

# Aktuelle Daten vom 11. BNGO-Hauptstadtkongress

Der diesjährige BNGO-Hauptstadtkongress fand am 9. und 10. Juni live in Berlin statt. Die rund 200 Teilnehmer:innen informierten sich über neue Studiendaten – der ASCO-Kongress war gerade zu Ende gegangen – und die Vorträge dazu waren folglich besonders spannend und aktuell. Was war relevant beim ASCO für die gynäko-onkologische Praxis in der Niederlassung? Welchen praktischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen müssen sich die BNGO-Mitglieder stellen? Dies und vieles mehr wurde in dem zweitägigen Kongress präsentiert und diskutiert.

## Mammakarzinom

Die Gesamtmortalität beim Mammakarzinom hat sich durch besseres Screening und moderne Therapien seit 1980 um mehr als die Hälfte verringert, führte Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer, Berlin, eingangs aus [1]. Am schlechtesten schneiden immer noch die triple-negativen Mammakarzinome (TNBC) ab. Blohmer stellte die beim ASCO präsentierten Studien-Highlights vor. Zuerst ging er auf das metastasierte Mammakarzinom (mBC) ein. In der PALMIRA-Studie [2] führte Palbociclib „beyond progression“ nicht zu einer Verbesserung des Überlebens im Vergleich zu einer endokrinen Monotherapie. Blohmer empfiehlt daher bei Tumorprogress unter endokriner und CDK4/6-Inhibitor-Behandlung einen Wechsel des Kombinationspartners der endokrinen Therapie (ET, anderer CDK4/6-Inhibitor, mTOR-Antagonist, PIK3CA-Inhibitor) oder Wechsel des Therapieprinzips (Chemotherapie, PARP-Inhibitor). Die Beibehaltung des CDK4/6-Inhibitors und eine Veränderung des endokrinen Partners sei nicht zu empfehlen.

In der TROPICS-02-Studie verlängerte Sacituzumab govitecan (SG) auch nach längerer Nachbeobachtungszeit das progressionsfreie Überleben (PFS) und das Gesamtüberleben (OS) bei vielfach vorbehandelten Patient:innen mit ER+ und HER2-negativem bis HER2-low mBC [3]. Laut Blohmer gibt es keine Patient:innengruppe, der diese Behandlung nicht angeboten werden sollte. In einer altersspezifischen gepoolten Analyse der Studien DESTINY-Breast01, -02 und -03 mit Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd) war die Substanz auch bei älteren Patient:innen mit mBC wirksam, bei leicht erhöhter Toxizität [4]. Laut Blohmer ist die Therapie

mit T-DXd bei gegebener Indikation zu empfehlen, da sich die Effektivität der Behandlung nicht von der bei jüngeren Patient:innen unterscheidet. Man sollte jedoch bei älteren Patient:innen besonders auf Komorbiditäten und die Nebenwirkungen der Therapie achten.

Zum frühen Mammakarzinom stellte er die Daten der monarchE-Studie mit Abemaciclib bei älteren Patient:innen vor [5]. Hier zeigte sich, dass der positive Effekt der zusätzlichen Gabe von Abemaciclib zur adjuvanten ET nicht vom Alter der Patient:innen abhängig ist, obwohl bei älteren Patient:innen häufiger Dosisreduktionen vorgenommen werden mussten. Dies hatten jedoch keine Auswirkung auf die Effektivität der Behandlung.

Neu waren die Daten der NATALEE-Studie [6] mit der adjuvanten Gabe von Ribociclib in der niedrigeren Dosierung von 400 mg täglich. Die Hinzunahme von Ribociclib zur adjuvanten ET verlängerte das rezidivfreie und das metastasenfremde Überleben von Patient:innen mit einem high-risk Mammakarzinom altersunabhängig. Die tägliche 400-mg-Dosis war besser verträglich und ebenso wirksam wie die bisher zugelassene 600-mg/d-Dosierung.

Eine EBCTCG-Metaanalyse zum Einfluss der Unterdrückung der Ovarialfunktion (OFS) führte bei prämenopausalen Frauen mit frühem HR+ Mammakarzinom zu einem verminderten Rezidivrisiko und geringerer Brustkrebspezifischer Mortalität [7]. Der Benefit war unabhängig von einer vorausgegangenen Chemotherapie, aber geringer bei gleichzeitiger Gabe von Tamoxifen und OFS.

Eine wichtige Studie zur Lebensqualität von Patient:innen mit Mammakarzinom ist die PreCycle-Studie [8]. Bei Anwendung der App Cancado Pro React Onco war die Zeit bis zur Verschlechterung der Lebensqualität von Patient:innen, die eine orale Tumorthherapie erhielten, signifikant verlängert. Durch diese, die Patientin einbeziehende Methode und eine frühe Intervention im Fall von Nebenwirkungen lässt sich die Zeit bis zur Verschlechterung der Lebensqualität unter der medikamentösen Therapie des mBC verlängern. Ob dies Auswirkungen auf die Effektivität der Therapie haben wird, ist Gegenstand aktuell laufender Studien (PRO-B), fasste Blohmer zusammen.

## Gynäkologische Tumoren

Prof. Dr. Jalid Sehouli, Berlin, kommentierte die wichtigsten Studien vom ASCO zu gynäkologischen Tumoren. In der RUBY-Studie [9] beim fortgeschrittenen oder rezidivierten Endometriumkarzinom verlängerte der Anti-PD-1-Antikörper Dostarlimab + Carboplatin/Paclitaxel das PFS signifikant, mit einem erheblichen Nutzen in der Population mit defizienter Mismatch-Reparatur (dMMR) und hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H). Auch die Lebensqualität war verbessert.

Beim Zervixkarzinom im Frühstadium mit geringem Risiko ist die 3-Jahres-Rate der Beckenrezidive nach einfacher Hysterektomie nicht schlechter als nach radikaler Hysterektomie, jedoch treten weniger chirurgische Komplikationen auf und die Patient:innen haben eine bessere Lebensqualität. Dies waren die Ergebnisse der CCTG CX.5 (SHAPE)-Studie [10]. Dies könnte ein neuer Standard für die Praxis werden, so Sehouli.

Die finalen Langzeitergebnisse der **KEYNOTE-826-Studie** zum fortgeschrittenen Zervixkarzinom wurden ebenfalls beim ASCO vorgestellt [11]. Die Zugabe von Pembrolizumab zur Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab senkte das Sterberisiko in der Population mit PD-L1 CPS  $\geq 1$  signifikant um 40%, in der All-Comer-Population um 37% und in der CPS  $\geq 10$ -Population um 42%. Dies ist laut Sehouli bereits Behandlungsstandard.

In der **DUO-O-Studie** beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom verbesserte die Kombinationstherapie mit Bevacizumab, Durvalumab und Standardchemotherapie gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Bevacizumab, Durvalumab und Olaparib das PFS signifikant, auch ohne homologe Rekombinationsdefizienz (HRD-negative Tumoren) [12]. Die Diskussionen zum OS und zur Lebensqualität bleiben abzuwarten, da eine hohe Toxizität zu erwarten ist. Bei 35% der Patientinnen unter der Dreifach-Erhaltungstherapie traten Nebenwirkungen auf, die das Absetzen mindestens eines Therapiebestandteils erforderten.

Die **MIRASOL-Studie** mit dem Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (ADC) Mirvetuximab-Soravtansin konnte zeigen, dass das ADC beim Platin-resistenten Ovarialkarzinom PFS und OS im Vergleich zu einer konventionellen Chemotherapie verbessert [13].

Interessante Signale für gynäkologische Malignome gab es aus der Studie **DESTINY-PanTumor-02**, einer tumoragnostischen Studie mit T-DXd, die eine Reihe von HER2-exprimierenden soliden Tumoren umfasst [14]. Die Zwischenergebnisse der Phase-II-Studie zeigen, dass T-DXd eine breite Aktivität über alle Tumortypen hinweg und ein konsistentes Toxizitätsprofil wie in vorausgegangenen Studien aufweist. Die Wirksamkeit war besonders ausgeprägt bei Zervix-, Endometrium- und Ovarialkarzinomen.

Zum Schluss stellte Sehouli die Frage: sind 6 Zyklen adjuvante Chemotherapie beim FIGO-II/IV-Ovarialkarzinom in Stein gemeißelt? Diese Frage untersucht die Studie

**ENGOT-ov62/N-PLUS**, die bei optimal operierten Patientinnen prüft, ob eine Erhaltungstherapie mit Niraparib bei Erreichen einer kompletten Remission (CR) bereits nach 3 Zyklen Carboplatin/Paclitaxel ebenso effektiv ist wie der derzeitige Standard Erhaltungstherapie bei Ansprechen auf die Platinhaltige Chemotherapie (CR + partielle Remission (PR)) nach 6 Zyklen [15]. Auf diese Ergebnisse dürfe man auch im Sinne der Therapieoptimierung für die Patientinnen gespannt sein, so Sehouli.

### Spezielle Themensitzungen

Wie in den vorhergehenden Jahren wurden für Ärzt:innen und medizinische Fachkräfte praxisbezogene Themensitzungen angeboten, auf die hier nur auszugsweise eingegangen werden kann. Barbara Kempf, Geschäftsführerin der Berliner Krebsgesellschaft und Fachärztin für Hämatologie/Onkologie ging auf die wichtige Rolle der Landeskrebsgesellschaften bei der **psychosozialen Versorgung der Patient:innen** ein. Im Anschluss erläuterte Sabine Rubai von der saarländischen Krebsgesellschaft, wie herausfordernd die **psychosoziale Begleitung von Kindern krebskranker Eltern** ist und mit welchen Traumata die Kinder konfrontiert sind. Rubai betonte die Bedeutung der Familiendiagnose Krebs für Eltern und Kinder und erklärte, wie betroffene Familien durch psychosoziale Begleitung Hilfe und Halt bekommen. Sie ging auch auf das sensible Thema „mit Kindern über Krebs sprechen“ ein.

Anhand von Schadensbeispielen erläuterte Markus Schon, Luxemburg, das Thema **Cybersicherheit in der Praxis**. Er zeigte mögliche Einfallstore für einen Cyberangriff auf und erklärte die IT-Sicherheitsrichtlinie § 75b SGB V der KZBV, die Präventionsmöglichkeiten und Versicherungslösungen anspricht.

Dr. Georg Heinrich, Fürstenwalde, stellte in seinem Vortrag die Frage, was **neue Therapien für die gynäko-onkologische Praxis** bedeuten. Er machte deutlich, dass auch in den Praxen überlegt werden müsse, ob die derzeitigen Strukturen noch zeitgemäß sind, oder ob man neue Wege gehen muss.

Dass das **molekulare Tumorboard** keine Science-Fiction, sondern eine ernsthafte Bereicherung für die Auswahl von Therapieoptionen ist, zeigte Dr. Damian Rieke, Berlin, auf.

In bewährter Weise führte Dr. Steffen Wagner, Saarbrücken, das Auditorium durch integrative Ansätze der **Komplementärmedizin für die gynäko-onkologische Praxis**. Er wies darauf hin, dass die Patient:innen komplementäre Therapieergänzungen immer mehr einfordern, was sich auch in einigen Patient:innenbefragungen des BNGO gezeigt hatte.

PD Dr. Maria Margarete Karsten, Berlin, machte deutlich, dass **digitales Symptommonitoring in der Onkologie** einen Mehrwert besitzt und langfristig eher eine Bereicherung als eine Belastung darstellt. Dass dies auch für die gynäkologische Onkologie zutrifft, konnte sie anhand einiger Beispiele herausarbeiten. Sie machte auf die multizentrische, zweiarmlige, randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie PRO-B aufmerksam, die bei 1.000 Patientinnen in 63 zertifizierten Brustkrebzentren in ganz Deutschland die Auswirkungen eines intensivierten digitalen PRO-Monitorings auf die Lebensqualität und das Überleben von Patientinnen mit mBC untersucht.

Ist die **Akademisierung der Pflege** ein Problem, wenn es um Fachkräftemangel bei der Patientenversorgung geht, oder ist dies eine Chance für Pflegende, endlich die Anerkennung zu bekommen, die sie verdienen. Darüber diskutierten Lilly Gilster, die an der Charité Berlin Pflegewissenschaften studiert und Dr. Tobias Gilster, Frauenarzt in Bayreuth.

Zu der **neuen Leitlinie Endometriumkarzinom** referierte PD Dr. Beyhan Ataseven, Essen. Sie ging auf das hereditäre Endometriumkarzinom ein, diskutierte Aspekte der operativen Therapie, der molekularen Subtypisierung und deren prognostische und prädiktive Bedeutung und zeigte die Möglichkeiten der Systemtherapie einschließlich der Rolle der Immuntherapie auf.

Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Heidelberg, erläuterte in seinem

Vortrag **Grenzen und Nutzen von Therapiealgorithmen**. Er bewertete sie als alltagstaugliche Kompromisse zwischen Genauigkeit und Pragmatismus, mit den Vorteilen, dass sie übersichtlich, vereinfachend und komprimiert Therapieempfehlungen darstellen. Nachteile seien jedoch, dass sie nicht umfassend und Netzwerk-orientiert seien und zum Teil sehr formalistisch und komplex.

Zum wichtigen Thema **Medikamenteninteraktion in der gynäko-onkologischen Therapie** referierte Apotheker Jürgen Barth, Gießen. Er beschrieb in seinem Beitrag Wechselwirkungen von Onkologika mit Nahrungsmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln und Phytopharmaka.

Den Abschluss der wissenschaftlichen Beiträge bildete der praxisrelevante Vortrag von PD Dr. Sören von Otte, Kiel, der fragte, ob das Management von **Menopausenbeschwerden nach Mammakarzinom** eine „mission impossible“ ist. Nach einer Brustkrebserkrankung leiden Frauen häufig unter klimakterischen Beschwerden. Außer Hitzewallungen sind v.a. urogenitale Symptome ein Problem. Es gebe leider wenig Evidenz zur Frage, wie sinnvoll vaginale Hormontherapien in

dieser Konstellation wären. Er ging auf Aspekte der Fortpflanzung und Familiengründung ein und machte deutlich, wie bedeutsam diese Fragestellungen für die Betroffenen sind.

### Satelliten-Symposien

Die wissenschaftlichen Kongressbeiträge wurden durch zahlreiche Symposien der unterstützenden Industriepartner ergänzt, in denen die Zuhörer:innen interessante Hintergrundinformationen erhielten. Im Symposium von GSK sprach Prof. Dr. Klaus Pietzner, Berlin, über die medikamentöse Therapie des Endometriumkarzinoms und zeigte aktuelle Daten zum primär fortgeschrittenen und rezidierten Endometriumkarzinom auf. Das Pfizer-Symposium stellte die Patientin mit mBC in den Mittelpunkt. Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Frank Förster, Chemnitz, gingen Prof. Dr. Dorothea Fischer, Potsdam, und PD Dr. Gülten Oskay-Özcelik, Berlin, auf moderne Möglichkeiten der Therapieoptimierung ein. Die Referent:innen des gemeinsamen Symposiums von Daiichi Sankyo & AstraZeneca Prof. Förster, Dr. Theresa Link, Dresden, und Prof. Dr. Michael Untch, Berlin, erläuterten die Anwendung von ADCs beim mBC im Praxisalltag. Sie gingen u.a. auf aktuelle Zulassungen und

Therapieempfehlung für das HER2-Spektrum beim mBC ein und diskutierten wichtige patient:innenrelevante Fragestellungen anhand von Kasuistiken. Im Symposium von AstraZeneca beschäftigten sich Dr. Oskay-Özcelik und Prof. Pietzner mit einem Update zu Erhaltungstherapien bei gynäkologischen Tumoren. Das Satelliten-Symposium von Gilead unter dem Vorsitz von Prof. Blohmer umfasste das Thema der ADCs. Dr. Antje Belau, Greifswald, berichtete über eigene Erfahrungen mit ADCs beim TNBC und Dr. Peter Klare, Berlin, zeigte Perspektiven mit ADCs beim Mammakarzinom auf. Die Fachanwältin für Medizinrecht, Bibiane Schulte-Bosse, Bonn, ging auf Fragen zum wirtschaftlichen Einsatz von neuen Arzneimitteln in der gynäkologischen Onkologie ein. Im Mini-Satelliten-Symposium von Roche diskutierten Dr. Jörg Schilling, Berlin, und Dr. Heinrich über die Therapie des frühen HER2+ Mammakarzinoms in einer sich verändernden (Gesundheits-)Welt.

*Dr. rer. nat. Petra Ortner*

**Quelle: 11. BNGO-Hauptstadtkongress, 9./10.06.2023, Berlin**

Die Literatur finden Sie unter:  
[www.med4u.org/26738](http://www.med4u.org/26738)



### Highlights des 11. BNGO-Kongresses aus Sicht des BNGO-Vorsitzenden Dr. Jörg Schilling

„Für mich jedes Jahr wieder ein Highlight sind die Vorträge unserer beiden Ordinarien der Charité, Prof. Blohmer und Prof. Sehouli. Beide halten dem BNGO-Kongress schon viele Jahre die Treue und stellen uns ganz brandaktuell immer die neuesten Daten vom ASCO vor. In diesem Jahr war das eine besondere Challenge, denn der Kongress ging erst am Dienstag vor unserem Kongress zu Ende. An dieser Stelle noch einmal ein ganz herzliches Dankeschön an die zwei! Für mich als Vorsitzenden des BNGO sind neben den wissenschaftlichen Highlights natürlich auch der berufspolitische Austausch und unsere berufliche Marschrichtung

als niedergelassene und ambulant tätige gynäkologische Onkolog:innen von herausragender Bedeutung. Die Frage des Nachwuchses stellt sich auch bei uns: was wird aus unseren Praxen und der ambulanten gynäkologischen Onkologie, wenn wir „Babyboomer“ das Rentenalter erreicht haben? Wissenschaftlich interessant und besonders praxisrelevant waren für mich die Interimsergebnisse der NATALEE-Studie, die gezeigt haben, dass man mit der niedrigeren Dosierung von 400 mg Ribociclib beim frühen Mammakarzinom dieselben onkologischen Resultate bei geringerer Toxizität erreichen kann. Die Nachbeobachtungszeit mit 3 Jahren ist zwar noch kurz, aber es zeichnet sich

schon ein Trend zum besseren Überleben ab. Für interessant und praxisrelevant halte ich außerdem die Daten der PreCycle-Studie, die beim ASCO von Prof. Dr. Nadia Harbeck, München, präsentiert wurden. Diese erste multizentrische, randomisierte eHealth-Studie hat einen signifikanten Nutzen für die Lebensqualität von Patient:innen mit metastasierter Erkrankung unter oraler Tumorthherapie mit einem CDK4/6-Inhibitor nachgewiesen, wenn sie eine interaktive, autonome App zur Dokumentation von patient reported outcomes verwenden. Was es sonst noch Spannendes bei unserem Kongress gab, können Sie in dem Übersichtsbeitrag von Dr. Petra Ortner (s.o.) nachlesen.“



Dr. Simone  
Linsenbühler, Nürnberg

## Wir begrüßen ein neues Mitglied im BNGO

Interview mit Dr. med. Simone Linsenbühler, Nürnberg.

**Dr. Simone Linsenbühler absolvierte die Facharztausbildung zur Gynäkologin in der Frauenklinik des Klinikums Nürnberg Nord und leitete 3 Jahre das dortige Brustzentrum als Oberärztin. Seit Oktober 2022 ist sie ausschließlich ambulant am Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) XIII des Klinikums tätig. Sie ist Mitglied der Kommission IMed (Integrative Medizin in der Onkologie) der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) und seit kurzem BNGO-Mitglied.**

### » Warum haben Sie sich für die Mitgliedschaft im BNGO entschieden?

Mein Kollege Tobias Gilster, mit dem ich in der gynäkologischen Onkologie in unserem MVZ in Nürnberg zusammenarbeite, ist Mitglied des Vorstands des BNGO. Durch ihn wurde ich auf den Berufsverband aufmerksam. Letztes Jahr war ich bereits eingeladen, im Rahmen des Kongresses einen Vortrag über Komplementärmedizin in der Onkologie zu halten. Dies ist eines meiner Schwerpunktthemen. Ich war schon damals begeistert vom gesamten Kongressprogramm und der kollegialen Atmosphäre, war aber zu dieser Zeit noch mehr in der Klinik verhaftet. Seit einigen Monaten arbeite ich jetzt nur noch in der ambulanten onkologischen Patientenversorgung im MVZ. Durch die Mitgliedschaft im Berufsverband kann ich gut netzwerken und mich mit gleichgesinnten Kolleg:innen austauschen.

### » Was zeichnet Ihrer Meinung nach den Berufsverband besonders aus?

Wir gynäkologische Onkolog:innen in der Praxis werden leider immer weniger. Heutzutage übernehmen oft die internistischen Onkolog:innen unsere

Tätigkeiten in der systemischen gynäkologischen Onkologie. Ich finde es großartig, dass es diesen Verband für uns onkologisch tätige niedergelassene Gynäkolog:innen gibt, der sich berufspolitisch dafür einsetzt, dass die gynäkologische Onkologie in der Praxis eben nicht ausstirbt. Von großer Bedeutung ist es für mich, dass die BNGO-Mitglieder als Einheit auftreten und gemeinsame Ziele verfolgen, und dass man sich gegenseitig bei sämtlichen Fragestellungen unterstützt. Da es gute Kooperationen zu anderen Fachverbänden gibt, kann man sich auch wissenschaftlich gut einbringen.

### » Wie hat Ihnen der BNGO-Jahreskongress gefallen und was nehmen Sie mit nach Hause?

Der Kongress war wieder toll! Ich wurde als neues Mitglied sehr freundlich aufgenommen und sofort integriert, sowohl beruflich bei fachlichen Gesprächen und in der Mitgliederversammlung als auch „sozial“ beim Gesellschaftsabend. Ich habe selten bei einer Mitgliederversammlung so viel Loyalität unter Ärzt:innen erlebt. Die Gesamtstimmung im BNGO ist einfach nur positiv. Das Fortbildungsangebot des Verbandes sowohl für uns Ärzt:innen

als auch für die Praxismitarbeiter:innen und die onkologischen Pflegekräfte ist einfach hervorragend, das konnte ich so aus der Klinik nicht. Es wurden nicht nur aktuelle Studiendaten präsentiert, sondern es gab viel Raum für praxisrelevante Themen und Aspekte der Patient:innenversorgung, wie im Bericht dargestellt. Sehr gut gefällt mir die mir aufgezeigte Möglichkeit, mich auch aus der ambulanten Patientenversorgung heraus an Studien zu beteiligen. Ich habe viele Kolleg:innen kennengelernt, die ich jetzt bei fachlichen Fragen anschreiben kann. Ich freue mich schon auf die nächste Veranstaltung!

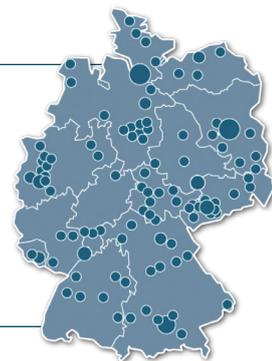
Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte  
Dr. rer. nat. Petra Ortner

46

#### BNGO e.V.

Geschäftsstelle  
Friedenstraße 58  
15366 Neuenhagen  
Tel.: 03342/42689 -70  
Fax: 03342/42689 -80  
E-Mail: info@bngo.de  
Internet: www.bngo.de



### BNGO-Hauptstadtkongress 2024

Der 12. BNGO-Hauptstadtkongress findet am 24./25. Mai 2024 traditionell im Hotel Maritim proArte in Berlin statt.

Save the date!