

Pressemeldung

Pressekontakt für den Deutschen Krebskongress 2018: presse@dkk2018.de

Krebs: Neue Perspektiven durch Innovationen in der Diagnostik und Stärkung der Patientenorientierung

Berlin, 21.02.2018. Fortschritte in der radiologischen Bildgebung, der PET-Hybridbildgebung und der molekularen Pathologie bilden die Grundlage für eine präzise Krebstherapie, sie haben die Therapieplanung und Stratifizierung von Krebspatienten in den letzten Jahren erheblich verbessert. Die Chancen und Herausforderungen, die sich daraus für die moderne Krebsmedizin ergeben, zählen zu den Schwerpunktthemen des Deutschen Krebskongresses (DKK) 2018, der heute begonnen hat.

„Ohne Innovationen in der Diagnostik ist die moderne Präzisionsmedizin in der Onkologie nicht denkbar – sie eröffnen neue Perspektiven in der Onkologie“, betonte Prof. Dr. Thomas Wiegel, Kongresspräsident des DKK 2018 auf der Eröffnungspressekonferenz. Von diesen Verbesserungen profitiere unter anderem die Strahlentherapie, bestätigte Prof. Wilfried Budach, Radioonkologe am Universitätsklinikum Düsseldorf: „Immerhin 50 Prozent der Krebspatienten erhalten im Laufe ihrer Erkrankung eine Bestrahlung. Dank der Integration moderner Bildgebungsverfahren in die Planung einer strahlentherapeutischen Behandlung und dank der Möglichkeit, die Position von Tumoren und Risikoorganen während der Bestrahlung aufs Genaueste zu verifizieren, können wir die Nebenwirkungen dieser Behandlungsart deutlich reduzieren und die Erfolgsrate der Strahlentherapie erhöhen.“

Zu den Bildgebungsverfahren, die auf dem Kongress diskutiert werden, zählt zum Beispiel die multiparametrische Magnetresonanztomographie (MRT). Sie gilt als das derzeit empfindlichste Verfahren, um anatomische Veränderungen aufzuspüren, die auf ein Prostatakarzinom hinweisen; zudem liefert sie wichtige funktionelle Informationen über die Aggressivität des Tumors. Dort, wo die Empfindlichkeit dieses Verfahrens nicht ausreicht, etwa beim Nachweis befallener Lymphknoten, sei die Hybridbildgebung gefragt, erklärte Prof. Dr. Heinz-Peter Schlemmer vom Deutschen Krebsforschungszentrum. Dabei werden Schichtbildverfahren wie Computertomographie (CT) oder MRT mit der Positronenemissionstomographie (PET) kombiniert, um Informationen über Stoffwechselforgänge im Krankheitsherd anatomisch genau zuzuordnen zu können. Vor allem die PET-MRT eröffnet neue diagnostische Möglichkeiten.

Im Fokus der Nuklearmedizin stehen derzeit neuartige Radiotracer, mit denen sich selbst kleine Tumoren im PET-Scan aufspüren lassen, so Prof. Dr. Bernd Krause vom Universitätsklinikum Rostock. Innovative Tracer gegen das Prostataspezifische Membranantigen, kurz PSMA, erleichtern zum Beispiel die Suche nach möglichen Metastasen eines Prostatakrebses, wenn nach einer Entfernung der Prostata ein erneuter Anstieg des PSA-Werts auf einen Rückfall hindeutet. Mit dem geeigneten Betastrahler versehen, lassen sie sich sogar für therapeutische Zwecke nutzen – der PSMA-Ligand transportiert den Betastrahler zum Tumor und heftet sich dort selektiv an die Oberfläche

Pressemeldung

der Tumorzellen. Die Strahlung sorgt dort für deren Zerstörung. Diese therapeutischen Tracer werden derzeit in klinischen Studien getestet.

Eine wertvolle Ergänzung im Hinblick auf die Therapieentscheidung liefert die molekulare Pathologie – sie erfasst die Veränderungen im Tumor, die sich auf einzelne Mutationen in seiner Erbsubstanz zurückführen lassen. Mittlerweile gibt es bei einigen Tumorarten, etwa beim Lungenkarzinom oder beim Darmkrebs, gute Beispiele dafür, wie eine Analyse der Erbsubstanz im Tumor diejenigen Patienten identifizieren kann, die auf ein bestimmtes zielgerichtetes Medikament voraussichtlich gut ansprechen, so Prof. Dr. Christoph Röcken, Pathologe aus Kiel. Studien weisen außerdem darauf hin, dass die Mutationslast im Tumor ein prädiktiver Marker für das Ansprechen auf die neuen Immuntherapien sein könnte – hier seien allerdings noch weitere wissenschaftliche Untersuchungen nötig.

„Damit Krebspatienten optimal von solchen Verfahren profitieren können, brauchen wir die enge Zusammenarbeit verschiedener Experten, zum Beispiel aus Chirurgie, Strahlentherapie, medikamentöser Tumortherapie, Pflege und Psychoonkologie“, forderte Prof. Dr. Peter Albers, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Behandlungserfahrung und eine Ausrichtung der Therapie an den Empfehlungen aktueller onkologischer Leitlinien gehören deshalb zu den Kernanforderungen für die Zentren mit einer Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe. Untersuchungen zeigen, dass sich ein solches Qualitätsmanagement für die Patienten bewährt.

Gerd Nettekoven, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Krebshilfe plädierte dafür, bei allen wissenschaftlichen und medizinischen Zielen und Innovationen, die für weitere Verbesserungen in der Versorgung zwingend seien, auch die Patientenorientierung immer und verstärkt im Blick zu haben. Auch dieses Thema sei richtigerweise ein Schwerpunkt des Kongresses. „Der moderne Patient möchte nicht mehr der folgsame Dulder sein, sondern ein mündiger, kompetenter Gesprächspartner. Ihm ist es wichtig, in Entscheidungen mit einbezogen und als Individuum mit eigenen persönlichen Bedürfnissen betrachtet und behandelt zu werden – als gleichberechtigter Partner des Arztes. Der Begriff Patientenorientierung beschreibt in erster Linie eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient, mit dem Ziel, die Betroffenen stärker in die Behandlungsentscheidungen einzubinden.“ Um hier einen elementaren Beitrag zu leisten und um auf diesem wichtigen Feld voranzukommen, habe die Deutsche Krebshilfe kürzlich ein Förderschwerpunktprogramm „Patientenorientierung“ eingerichtet und hierfür drei Millionen Euro bereitgestellt. Mit dem neuen Programm sollen zahlreiche offene Fragestellungen zu diesem Thema bearbeitet werden.

Der Deutsche Krebskongress 2018

Der 33. Deutsche Krebskongress findet vom 21. bis 24. Februar 2018 in Berlin statt. Unter dem Motto „Perspektiven verändern Krebs – Krebs verändert Perspektiven. Diagnose, Therapie, (Über-)Leben“

Pressemeldung

informieren sich rund 10.000 Experten über die jüngsten wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen und diskutieren ihre Aufgaben von heute und morgen. Der größte und wichtigste deutschsprachige Kongress zur Krebsdiagnostik und -therapie wird von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe gemeinsam ausgerichtet.

Die Ausrichter – starke Partner im Kampf gegen Krebs

Die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft im deutschsprachigen Raum. In der DKG vertreten sind über 7.900 Einzelmitglieder in 24 Arbeitsgemeinschaften, die sich mit der Erforschung und Behandlung von Krebserkrankungen befassen; dazu kommen 16 Landeskrebsgesellschaften und 39 Fördermitglieder. Die DKG engagiert sich für eine Krebsversorgung auf der Grundlage von evidenzbasierter Medizin, Interdisziplinarität sowie konsequenten Qualitätsstandards und ist, gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, Mitinitiatorin des Nationalen Krebsplans www.krebsgesellschaft.de.

Am 25. September 1974 gründete Dr. Mildred Scheel die Deutsche Krebshilfe. Ziel der gemeinnützigen Organisation ist es, Krebserkrankungen in all ihren Erscheinungsformen zu bekämpfen. Unter dem Motto „Helfen. Forschen. Informieren.“ fördert die Stiftung Deutsche Krebshilfe Projekte zur Verbesserung der Prävention, Früherkennung, Diagnose, Therapie, medizinischen Nachsorge und psychosozialen Versorgung, einschließlich der Krebs-Selbsthilfe. Ihre Aufgaben erstrecken sich darüber hinaus auf forschungs- und gesundheitspolitische Aktivitäten. Die Deutsche Krebshilfe ist der größte private Geldgeber auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung – unter anderem der Krebsforschung – in Deutschland. Sie finanziert ihre gesamten Aktivitäten ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen der Bevölkerung. www.krebshilfe.de

Pressekontakt Deutsche Krebsgesellschaft

Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin

Dr. Katrin Mugele

Tel: +49 (0)30 3229329-60

presse@krebbsgesellschaft.de

Pressekontakt Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstr. 32, 53113 Bonn

Christiana Tschoepe

Tel: +49 (0)228 72990-96

tschoepe@krebshilfe.de

Programm

Auftaktpressekonferenz zum Deutschen Krebskongress 2018 „Perspektiven verändern Krebs“

21. Februar 2018, 11.00 – 13.00 Uhr, CityCube Berlin, Level 3, Raum M8

| Uhrzeit | Titel und Referent |
|----------------|---|
| 11.00 – 11.05 | Begrüßung und Moderation Prof. Dr. Thomas Wiegel, Kongresspräsident des Deutschen Krebskongresses 2018, Berlin |
| 11.05 – 11.15 | Innovationen in der onkologischen Bildgebung Prof. Dr. Heinz-Peter Schlemmer, DKFZ, Heidelberg |
| 11.15 – 11.25 | Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie Prof. Dr. Bernd Krause, Universitätsklinikum Rostock |
| 11.25 – 11.35 | Innovationen in der molekularen Diagnostik Prof. Dr. Christoph Röcken, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel |
| 11.35 – 11.45 | Präzisionsstrahlentherapie Prof. Dr. Wilfried Budach, Universitätsklinikum Düsseldorf |
| 11.45 – 11.55 | Qualität in der Krebsversorgung Prof. Dr. Peter Albers, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft |
| 11.55 – 12.05 | Die drei Säulen der Patientenorientierung Gerd Nettekoven, Vorsitzender des Vorstands Stiftung Deutsche Krebshilfe |
| 12.05 – 12.30 | Fragen und Antworten |
| 12.30 – 13.00 | Möglichkeit zu Einzelinterviews |

Statement

Innovationen in der onkologischen Bildgebung

Prof. Dr. Heinz-Peter Schlemmer, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

Moderne Bildgebungsverfahren, die nicht nur die anatomische Lage eines Tumors abbilden, sondern auch funktionelle Informationen über den Tumor liefern, bringen deutliche Fortschritte in der Krebsversorgung. Das gilt zum Beispiel für die multiparametrische MRT bei der Diagnose des Prostatakarzinoms.

Knapp 70.000 Männer erkranken jährlich daran neu. Die entscheidende Frage in der Primärdiagnostik lautet: Welcher Patient trägt einen rasch wachsenden aggressiven Tumor in sich, der unbedingt behandelt werden muss, und wo kann aufgrund eines niedrigen Risikoprofils zunächst mit der Behandlung abgewartet werden? Die multiparametrische Magnetresonanztomographie (mpMRT) ist das derzeit empfindlichste bildgebende Verfahren, um ein Prostatakarzinom abzubilden. Sie liefert zudem wichtige funktionelle Informationen, etwa über die Durchblutung des Tumors und seine Zelldichte, was wiederum Hinweise auf die individuelle Aggressivität gibt. Eine mpMRT kann damit sowohl anatomische als auch biologische Daten erfassen – die Ergebnisse tragen zu einer besseren Risikoabschätzung bei und ermöglichen eine gezielte Stanzbiopsie. Die mpMRT hat mittlerweile sogar Eingang in die aktuelle Leitlinie des Leitlinienprogramms Onkologie gefunden, zum Beispiel, wenn nach einer negativen systematischen Biopsie der Verdacht auf ein Prostatakarzinom weiterbesteht oder wenn ein Patient die aktive Überwachung in Erwägung zieht.

Die Grenzen dieser Methode liegen dort, wo die Diagnose mit der MRT nicht hinreichend eindeutig ist: etwa beim Staging, wenn Lymphknotenmetastasen identifiziert werden sollen. Hier ist die Hybridbildgebung gefragt. In der Computertomographie (CT) oder der MRT können vergrößerte Lymphknoten nur dann identifiziert werden, wenn sie eine bestimmte Größe erreicht haben. Bessere Resultate lassen sich in Kombination mit der Positronenemissionstomographie, kurz PET, erzielen. Die PET-MRT-Hybridbildgebung ist ein sehr aussichtsreiches Zukunftsfeld. Die strahlungsfreie MRT zeichnet sich durch einen hohen Weichteilkontrast aus, die Positronenemissionstomographie mit einem geeigneten Radiotracer ist hochempfindlich und kann deshalb selbst kleinste Tumorherde sichtbar machen.

Statement

Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie

Prof. Dr. Bernd J. Krause, Universitätsklinikum Rostock

Zu den „Hot Topics“ in der Nuklearmedizin zählt derzeit die Hybridbildgebung, also die Kombination verschiedener Bildgebungsverfahren, zum Beispiel der Positronenemissionstomographie (PET) mit der Computertomographie (CT) oder der Magnetresonanztomographie (MRT), in einem Untersuchungsvorgang. Der Vorteil der PET liegt in ihrer sehr hohen Empfindlichkeit; die Computertomographie (CT) oder die Magnetresonanztomographie liefert die anatomischen Details. Mit der PET-Hybridbildgebung lassen sich selbst sehr kleine Tumoren im Körper sichtbar machen und genau lokalisieren.

Voraussetzung dafür sind geeignete PET-Tracer. Allerdings erkennt der gebräuchlichste PET-Tracer, ^{18}F -FDG, nicht nur Tumoren, sondern auch andere Gewebe mit einem erhöhten Zuckerstoffwechsel. Bei einigen Tumoren, etwa dem Prostatakrebs, lässt sich ^{18}F -FDG nur sehr begrenzt einsetzen, weil erst die weit fortgeschrittenen Stadien stoffwechselaktiv sind. Für die PET-CT-Diagnostik des Prostatakarzinoms stehen jedoch mittlerweile ^{68}Ga - oder ^{18}F -markierte Tracer zur Verfügung, die das prostata-spezifische Membranantigen, kurz PSMA, erkennen. Es stellt derzeit eine der interessantesten Zielstrukturen für die spezifische Diagnostik beim Prostatakarzinom dar. Die PSMA-PET/CT hat insbesondere für die Untersuchung einer wiederkehrenden Erkrankung nach einer erfolgten primären Therapie (biochemisches Rezidiv) eine Wertigkeit und ist deshalb in die S3-Leitlinie Prostatakarzinom aufgenommen worden.

Anstatt den PSMA-Liganden mit ^{68}Ga oder ^{18}F zu markieren, kann man ihn auch mit dem Betastrahler ^{177}Lu (Lutetium (^{177}Lu)) koppeln und für die Therapie einsetzen. Man nutzt zunächst den ^{68}Ga -PSMA-Tracer in der PET-Diagnostik und entscheidet anhand des Untersuchungsergebnisses, ob eine ^{177}Lu -Therapie erfolgversprechend ist. Fällt die Antwort positiv aus, kommt die ^{177}Lu -markierte Substanz zum Einsatz. Sie bindet gezielt am Tumor, das ^{177}Lu sendet Betastrahlen aus, die die Tumorzellen zerstören. Da die Reichweite der Strahlung nur wenige Millimeter beträgt, wird das gesunde Gewebe weitgehend geschont. Momentan werden diese Radiopharmaka zur Therapie in Studien erprobt.

Statement

Innovationen in der molekularen Pathologie

Prof. Dr. Christoph Röcken, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Eine wertvolle Ergänzung im Hinblick auf die Therapieentscheidung liefert die molekulare Pathologie – sie erfasst die Veränderungen im Tumor, die sich auf einzelne Mutationen in seiner Erbsubstanz zurückführen lassen. Mittlerweile gibt es bei einigen Tumorarten, etwa beim Lungenkarzinom oder beim Darmkrebs, gute Beispiele dafür, wie eine Analyse der Erbsubstanz im Tumor diejenigen Patienten identifizieren kann, die auf ein bestimmtes zielgerichtetes Medikament voraussichtlich gut ansprechen werden.

In den letzten beiden Jahren waren es vor allem die Immun-Checkpoint-Inhibitoren, die in der medikamentösen Tumorthherapie für Aufsehen gesorgt haben. Diese Medikamente lösen quasi die Bremse bei den körpereigenen T-Zellen, die vom Tumor an der erfolgreichen Bekämpfung der Krebszellen gehindert werden, und regen so das Immunsystem an, den Krebs zu attackieren. Besonders beim nichtkleinzelligen Lungenkarzinom und beim schwarzen Hautkrebs wurden damit länger anhaltende Behandlungserfolge beobachtet.

Es deutet sich an, dass die Immun-Checkpoint-Inhibitoren der zweiten Generation bei einer Vielzahl von Tumorerkrankungen wirken könnten. Dennoch sprechen längst nicht alle Patienten auf Checkpoint-Inhibitoren an. Deshalb arbeiten Forscher mit Hochdruck daran, Biomarker zu finden, mit denen sich das Ansprechen auf eine Immuntherapie vorhersagen lässt. Die 2017 veröffentlichten Ergebnisse einer kalifornischen Forschergruppe lassen aufhorchen: In ihrer retrospektiven Studie sprachen Patienten mit einer hohen Mutationslast im Tumor besser auf PDL1/PD-L1-Immuntherapien an als Patienten mit einer niedrigen Mutationslast, und zwar bei verschiedenen Tumorarten. Die Forscher nutzten für die Untersuchung der Mutationslast eine spezielle Methode des Next Generation Sequencing (NGS), mit der sich die verschiedenen Arten der DNA-Veränderung (Austausch von DNA-Bausteinen, Veränderungen der Kopienzahl und Genumlagerung) in einer Tumorprobe gleichzeitig erfassen lassen. Dadurch verringert sich der Aufwand der genetischen Analyse deutlich. Weitere Studien sind nötig, um herauszufinden, ob die Mutationslast ein valider Biomarker ist, um das Ansprechen auf eine Immuntherapie bei verschiedenen Tumorarten treffsicher vorherzusagen.

Statement

Präzisionsstrahlentherapie auf der Basis moderner Diagnostik

Prof. Dr. Wilfried Budach, Universitätsklinikum Düsseldorf

Moderne Technologien erlauben bei der Behandlung von Tumoren mit ionisierenden Strahlen auch ohne scharfe Fixierungen des Patienten eine bisher unerreichte Präzision von weniger als 1 mm im Kopfbereich und weniger als 2 bis 3 mm in den übrigen Körperabschnitten. Diese Genauigkeit setzt nicht nur eine exakte Fusion der diagnostischen Bildgebung (CT, MRT und PET) mit dem Bestrahlungsplanungs-CT voraus, sondern auch eine genaue Verifikation der Patienten- und Organpositionen während der Bestrahlung. Letzteres wird mit in den Bestrahlungsgeräten integrierten Bildgebungssystemen (Conebeam-CT, 2- und 3D-Röntgenbilder, 3D-Kamerasysteme) weitgehend zuverlässig gewährleistet.

Die präzise Bestrahlung atembeweglicher Objekte, wie z. B. von Lungentumoren, kann durch die Kombination von 4D-CTs mit einer atemgetriggerten Strahlentherapie oder Bestrahlung mit angehaltener Atmung in tiefer Inspiration erreicht werden. Derzeit wird an einigen Standorten die erste Generation von Linearbeschleunigern mit integrierter MRT-Bildgebung installiert, um zu evaluieren, ob sich die Präzision der Bestrahlung insbesondere beweglicher Objekte im Körperstamm damit weiter verbessern lässt. Die bessere Integration moderner Bildgebungsverfahren in die Bestrahlungsplanung und für die Verifikation der Position von Tumoren und Risikoorganen während der Bestrahlung ermöglicht die Reduktion von Nebenwirkungen und die Erhöhung der Erfolgsrate der Strahlentherapie zum Nutzen der Patienten.

Statement

Qualität in der Krebsversorgung

Prof. Dr. Peter Albers, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft

Krebserkrankungen sind meist sehr komplex. Ihre Diagnose, Therapie und Nachsorge erfordert die enge Zusammenarbeit verschiedener Spezialisten in multidisziplinären Teams. Dazu gehören nicht nur Experten aus Chirurgie, Strahlentherapie oder der medikamentösen Tumortherapie, sondern auch speziell ausgebildete Pflegekräfte und Psychoonkologen.

Für die Qualität der Versorgung ist diese Interdisziplinarität enorm wichtig. Denn oft stehen in einer Krankheitssituation mehrere therapeutische Optionen zur Verfügung. Ein lokal begrenztes Prostatakarzinom kann zum Beispiel operiert oder bestrahlt werden, in manchen Fällen besteht auch die Möglichkeit, abzuwarten und erst dann einzugreifen, wenn der Tumor wächst. Jede dieser Optionen hat Vor- und Nachteile. Im interdisziplinär besetzten Tumorboard wägen alle beteiligten Experten die einzelnen Optionen gegeneinander ab und kommen auf der Basis der vorliegenden Untersuchungsergebnisse und der aktuellen medizinischen Leitlinien zu einer individuellen Therapieempfehlung. Das Beispiel zeigt sehr gut, welche Bedeutung die Patientenpräferenz für die Wahl der Therapie hat. Einige Patienten entscheiden sich trotz des Risikos einer späteren Harninkontinenz oder Erektionsstörung für die OP – sie wollen den Tumor möglichst rasch loswerden. Für andere wiederum steht der Wunsch nach einem schonenderen Verfahren im Vordergrund. Nur wenn seine individuellen Präferenzen respektiert werden, kann der Patient die Therapieempfehlung wirklich mittragen.

Multidisziplinarität, die Erfahrung der Behandler und eine Ausrichtung der Therapie an den Empfehlungen aktueller onkologischer Leitlinien gehören zu den Kernanforderungen für die Zentren mit einer Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft. Wir setzen dabei auf ein mehrstufiges Versorgungsmodell, bestehend aus Organkrebszentren und Onkologischen Zentren. Dazu kommen die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Onkologischen Spitzenzentren (CCC), die die Entwicklung neuer Therapiestrategien vorantreiben. Alle Zentren mit einer Zertifizierung für eine spezielle Tumorerkrankung erfüllen die Anforderungen in gleicher Art und Weise, unabhängig von der Art des Zentrums. Inzwischen gibt es mehr als 1.000 Zentren mit einer Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Dass sich dieses Qualitätsmanagement auszahlt, zeigt eine Untersuchung, die auf dem DKK 2018 präsentiert wird [1]. Unter mehr als 25.000 Prostatakrebspatienten, die nach einer radikalen Prostatektomie eine Anschlussheilbehandlung (AHB) absolvierten, schnitten diejenigen, die an einem zertifizierten Zentrum operiert worden waren, besser ab als die aus nichtzertifizierten Zentren: Sie traten die AHB früher an, hatten weniger Miktionsstörungen und konnten schneller wieder aus der AHB entlassen werden.

[1] DKK 2018, Posterpräsentation „Genitourinary Cancer“ am 22.02.2018, 12.45 – 14.15, Poster 1002: Certification – a necessary inconvenience? M. C. Butea-Bocu, O. Brock, U. Otto, Bad Wildungen.

Statement

Die drei Säulen der Patientenorientierung

Gerd Nettekoven, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Krebshilfe

Frage: Was verspricht sich die Deutsche Krebshilfe vom diesjährigen Kongress und welches Thema liegt Ihnen besonders am Herzen?

Meine sehr geehrten Damen und Herren, auch im Namen der Deutschen Krebshilfe begrüße ich Sie sehr herzlich zur heutigen Auftakt-Pressekonferenz zum Deutschen Krebskongress 2018. Ich freue mich, dass wir diesen wichtigen Kongress nun schon zum dritten Mal gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft ausrichten.

Meine Vorredner haben bereits überaktuelle wissenschaftliche und medizinische Entwicklungen berichtet: Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen werden immer präziser und schonender und damit wird auch die Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten stetig weiter verbessert. Insbesondere in den letzten Jahren ist die Krebsforschung und -medizin mit großen Schritten vorangekommen.

Die Deutsche Krebshilfe hat zu dieser Entwicklung – dank der Hilfsbereitschaft und Unterstützung der Bevölkerung – durch zahlreiche Projektförderungen und Initiativen auf allen Feldern der Onkologie einen erheblichen Beitrag geleistet.

Uns als Deutsche Krebshilfe ist es vor allem wichtig, dass dieser Kongress mit dem Ziel genutzt wird, weitere Verbesserungen in der Patientenversorgung zu erreichen. In den kommenden Tagen können hier in Berlin viele wichtige Weichen für die Zukunft gestellt werden. Ich bin sehr gespannt, zu welchen Ergebnissen die Experten in den zahlreichen Gesprächen und Vorträgen kommen werden.

Doch in der modernen Onkologie geht es nicht mehr nur um den medizinischen Fortschritt – auch der Patient selbst ist in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt. Wie kommt dieser mit der Diagnose Krebs zurecht? Diese Entwicklung ist auch in der Gesundheitspolitik angekommen: Die Stärkung der Patientenorientierung ist ein wichtiges und ernstgenommenes Handlungsfeld im Nationalen Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit, der von der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren im Jahr 2008 mitinitiiert wurde.

Doch was bedeutet der Begriff „Patientenorientierung“ überhaupt? Lange Zeit galt der Patient als passiver „Erdulder“. Nicht von ungefähr: der Begriff „Patient“ kommt aus dem Lateinischen – das Wort „patiens“ bedeutet „erdulidend“, „ertragend“, oder „leidend“. Dieses Rollenverständnis ist heute weitgehend überholt. Der moderne Patient möchte nicht mehr der folgsame Dulder sein, sondern ein mündiger, kompetenter Gesprächspartner. Ihm ist es wichtig, in Entscheidungen mit einbezogen und als Individuum mit eigenen persönlichen Bedürfnissen betrachtet und behandelt zu werden – als gleichbe-

rechtiger Partner des Arztes. Der Begriff Patientenorientierung beschreibt also in erster Linie eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient, mit dem Ziel, die Betroffenen stärker in die Behandlungsentscheidungen einzubinden.

Frage: Worauf fußt eine starke Patientenorientierung?

Eine starke Patientenorientierung fußt auf drei Säulen:

1. Die Patientenkompetenz: Patienten brauchen ein auf sie zugeschnittenes und qualitätsgesichertes Informationsangebot. Grundsätzlich hat jeder Mensch in Deutschland ein Recht auf umfassende Informationen und Aufklärung zu Gesundheitsfragen. Das im Jahr 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz schreibt sogar ausdrücklich vor, dass diese Informationen für Patienten verständlich sein müssen. Hier leisten die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft mit ihren vielfältigen Materialien und dem Informations- und Beratungsdienst „INFONETZ KREBS“ bereits einen wichtigen Beitrag. Wir arbeiten stetig daran, unser Angebot weiter zu entwickeln und an die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe anzupassen
2. Zum anderen ist es wichtig, die Kommunikationskompetenz auf ärztlicher Seite zu stärken: Der Arzt ist nicht mehr nur ausschließlich Behandler, er muss heute auch die Rolle des Beraters und Begleiters einnehmen. Dazu gehört nicht nur, Informationen verständlich vermitteln zu können, sondern auch einfühlsam auf den individuellen Patienten einzugehen und dessen Sorgen und Nöte immer im Auge zu behalten. Je besser Ärzte die Bedürfnisse und Erwartungen ihrer Patienten kennen, umso größer ist die Chance auf eine erfolgreiche Behandlung.
3. Sind Arzt und Patient in ihrer Kommunikationskompetenz gestärkt, kommt die dritte Säule der Patientenorientierung ins Spiel: im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung beschließen und tragen beide Partner gleichberechtigt und gemeinsam diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

Auf diesen drei Säulen fußt eine starke und moderne Patientenorientierung. Alle Bereiche sind gleichsam wichtig, das eine ist ohne das andere nicht möglich. Ich bin sicher, dass die Stärkung der Patientenorientierung die Qualität der onkologischen Versorgung in Deutschland weiter verbessern wird. Doch wir stehen hier erst ganz am Anfang, dieser Bereich ist noch weitgehend unerforscht. Wir halten es daher für notwendig und zwingend, verstärkt in die Patientenorientierung zu investieren. Um auch hier einen elementaren Beitrag zu leisten und um auf diesem wichtigen Feld voranzukommen, hat die Deutsche Krebshilfe kürzlich ein Förderschwerpunktprogramm „Patientenorientierung“ eingerichtet und hierfür drei Millionen Euro bereitgestellt. Mit diesem Programm sollen zahlreiche offene wissenschaftliche Fragestellungen bearbeiten werden.

Frage: Was ist das Ziel dieses neuen Förderschwerpunktprogrammes?

Wir wollen die Patientenorientierung verbessern durch ein effektives, zielgerichtetes und aufeinander abgestimmtes Handeln aller Verantwortlichen im Rahmen eines langfristig ausgerichteten Koordinierungs- und Kooperationsprogramms. Dies bedeutet im Einzelnen, dass wir

- evaluieren, welche Maßnahmen dazu beitragen können, die kommunikative Kompetenz von Leistungserbringern, wie Ärzten und anderen beteiligten Berufsgruppen, zu verbessern.
- die Patientenkompetenz analysieren, unter Berücksichtigung ihrer soziodemographischer Merkmale und subjektiver Präferenzen hinsichtlich einer Stärkung ihrer Kompetenz bezüglich Erkrankung und Versorgung.
- die Abläufe der Patientenversorgung untersuchen und der Fragestellung nachgehen, wie diese Prozesse die partizipative Entscheidungsfindungen beeinflussen. Schlussendlich sollen konkrete Modelle und Konzepte entwickelt werden, um die partizipative Entscheidungsfindung fest in den klinischen Alltag zu integrieren.

Meine Damen und Herren, der moderne Patient möchte aktiv zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes beitragen und mitentscheiden. Ich bin sehr froh darüber, dass die Stärkung der Patientenorientierung während der nächsten Tage hier in Berlin neben vielen anderen wichtigen Themen ebenfalls aufgegriffen und diskutiert wird.

Die Deutsche Krebshilfe wird Impulse aus den Diskussionen gerne aufgreifen und auch in Zukunft durch sinnvolle Projekte und Initiativen zur weiteren Verbesserung der Versorgung krebskranker Menschen beitragen – auch im Dialog mit der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik. Es wird wichtig sein, weiter in die Krebsforschung und andere Maßnahmen der Krebsbekämpfung zu investieren. Eine Aufgabe, der sich die Deutsche Krebshilfe auch künftig stellen wird, vor allem im Sinne der wichtigsten Personen: den an Krebs erkrankten Menschen.

Sie, liebe Medienvertreter, sind uns wichtige und starke Partner in unserem Kampf gegen den Krebs. Helfen Sie uns, das Thema und unsere Anliegen in die Öffentlichkeit zu transportieren.

CURRICULUM VITAE:

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas WIEGEL



Ärztlicher Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Ulm

Präsident des Deutschen Krebskongresses 2018

Schwerpunkte

- Radioonkologie, Strahlentherapie beim Prostatakarzinom

Beruflicher Werdegang

| | |
|-------------|--|
| Seit 2005 | Ärztlicher Direktor, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm |
| 2001 – 2005 | Professor, Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin/Charité – Universitätsmedizin Berlin |
| 1999 | Habilitation und Verleihung der Venia Legendi für das Fach „Strahlentherapie und Radioonkologie“, Fachbereich Humanmedizin der Freien Universität Berlin |
| 1996 – 2005 | Leitender Oberarzt, Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin |
| 1994 – 1995 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin |
| 1989 – 1994 | Arzt im Praktikum, Assistenzarzt, Abteilung Strahlentherapie, Universitätskrankenhaus Hamburg |
| 1991 – 1994 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Urologie an der Universitätsklinik Mainz und DFG-Forschungsaufenthalt in den USA (Indianapolis) |
| 1990 | Promotion |
| 1989 | Abschluss des Studiums der Humanmedizin |

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Wiegel

Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm

Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm

Tel.: 0731 50056101

E-Mail: thomas.wiegel@uniklinik-ulm.de

CURRICULUM VITAE:



Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Phys. Heinz-Peter SCHLEMMER

Leiter der Abteilung Radiologie & Sprecher des
Forschungsschwerpunktes Bildgebung und Radioonkologie am
Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Heidelberg

Schwerpunkte

- Multiparametrische und multimodale onkologische Bildgebung
- Ganzkörper-Bildgebung
- Hoch- und Ultrahochfeld-Magnetresonanztomographie
- PET/MRT Hybrid-Bildgebung
- Bildgebung in der Strahlentherapie
- Spezieller Fokus auf Bildgebung, bildgeführte Biopsie und fokale Behandlung bei Prostatakarzinom

Beruflicher Werdegang

- | | |
|-------------|---|
| 2016 | Visiting Professor at Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA |
| 2016 | Visiting Professor at Faculty of Medicine Khon Kaen University and Chiang Mai University, Thailand |
| 2016 | Visiting Professor at Faculty of Medicine & Health Science, University Putra, Kuala Lumpur, Malaysia |
| 2010 | W3-Professur „Radiodiagnostische Onkologie“ an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg |
| 2006 – 2010 | Außerplanmäßiger Professor für das Fach Diagnostische Radiologie an der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen |
| 2006 | Siemens, Medical Solution, Molecular Imaging (Development of MR/PET), Knoxville, Tennessee, USA |
| 2005 | Visiting Professor at Hamad Medical Center Department of Diagnostic Radiology, Doha, Katar |
| 2002 – 2003 | Privatdozent für das Fach Diagnostische Radiologie (Venia Legendi) an der |

| | |
|-------------|---|
| | medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg |
| 2000 | Visiting Professor at Chinese University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital, Dept. of Diagnostic Radiology and Organ Imaging, Shatin Hong Kong, China |
| 1995 – 2000 | Facharztausbildung in der Abteilung Radiologie am DKFZ sowie am Uniklinikum Mannheim und Heidelberg |
| 1993 | Yale University, Medical School Department of Diagnostic Radiology, New Haven, CT, USA |
| 1991 | Yale University, Medical School Department of Diagnostic Radiology, New Haven, CT, USA |
| 1989 | Universitätsklinikum Wien, Zentralinstitut für Diagnostische Radiologie |
| 1987 – 1994 | Studium an der medizinischen Fakultät (Dr. med.) |
| 1980 – 1987 | Studium an der Fakultät für Physik (Dipl.-Phys.) |

Mitgliedschaften, Auszeichnungen, Engagement

| | |
|--------------|--|
| 2015 – heute | Programmkoordinator „Bildgebung“ innerhalb des Forschungsschwerpunkts Bildgebung und Radioonkologie des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK) |
| 2014 – heute | Vorsitzender der Arbeitsgruppe Onkologische Bildgebung (2014 – 2015) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), seit 2016 stellvertretender Vorsitzender |
| 2013 – heute | Gründungsvorsitzender der Arbeitsgruppe Onkologische Bildgebung (2013 – 2016) der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG), seit 2016 Mitglied des Vorstands |
| 2012 – heute | Koordinator „Querschnittsthema Biomedizinische Bildgebung“ der Helmholtz-Gemeinschaft (HGF) |
| 2011 – heute | Mitglied der European Society of Radiology (ESR) |
| 2010 – heute | Vorsitzender des Forschungsausschusses der European Society of Oncologic Imaging (ESOI) |
| 2006 – 2014 | Präsident der International Cancer Imaging Society (ICIS), seit 2015 Mitglied des Exekutivkomitees |

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Phys. Heinz-Peter Schlemmer

Radiology (E010) Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg

Tel.: 06221 422563

E-Mail: h.schlemmer@dkfz.de

CURRICULUM VITAE:

Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Bernd KRAUSE



Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin,
Zentrum der Radiologie, Universitätsmedizin Rostock

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)

Schwerpunkte

- PET-Hybridbildgebung, Entwicklung neuer PET-Tracer, Radionuklidtherapien

Beruflicher Werdegang

| | |
|--------------|--|
| 2011 – heute | W2-Professur für Nuklearmedizin an der medizinischen Fakultät der Universitätsmedizin Rostock, Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, Universitätsmedizin Rostock |
| 2005 – 2010 | Oberarzt, Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München |
| 2003 – 2007 | Gastprofessur und Lehrauftrag, Abteilung Radiologie II, Medizinische Universität Innsbruck |
| 2003 – 2005 | C3-Professur für Nuklearmedizin, Universitätsklinikum Ulm, leitender Oberarzt und Vertreter des Klinikdirektors, Abteilung Nuklearmedizin, Radiologie III, Universitätsklinikum Ulm |
| 2000 – 2003 | Leitender Oberarzt und Vertreter des Klinikdirektors, Nuklearmedizinische Klinik, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Forschungszentrum Jülich |
| 2000 | Lehrbefugnis (Venia Legendi) für das Fach Nuklearmedizin |
| 2000 | Habilitation: „Untersuchungen zur zerebralen Repräsentation deklarativer Gedächtnisvorgänge mittels der Positronenemissionstomographie und der Kernspintomographie: Funktionelle Topographie und systemtheoretische Modellbildung“ |
| 1998 | Facharzt für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf |
| 1993 | Promotion „Einflüsse der Akquisition und Rekonstruktion auf die Qualität der SPECT-Technik“ |

- 1991 – 1992 Research Fellow, Department of Nuclear Medicine, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland, USA (Prof. H. Wagner)
- 1990 – 1991 Promotionstipendiat: Sérvíce Hôpitalier Frédéric Joliot, Orsay, Frankreich (Prof. A. Syrota, Prof. M. Bourguignon; *Bourse de formation doctorale pour étranger*, COMMISSARIAT A L'ENERGIE ATOMIQUE, CENTRE D'ETUDES NUCLEAIRES DE SACLAY, France)
- 1985 – 1993 Studium der Humanmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Bernd Krause

Universitätsmedizin Rostock,

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, Zentrum der Radiologie

Gertrudenplatz 1, 18057 Rostock

Tel.: 0381 4949101

E-Mail: bernd.krause@med.uni-rostock.de

CURRICULUM VITAE:



Univ.-Prof. Dr. med. Christoph RÖCKEN

Direktor des Instituts für Pathologie Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Schwerpunkt

- Hepatogastrointestinale Pathologie, Amyloidosen

Beruflicher Werdegang

| | |
|--------------|---|
| 2013 – heute | Leiter des zertifizierten Onkologischen Zentrums am Karl-Lennert-Krebszentrum, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel |
| 2009 – heute | Universitätsprofessor (W3) an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und Direktor des Instituts für Pathologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel |
| 2006 – 2009 | Universitätsprofessor (W2) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und leitender Oberarzt sowie stellvertretender Institutsdirektor am Institut für Pathologie an der Charité |
| 2002 – 2005 | Hochschuldozent und außerplanmäßige Professur der medizinischen Fakultät der Universität Magdeburg |
| 1998 – 2002 | Oberarzt am Institut für Pathologie der medizinischen Fakultät der Universität Magdeburg |
| 1998 | Habilitation und Venia Legendi der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg |
| 1997 – 1998 | Assistent am Institut für Pathologie der medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg |
| 1996 – 1997 | House Officer in General Medicine am Halton General Hospital in Runcorn, England |
| 1994 – 1995 | Auslandsstipendium am Sil and Moly Apps Medical Research Centre der Queen's University (Kingston) in Kanada |
| 1992 – 1994 | Assistenzarzt in der Pathologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| 1990 – 1992 | AIP und Assistenzarzt in der Pathologie im Marienkrankenhaus Hamburg |

1984 – 1990

Medizinstudium an der Universität Hamburg

Mitgliedschaften, Auszeichnungen, Engagement

- Mitglied der American Association for Cancer Research
- Mitglied der Europäischen Gesellschaft für Pathologie
- Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie der Deutschen Krebsgesellschaft
- Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Pathologie
- Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Amyloid-Krankheiten

Kontakt

Prof. Dr. Christoph Röcken

Direktor des Instituts für Pathologie

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Arnold-Heller-Str. 3/14, 24105 Kiel

Tel.: 0431 50015501

E-Mail: christoph.roecken@uksh.de

CURRICULUM VITAE:



Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried BUDACH

Leiter der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am
Universitätsklinikum Düsseldorf

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e. V.
(DEGRO)

Schwerpunkt

- Radioonkologie

Beruflicher Werdegang

| | |
|--------------|--|
| 2004 – heute | Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie am Universitätsklinikum Düsseldorf (C4-Professur) |
| 2001 | APL-Professur |
| 1996 | Arzt für Strahlentherapie |
| 1995 – 2004 | Leitender Oberarzt der Klinik für Radioonkologie am Universitätsklinikum Tübingen |
| 1995 | Verleihung der Venia Legendi und Ernennung zum Privatdozenten |
| 1992 – 1995 | Facharzt in der Abteilung für Strahlentherapie an der Universitätsklinik Essen |
| 1991 – 1992 | Research Fellow im Rahmen eines DFG-Stipendiums (15 Monate) im Department of Radiation Oncology am Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA |
| 1991 | Facharzt für Radiologie |
| 1986 | Promotion zum Doktor der Medizin an der Universität Kiel |
| 1985 | Approbation als Arzt; Truppenarzt im Rahmen des Wehrdienstes |
| 1978 – 1985 | Studium der Humanmedizin an den Universitäten Heidelberg und Kiel |

Mitgliedschaften, Auszeichnungen, Engagement

| | |
|--------------|---|
| 2017 – heute | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO) |
| 2015 – 2017 | Chairman der EORTC Radiation Oncology Group |
| 2014 | Kongresspräsident der 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie in Düsseldorf |

- 2013 Honorary Member of the Belgium Society for Therapeutic Radiology and Oncology
- 2012 Kongresspräsident der 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie in Stuttgart
- Mitglied in verschiedenen S3-Leitlinienkommissionen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG): Mammakarzinom, Magenkarzinom, Kolorektale Karzinome, Mundhöhlentumoren und Larynxkarzinome
 - Erfahrung als Studienleiter und als Mitglied der Studienleiterkommission von mehr als 20 klinischen Studien im Bereich der Radioonkologie
- Mehr als 250 PubMed-gelistete Publikationen

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Budach

Universitätsklinikum Düsseldorf,
Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
Tel.: 0211 8117991
E-Mail: strahlentherapie@med.uni-duesseldorf.de

CURRICULUM VITAE:

Univ.-Prof. Dr. med. Peter ALBERS



Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum
Düsseldorf

Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Schwerpunkte

- Urologische Onkologie mit Schwerpunkt Prostatakarzinom, Urothelzellkarzinom, Keimzelltumoren
- Wissenschaftliche Leitung der PROBASE-Studie (www.probase.de) zum risikoadaptierten PSA-Screening in der Prostatakrebsfrüherkennung

Beruflicher Werdegang

| | |
|--------------|---|
| 2008 – heute | Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Düsseldorf |
| 2003 – 2008 | Chefarzt der Klinik für Urologie des Klinikums Kassel |
| 1994 – 2003 | Klinik und Poliklinik für Urologie der Universität Bonn |
| 1997 | Habilitation |
| 1991 – 1994 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Urologie an der Universitätsklinik Mainz und DFG-Forschungsaufenthalt in den USA (Indianapolis) |
| 1988 | Promotion zum Doktor der Medizin |

Mitgliedschaften, Auszeichnungen, Engagement

- Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft seit 2016
- Präsident des Deutschen Krebskongresses 2012
- Past-Sprecher und Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) der Deutschen Krebsgesellschaft
- Sprecher der Zertifizierungskommission Prostatakarzinomzentren der DKG (2008 – 2016)
- Mitglied der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

- Mitglied des Scientific Program Committee der American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2013 – 2016)
- Mitglied des Scientific Office der European Association of Urology (EAU) (seit 2012)
- Chairman der EAU Testis Cancer Guidelines Group
- Mitglied des International Research Advisory Boards der Movember Foundation (Testis Cancer RAC)

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. Peter Albers

Universitätsklinik Düsseldorf, Klinik für Urologie

Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

Tel.: 0221 8118110

E-Mail: urologie@uni-duesseldorf.de

CURRICULUM VITAE:

Gerd NETTEKOVEN



Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Krebshilfe

Beruflicher Werdegang

| | |
|-------------|--|
| Seit 2015 | Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Krebshilfe |
| 2007 - 2014 | Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe, Bonn |
| 2000 - 2007 | Geschäftsführer der Deutschen Krebshilfe für die Bereiche Förderung und Öffentlichkeitsarbeit |
| Seit 1993 | Geschäftsführer der Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung gGmbH (Tochterorganisation der Deutschen Krebshilfe) |
| 1991 - 2000 | Stellvertretender Geschäftsführer der Deutschen Krebshilfe |
| 1982 - 2000 | Abteilungsleiter/Bereichsleiter Förderung der Deutschen Krebshilfe |
| 1978 - 1982 | Kaufmännischer Angestellter bei der Deutschen Krebshilfe |
| 1974 - 1976 | Ausbildung zum Industriekaufmann |
| 1956 | geboren in Bonn-Bad Godesberg |

Auszeichnungen

| | |
|--------------|--|
| Februar 2016 | Verleihung der Johann-Georg-Zimmermann-Medaille 2015/2016 in Anerkennung seiner Lebensleistung |
|--------------|--|

Kontakt

Gerd Nettekoven

Stiftung Deutsche Krebshilfe
Buschstraße 32, 53113 Bonn
Tel.: 0228 7299096
E-Mail: presse@krebshilfe.de