

TEAM-D (Transsektorale MTB-Plattform Deutschland)

Kurzprotokoll der vierten Sitzung vom 05.12.2023: **Non-BRCA HRD**

Übersicht

ZUSAMMENFASSUNG	2
ÜBERSICHT ÜBER DIE ABSTIMMUNGSERGEBNISSE	3
WEITERE SCHRITTE & FOLGETERMINE	4
NF1/2 UND MEK1/2 (DIENSTAG, 30.01.2024 15 UHR)	4
TUMORMUTATIONSLAST (DIENSTAG, 19.03.2024 15 UHR).....	4
N.N. (DIENSTAG, 07.05.2024 15 UHR)	4
TEILNAHME & WEITERES	4
DISKUSSION DER EXEMPLARISCHEN PATIENTENFÄLLE	5
FALL 1: ATM-MUTATION UND ANSPRECHEN AUF PLATINTHERAPIE.....	5
FALL 2: HRD-POSITIVITÄT OHNE SPEZ. GENNACHWEIS	6
FALL 3: SPALB2-MUTATION (DUKT. PANKREASKARZINOM).....	7
FALL 4: RAD51D-MUTATION BEI NICHT-PLATINABHÄNGIGER ENTITÄT	8
FALL 5: CHEK2-MUTATION BEI PROSTATAKARZINOM	9
FALL 6: BAP1-MUTATION BEI ADENO-CUP.....	10
DISKUTIERTER STUDIEN	11
PARP1 BEI PÄDIATRISCHEN TUMOREN.....	11
IDEE	12

Zusammenfassung

Teilnehmer

34 Ärzt*innen und Wissenschaftler*innen aus 19 verschiedenen deutschsprachigen Universitätskliniken sowie 5 nicht-universitären Krankenhäusern oder medizinischen Praxen.

Ausgangslage

6 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 Non-BRCA Mutationen oder positivem HRD-Status wurden durch das Organisationsteam vorgestellt. Die Studienoptionen sind sehr begrenzt, Optionen im Rahmen von Basket-Studien bestehen aktuell nur für pädiatrische Tumoren mit HRR-Mutation. Details sind am Ende des Protokolls hinterlegt. Ergänzend endete Mitte 2023 die Rekrutierung in die TOP-ART-Studie, die Ergebnisse sind noch ausstehend.

Therapeutisch kommt derzeit für HRR-Mutationen nur die Gabe eines PARP-Inhibitors (PARPi) infrage. Im Rahmen der Sitzung wurden die häufigsten auftretenden und oft zu Diskussionen führenden Mutationen diskutiert. Eine Mehrheit der Teilnehmer sprach sich im Hinblick auf den Einsatz eines PARP-Inhibitors bei Vorliegen von PALB2- und RAD51-Mutationen, sowie bei positivem HRD-Score für den Einsatz eines PARP-Inhibitors aus, während sich bei ATM-, BAP1- und CHEK2-Mutationen eine deutliche Mehrheit eher zurückhaltend äußerte.

Eine detailliertere Veröffentlichung des Diskussionsverlaufs ist geplant (in Kombination mit dem vorangegangenen BRCA1/2-Termin) 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
PARPi bei ATM	0%	20%	70%	10%
PARPi bei HRD	47%	---	42%	11%
PARPi bei PALB2	50%	29%	5%	16%
PARPi bei RAD51D	43%	25%	18%	12%
PARPi bei BAP1	5%	10%	80%	5%
PARPi bei CHEK2	5%	16%	72%	5%

Weitere Schritte & Folgetermine

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

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

zusammen mit CCC Charité

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

Tumormutationslast (Dienstag, 19.03.2024 15 Uhr)

zusammen mit SLK-Klinik Heilbronn

Zoom-Link folgt, [Outlook](#)

N.N. (Dienstag, 07.05.2024 15 Uhr)

zusammen mit N.N.

Themenwünsche gerne ans Organisationsteams, Links folgen

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: ATM-Mutation und Ansprechen auf Platintherapie



Fallbeispiel 1: ATM-Mutation und Ansprechen auf Platintherapie

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel	
Männlich, 61 Jahre	Aus Erstdiagnose	90%	TSO500/T170
Klinischer Verlauf			
hepatisch-metastasiertes neuroendokrines Karzinom der Gallenwege (DD: NEC CUP, Ki67 70%) (ED 08/22)			
Histologie: positiv: SYP, CgA, p53, SSTR2 (teilweise) negativ: TTF1, ISLET1, CDX2, CK7, CK20, Calcitonin, Arginase			
09/22 – 02/23 6 Zyklen Cisplatin/Etoposid (PR)			
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese			
keine			



Fallbeispiel 1: ATM-Mutation und Ansprechen auf Platintherapie

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
1,6	5,56	0	<1	0

Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz
KLF4	c.850dup	p.S284Ffs*39	48%
ATM	c.7327C>T	p.R2443*	94%

Gen	Veränderung	Kopienzahl
MDM2	Amplifikation	~30 Kopien
FRS2	Amplifikation	~10 Kopien
PTEN	partielle Deletion (Exon 2-Exon 5)	~1 Kopie
CTLA4	Amplifikation	~5 Kopien
EED	Amplifikation	~5 Kopien

Spleißvarianten/Translokationen
Keine detektiert
Weitere IHCs/genet. Testung
Nicht durchgeführt

Im ersten Fall ging es um einen Patienten mit neuroendokrinem Karzinom mit unbekanntem Primarius, der auf die platinhaltige Erstlinientherapie mit Cisplatin/Etoposid ansprach. Im Rahmen der Diskussion wurde von mehreren Teilnehmern geäußert, dass der Einsatz von Olaparib aus ihrer Sicht hier - insbesondere in Anbetracht der fehlenden klinischen und allein präklinischen Evidenz für das Entstehen einer HRD - für sie nicht infrage käme. Ein Teilnehmer ergänzte, dass bei ATM-Mutationen ggf. die mögliche Sensitivität gegenüber einer Radiatio bedacht werden sollte (siehe hierzu z.B. Kim et al., 2022; PMID 34082492).

Das Abstimmungsergebnis zeigte eine deutlich ablehnende Haltung der Teilnehmer hinsichtlich des Einsatzes von PARP-Inhibitoren bei ATM-Mutation.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
PARPi bei ATM	0%	20%	70%	10%

Fall 2: HRD-Positivität ohne spez. Gennachweis

TEAM-D Fallbeispiel 2: HRD-Positivität ohne spez. Gennachweis

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel
Männlich, 24 Jahre aus 02/2022	80%	TSO500/T170

Klinischer Verlauf

met. (hepatisch, ossär Os ileum re+li, 3. Rippe re, BWK 11) osteoblastisches Osteosarkom der linken Fibula (ED 02/2022)

02/15 osteoblastisches Osteosarkom, Lokalisation: li. Fibula
03-04/15 neoadjuvante CTx (EURAMOS)
05/15 Resektion
06-12/15 adj. CTx (EURAMOS)
02/22 v.a. Rezidiv, PET-CT und MRT WS (extern): Metastase Os llium re. Mit Weichteilinfiltration und v.a. Lebermetastasen
02-05/22 3 Zyklen Chemotherapie mit Cisplatin und Doxorubicin (extern)
07/22 RTx der Beckenmetastase alio loco
10/22 hepatischer und ossärer Progress
11/22 Therapieeinleitung Carboplatin 150 mg/m²/ Etoposid 150 mg/m² + MTB

Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese

keine

TEAM-D Fallbeispiel 2: HRD-Positivität ohne spez. Gennachweis

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
0,8	2,5	0	0	0

SNVs/Indels

Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz
TP53	c.278del	p.L93Rfs*30	83%
NF2	c.778G>T	p.E260*	73%
CARD11	c.2749G>A	p.E917K	15%

Kopiezahlveränderungen

Gen	Veränderung	Kopienzahl
RB1	Deletion	~1 Kopie
MED12	Deletion	~1 Kopie
TGFBR2	Amplifikation	~5 Kopien
MLH1	Amplifikation	~5 Kopien
CTNNB1	Amplifikation	~5 Kopien

Spleißvarianten/Translokationen

Keine detektiert

Weitere IHCs/genet. Testung

HRD-positiv (HRD-LOH 25, TAI 27, LST 15)

In der zweiten Vorstellung ging es um einen Patienten mit Rezidiv eines Osteosarkoms, der im Rezidiv zunächst etwa fünf Monate von Cisplatin/Doxorubicin profitiert hatte und bei erneutem Progress nun eine zweite platinhaltige Kombinationstherapie erhielt. Es zeigte sich keine Mutation in einem spezifischen HRD-Gen, jedoch ein positiver HRD-Score.

Hinsichtlich dieses Patienten wurde durch mehrere Teilnehmer geäußert, dass der Einsatz eines PARP-Inhibitors zwar vorstellbar wäre, jedoch nur bei erneutem Ansprechen auf die platinhaltige Therapie. Es wurde durch einen Teilnehmer ebenfalls die Meinung geäußert, dass es vermutlich schwierig sein könnte, für eine Erhaltungstherapie eine Kostenzusage zu bekommen, ggf. aber versucht werden könnte, im Progress die Kostenübernahme für eine Therapie mit Temozolomid und Olaparib analog der Daten zum uterinen Leiomyosarkom (Ingham et al., 2023; PMID: 37467452) zu beantragen

Insgesamt zeigte sich in der Abstimmung ein heterogenes Meinungsbild zum Einsatz des PARP-Inhibitors in dieser Situation mit geringfügig mehr positiven als negativen Abstimmungsergebnissen.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
PARPi bei HRD	47%	---	42%	11%

Fall 3: sPALB2-Mutation (dukt. Pankreaskarzinom)



Fallbeispiel 3: sPALB2-Mutation (dukt. Pankreaskarzinom)

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel
Männlich, 43 Jahre	Aus Erstdiagnose	Nicht angegeben
FoundationOne CDx		
Klinischer Verlauf		
Hepatisch-metastasiertes Pankreaskopfkarzinom (ED 09/20)		
09/20 – 02/21 FOLFIRINOX -> deutliche PR		
03/21: MTB		
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese		
keine		



Fallbeispiel 3: sPALB2-Mutation (dukt. Pankreaskarzinom)

TMB (Mut/Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
11	MSS	Nicht durchgef.	Nicht durchgef.	Nicht durchgef.
SNVs/Indels				
Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz	
PALB2	c.3483delT	p.F1161fs*2	46%	
KRAS	c.35G>T	p.G12V	34%	
Kopiezahleränderungen				
Gen	Veränderung	Kopienzahl		
PTEN	Deletion	-1 Kopie		
TSC2	Deletion	-1 Kopie		
CDKN2A	Deletion	-0 Kopien		
SOX9	Amplifikation	+5 Kopien		
Spleißvarianten/Translokationen				
Keine detektiert				
Weitere IHCs/genet. Testung				
Nicht durchgeführt				

Im dritten Patientenfall ging es um einen Patienten mit Pankreaskarzinom und somatischer PALB2-Mutation und gutem Ansprechen auf die Erstlinientherapie mittels FOLFIRINOX. Hier wurde geäußert, dass bei relativ hoher Allelfrequenz der Mutation zunächst untersucht werden sollte, ob es sich um eine Keimbahn-PALB2-Mutation handeln könnte. Insgesamt herrschte Einigkeit darüber, dass bei PALB2-Mutation grundsätzlich der Einsatz eines PARP-Inhibitors infrage käme (verwiesen wurde u.a. auf die Daten von Reiss et al., 2021; PMID 33970687). Es gab aber unterschiedliche Meinungen im Hinblick auf die Frage, ob der Einsatz eines PARP-Inhibitors nur bei Keimbahn- oder auch bei somatischer Mutation erfolgen sollte.

Ferner wurde diskutiert, ob hier ggf. alternativ zu FOLFIRINOX auch der Einsatz von Gemcitabin/Cisplatin als Erstlinientherapie hätte erfolgen können (siehe hierzu O'Reilly et al., 2020; PMID 31976786). Hierzu waren die Meinung uneinheitlich, es gab die ergänzende Information, dass derzeit durch die EORTC genau diese Frage in einer randomisierten Studie adressiert werde.

In der abschließenden Umfrage sprach sich eine Mehrheit der Teilnehmer für einen Einsatz eines PARP-Inhibitors in dieser Situation aus.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
PARPi bei PALB2	50%	29%	5%	16%

Fall 4: RAD51D-Mutation bei nicht-platinabhängiger Entität



Fallbeispiel 4: RAD51D-Mutation bei nicht-platinabhängiger Entität

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel
Männlich, 41 Jahre Resektion 2021	80%	Qiagen Pan Cancer Panel 500 Hybrid
Klinischer Verlauf		
Astrozytom links frontal, IDH-mutiert (ZNS WHO Grad 4), MGMT Promotor Hypermethyliert		
Therapie & Verlauf		
Ehemals anaplastisches Astrozytom links frontal, IDH-mutiert (WHO Grad III), der MGMT-Promotor ist methyliert		
<ul style="list-style-type: none"> • Navigationsgestützte mikrochirurgische Resektion über vorhandene links frontale osteoplastische Kraniotomie unter 5-ALA Fluoreszenz Duraplastik mit Tachosil am 23.11.2021 • 6 Zyklen abgeschlossen adjuvante Chemotherapie mit Temozolomid 		
Ehemals rezidiviertes Gemistozytäres Astrozytom noch WHO II*, IDH1-Wildtyp links frontal, ED 06/2013		
<ul style="list-style-type: none"> • Links frontale, osteoplastische Craniotomie und navigationskontrollierte, mikrochirurgische Tumorresektion und Duraplastik mit Tachosil am 14.06.2013 • Radiochemotherapie 05.09.2013 bis 17.10.2013, (Temozolomid, 60 Gy) • Temozolomid (Tag 1-5/28), 6 abgeschlossene Zyklen bis 06/2014 • Rezidiv 10/2017 • Radiochemotherapie 23.11.2017 – 22.12.2017 (Temozolomid, 46 Gy) • Temozolomid Re-Challenge (Tag 1-5/28), 6 abgeschlossene Zyklen bis 07/2018 		
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese		
keine		



Fallbeispiel 4: RAD51D-Mutation bei nicht-platinabhängiger Entität

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
8,96	MSS	Nicht durchgef.	Nicht durchgef.	Nicht durchgef.

Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz
IDH2	c.516G>T	p.R172S	19%
RAD51D	c.898C>T	p.R300*	43%
TP53	c.460G>A	p.G154S	10%
TP53	c.1009C>T	p.R337C	76%

Kopiezahlveränderungen	Spleißvarianten/Translokationen	Weitere IHCs/genet. Testung
Keine detektiert	Keine detektiert	Keine durchgeführt

Hier ging es um einen Patienten mit viertem Rezidiv eines Astrozytoms (mittlerweile WHO Grad IV) mit Nachweis einer RAD51D-Mutation.

Es wurde die Möglichkeit geäußert, in diesem Fall die Kombination aus Temozolomid und Olaparib einzusetzen.

In der abschließenden Abstimmung zeigte sich eine Mehrheit, die den Einsatz eines PARP-Inhibitors in dieser Situation favorisieren würde.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
PARPi bei RAD51D	43%	25%	18%	12%

Fall 5: CHEK2-Mutation bei Prostatakarzinom



Fallbeispiel 5: CHEK2-Mutation bei Prostatakarzinom

Blockmaterial und -datum	Tumorzeitgehalt	Verwendetes Panel
Männlich, 69 Jahre	Aus Erstdiagnose	70%
Verwendetes Panel: TSO500/T170		
Klinischer Verlauf		
Ossär, pulmonal und lymphogen metastasiertes, kastrationsresistentes Adenokarzinom der Prostata iPSA 35 ng/ml 02/04- 04/22 Prostatabiopsie und Staging: cT3b, cN1, cM1c (Pulmo, Knochen, LK), Gleason-Score 9, high volume, high risk Seit 05/22 Androgendeprivation Seit 07/22 Erweiterte Androgenblockade mit Apalutamid und GnRH-Analogen -> 06/23 PD: Progress der ossären Metastasierung (PSA-Anstieg auf 8,02 ng/ml) Seit 06/23 Palliative Chemotherapie mit Docetaxel 50 mg/m ² KOF (Tag 1 und 15) q28d		
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese		
keine		



Fallbeispiel 5: CHEK2-Mutation bei Prostatakarzinom

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
7,1	0	0	1	1
SNVs/Indels				
Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz	
TP53	c.527G>A	p.C176Y	53%	
CHEK2	c. 1100del	p. T367Mfs*15	51%	
ASXL1	c.2329G>T	p.E777*	17%	
Kopiezahleränderungen				
Gen	Veränderung	Kopienzahl		
KDM5A	Deletion	-1 Kopie		
Splicevarianten/Translokationen				
Keine detektiert				
Weitere IHCs/genet. Testung				
Nicht durchgeführt				

Als fünfter Fall wurde ein Patient mit metastasiertem, kastrationsrefraktärem Prostatakarzinom vorgestellt, bei dem sich eine CHEK2-Mutation zeigte.

Bei diesem Fall bestand die formale Besonderheit, dass der Einsatz von Olaparib beim Prostatakarzinom aufgrund der breiten Zulassung tatsächlich möglich wäre, durch die anwesenden Teilnehmer wurde der Einsatz aber zurückhaltend bewertet. Es wurde für Tumore mit CHEK2-Mutation ergänzend auf die negativen Daten zu Talazoparib beim Prostatakarzinom aus der TALAPRO-1 (de Bono et al., 2021; PMID 34388386) und der TALAPRO-2 Studie (Agarwal et al., 2023; PMID 37285865), sowie ebenfalls auf die negativen Daten der ebenfalls BRCA-getriebenen Entität Mammakarzinom (Tung et al., 2020; PMID 33119476) verwiesen.

In der abschließenden Umfrage zeigte sich eine deutliche Mehrheit zurückhaltend in Bezug auf den Einsatz eines PARP-Inhibitors bei CHEK2-Mutation.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
PARPi bei CHEK2	5%	16%	72%	5%

Fall 6: BAP1-Mutation bei Adeno-CUP



Fallbeispiel 6: BAP1-Mutation bei Adeno-CUP

Blockmaterial und -datum	Tumorzellgehalt	Verwendetes Panel
Männlich, 43 Jahre	Aus Erstdiagnose	35%
Verwendetes Panel: TSO500/T170		
Klinischer Verlauf		
peritoneal-met. Adeno-CUP		
05/23: Laparoskopie Histologie: G3 Adenokarzinom, CK7+, schwach CDX2+, Negativ: CK20, TTF-1, GATA3 06/23 – 09/23 6 Zyklen FOLFOX (PR)		
Frühere Tumorerkrankungen oder auffällige Familienanamnese		
keine		



Fallbeispiel 6: BAP1-Mutation bei Adeno-CUP

TMB (Mut./Mb)	MSI (in %)	TPS (in %)	CPS	IC (in %)
4,7	3,28	0	1	1
SNVs/Indels				
Gen	Nukleotid	Aminos.	Allelfrequenz	
BAP1	c.1902_1912del	p.L63Sfs*4	17%	
ARID1A	c.3199-12_3200del	p.?	13%	
ARID1A	c.3204_3215dup	p.N1068_K1071dup	12%	
TGFB2	c.1582C>G	p.R528G	9%	
Kopiezahleränderungen				
Gen	Veränderung	Kopienzahl		
PDCD1	Deletion	-1 Kopie		
FGFR3	Deletion	-1 Kopie		
RECQL4	Deletion	-1 Kopie		
CEBPA	Deletion	-1 Kopie		

Spleißvarianten/Translokationen
Keine detektiert
Weitere IHCs/genet. Testung
Nicht durchgeführt

Im letzten Fall ging es um einen Patienten mit Adeno-CUP und BAP1-Mutation, sowie gutem Ansprechen auf die platinhaltige Erstlinientherapie.

Hier zeigte sich in den Einzelmeinungen und auch in der Abstimmung eine breite Ablehnung gegenüber dem Einsatz eines PARP-Inhibitors bei BAP1-Mutationen. Ergänzt wurde lediglich, dass hier ggf. evaluiert werden sollte, ob ein erbliches Tumorsyndrom vorliegen könnte.

Thema	Ja	bei biallelischem Verlust oder HRD	Keine Empfehlung	Enthaltung
PARPi bei BAP1	5%	10%	80%	5%

Diskutierte Studien

PARPi bei pädiatrischen Tumoren

[ClinicalTrials](#)



Austauschplattform für wiederkehrende Fragestellungen in deutschen Molekularen Tumorboards

Studienlandschaft

NCT04236414 (Phase 1)

PARP-Inhibitor Olaparib zur Behandlung von progressiven oder rückfälligen soliden Tumoren mit Veränderungen in der homologen Rekombination (HRR)

Olaparib in unterschiedl. Dosierungen bei päd. Tumorpatienten und HRR Mutationen

Entitäten

Pädiatrische Tumore (6 Monate - 18 Jahre)

Zentren

Heidelberg, Mainz

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.