

TEAM-D (Transsektorale MTB-Plattform Deutschland)
AIO-TF/YMO-0323

Kurzprotokoll der dritten Sitzung vom 17.10.2023: **BRCA1/2**

Übersicht

ZUSAMMENFASSUNG	2
ÜBERSICHT ÜBER DIE ABSTIMMUNGSERGEBNISSE	3
WEITERE SCHRITTE & FOLGETERMINE	4
NON-BRCA HRD (DIENSTAG, 05.12.2023, 15 UHR)	4
NF1/2 UND MEK1/2 (DIENSTAG, 30.01.2024, 15 UHR)	4
THEMA N.N. (DIENSTAG, 19.03.2024, 15 UHR)	4
TEILNAHME & WEITERES	4
DISKUSSION DER EXEMPLARISCHEN PATIENTENFÄLLE	5
FALL 1: gBRCA2 UND PROGRESS UNTER PLATINTHERAPIE	5
FALL 2: BRCA1-KOPIEZAHLVERLUST	6
FALL 3: POSTRADIOGENES ANGIOSARKOM DER MAMMA BEI gBRCA1	7
FALL 4: SOMATISCHE BRCA2-MUTATION	8
FALL 5: gBRCA2-MUTATION BEI GLIOBLASTOM	9
DISKUTIERTER STUDIEN	10
COGNITION-GUIDE	10
BOUQUET	11
IDEE	12

Zusammenfassung

Teilnehmer

33 Ärzt*innen und Wissenschaftler*innen aus 16 verschiedenen deutschsprachigen Universitätskliniken sowie 4 nicht-universitären Krankenhäusern oder medizinischen Praxen.

Ausgangslage

Fünf exemplarische klinische Fälle mit Mutationen und unterschiedlichen Konstellationen (Ko-Mutationen/Entitäten) wurden durch das Koordinationsteam vorgestellt. Unter den Teilnehmern bestand Konsens, dass eine leitliniengerechte Therapie einer experimentellen zielgerichteten Therapie grundsätzlich vorzuziehen war. Daher wurden alle vorgestellten Fälle unter der Annahme diskutiert, dass für die Patienten keine leitliniengerechte Therapie mehr zur Verfügung stand. Darüber hinaus waren die Teilnehmer der Ansicht, dass eine Therapie innerhalb klinischer Studien bei gleicher klinischer Eignung der Off-Label-Behandlung vorzuziehen war.

Die aktuell in Deutschland rekrutierenden Studien für Patienten mit BRCA1/2-Mutationen wurden durch das Organisationsteam vorgestellt. Die Studienoptionen sind sehr begrenzt, Optionen im Rahmen von Basket-Studien bestehen insbesondere beim frühen Mammakarzinom (COGNITION-GUIDE) und beim Ovarialkarzinom (BOUQUET). Details sind am Ende des Protokolls hinterlegt.

Zusammenfassend gibt es therapeutisch derzeit nur die Möglichkeit der Gabe eines PARP-Inhibitors (PARPi). Zurückhaltung der lokalen MTBs wurde durch eine Mehrheit der Teilnehmer insbesondere für die Situationen der Platinresistenz und der somatischen Mutationen angegeben, bei Entitäten ohne Platinindikation und mit BRCA-Mutation sprachen sich mehr Teilnehmer für einen Einsatz von PARPi aus.

Eine detailliertere Veröffentlichung des Diskussionsverlaufs ist geplant (ggf. in Kombination mit dem kommenden Termin zu non-BRCA HRD), in deren Rahmen auch interessante Einzelfälle veröffentlicht werden können. Das Organisationsteam bittet in diesem Zusammenhang alle Beteiligten, gerne entsprechende klinische Fälle einzureichen.

Übersicht über die Abstimmungsergebnisse

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
Progress unter Platintherapie	10%	20%	40%	30%
Kopiezahlverlust	0%	42%	25%	33%
Keine Platinindikation (Sarkom)	25%	10%	20%	45%
Somatische Mutation	15%	15%	40%	30%
Keine Platinindikation (GBM)	43%	0%	7%	50%

Weitere Schritte & Folgetermine

Alle geplanten Termine inkl. der jeweiligen Links können auch auf der Homepage (<https://team-deutschland.org>) abgerufen werden.

Non-BRCA HRD (Dienstag, 05.12.2023, 15 Uhr)

[Zoom](#), [Outlook](#)

NF1/2 und MEK1/2 (Dienstag, 30.01.2024, 15 Uhr)

[Zoom](#), [Outlook](#)

Thema N.N. (Dienstag, 19.03.2024, 15 Uhr)

Themenwünsche gerne ans Organisationsteams, Links folgen

Zoom-Link folgt, [Outlook](#)

Teilnahme & weiteres

- Falls noch nicht geschehen: Eintragung in den E-Mail-Verteiler (Versand der Einladungen und Folien der Fälle): <https://forms.gle/TMvsKzPpRwC4bhME6> (verlinkt unter <https://team-deutschland.org>)
- Weiterleitung der Einladung an Interessierte
- Wenn Studien bei Ihnen am Standort rekrutieren, welche zum Thema der Veranstaltung passen, stellen wir diese sehr gerne vor: dafür Info vorab an info@team-deutschland.org
- wenn gewünscht: gerne können unklare Fälle zur freien Falldiskussion (ab 16 Uhr) vorab an uns versendet werden
- Themenwünsche gerne an info@team-deutschland.org

Diskussion der exemplarischen Patientenfälle

Fall 1: gBRCA2 und Progress unter Platintherapie



Fallbeispiel 1: gBRCA2 und Progress unter Platintherapie



Fallbeispiel 1: gBRCA2 und Progress unter Platintherapie

	Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel	TMB (MuL/Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
Weiblich, 35 Jahre	Aus Primär-OP	35%	TSO500/T170	11,8	0,88	3	15	8
Klinischer Verlauf				SNVs/Indels				
Adenosquamöses Pankreaskarzinom				Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz	
07/20 Whipple-OP: pT3 pN1 (11/55) Pn1 L1 V1 R1 08/20 – 02/21 adjuvant FOLFIRINOX 04/21 peritoneales Rezidiv				KRAS	c.35G>A	p.G12D	24%	
				BRCA2	c. 2099T>A	p.L700*	50%	
				TP53	c.818delG	p.R273Lfs*72	23%	
				TP53	c.1151T>C	p.M384T	36%	
				SOX9	c. 1459C>T	p.P487S	7%	
				MTOR	c.6770_6775del	p.K2257_K2258del	5%	
				HRAS	c.500_503del	p.K167Sfs*4	15%	
				NTRK3	c.2082G>T	p.K694N	13%	
				SMARCA4	c.4441C>T	p.L1481F	5%	
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese				Kopiezahveränderungen		Spielvarianten/Translokationen		Weitere IHCs/genet. Testung
keine				Keine detektiert		Keine detektiert		Keine durchgeführt

Im ersten Fall einer Patientin mit adenosquamösem Pankreaskarzinom war die führende Frage die Indikation zum Einsatz eines PARPi bei BRCA2-Keimbahnmutation und Progress unter platinhaltiger Therapie. Im Rahmen der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass unter Umständen eine genaue Überprüfung der tatsächlichen Applikation der platinhaltigen Therapie erfolgen solle und ggf. auch eine Re-Exposition gegenüber der platinhaltigen Therapie evaluiert werden könne, um die fälschliche Annahme einer Platinresistenz zu vermeiden. Als kurzer Exkurs wurde im Fall des vorliegenden Patienten die mit 11,8 erhöhte TMB beim Pankreaskarzinom in Kombination mit der kleinen Fallserie von pankreatikobiliären Karzinomen mit Keimbahn-HRD (zehn Pankreaskarzinome und zwei Cholangiokarzinome) diskutiert (Terrero et al., 2022; PMID 35446342), in der von zehn Pankreaskarzinomen zwei mit einer CR und einer mit einer PR auf Ipilimumab und Nivolumab ansprachen. Es wurde darauf hingewiesen, dass das Ansprechen nur bei Patienten mit Keimbahnalterationen gezeigt werden konnte. In Anbetracht der zusätzlich erhöhten TMB wurde diskutiert, ob dies hier eine Option sein könnte. Es wurde ebenfalls die Möglichkeit einer Kombination von Checkpointinhibition und PARPi diskutiert, die Meinung und Erfahrung mehrerer Teilnehmer hierzu war aber, dass ein off-label Antrag für eine derartige Kombination aussichtslos sei.

In der abschließenden Abstimmung zeigte sich eine Mehrheit der Anwesenden ablehnend gegenüber dem Einsatz einer PARPi-Therapie in der Situation der Platinresistenz.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
Progress unter Platintherapie	10%	20%	40%	30%

Fall 2: BRCA1-Kopiezahverlust



Fallbeispiel 2: BRCA1-Kopiezahverlust

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel
Männlich, 72 Jahre	Aus 2020	70%
TSG00/T170		
Klinischer Verlauf		
Hepatisch, lymphogen, ossär, pulmonal und peritoneal metastasiertes, kastrationsresistentes Adenokarzinom der Prostata ED 07/18, IPSA 100 ng/ml, Gleason-Score 9		
07/18 Prostata-Stanzbiopsie mit Nachweis eines Adenokarzinoms der Prostata in 7/12 Stanzbiopsien, Gleasonscore 9. 07/18 - 01/19 6 Zyklen primäre Hormonchemotherapie mit Docetaxel 75 mg/m ² KOF und GnRH Seit 01/19 Einfache Androgen-Deprivation-Fortführung mit GnRH-Analogen (Trenantone) 07/19 Deutlicher Tumorprogress mit neu aufgetretener Lungenmetastase 07/19 - 10/19 Erweiterte Hormontherapie mit Abiraterone/Prednison und GnRH 10/19 Tumorprogress mit v.a. Lymphangiome sowie v.a. Peritonealkarzinose 10/19 - 12/19 4 Zyklen Chemotherapie mit Cabazitaxel (20 mg/m ² , q21d) 01/20 Tumorprogress nach 4 Zyklen palliativer Chemotherapie mit Cabazitaxel. 20.01.20 1. Gabe PSMA-Lutetium-Ligand (indiv. Heilversuch) 02.03.20 2. Gabe PSMA-Lutetium-Ligand (indiv. Heilversuch) 05/20 - 08/20 6 Zyklen der palliativen Chemotherapie mit Cisplatin und Etoposid Aktuell: PR/SD nach Cis/Eto. GnRH + Re-PET 01/20		
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese		
keine		



Fallbeispiel 2: BRCA1-Kopiezahverlust

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)	
5,6	1,82	<1	<1	<1	
SNVs/Indels					
Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz		
TP53	c.742C>T, (79%)	p.R248W	79%		
FOXO1	c.5_13delinsA, (27%)	p.A2Dfs*29	27%		
MGA	c.3034delA, (55%)	p.I1012Sfs*10	55%		
PIK3CD	c.2960C>T, (62%)	p.P987L	62%		
PTPRD	c.364C>A, (8%)	p.P122T	8%		
Kopiezahveränderungen					
Gen	Veränderung	Kopiezahl			
AR	Amplifikation	>10 Kopien			
BMPR1A	Deletion	-1 Kopie			
PTEN	Deletion	-1 Kopie			
BRCA1	Deletion	-1 Kopie			
Splicevarianten/Translokationen			Gen1	Gen2	Fusion
TMPSR2			ERG		T1E4
AR			-		AR v7-Variante
Weitere IHCs/genet. Testung					
Keine durchgeführt					

Anhand des Falles des zweiten Patienten wurde die Option einer PARPi-Therapie bei monoallelischem BRCA1-Verlust diskutiert. Hier wurde als Meinung in der Diskussion unter anderem geäußert, dass im vorliegenden Fall eines Prostatakarzinoms ein Einsatz von Olaparib in Kombination mit Abiraterone zulassungskonform möglich sei, dass aber hier nicht der monoallelische Verlust und das Ergebnis der molekulare Diagnostik, sondern eher das klinische Ansprechen auf die platinhaltige Therapie als mögliche Begründung für den Einsatz von Olaparib gewertet werden könne. Ferner wurde angemerkt, dass gerade beim Prostatakarzinom in der Analyse der Daten der Zulassungsstudie habe gezeigt werden können, dass das Ansprechen auf Olaparib durch die BRCA2-Mutierten getrieben worden sei und die BRCA1-Mutierten eher nicht profitiert hätten.

Darüber hinaus wurde in der Diskussion die Problematik der nicht standardisierten HRD-Diagnostik ohne eindeutige Cut-off-Werte und ohne klare klinische Konsequenz angesprochen. In diesem Zusammenhang genannt wurde auch, dass Daten dazu vorliegen, dass eine funktionelle HRD nur mit einem biallelischen Verlust in den starken HRD-Genen einhergehe (Westphalen et al., 2022; PMID 34740923).

In der abschließenden Umfrage sprach sich eine Mehrheit für einen Einsatz einer PARPi-Therapie nur bei biallelischem Verlust oder bei HRD aus.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
Kopiezahverlust	0%	42%	25%	33%

Fall 3: Postradiogenes Angiosarkom der Mamma bei gBRCA1



Fallbeispiel 3: Postradiogenes Angiosarkom der Mamma

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel
Weiblich, 37 Jahre	Weichteiltumor BWK7, 11/22	70%
TSO500/T170		
Klinischer Verlauf		
Strahleninduziertes Angiosarkom Mamma links, TNM (8. Aufl.): pT1, pNX, L0, V0, Pn0, G2, R0 ED03/2022		
03/2022 Resektion Angiosarkom + Ablatio Neomamma		
04/2022 Plastische Deckung		
08/2022 Metastasensuspekte neu Läsion im Os ilium links-> Biopsie ohne Malignitätsnachweis		
11/2022 Multifokale ossäre Metastasierung (Becken, BWS, Schädelkalotte, Sternum)-> offene PE-> Angiosarkom		
12/2022 palliative Radiotherapie von BWK 7 mit Sicherheitsabstand bis zu einer Gesamtdosis von 36 Gy sowie Os sacrum und Oberend Os ilium bis 30 Gy.		
12/2022-08/2023 Therapiestart mit Paclitaxel weekly		
Ansprachen: Initial Gute PR an den ossären Metastasen inkl. Schädelkalotte		
05/2023 Diskreter Progress der oss. Metastasierung der WS, jedoch Weichteiltumor mit Infiltration des Neuroforamens BWK10/11		
06/2023 Radiatio Intraspinale Metastase BWK10/11 mit 36Gy		
Seit 09/2023: Caelyx		
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese		
Mamma-Ca. links perimamillär bei 12 Uhr, ED 08/2018 pT1c, pN0(0/1sn), L1, V0, Pn0, G2, R0, ER (IRS): 12 PR (IRS): 6 HER-2: + (negativ) KI-67: 15 %		
14.08.2018 BET + Sentinel links 22.08.2018 B-Plastik bei R1-Situation ventral		
10/2018-04/2019 4 Zyklen EC gefolgt von Paclitaxel		
17.06.-25.07.2019 Radiotherapie der linken Mamma bis 50,4 Gy + Boost des Tumorbetts perimamillär bei 12 Uhr bis zu einer Gesamtdosis von 60,2 Gy		
08/2021 prophylaktische Mastektomie rechtsseitig mit Rekonstruktion der Mamma bds. (BRCA1-Mutation, Germline)		



Fallbeispiel 3: Postradiogenes Angiosarkom der Mamma

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
3,27	MSS	0	0	0
SNVs/Indels				
Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz	
ABRAXAS1	c.853C>T	p.R265W	49%	
BRCA1	c.5434C-G	p.P1812A	50%	
CARD11	c.155T>C	p.I52T	16%	
CHD4	c.210_211delinsTT	p.Q71	25%	
PRKN	c.647C>G	p.P216R	53%	
ROS1	c.95G>T	p.S32I	24%	
TSC2	c.565T>C	p.C189R	52%	
Kopiezahveränderungen		Speißvarianten/Translokationen		Weitere IHCs/genet. Testung
Keine detektiert		Keine detektiert		HRD-negativ (HRD 2, LST 6)

Im Fall einer Patientin mit postradiogenem Angiosarkom der Mamma bei BRCA1-Mutation der Keimbahn nach vorherigem Mammakarzinom im Alter von 32 Jahren ging es grundsätzlich um die Frage des Einsatzes eines PARPi bei Entitäten ohne Indikation für patinhaltige Therapie. Bei negativem HRD-Score wurde diskutiert, dass im vorliegenden Fall am ehesten eine Erkrankung vorliegen könne, die allein postradiogen und nicht BRCA-getrieben interpretiert werden könne, was gegen den Einsatz eines PARPi spreche.

Anhand dieses Falles wurde auch diskutiert, welche Entitäten als BRCA-assoziiert interpretiert werden könnten. Neben Mamma, Ovar, Prostata und Pankreas wurde hier unter anderem erwähnt, dass die ESMO den Einsatz eines PARPi bei BRCA- und PALB2-mutierten Cholangiokarzinomen als Möglichkeit zur Evaluation nenne (Vogel et al., 2023; PMID 36372281). Darüber hinaus wurden die Daten der TAPUR-Studie diskutiert (Srkalovic et al., ASCO 2023, Abstract #3115), in der für Talazoparib ein Ansprechen von Tumoren mit BRCA1/2 Mutationen über verschiedene Entitäten gezeigt werden konnte.

In der abschließenden Abstimmung zeigte sich für den vorliegenden Fall ein heterogenes Bild hinsichtlich des Einsatzes eines PARPi.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
Keine Platinindikation (Sarkom)	25%	10%	20%	45%

Fall 4: somatische BRCA2-Mutation



Fallbeispiel 4: somatische BRCA2-Mutation

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel
Männlich, 68 Jahre	Aus Erstdiagnose	50%
Verwendetes Panel: TSO500/T170		
Klinischer Verlauf		
NSCLC St. IVa (ED 9/21) Lokalisation: re. UL, hiläre, med. Nll., Leber-, Knochenfiliae, Hirnfiliae re. frontal, li. präzentral, Kleinhirn Z.n. Resektion re. frontale Metastase 9/21 Z.n. stereotakt RTx Resektionshöhle u. Filiae 10-11/21 Geplante Monotherapie mit Atezolizumab		
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese		
keine		



Fallbeispiel 4: somatische BRCA2-Mutation

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
8,7	3,7	5	15	10
SNVs/Indels				
Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz	
BRCA2	c.9371A>T	p. N31241	12%	
TP53	c.394A>C	p.K132Q	84%	
EPHA3	c.2653delC	p. G886Afs*3	70%	
ALK	c.2534 2535delinsTC	p. G845V	51%	
CD74	c.769G>A	p. G257S	85%	
PREX2	c.2939-2A>G	p.?	7%	
SMAD3	c.913G>T	p.A305S	73%	
NF1	c.545A>G	p. Y182C	34%	
Kopiezahlveränderungen				
Gen	Veränderung	Kopienzahl		
MYC	Amplifikation	Ca. 20 Kopien		
CDKN2A	Deletion	<1 Kopie		
CDKN2B	Deletion	<1 Kopie		
Splicevarianten/Translokationen				
Keine detektiert				
Weitere IHCs/genet. Testung				
Keine durchgeführt				

In diesem Fall wurde für die individuelle Situation geäußert, dass bei Lungenkarzinomen keine gute klinische Situation in der Therapieabfolge zum Einsatz eines PARPi bestehe.

In der abschließenden Umfrage sprach sich eine Mehrheit gegen den Einsatz eines PARPi bei somatischen BRCA-Mutationen aus.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
Somatische Mutation	15%	15%	40%	30%

Fall 5: gBRCA2-Mutation bei Glioblastom



Fallbeispiel 5: gBRCA2 bei Glioblastom

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel
Männlich, 43 Jahre	Aus Primär-Resektion	95%
Verwendetes Panel: TSO500/T170		
Klinischer Verlauf		
Glioblastom		
07/21 Resektion 08/21 – 09/21 RCTx + TMZ 10/21 – 03/22 TMZ 06/22 Rezidiv -> erneute Resektion 08/22 RTX 09/22 Rezidiv		
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese		
keine		



Fallbeispiel 5: gBRCA2 bei Glioblastom

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
7,1	0,85	<1	<1	<1
SNVs/Indels				
Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz	
TERT	C.-146C>7 (C250T)	-	24%	
BRCA2	c.8642delC	p.T2981Kfs*10	45%	
KMT2C	c.3323+1G>A	p.?	6%	
PTEN	c.374A>C	p.K125T	34%	
PIK3CD	c.1550G>A	p.R517Q	24%	
LRP1B	c.9535C>A	p.L3179I	34%	
MST1	c.1420_1421dup	p.D475Qfs*52	5%	
ANKRD11	c.4475_4498del	p.L1492_E1499del	38%	
Kopiezahleränderungen		Splicevarianten/Translokationen		Weitere IHCs/genet. Testung
Keine detektiert		Keine detektiert		Nicht durchgeführt

Im letzten Fall wurde erneut die Indikation für einen PARPi bei fehlender Indikation für Platin diskutiert, in diesem Fall anhand eines Patienten mit Glioblastom und Keimbahnmutation in BRCA2. Hier wurde die Option einer Re-Exposition von Temozolomid, dann in Kombination mit Olaparib erwähnt.

In der abschließenden Abstimmung gab es eine Tendenz zur Zustimmung hinsichtlich des Einsatzes eines PARPi in dieser Situation.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
Keine Platinindikation (GBM)	43%	0%	7%	50%

Diskutierte Studien

COGNITION-GUIDE

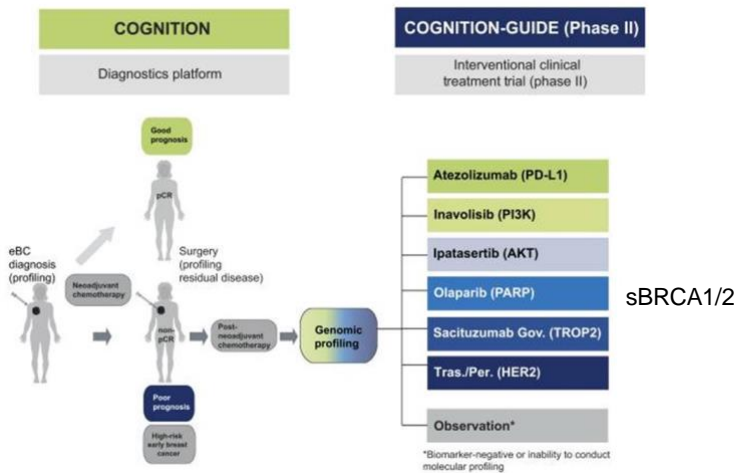
[ClinicalTrials](#), [QuickQueck](#)



Austauschplattform für wiederkehrende Fragestellungen in deutschen Molekularen Tumorboards

Studienlandschaft BRCA1/2
(Gyn: Early Breast Cancer)

Cognition-Guide (Phase II)



CAVE:

Entitäten
Frühes Mamma-Ca

Zentren
Heidelberg, Erlangen, Ulm, Dresden, Berlin

BOUQUET

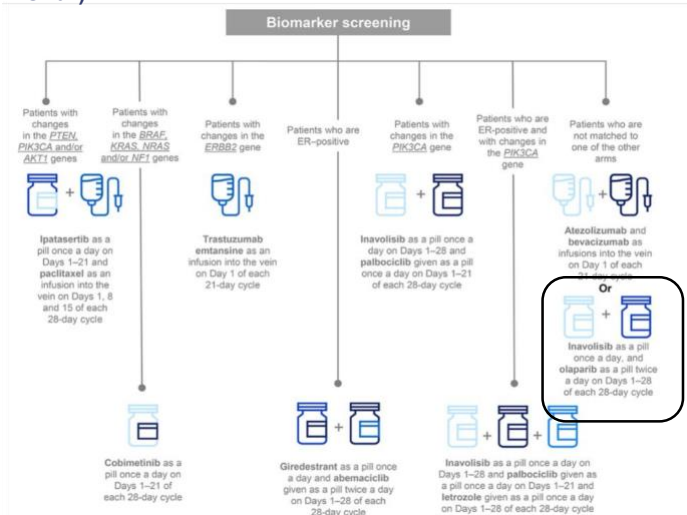
[ClinicalTrials](#), [QuickQueck](#)



Austauschplattform für wiederkehrende Fragestellungen in deutschen Molekularen Tumorboards

Studienlandschaft BRCA1/2 (Gyn: Ovar)

BOUQUET (Phase II)



Kommentare

- FMI CDx zum Studieneinschluss
- Aktuell on hold aufgrund von IVDR

Idee



Bisher bereits **intensiver** deutschlandweiter Austausch in der der Präzisionsonkologie – Ergänzung um eine regelmäßigen Diskussionsrunde der Umsetzung im MTB-Alltag



Konzept

Schaffung eines **regelmäßigen** deutschlandweiten Austauschformates, welche insbesondere "häufige" Diskussionsthemen aus dem Alltag (*KRAS-mut. Pankreaskarzinom, Einsatz von CDK4/6- oder MTOR-Inhibitoren*) **zentral bespricht** (Dies wurde im BZKF mit positivem Feedback durchgeführt)

Mögliche Ziele



- **Harmonisierung** und **Qualitätssicherung** der Präzisionsonkologie in Deutschland
- **Außenwirkung** und **Sichtbarmachung** mittels publiziertem Artikel zu jedem Thema („*How do German Molecular Tumor Boards treat PIK3CA-mutated solid tumors*“)
- Vernetzung der **Arbeitsebene** der deutschen MTBs; diese auch **Hauptverantwortliche** im Hinblick auf Vorbereitung/Durchführung/Publikation
- **Fortbildungsveranstaltung**, relevant auch z.B. zur ZPM-Zertifizierung (Zertifizierung über BLÄK)
- Ggf. unterstützend in Diskussionen mit MD/GKV/PKV



Durchführung



- **Zentrale Termin- und Themenkoordination** durch die Projektleitung (Turnus: alle 1-2 Monate)
- Für jede Sitzung **zwei bis drei (junge) Hauptverantwortliche** aus deutschen MTBs, welche möglichst **exemplarische Patientenfälle** sowie **konkrete**, im Alltag oft entstehende **Fragen**, vorbereiten.
- Im Rahmen der Sitzung **Abstimmung** mittels **Videokonferenztools** zu den vorbereitenden Fragen sowie Dokumentation der Diskussion
- Niederschwellige **Abfrage** bezüglich einzelner Patientenfälle (Generierung von „m1C/m2C“-Evidenz)
- Option einer **freien Falldiskussion** (ca. 30 Minuten) im Anschluss



Manuskript

Erstellung eines Manuskriptes (immer ähnliches Format) welche die **Hauptpunkte** der Diskussion sowie die Ergebnisse der Abstimmung präsentiert (z.B. *Empfehlung KRAS-mutiertes Pankreaskarzinom: 15% der Standorte empfehlen HCQ+Trametinib; 85% ohne Empfehlung*). Zusätzlich Darstellung von exemplarischen **Case Reports**, welche sich aus der Diskussion ergeben.