

Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
dkg-web gmbh
Redaktion: Pia Nitz
Uhlandstraße 7–8, 10623 Berlin, Germany
Tel.: +49 30 810 316-112
pia.nitz@dkg-web.de
www.krebsgesellschaft.de


ONKO
INTERNETPORTAL
In Kooperation mit der
Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
www.krebsgesellschaft.de

>> dkg-web.gmbh

Monatsthema im August: Leben mit Lebermetastasen

Lebermetastasen sind ein Zeichen dafür, dass eine Krebserkrankung weiterhin fortschreitet. Dennoch bedeutet diese Diagnose nicht per se das nahe Ende. In einigen speziellen Fällen sind Lebermetastasen sogar direkt operativ behandelbar. Sehr viel häufiger jedoch kann beispielsweise eine Chemotherapie helfen, das Metastasenwachstum zu bremsen oder für einige Zeit sogar ganz aufzuhalten.

Die unterschiedlichsten Tumoren des Menschen streuen früher oder später innerhalb des Krankheitsverlaufes. Wo ein Tumor jedoch Metastasen bildet, hängt von der Tumorart, von der Lokalisation sowie vom Tumorumfeld und der Oberflächenbeschaffenheit des Tumors ab. In die Leber metastasieren beispielsweise Brust-, Darm- und Lungenkrebs. Doch Lebermetastase ist nicht gleich Lebermetastase. Je nach Ursprung und Anzahl müssen individuell abgestimmte Therapieentscheidungen getroffen werden. Ist beispielsweise ein Patient mit Darmkrebs und

einer einzelnen kleinen Lebermetastase noch jünger, körperlich fit, und liegt die Metastase in keinem lebensnotwendigen Bereich der Leber, so ist die Operation eine mögliche Behandlungsoption. Leidet ein Patient hingegen schon längere Zeit an einem schwarzen Hautkrebs und hat mehrere verstreut liegende, große Metastasen in der Leber und in anderen Organen des Körpers, so ist es wichtiger, die Ausbreitung der Krebserkrankung zu bremsen. Der Patient wird daher eine systemische Behandlung erhalten, beispielsweise mittels einer Chemotherapie.

Zur Behandlung und Versorgung von Lebermetastasen – und einer Tumorerkrankung im Allgemeinen – kann es sinnvoll sein, die Expertise eines geeigneten Onkologiezentrums hinzuzuziehen. Bei der passenden Auswahl hilft das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft mit hohen Qualitätsmaßstäben. Weitere Informationen hierzu finden Betroffene und Angehörige unter www.krebsgesellschaft.de/thema_august2019.

Erhalt der Fruchtbarkeit bei jungen Krebspatienten – jetzt gesetzlich anerkannt!

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das voraussichtlich Mitte Mai 2019 in Kraft tritt, fallen die Kosten für fruchtbarkeitserhaltende Maßnahmen für junge Patientinnen und Patienten mit Krebs in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Die Regelung geht auf eine Initiative der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. und der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs (DSjEmK) zurück. Bevor die Kosten für die Kryokonservierung in der täglichen Praxis von den Kassen übernommen werden, muss der Gemeinsame Bundesausschuss allerdings noch eine Richtlinie erlassen.

80% der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Krebs können heute geheilt werden. Trotz dieser guten Chancen können viele junge Patientinnen und Patienten kein normales Leben führen. Denn sowohl die Krebserkrankung selbst als auch ihre Behandlung wie Chemo- oder Strahlentherapie können zu Langzeitfolgen führen, u. a. zum Verlust der Fruchtbarkeit. Zwar ist es möglich, durch Maßnahmen wie der Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen sowie von Keimzellgewebe die Chance auf eigene Kinder zu erhalten. Bisher mussten die jungen Patientinnen und Patienten (oder ihre Angehörigen) jedoch selbst für die Finanzierung aufkommen. Dabei waren viele der Betroffenen nicht in der Lage, die notwendigen Mittel von bis zu 4.300 Euro aufzubringen.

„Vielen jungen Krebspatientinnen und -patienten wurde damit die Chance auf eigene Kinder genommen, weil ihnen oder ihren Familien schlicht das Geld dafür fehlte“, erklärt Prof. Dr. med. Diana Lüftner, Vorstand der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, Mitglied im Vorstand der DGHO und Oberärztin an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie an der Charité Universitätsmedizin Berlin. „Mit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes wird diese Ungerechtigkeit nun endlich beseitigt.“ Denn mit dem TSVG wird eine wesentliche Änderung im Sozialgesetzbuch V beschlossen, wonach die Kosten für die Kryokonservierung von Ei-

und Samenzellen sowie Keimzellgewebe von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, wenn sich Patientinnen oder Patienten einer keimzellschädigenden Therapie unterziehen müssen.

Ergebnis jahrelanger Arbeit

Die DGHO und die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs haben das Thema über Jahre hinweg beharrlich auf die gesundheitspolitische, mediale und öffentliche Agenda gebracht. Ein wichtiger Schritt war die gemeinsame Publikation des 11. Bandes der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO „Vom Krebs geheilt, aber nicht gesund. Keine Hoffnung auf eigene Kinder“ (2017; www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/fertilitaetserhalt/dgho_gpsr_xi_de_0971_web.pdf).

Neben Expertinnen und Experten der DGHO und der Stiftung waren es vor allem die Gespräche zahlreicher Betroffener mit Abgeordneten des Deutschen Bundestags und ihre Interviews in Presse, Rundfunk und Fernsehen, die den Boden für die Gesetzesänderung bereitet haben. „Sogar der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn hatte mehr als nur ein offenes Ohr für unser existenzielles Anliegen“, erklärt Claudia (32), eine in der Stiftung engagierte junge Patientin mit Darmkrebs. Die für ihr Engagement mit dem „Ehrenfelix“ Ausgezeichnete sprach Spahn im Mai 2018 im Rahmen ihrer Dankesrede direkt auf die notwendige Gesetzesänderung an. „Es ist gut, dass dieser Teil des Gesetzes von den meisten Fraktionen im Bundestag unterstützt wurde“, betont Sebastian (28), der vor 4 Jahren an einem Hodgkin-Lymphom erkrankt war und vor der Behandlung Samenzellen einfrieren ließ. Veronika (35) ergänzt: „Durch die bisherige Gesetzeslage wurden wir diskriminiert und zusätzlich zu unserer Krebserkrankung mit dem Stigma der unfreiwilligen Kinderlosigkeit behaftet. Ich bin wahnsinnig froh, dass junge Krebspatientinnen und -patienten damit eine Erleichterung, Wertschätzung und Gerechtigkeit erfahren.“ Sie hatte sich im vergangenen Jahr Eizellen entnehmen und dann einfrieren lassen – auf eigene Kosten. Claudia,

Veronika und Sebastian sind drei von insgesamt über 750 jungen Betroffenen, die sich in der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs engagieren.

„Auch die konstruktive, kontinuierliche Arbeit der Mitglieder des FertiPROTEKT Netzwerk e. V. hat durch die Verbesserung fertilitätsprotektiver Maßnahmen und deren Publikationen maßgeblich zur Grundlage für den Gesetzentwurf beigetragen“, betont Prof. Dr. med. Ariane Germeyer, Vorstandsvorsitzende des FertiPROTEKT Netzwerk e.V. und leitende Oberärztin in der Abteilung Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen des Universitätsklinikums Heidelberg. Aufbauend auf diesen Publikationen konnte 7/2017 die erste DGGG S2k-Leitlinie zum Fertilitätserhalt [AWMF-Nr. 015/08] erstellt werden.

Wer profitiert von der neuen Regelung?

Der neugefasste §27a Abs. 4 SGB V ermöglicht die Fruchtbarkeitserhaltung für Mädchen und Frauen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr und für Jungen und Männer bis zum vollendeten 50. Lebensjahr. Eine Altersgrenze nach unten sieht das Gesetz nicht vor. Damit sind grundsätzlich etwa 11.000 Mädchen und Frauen sowie 22.000 Jungen und Männer eingeschlossen, die in Deutschland jährlich nach Zahlen des Zentrums für Krebsregisterdaten an Krebs erkranken. Jedoch müssen glücklicherweise nicht alle von ihnen eine keimzellschädigende Therapie erhalten.

Die Fruchtbarkeit kann bei Jugendlichen nach der Pubertät mit den gleichen Methoden wie bei den Erwachsenen erhalten werden. „Es ist gut, dass der Gesetzgeber die Kinder in die Regelung eingeschlossen hat. Das Gesetz wird nicht geändert werden müssen, wenn die Methoden zur Fruchtbarkeitserhaltung auch bei den kleinen Kindern in den nächsten Jahren medizinisch voll etabliert sein werden“, ergänzt Germeyer.

Mit Blick auf die praktische Umsetzung durch die Krankenkassen macht Prof. Dr. med. Mathias Freund, Vorsitzender des Kuratoriums der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs und Mitglied im Beirat der DGHO, auf die noch anstehenden Herausforderungen aufmerksam: „Wir sind sehr stolz auf das, was wir gemeinsam mit der DGHO und vor allem mit den engagierten Betroffenen erreicht haben. Dennoch liegt nach Inkrafttreten des Gesetzes Mitte Mai noch Arbeit vor uns. Die Richtlinien zur Durchführung der Gesetzesregelung müssen vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet und festgeschrieben werden.“

Organisation muss vereinfacht werden

Germeyer betont, dass nicht nur Krebspatientinnen und -patienten profitieren: „Die neue gesetzliche Regelung im SGB V wird auch Betroffene entlasten, die sich im Rahmen der Behandlung von Autoimmunerkrankungen, Sichelzellerkrankungen oder Thalassämie einer keimzellschädigenden Therapie unterziehen müssen.“

DGHO aktualisiert Studie zum onkologischen Versorgungsbedarf in Deutschland – Ausblick 2025: Weiter steigende Zahlen an Krebspatienten – Bedarf an flächendeckenden Versorgungsmodellen

Als Folge von demografischem Wandel und medizinischem Fortschritt werden die Anforderungen an die Krebsversorgung in Deutschland bis 2025 deutlich steigen. Nicht nur die Zahl der neu diagnostizierten Krebspatientinnen und -patienten nimmt voraussichtlich um rund 10% zu. Auch die Zahl der Menschen, die mit Krebs leben, wird in Deutschland stark ansteigen, genauso wie die Zahl der Krebserkrankten mit chronischen Begleiterkrankungen. Das sind nur einige Kernergebnisse der zweiten wissenschaftlichen Studie zur künftigen Krebsversorgung, die die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. in Auf-

trag gegeben hat. Aus den aktualisierten Zahlen ergeben sich wichtige Schlussfolgerungen für die deutsche Gesundheitspolitik.

Mit der beim Hauptstadtkongress Medizin & Gesundheit in Berlin vorgestellten, als Band 14 der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe veröffentlichten Studie „Deutschlandweite Prognose der bevölkerungsbezogenen Morbiditätserwartung für häufige Krebserkrankungen. Auswirkungen auf die Versorgung“ legt die DGHO zum zweiten Mal eine wissenschaftlich fundierte Abschätzung des künftigen Versorgungsbedarfs in der Onkologie vor. Wie bei der ersten Auflage im Jahr 2013

wurde die wissenschaftliche Analyse vom Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald (Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann) erstellt.

Demografische Entwicklung als Treiber

Im Gegensatz zu anderen Hochrechnungen nutzt die DGHO-Studie unterschiedliche Datenquellen wie Bevölkerungsregister und epidemiologische Krebsregister und modelliert die voraussichtliche Entwicklung bei wichtigen Kenngrößen wie Krebsneuerkrankungen und Prävalenzen bis auf Landkreisebene. „Dadurch werden sehr genaue und sehr differenzierte Aussagen zu den Trends bei der Krebsversorgung in Deutschland möglich, die sonst nicht ohne Weiteres ersichtlich wären“, betonte Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer, Vorsitzender der DGHO und Direktor der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik für den Bereich Onkologie, Hämatologie und Knochenmarktransplantation mit Sektion Pneumologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Die wichtigsten Ergebnisse der neuen DGHO-Studie wurden in Berlin von Studienleiter Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann kompakt zusammengefasst. Grundlage aller Hochrechnungen ist die demografische Alterung der deutschen Bevölkerung. So sei davon auszugehen, dass die Gesamtbevölkerung in Deutschland zwischen 2014 und 2025 um etwa 1,3 Millionen Menschen anwachsen werde, so Hoffmann. Dies geschehe aber nicht gleichmäßig über die Altersstufen verteilt. Vielmehr werde erwartet, dass die Zahl der Männer bzw. Frauen, die 60 Jahre und älter sind, um 21 bzw. 15% steigt. Bei den Männern bzw. Frauen, die 80 Jahre und älter sind, beträgt der Zuwachs voraussichtlich sogar 51 bzw. 26%. In absoluten Zahlen ist das ein Zuwachs von 1,6 Mio in 2025 gegenüber 2014. Parallel dazu kommt es bei den 10- bis 59-jährigen beiderlei Geschlechts zu einer leichten Abnahme der Bevölkerungszahl im einstelligen Prozentbereich.

Altersassoziierte Tumore werden häufiger, Komplexität der Patienten nimmt zu

Mit Blick auf die häufigsten bösartigen Tumorerkrankungen lassen sich auf Basis dieser Daten unter anderem folgende Prognosen formulieren:

- Die Zahl der Krebsneuerkrankungen wird zwischen 2014 und 2025 voraussichtlich um etwa 10% auf dann über 520 000 pro Jahr zunehmen.
- Den stärksten Zuwachs an Patientenzahlen zeigen Krebsentitäten, die im Alter häufig sind: Bei Männern der Prostatakrebs, bei Frauen der Brustkrebs.

- Die höchsten relativen Zuwachsraten werden für Männer beim Harnblasenkrebs, für Frauen beim Magen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs erwartet.
- Die 10-Jahresprävalenz von Krebserkrankungen nimmt zwischen 2014 und 2025 deutlich zu, und zwar um etwa 8% auf fast 3 Millionen Patientinnen und Patienten.
- Mit der demografischen Alterung steigt die Zahl der Patientinnen und Patienten, die neben Krebs an mindestens einer weiteren chronischen Erkrankung leiden. Das Gutachten analysiert die Zahlen von Krebspatientinnen und -patienten, die zusätzlich an Diabetes mellitus, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), koronarer Herzkrankheit, Adipositas, Niereninsuffizienz oder an Demenz leiden.
„Bei diesen Zahlen ist zu berücksichtigen, dass mögliche Effekte von Screening-Maßnahmen und auch denkbare Verbesserungen der Therapie in den kommenden Jahren in der Hochrechnung nicht berücksichtigt sind“, erläuterte Hoffmann. „Wenn Krebserkrankungen in 10 Jahren früher erkannt und besser behandelt werden können als heute, dann könnte die tatsächliche Prävalenz im Jahr 2025 höher liegen als in der rein demografie-basierten Hochrechnung.“ Umgekehrt könnten Erfolge bei der Prävention dazu führen, dass Inzidenz und Prävalenz geringer ausfallen als prognostiziert.

Versorgungsstrukturen auf dem Land müssen angepasst werden

Die Ergebnisse der Studie von DGHO und Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald sind nicht zuletzt vor dem Hintergrund zu sehen, dass Spezialistinnen und Spezialisten für die Versorgung von Krebserkrankten weiterhin dünn gesät sind. Zwar ist die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit der Qualifikation Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie zwischen 2014 und 2018 von 2.213 auf 2.650 gestiegen, und auch die Zusatzweiterbildungen Medikamentöse Tumortherapie sind um etwa 800 angestiegen. Gleichzeitig steht die deutsche Ärzteschaft aber vor einer starken Ruhestandswelle, deren Auswirkungen auf die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Krebserkrankte versorgen, und damit auf die Krebsversorgung insgesamt, sich bisher noch schwer abschätzen lassen.

„Klar ist, dass der Bedarf an Spezialistinnen und Spezialisten durch die steigenden Erkrankungszahlen und die zunehmend komplexeren Therapien in den nächsten Jahren steigen wird. Wir müssen in Deutschland Versorgungsstrukturen schaffen, die es erlauben, die Kompetenz der spezialisierten Zentren in der Fläche verfügbar zu machen, wenn wir nicht riskieren wollen, dass ganze Landstriche oder alte Menschen bei der Krebsversor-

gung abgehängt werden“, betonte Prof. Dr. med. Maik de Wit von der Arbeitsgemeinschaft der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus e. V. (ADHOK). Dies erscheint insbesondere deswegen erforderlich, weil die DGHO-Studie zeigt, dass überproportional viele ältere Menschen – und damit auch Krebspatientinnen und -patienten – in den ländlichen Regionen leben werden. Sinnvoll seien vor diesem Hintergrund unter anderem mehr Möglichkeiten für die Delegation ärztlicher Leistungen sowie mehr Anstrengungen in Richtung einer Implementierung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) auch an kommunalen Krankenhäusern.

Mehr Engagement bei der Prävention!

Um flächendeckend eine optimale Krebsversorgung zu erreichen, seien insbesondere Konzepte nötig, die die ambulante Versorgung in ihrer gesamten Breite noch stärker als bisher in die Krebsversorgung einbinden, sagte PD. Dr. med. Ingo Tamm vom Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V. (BNHO). Insbesondere die zunehmende Krebsprävalenz sieht Tamm als enorme Herausforderung für die ambulante Versorgung. „So führen beispielsweise die sehr guten Therapiemöglichkeiten bei der chronischen myeloischen Leukämie (CML) dazu, dass die Prävalenz dieser Patientinnen und Patienten enorm steigt, auf 20.000 und mehr in den nächsten Jahren.

Bei diesen Patientinnen und Patienten müssen wir die ambulante, orale Therapie optimal organisieren.“

Auch die Zunahme von Komorbiditäten führt zu zunehmend komplexeren Versorgungssituationen im ambulanten Bereich: Patientinnen und Patienten müssten immer individueller behandelt werden, hinsichtlich des Auftretens von Zweitneoplasien überwacht und im fortgeschrittenen Stadium auch palliativ optimal versorgt werden.

In einer solchen Versorgungslandschaft nehmen die ambulant tätigen Hämatologen und Onkologen neben den spezialisierten Zentren eine Schlüsselrolle ein. Sie müssen aber effizient unterstützt werden durch spezialisierte onkologische Pflegekräfte, palliative Versorgungsteams, in onkologischer Mitbetreuung geschulte Hausärztinnen und Hausärzte und telemedizinische Versorgungsangebote. „Nicht zuletzt sind die Ergebnisse der DGHO-Studie aber auch ein Aufruf an jeden von uns und an die Politik, die Krebsprävention voranzutreiben“, betonte der DGHO-Vorsitzende Bokemeyer abschließend. „Das Krebsrisiko steigt mit dem Alter deutlich an, aber es ist nicht unbeeinflussbar.“

Der 14. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO „Deutschlandweite Prognose der bevölkerungsbezogenen Morbiditätserwartung für häufige Krebserkrankungen. Auswirkungen auf die Versorgung“ kann in der DGHO-Geschäftsstelle bestellt oder im Internet heruntergeladen werden unter: www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/demografischer-wandel.



Pressestelle der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Dr. Katrin Mugele
Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin, Germany
Tel.: +49 30 3229329-60
mugele@krebsgesellschaft.de

Keimzelltumoren des Hodens: Überversorgung vermeiden, Lebensqualität verbessern – Leitlinienprogramm Onkologie legt erstmals S3-Leitlinie zu Hodentumoren vor

Das Leitlinienprogramm Onkologie hat unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. erstmals eine S3-Leitlinie zu dem Thema Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hodens erarbeitet. Ziel der Leitlinie ist es, unter anderem die Nebenwirkungen der Therapie zu vermindern, eine Überversorgung mit beispielsweise Chemotherapien zu

vermeiden und die Lebensqualität der Patienten zu steigern. Für Betroffene mit einem fortgeschrittenen Tumor soll eine bessere Behandlung und somit eine höhere Überlebenschancen erreicht werden.

„Die Überlebensrate für Patienten ist hoch, aber die Prognose hängt unter anderem von den therapiebedingten Nebenwirkungen ab – so kann eine Strahlen-

oder Chemotherapie das Risiko erhöhen, später an einem Zweitumor zu erkranken“, sagt Prof. Dr. Sabine Kliesch vom Universitätsklinikum Münster, Koordinatorin der Leitlinie. „Mit den Empfehlungen der Leitlinie wollen wir dazu beitragen, dieses Risiko so gering wie möglich zu halten.“ Da die Erkrankung vor allem junge Männer betrafe und die Therapie die Fruchtbarkeit beeinträchtigen könne, sollten Ärzte bereits vor Behandlungsbeginn Patienten über fruchtbarkeitserhaltende Maßnahmen aufklären und diese gegebenenfalls einleiten.

Bei einem Keimzelltumor kommen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten in Betracht: Der Tumor wird zunächst operativ entfernt. Doch trotz unauffälliger Diagnostik treten bei einem Teil der Betroffenen kleinste befallene Lymphknoten im hinteren Bauchraum auf, die zu einem Rückfall führen können, wenn im Anschluss an die Operation keine weitere Therapie durchgeführt wird. Abhängig von Tumortyp und -stadium kommen dafür eine Strahlen-, eine Chemotherapie oder eine aktive Überwachung infrage. „Wir wissen mittlerweile, dass für bestimmte Patienten, besonders solche mit Tumoren im frühen Stadium, die aktive Überwachung eine sichere Option darstellt. Eine adjuvante Therapie stellt für viele dieser Patienten eine Übertherapie dar, deren Vor- und Nachteile im Einzelfall abgewogen werden müssen“, so Kliesch.

Bei Männern zwischen dem 20. und 44. Lebensjahr ist der Keimzelltumor die am häufigsten auftretende Tumorart. In Deutschland erkranken daran jährlich etwas mehr als 4.000 Männer (Quelle: Krebs in Deutschland für 2013/2014. 11. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2017). Auch wenn besonders viele junge Patienten betroffen sind, zählt der Tumor auf die Gesamtbevölkerung bezogen zu den weniger häufig auftretenden Krebserkrankungen. Die wesentlichen Risikofaktoren sind ein Hodenhochstand und eine Vorerkrankung mit einem Keimzelltumor. Auch wenn die Erkrankung in der Familie auftritt, ist das Erkrankungsrisiko erhöht. Die Fünfjahresüberlebenswahrscheinlichkeit liegt bei 96%.

An der S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hodens waren 30 Fachgesellschaften und Organisationen beteiligt.

Die S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Keimzelltumoren des Hodens ist auf dieser Webseite abrufbar: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/hodentumoren/.

Die Inhalte der Leitlinie sind auch in der kostenfreien Leitlinien-App integriert. Android-Smartphone-Nutzer finden die App hier (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.onkologie.leitlinienprogramm>). iPhone-Nutzer können die Leitlinien-App hier (<https://apps.apple.com/de/app/leitlinienprogramm-onkologie/id1453684655?platform=iphone>) herunterladen.

Das Leitlinienprogramm Onkologie (OL)

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie stellen ein wesentliches Instrument zur Förderung von Qualität und Transparenz medizinischer Versorgung dar. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. und die Deutsche Krebshilfe haben sich mit dem im Februar 2008 gestarteten Leitlinienprogramm Onkologie das Ziel gesetzt, gemeinsam die Entwicklung und Fortschreibung sowie den Einsatz wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinien in der Onkologie zu fördern und zu unterstützen. Mittlerweile umfasst das Leitlinienprogramm 25 S3-Leitlinien, die zu einem großen Teil auch als laienverständliche Patientenleitlinien vorliegen. Mehr unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)

Mit rund 6.500 Mitgliedern ist die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) die größte Vertretung deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie. Als medizinische Fachgesellschaft fördert die DGU Wissenschaft, Forschung, Innovation, Fort- und Weiterbildung in der Urologie. Damit schafft sie die Voraussetzungen für eine flächendeckende hochqualifizierte Versorgung urologischer Patientinnen und Patienten in Deutschland. Mehr unter www.dgu.de.

GBG Studien beim ASCO 2019: Ein Erfolg auf ganzer Linie

Auf dem Jahreskongress der amerikanischen Krebsgesellschaft ASCO, der vom 31. Mai bis 4. Juni in Chicago stattfand, konnte die German Breast Group (GBG) aktuelle Forschungsergebnisse und neue Studienkonzepte vorstellen. In 10 Sitzungen fanden sowohl eigene GBG-Studien Berücksichtigung als auch Studien, an denen GBG-Forscher maßgeblich beteiligt waren. Die Poster und Präsentationen können von der Webseite der GBG heruntergeladen werden. <https://www.gbg.de/de/newsroom/meldungen/2019-05-asco.php>.

Die GBG Forschungs GmbH ist ein Forschungsinstitut zur Umsetzung akademisch orientierter, klinischer Studien der GBG (German Breast Group), der größten deutschen Brustkrebs-Studiengruppe. Diese arbeitet mit einem Netzwerk aus 500 Studienzentren und mehr als 1.000 Studienärzten an der Umsetzung klinischer Studien. Das Ziel der Mitglieder der German Breast Group ist es, neueste Medikamente zielgerichtet zu kombinieren und optimale Therapieempfehlungen zu vergeben.

Informationen zur GBG und zu den aktuellen Studien finden Fachkreise und Patientinnen unter www.germanbreastgroup.de. Für weitere Auskünfte zu den Studien wenden Sie sich bitte an unsere zentrale Ansprechpartnerin Frau Dr. Lederer per E-Mail an Publications@gbg.de.

Quellen

1. Denkert C. et al. Abstract #3075: Comparison of an automated cartridge-based system for mRNA assessment with central immunohistochemistry in the neoadjuvant GeparX trial.
2. Krop I.E. et al. Abstract #1012: Genomic correlates of response to adjuvant trastuzumab (H) and pertuzumab (P) in HER2+ breast cancer (BC): Biomarker analysis of the APHINITY trial.
3. Loibl S. et al. Abstract #509: Exome analysis of oncogenic pathways and tumor mutational burden (TMB) in triple-negative breast cancer (TNBC): Results of the translational biomarker program of the neoadjuvant double-blind placebo controlled GeparNuevo trial.
4. Seliger B. et al. Abstract #588: Correlation of the tumor mutational burden with the composition of the immune cell subpopulations in peripheral blood of triple-negative breast cancer patients undergoing neoadjuvant therapy with durvalumab: Results from the prospectively randomized GeparNuevo trial.
5. Pohl-Rescigno E. et al. Abstract #573: Germline mutation status and therapy response in high-risk early breast cancer: Results of the GeparOcto study (NCT02125344).
6. Krop IE et al. Abstract #TPS605: NSABP B-59/GBG 96-GeparDouze: A randomized double-blind phase III clinical trial of neoadjuvant chemotherapy (NAC) with atezolizumab or placebo in patients (pts) with triple-negative breast cancer (TNBC) followed by adjuvant atezolizumab or placebo.
7. Schneeweiss A et al. Abstract #513: Patient-reported outcomes (PROs) from KATHERINE: A phase III study of adjuvant trastuzumab emtansine (T-DM1) versus trastuzumab (H) in patients (pts) with residual invasive disease after neoadjuvant therapy for HER2-positive breast cancer.
8. Metzger O et al. Abstract #510: Immunophenotype and proliferation to predict for response to neoadjuvant chemotherapy in TNBC: Results from BrighTNess phase III study.
9. Fasching PA et al Abstract #506: GeparOLA: A randomized phase II trial to assess the efficacy of paclitaxel and olaparib in comparison to paclitaxel/carboplatin followed by epirubicin/cyclophosphamide as neoadjuvant chemotherapy in patients (pts) with HER2-negative early breast cancer (BC) and homologous recombination deficiency (HRD).