

Nationale Sarkomkonferenz vom 20. - 22. März 2014 in Berlin führte Experten verschiedenster Berufsgruppen zusammen.

- **Etwa 170 Sarkom Interessierte verschiedenster Berufsgruppen (Mediziner, Biologen, Pathologen, Psychologen, ...) nahmen teil**
- **50 Vorträge aus den Bereichen Fortbildung, Forschung und Qualitätsmanagement**
- **„Invited Lectures“ namhafter internationaler Sarkomexperten**
- **Internationaler Forschungspreis Sarkome 2014 verliehen**
- **Sehr gute Resonanz bestätigt die Bemühungen der Initiatoren auf dem Weg zur engen Vernetzung der deutschen Sarkomlandschaft**
- **„Sarkomkonferenz 2015“ bereits für kommendes Jahr vom 26. – 28. Februar 2015 in Münster terminiert**

Veranstalter:

- German Interdisciplinary Sarcoma Group (GISG)
- Kompetenznetz Sarkome KO.SAR (gefördert durch die Deutsche Krebshilfe)
- Das Lebenshaus e.V. - Patientenorganisation Sarkome/GIST
- I.A.W.S. Deutsche Krebsgesellschaft
- AIO Arbeitsgruppe Weichteilsarkome und Knochentumoren

Weichgewebesarkome zählen mit 1 % aller Tumorerkrankungen des Erwachsenenalters zu den seltenen bösartigen Erkrankungen. Allerdings haben sie durch die spektakulären Ergebnisse der Behandlung von Gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) erheblich an Aufmerksamkeit gewonnen. Die Fortschritte der Molekularbiologie und Genetik erlauben eine bessere Charakterisierung dieser unübersichtlichen Gruppe von Erkrankungen. Hieraus ergeben sich Möglichkeiten einer für bestimmte Subtypen spezifischen Therapie. Die Informationen über neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten an Kollegen und Patienten weiterzugeben, stellt daher eine besonders wichtige Aufgabe dar. Entwicklungen der letzten Jahre in Deutschland tragen dieser Aufgabe Rechnung:

- Das molekularbiologisch orientierte Forschungsnetzwerk KO.SAR (durch die Deutsche Krebshilfe gefördert) hat nachgewiesen, dass international kompetitive Forschung in einem kooperativen Verbund möglich ist.
- Die Gründung der Therapiestudien orientierten German Interdisciplinary Sarcoma Group (GISG) hat deutsche Sarkom Zentren an die internationalen Studiengruppen herangeführt. Kooperative Projekte bestehen mit der Sarkomplattform Österreich (S.P.A.), der Spanischen Sarkomgruppe (GEIS), der Italian Sarcoma Group (ISG) und der French Sarcoma Group (FSG).
- Die Entwicklung von engagierten Patientenorganisationen (Das Lebenshaus e.V. Sarkome/GIST, SOS Desmoid) erlaubt über deren internationale Vernetzung auch gesundheitspolitische Einflussnahme.

Somit ist es - aus Sicht der Initiatoren und Veranstalter - notwendig, die sich zunehmend für Sarkome interessierenden Kollegen, Kliniken und Zentren sowie die bestehenden Gruppierungen in Deutschland besser zu vernetzen. Entscheidend ist die Verbesserung der Qualität in der Diagnostik und der Therapieplanung von Sarkomen. Diesbezüglich sind uns andere europäische Länder vor allem hinsichtlich etablierter Strukturen zum Teil deutlich voraus. Das Programm der von der

Forschungsplattform KO.SAR, der Studienorganisation GISG, der Patientenorganisation DAS LEBENSHAUS, der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Weichteilsarkome (I.A.W.S.) der Deutschen Krebsgesellschaft und der Arbeitsgruppe Weichteilsarkome und Knochentumoren der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) gemeinsam ausgerichteten Sarkomkonferenz zielt genau auf diese drei Schwerpunkte: Fortbildung - Forschung - Qualitätsmanagement. Somit hat sich die Sarkomkonferenz zur zentralen, jährlichen, interdisziplinären und integrierenden Veranstaltung aller „Sarkomologen“ im deutschsprachigen Raum entwickelt. Auch Forschende, Behandelnde und Pflegende aus Österreich und der Schweiz nehmen erfreulicherweise in steigendem Maße an der Veranstaltung teil. Im Folgenden werden Highlights der diesjährigen Veranstaltung in Berlin dargestellt.

Donnerstag, der 20. März 2014

Im Vorfeld der Sarkomkonferenz fand unter Leitung von Herrn Prof. Kasper, Mannheim, das Studientreffen der deutschen Sarkom Studiengruppe GISG zur Diskussion aktuell laufender klinischer Studien und neuer geplanter Projekte und Studieninitiativen statt. Weitere Informationen zu den einzelnen Studien und Projekten finden Sie auf der Website der GISG Studiengruppe (www.gisg.de). Geplant ist in diesem Rahmen auch die Einrichtung einer nationalen Datenbank für Sarkompatienten. Zudem wurde der alljährlich stattfindende, trinationale (D/A/CH) GIST-Gipfel zum Thema „Klinisches Management der GIST / Bestmögliche Behandlungsqualität“ in das Programm der Sarkomkonferenz integriert und fand am 19. und 20. März 2014 statt.

Der erste Tag der Konferenz stand traditionsgemäß im Zeichen der Säule „Fortbildung“. In einzelnen Grundlagenvorträgen wurden Themen zu Diagnostik und Therapie von Weichgewebesarkomen behandelt, um den Teilnehmern einen „State-of-the-art“ zu vermitteln. In der ersten Grundlagen Sitzung zum Thema Pathologie wurde die neue Klassifikation der World Health Organisation (WHO) sowohl der Weichgewebesarkome (Prof. Wardelmann, Münster) als auch der Knochensarkome (Prof. Jundt, Basel) und schwerpunktmäßig deren Relevanz für die klinische Praxis anhand von Beispielen diskutiert. Als eine der wesentlichen Änderungen beinhaltet die neue Klassifikation detaillierte zytogenetische und molekulare Daten zu einzelnen Sarkomsubtypen. Durch neue molekulare Daten wurden einige Tumorentitäten fusioniert, andere hinzugefügt oder gestrichen. Im Basic zur Chirurgie der Weichteiltumoren wurde zunächst das Vorgehen nach ungeplanter Resektion von Weichteiltumoren beschrieben (Prof. Kettelhack, Basel), eine Situation, vor die die Chirurgen leider immer wieder gestellt werden und die einen ungünstigen Einfluss auf die Prognose der Patienten hat. In den meisten Fällen ist in solchen Situationen eine anschließende, multimodale Therapie vonnöten. Die Qualität von Resektionsrändern nach neoadjuvanter Therapie wurde beleuchtet (Prof. Mechtersheimer, Heidelberg), da bekanntermaßen das Erreichen einer R0 Resektion ein entscheidender prognostischer Faktor für die Patienten ist. Auch wenn es hier kaum publizierte Daten gibt, scheint es durch die neoadjuvante Therapie zu einer Stabilisierung der Sarkomperipherie zu kommen. Rekonstruktionsverfahren bei knöcherner Beteiligung von Weichteiltumoren wurden abschließend bildhaft dargestellt (Prof. Harges, Münster).

Im ersten eingeladenen Vortrag wurde unter dem Titel „Die Bedeutung von Beta-catenin“ die Rolle dieses Gens und des Wnt Signalweges dargestellt (Prof. Behrens, Erlangen). Mutationen und Überexpressionen von Beta-catenin sind mit einer Reihe von Tumorentitäten wie beispielsweise den kolorektalen Karzinomen assoziiert und können hier ggf. als Target für zielgerichtete Therapien dienen.

Das folgende Educational knüpfte nahtlos an die Thematik der Bedeutung von Beta-catenin an und beschäftigte sich mit Diagnostik und Behandlung einer seltenen, schwer zu behandelnden Subgruppe von Weichgewebetumoren, den Desmoiden. Hilfreich für die Entscheidung, ob Desmoid Patienten ein hohes Rezidivrisiko haben und ggf. aggressiver zu behandeln sind, könnte der Nachweis von Mutationen im Beta-catenin Gen, *CTNNB1*, sein, die bei 85 % der Desmoide zu finden sind und einen prognostischen Stellenwert zu haben scheinen (Prof. Haller, Erlangen). Ausgehend von diesen molekularen Grundlagen wurden Indikation und Dosis der Strahlentherapie bei Desmoiden (Prof. Micke, Bielefeld) sowie chirurgische Aspekte der operativen Versorgung dieser Tumoren dargestellt (Prof. Taeger, Kempten). Die einzige prospektive Studie zur Strahlentherapie von Desmoiden erfolgte innerhalb der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) und konnte an 44 Patienten bei moderat dosierter Strahlentherapie von 56 Gy in 28 Fraktionen nach drei Jahren eine lokale Kontrolle von 81,5 % mit limitierter Toxizität erreichen. Aufgrund des heterogenen biologischen Verhaltens von Desmoiden und der fehlenden Datenlage gibt es derzeit keinen allgemein gültigen Therapiealgorithmus für diese Erkrankung, von der vorwiegend junge Patienten im Alter zwischen 30 und 35 Jahren betroffen sind. Ein abwartendes Verhalten ist bei vielen Patienten mit langsam wachsendem Tumor ohne klinische Symptomatik empfehlenswert. Abschließend wurden die Möglichkeiten der Systemtherapie inklusive der Chemotherapie und zielgerichteten Therapien (z.B. Imatinib, Sorafenib) sowie ein Überblick über die wenigen laufenden klinischen Studien bei Desmoiden vorgestellt (Prof. Kasper, Mannheim). In Frankreich wird der Tyrosinkinaseinhibitor Pazopanib im Vergleich zu einer Chemotherapie mit Methotrexat und Vinblastin bei Erwachsenen untersucht (DESMOPAZ). In den USA startet derzeit eine Phase III randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Studie zur Evaluierung von Sorafenib bei fortgeschrittenen Desmoiden. Diese Studie stellt die erste Phase III Studie in dieser Indikation dar und ist als Zulassungsstudie geplant. Darüber hinaus tragen derzeit auf europäischer Ebene Bemühungen zur Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Algorithmus Früchte. Diese Initiative wird vonseiten der europäischen Patientenorganisationen (SPAEN) und der deutschen Desmoid Patientengruppe SOS Desmoid unterstützt; ein erstes Treffen ist für Mai 2014 mit Patientenvertretern und Experten geplant.

Das zweite Educational in Kooperation mit der Chordoma Foundation widmete sich einer ebenso seltenen wie schwierig zu behandelnden Sarkomentität, den Chordomen. Einleitend wurde die Arbeit der Chordoma Foundation von Hans Keulen vorgestellt, der auch die Bemühungen um die Erstellung einer internationalen Patientendatenbank für Chordome skizzierte. Ausgehend von den pathologischen Grundlagen (Prof. Flanagan, London) wurden einerseits die (neuro-)chirurgischen Möglichkeiten (Prof. Hornicek, Boston) und andererseits die systemischen Behandlungsoptionen bei Chordomen unter Einsatz von Imatinib oder EGFR Inhibitoren (Prof. Stacchiotti, Mailand) präsentiert. Problematisch sind auch hier sicherlich die kleinen Fallzahlen und kaum verfügbaren prospektiven klinischen Studien, die oftmals nur erfahrungsbasierte Therapieempfehlungen zulassen. Imatinib gilt derzeit als die bestmögliche Systemtherapie bei Chordomen, ist aber formal für diese Indikation nicht zugelassen und damit in vielen Ländern für die Patienten nicht zugänglich. Vielversprechend scheint auch die Kombination von Imatinib und Sirolimus zu sein, die derzeit in einer Phase II Studie in Italien getestet wird. Den Stellenwert des Einsatzes der nur an wenigen Zentren verfügbaren Schwerionen- und Protonenbestrahlung bei Chordomen vor allem im Bereich der Schädelbasis wurde von Prof. Herfarth aus Heidelberg dargestellt. Etwa 300 Chordom Patienten, davon 200 Patienten mit Chordomen der Schädelbasis, sind in Heidelberg bereits mit dieser Technik behandelt worden.

Schwerionenbestrahlung kann gerade bei inoperablen Chordomen der Schädelbasis als Standard gelten. Langzeit Follow-up Untersuchungen über 10 Jahre zeigen hier vielversprechende Ergebnisse.

Das erste Forschungs-Forum beschäftigte sich mit den GIST, die durch die revolutionären Behandlungserfolge der letzten zehn Jahre mit Imatinib zu einem Paradigmenwechsel in der Onkologie geführt und die Aufmerksamkeit und das Interesse für das Gebiet der Sarkome erheblich erhöht haben. Das MITIGATE Research Konsortium wurde von Prof. Schönberg, Mannheim, präsentiert. Ziel des Konsortiums ist die Entwicklung von Behandlungsoptionen bei metastasierten GIST Patienten, resistent auf bestehende Behandlungsmethoden und verfügbare Tyrosinkinaseinhibitoren. Beispielsweise wird in einem Arbeitsprojekt der Einsatz von Radiotracer untersucht. Das europäische Konsortium PAWS-GIST (= Paediatric, Adolescent, Wildtype & Syndromic GIST) wurde vorgestellt, das sich u.a. speziell den Patienten mit Wildtyp GIST widmet (Prof. Bulusu, Cambridge). Diese Subgruppe der GIST ist durch das Fehlen der regelhaft untersuchten Mutationen von KIT und PDGFR charakterisiert. Eine spezielle Möglichkeit der Behandlung von Metastasen bei GIST stellt die SIRT, die selektive interne Radio-Therapie dar. Sie ermöglicht eine lokale Kontrolle von wenigen, nicht zu großen GIST Lebermetastasen. Behandlungserfolge dieser Methode wurden an einer unizentrischen Fallserie aus Mannheim anschaulich dargestellt (Dr. Rathmann, Mannheim). Es zeigte sich eine im Vergleich zu etablierten Zweit- und Drittlinientherapien vergleichsweise vielversprechende Progressionsfreiheit von im Mittel 16 Monaten und ein Gesamtüberleben von 30 Monaten.

Freitag, der 21. März 2014

Der Vormittag des zweiten Tages stand im Zeichen der Säule „Forschung“. In einem Research Forum stellten Prof. Dirksen und Prof. Korsching aus Münster als Beispiel der Umsetzung der europäischen Bemühungen das vom BMBF im Rahmen des Netzwerkes „Seltene Erkrankungen“ geförderte translationale Forschungsnetzwerk „TranSaRNet“ vor, das vorwiegend in der pädiatrischen Onkologie angesiedelt ist. Es zeigt exemplarisch die Vernetzung von Vertretern der Grundlagenforschung, der klinischen Forschung, der Biometrie sowie den behandelnden Ärzten - ein Kompetenznetzwerk, das wir auch im adulten Bereich anstreben. Einzelne Projekte aus diesem Verbund wurden zu den Entitäten Ewing Sarkomen, Osteosarkomen und Rhabdomyosarkomen präsentiert. Zudem fand unter Leitung von Prof. Büttner, Köln, ein öffentliches Zwischenberichts-kolloquium des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Kompetenznetzes KO.SAR statt, indem der aktuelle Stand der einzelnen Forschungsprojekte präsentiert wurde.

In der Key-Note Lecture erörterte Prof. Chris Sander, New York, USA, in seinem Vortrag „Oncogenic Signatures for Sarcoma and The Cancer Genome Atlas“ die Möglichkeiten, die durch den Einsatz der Bioinformatik in der Forschung zu Sarkomen erreicht werden können. Beispielhaft wurden Modelluntersuchungen zur Entwicklung von Kombinationstherapien bei dedifferenzierten Liposarkomen vorgestellt. Synergistische Effekte sind hier von besonderem Interesse; so konnten zum Beispiel im Modell Synergien für CDK4 und IGF1R Inhibitoren bei Liposarkomen gezeigt werden. Weitere präklinische und klinische Entwicklungen müssen selbstverständlich die Wirksamkeit dieser Ansätze in vitro und in vivo demonstrieren. Klinische Phase II Studien zum erfolgversprechenden Einsatz von CDK4 Inhibitoren bei dedifferenzierten Liposarkomen sind bereits publiziert; die weitere klinische Entwicklung ist im Gange. Im zweiten Teil des Vortrags skizzierte Prof. Sander das Projekt

des „Cancer Genome Atlas“. Neben den häufigen Tumorentitäten laufen derzeit die Analysen zur heterogenen Entität der Sarkome.

Anlässlich der Sarkomkonferenz 2014 in Berlin wurde der von der Firma PharmaMar mit 10.000 Euro dotierte Internationale Forschungspreis 2014 verliehen. Der diesjährige Preisträger, Marcus Renner aus dem Pathologischen Institut der Universität Heidelberg, stellte seine Arbeit in einem Kurzvortrag „Integrative DNA methylation and gene expression analysis in high-grade soft tissue sarcomas“ vor. Die Verleihung erfolgte durch die German Interdisciplinary Sarcoma Group (GISG). Gleichzeitig wurde der Forschungspreis Sarkome für das kommende Jahr 2015 ausgelobt.

Der zweite Tag widmete sich in den Educationalen zunächst dem Thema Bildgebung. Der Stellenwert und die vielfältigen Möglichkeiten der Computertomographie in Diagnostik und Verlaufskontrolle von Weichgewebesarkomen wurden prägnant und bildhaft von Dr. Messiou vom Royal Marsden Hospital in London dargestellt. Die Computertomographie (CT) stellt immer noch die am häufigsten eingesetzte Modalität in der Bildgebung von Weichgewebesarkomen dar. Der Schwerpunkt des Vortrags lag im Einsatz der CT zur Beurteilung des Ansprechens auf eine verabreichte Chemotherapie oder zielgerichtete Therapie. Die Response Evaluation Criteria for Solid Tumors (RECIST) Klassifikation stellt in diesem Zusammenhang das grundlegende methodische Verfahren bei Weichgewebesarkomen dar, wobei lediglich die Veränderung der Tumorgröße betrachtet wird. Bei GIST wurden die Choi Kriterien entwickelt, bei denen zusätzlich zur Tumorgröße die Dichte der Raumforderung in die Auswertung einbezogen wird. Dennoch gibt es eine Reihe offener Fragen hinsichtlich der optimalen Bewertung des Therapieansprechens; die Definition „Abwesenheit einer Tumorprogression“ hat sich hier als sinnvolles Kriterium gerade bei Patienten mit fortgeschrittenen Weichgewebesarkomen etabliert. Moderne Verfahren wie zielgerichtete nuklearmedizinische Methoden der Bildgebung wurden ebenfalls beleuchtet (Prof. Wängler, Mannheim).

Des Weiteren wurde die Problematik der Oligometastasierung thematisiert, definiert durch das Auftreten von wenigen (< 5) Fernmetastasen. Der Frage, ob eine erneute biopsische Sicherung bei wenigen diagnostizierten Metastasen erforderlich ist, stellte sich Prof. Agaimy, Erlangen, anhand von Fallbeispielen. Bei unklaren Befunden oder atypischen Situationen sollte in jedem Fall eine erneute diagnostische Sicherung erfolgen. Indikationen und Möglichkeiten zur chirurgischen Therapie in der oligometastasierten Situation von Patienten mit Weichgewebesarkomen wurden von Prof. Hohenberger, Mannheim, diskutiert. Pro und Contra der Systemtherapie versus die chirurgische Lokalthherapie wurden lebhaft von PD Dr. Reichardt, Berlin, erörtert. Randomisierte Studien liegen für diese Fragestellung nicht vor, so dass letztlich eine individualisierte, multidisziplinäre Diskussion notwendig ist.

In einer weiteren Grundlagen Session wurden die systemischen Therapieoptionen bei Patienten mit Weichgewebesarkomen behandelt. Der Schwerpunkt lag auf der Therapie der metastasierten Erkrankung unter Verwendung von chemotherapeutischen Substanzen einschließlich der neuen Target Therapien. Die Frage, wann beginne ich eine Systemtherapie im Stadium IV, und Möglichkeiten individualisierter Therapieansätze wurden diskutiert (Prof. Bauer, Essen). Als Standard in der Erstlinientherapie von Weichgewebesarkomen gilt derzeit Doxorubicin. Eine Kombinationstherapie aus Doxorubicin plus Ifosfamid konnte hinsichtlich des Gesamtüberlebens keinen Vorteil im Vergleich zur Monotherapie zeigen (EORTC Studie). Allerdings konnte durch die Kombination eine höhere Ansprechrate (27 % vs. 14 %) und ein nahezu doppelt so langes Krankheitsfreies Intervall (7,4 versus

4,6 Monate) erreicht werden, allerdings zum Preis einer höheren Toxizität. Es bestehen erheblich variierende Chemosensitivitäten der einzelnen Subtypen von Weichgewebesarkomen. Zu den sensitivsten zählen beispielsweise die Synovialsarkome, die myxoid rundzelligen Liposarkome und uterinen Leiomyosarkome. Wirksame Chemotherapeutika sind Paclitaxel bei Angiosarkomen, Gemcitabine und Docetaxel bei (uterinen) Leiomyosarkomen und Trabectedin bei myxoiden Liposarkomen, Leiomyosarkomen und Synovialsarkomen. Der Vorteil des Einsatzes des seit 2007 zugelassenen Trabectedin ist das Fehlen einer kumulativen Toxizität mit einem langen Progressionsfreien Intervall und Therapiedauern von bis zu mehreren Jahren. Unter den Target Therapien konnte Pazopanib, ein antiangiogenetisch wirksamer Multi-Tyrosinkinase Inhibitor, in der EORTC Phase III PALETTE Studie mit einer Verlängerung des Progressionsfreien Überlebens um drei Monate gegenüber Placebo überzeugen und wurde 2012 für die metastasierte Situation bei den nicht-adipozytären Weichgewebesarkomen zugelassen. Vorteile der Therapie mit Pazopanib sind die orale Gabe und das günstige Nebenwirkungsspektrum der Therapie. Das Thema Therapie- und Nebenwirkungsmanagement gerade auch der neuen, zielgerichteten Behandlungsoptionen wurde in einem eigenen Vortrag adressiert (PD Dr. Grünwald, Hannover). Ein Überblick über die nationale und internationale Studienlandschaft zeigte weitere vielversprechende Substanzen in der Phase II/III Testung wie beispielsweise Eribulin, Crizotinib und TH-302 von Threshold. Zudem umfasste die Zusammenstellung derzeit aktive sowie in Vorbereitung befindliche Studien der Studiengruppen wie AIO, GISG und EORTC sowie Kooperationen mit anderen europäischen Sarkomgruppen (PD Dr. Lindner, München).

Das letzte Educational des Tages widmete sich einer Subentität der Knochensarkome, den Riesenzelltumoren. Ausgehend von der Darstellung der Pathologie und Biologie (Prof. Werner, Berlin), wurden chirurgische Therapieoptionen (Prof. Tunn, Berlin) und die Systemtherapie und hier insbesondere die eindrucksvollen Daten des Einsatzes von Denosumab erläutert (PD Dr. Reichardt, Berlin). Denosumab, ein an RANK Ligand bindender monoklonaler Antikörper, wurde in einer internationalen Phase II Studie an über 250 Patienten untersucht und erreichte erstaunliche Ansprechraten von über 60 % und eine Progressionsfreiheit von 94 % bei guter Verträglichkeit. Denosumab wurde daher für die Behandlung nicht operabler Riesenzelltumoren bereits in den USA zugelassen. In Deutschland ist die Substanz verfügbar, aber bisher für die Indikation der Riesenzelltumoren nicht zugelassen, auch wenn die Daten eindeutig für einen Einsatz sprechen.

Samstag, der 22. März 2014

Zehn angenommene freie Vorträge aus den Abstract Einreichungen zu den Themen translationale Forschung und klinisch orientierte Analysen bei Sarkomen und GIST zeigten, dass auch in der breiteren Forschungslandschaft in Deutschland international konkurrenzfähige Ergebnisse erarbeitet werden.

Das Programm am Samstag stand jedoch vor allem im Zeichen der dritten Säule „Qualitätsmanagement“. Zunächst wurden im Rahmen einer interaktiven Falldiskussion exemplarische Fallstudien präsentiert, die zu sehr angeregten und kontroversen Diskussionen führten (Prof. Brodowicz, Dr. Amann und Dr. Funovics, Wien). Auf der Basis dieser Fallstudien wurden individuelle Therapieempfehlungen abgeleitet und Entscheidungshilfen für die klinische Praxis dargestellt. Hilfreich für die alltäglichen Therapieentscheidungen können sicherlich auch die klinischen Guidelines zu

Diagnose, Therapie und Nachsorge von Knochen-, Weichgewebesarkomen und GIST sein, die alle zwei Jahre unter der Schirmherrschaft der European Society for Medical Oncology (ESMO) publiziert werden (<http://www.esmo.org/Guidelines-Practice/Clinical-Practice-Guidelines>).

In der letzten Session ging es um das Thema Qualitätsstrategien und die Rolle der Sarkomzentren in Deutschland. Zunächst wurde aus Sicht der Patientenorganisationen die Thematik eröffnet und die These „Sarkome gehören in Experten Hände“ untermauert. Markus Wartenberg, Wölfersheim, hob hervor, wie wichtig es ist, dass sich gerade Patienten mit so seltenen Tumorerkrankungen an spezialisierten Zentren mit entsprechender Expertise vorstellen. Prof. Dirksen stellte exemplarisch am Beispiel von Münster das Zertifizierungssystem nach der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) durch OnkoZert vor. Was bedeutet diese Art der Zertifizierung und welche Rolle spielt die externe Zertifizierung im Gegensatz zu den selbst ernannten Sarkomzentren? Es ist möglich, innerhalb der Zertifizierung eines Onkologischen Zentrums nach DKG einen Schwerpunkt auf muskuloskeletale Tumoren zu legen. Ein Zertifikat „Sarkomzentrum“ gibt es im eigentlichen Sinne in Deutschland allerdings nicht. Anschließend wurde der Frage nachgegangen, ob die Behandlung von Patienten an Zentren wirklich besser ist. Zahlreiche Literaturstellen scheinen dies ja recht eindeutig zu beweisen. Die französische Sarkomgruppe ist dieser Frage mit einer Erhebung der Compliance zu therapeutischen Leitlinien nachgegangen und konnte eindeutig zeigen, dass an spezialisierten Zentren durch eine signifikant höhere Berücksichtigung der geltenden Leitlinien das Ergebnis für die Patienten eindeutig verbessert wird (Dr. Schuler, Dresden). Viele der neuen und teuren Behandlungsmöglichkeiten müssen sich in Deutschland zunehmend einer Nutzenbewertung unterziehen, d.h. es muss dargelegt werden, dass das jeweilige Medikament auch tatsächlich einen zusätzlichen Nutzen für die Patienten gegenüber der bisher verfügbaren Standardtherapie hat. Dieses Verfahren der Nutzenbewertung von Diagnostik- und Therapieverfahren für Sarkompatienten wurde aus der Sicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Dr. Lange, IQWiG, Köln) erläutert. Der formale Weg zur Zulassung eines neuen Medikaments für eine spezifische Indikation, das Verfahren zur Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), die Aufgaben des IQWiG im Rahmen dieser Bewertung, die bisherigen Erfahrungen mit dem Prozess sowie die Integration von Experten wurden diskutiert. Nach dem AMNOG soll das IQWiG die Nutzenbewertung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen auf der Grundlage eines vom Hersteller eingereichten Dossiers vornehmen und den Zusatznutzen des neuen Arzneimittels bewertend einschätzen. Diese Bewertung wird an drei Kriterien festgemacht: Mortalität, Morbidität und Lebensqualität. Die Bewertung des IQWiG wird an den Gemeinsamen Bundesausschuss weitergeleitet, der letztlich über den Zusatznutzen im Vergleich zur Standardtherapie (zweckmäßigen Vergleichstherapie) und daraus folgend über die Preisgestaltung entscheidet.

Die vierte nationale interdisziplinäre Sarkomkonferenz wurde abschließend mit einem Dank an die Organisatoren, Referenten und Sponsorpartner offiziell beendet. Das Meeting wurde von allen Beteiligten als sehr erfolgreich und Ergebnis orientiert bewertet, so dass bereits ein Termin für die Sarkomkonferenz 2015 in Münster für den 26. bis 28. Februar 2015 festgelegt wurde.

Die Initiatoren/Veranstalter bedanken sich bei den nachfolgenden Sponsorpartnern der forschenden Industrie für die finanzielle Unterstützung der Sarkomkonferenz 2014.

Sponsorpartner:

PLATIN-Sponsoren: PharmaMar - Novartis Oncology

GOLD-Sponsor: Boehringer Ingelheim

Sponsorpartner: Pfizer Oncology - Bayer HealthCare - Baxter - Takeda Pharma - GSK

Die Sponsorpartner hatten und haben keinerlei Einfluss auf Konzept, Programm, Inhalte, Durchführung oder Nachbereitung der Sarkomkonferenz. Die Sponsorships wurden schriftlich vereinbart und unterliegen den geltenden Richtlinien wie z.B. dem FSA-Kodex.

Logistik und Organisation der Sarkomkonferenz 2014:

- Das Wissenshaus GmbH - Institut Onkologie, Wölfersheim
sarkomkonferenz2014@daswissenshaus.de
- consens event, Düsseldorf
jenner@consens-event.de