

Charité Comprehensive Cancer Center

IN DIESER AUSGABE

- **Darmkrebszentrum**
Neue Konzepte machen Hoffnung 2
- **Neuroonkologisches Zentrum**
Besser handeln als warten 3
- **DKTK**
Schneller vom Labor zum Patienten 4
- **Ansprechpartner und Studien**
Darmkrebszentrum B1
Neuroonkologisches Zentrum B2

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

das Charité Comprehensive Cancer Center ist fünf Jahre alt geworden. Diese noch recht junge Organisation wurde unter der Leitung von Professor Schlag bis zu seiner Emeritierung im April dieses Jahres zu einer in Deutschland und international viel beachteten Einrichtung entwickelt.

Zwei wichtige internationale Begutachtungen sind erfolgreich verlaufen: Die Deutsche Krebshilfe unterstützt das CCCC für weitere drei Jahre und das Bundesforschungsministerium fördert die translationale Forschung des CCCC im Programm Spitzenzentren der Gesundheitsforschung DKTK. Das CCCC ist stolz darauf, mit dieser Unterstützung die Tumorbehandlung weiterzuentwickeln – zum Nutzen jedes einzelnen Patienten.

In den folgenden Ausgaben des Newsletters werden wir nacheinander die Organisationszentren, Module und Schwerpunkte des CCCC sowie Programme des DKTK vorstellen.

Mit freundlichen Grüßen

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

*Prof. Dr. rer. nat Reinhold Schäfer
Stellv. Direktor*

Ideale Forschungsbedingungen

Seit 1. Juli 2013 ist Prof. Dr. Angelika Eggert die neue Direktorin der Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie. Im Interview berichtet sie über ihre Schwerpunkte und Pläne.

Frau Professor Eggert, Sie waren zuletzt Direktorin des Westdeutschen Tumorzentrums in Essen. Was hat Sie nach Berlin an die Charité geführt?

Die Frage ist einfach zu beantworten. Ich möchte mich wieder mehr auf meine Forschungsschwerpunkte konzentrieren. Im Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin, dem neu gegründeten Berlin Institute of Health und dem Deutschen Konsortium für Translationale Krebsforschung, das hier am CCCC einen wichtigen Standort hat, sind genau die Forschungspartner vor Ort, die ich für meine Schwerpunkte brauche. Wohlgemerkt: Es geht mir vor allem um die translationale Forschung. Klinische Forschung auf hohem Niveau hatten wir auch in Essen.

Wo liegt denn Ihr Forschungsschwerpunkt?

Mein persönliches „Forschungshobby“ ist das Neuroblastom. Das ist ein häufiger Tumor im Kindesalter, der vom peripheren Nervensystem ausgeht und leider immer noch vergleichsweise schlechte Heilungsraten hat. Seit Jahren beschäftigt sich meine Arbeitsgruppe mit der Molekularbiologie und Molekulargenetik dieses Tumors, um aus den Erkenntnissen der Grundlagenforschung neue Therapiemöglichkeiten zu entwickeln.

Die Arbeitsgruppe holen Sie jetzt nach Berlin?

Die Laborräume werden gerade umgebaut. Im Herbst werden dann etwa zehn der insgesamt dreißig Mitarbeiter nach Berlin kommen. Dankenswerterweise stellt die Einstein-Stiftung im Rahmen meiner Einstein-Proffessur die Investitionsmittel für sämtliche Laborgeräte, so dass wir in Berlin auch in dieser Hinsicht ein sehr gutes Arbeitsumfeld haben werden.



Werden Sie in den neuen Laborräumen noch weitere Tumore des Kindesalters erforschen?

Klar. Unsere weiteren Forschungsschwerpunkte sind Hirntumore – insbesondere das Medulloblastom – und das Retinoblastom, das ist ein kindlicher Augentumor. Forschung im Bereich der kindlichen Leukämien ist in Berlin bereits hervorragend etabliert.

Im Juli haben Sie Ihre neue Stelle angetreten. Was macht eine neue Klinikdirektorin als Erstes?

Sie verschafft sich einen Überblick. Ich muss natürlich erst mal die Klinik und die Mitarbeiter kennenlernen und mir die bestehenden Arbeitsläufe anschauen. Das werde ich jetzt ungefähr drei Monate lang tun und mich dann mit den Oberärzten zusammensetzen, um zu schauen, ob und was wir ändern wollen.

Haben Sie schon etwas im Sinn?

Ich würde gerne den Fokus der soliden Tumoren ausbauen. Die Klinik ist bisher schwerpunktmäßig auf Leukämien, Lymphome und Knochenmarktransplantationen ausgerichtet. Das will ich auch beibehalten. Mit den soliden Tumoren würde ich gerne einen zusätzlichen Schwerpunkt setzen.

Was machen Sie, wenn Sie nicht gerade zwischen Labor und Patientenbett unterwegs sind?

Berlin ist eine großartige Stadt und ich freue mich besonders auf das kulturelle Angebot, Museen, Oper, Theater. Auch das viele Grün und die vielen Seen empfinde ich als sehr schön. Aber das war natürlich nicht der Grund, warum ich hergekommen bin. Die Forschungsbedingungen hier sind einfach ideal. ■

DARMKREBSZENTRUM

Neue Konzepte machen Hoffnung

Das Interdisziplinäre Darmkrebszentrum der Charité verfügt über ein riesiges Leistungsspektrum. Dank hoch spezialisierter Therapieangebote können sogar Patienten mit fortgeschrittenem Darmkrebs Hoffnung schöpfen.

Als der Patient in die Charité kam, war er ein vermeintlich „aussichtsloser Fall“. Fortgeschrittenes Rektumkarzinom, Leber bereits durchmetastasiert. Vielleicht sechs, vielleicht zwölf Monate hätte er unter normalen Umständen noch zu leben gehabt, aber was ist schon normal? Sechs Jahre haben ihm die Ärzte vom Darmkrebszentrum der Charité geschenkt. Dass der Patient mit 62 Jahren schließlich starb, lag nicht an seiner schweren Krebserkrankung. Der Mann erlitt einen Herzinfarkt.

Fälle wie diesen gibt es auch an der Charité nicht jeden Tag. Aber immer öfter können die Ärzte selbst beim metastasierten Dickdarmkarzinom Heilungserfolge erzielen. Der Koordinator des Darmkrebszentrums PD Dr. Jörn Gröne erklärt den Erfolg damit, dass die Charité eben mehr zu bieten hat als leitliniengerechte Standardtherapie. „Ein großer Vorteil ist, dass wir Patienten mit fortgeschrittenen, metastasierten Tumorerkrankungen individuelle multimodale Konzepte anbieten können“, erklärt der Chirurg. „Dadurch können wir einem Teil dieser Patienten weitere Lebensjahre schenken und manche sogar heilen.“ Bei multimodalen Therapien stellen die Darmkrebspezialisten sehr individuelle Kombinationen aus radikaler Operation,

„Im Zweifel werden wir alles versuchen“

Strahlen- und/oder Chemotherapie und Metastasen Chirurgie zusammen. Alternativ und ergänzend zur Metastasen Chirurgie können die Charité-Ärzte auf eine ganze Reihe an Spezialverfahren zurückgreifen, darunter die Radiofrequenzablation (RFA), die selektive intraarterielle Radiotherapie (SIRT) oder CyberKnife. Hinzukommt die hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) – eine Behandlungsalternative speziell für Patienten, deren Bauchfell bereits vom Krebs befallen ist.

Gröne sagt, die Sinnhaftigkeit solcher innovativen Konzepte werde von Fall zu Fall natürlich genau im Rahmen der Tumorkonferenzen geprüft, „und wenn wir sie für nutzlos halten, wird das mit dem Patienten auch intensiv besprochen.“ Doch wenn die



Darmkrebspezialist Gröne: Viele Spezialverfahren auf Lager.

Krebspezialisten eine realistische Chance sehen und auch der Patient alles versuchen will, dann können selbst vermeintlich „aussichtslose Fälle“ von Therapiekonzepten jenseits des Standards profitieren.

Möglich ist so etwas nur in hoch spezialisierten Einrichtungen wie dem Interdisziplinären Darmkrebszentrum (IDZ) der Charité, wo das Spezialwissen von Ärzten und Forschern auf eine ausgefeilte Infrastruktur an Diagnostik- und Therapieverfahren trifft. Mit knapp 300 Primärfällen pro Jahr ist das IDZ außerdem eines der größten Darmkrebszentren Deutschlands. 2007 wurde das Darmkrebszentrum mit seinen drei Standorten Campus Benjamin Franklin, Campus Mitte und Campus Virchow-Klinikum erstmals von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Das Gütesiegel bescheinigt dem Zentrum eine verlässlich hohe Versorgungsqualität, verrät aber noch nichts über seine besondere Angebotsvielfalt. „Als universitäres Darmkrebszentrum mit einem Leistungsspektrum von A bis Z und der unmittelbaren Verzahnung von Klinik und Forschung können wir Patienten hoch spezialisierte Therapieangebote machen und zum Beispiel auch genetische Beratung anbieten“, sagt IDZ-Sprecher und Gastroenterologe Prof. Dr. Bertram Wiedenmann. „Das unterscheidet uns von anderen Zentren.“

Dass an den drei Standorten jede Menge klinische Studien laufen, sehen die IDZ-Vorstandsmitglieder Wiedenmann und Gröne als entscheidenden Vorteil. Unter Federführung der Charité ist zum Beispiel gerade die multizentrische Studie OCUM angelaufen. Hier prüfen die Ärzte, ob be-

stimmte Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom vielleicht gar keine Vorbehandlung mit Radiochemotherapie brauchen. Wer als Patient in die Studie eingeschlossen werden kann, darf auf weniger Nebenwirkungen bei vergleichba-

*Klinische Studien
eröffnen den Patienten
neue Chancen*

rem Ergebnis hoffen. Der Leiter der Studie, Prof. Dr. Martin Kreis, sitzt am Campus Benjamin Franklin, aber durch die Vernetzung der Standorte, haben alle geeigneten Charité-Patienten Zugang zu der Studie.

Wiedenmann sieht darin ein gelungenes Beispiel, „dass die Zusammenführung dreier Darmkrebszentren zu einem Zentrum große Vorteile für die Patientenversorgung bringt.“ Zwar hält jeder Standort seine eigenen Tumorkonferenzen und Qualitätszirkel ab und ist mit je einem eigenen Standort-Koordinator, Tumorkonferenz-Leiter und Qualitätsmanagementbeauftragten auch organisatorisch relativ selbständig aufgestellt. Doch Querschnittsfächer wie die Pathologie werden geteilt, ebenso das Wissen: In regelmäßigen Sitzungen und Symposien tauschen sich die Vertreter aller drei Standorte über Arbeitsabläufe und neueste Forschungsergebnisse aus. So stellt das Zentrum Spitzenmedizin à la Charité campusübergreifend sicher. ■

NEUROONKOLOGISCHES ZENTRUM

Besser handeln als warten

Hirntumore und Tumore der Wirbelsäule sind extrem kompliziert zu behandeln. Das Neuroonkologische Zentrum der Charité bietet ihnen mit vereinten Kräften die Stirn – und hat selbst für hoffnungslos erscheinende Fälle immer noch etwas in petto.



Neurochirurg Vajkoczy: So wenig OP-bedingte Komplikationen wie noch nie. Foto: Julia Zimmermann

Die Neurochirurgen kommen auf leisen Sohlen. Das Wort „Erfolg“ mag ihnen nicht so recht über die Lippen gehen. Dabei zieht das Neuroonkologische Zentrum an seinen beiden Standorten Campus Virchow-Klinikum und Campus Benjamin Franklin Patienten aus aller Welt an. Darunter auch Patienten, die von anderen Kliniken abgelehnt worden sind.

Operationen am Gehirn und an der Wirbelsäule gehören zu den riskantesten Eingriffen in der Medizin. Mindestens 80 Prozent eines Hirntumors sollten bei der Operation entfernt werden, sonst profitiert der Patient nicht davon, sagen statistische Daten. Aber ein falscher Schnitt und der Patient kann möglicherweise nicht mehr sprechen oder laufen. Doch nichts tun und warten, bis der Tumor auf empfindliche Nervenstrukturen drückt und der Patient deshalb nicht mehr sprechen oder laufen kann? Für den Leiter des Neuroonkologischen Zentrums Prof. Dr. Peter Vajkoczy die schlechtere Alternative.

„Wir machen keine halsbrecherischen Sachen“, betont der Neurochirurg. „Aber wir haben inzwischen so verlässliche Methoden, mit denen wir Funktionsareale vor der OP identifizieren und dann intraoperativ überwachen können, dass wir die Chancen einer Operation, wann immer es möglich ist, nutzen sollten.“ Andere würden von Erfolgen sprechen, die Neurochirurgen nennen es Fortschritt, dass neuroonkologische Operationen heute viel weniger riskant sind als früher. Auf unter fünf Prozent haben die Berliner die Komplikationsrate gesenkt.

Unter anderem deshalb bietet das Zentrum den Patienten auch die Option einer dritten oder vierten Rezidivoperation an. „Anders als bislang angenommen, wissen wir heute, dass man auch ein rasch auftretendes Rezidiv sehr wohl operieren kann“, sagt PD Dr. Michael Synowitz, Koordinator des Neuroonkologischen Zentrums und stellvertretender Klinikdirektor. Dem Patienten blieben durch die erneute Operation meist heftige neuro-

Funktionserhaltende Operation auch im Rezidivfall

logische Ausfälle erspart. Alternativ ziehen die Ärzte auch Re-Bestrahlungen in Betracht. Was für welchen Patienten das Richtige ist, legt ein interdisziplinäres Team gemeinsam in der wöchentlichen Tumorkonferenz fest. Und natürlich fließen in die Therapieempfehlungen auch die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten mit ein.

Es ist eine der großen Stärken des Zentrums, dass es selbst für komplizierteste und oftmals hoffnungslos erscheinende Fälle immer noch etwas in petto hat. Neben dem klassischen Trio Operation, Chemo- und Strahlentherapie überprüfen die Neuroonkologen auch experimentelle Ansätze im Rahmen von klinischen Studien. Neue Medikamente zum Beispiel

oder Verfahren wie die Nanokrebstherapie. Darüber hinaus hat das Neuroonkologische Zentrum buchstäblich noch weitere Waffen im Keller. Mit der Präzisionsbestrahlung CyberKnife können kleinere Tumoren, die zum Beispiel aufgrund ihrer Nähe zum Rückenmark oder zu wichtigen Nervenbahnen im Gehirn als inoperabel gelten, sehr effektiv und zielgenau zerstört werden. Der einzige Wermutstropfen: Das Strahlenmesser kommt nur für eine sehr kleine Auswahl an Patienten in Frage.

Viel High-Tech ist bei den Neuroonkologen im Spiel. Aber ebenso wichtig ist das interdisziplinäre Zusammenspiel von Neurochirurgen, Onkologen, Strahlentherapeuten, Neurologen, Neuropathologen, Psychoonkologen und Sozialdienst. Nicht zu verges-

Weitere Waffen im Keller

sen die Logopäden und Therapeuten, die sich um die neurologische Rehabilitation kümmern, damit der Patient am Ende wieder schlucken, sprechen und laufen kann. „Die Vorteile eines solchen Zentrums sind mannigfaltig“, sagt Zentrums-Koordinator Synowitz. Es sei das Miteinander der verschiedenen Spezialisten und die Weiterversorgung bis in die Anschlussbehandlung hinein, die den Patienten das geben, was das Entscheidendste sei: die bestmögliche Therapie. ■

Das Neuroonkologische Zentrum der Charité ist mit seinen beiden Standorten Campus Virchow-Klinikum und Benjamin Franklin seit 2012 als Modul von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. An beiden Standorten werden insgesamt rund 400 Primärfälle pro Jahr operiert, hinzukommen etwa 400 weitere Operationen. Rund 80 Prozent der chirurgischen Eingriffe betreffen Hirntumore, der Rest betrifft Tumore bzw. Metastasen der Wirbelsäule. Unter dem Dach des Zentrums wurde soeben ein Zentrum für Schädelbasistumoren gegründet. Die Tumore sind zwar gutartig, haben aber aufgrund ihrer Lokalisation eine besonders hohe Komplikationswahrscheinlichkeit.

DEUTSCHES KONSORTIUM FÜR TRANSLATIONALE KREBSFORSCHUNG

Schneller vom Labor zum Patienten

Das „Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung“ ist eines der sechs Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung. Seine Aufgabe ist es, Forschung schneller in die klinische Praxis zu übertragen. Das CCCC ist mit an Bord.



Bündnis gegen Krebs: Die Expertise des German Cancer Consortium wird auch international sichtbar sein. V.l.n.r.: Profs. H. Serve (Frankfurt/M.), Ch. von Kalle (Heidelberg), M. Baumann (Dresden), O. Wiestler (Heidelberg, DKFZ-Vorstand), K. Schulze-Osthoff (Tübingen), R. Schäfer (Berlin), M. Schuler (Essen). Nicht abgebildet: W. Hiddemann (München), Ch. Peters (Freiburg)

Wege verkürzen zwischen Forschungslaboren und Patientenbett, Grenzen zwischen Disziplinen und Instituten auflösen – unter dieser Prämisse hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung ins Leben gerufen.

An den Zentren werden die großen Volkskrankheiten erforscht, etwa Alzheimer, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und natürlich auch Krebs. Das „Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung“ (DKTK) ist eines davon und schon das Wort „Translational“ verrät, worum es im Kern bei allen sechs Gesundheitszentren geht: Forschungsergebnisse sollen schneller zum Patienten gelangen, um neue Therapiechancen zu eröffnen.

Professor Reinhold Schäfer ist optimistisch, dass das Konzept aufgehen wird, zumindest was sein Fachgebiet, die Krebsforschung, betrifft. „30 Jahre Grundlagenforschung haben bereits zu entscheidenden Fortschritten in der Krebsmedizin geführt“, sagt Schäfer, „und das German Cancer Consortium bietet ideale Voraussetzungen dafür, den eingeschlagenen Weg noch ergebnisorientierter fortzusetzen.“ Schäfer ist stellvertretender Direktor des CCCC und Sprecher des DKTK-Partnerstandorts Berlin – einem von sieben universitären Standorten, die zusammen mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) das Konsortium bilden. In einem nahezu zwei Jahre dauernden Auswahlverfahren durch ein international besetztes Gutachtergremium hatte sich das CCCC neben den Standorten Dresden, Essen/Düsseldorf, Frankfurt/Mainz, Freiburg, München und Tübingen unter den zahlreichen universitären Mitbewerbern durchgesetzt.

Als Projektpartner erhält allein das CCCC jedes Jahr bis zu 3,5 Millionen Euro aus

dem Fördertopf des BMBF. Eine Summe, mit der sich nach Ansicht Schäfers durchaus etwas bewegen lässt. Zwei neue W3-Professuren für „Systembiologie in der Onkologie“ und „Integrative funktionelle

„Wir werden wichtige Genmutationen mit Bedeutung für den Krankheitsverlauf finden“

Onkologie“ werden zum Beispiel an der Charité besetzt. Weitere Strukturen werden in Berlin gerade aufgebaut, um das gesamte Vorhaben mit vereinten Kräften stemmen zu können. Schließlich hat sich das deutschlandweite Bündnis gegen Krebs viel vorgenommen. Translationale Forschungsprogramme auf den Gebieten Signalwege der Krebsentstehung, Metastasierung, Molekulare Diagnostik und Radioonkologie sind nach Auskunft Schäfers wesentliche Schwerpunkte. Bei den Tumorentitäten will sich das Konsortium zunächst auf Darm- und Hirntumore, Leukämien und Lymphome konzentrieren.

Bundesweit sind am DKTK, das Insider lieber „German Cancer Consortium“ nennen, bereits verschiedene Projekte ange laufen. Große Hoffnung setzt Berlin zum Beispiel auf den Schulterabschluss mit München. In einem der Gemeinschaftsprojekte geht es um metastasierten Darmkrebs und Tumorgewebeproben, die das Universitätsklinikum München (LMU) mit dem CCCC in einer retrospektiven Studie untersucht.

Die Proben stammen von Patienten, die im Rahmen einer Münchner Studie den

Antikörper Cetuximab erhalten hatten, und von einer Kontrollgruppe, die das Krebsmittel nicht bekam. Mittels Gensequenzierung wollen die Charité-Forscher nun herausfinden, ob es bestimmte Mutationsmuster unter der Vielzahl heterogener Dickdarmtumoren gibt und diese anschließend mit den Krankheitsverläufen abgleichen. Möglicherweise lassen sich dadurch, so die Hoffnung der Berliner und Münchner Forscher, weitere Patientensubgruppen herausfiltern, was Voraussetzung für die Entwicklung immer spezifischerer Therapien ist. „Wir werden wichtige Genmutationen sehen“, sagt Schäfer „und herausfinden, welche weiteren Signalwege wir noch blockieren können.“ Schon heute sind Kombinationstherapien verschiedener Inhibitoren im Gespräch, aber noch ist zu wenig über deren Toxizität bekannt.

Schäfer weiß, dass auch dieses Projekt nur ein Puzzleteil in einer Gleichung mit vielen Unbekannten ist. Doch letztlich wird jedes einzelne Teil gebraucht, um dem Krebs und seiner tückischen Anpassungsfähigkeit weiter auf die Schliche zu kommen. Selbst wenn der Krebs durch die neuen Erkenntnisse zunächst nur bei wenigen Patienten überlistet werden könnte – für die Krebsforscher wäre das ein großer Erfolg. ■

IMPRESSUM

Herausgeber:
Charité Comprehensive Cancer Center
Invalidenstr. 80 | 10115 Berlin
Tel. 030 450 564 622
Fax: 030 450 564 960
E-Mail: cccc@charite.de
Internet: <http://cccc.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, 2013.

CANCER HOTLINE +49 30 450 564 222

ANSPRECHPARTNER & STUDIEN

DARMKREBSZENTRUM

Ansprechpartner

Leiter des Zentrums	Prof. Dr. Bertram Wiedenmann
Koordinator des Zentrums	PD Dr. Jörn Gröne
QM-Beauftragter (auch für SOP / F & W zuständig)*	Dr. Robert Wentrup
Studienbeauftragter / Gastroenterologischer Koordinator	PD Dr. Severin Daum
Koordinator Translationale Forschung	Prof. Dr. Christine Sers
Viszeralchirurgische Koordinatoren	Prof. Dr. Martin E. Kreis, Dr. Oliver Haase
Radioonkologische Koordinatoren	PD Dr. Ulrike Höller, Dr. Lutz Moser
Internistisch-onkologischer Koordinator	Prof. Dr. Hanno Riess

Aktuelle Studien

- OCUM: Optimierte chirurgie- und MRT-basierte multimodale Therapie des Rektumkarzinoms. Offene prospektive multizentrische Beobachtungs-Studie
- Treatment of Patients with KRAS Wild-type Advanced Colorectal Cancer (CRC) with 5-Fluorouracil (5-FU) or 5-FU Plus an Epidermal Growth-factor-receptor (EGFR) Inhibitor (Cetuximab), Based on a Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)
- GAST-05 Studie: Prospektiv randomisierte, multizentrische Phase II Studie: Therapie des lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinoms (UICC II und III) im oberen Rektumdrittel (12-16 cm ab Anokutanlinie) mittels qualitätsgesicherter totaler (TME) versus partieller mesorektaler Exzision (PME), gefolgt von adjuvanter Chemotherapie (5-FU+Folinsäure+Oxaliplatin)
- LICC: L-BLP25 in Patients with Colorectal Carcinoma after Curative Resection or after Curative Resection of Hepatic Metastases. A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Multicenter, Multinational, Phase-I Trial
- OncoTrack: Methods for Systematic Next-generation, Oncology-biomarker Development
- PANTER-Study: Perioperative Chemotherapy with FOLFOX plus Cetuximab versus Adjuvant FOLFOX plus Cetuximab for Patients with Resectable Liver Metastasis of Colorectal Carcinoma
- PARLIM: Panitumumab after Resection of Liver Metastases from Colorectal Cancer in KRAS Wild-type Patients

* Abkürzungen:

QM - Qualitätsmanagement
 SOP - Standard Operating Procedures
 F & W - Fort- und Weiterbildung

ANSPRECHPARTNER & STUDIEN

MODUL NEUROONKOLOGIE

Ansprechpartner

Leiter des Moduls	Prof. Dr. Peter Vajkoczy
Stellv. Leiter des Moduls	Prof. Dr. Frank Heppner
Koordinator des Moduls / Koordinator Translationale Forschung	PD Dr. Michael Synowitz
QM-Beauftragter (auch für SOP / F & W zuständig)*	Dr. Jens Stieler
Neurologischer Koordinator	Dr. Florian Losch
Radioonkologische Koordinatoren	Dr. Harun Badakhshi, Dr. Markus Kufeld
Medizinisch-onkologische Koordinatorin	PD Dr. Agnieszka Korfel

Aktuelle Studien

- MF 1001: An Open-label, Randomized, Controlled Study to Determine the Efficacy and Safety of NanoTherm® Monotherapy and NanoTherm® in Combination with Radiotherapy versus Radiotherapy Alone in Recurrent/Progressive Glioblastoma. Start: IV. Quartal 2013
- DCVax®: A Clinical Placebo-controlled Phase-II Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Autologous Dendritic Cells Loaded with Tumor-lysate Antigen in Patients with Newly Diagnosed Glioblastoma Multiforme. Start: IV. Quartal 2013 / I. Quartal 2014
- CeTeG-Studie: Phase-II-Studie zur CCNU-/Temozolomid-Kombinationstherapie versus Standard-Temozolomidtherapie bei neu diagnostizierten Glioblastompatienten mit methyliertem MGMT-Promoter im Tumor (CeTeG)
- Elastographie der Ventrikel bei Patienten mit Hirntumoren – Diagnostische Studie
- Einfluss von individueller Ernährungstherapie auf die anthropometrischen Daten, die Blutparameter und das Allgemeinbefinden von Patienten mit Glioblastom – IIT
- Phase-II Study of Temozolimus in Refractory and Recurrent Primary CNS Lymphoma
- Nicht-invasive Klärung der funktionellen Anatomie bei eloquent lokalisierten Läsionen mittels navigierter transkranieller Magnetstimulation – Diagnostische Studie

* Abkürzungen:

QM - Qualitätsmanagement
 SOP - Standard Operating Procedures
 F & W - Fort- und Weiterbildung