Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V.

Dr. Steffen Wagner, Saarbrücken

ESMO 2025 – Highlights für die gynäkologische Praxis zum Mammakarzinom

Interview mit Dr. med. Steffen Wagner, Saarbrücken

Nach 7 Jahren fand der Kongress der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (ESMO) im Oktober 2025 wieder einmal in Deutschland und zwar in Berlin statt. BNGO-Vorstandsmitglied Dr. Steffen Wagner, niedergelassener gynäkologischer Onkologe aus Saarbrücken, hat den Kongress virtuell verfolgt. Er kommentiert für uns wichtige dort gezeigte Studienergebnisse zum Mammakarzinom und schildert seine Sicht auf die klinische Relevanz der Daten für die onkologische Therapie in der Niederlassung.

» Sie haben den ESMO 2025 verfolgt. Welche Daten zum Mammakarzinom waren für Sie aus Sicht der Praxis am relevantesten?

Besonders beeindruckend für mich war, dass wir nun mehrere Studien zu den CDK4/6-Inhibitoren (CDK4/6i) mit ausgereiften Überlebensdaten haben. Die Analyse der monarchE-Studie nach 7 Jahren bestätigt erstmals einen signifikanten Gesamtüberlebens (OS)-Vorteil von 2% für Abemaciclib in der Adjuvanz bei Hormonrezeptor-positiven (HR+), HER2-negativen Hochrisiko-Mammakarzinomen [1]. Die Hazard Ratio lag bei ca. 0,84 (p≈0,03). Der Unterschied beim invasiv krankheitsfreien Überleben (iDFS) lag bei 7%. Dies ist das erste Mal, dass wir bei der adjuvanten Therapie mit CDK4/6i einen OS-Vorteil sehen können. Auch 5-Jahres-Daten aus der NATALEE-Studie mit Ribociclib zeigen eine anhaltende 28%ige Risikoreduktion nach 5,6 Jahren (absolut 4,5%) beim iDFS und einen positiven Trend beim OS (HR≈0,80; p=0,03) [2]. Diese Langzeitergebnisse festigen die Rolle der CDK4/6i in der adjuvanten Situation bei HR+ Hochrisiko-Patientinnen auch ohne oder mit geringem Lymphknotenbefall.

» Verändert dies die Therapieentscheidungen in der täglichen Praxis?

Ja, ganz eindeutig! Wir sprechen heute nicht mehr nur über die Frage, ob eine erweiterte Therapie sinnvoll ist, sondern auch über die Dauer und die richtige Patientinnen-Selektion. Die Auswahlkriterien müssen präzise definiert sein, und die Beratungsgespräche werden deutlich intensiver. Die Frauen möchten wissen, welchen individuellen Nutzen sie erwarten dürfen, welche Nebenwirkungen auftreten können und wie sich das auf Alltag, Beruf und Familienleben auswirkt. Nicht alle Patientinnen entscheiden sich dann für eine adjuvante CDK4/6i-Therapie. In meiner Praxis planen wir für solche Gespräche bewusst längere Beratungszeiten ein – oft 30-45 Minuten. Es kommt darauf an, die Chancen und Risiken transparent darzustellen und die Patientinnen aktiv in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

» Die neuen Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADCs) haben auf dem ESMO große Aufmerksamkeit erhalten. Wie sehen Sie dies?

Zu Recht. Wir erleben vor allem mit Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) den großen Erfolg einer neuen Substanzgeneration. Bei der neo-/postneoadjuvanten Therapie bei HER2+ Karzinomen ergaben sich folgende neue Daten: Die DESTINY-Breast11-Studie hat gezeigt, dass T-DXd in der neoadjuvanten Situation bei HER2+ Hochrisiko-Tumoren eine pathologische Komplettremissionsrate (pCR) von 67,3% erreicht – gegenüber 56,3% mit dem bisherigen Standard (dosisdichtes EC → THP) [3]. Bemerkenswert ist auch die geringere Rate schwerer Nebenwirkungen und die Möglichkeit, künftig auf Anthrazykline zu verzichten. Diese Substanzen werden unsere Therapiesequenzen nachhaltig verändern. Die DESTINY-Breast05-Studie zeigte, dass T-DXd bei HER2+ frühem Brustkrebs mit Resttumor nach neoadjuvanter Therapie dem bisherigen Standard Trastuzumab-Emtansin (T-DM1) deutlich überlegen ist [4]. Das Risiko für Rückfall oder Tod wurde um 53% reduziert (HR=0,47), die 3-Jahres-iDFS-Rate lag bei 92,4% gegenüber 83,7% unter T-DM1. Auch das Fernmetastasenrisiko war etwa halbiert. Das Sicherheitsprofil war insgesamt vergleichbar, jedoch traten interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) bei rund 10% der Patientinnen auf, darunter 2 Todesfälle. T-DXd dürfte damit den neuen Standard im adjuvanten Setting für Patientinnen mit hohem Rückfallrisiko darstellen, aber unter konsequentem Monitoring möglicher Lungentoxizität.

» Wie setzen Sie das in Ihrer Praxis konkret um?

In der Praxis müssen wir ein sehr gutes Verständnis für die typischen Toxizitäten entwickeln. Besonders die ILD unter T-DXd erfordert eine klare Aufklärung, frühzeitige Erkennung und definierte Handlungspläne. Das Wissen über potenzielle Nebenwirkungen wird zunehmend zu einem zentralen Bestandteil ärztlicher Kompetenz – pharmakologisch ebenso wie kommunikativ. In der ambulanten Versorgung müssen Strukturen geschaffen werden, die solche komplexen Therapien tragen können. Dazu gehören regelmäßige Labor- und EKG-Kontrollen bei Patientinnen unter CDK4/6i und die fortlaufende Schulung des gesamten Teams in der

Früherkennung kritischer Symptome. Ebenso wichtig ist die enge Kommunikation mit Hausärzt:innen und anderen Fachkolleg:innen, um Nebenwirkungen rasch zu erkennen und zu adressieren. Hier ist auch die Aufmerksamkeit auf Komedikationen zu richten. Der Zeitaufwand für Aufklärung ist deutlich gestiegen. Wir sprechen mit Patientinnen ausführlich über u.a. Fatigue, hämatologische und gastrointestinale Nebenwirkungen sowie über emotionale Belastungen. Das gelingt nur im Team. Den Pflegekräften kommt bei der Früherkennung von Nebenwirkungen und Toxizitäten eine besonders zentrale Aufgabe zu. Es sollte außerdem standardmäßig an eine psychosoziale Beratung und Anbindung an entsprechende Beratungsstellen gedacht werden.

» Was war interessant und relevant beim triple-negativen Mammakarzinom (TNBC)?

Beim metastasierten TNBC zeigen die neuen Daten mit den ADCs Sacituzumab Govitecan und Datopotamab-Deruxtecan deutliche Fortschritte. In der Studie ASCENT-03 verlängerte Sacituzumab Govitecan als Erstlinientherapie bei PD-L1-negativem, metastasiertem TNBC das progressionsfreie Überleben (PFS) signifikant (HR≈0,62) gegenüber Chemotherapie, und das ohne Kombination mit Immuncheckpoint-Inhibitoren [5]. Die Studie TROPION-Breast02 bestätigte für Datopotamab-Deruxtecan ebenfalls signifikante Vorteile in PFS und OS, selbst bei Patientinnen ohne PD-L1-Expression [6]. Das ist klinisch bedeutsam, da diese Frauen bislang nur wenige zielgerichtete Optionen hatten.

» Welche Herausforderungen ergeben sich durch neuen Substanzen?

Sie bringen enorme Chancen, aber auch seltene, potenziell schwerwiegende Toxizitäten mit sich. Hier brauchen wir ein engmaschiges Netzwerk erfahrener Fachkolleg:innen, am besten organisiert über die Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV). So können Nebenwirkungen früh erkannt und sicher behandelt werden – das ist der Schlüssel für Qualität und Sicherheit in der modernen Onkologie. Wir müssen verstehen, welche Therapie bei welcher Patientin in welcher Lebenssituation sinnvoll ist. Medizinischer Fortschritt bedeutet nicht nur, die Lebenszeit zu verlängern, sondern auch die Lebensqualität zu verbessern. Das erfordert Wissen, Erfahrung und v.a. Zeit für Aufklärung und Begleitung.

» Ein anderes Thema betrifft die Lebensplanung junger Frauen. Welche neuen Erkenntnisse gab es hier?

Die POSITIVE-Studie ist in dieser Hinsicht für die tägliche Praxis von großer Bedeutung. Sie zeigt, dass eine zeitlich begrenzte Unterbrechung der endokrinen Therapie (ET) bei jungen Frauen mit HR+ Mammakarzinom, die schwanger werden möchten, kein erhöhtes kurzfristiges Rückfallrisiko verursacht. Nach mindestens 18-24 Monaten adjuvanter Behandlung konnte innerhalb eines Beobachtungszeitraums von 41 Monaten kein Unterschied im DFS festgestellt werden, wie beim ESMO erneut gezeigt wurde [7]. Die meisten Patientinnen nahmen nach Geburt des Kindes die ET wieder auf, und die onkologischen Outcomes blieben stabil. Diese Ergebnisse sind ausgesprochen ermutigend und geben uns erstmals belastbare Daten, um den Kinderwunsch verantwortungsvoll zu begleiten, und bieten uns eine wissenschaftlich fundierte Grundlage, auf der wir Zuversicht und Sicherheit vermitteln können. Für viele junge Patientinnen bedeutet die Perspektive auf eine Familie einen enormen Zugewinn an Lebensqualität – und das sollten wir aktiv unterstützen.

» Wenn Sie auf den ESMO 2025 insgesamt blicken: Wie sollten heute Therapieentscheidungen in der Onkologie getroffen werden?

Nach über 20 Jahren Berufserfahrung in der gynäkologischen Onkologie in der Praxis sehe ich eine enge Kooperation mit zertifizierten Brustzentren alternativlos. Biomarkerbasierte Therapien machen die Entscheidung komplexer als je zuvor. Deshalb müssen sie unbedingt interdisziplinär und interkollegial in einer Tumorkonferenz getroffen werden. Wie die sehr hilfreichen AGO-Algorithmen zeigen, ist die onkologische Therapie zunehmend komplex geworden. Entscheidungen im Alleingang sind heute nicht mehr zeitgemäß. Gleichzeitig ist es wichtig, die Zulassungskriterien der Studien und die Fachinformationen der Substanzen genau zu beachten, um Fehlanwendungen und Regresse zu vermeiden.

» Welchen besonderen Stellenwert hat die gynäko-onkologische Praxis heute vor diesem Hintergrund?

Unsere Patientinnen leben heute deutlich länger, müssen dafür aber auch über wesentlich längere Zeiträume behandelt werden. Mit dem wachsenden Anteil an Langzeitüberlebenden entstehen neue Herausforderungen, die oft über die rein onkologische Behandlung hinausgehen. Viele dieser Themen wie Nebenwirkungen, Fatigue, Sexualität, Fertilität, aber auch psychosoziale Belastungen können im Klinikalltag häufig nicht ausreichend aufgefangen werden. Hier kommt den niedergelassenen gynäkologisch-onkologischen Praxen eine entscheidende Rolle in der Langzeitbetreuung und kontinuierlichen Begleitung zu. Damit tragen wir entscheidend dazu bei, dass moderne, biomarkerbasierte Therapien nicht nur leitliniengerecht, sondern auch patientenzentriert und praxisnah umgesetzt werden. Dies fördert die Lebensqualität, die Adhärenz und letztlich das Überleben.

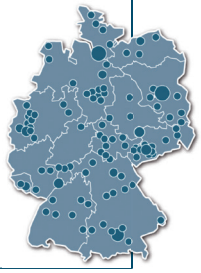
Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte
Dr. rer. nat. Petra Ortner

1. Johnston SRD et al. ESMO 2025, Abstr. LBA13.
2. Crown JP et al. ESMO 2025, Abstr. LBA14.
3. Harbeck N et al. ESMO 2025, Abstr. 291O.
4. Geyer CE et al. ESMO 2025, Abstr. LBA1.
5. Cortés JC et al. ESMO 2025, Abstr. LBA20.
6. Dent RA et al. ESMO 2025, Abstr. LBA21.
7. Peccatori FA et al. ESMO 2025, Abstr. LBA12.

BNGO
Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V.

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