

# Charité Comprehensive Cancer Center

gefördert durch die Deutsche Krebshilfe

## IN DIESER AUSGABE

- Schwerpunkt Sarkome 2
- Modul Pankreastumore 3
- Psychoonkologie 4

## Ansprechpartner und Studien

- Schwerpunkt Sarkome B1
- Modul Pankreastumore B2

Liebe Leserinnen und Leser,

im ersten Newsletter 2015 greifen wir erneut vier aktuelle Themen aus dem Comprehensive Cancer Center der Charité auf. Die beiden interdisziplinären Arbeitsgruppen Pankreaskarzinom und Sarkome behandeln Tumorkrankheiten mit besonders komplexen Problemen, die nur erfolgreich angegangen werden können, wenn sich in jeder beteiligten Fachdisziplin Ärzte auf diese Krankheiten spezialisiert haben. In diesem Newsletter nehmen wir darüber hinaus das für alle Patienten wichtige Thema der psychoonkologischen Betreuung auf, die wir, Dank Unterstützung der Deutschen Krebshilfe, in den vergangenen Jahren immer weiter ausbauen konnten. Und wir berichten über Prof. Blohmer, der als neuer Lehrstuhlinhaber an der Charité das Brustzentrum sowie die Klinik für Gynäkologie am Campus Mitte leitet. Mit ihm vergrößert sich das Team der Tumormedizin an der Charité um einen wichtigen Baustein noch weiter.

Mit freundlichen Grüßen und allen guten Wünschen für das Jahr 2015

Prof. Dr. med. Ulrich Keilholz  
Komm. Direktor des CCCC

Prof. Dr. rer. nat. Reinhold Schäfer  
Stellv. Direktor des CCCC

## „Wir haben die besten Möglichkeiten“

**Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer, seit 1. September 2014 Leiter der Klinik für Gynäkologie am Campus Mitte und des standortübergreifenden Brustzentrums der Charité, über die moderne Behandlung von Brustkrebs und wo er neue Schwerpunkte setzen will.**

Herr Professor Blohmer, die 5-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs beträgt mittlerweile fast 90 Prozent. Ist die häufigste Krebserkrankung der Frau überhaupt noch spannend für Sie?

Na klar. In der Senologie hat sich in den letzten Jahren enorm viel getan, insbesondere im Bereich der Gendiagnostik. Jetzt geht es darum, Übertherapien zu vermeiden. Dafür müssen wir verstehen, welche Patientin überhaupt eine systemische Therapie braucht. Und wenn wir dann behandeln, brauchen wir bessere Vorhersagen, welche Patientin auf welches Medikament ansprechen wird – oder eben auch nicht. Das sind äußerst anspruchsvolle Fragestellungen.

**Hätten Sie diese Fragen nicht auch am Gertraudenkrankenhaus klären können, wo Sie zehn Jahre lang Berlins größtes Brustzentrum geleitet haben?**

Wenn man moderne Senologie machen will, geht das meiner Ansicht nach nur in einer Universitätsklinik. Man braucht zum Beispiel eine Klinik für Genetik, eine sehr gute Pathologie und Radiologie. An der Charité habe ich diese wichtigen Partner vor Ort und bekomme in kürzester Zeit eine Genanalyse oder einen histologischen Befund mit modernen, therapieentscheidenden Markern. Die Charité ist diesbezüglich einfach einmalig aufgestellt.

**Haben Sie deshalb den Ruf an die Charité angenommen?**

Das war sicher ein Hauptgrund. Hinzu kommt, dass ich hier wieder mit meinen wissenschaftlichen Kollegen zusammenarbeiten kann und auch gerne Studenten etwas beibringe.

**Wissenschaftlich waren Sie doch immer tätig?**



Stimmt. An der Charité kann ich aber nicht nur mitmachen, sondern aktiv Wissenschaft gestalten. Das ist ein Unterschied. Besonders freue ich mich, dass ich wieder mit Professor Sehoul zusammenarbeiten kann – wissenschaftlich, aber auch in der Krankenversorgung kooperieren wir eng.

**In einer Pressemeldung zu Ihrem Amtsantritt stand, dass Sie das Brustzentrum der Charité zu einer führenden Einrichtung Deutschlands entwickeln wollen. Wie wollen Sie das machen?**

Das geht nur über Qualität. Wir können besser als die anderen sein. Unsere interdisziplinären Tumorboards sind so gut besetzt, dass wir keinen Sachverstand von außen holen müssen, sondern wir hier selbst fundiertes Wissen generieren, die Studien konzipieren und auch die Leitlinien definieren. Da kommen schlussendlich die besseren Therapieempfehlungen für die Patientinnen heraus. Jetzt muss ich sehen, dass wir an allen drei Standorten die gleichen Standards etablieren, dann gehen auch die Patientenzahlen wieder nach oben.

**Sie leiten neben dem Brustzentrum auch die Frauenklinik am Campus Mitte. Haben Sie sich da auch so viel vorgenommen?**

Oh ja! Sehen Sie, die Gynäkologie der Charité ist eine der ältesten Deutschlands und hat traditionell einen hervorragenden Ruf. In Mitte wurde beispielsweise 1984 das erste Kind des Ostblocks in vitro gezeugt und auf die Welt gebracht. Heute sind wir im Bereich der endoskopischen Chirurgie weltweit Spitze. Aber ich möchte, dass wir uns wieder breiter aufstellen und auch Bereiche wie die Urogynäkologie, Endokrinologie und Infektiologie kompetent ausweiten. ■

## SCHWERPUNKT SARKOME

# Interdisziplinär geht's besser

**Das Sarkomzentrum der Charité ist seit 2012 von der Deutschen Krebsgesellschaft als „Schwerpunkt“ zertifiziert. Doch das Zentrum hat weit mehr zu bieten, als es das Gütesiegel verlangt.**

Wenn Dr. Ingo Melcher sagt, „wir haben alles“, dann meint er, dass das Sarkomzentrum der Charité hervorragend ausgestattet und aufgestellt ist. Spezialisten aller Fächer arbeiten eng zusammen und bieten ausgezeichnete Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten an. Nur die wenigsten Sarkomzentren in Deutschland haben zum Beispiel jahrelange Erfahrung in der Hyperthermie mit Radiowellen oder haben Präzisionsbestrahlungsgeräte wie Novalis oder CyberKnife vor Ort. Intraoperative Bestrahlungen und eine eigene Tumorbank sind ebenfalls nicht selbstverständlich. Und auch das chirurgische Repertoire sucht seinesgleichen. „Wir können vom Fuß bis zur Wirbelsäule praktisch das gesamte Bein und Becken endoprothetisch ersetzen, ebenso die Arme“, erläutert der Spezialist für muskuloskeletale Tumorchirurgie, bevor er auf weitere Spezialitäten wie Hüftverschiebe- und Umkehrplastiken, Gefäßersatz, Muskellappentransplantationen oder En-Bloc-Spondylektomien zu sprechen kommt. Je nach Lokalisation des Tumors werden zusätzlich Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen, Neurochirurgen und Gefäßchirurgen eingebunden. „Ziel der Behandlung ist immer die vollständige Tumorentfernung und der Funktionserhalt“, sagt Melcher.

Sarkome gehören mit weniger als 2.000 Neuerkrankungen pro Jahr zu den seltenen Tumoren. Bei Kindern treten sie fast ausschließlich im Knochen auf, bei Erwachsenen hauptsächlich im Weichgewebe und somit praktisch in allen Körperbereichen. Während bei Knochensarkomen die Therapie seit Jahren standardisiert ist, haben es die Ärzte bei den Weichgewebssarkomen mit 100 Subgruppen und drei Gradings zu tun. Das macht eine Standardtherapie schwierig. „Bei Weichgewebssarkomen ist eine gute Behandlung immer sehr individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten“, sagt Dr. Annegret Kunitz, die gemeinsam mit Dr. Ingo Melcher das Sarkomzentrum der Charité leitet. Erschwerend komme hinzu, „dass sowohl die Zahl potenter Medikamente als auch die Studienlage im Vergleich zu anderen Tumorentitäten relativ dünn ist“, betont die Onkologin.

Doch die Charité wäre nicht die Charité, wenn sie nicht selbst Forschungsprojekte initiieren und Patienten in internationale Studien einbringen würde. Derzeit laufen gut ein halbes Dutzend Studien, in denen



Die Sarkomspezialisten Dr. Melcher, Dr. Kunitz, Dr. Ghadjar und Prof. Wust: Hyperthermie ist ein wichtiger Baustein der multimodalen Therapie

Therapien überprüft oder Fragen nach der Lebensqualität von Palliativpatienten oder älteren Patienten nachgegangen wird. Das von der Charité mitbegründete IAWS-Register untersucht zum Beispiel die Wirksamkeit der neoadjuvanten Radiochemotherapie; 50 Patienten hat das Sarkomzentrum bereits in die Studie eingebracht.

---

## Das Streben nach mehr Qualität hat zu einem längeren Überleben geführt

---

Künftig sollen geeignete Patienten zusätzlich eine Hyperthermie erhalten, bevor sie operiert werden. Die alten und die neuen Daten werden anschließend verglichen. „Wir wissen aus Studien, dass die Hyperthermie in bestimmten Situationen eine sinnvolle Behandlungsmaßnahme ist und die Prognose der Patienten verbessert“, erklärt Radioonkologe Prof. Dr. Peter Wust und ergänzt: „Hyperthermie hilft, die lokale Rezidivrate zu senken, während die Chemotherapie zusätzlich die systemische Rezidivrate, vor allem das Auftreten von Mikrometastasen in der Lunge, senkt.“

Die multimodale Therapie ermöglicht immerhin jedem zweiten Patienten mit fortgeschrittenem High-Grade-Sarkom, die nächsten fünf Jahre tumorfrei zu überleben. Bei Low-Grade-Tumoren liegt die Überlebenschance bei über 90 Prozent. Nach Auskunft von Pathologin PD Dr. Kathrin Hauptmann haben Patienten dann die besseren Chancen, wenn mindestens 90 Prozent des Tumorgewebes durch die Vorbehandlung

bereits abgestorben ist. „Je weniger vitales Tumorgewebe wir im Operationspräparat finden, desto besser sind die Aussichten“, so Hauptmann. Die Pathologen klären auch, um welchen Tumor es sich genau handelt und ob der Abstand zum gesunden Gewebe ausreichend ist. Das ist ganz wichtig für die Planung der Nachbehandlung nach Operation. Dass die Therapieplanung nicht in den Händen eines einzelnen Arztes liegt, sondern erfahrene Onkologen, Chirurgen, Radioonkologen, Pathologen und Palliativmediziner eine gemeinsame Entscheidung treffen, ist laut Onkologin Kunitz für die Patienten von unschätzbarem Wert. „Das Besondere ist, dass wir hier so eng zusammenarbeiten“, sagt Kunitz. Das sei der sicherste Weg zu einer optimalen Therapie.

Einmal die Woche treffen sich die Ärzte zur Sarkomkonferenz, um jeden einzelnen Patientenfall durchzusprechen. Therapieempfehlungen spricht die interdisziplinäre Tumorkonferenz auch für Patienten aus, die gar nicht am Sarkomzentrum behandelt werden, sondern beispielsweise in der Dermatologie, oder Urologie operiert worden sind.

Und dann liegen da noch die vielen Zweitmeinungsanfragen auf dem Tisch - von Patienten aus dem ganzen Bundesgebiet. Eine besonders enge Kooperation besteht mit den Kinderonkologen der Charité, weil die Sarkomchirurgen auch die Kinder operieren. Zählt man die 40 Kinder mit Knochensarkomen dazu, behandelt das Zentrum rund 100 neue Patienten pro Jahr. Damit ist das Sarkomzentrum am Campus Virchow-Klinikum eines der ganz großen in Deutschland und auf jeden Fall das einzige, das alles hat. ■

MODUL PANKREASTUMORE

# Grenzen verschieben

**Manchmal muss man Grenzen verschieben, wenn man mehr erreichen will. Das Modul Pankreastumore tut das im Sinne seiner Patienten - und kann damit immer wieder Erfolge verzeichnen.**

Patienten mit Pankreastumoren haben mit einer Überlebenswahrscheinlichkeit von nur fünf Prozent die schlechteste Prognose unter den soliden Tumoren. Der Grund: Karzinome der Bauchspeicheldrüse metastasieren früh, werden aber erst spät erkannt, weil sie zunächst nur unspezifische Symptome machen. Deswegen befindet sich die Mehrheit der Patienten bereits am Tag der Diagnosestellung in einer Palliativsituation. „Ein kurativer Ansatz ist nur denkbar, wenn der Patient operiert werden kann. Das ist aber gerade mal bei 15 Prozent der Betroffenen der Fall“, betont der stellvertretende Leiter des Moduls Pankreastumore, Prof. Dr. Marcus Baha.



In die Therapie des Pankreaskarzinoms ist Bewegung gekommen. v.l.nr.: Dr. Denecke, Prof. Schott, Prof. Baha, Dr. Sinn, Dr. Fischer, Dr. Grieser, Dr. Striefler, PD Dr. Seehofer, Prof. Riess

Üblicherweise können Patienten nicht mehr operiert werden, wenn wichtige Arterien oder Venen von dem Tumor ummauert sind. Ebenso gelten Metastasen als Ausschlusskriterium. An der Charité versucht man aber diese Grenzen immer mehr aufzuweichen. Lebermetastasen oder ein lokal fortgeschrittenes Tumorstadium müssen nicht unbedingt eine Kontraindikation sein. Das hat die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Hanno Riess eindrucksvoll gezeigt. „Es ist wichtig, dass wir uns jeden Patienten ganz individuell anschauen“, sagt Modul-Leiter Riess. Manchmal seien eben doch Dinge möglich, an die zunächst niemand glauben mochte.

So wie im Fall einer 34-jährigen Patientin, die dem Zentrum als inoperabel vorgestellt wurde. Mit einer Chemotherapie haben die Ärzte ihren Bauchspeicheldrüsentumor so verkleinert, dass sie erfolgreich operiert werden konnte. Nun hat sich die Lebenserwartung der jungen Mutter deutlich verbessert. Ohne dieses Vorgehen hätte sie wohl nur noch ein halbes Jahr gehabt.

*Eine kombinierte  
Chemotherapie kann  
das Blatt wenden*

Dass man Chemotherapien vor einer Operation gibt, war beim Pankreaskarzinom lange Zeit umstritten. Denn bis vor wenigen Jahren konnten die Medikamente dem bindegewebsreichen Tumor kaum etwas anhaben. „Ein Ansprechen auf die Chemotherapie, wie wir es heute sehen,

gab es bis vor Kurzem nicht“, sagt die QM-Beauftragte des Moduls Dr. Marianne Sinn und ergänzt, dass es zwar bislang keine neuen zielgerichteten Substanzen, aber neue Chemo- und Kombinationstherapien gebe, „von denen wir uns auch postoperativ und in inoperablen Stadien viel versprechen“, so Sinn.

Eine Strategie, die die Ärzte der Charité seit einiger Zeit verfolgen, ist der Einsatz von Gemcitabin zusammen mit nab-Paclitaxel. In der Palliativsituation habe sich diese Chemotherapie-Kombination bewährt, betont Onkologin Sinn. „Jetzt versuchen wir mehr Patienten damit operabel zu bekommen.“ Eine Studie namens NEOLAP soll das Vorgehen wissenschaftlich untermauern. Nach Auskunft von Marcus Baha haben die so vorbehandelten Patienten die gleiche Chance auf ein 5-Jahres-Überleben wie die, die von vornherein operiert werden können. „Wir relativieren gerade das Dogma, was inoperabel bedeutet“, sagt der Chirurg, „und operieren auch grenzwertig operable sowie ältere und multimorbide Patienten.“ Auch hier hätten sich Grenzen verschoben. Eine Bauchspeicheldrüsenoperation ist zwar immer noch eine gefährliche Operation. Doch dank neuer OP-Techniken und verbesserten Möglichkeiten in der Anästhesie und Intensivmedizin ist der Eingriff heute mit viel weniger Komplikationen verbunden als noch vor 15 Jahren.

Paradoxerweise haben nicht zielgerichtete Biologicals und Immuntherapien Bewegung in die Therapie des Pankreaskarzinoms gebracht, sondern die traditionelle Chemotherapie. Hoffnung machen zudem neue antientzündliche Medikamente. Eines davon wird an der Charité demnächst

in einer Phase-III-Studie in Kombination mit Chemotherapie getestet. Die Ärzte wollen herausfinden, ob das neue Medikament nicht nur den Allgemeinzustand und die Lebensqualität, sondern auch die Überlebensrate verbessern kann.

Darüber hinaus bringt das interdisziplinäre Team noch eine weitere klassische Therapie unter neuen Vorzeichen ins Spiel: die Strahlentherapie. Hier stricken Strahlentherapeuten, Chirurgen und Onkologen gerade an einem Konzept, das eine frühe postoperative Therapie mit dem „Strahlenmesser“ CyberKnife, gefolgt von einer Radiochemotherapie vorsieht. Das Konzept zur Behandlung von lokal fortgeschrittenen Tumoren, die nicht vollständig reseziert werden konnten, soll noch in diesem Jahr starten und zeigt die enorme Leistungsfähigkeit der Charité. Die wird außerdem durch die innovativen Diagnostikmöglichkeiten der Gastroenterologen und Radiologen und nicht zuletzt durch die Pathologie unterstrichen. Kein anderes Pankreastumor-Zentrum in Deutschland könne seinen Patienten unter einem Dach so viele neue Konzepte und Therapieoptionen bieten, meint Hanno Riess. „Das ist nur möglich, weil wir so intensiv forschen und extrem interdisziplinär aufgestellt sind.“

Das Pankreastumorzentrum ist von der Deutschen Krebsgesellschaft als „Modul“ zertifiziert. Im Rahmen seiner wöchentlichen interdisziplinären Tumorkonferenz werden die Patientenfälle aller drei Charité-Standorte besprochen. Am Campus Virchow-Klinikum bietet das Zentrum eine interdisziplinäre onkologisch-chirurgische Sprechstunde an. ■

## PSYCHOONKOLOGIE

# Gib der Angst einen Namen

Wenn der Körper krank wird, leidet auch die Seele. Psychoonkologen der Charité helfen, die Patienten wieder aufzurichten. Die seelische Unterstützung beginnt am Krankenbett.



Ansprechpartner in schwierigen Zeiten. Das psychoonkologische Team vom CCCC mit Dr. Ute Goerling und Esther Brodkorb (2. und 3. li.)

Angst ist ein großes, aber nicht das einzige Thema in der Psychoonkologie. Auch Trauer, Wut und Verzweiflung gehören dazu. Und viele Fragen, wie es weitergehen soll. Es seien das Gefühl der existenziellen Bedrohung und der Kontrollverlust, unter denen die meisten Patienten mehr oder weniger zu leiden hätten - ganz unabhängig von der individuellen Prognose, sagt die leitende Psychoonkologin am CCCC, Dr. Ute Goerling. Allerdings bräuhete längst nicht jeder Patient psychoonkologische Unterstützung. „Wir bieten das Gespräch an, akzeptieren es aber natürlich, wenn jemand das nicht möchte.“

Doch die Mehrzahl der Patienten ist dankbar für das Gesprächsangebot, das schon am Krankenbett beginnt. In dieser Phase sind viele Patienten verunsichert oder unter Schock und müssen erst einmal aufgefangen werden. „Unser Ziel ist, die Patienten zu stabilisieren, damit sie wieder Boden unter den Füßen gewinnen“, sagt Esther Brodkorb, ebenfalls Psychoonkologin am CCCC. Das gelinge manchmal schon in einem einzigen Gespräch, manchmal seien es auch mehr. Angehörige werden in das Gesprächsangebot mit einbezogen, denn sie sind oftmals ebenso so belastet wie der Patient. Ob ein gemeinsames Gespräch oder Einzelgespräche sinnvoller sind, das spüren die Psychoonkologen mit viel Feingefühl heraus. Häufig gibt es nämlich Kommunikationsprobleme in der Familie und da können die Experten „Hilfen zur Kommunikation“ geben, wie es im Fachjargon heißt. Ebenso unterstützen sie bei Therapieentscheidungen und stellen je

nach Bedarf Kontakte zum Sozialdienst, einem Seelsorger, einer Selbsthilfegruppe oder zu palliativmedizinischen Diensten und Einrichtungen her.

## Die Lebensqualität im Fokus

„Wenn das Wort Psychologe fällt, glauben manche Patienten sie müssten ihre Kindheit aufarbeiten“, sagt Goerling. Das sei natürlich nicht der Fall. „Wir unterstützen die Patienten im Hier und Jetzt und zeigen ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung auf.“ Im Kern geht es immer darum, die eigenen Ressourcen der Patienten zu aktivieren, damit sie sich besser mit ihrer Situation arrangieren lernen. Die Angst können nämlich auch die Psychoonkologen ihren Patienten nicht nehmen. Aber Strategien zur Angstbewältigung aufzeigen und dann gemeinsam mit dem Patienten herausfinden, welche die beste für ihn ist, das können sie und das können sie gut. „Wenn die Angst nicht zum ständigen Begleiter wird, der den Lebensalltag bestimmt, dann haben wir schon viel erreicht“, betont Esther Brodkorb. Deswegen sei es wichtig, dass Patienten lernten, ihre Ängste zu unterscheiden und möglichst konkret zu benennen. „Eine konkrete Befürchtung packt den Patienten nicht so sehr am Nacken wie eine diffuse Angst.“

Konkret raten die Psychoonkologen ihren Patienten zum Beispiel, angefangene Ge-

danken zu Ende zu denken und das Worst-Case-Szenario mal durchzuspielen. Bei so bedrohlichen Fragen wie nach dem Sterben und dem Tod könne allein das Darüber-Reden schon enorm entlastend sein, meint Esther Brodkorb. Den meisten Patienten helfe die offene Auseinandersetzung mit dem „was ist wenn“ besser, als wenn sie diese Fragen wegschieben und dem Ungewissen überließe. Allerdings: Niemand wird zu so einer Auseinandersetzung gezwungen. Manche Patienten arrangieren sich besser mit der Krankheit, wenn sie „Bedrohliches“ verdrängen. Und auch das ist aus Sicht der Psychoonkologen okay, „so lange niemand darunter leidet.“

Die Psychoonkologen der Charité stehen in engem Kontakt mit den ärztlichen Teams und sind laut dem kommissarischen Direktor des CCCC Prof. Dr. Ulrich Keilholz „unentbehrlich für eine umfassende Patientenversorgung.“ Dank der ambulanten Beratung am CCCC besteht das Angebot zur Krankheitsbewältigung über den stationären Aufenthalt hinaus. Selbst Patienten, die ihre Erkrankung zunächst gut wegstecken konnten, suchen oft noch Jahre später den professionellen Rat. „Sie realisieren dann, dass der Krebs ihr Leben verändert hat und vieles nicht mehr wie vorher geht“, erläutert Ute Goerling. Fatigue sei eines der häufigsten Probleme in der Nachsorge, aber auch der Verlust von sozialen Kontakten oder der Arbeit machten den Patienten zu schaffen. Daher dreht sich in der ambulanten Beratung vieles um die konkrete Alltagsbewältigung, wenn auch die Angst - etwa vor dem Rezidiv - ein Dauerthema bleibt.

Weitere unterstützende Angebote bietet das CCCC unter anderem in Form einer Gesprächsgruppe für Patienten oder mit der Informationsreihe Krebs - eine Vortragsreihe, die Patienten und Angehörige über verschiedene Aspekte der Krebserkrankung informiert. Den Sinn und Zweck all dieser Angebote fasst Ute Goerling zusammen: „Psychoonkologie will die Lebensqualität der Patienten verbessern, und wir gehen davon aus, dass sie auch positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt.“ ■

## IMPRESSUM

Herausgeber:  
Charité Comprehensive Cancer Center  
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin  
Tel. 030 450 564 622  
Fax: 030 450 564 960  
E-Mail: cccc@charite.de  
Internet: <http://ccc.charite.de/>

Redaktion: Beatrice Hamberger, Cornelia Große  
Gestaltung: Christine Voigts, Astrid Holm  
Charité Zentrale Mediendienstleistungen  
Fotos: Charité, falls nicht anders angegeben

© Charité Comprehensive Cancer Center, 2015.

CANCER HOTLINE +49 30 450 564 222

## ANSPRECHPARTNER & STUDIEN

### SCHWERPUNKT SARKOME

#### Ansprechpartner

<b>Leiter / Chirurgischer Koordinator</b>	Dr. Ingo Melcher
<b>Koordinatorin des Schwerpunktes / Studienbeauftragte / Internistisch-onkologische Koordinatorin</b>	Dr. Annegret Kunitz
<b>Stellv. Leiter des Schwerpunktes</b>	Dr. Philipp Schwabe
<b>QM-Beauftragter</b>	Prof. Dr. Klaus-Dieter Schaser
<b>Translationale Forschung</b>	Prof. Dr. Peter Daniel
<b>Gastroenterologischer Koordinator</b>	Wilfried Veltzke-Schlieker
<b>Radioonkologischer Koordinator</b>	Prof. Dr. Peter Wust

#### Aktuelle Studien

- AIO-Studie O10 - EPAZ: A randomized phase II trial comparing pazopanib with doxorubicin as first line treatment in elderly patients with metastatic or advanced soft tissue sarcoma
- COSS-Register: Clinical Registry for children, adolescents and adults with Osteosarcoma and Bone Tumors
- CWS-SoTiSaR Studie: Register für Weichteilsarkome und andere seltene Weichteiltumore bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- EU-RHAB (EuRhab) Studie (EUROPEAN RHABDOID REGISTRY): A multinational registry for rhabdoid tumors of any anatomical site
- Euro-Boss (COSS): Offene multizentrische nicht-interventionelle Therapieoptimierungsstudie unter ausschließlicher Verwendung zugelassener Substanzen nach internationalen Konsenses über das Standardvorgehen bei Knochensarkomen älterer Patienten
- EWING-2008 Studie: Prospektive, randomisierte, internationale, multizentrische Phase 3 Studie
- IAWS 1-2006 Studie: Adjuvante Therapie bei erwachsenen Patienten mit high-risk Non-Rhabdomyo-Weichteilsarkomen nach RO/R1-Resektion (Registerstudie IAWS 1-2006)
- Registerstudie IAWS 2-2006: Neoadjuvante Therapie bei erwachsenen Patienten mit high-risk Non-Rhabdomyosarkomen. A cooperative investigation of the Interdisciplinary German Sarcoma group (AIO/ARO/CAO) and the pediatric sarcoma group (CWS) to optimize either neo - or adjuvant treatment strategies for pediatric and adult patients with large sized, high grade non-rhabdomyo(soft tissue)sarcoma (NRSTS)
- SAREZ: SARKom REZidivregister Sarcoma Relapse Registry for relapsed sarcoma of bone and soft tissues < 50 years
- TOPO: Retrospektive Untersuchung bei kleinzelligen Weichteilsarkomen nach Behandlung mit Topotecan/Cyclophosphamid oder Topotecan/Carboplatin oder Irinotecan

Kontinuierliche Aktualisierung der Studienübersicht auf der Website des CCC unter:  
[http://cccc.charite.de/forschung/klinische\\_studien/solide\\_tumorerkrankungen/sarkome/](http://cccc.charite.de/forschung/klinische_studien/solide_tumorerkrankungen/sarkome/)

\* Abkürzungen: QM - Qualitätsmanagement  
 CBF - Campus Benjamin Franklin | CCM - Campus Charité Mitte | CVK - Campus Virchow-Klinikum

## ANSPRECHPARTNER & STUDIEN

### MODUL PANKREASTUMORE

#### Ansprechpartner

<b>Leiter des Moduls Internistisch-onkologischer Koordinator</b>	Prof. Dr. Hanno Riess
<b>Stellv. Leiter des Moduls/Koordinator des Moduls/ Viszeralchirurgischer Koordinator</b>	Prof. Dr. Marcus Bahra
<b>QM-Beauftragte</b>	Dr. Marianne Sinn
<b>Studienbeauftragter</b>	Dr. Uwe Pelzer
<b>Koordinator Translationale Forschung</b>	Prof. Dr. Carsten Denkert
<b>Gastroenterologischer Koordinator</b>	Prof. Dr. Eckart Schott
<b>Radioonkologische Koordinatoren</b>	Prof. Dr. Volker Budach Dr. Gunnar Lohm

#### Aktuelle Studien

- ABI-007-PANC-003: Eine randomisierte unverblindete multizentrische Phase III Studie zu nab-Paclitaxel in Kombination mit Gemcitabin im Vergleich zu Gemcitabin allein als adjuvante Therapie bei Patienten mit chirurgisch reseziertem Adenokarzinom der Bauchspeicheldrüse
- ACTICCA: Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Phase III Studie- adjuvante Chemotherapie mit Gemcitabin und Cisplatin bei Patienten mit Gallengangskrebs nach kompletter chirurgischer Entfernung
- CONKO-007: Randomisierte Phase-III-Studie zum Stellenwert einer Radiochemotherapie nach Induktionstherapie beim lokal begrenzten, inoperablen Pankreaskarzinom
- CONKO-020: Assessment of the nutrial status changes over the course of diseasePrognostic value of IL6 in patient with cancer cachexia
- EF-20- Novo TTF-100L: Eine offene Pilotstudie mit NovoTTF-100L(P) in Kombination mit Gemcitabin in der Erstlinien-Therapie bei fortgeschrittenem Adenokarzinom des Pankreas
- essential amino acids: Evaluation of the effects of treatment with essential amino acidsin patients with pancreatic or colorectal cancer

Kontinuierliche Aktualisierung der Studienübersicht auf der Website des CCCC unter:  
[http://cccc.charite.de/forschung/klinische\\_studien/solide\\_tumorerkrankungen/tumor\\_der\\_bauchspeicheldruese/](http://cccc.charite.de/forschung/klinische_studien/solide_tumorerkrankungen/tumor_der_bauchspeicheldruese/)