten Therapien und der Immuntherapien adressieren.

• ASORS Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation, Sozialmedizin

PROF. DR. PETRA FEYER, PROF. DR. OLIVER RICK, DR. PETRA ORTNER

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern? Wir wollen mehr Mitglieder gewinnen und so erreichen, dass die ASO bei den Fachkräften der Sozialen Arbeit im ambulanten und stationären Bereich stärker präsent wird. Darüber hinaus ist es uns ein wichtiges Anliegen, Forschung und Praxis im Feld der Sozialen Arbeit in der Onkologie zusammenzubringen. Als konkretes Projekt erarbeitet die ASO in Kooperation mit der Fachgesellschaft Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einen Expertenstandard zur psychosozialen Erstberatung für onkologische Patienten durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung – kurz: PEOPSA.

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Projekten der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin in der Deutschen Krebsgesellschaft im Berichtsjahr 2016 zählten: ▶ die erfolgreiche Etablierung von 21 wissenschaftlichen Symposien zu supportiven und rehabilitativen Themen unter Leitung der ASORS beim Deutschen Krebskongress 2016; ▶ monatliche Fortbildungsrubrik Supportivtherapie und Rehabilitation in der Fachzeitschrift „Im Focus Onkologie“.

Die wichtigsten Projekte im **Bereich Supportivtherapie** waren: ▶ S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen, online publiziert im Dezember 2016; ▶ der MASCC-Kongress 2016 in Adelaide, Australien, im Juni 2016: Teilnahme, Vorträge und Poster seitens der ASORS-Vorstandsmitglieder; ▶ Vorstellung S3-Leitlinie Supportive Therapie beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO); ▶ Fortbildungsveranstaltung in der Deutschen Krebsgesellschaft; ▶ Leitlinien-Umsetzungsprojekte: Neutropenieprophylaxe 1 – NP1, publiziert in „Support Care Cancer“ 1/2016; NP2 (mit der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie der DKG), publiziert als Poster beim DGHO-Kongress mit Posterpreis; Knochenkomplikationen (mit Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der DKG sowie der Deutschen Osteonkologischen Gesellschaft: Durchführung 2016, Publikation in Vorbereitung); ▶ Review-Analyse, die nachwies, dass körperliche Inaktivität eine relevante Rolle in der Entstehung einer kognitiven Dysfunktion bei Krebspatienten spielt.

Die wichtigsten Projekte im **Bereich Rehabilitation** waren: ▶ Rehawissenschaftliches Kolloquium im Februar 2016 in Aachen: Teilnahme, Vorträge und Poster seitens ASORS/Sektion Reha-Mitglieder; ▶ Jahrestagung der DGHO im Oktober in Leipzig: Teilnahme, Vorträge und Poster seitens ASORS/Sektion Reha-Mitglieder; ▶ Durchführung der randomisierten Kira-Studie, die erstmals einen nachhaltigen Effekt im Bewegungsverhalten von Brustkrebspatienten feststellt; ▶ erneute Aktivierung der S3-Leitlinie Onkologische Rehabilitation; ▶ Implementierung von rehabilitativen Inhalten in die S3-Leitlinien.

Was war das wichtigste Projekt 2016 für die ASORS? Am wichtigsten war die Leitlinienarbeit. Dazu gehörten die Fertigstellung und Publikation der S3-Querschnittsleitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen, die Reaktivierung der Erstellung der S3-Leitlinie Onkologische Rehabilitation und die Leitlinienarbeit innerhalb der S3-Leitliniengruppen durch die Mitglieder der ASORS-Sektion Reha.

Was ist daran besonders wichtig? Erstmals gibt es nun eine evidenzbasierte und wissenschaftlich fundierte Leitlinie auf dem Gebiet der Supportivtherapie im Leitlinienprogramm Onkologie der DKG. Es ist besonders wichtig, dass die Supportivtherapie in die Therapiekonzept-

• ATO Arbeitsgemeinschaft Tumorklassifikation in der Onkologie

PROF. DR. CHRISTIAN WITTEKIND

Bei der Mitgliederversammlung des deutschsprachigen TNM-Komitees (DSK-TNM) auf dem Deutschen Krebskongress 2016 wurde beschlossen, dass das DSK-TNM in die Arbeitsgemeinschaft Tumorklassifikation in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft überführt werden soll. Das TNM-System stellt einen wichtigen Teil der Tumorklassifikationen dar, und insofern ist dieser Schritt sinnvoll. Leider ist es nicht zu einer automatischen Umschreibung der Mitglieder des DSK-TNM in die ATO gekommen, was für 2017 nachgeholt werden muss. Im Rahmen der Publikation der 8. Auflage der TNM-Klassifikation maligner Tumoren wurden somit von Seiten der ATO Vorarbeiten geleistet und schließlich die deutsche Übersetzung der 8. Auflage herausgegeben.

Was war das wichtigste Projekt 2016?

Das war die Veröffentlichung der 8. Auflage der TNM-Klassifikation maligner Tumoren.

Was ist daran besonders?

Die TNM-Klassifikation ist das international anerkannte System zur Beschreibung der anatomischen Ausbreitung maligner Tumoren. Die Änderungen der 8. Auflage und eine breitere Anwendung der TNM-Klassifikation muss in den anderen Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Krebsgesellschaft noch weiter verankert werden. Die bessere Wahrnehmung der Wichtigkeit von Tumorklassifikationen und die Umsetzung der von der ATO in der Satzung formulierten Ziele schreiben wir uns für 2017 auf die Tagesordnung.

te integriert werden und sie in den Organleitlinien ergänzt wird. Durch die Leitlinienarbeit wird auch die Rehabilitation stärker sichtbar und von allen Protagonisten im Bereich der Onkologie besser wahrgenommen. Inhalte der Rehabilitation können dadurch noch mehr Menschen mit Krebs zugutekommen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der ASORS insgesamt ein?

Die Supportivtherapie und die Rehabilitation etablieren sich auf nationaler und internationaler Ebene mehr und mehr als eigenständige und bedeutsame Disziplinen im onkologischen Therapiekonzept. Es konnten enge Kooperationen mit anderen Arbeitsgemeinschaften der DKG, beispielsweise mit Gynäkologen, Internisten, Urologen, Palliativmedizinern und Psychoonkologen, sowie mit anderen Fachgesellschaften aufgebaut werden.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Im Bereich der Supportivtherapie soll ein von der Stiftung Deutsche Krebshilfe gefördertes Projekt zur Implementierung und Qualitätssicherung der neuen S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen initiiert und durchgeführt werden. Der entsprechende Projektantrag ist in Arbeit. Die Rehabilitation und deren Möglichkeiten und Bedeutung für Krebspatienten müssen noch deutlicher zur Darstellung kommen und an Profil innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft gewinnen. Dadurch soll erreicht werden, dass die Rehabilitation innerhalb der DKG, in der Akutmedizin und der Deutschen Rentenversicherung wieder als eigenständige Disziplin wahrgenommen wird.

• AUO Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie

PROF. DR. JÜRGEN GSCHWEND

Zu den wichtigsten Ereignissen und Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft zählten im Berichtsjahr 2016: ▶ umfangreiche Begutachtung von Studienprotokollen externer Sponsoren; ▶ Unterstützung von Studien im uroonkologischen Bereich, zum Beispiel durch Teilnahmeaufrufe und Publikationen zur Studiendurchführung; ▶ Evaluierung von geeigneten Studienzentren aus einem großen Pool von AUO-Zentren, individuell und angepasst für bestimmte Studien; ▶ Beratung von externen Partnern in Bezug auf Forschungsplanung; ▶ Entwicklung eigener IIT-Studienkonzepte in Kooperation mit interdisziplinären Gruppen; ▶ Aus-, Fort- und Weiterbildung in urologischer Onkologie sowie GCP-/AMG-/Studiendurchführung, insbesondere die langjährige Durchführung der AKO-AUO-Intensivkurse zur Verbesserung der onkologischen Expertise unter Urologen seit mehr als 10 Jahren; ▶ Kooperation mit nationalen und internationalen Gruppen, Networking, Publikationen, Pressearbeit; ▶ maßgebliche Beteiligung an der Entwicklung der S3-Leitlinien zum Blasenkarzinom und Nierenzellkarzinom im Leitlinienprogramm Onkologie; ▶ Impulsgebung und Koordination der Entwicklung einer S3-Leitlinie zum Hodenkarzinom.

Was war das wichtigste Ereignis für die AUO im Jahr 2016?

Das war die aktive Beteiligung an zwei großen Leitlinienprojekten in der Uroonkologie: die Fertigstellung und Erstpublikation der S3-Leitlinie Blasenkarzinom in Kooperation mit der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Blasenkarzinom in der Deutschen Krebsgesellschaft (IABC), der Deutschen Gesellschaft für Urologie und vielen beteiligten Fachgesellschaften. Auf dem Kongress der DGU konnte im Herbst 2016 die Leitlinie Blasenkarzinom in zwei großen Forumssitzungen einem großen interessierten Fachpublikum präsentiert werden. Ebenfalls rechtzeitig zum Kongress wurde die Patientenleitlinie zum Nierenzellkarzinom fertiggestellt und freigegeben. Die gedruckten Exemplare konnten auf dem Kongress in großer Auflage verteilt werden. Außerdem wurde für die S3-Leitlinie Nierenzellkarzinom ein Addendum zu brandaktuellen Veränderungen, beispielsweise in der medikamentösen Therapie, erstellt. Die Entwicklung einer S3-Leitlinie zum Hodentumor wurde von der AUO im Jahre 2016 initiiert und unterstützt.

Was ist daran besonders wichtig?

Die Erstellung einer ersten nationalen S3-Leitlinie stellt immer einen Meilenstein für die Verbesserung der Patientenversorgung dar, weil die Empfehlungen einer Leitlinie auf gesicherter Evidenz oder zumindest einem starken Konsens beruhen. Diese Empfehlungen gebündelt in Händen zu halten ist sowohl für Versorger als auch für Patienten eine zuverlässige Quelle von Informationen zur Diagnostik und Therapie uroonkologischer Erkrankungen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der AUO ein?

Neben der intensiven Beteiligung an der Entwicklung der genannten Leitlinien lag der Schwerpunkt 2016 in den Kernaufgaben der AUO: Begutachtung von Studienprotokollen und Beratung von Studienplanern, Unterstützung der Durchführung von aktiven Protokollen. Der 2015 begonnene positive Trend in Sachen Studienbegutachtung konnte 2016 fortgesetzt werden und dauert 2017 sicher nachhaltig an.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

2017 sollen die Aktualisierung der Leitlinie Nierenzellkarzinom vorbereitet und die Patientenleitlinie zum Blasenkarzinom fertiggestellt werden, außerdem beteiligt sich die AUO aktiv an der Entwicklung der S3-Leitlinie zum Hodentumor. Die AUO wird sich auch weiterhin um die vielen aktuellen Studien auf dem uroonkologischen Indikationsgebiet kümmern: Aktive Studien bekannt machen, für neue Studien geeignete Studienzentren evaluieren, Studienkonzepte begutachten und Studienplaner beraten – das wird 2017 wieder eine Hauptaufgabe sein. Und natürlich ist die AUO erneut in der Fort-, Aus- und Weiterbildung aktiv: durch ihre Kurse in Kooperation mit dem Arbeitskreis Onkologie der DGU und ihrem gemeinsamen GCP-Prüferkurs. In der gesundheitspolitischen Diskussion um die Zertifizierung von Zentren, Qualitätsindikatoren und Mindestmengen wird sich die AUO auch weiterhin sehr aktiv einbringen.

• KOK Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege

KERSTIN PARADIES

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ 6. KOK-Jahreskongress im September 2016; ▶ 19. Onkologische Fachtagung in Berlin; ▶ Beteiligung am Deutschen Krebskongress 2016; ▶ verschiedene Fortbildungen, beispielsweise Supportivtherapie, Neutropenie, Immuntherapien; ▶ EONS Advisory Board

Was war 2016 das wichtigste Ereignis für die KOK?

Das war der KOK-Jahreskongress im September. Wir versuchen, die neuesten pflegerischen Erkenntnisse in Vorträgen und Workshops für Pflegende aufzuarbeiten und gemeinsam zu diskutieren. Schwerpunkt 2016 war der Umgang mit Langzeitüberlebenden und deren Problemen.

Was ist daran bedeutsam?

Für die onkologische Pflege wird sich in den nächsten Jahren der Betreuungs- und Versorgungsbedarf ändern. Die Bedürfnisse der Patienten sind je nach Lebensphase in der Erkrankung enorm unterschiedlich. Hier spielen dann Zeitmangel und das hohe Arbeitsaufkommen im Behandlungsalltag der Pflegenden eine große Rolle, der wir uns stellen müssen. Die Kollegen aus der onkologischen Pflege im ambulanten und stationären Bereich sind bereit für die Übernahme von neuen Aufgaben. Hierzu bedarf es aber auch neuer Regelungen, beispielsweise einer Abrechnungsziffer im EMB für Beratungsgespräche, die Delegation von ärztlichen Aufgaben und andere Aspekte.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der KOK ein?

Die KOK gewinnt in jedem Jahr neue Mitglieder, allein das ist aber nicht das Ziel der KOK. Wichtige Aufgaben sind eine Mitarbeit in S3-Leitlinien, die Mitarbeit in den Zertifizierungskommissionen, die berufspolitische Arbeit sowie Statements zu berufspolitischen Aktionen.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Ein großes Ziel seit Jahren ist die Einbeziehung von noch mehr KOK-Mitgliedern in die Arbeit der KOK, denn es gibt mittlerweile sehr viele kompetente Mitglieder, deren Engagement wir nutzen wollen. Hier muss es noch mehr Gespräche mit den Mitgliedern geben.

• NOA Neuroonkologie Arbeitsgemeinschaft

PROF. DR. WOLFGANG WICK, PROF. DR. GUIDO REIFENBERGER

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Neuroonkologischen Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ 2-tägige NOA-Tagung in Regensburg mit etwa 200 Teilnehmern mit Fokus auf Immuntherapie; ▶ Publikationen zu den Studien NOA-04 und NOA-06; ▶ NOA-Winterschool in Münster mit dem Fokus auf Supportivmaßnahmen und Neurochirurgie; ▶ Beendigung der NOA-16-FIM-Studie zur IDH Immuntherapie; ▶ Launch von vier weiteren NOA-Studien; ▶ Deutscher Krebspreis 2016 in der Kategorie translationale Forschung für Andreas von Deimling, Neuropathologie, Heidelberg.

Was war das wichtigste Projekt der NOA im Jahr 2016?

Das war die erfolgreiche Umsetzung eines Umbrella-Studienkonzepts für Patienten mit neu diagnostiziertem Glioblastom ohne Methylierung des MGMT-Promotors.

Was ist daran wichtig?

Die Umbrella-Studie N2M2 (NOA-20) wird durch das NCT3.0-Programm, das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung, die Stiftung Deutsche Krebshilfe und die Pharmaindustrie gefördert. In dieser Studie werden die Tumorgewebe neu diagnostizierter Glioblastom-Patienten zunächst auf molekulare Veränderungen mit Exomsequenzierung, Epigenom- und Expressionsanalysen untersucht und dann anhand eines für die Studie speziell entwickelten Algorithmus in Substudien – Biomarker-gestützte Therapiearme – zugeordnet. Es wird ein adaptives Studiendesign verwendet: Anhand von prospektiv geplanten Zwischenauswertungen werden während der Studie die Studienziele überprüft und bei Bedarf modifiziert. Ziel der 8-armigen Studie ist die Bestimmung der für eine konfirmatorische Studie geeigneten Therapiearme bzw. molekular definierter Patientengruppen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der NOA ein?

Fokus der stark interdisziplinär ausgerichteten NOA sind Studien, Leitlinien und Fortbildung. In den letztgenannten Bereichen halten wir unseren guten Standard. Im Bereich Studien sind wir so erfolgreich wie noch nie in der Geschichte der NOA und profitieren insbesondere von einer breiteren Aktivität verschiedener Zentren und Disziplinen, wie Neuropathologie, Neuroradiologie, Neurochirurgie, Radioonkologie und Neurologie, bei der Konzeption von Studien und Erfolgen bei der Einwerbung öffentlicher Mittel für die NOA-Studienaktivitäten. So haben wir 2016 für eine weitere bisher noch nicht mit einer Studiennummer versehene Studie erfolgreich Mittel eingeworben und kontrastieren so weiterhin das international eher schwächer werdende Studienportfolio in der Neuroonkologie.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Zur Konsolidierung der Studienaktivitäten soll eine professionelle zentrale Anlaufstelle neben dem bereits erfolgreichen Sekretariat eingerichtet werden.

• OPH Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie

KLAUS MEIER

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ gemeinsame Erklärung „Effiziente Versorgung der Patienten mit Zytostatika erhalten“ an die Bundesregierung; ▶ Gestaltung von vier Sitzungen auf dem Deutschen Krebskongress 2016: „Orale Krebstherapie – Chancen und Risiken“, „Interaktionen von Krebstherapeutika“, „Medikationsmanagement beim älteren Krebspatienten“ und „Herausforderungen der onkologischen Therapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“; ▶ Leitlinienprogramm Onkologie: Mitarbeit bei den S3-Leitlinien Supportive Therapie, Palliativmedizin und kolorektales Karzinom. ▶ Mitarbeit in den Zertifizierungskommissionen Onkologische Zentren sowie Viszeralonkologische Zentren; ▶ Vortrag zur Rolle der multiprofessionellen Zusammenarbeit auf der Autumn School für Medizinstudierende der DKG; ▶ Teilnahme an der bundesweiten Initiative „Orale Krebstherapie – sicher und effektiv durch gemeinsame Beratung“, Datenbank ZytO-ralia für die Abgabe von oraler Krebstherapie, einschließlich kostenfreiem Tool für alle Heilberufe; ▶ Mitglieder der OPH unterstützten als Projekt-/Workshopleiter, Referenten/Autoren bzw. in wissenschaftlichen Komitees/Beiräten die Deutsche Gesellschaft für Onkologische Pharmazie (DGOP) bei folgenden Projekten:

Pharmazeutisch-onkologische Fachkongresse: 24. NZW in Hamburg mit 868 Teilnehmern im Januar 2016, 14. NZW-Süd in München mit 199 Teilnehmern im September 2016, 8. NZW-Dresden mit 428 Teilnehmern im Juni 2016, 3. Fachtagung für Orale Krebstherapie in München mit 103 Teilnehmern im September 2016

Sommerakademie für Studierende der Pharmazie: Intensivseminar Onkologische Pharmazie im August 2016

Zeitschrift für Theorie und Praxis „Onkologische Pharmazie“: Beiträge für alle DGOP-Mitglieder, Themen: Nebenwirkungsmanagement, stratifizierte Medizin, Magenkarzinom, Vorsorge/Screening.

Was war im Jahr 2016 das wichtigste Ereignis für die OPH?

Bei der Behandlung krebserkrankter Patienten handelt es sich derzeit um einen gut abgestimmten kommunikativen Versorgungsprozess, bei dem Krankenhaus, niedergelassene Ärzte und Apotheken in ein Versorgungsnetzwerk eingebunden sind und eine zeitnahe, wohnortnahe und sichere Versorgung der Patienten gewährleisten.

Was ist daran bedeutsam?

Die nach dem „Freibrief“ des Bundessozialgerichts im November 2015 intensivierte Ausschreibungsmodelle der gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgung der Krebspatienten mit parenteralen Zytostatikazubereitungen waren und sind abzulehnen. Sie zerstören unter anderem aufgebaute Qualitätsstrukturen, ge-

fährden die Therapiehoheit der Ärzte durch Vorgaben an den Bezug der Zytostatikazubereitungen, erhöhen die Gefahr von relevanten und nichtkompensierbaren Lieferengpässen und -ausfällen durch noch stärkeren Preisdruck auf die Bezugsarzneimittel und können zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen. Durch die Verständigung der in die Versorgung der Krebspatienten eingebundenen Berufsverbände ist diese gemeinsame Erklärung in das Gesetzgebungsverfahren zum Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz maßgeblich und zielführend eingeflossen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der OPH ein?

Wir haben vier Sitzungen auf dem Deutschen Krebskongress 2016 mitgestaltet. Darüber hinaus haben wir im Leitlinienprogramm Onkologie und in Zertifizierungskommissionen mitgearbeitet. Dadurch konnten wir den wissenschaftlichen Austausch mit anderen Arbeitsgemeinschaften der DKG, Organisationen und Institutionen intensivieren. Die aktive Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Onkologische Pharmazie bei pharmazeutisch-onkologischen Fachkongressen, bei der Fort- und Weiterbildung von Apothekern und weiteren pharmazeutischen Berufsgruppen trug wesentlich zur weiteren Etablierung des jungen Fachgebietes onkologische Pharmazie bei.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Im Sinne der Optimierung der Patienten-Compliance und -Adhärenz, der Arzneimittel- und Therapiesicherheit sowie der individuellen pharmazeutischen Betreuung soll die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen onkologisch tätigen Fachdisziplinen, insbesondere im Rahmen der bundesweiten Initiative „Orale Krebstherapie – sicher und effektiv durch gemeinsame Beratung“, gezielt weiter ausgebaut werden.

• POA Pneumologisch-onkologische Arbeitsgemeinschaft

PD DR. CHRISTOPH SCHÄPER, DR. CORNELIA KROPF-SANCHEN, PROF. DR. CHRISTIAN GROHÉ

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Pneumologisch-onkologischen Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft:
▶ Erstellung eines Konzeptpapiers „Der ältere Patient mit Lungenkrebs“; ▶ Konzept und Curriculum der Young Thoracic Oncologists (YTO)

Was war das wichtigste Projekt für die POA im Jahr 2016? Das war die Entwicklung des Konzeptes und Curriculums der Young Thoracic Oncologists (YTO).

Was ist daran besonders wichtig? Es ist ein Projekt zur gezielten Förderung junger ärztlicher Kolleginnen und Kollegen in der Thoraxonkologie. Gefördert wird unter anderem der gegenseitige Austausch junger Kollegen aus verschiedenen Disziplinen, beispielsweise der Pneumologie, Onkologie, Strahlentherapie oder Thoraxchirurgie. Es werden mit den YTO-Mitgliedern Symposien entwickelt, wobei die Themen selbst gewählt werden können. Es gab bereits ein Symposium zur Kommunikation mit Tumorpatienten in Heidelberg.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der POA ein? Es war ein sehr erfolgreiches und zukunftsweisendes Jahr. Wir haben ein Konzeptpapier „Der ältere Patient mit Lungenkrebs“ entwickelt sowie die gerade genannte Förderung der Young Thoracic Oncologists entwickelt und umgesetzt.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern? Wir wollen insbesondere im Projekt der YTO die Selbstorganisation durch die jungen Kollegen weiter fördern und unterstützen. Es werden weitere Symposien geplant, wobei sich die jungen Ärztinnen und Ärzte neben klassischen medizinischen Themen auch Inhalte wie Resilienz im Beruf wünschen.

• PRiO Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie

PROF. DR. JUTTA HÜBNER, DR. THOMAS SCHMIDT

Im Vordergrund der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Medizin in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft standen 2016 verschiedene Projekte: ▶ Die Seminar- und Fortbildungsreihe der AG PRiO wurde erfolgreich mit den Themen Ernährung und körperliche Aktivität – was ist State of the Art? – fortgesetzt. ▶ Mit Unterstützung der DKG führte der Arbeitskreis Spiritualität zwei Treffen in Berlin durch und initiierte in 2 Kliniken mit der Implementierung eines Fragebogens zur Spiritualität die ersten Projekte. ▶ Der Arbeitskreis „Körperliche Aktivität“ hat in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken eine Querschnittsstudie mit dem Fokus „Wissensstand der Patienten über die Thematik körperliche Aktivität in der Onkologie“ durchgeführt. Eine Publikation wird aktuell erarbeitet. ▶ In Berlin baute der Arbeitskreis „Körperliche Aktivität“ ein Tanzsporttraining für Patienten und ihre Partner auf. Inhalt waren die Durchführung von Workshops mit einer Kombination aus Tanztraining und Edukation. Das Projekt wurde evaluiert und befindet sich aktuell in der Publikation. ▶ Mitglieder der Arbeitskreise „Körperliche Aktivität“ und „Primärprävention“ erstellten eine Publikation zum aktuellen Stand von Ernährung und Bewegung in der Zeitschrift „Der Onkologe“. ▶ Mitglieder des Arbeitskreises „Ernährung“ erarbeiteten eine Stellungnahme Ernährung in der Onkologie mit Unterstützung zahlreicher Verbände und Institutionen mit anschließender Öffentlichkeitsarbeit und Vorstellung auf mehreren Kongressen und anderen Veranstaltungen. ▶ Gründung und erste Projekte des Arbeitskreises Kommunikation und Information. Dieser hat mehrere Studien zu Informationsangeboten, Informationsbedarf und Kommunikation bei Patienten und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen durchgeführt.

Was war das wichtigste Ereignis für die PRiO im Jahr 2016? Im Jahr 2016 konnte die PRiO den ersten Seminarteilnehmer mit Prüfungsabschluss das Zertifikat Integrative Onkologie überreichen. Wir gratulieren den Teilnehmern herzlich zum Zertifikat.

Was ist daran bedeutsam? Wissenstransfer und Fortbildung sind in unserem Fachbereich sehr wichtig. Deshalb freuen wir uns, dass der Zertifikatskurs gut angenommen wurde. Das hing mit der hohen Akzeptanz der Themenzusammenstellung und der Interdisziplinarität und Multiprofessionalität der Seminare zusammen. Die Prüfungsteilnehmer profitieren nun von einem hohen evidenzbasierten Wissensstand.

Sie haben 2016 einen von der DKG finanziell geförderten Projektantrag umgesetzt: Welches Projekt haben Sie gemacht und warum? Die DKG hat im zweiten Jahr die oben genannte Seminarreihe unterstützt. Das hat erheblich zur Realisierung beigetragen und es uns ermöglicht, das Seminar unabhängig von anderen Geldgebern durchzuführen. Besonders nichtärztliche Teilnehmer profitierten von fairen Gebühren. Mit den Seminaren unserer Arbeitsgemeinschaft sprechen wir Interessenten aus verschiedenen Berufsgruppen an, die sich für patientenzentrierte Themen engagieren. Die Seminare be-

stehen aus Vorträgen von Fachleuten in den einzelnen Disziplinen, intensiven Diskussionen mit Vertretern der Selbsthilfe und Workshops, in denen die Teilnehmer einzelne Themen vertiefen und deren Einsatz in der Praxis gemeinsam üben können. Die Seminare zeichnen sich durch die offene Arbeitsatmosphäre und die Patientenorientierung in der Bearbeitung aller Themen aus.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der PRiO insgesamt ein?

Wir haben uns weiterentwickelt. Die Strukturierung in jetzt fünf Arbeitskreise mit jeweils zwei Sprechern, die regelmäßig an den Telefonkonferenzen des Vorstandes teilnehmen, hat die Arbeit in den verschiedenen Fachbereichen intensiviert.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Im Jahr 2017 stehen aktuell die Themen einer dreiteiligen Seminarreihe „Kommunikation in der Onkologie“ des Arbeitskreises Kommunikation und Information im Vordergrund. Die Seminarreihe wird dank der Förderung durch die DKG angeboten und wird in enger Kooperation mit Patientenvertretern durchgeführt. Ein weiterer Schwerpunkt im Jahr 2017 wird die Umgestaltung der Webseite sein mit dem Ziel einer höheren Aktualität und besseren Vernetzung. Neben der Weiterentwicklung des Tanzsportprojektes im Arbeitskreis „Körperliche Aktivität“ sollen auch in den anderen Arbeitskreisen vermehrt Studienaktivitäten stattfinden.

• PSO Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie

PROF. DR. ANJA MEHNERT

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ Konzeptentwicklung (PSO-Broschüre) zu Qualitätskriterien für die stationäre psychoonkologische Arbeit; ▶ Entwicklung und Aktualisierung verschiedener interdisziplinärer S2- und S3-Leitlinien; ▶ Überarbeitung und Relaunch der PSO-Webseite www.pso-ag.org; ▶ Vorbereitung des Weltkongresses für Psychoonkologie (International Psycho-Oncology Society, www.ipos-society.org) in Berlin 2017 in Verbindung mit der 16. Jahrestagung der PSO; ▶ Beteiligung an nationalen und internationalen Forschungs- und Weiterbildungsaktivitäten; ▶ aktive Mitarbeit an den Weiterbildungscurricula Psychoonkologie; ▶ Begutachtung von Weiterbildungscurricula anderer Anbieter, gutachterliche Prüfung von Einzelfallanträgen für die psychoonkologische Tätigkeit in zertifizierten Organkrebs- und Onkologischen Zentren; ▶ aktive Mitarbeit im Rahmen des Forschungsprojekts zur Symptombelastung bei Patienten mit inkurabler Krebserkrankung in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin in der Deutschen Krebsgesellschaft; ▶ Unterstützung eines Projekts zur Erfassung psychoonkologischer Praxisanforderungen für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Krebspatienten.

Was war das wichtigste Ereignis für die PSO im Jahr 2016?

Das war die Arbeit an evidenzbasierten Qualitätskriterien für die psychoonkologische Arbeit.

Was ist daran besonders wichtig?

Aus den Empfehlungen der 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten und den Praxisanforderungen im klinischen Alltag ergab sich der dringende Bedarf zur Erarbeitung von Qualitätskriterien für psychoonkologische Dienste, die wichtige Bereiche der Qualitätssicherung umfassen. Die PSO wird diese in einer Arbeitsgruppe erarbeiten und dann veröffentlichen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der PSO ein?

Das Jahr 2016 war ein sehr produktives Jahr. Das betrifft neben den inhaltlichen Arbeiten in den berufsfeldspezifischen Arbeitskreisen und themenbezogenen Arbeitsgruppen auch den Relaunch der Webseite, die den PSO-Mitgliedern und Interessierten einen besseren Überblick über Entwicklungen in der Psychoonkologie geben soll. Darüber hinaus sind wir aktiv in die Vorbereitung des Weltkongresses für Psychoonkologie im August 2017 in Berlin eingebunden, über dessen Ausrichtung wir uns sehr freuen.

Was möchten Sie in Ihrer AG weiter verändern?

Zentrale Aufgabe der PSO ist die Unterstützung der wissenschaftlichen Exzellenz in der Psychoonkologie, die sich unter anderem auch in der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung niederschlagen muss. Das ist uns für die künftige Arbeit in der PSO ein wichtiges Anliegen.

• Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaften (Stand Mai 2017)

NAME	VORSITZ
<ul style="list-style-type: none"> • GTCSG German Testicular Cancer Study Group 	Prof. Dr. Carsten Bokemeyer (AIO), Hamburg Prof. Dr. Sabine Kliesch (AUO), Münster Prof. Dr. Rainer Souchon (ARO), Tübingen
<ul style="list-style-type: none"> • IABC Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom 	PD Dr. Günter Niegisch, Düsseldorf Stellvertreter: Prof. Dr. Carsten-Henning Ohlmann, Homburg/Saar
<ul style="list-style-type: none"> • IAG-HNPCC Interdisziplinäre AG Lynch-Syndrom NEU 	Prof. Dr. Rita Schmutzler, Köln
<ul style="list-style-type: none"> • IAG-KHT Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren 	Prof. Dr. Andreas Dietz, Leipzig Prof. Dr. Viktor Grünwald, Hannover
<ul style="list-style-type: none"> • IAG-N Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Nierentumoren 	Prof. Dr. Thomas Steiner, Erfurt Prof. Dr. Viktor Grünwald, Hannover
<ul style="list-style-type: none"> • IAH Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hyperthermie 	Prof. Dr. Rolf D. Issels, München
<ul style="list-style-type: none"> • IAWS Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Weichgewebesarkome 	Prof. Dr. Peter Hohenberger, Mannheim Prof. Dr. Hans Roland Dürr, München

• **GTCSG** Interdisziplinäre deutschsprachige Arbeitsgruppe Hodentumoren

PROF. DR. KARIN OECHSLE, PROF. DR. CARSTEN BOKEMEYER

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Projekten der Interdisziplinären deutschsprachigen Arbeitsgruppe Hodentumoren in der Deutschen Krebsgesellschaft im Berichtsjahr 2016 zählten: ▶ interdisziplinäre Arbeitsgruppentreffen im Mai und November 2016 in Hamburg; ▶ intensive Beteiligung und Ko-Koordination eines internationalen Treffens zu den Guidelines der European Society for Medical Oncology (ESMO) für Keimzelltumoren des Hodens im November 2016 in Paris (Fourth European Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Germ Cell Cancer – ESMO Consensus Conference); ▶ Planung einer S3-Leitlinie Hodentumoren; ▶ Veröffentlichung von Stellungnahmen der Arbeitsgruppen zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Keimzelltumoren auf der Webseite www.hodenkrebs.de; ▶ Vollpublikation eines internationalen Registers für Seminom-Patienten mit Rezidiv nach adjuvanter Chemotherapie mit Carboplatin (J Clin Oncol 2016); ▶ Durchführung und Auswertung eines internationalen Registers für Patienten mit „intermediate prognosis“-Keimzelltumoren (submitted to ASCO 2017); ▶ Fortführung der internationalen multizentrischen Phase-II-Studie in der Schweiz und in Deutschland für Patienten mit Seminom im Stadium IIa/b; ▶ Fortführung einer internationalen multizentrischen Studie zum Stellenwert von miR371-Serumspiegel in der Diagnostik und Verlaufsbeurteilung von Keimzelltumoren; ▶ Initiierung eines multizentrischen Registers zur Evaluation der leitliniengerechten Nachsorge bei Keimzelltumoren (Deutschland und Schweiz); ▶ Fortführung von laufenden Registern für HIV-positive Keimzelltumorprieten, für Leydig-Zell-Tumoren und für Seminom-Patienten mit PET-positiven Restbefunden nach Chemotherapie; ▶ Vorbereitung neuer Studien und Register: internationale Phase-III-Studie zum Vergleich einer konventionellen versus Hochdosis-therapie im Rezidiv (TIGER-Trial), europäische Phase-II-Studie (GTCSG + EORTC) zu Cabazitaxel bei Patienten mit refraktären oder mehrfach rezidierten Keimzelltumoren, internationales Register zu Tumormarkerkonstellationen beim Seminom, internationales Register für Patienten mit refraktären Keimzelltumoren.

Was war das wichtigste Ereignis für die GTCSG im Jahr 2016?

Das war die intensive Beteiligung und Ko-Koordination eines internationalen Treffens zu den ESMO-Guidelines für Keimzelltumoren des Hodens. Sie fand vom 3. bis 5. November 2016 in Paris unter dem Titel „Fourth European Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Germ Cell Cancer – ESMO Consensus Conference“ statt.

Was ist daran so bedeutsam?

Die Erstellung europäischer Konsensus-Empfehlungen geschah aus der GTCSG heraus und war durch einen intensiven interdisziplinären Dialog gekennzeichnet. Das gilt auch für das Konsensus-Meeting – es kam auf Initiative der GTCSG zustande und wurde gemeinsam mit der European Society for Medical Oncology durchgeführt.

• IABC Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom

PD DR. GÜNTER NIEGISCHE

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Interdisziplinären Arbeitsgruppe BlasenCarcinom der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ Fertigstellung und Publikation S3-Leitlinie zum Blasenkarzinom; ▶ Präsentation der Leitlinie in mehreren Beiträgen auf dem Deutschen Urologenkongress 2016; ▶ Start der Entwicklung einer Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie Blasenkarzinom; ▶ Planung der Fortführung zur Leitlinienentwicklung – Addendum für 2017, Update ab 2018, inkl. Antragstellung; ▶ Abschluss der Mitteleinwerbung für ein Studienprotokoll, das in der IABC entwickelt wurde; Planung der Studiendurchführung; ▶ Planung eines Symposiums zum Blasenkarzinom für 2018; ▶ Mitarbeit bei der Planung des Deutschen Krebskongresses 2018.

Was war das wichtigste Ereignis für die IABC im Jahr 2016? Das war die Fertigstellung, Publikation und Präsentation der ersten deutschen S3-Leitlinie zum Harnblasenkarzinom.

Was ist daran wichtig? Gerade die Diagnostik und Therapie des Harnblasenkarzinoms ist in letzter Zeit durch den demografischen Wandel mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung sowie durch Fortschritte und laufende Entwicklungen in der Therapie in den Fokus des klinisch tätigen Uroonkologen gerückt. Die Diskussionen nach Publikation und Präsentation der ersten S3-Leitlinie verdeutlichen jedoch, dass die bislang vorhandene Evidenz und die in der Praxis vorhandene individuelle Überzeugung häufiger als erwartet divergieren. Die S3-Leitlinie ist in diesem Kontext eine verlässliche, evidenzbasierte Basis, um auf individueller Erfahrung basierende Therapiekonzepte kritisch zu überdenken. Zudem weist sie klar auf fehlende Daten zu einzelnen Themenkomplexen hin, wodurch neue und wichtige Forschungsbereiche für die Zukunft klar definiert werden können.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der IABC ein? Wir haben uns weiterentwickelt. 2016 stand die Finalisierung der Leitlinie im Vordergrund. Gleichzeitig wurde auch die Entwicklung einer Patientenleitlinie begonnen. Die Notwendigkeit eines Addendums zur Leitlinie aufgrund neuester Entwicklungen wurde identifiziert und dessen Umsetzung sowie die Aktualisierung der Leitlinie geplant. Nachdem nun eine Förderzusage für eine IABC-eigene Studie vorliegt, spielt auch die Planung der Studiumsetzung eine große Rolle; der Start ist für 2017 geplant.

Was möchten Sie in Ihrer IAG weiter verändern? Neben der Fortführung der Leitlinienarbeit sollen die Entwicklung von Studienkonzepten und das Einwerben von Mitteln hierfür intensiviert werden. Ein besonderer Schwerpunkt soll auf der Durchführung eines Symposiums für das Blasenkarzinom liegen, um unsere Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit zu verbessern. Ein entsprechender Termin und die inhaltliche Ausrichtung wurden festgelegt.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der GTCSG ein? Insgesamt hatten wir ein erfolgreiches Jahr mit vielen Publikationen, darunter 26 pub-med-gelistete Vollpublikationen, und Kongress-Präsentationen. Wir haben internationale interdisziplinäre Studien und Register fortgeführt sowie neue Projekte vorbereitet und initiiert.

Was möchten Sie in Ihrer IAG weiter verändern? Wichtig ist uns die Fortführung und Erweiterung der gelebten interdisziplinären Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe, die aus internistischen Onkologen, Urologen, Strahlentherapeuten und anderen Disziplinen besteht. Ziel dieser Kooperation ist und bleibt die gemeinsame kliniknahe Forschung im besten Sinne für unsere Patienten.

• IAG-HNPCC Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Lynch-Syndrom

PROF. DR. RITA SCHMUTZLER

Wir haben Grund zur Annahme, dass die Dunkelziffer für HNPCC, das heißt Menschen mit einer Belastung für das erbliche Darmkrebsyndrom, hoch ist. Daher hat es sich die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Lynch-Syndrom in der Deutschen Krebsgesellschaft zum vorrangigen Ziel gemacht, die Aufdeckungsrate von Risikopersonen zu verbessern. Da das Risiko weiblicher Betroffener für eine gynäkologische Tumorerkrankung, beispielsweise Endometrium- und Ovarialkarzinom, in der gleichen Größenordnung liegt wie das Risiko für das Kolonkarzinom, haben wir ein Programm für gynäkologische Krebszentren entwickelt, welches wir derzeit in einer Kooperation zwischen dem Kölner Zentrum und dem Huysenstift Essen im Rahmen eines Pilotprojektes erproben. Hierbei werden die betreuenden Kollegen und Kolleginnen aktiv in den Prozess der Risikoerfassung und Aufklärung einbezogen. Erste Ergebnisse zeigen, dass dies ein wichtiger und richtiger Schritt war. Ein Ausrollen in die Fläche im Rahmen von Translationsnetzwerken ist in Planung.

Was war 2016 das wichtigste Ereignis für die IAG-HNPCC?

Das ist definitiv die AGO-TR1-Studie in Kooperation mit der Studiengruppe Ovar der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Tumoren in der Deutschen Krebsgesellschaft. In dieser ersten translationalen Studie der AGO-Studiengruppe konnten wichtige Daten zum genetischen Hintergrund und zur Häufigkeit genetischer Alterationen, inklusive der HNPCC-Gene, generiert werden. Die hohe Teilnahme- und schnelle Rekrutierung waren beeindruckend und belegen das große Interesse und die Bedeutung solcher Kooperationen für die Implementierung der genetischen Diagnostik in die Klinik.

Was ist daran bedeutsam?

Die Ergebnisse unterstreichen die hohe Prävalenz der hereditären Subformen des Ovarialkarzinoms und die Bedeutung der genetischen Analyse. Da für das Ovarialkarzinom weiterhin keine effektiven Früherkennungsmaßnahmen zur Verfügung stehen, eröffnet dies für die Angehörigen die große Chance der prädiktiven Testung und gegebenenfalls der prophylaktischen Operation.

Sie haben 2016 einen von der DKG finanziell geförderten Projektantrag umgesetzt: Welches Projekt haben Sie gemacht und warum?

Wir erarbeiten derzeit zusammen mit der DKG ein Qualifikationscurriculum, um die klinisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen auf dem Gebiet der hereditären Tumorgenetik zu schulen. Das gilt zunächst für das erbliche Brust- und Eierstockkrebsyndrom und soll zügig auf das HNPCC-Syndrom ausgeweitet werden. Da es sich um sehr forschungsaktive Gebiete handelt, auf dem die wissenschaftlichen Erkenntnisse in jüngster Zeit exponentiell anwachsen, wird auf diese Weise eine schnelle und hochkompetente klinische Translation ermöglicht.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der IAG-HNPCC ein?

Unsere Arbeit stößt auf großes Interesse. Wir sind in unserem Ziel, Risikopersonen für erbliche Tumorerkrankungen zu identifizieren und geeignete Präventionsmaßnahmen anzubieten, erheblich vorangekommen. Dies motiviert uns, auf diesem Gebiet weiter zu arbeiten.

Was möchten Sie in Ihrer IAG weiter verändern?

Knackpunkt ist die Verbesserung der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Diese wollen wir durch Schaffung von Translationszentren und Kooperationsnetzwerken vorantreiben. In Nordrhein-Westfalen konnten wir in einem Modellprojekt bereits ein Netzwerk von mehr als 70 Organzentren aufbauen. Dieses Konzept gilt es jetzt, deutschlandweit auszurollen. Solche neuen Strukturen sind aus meiner Sicht eine unabdingbare Voraussetzung für eine moderne translationale Medizin, die den Betroffenen einen Zugang zu neuesten Präventions- und Therapieoptionen auf höchstem fachlichem Niveau und mit bester Evidenz ermöglicht.

• IAG-KHT Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren

PROF. DR. ANDREAS DIETZ, PROF. DR. RAINER FIETKAU

Zu den wichtigsten Aktivitäten und Arbeitsergebnissen zählten im Berichtsjahr 2016 in der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren der Deutschen Krebsgesellschaft: ▶ personeller Wechsel in der Leitung der IAG-KHT; ▶ 15. Treffen der Arbeitsgruppe im November 2016 in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – Plastische Operationen – der Universitätsklinik Mainz mit den Themen Diagnostik von Kopf-Hals-Tumoren sowie laufende Studien; ▶ eine weitere Veranstaltung der Arbeitsgruppe im Mai 2016 in Berlin mit den Themen Vorstellung des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK) sowie verstärkte Initiierung studiennaher translationaler Forschungsprojekte in Deutschland; ▶ internationaler Kongress zum Thema HPV-Infection in Head and Neck Cancer im November in Leipzig in Zusammenarbeit mit der European Head and Neck Society (EHNS).

Was war das wichtigste Ereignis 2016 für die IAG-KHT?

Als Highlight des Jahres ist sicher der in Leipzig im November von der IAG-KHT in enger Zusammenarbeit mit der European Head and Neck Society (EHNS) durchgeführte internationale Kongress zu HPV-Infection in Head and Neck Cancer zu nennen. 200 Teilnehmer der HPV-Head-and-Neck-Szene versammelten sich in Leipzig und diskutierten über aktuelle Streitpunkte, wie Diagnostik und Therapieanpassung. Auch die Klassifikation war ein Thema, zum Beispiel darüber, dass erstmals in der 8. Auflage der TNM-Klassifikation der p16-Status bei Oropharynxkarzinomen in eigener Stadieneinteilung berücksichtigt wurde.

Was ist daran bedeutsam?

Wir konnten uns mit dem Kongress sehr gut im europäischen Kontext einbringen. Durch die Auswahl der Speakers wurde auch die Arbeit der deutschen Gruppe international diskutiert und gewürdigt.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der IAG-KHT ein?

Die IAG-KHT hat sich sehr stabil weiterentwickelt und einige Studien, teilweise mit Krebsstiftungsförderung, auf den Weg gebracht. Wir haben die S1-Leitlinie Pathologisch-anatomische Diagnostik von Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Hals-Bereiches vorbereitet. Zudem arbeiteten wir daran, dass Studien, die die IAG-KHT empfiehlt, ab 2017 in das Deutsche Studienregister integriert werden.

Was möchten Sie in Ihrer IAG weiter verändern?

Neben der Registrierung und Förderung interdisziplinärer Studien ist die Integration von Studien der EORTC-Head-and-Neck-Group, soweit in Deutschland durchführbar, vorgesehen. Erstes Beispiel ist die britische PATHOS-Studie, die nach einer Phase II in Großbritannien im Jahr 2017 als Phase III europaweit ausgerollt werden soll. Da es in der Studie um transorale Chirurgie des HPV-positiven Oropharynxkarzinoms geht, wird sich Deutschland als wichtiger Partner anbieten. Des Weiteren werden wir uns im September in die Make-Sense-Aufklärungskampagne der European Head and Neck Society einbringen.

• IAG-N Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Nierentumoren

PROF. DR. THOMAS STEINER, PROF. DR. VIKTOR GRÜNWARD

Die wichtigsten Aktivitäten der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Nierentumoren konzentrierten sich auf die Durchführung von Studien, das Update der S3-Leitlinie und Publikationen. ▶ Zu den Studien zählten EUROTARGET (geschlossen; alle Formen des NCC), BERAT (geschlossen; klarzelliges NCC), MARC2 (offen; klarzelliges NCC), FLIPPER (offen; klarzelliges NCC), C-II-006 (abgeschlossen; nichtklarzelliges NCC), NIVOSWITCH (offen; klarzelliges NCC), PREPARE (offen; alle Formen des NCC). ▶ Die S3-Leitlinie zum Nierenzellkarzinom wurde überarbeitet. ▶ Zu den wichtigen Publikationen zählte unter anderem „The Diagnosis, Treatment, and Follow-up of Renal Cell Carcinoma“ von Doehn/Grünwald/Steiner/Follmann/Rexer/Krege im Deutschen Ärzteblatt International.

Was war 2016 ein besonders wichtiges Projekt?

Die Therapielandschaft des Nierenzellkarzinoms verändert sich rapide. Drei neue Medikamente sind 2016 für die systemische Behandlung des Nierenzellkarzinoms zugelassen worden. Insofern war ein Hauptereignis der Gruppe die Aktualisierung der erst im letzten Jahr erstellten S3-Leitlinie, um der Dynamik der Therapieentwicklung gerecht zu werden. Nach systematischer Recherche und Bewertung erfolgte die interdisziplinäre Konsensusbildung und Aktualisierung der Leitlinie. Eine Publikation ist für 2017 angestrebt.

Was ist daran besonders wichtig?

Insgesamt stehen nun zehn verschiedene Medikamente zur medikamentösen Behandlung des Nierenzellkarzinoms zur Verfügung. Gemessen an der Seltenheit der Erkrankung ist die Fülle der Therapiemöglichkeiten für den Behandler unübersichtlich. Die aktualisierte Leitlinie soll dem Therapeuten Struktur und Hintergründe für die therapeutische Entscheidung vermitteln.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der IAG-N ein?

Eine neue Generation von Studien ist aktuell in der Entwicklung und wird die Studiengruppe nachhaltig prägen. Anhand dieser Studien soll die bestehende Therapie optimiert und das Verständnis für eine rationale Therapieselektion verbessert werden.

Was möchten Sie in Ihrer IAG weiter verändern?

Wir möchten eine multidimensionale Registerstudie etablieren, die klinische Daten mit molekularen und Lebensqualitätsanalysen verbindet.

• IAH Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hyperthermie

PROF. DR. ROLF ISSELS

Zu den wichtigsten Projekten und Aktivitäten der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Hyperthermie in der Deutschen Krebsgesellschaft zählten im Berichtsjahr 2016: ▶ vier Arbeitskreissitzungen mit jeweils 20 bis 30 Teilnehmern in Atzelsberg/Erlangen mit Vorstellung und Zwischenberichten aller Studien im onkologischen Bereich; ▶ nach Abschluss 2016 der Phase I/IIa (Rekrutierung 50 Patienten) für die HyRec-Studie (Rektumkarzinom-Studie, Studienleitung Erlangen, Gütesiegel A der DKG) Fortführung Phase II b (zusätzlich 40 Patienten) mit histologischem Ansprechen als primärer Endpunkt; ▶ HEAT-Studie: Pankreaskarzinom adjuvant, randomisierte AMG Phase III (AIO-PAK-0111); krankheitsfreies Überleben als primärer Endpunkt. Für diese Studie ist 2016 die Rekrutierung in fünf universitären Zentren (München-LMU; Düsseldorf; Erlangen; Tübingen; Charité Berlin) und weiteren sechs akademischen Institutionen erfolgt; Interimsanalyse nach 92 Events (derzeit 80 Patienten rekrutiert); ▶ Die Studie HyperTET (randomisierte Nicht-AMG-Phase-II-Studie mit Trabectedin +/- regionaler Hyperthermie als Second-line-Therapie für oligometastasierte Weichteilsarkome, Studienzentrum München) wurde 2016 multizentrisch erweitert mit Teilnahme der Hyperthermie-Zentren Berlin-Buch/Helios Klinikum, Erlangen und München-LMU; in Planung: Charité Berlin, Tübingen. ▶ Neuplanung der Studie HT Ovar (randomisierte Phase-II-Studie für Patientinnen mit platinresistentem rezidiviertem Ovariakarzinom); Studienleitung Charité Berlin; ▶ Planung einer Hyperthermie-Einrichtung an der Universität Köln; ▶ wichtige Publikationen aus der präklinischen Forschung, die pleiotrope Wirkungsmechanismen der Hyperthermie für verschiedene Signalwege beschreiben.

Was war 2016 das wichtigste Ereignis für die IAH?

Das war die Fertigstellung einer Langzeitanalyse der randomisierten multizentrischen Weichteilsarkom-Studie (EORTC 62961 – ESHO 95.) mit 329 auswertbaren Hochrisikopatienten. Die Studie ist registriert unter ClinicalTrials.gov, number NCT00003052.

Was ist daran bedeutsam?

Die erste Analyse nach median 34 Monaten hatte nach prä- und postoperativer Chemotherapie durch eine zusätzliche Hyperthermie der Tumorregion eine signifikante Verbesserung der lokalen Kontrolle und des krankheitsfreien Überlebens ergeben. Das Gesamtüberleben im Vergleich der beiden Studienarme war nicht signifikant unterschiedlich. Bei der aktuellen protokollgerechten Analyse mit median 11 Jahren Follow-up zeigt sich ein signifikanter Vorteil im Gesamtüberleben für die Patienten, die zusätzlich eine Hyperthermie des Tumors und des unmittelbar tumortragenden Gewebes erhalten haben. Im Gegensatz zu Chemotherapie-Vergleichsstudien tritt der beobachtete Effekt im Überleben verzögert auf, das heißt die Hyperthermie induziert zusätzlich zur Wirkungssteigerung der Chemotherapie am Tumor möglicherweise Immuneffekte.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der IAH ein?

2016 war ein erfolgreiches Jahr in Hinblick auf eine multidisziplinäre Repräsentanz in den Arbeitssitzungen der IAH. Zunehmend nehmen auch Kooperationspartner aus anderen europäischen Hyperthermie-Zentren, beispielsweise aus den Niederlanden, der Schweiz und Norwegen, teil. Die IAH ist die repräsentative Plattform einer wissenschaftlich fundierten Hyperthermie an akademischen Zentren. Damit leistet die IAH einen wichtigen Beitrag, über die Anwendung dieses Therapieverfahrens nach Kriterien einer Good Clinical Practice qualitativ gesichert zu informieren.

Was möchten Sie in Ihrer IAG weiter verändern?

Wir wünschen uns neben der hohen Repräsentanz der Radioonkologie eine Erweiterung im medizinisch onkologischen Bereich, die mit den eingerichteten Zentren 2016 eingeleitet wurde. Wir hoffen auf eine vermehrte Wahrnehmung der Hyperthermie bei der DKG, der Stiftung Deutsche Krebshilfe, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und den wissenschaftlichen Medien. Insbesondere erfordern klinische akademische Studien, also Investigator Initiated Trials, speziell in diesem Bereich finanzielle Unterstützung.

• IAWS Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Weichgewebesarkome

PROF. DR. PETER HOHENBERGER, PROF. DR. HANS-ROLAND DÜRR

Zu den wichtigsten Projekten und Aktivitäten der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Weichgewebesarkome zählten im Berichtsjahr 2016: ▶ Etablierung einer Zertifizierungskommission für Sarkomzentren; ▶ Vorbereitung der S3-Leitlinienerstellung über adulte Weichgewebesarkome (Kick-off März 2017); ▶ deutliche Ausweitung von Sitzungen zum Thema Sarkome beim Deutschen Krebskongress; ▶ Kick-off der Joint Action on Rare Cancer im November 2016 in Luxemburg. Unser Thema ist die Bewertung von Guidelines für seltene Tumorerkrankungen. ▶ Etablierung des European Reference Network für solide seltene Tumoren EURACAN im Dezember 2016 unter deutscher Beteiligung; ▶ Es ist leider nicht gelungen, die thematisch überholten sogenannten Registerstudien in die Nähe eines Abschlusses zu bringen.

Was war 2016 das wichtigste Ereignis für die IAWS?

Das war die Initiierung einer Zertifizierungskommission für Weichgewebetumoren/Sarkome unter Federführung der IAWS. Künftig können sich onkologische Einrichtungen als Sarkomzentrum zertifizieren lassen.

Was ist daran so bedeutsam?

Sarkome werden die erste seltene Tumorentität sein, für die eine Zertifizierung eingeführt wird und die nicht einem Organsystem zuzuordnen ist. Sarkome treten in allen Organen auf, beispielsweise in Haut, Uterus oder Nerven, wo bisher die Weichgewebetumoren den ortstypischen Malignomen zugeordnet wurden. Es wird spannend sein, diesen Aspekt zu integrieren und das Zertifizierungssystem anzugleichen. Sarkome müssen interdisziplinär therapiert werden, so dass viele Fachgesellschaften beteiligt werden müssen.

Wie schätzen Sie das Jahr 2016 für die Entwicklung der IAWS ein?

Die IAWS hat sich deutlich konsolidiert und hat durch Entsendung internationaler kooptierter Vorstandsmitglieder aus der Schweiz und Österreich auch an Breite und Expertise hinzugewonnen. Es ist gelungen, gerade auch der nachrückenden Generation in den interdisziplinären Bereichen, wie Pathologie, Molekularbiologie, Radiologie, Physiotherapie, Strahlentherapie, ein offenes Forum zu bieten. Die Sarkomkonferenz in Berlin, an der die IAWS mit der German Interdisciplinary Sarcoma Group, dem gemeinnützigen Verein Das Lebenshaus e.V., der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft und der AG Knochentumoren beteiligt war, bot hier eine hervorragende Plattform mit exzellenter internationaler Beteiligung.

Was möchten Sie in Ihrer IAG weiter verändern?

Es ist erforderlich, stärker publikatorisch im Themenfeld seltene Erkrankungen präsent zu sein. Der Bereich Erforschung der Versorgungssituation von Sarkompatienten ist noch unzureichend etabliert. Es ist notwendig, die Expertise von spezialisierten Krankenschwestern und Physiotherapeuten, die exzellente Kenntnis der Krankheitsspezifika haben, besser als bisher in die Patientenbetreuung einzubringen – Stichwort: Sarkomschwester. Daran werden wir arbeiten.

SEKTION C

Die Sektion C: Mitgliederentwicklung, Sektionssitzungen, Themen

DR. GEORG HASCH, DR. KAI NECKERMANN

Zum Ende des Jahres 2016 zählte die Sektion C/Fördermitglieder 36 Repräsentanten von forschenden Pharmaunternehmen, Verlagen, Anbietern von Diagnostiktechnik, medizinischer Informatik sowie Marktforschungsunternehmen zu ihren ständigen Mitgliedern. Sie trafen sich 2016 zu den regelmäßigen Sitzungen zweimal in den Räumen der DKG. Die Sitzungen der Sektion C stellen eine wichtige Plattform für den Austausch von Informationen rund um die onkologische Forschung und Versorgung dar, dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund pharmapolitisch bedeutsamer Entwicklungen. Der Generalsekretär der DKG Dr. Johannes Bruns nahm an den Sitzungen teil und berichtete über die Aktivitäten der Geschäftsstelle sowie des Vorstandes. Die wesentlichen Themen waren:

- ▶ Vorbereitungen für den Deutschen Krebskongress 2018,
- ▶ organisatorische Entwicklung der Deutschen Krebsgesellschaft,
- ▶ aktuelle Themen aus dem Vorstand und Änderungen von gesetzlichen Rahmenbedingungen mit Relevanz für die onkologische Versorgung,
- ▶ Abstimmungen zu den Themen aus den Arbeitsgruppen der Sektion C.

Aufgrund der Stimmenverteilung bei der letzten Delegiertenwahl der Sektion C sind aktuell Dr. Georg Hasch und Dr. Kai Neckermann die beiden Vorsitzenden der Sektion C der DKG und repräsentieren damit auch die Sektion C im Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft.

ARBEITSGRUPPE „GESUNDHEITSPOLITIK UND MARKET ACCESS“

Diese Arbeitsgruppe ist seit einigen Jahren etabliert und beschäftigt sich mit aktuellen gesundheits- und pharmapolitischen Fragestellungen und Entwicklungen. Folgende Aktivitäten der Arbeitsgruppe fanden 2016 statt:

- ▶ Newsletter zu den Themen Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Diagnostik, Lieferengpässe etc.,

- ▶ Aktualisierung der DRG-Broschüre „Finanzierung stationärer Krankenhausleistungen in Deutschland“ für 2016,
- ▶ Durchführung eines DRG-Workshops „Finanzierung im Krankenhaus“ für die Sektion-C-Mitglieder.

MITGLIEDER DES ARBEITSKREISES GESUNDHEITSPOLITIK UND MARKET ACCESS

Dr. Michael Hanske (Sprecher)	Bristol-Myers Squibb
Ulrike Charlotte Sager (Sprecherin)	AbbVie Deutschland
Dr. Olivier Flückiger	Roche
Dr. Ulrike Osowski	Merck Serono
Dr. Peter Kaskel	MSD Sharp & Dohme
Dr. Melanie von Wildenradt	Pfizer
Joachim Borhardt-Wagner	Lilly Deutschland
Dr. Janine Garbe	Sanofi
Dr. Johannes Bruns	Deutsche Krebsgesellschaft

ARBEITSGRUPPE „DKK 2018“

Die in der Sektion-C-Sitzung vom 14. November 2016 gegründete Arbeitsgruppe widmet sich der Aufgabe, firmenübergreifende Aktivitäten bei der Vorbereitung des Kongresses zu koordinieren, ein Symposium der Sektion C

zu einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema zu gestalten sowie Abstimmungen mit dem Vorstand, dem Kongresspräsidenten und dem Pächter für die Industrieausstellung vorzunehmen.

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE

Dr. Mathias Rossberg (Koordinator)	Bayer
Ulrike Charlotte Sager	AbbVie Deutschland
Dr. H.-U. Jelitto	Roche Pharma
Dr. Volker Herrmann	Astra Zeneca
Dr. Georg Hasch	Merck Serono
Dr. Karin Huss	Bristol-Myers Squibb
Dr. Kai Neckermann	Pierre Fabre Pharma

PRESSEAUSSCHUSS DER SEKTION C

Die Healthcare-Unternehmen der Sektion C sind fördernde Mitglieder der DKG. In der Mitgliederzeitschrift FORUM verfolgen sie das Ziel, mit Berichten zu onkologischen Themenstellungen – mit dem Blickwinkel der Industrie – einen wichtigen und ergänzenden Beitrag zu leisten.

Die Sektion C ist außerdem durch ihren Presseverantwortlichen im wissenschaftlichen Beirat der DKG-Mitgliederzeitschrift FORUM vertreten. Der Beirat wurde vom Schriftleiter Prof. Dr. Florian Lordick, Leipzig, für alle drei Sektionen A, B, C und den Bereich „Junge Onkologen“ ins Leben gerufen. So sollen die Heftschwerpunkte über regelmäßige Telefonkonferenzen zu den einzelnen Ausgaben abgestimmt werden. Ferner sind die Mitgliedsfirmen im Vorfeld der jährlich stattfindenden Redaktionskonferenz eingeladen, interessante Themen zu benennen.

Bei der Mitgliederversammlung der Sektion C im März 2016 wurde ein Presseverantwortlicher gewählt, und die Arbeitsabläufe für die Pressearbeit wurden in der Folge umstrukturiert. Die Zusammenarbeit mit den Mitgliedsunternehmen wurde dadurch intensiviert. Die Themenplanungen für die Jahre 2017/18 wurden in der Folge mit reger Mitarbeit unterstützt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass durch die aktive Mitarbeit für die einzelnen Themenschwerpunkte sowie für die eigene Sektionsrubrik das FORUM inhaltlich wertvoll bereichert wird.

MITGLIEDER DES PRESSEAUSSCHUSSES

Dr. H.-U. Jelitto	Roche Pharma
-------------------	--------------

ARBEIT
DER
GESCHÄFTS-
STELLE

Pressearbeit und Kommunikation

DR. KATRIN MUGELE, RENATE BABNIK

Die Deutsche Krebsgesellschaft bündelt das Wissen vieler unterschiedlicher Experten und ist deshalb als Ansprechpartner für Fragen der Krebsmedizin gefragt. Zu den Schwerpunkten der Pressearbeit und Kommunikation im Berichtsjahr 2016 zählten:

► die Medienarbeit zum Deutschen Krebskongress 2016: Die Medienreichweite beim DKK 2016 betrug 96 Millionen und übertraf damit die Reichweiten beim DKK 2014. Zur Steigerung trugen erfolgreiche Kooperationen bei, unter anderem erstmals mit dem Deutschen Ärzteverlag sowie mit BILD, FOCUS und der FAZ.

► Presseunterstützung bei Fortbildungsaktivitäten im Bereich Onkologie, z. B. bei der NGA Best of ASCO Conference 2016: Diese Veranstaltung bot interessierten Experten und Journalisten die Möglichkeit, sich über die neuesten Studienergebnisse zu informieren, die Anfang Juni auf dem Jahrestreffen der American Society of Clinical Oncology (ASCO) in Chicago vorgestellt wurden.

► Konzeption und Entwicklung des Newsletters „360° Onkologie“: Der Newsletter wendet sich an Politik, Selbstverwaltung, Kassen, Leistungserbringer und Patientenorganisationen, um auf drängende Themen aus Krebs und Politik aufmerksam zu machen.

Die Community von Multiplikatoren, die auf digitalem Weg erreichbar sind, wird weiter auf- und ausgebaut. Das geschieht über die Online-Kanäle Facebook, Twitter, Xing,

LinkedIn und Google+. Die Zahl der Follower ist 2016 auf allen Kanälen gestiegen. Das heißt, dass wir beständig neue Interessenten, Akteure und Experten erreichen. Beispielsweise verfolgen auch der Bundesgesundheitsminister sowie die Staatssekretärscherebene im BMG unsere Informationen auf Twitter. Im Fokus unserer Online-Kommunikation standen 2016 die Vermarktung von und die Teilnehmergewinnung für Veranstaltungen sowie die Echtzeitkommunikation aus Veranstaltungen heraus. Darüber hinaus nutzten wir unsere Online-Kanäle, um die Reichweite der klassischen Öffentlichkeitsarbeit, wie Stellungnahmen, Presseinformationen und Broschüren, zu steigern.

Zwei Statementvideos wurden 2016 gedreht und auf dem Youtube-Kanal veröffentlicht: zum Stand der ambulanten Krebsberatung und zur Zweitmeinung.

Im Bereich der internen Kommunikation wurde 2016 zusätzlich zum monatlichen Newsletter für Vorstand, Sprecher und Landeskrebsgesellschaften ein weiterer elektronischer Newsletter etabliert. Er wird im 3-Monatsrhythmus an alle Mitglieder der Deutschen Krebsgesellschaft verschickt. Damit besteht erstmals ein Instrument, um alle Mitglieder regelmäßig über Positionspapiere, Publikationen, Veranstaltungen der DKG zu informieren und damit die Zugehörigkeit zur DKG zu stärken.

Quelle: Renate Babnik/DKG



Konferenzen, Talks, Veranstaltungen

RENATE BABNIK, KATHRIN DRISCHMANN, ANITA GÜNTHER, NORA NÜRNBERG

Highlight des Veranstaltungsjahres war der Deutsche Krebskongress 2016 mit 11.235 Teilnehmern (siehe Beitrag „Neue Impulse und Rekord-Teilnehmerzahl beim Deutschen Krebskongress 2016“).

Darüber hinaus boten wir weitere Möglichkeiten zur Wissensgenerierung und zum Wissenstransfer. Unsere öffentliche Diskussionsveranstaltung Brennpunkt Onkologie ist dabei ein zentrales Instrument in der Kommunikation. Die vier Veranstaltungen 2016 griffen folgende Themen auf: „Therapiefaktor Wohnort“, „Innovationsfonds“, „Überleben reicht? Gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen“ und „Translationale Zentren“. Nachberichte, einschließlich der Präsentationen und Videos, sind auf der DKG-Webseite veröffentlicht.

www.krebsgesellschaft.de/brennpunkt-onkologie-nachberichte.html

Am 22. und 23. September 2016 begrüßten wir in der Geschäftsstelle über 100 Medizinstudierende aus ganz Deutschland zur 2. Autumn School. Zwei Tage lang gaben DKG-Experten unter dem Motto „Onkologie – Beruf oder Berufung?“ detaillierte Einblicke in die Krebsmedizin. Die Autumn School wird initiiert und durchgeführt von der Sektion B der Deutschen Krebsgesellschaft. Das Format ist erfolgreich und wird 2017 fortgesetzt.

NEUE VERANSTALTUNGSBROSCHÜRE

Wissensentwicklung und -transfer in der Onkologie gehören zu den Hauptaufgaben der Deutschen Krebsgesellschaft. Dafür engagieren sich auch alle 24 Arbeitsgemeinschaften und 7 interdisziplinäre Studiengruppen, organisieren fachbezogene und interdisziplinär angelegte Konferenzen, Tagungen, Workshops, Fort- und Weiterbildungskurse. Erstmals wurde dieser Wissenstransfer in der gemeinsamen Broschüre „Veranstaltungskalender der Deutschen Krebsgesellschaft“ gebündelt. Alle Arbeitsgemeinschaften und interessierte Fachgesellschaften können hier ihre Termine einbringen und tragen damit zu einer Verknüpfung der unterschiedlichen Themengebiete bei.

www.krebsgesellschaft.de/sektion-b-arbeitsgemeinschaften.html

MEETINGPOINT DKG

Auch im Jahr 2016 fanden in den Räumlichkeiten der Deutschen Krebsgesellschaft verschiedene Veranstaltungen Dritter statt. Wir bieten für Seminare, Workshops und Sitzungen drei Konferenzräume verschiedener Größen, einschließlich Konferenzraumtechnik, wie Beamer, Laptop, kostenfreies WLAN, und Catering. Dieses Angebot an Veranstaltungsräumen nutzten 2016 insgesamt 2.354 Teilnehmer, verteilt auf 95 interne und 44 externe Sitzungen. Auch den Mietern des Hauses und für die eigene Geschäftsstellenarbeit werden die Besprechungsräume genutzt.

Beim Brennpunkt Onkologie zum Thema „Translationale Zentren – ein Weg für Innovationen“.

Quelle: Georg Roither



Preise, Ehrungen, Auszeichnungen 2016



Preisträger des Deutschen Krebspreises 2016 (v. l.): Ass.-Professor Dr. Johannes Zuber (Wien), Prof. Dr. Stefan Bielack (Stuttgart), Prof. Dr. Anja Mehnert (Leipzig) und Prof. Dr. Andreas von Deimling (Heidelberg).



Der DKG-Studienpreis 2016 ging an eine prospektiv randomisierte, multizentrische Studie der Phase III zum lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom. Von links: Nebenpreisträger Prof. Dr. Torsten Liersch (Göttingen), Nebenpreisträger PD Dr. Ullrich Graeven (Mönchengladbach), Laudator Prof. Stefan Post und Hauptpreisträger Prof. Dr. Claus Rödel (Frankfurt/Main).



Den Darmkrebs-Präventionspreis erhielt der Epidemiologe Prof. Dr. Hermann Brenner vom Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg.



Mit der Karl-Heinrich-Bauer-Medaille 2016 wurde Prof. Dr. Michael Bamberg, Tübingen, geehrt (auf dem Bild links). Der Radioonkologe erhielt die Auszeichnung für seine Verdienste um die Krebsmedizin und um die Deutsche Krebsgesellschaft. Rechts: Prof. Dr. Wolff Schmiegel, ehemaliger Präsident der DKG.

Quelle: Peter-Paul Weiler/DKK 2016



Der Bereich Zertifizierung in Zahlen

193.537 Patienten mit der Erstdiagnose eines malignen Tumors wurden 2016 in einem zertifizierten Zentrum behandelt.

1.127 DKG-zertifizierte Zentren gab es Ende 2016.

1.215 Standorte umfasste die Übersicht der DKG-zertifizierten Zentren Ende 2016.

61 Standorte befinden sich im europäischen Ausland.

117 Zertifikate wurden 2016 neu erteilt.

68 weitere Erstzertifizierungen waren zum Jahreswechsel 2016/2017 in Bearbeitung.

ALLE zertifizierten Zentren veröffentlichen Jahresberichte und vergleichen die Ergebnisse mit den Vorjahren.

ALLE zertifizierten Kliniken und ihre Behandlungspartner lassen sich auf www.oncomap.de suchen und finden – die Webseite für die tagesaktuelle und benutzerfreundliche Zentrumssuche.

Letzte Sitzung als Sprecher der Zertifizierungskommission Hautkrebs: Professor Tilgen (1. Reihe, Mitte) wurde nach 5 Jahren im Amt verabschiedet. | *Quelle: Renate Babnik/DKG*



Neues aus dem Zertifizierungssystem

JUMANA MENSAH, DR. CHRISTOPH KOWALSKI, DR. SIMONE WESSELMANN

2016 entwickelte sich das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft weiter. Die etablierten elf organspezifischen Zertifizierungsmodulare bedürfen der stetigen inhaltlichen und strukturellen Betreuung und Pflege. In sämtlichen Organspezialisierungen konnte ein weiterer Zuwachs der zertifizierten Standorte im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet werden. Das spiegelt das anhaltende Interesse der Zentren wider, die Versorgung onkologischer Patienten systematisch zu verbessern und die Zentrumsqualität transparent darzustellen.

Ein besonderer Meilenstein war die Entwicklung eines neuen Zertifizierungsmoduls für die Kinderonkologie: Im Rahmen der Onkologischen Zentren kann ab 2017 die Expertise für die Behandlung pädiatrischer Tumorpatienten abgebildet werden. Im Juni 2016 fand die erste Sitzung der Zertifizierungskommission für Kinderonkologische Zentren statt, in der der Anforderungskatalog für das neue Modul konsentiert wurde. In der zweiten Jahreshälfte wurde dieser erfolgreich in sieben Pilotverfahren angewendet und erprobt.

Auch 2016 wurden die Ergebnisse aller zertifizierten Zentren systematisch ausgewertet und in organspezifischen Jahresberichten zusammengefasst. Diese bieten eine transparente Übersicht der in den Zentren erhobenen Kennzahlen und zeigen den Verlauf der Ergebnisse über maximal 5 Jahre. Die Jahresberichte werden auf der Webseite der Deutschen Krebsgesellschaft veröffentlicht. Weiterhin besteht für zertifizierte Zentren die Option, die eigenen Ergebnisse in Form eines individuellen Jahresberichts zu erhalten. Besonders erfreulich ist, dass auch 2016 wieder eine Reihe von Publikationen über die Ergebnisse der Zentren veröffentlicht werden konnten.

Das Zertifizierungssystem ist Teil des Qualitätszyklus Onkologie. Der Zusammenarbeit mit den Partnern aus dem Leitlinienprogramm Onkologie und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) kommt eine wichtige Bedeutung zu. Dazu gehören beispielsweise die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren mit den Leitliniengruppen und die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen gemeinsam mit und für die Krebsregister und Zentren.



ZERTIFIZIERUNG GOES EUROPE

Zertifizierung spielt auch im europäischen Kontext eine zunehmend wichtige Rolle. Die DKG trägt dieser Entwicklung Rechnung: Ab Sommer 2016 ist es für DKG-zertifizierte Zentren außerhalb Deutschlands möglich, sich als „European Cancer Centre“ zertifizieren zu lassen. Mit dieser Initiative wird das Qualitätssicherungsinstrument der Zertifizierung in Europa weiter ausgebaut.

Diese Option nutzen derzeit 25 zertifizierte Standorte im Ausland. Aktuelle Informationen zu und aus dem Zertifizierungssystem sind auf der DKG-Webseite abrufbar www.krebsgesellschaft.de/zertinews. Dort finden sich auch aktuelle Publikationen zum Thema Zertifizierung: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertifizierung/fachartikel.html>

VERSORGUNGSFORSCHUNG

Im vergangenen Jahr konnten zahlreiche Versorgungsforschungs- und Versorgungsentwicklungsprojekte gemeinsam mit den zertifizierten Zentren vorangebracht werden. Hier einige Schlaglichter:

► Seit Juli 2016 rekrutiert die PCO-Studie (PCO = Prostate Cancer Outcomes) zur Ergebnisqualität beim lokal begrenzten Prostatakarzinom Teilnehmer. An der Studie beteiligen sich 25 DKG-zertifizierte Prostatakrebszentren aus Deutschland und der Schweiz. Die teilnehmenden Patienten füllen prätherapeutisch und regelmäßig posttherapeutisch Fragebögen zu den wichtigsten Symptomen und Nebenwirkungen aus. Die Zentren verknüpfen diese Angaben dann mit klinischen Informationen über die zertifizierten Zentren miteinander und mit vielen weiteren internationalen Kliniken, die an der von der Movember Foundation geförderten Studie teilnehmen. Gemeinsam mit OnkoZert, dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe und dem Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs koordiniert die DKG die Teilnahme der zertifizierten Zentren an dieser Studie.

► Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren hat die DKG ein Coaching-Programm für Darmkrebs-OPs auf den Weg gebracht. Darmkrebszentren können bei Bedarf die Beratung durch einen erfahrenen Ombudsmann und – falls gewünscht – die anschließende Begleitung durch einen Kollegen in Anspruch nehmen. So werden die Kennzahlen aus der Zertifizierung genutzt, um mit einer beratenden kollegialen Intervention Behandlungsqualität zu verbessern.

► Künftig will der Bereich Zertifizierung verstärkt Zertifizierungsdaten für Routineauswertungen nutzen. Onco-Box-Research heißt dieses Projekt. Hierbei sollen einzelne Fragen zur Versorgungsqualität beantwortet und Kennzahlen Casemix-adjustiert berichtet werden.

► Erfreulich ist auch die Sichtbarkeit der DKG beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, der jedes Jahr an Bedeutung gewinnt. Beim Kongress im Oktober 2016 in Berlin präsentierten viele Vertreter der DKG-Arbeitsgemeinschaften (Sektion B) ihre Arbeiten in thematischen Sitzungen und Plenarveranstaltungen.

Leitlinienprogramm Onkologie

DR. MARKUS FOLLMANN, THOMAS LANGER

2 neue Leitlinien im Programm: 2016 wurden die S3-Leitlinien zum Harnblasenkarzinom und zur Supportiven Therapie neu publiziert. Damit umfasste das Programm zum Jahresende 18 Leitlinienthemen. Die Supportiv-Leitlinie ist die dritte Querschnittleitlinie.

<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.o.html>

4 Leitlinien aktualisiert: Im Laufe des Jahres wurden vier Leitlinienaktualisierungen abgeschlossen: Melanom, Ovarialkarzinom, Prostatakarzinom und Nierenzellkarzinom. Die Leitlinie zum Ovarialkarzinom wird in den kommenden Jahren jährlich aktualisiert. Weitere Leitlinienaktualisierungen mit diesem Living-Guideline-Ansatz wurden 2016 auf den Weg gebracht: bei den Leitlinien zum Ösophaguskarzinom und zum Zervixkarzinom. Zugleich wurde für die Aktualisierung der Leitlinie zum Nierenzellkarzinom zum ersten Mal ein Amendmentverfahren im Leitlinienprogramm umgesetzt.

<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Informationen-zur-Methodik.53.o.html>

6 neue Leitlinienprojekte werden gefördert: 2016 wurde die Förderung von zwei neuen Leitlinienthemen beschlossen: Hodenkarzinom und adulte Weichgewebesarkome. Darüber hinaus erfolgte der Startschuss für die Aktualisierung der Leitlinien zur Hautkrebsprävention, zum Zervixkarzinom, zum Ösophaguskarzinom sowie zum Mund-

höhlenkarzinom. Insgesamt waren damit zum Jahresende 2016 im Rahmen des Leitlinienprogramms 22 Leitlinienprojekte in Bearbeitung.

<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Projekte.6.o.html>

4 neue Patientenleitlinien publiziert: Sie behandeln die Themen Nierenkrebs, Speiseröhrenkrebs, Prävention von Hautkrebs und Psychoonkologie. Die Zahl der Patientenleitlinien stieg damit auf 16. Patientenleitlinien werden im Nachgang zu allen Leitlinien erstellt und stehen sowohl als PDF als auch als Druckversion über die Stiftung Deutsche Krebshilfe zur Verfügung.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

574 Leitlinienanwender beteiligen sich an den Befragungen zu Leitlinien, die 2017 aktualisiert werden sollen: Mundhöhlenkarzinom, Prävention von Hautkrebs, Zervixkarzinom.

1,1 Mio. Klicks auf Leitliniendokumente: Auf den Seiten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org) und der Webseite des Leitlinienprogramms Onkologie wurden 2016 mehr als 1,1 Millionen Zugriffe auf Dokumente des Leitlinienprogramms (Langversionen, Kurzversionen, Patientenleitlinien) gezählt.



Die neue Fortbildungsreihe „Leitlinien-Update Onkologie“, die 2016 etabliert wurde, vermittelt medizinischem Personal S3-Leitlinien praxisnah und fallbezogen.

Quelle: Renate Babnik/DKG

Bereich Klinische Studien

CORNELIA NEUGEBAUER

STUDIEN MIT GÜTESIEGEL A

2016 sind vier Anträge zur Erlangung des Gütesiegels A für Studienprotokolle eingegangen. Alle vier Protokolle sind positiv bewertet worden und haben das Gütesiegel erhalten. Es handelt sich dabei um zwei Studien der HIT-HGG-Studiengruppe zur Behandlung von Gliomen, eine Studie der International Society of Paediatric Oncology (SIOP) zur Behandlung von Ependymomen und dem deutschen Teil einer internationalen Studie zur Behandlung der Langerhans-Zell-Histiozytose.

Die Titel der 2016 mit dem Gütesiegel A ausgezeichneten Studien lauten wie folgt:

▶ HIT-HGG-2013 – international cooperative phase-III-trial of the HIT-HGG study group for the treatment of high-grade glioma, diffuse intrinsic pontine glioma, and gliomatosis cerebri in children and adolescents < 18 years

▶ HIT-HGG-Rez-Immunovac – autologous dendritic cells and metronomic cyclophosphamide for relapsed high-grade gliomas in children and adolescents

▶ SIOP Ependymoma II – an international clinical program for the diagnosis and treatment of children, adolescents and young adults with ependymoma

▶ LCH-IV-G-2016 – German treatment optimization study for children with de novo and relapsed Langerhans cell histiocytosis (LCH) as part of the international study LCH-IV

PROBANDENVERSICHERUNG

Da der Start der oben genannten Studien erst 2017 vorgesehen ist, wurde 2016 keine Studie seitens der Deutschen Krebsgesellschaft in den Jahresvertrag zur Probandenversicherung eingebracht.

Anerkennung Psychoonkologie

ANITA GÜNTHER

Für eine Tätigkeit als Psychoonkologe in einem DKG-zertifizierten Zentrum sind definierte Kriterien zu erfüllen. Die notwendige Qualifikation kann zum Beispiel an einer von der DKG anerkannten Fort- und Weiterbildungsinstitution erworben werden. Wir haben 2016 auf Antrag entsprechende Curricula der Bildungseinrichtungen geprüft. Die Kriterien für die Anerkennung wurden von der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo) erarbeitet und veröffentlicht.

Eine weitere Möglichkeit, um als Psychoonkologe in einem DKG-zertifizierten Zentrum tätig zu sein, ist die Einzelfallprüfung beruflicher Qualifikationen. Die Koordinierungsstelle Einzelfallprüfung Psychoonkologie der DKG prüft in einem Verwaltungs- bzw. Begutachtungsverfahren die eingereichten Fortbildungsnachweise. Sie müssen definierten Zertifizierungsrichtlinien entsprechen: psychosoziale oder medizinische akademische Grundprofession, psychotherapeutische Weiterbildung sowie psychoonkologische Fortbildung. Das Interesse an der Einzelfallprüfung ist 2016 leicht gestiegen.

8 Fort- und Weiterbildungsinstitutionen haben derzeit eine Anerkennung der DKG im Bereich Psychoonkologie erhalten.

3 davon haben bereits eine Re-Anerkennung durchlaufen.

3 Jahre gilt die Anerkennung, dann müssen die Fort- und Weiterbildungsinstitutionen ihre Lehrinhalte erneut überprüfen lassen.

35 Anträge zur Einzelfallprüfung für Psychoonkologie in DKG-zertifizierten Organkrebszentren und Onkologischen Zentren konnten 2016 abgeschlossen werden.

Deutsche Krebsstiftung

IRIS MEUMANN



Die Deutsche Krebsstiftung wurde 2008 mit dem Ziel gegründet, die Erträge des Stiftervermögens der Deutschen Krebsgesellschaft für die experimentelle und klinische Forschung zur Verfügung zu stellen. Sitz der Stiftung ist Frankfurt am Main.

Das Stiftungsvermögen betrug zum 31. Dezember 2016 ca. 1,2 Millionen Euro.

Die Deutsche Krebsstiftung hat 2016 folgende Projekte durchgeführt:

► Es wurden 2016 drei Preise gestiftet (siehe Abschnitt „Preise, Ehrungen, Auszeichnungen“):

- der mit insgesamt 22.500 Euro dotierte Deutsche Krebspreis, der von der Deutschen Krebsgesellschaft verliehen wird
- der mit 5.000 Euro dotierte Darmkrebs-Präventionspreis, der gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft und der Stiftung LebensBlicke ausgelobt wird
- der mit 10.000 Euro dotierte DKG-Studienpreis, der von der Deutschen Krebsgesellschaft verliehen wird

► Am 1. Juni 2016 fand im Hauptbahnhof Berlin der 2. German Cancer Survivors Day unter dem Motto „Zurück im Leben“ statt. Die Deutsche Krebsstiftung als Initiator und Veranstalter hat sich mit diesem Projekt das Ziel gesetzt, zusätzlich zu den bereits gesellschaftlich diskutierten Themen Prävention und Therapie von Krebserkrankungen das Überleben und die Zeit nach der überstandenen Krankheit in den Fokus zu rücken. 18 Krebsüberlebende berichteten auf offener Bühne in jeweils halbstündigen, moderierten Gesprächsrunden über ihre ganz persönlichen Wege für das Überleben und Leben mit und nach dem Krebs. Ebenso stellten sich Experten aus Politik und Wissenschaft den Fragen des Moderators.

► Zum Projekt „du bist kostbar!“ hatte die Stiftung bereits 2015 den Film „Sabrina – Trau Dich, geh Deinen Weg“ gefördert, der jetzt durch die erneute finanzielle Unterstützung der Stiftung auf der Webseite www.du-bist-kostbar.de eingebunden werden konnte.



18 Menschen mit und nach Krebs erzählten beim 2. German Cancer Survivors Day ihre Geschichte.
Quelle: Renate Babnik/DKG

Krogmann Stiftung

IRIS MEUMANN

Die Krogmann Stiftung ist 1962 testamentarisch durch die Eheleute Carl und Emma Krogmann gegründet worden mit dem Ziel, die Erträge des Stiftungsvermögens der Deutschen Krebsgesellschaft für die experimentelle und klinische Forschung zur Verfügung zu stellen. Der Sitz der Gesellschaft ist München.

Die Stiftung hat ein Gremium, das Kuratorium, dem seit Juni 2016 – bedingt durch die Vorstandswahl der Deutschen Krebsgesellschaft und den damit verbundenen Wechsel der Positionen – Prof. Dr. Andreas Hochhaus sowie weiterhin Dr. Dagmar Lorenz-Czarnetzki (Notarin aus München) und Dr. Johannes Bruns angehören.

Durch den Kauf des Dachgeschosses in der Kuno-Fischer-Straße 8 im Jahr 2012 ist die Stiftung in eine Immobilien- und Vermögensstiftung aufgeteilt.

Die linke Teilhälfte des Dachgeschosses war wie im Jahr zuvor an die AIO-Studien gGmbH vermietet. Zum 1. Januar 2016 war die rechte Teilhälfte des Dachgeschosses an die Deutsche Gesellschaft für Urologie vermietet. Diese ist zum 30. Oktober 2016 ausgezogen. Die Mieträume sind nahtlos an die AIO-Studien gGmbH und den Berufsverband der Deutschen Urologen weitervermietet worden.

Art. 6 ff. BayStG schreibt zwingend vor, das Grundstockvermögen in seinem Bestand ungeschmälert zu erhalten sowie sicher und wirtschaftlich zu verwalten. Durch den Kauf des Dachgeschosses der Kuno-Fischer-Straße hat die Stiftung mit ca. 75 Prozent ihres Grundstockvermögens eine sichere Anlageform gewählt, die verbleibenden 25 Prozent (liquider Anteil der Gesamtanlagestrategie) sind in als konservativ geltenden Aktien und Renten angelegt.

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. ADT



PD DR. MONIKA KLINKHAMMER-SCHALKE, BIANCA FRANKE

Arbeitsschwerpunkte 2016 waren der Aufbau der klinischen Krebsregister und Veranstaltungen auf dem Deutschen Krebskongress 2016 (DKK 2016). Auf dem DKK 2016 fand die 6. Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenz statt. 36 Zentren aus 12 Bundesländern nahmen daran teil. Behandlungsverläufe von über 1,3 Millionen Patienten und Patientinnen mit Lungen-, Prostata-, Mamma-, Nieren(zell)-, kolorektalem Karzinom oder malignem Melanom wurden ausgewertet. Ebenso standen die Umsetzung der Qualitätsindikatoren der jeweiligen S3-Leitlinien und das spezifische Überleben im Fokus. Basis der Datensammlung war das Datennutzungskonzept für die Übermittlung der Daten klinischer Register an die ADT.

Die ADT unterstützte 2016 zusammen mit der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Dokumentierenden in der Krebsregistrierung. Im März 2016 fand die Fortbildungsveranstaltung an der TU Berlin statt. Im Oktober folgte eine weitere an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz. Basis bildet ein Fortbildungskonzept, das von einer Arbeitsgruppe im Auftrag von ADT und GEKID entwickelt wird.

Im November 2016 fand der jährliche Workshop zur Zusammenarbeit von klinischen Krebsregistern und zertifizierten Zentren in Berlin statt. Durch den flächendeckenden Aufbau klinischer Krebsregister können zertifizierte Zentren vermehrt Auswertungen zu Kennzahlen und zur Ergebnisqualität durch klinische Krebsregister erhalten.

WEITERE ARBEITSSCHWERPUNKTE 2016

▶ ADT und GEKID arbeiteten weiter am Manual der Krebsregistrierung in Deutschland.

▶ Die ADT beteiligte sich weiter an einer Studie des Bundesamtes für Strahlenschutz. Sie untersucht, ob mit klinischen Registerdaten der Nachweis einer Mortalitätsreduktion mittels des Mammografie-Screenings erbracht werden kann.

▶ Neben dem einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (ADT/GEKID) wurden 2016 weitere organspezifische Module erarbeitet. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger sind alle enthaltenen Parameter der Module durch die Krebsregister nach § 65c KFRG verbindlich zu erfassen.

▶ ADT und GEKID haben zur elektronischen Umsetzung des Basisdatensatzes und der Datenübermittlung ein XML-Schema zum Basisdatensatz entwickelt, einschließlich Beschreibungsdokument. Es kann kostenfrei im Internet heruntergeladen werden. Für Anfang 2017 ist eine neue Version geplant.

Für Krebsregister, die die Qualität ihrer Daten und ihrer Arbeitsweise zertifizieren lassen möchten, hat die ADT einen Prüfkatalog entwickelt und bietet eine Auditierung an. Die ADT selbst ist nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

www.tumorzentren.de

Die PREFERE-Studie

DR. ULRIKE HELBIG



Die PREFERE-Studie vergleicht die beim Prostatakarzinom mit lokal begrenztem Stadium und niedrigem/frühem intermediärem Risiko die vier in der S3-Leitlinie empfohlenen Behandlungsstrategien.

Nachdem 2015 die Rekrutierung deutlich hinter den Erwartungen zurückgeblieben war, wurden durch die gemeinsamen Aktivitäten der an der Durchführung der PREFERE-Studie Beteiligten (Studienleiter, Stiftung Deutsche Krebshilfe, private und gesetzliche Krankenkassen, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, PREFERE-Studienzentrale und PREFERE-Managementgesellschaft), die inhaltliche Begleitung durch das Advisory Board und durch die Umsetzung gemeinsam entwickelter und beschlossener strategischer Fördermaßnahmen auch 2016 intensive Maßnahmen ergriffen, um die Rekrutierung zu steigern.

So wurden in der ersten Jahreshälfte 2016 auf Basis des gemeinsam erarbeiteten Entwicklungskonzeptes direkte Gespräche mit niedergelassenen Urologen geführt. Sie dienten dazu, möglicherweise vorhandene Fragen zur Durchführung und zu den Inhalten der PREFERE-Studie zu eruieren und zu klären. Dieses Gesprächsangebot und die Möglichkeit zum Austausch wurden seitens der niedergelassenen Urologen sehr positiv aufgenommen. Zusätzlich erstellte Kurzfilme zur Gesprächsführung bei PREFERE unterstützten die Initiative.

Das Ziel war, eine deutliche Rekrutierungszunahme zu erreichen, was jedoch auch im weiteren Jahresverlauf trotz intensiver Bemühungen nicht gelang. Auch bei hohem Engagement einzelner Beteiligter im stationären und niedergelassenen-Bereich blieb diese konstant, sodass nach mehrfacher und intensiver Beratung aller beteiligten Gremien die Beendigung der PREFERE-Studie zum Jahresende 2016 beschlossen wurde.

Hinter den Kulissen des DKK



Vom Schlüsselband bis zu den Fahnen, von der Pressemappe bis zur Kinderbetreuung, vom Pflaster für den kleinen Notfall bis zum stabilen WLAN, vom ersten Flyer bis zur Smartphone-App, vom T-Shirt für die Hostessen bis zum Messestand: Kongressvorbereitung und -durchführung hat unzählige Facetten. Besonders, wenn es um eine Institution geht wie den Deutschen Krebskongress. Und deshalb stecken wir bereits mitten in den Vorbereitungen für den DKK 2018.



Quelle: Peter-Paul Weiler/DKK 2016

Quelle: Renate Babnik/DKG

Impressum

HERAUSGEBER Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8 | 14057 Berlin
Tel.: 030 322 9329-0 | Fax: 030 322 9329-22
service@krebsgesellschaft.de | www.krebsgesellschaft.de

V.I.S.D.P. Dr. Johannes Bruns
REDAKTION Anita Günther, Renate Babnik
GESTALTUNG Haberkern Design
DRUCKEREI Laserline Berlin
DRUCK Juni 2017

Die Broschüre ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Nachdruck, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen oder von Abbildungen, bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers.