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

13. BNGO-Hauptstadtkongress

Neue Studiendaten und aktuelle Herausforderungen

Dr. Jörg Schilling, der Vorsitzende des Berufsverbands Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), schilderte bereits in der vorherigen Ausgabe des JOURNAL ONKOLOGIE seine persönlichen Highlights vom zweitägigen BNGO-Hauptstadtkongress im Juni 2025 in Berlin. Nun berichten wir ausführlicher, was die rund 200 Teilnehmer:innen vor Ort mitnehmen konnten.

Best of ASCO 2025

Traditionell fassten die beiden Berliner Ordinarien der Charité, Prof. Dr. Jens Blohmer und Prof. Dr. Jalid Sehouli, die aus ihrer Sicht wichtigsten Daten von der ASCO-Jahrestagung 2025 zusammen. Prof. Blohmer ging auf die Daten zum Mammakarzinom ein und betonte, dass sich beim Hormonrezeptor-positiven (HR+) metastasierten Mammakarzinom (mBC) durch die verlängerte progressionsfreie Zeit unter der Standardtherapie mit CDK4/6-Inhibitoren zahlreiche neuen Fragestellungen auftun. Real-world-Daten haben gezeigt, dass es unter firstline CDK4/6-Inhibitor + antihormonelle Therapie bei 20-30% der Patientinnen nach 12 Monaten zum Progress kommt, und diese Zahl nach 12 Monaten auf bis zu 50% und nach 24 Monaten auf über 60% steigt. Es stehen inzwischen neue Medikamente für die Zweitlinie zur Verfügung, so Prof. Blohmer. Wichtig sei es, die relevanten Mutationen zu identifizieren bzw. Resistenzmechanismen anzugreifen. Eine kürzlich neu hinzugekommene Substanz ist der SERD (selektiver Östrogenrezeptor-Degrader) Imlunestrant, der in der EMBER 3-Studie ein signifikant besseres progressionsfreies Überleben (PFS) vs. Standard of Care (SOC) bei Patientinnen mit ESR1-Mutation gezeigt hatte und ebenfalls ein signifikant verbessertes PFS in Kombination mit Abemaciclib, unabhängig von einer ESR1-Mutation [1]. In der beim ASCO präsentierten Analyse zu den patient reported outcomes (PRO) zeigte sich ein numerischer Vorteil zugunsten der Imlunestrant-Arme vs. SOC. Allerdings war die Rate an Diarrhoen und Übelkeit/Erbrechen im Kombinationsarm mit Abemaciclib deutlich höher [2]. Interessant waren, so Prof. Blohmer, die Erkenntnisse aus der Biomarkeranalyse der DESTINY-Breast06 (DB-06)-Studie mit Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd) beim HER2-low/ultralow, HR+ mBC. Die für Biomarker evaluierbare Population zeigte dieselben Ergebnisse wie die ITT-Population, was darauf hinweist, dass T-DXd über alle Gruppen von HR+, HER2-low bis HER2-ultralow eine effektive Behandlung nach endokriner Vorbehandlung ist, unabhängig vom PIK3/AKT-Signalweg und vom ESR1- oder BRCA1/2-Mutationsstatus [3]. Spannend waren laut Prof. Blohmer auch die Daten zum Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (ADC) Sacituzumab govitecan (SG): zum einen die Phase-II-Studie NeoSTAR, ein neoadjuvantes, response-geführtes Konzept mit SG und Pembrolizumab bei triple-negativem Brustkrebs (TNBC), das zu sehr guten pathologischen Komplettremissions (pCR)-Raten führte [4] und zum anderen die Phase-III-Studie ASCENT04/KEYNOTE-D19 beim metastasierten TNBC (mTNBC) mit derselben Kombination, die sehr gute Effektivität aufweist und ein neuer Standard beim mTNBC werden könnte [5]. Wie Prof. Blohmer abschließend betonte, ist das Therapiemanagement eine immer wichtiger werdende Aufgabe. Neue Substanzen erzeugen neue Toxizitäten, mit denen man bisher in der gynäkologischen Onkologie nicht konfrontiert war, so Prof. Blohmer. Als ein Beispiel führte er die okularen Toxizitäten an, die häufig unter ADCs beobachtet werden.

Prof. Sehouli stellte in seinem Vortrag u.a. die von Prof. Dr. Sven Mahner, München, beim ASCO als late-breaking Abstract präsentierte Phase-III-Studie TRUST zum optimalen Zeitpunkt der Operation beim Ovarialkarzinom vor [6]. Ob es sinnvoll ist, zuerst zu operieren oder erst 3 Zyklen Chemotherapie zu geben, ist laut Prof. Sehouli auch durch diese Studie nicht abschließend geklärt, da bisher keine Signifikanz in den Endpunkten gezeigt werden konnte. Es gibt jedoch einen Trend zur primären Operation mit nachfolgender adjuvanter Systemtherapie. Ganz wichtig sei laut Prof. Sehouli, dass die Operation in einem qualitätsgesicherten Zentrum von einem kompetenten Operateur erfolgt, denn am meisten profitieren die Patientinnen, die tumorfrei operiert werden.

Update zum Endometriumkarzinom

Die Inzidenz des Endometriumkarzinoms (EC) ist stark zunehmend, und Expert:innen zufolge wird das EC das Mammakarzinom als häufigsten Tumor der Frau demnächst ablösen. Entsprechend groß war das Interesse an diesem Thema. Beim EC hat es in den letzten Jahren sehr viele Veränderungen gegeben, führte Prof. Dr. Beyhan Ataseven, Bielefeld, aus. Basierend auf einer neuen molekularen Klassifikation haben sich die Prognoseeinschätzung und Therapie des EC in letzter Zeit deutlich verbessert. Mit der Einführung wirksamer Immuntherapien bei fortgeschrittenem EC ist hier ebenfalls eine neue Ära angebrochen. Prof. Ataseven erläuterte in ihrer Sitzung lokale und systemische Strategien und diskutierte die Umsetzung sowie die Aufgaben für die Kolleg:innen in der gynäko-onkologischen Praxis und betonte die wichtige Zusammenarbeit mit den Zentren.

Operative Therapie beim Lymphknoten

Auch in dieser Sitzung widmete sich Prof. Ataseven den Strategien beim EC. Sie erläuterte, dass in frühen Stadien die minimal-invasive OP sicher ist. Der Stellenwert der systematischen Lymphknotendissektion (LND) sei bei hoher Nebenwirkungsrate noch unklar. Auf dem „Vormarsch" sei auch beim EC die Sentinel-OP der Lymphknoten (LK). Zu operativen Strategien in fortgeschrittenen Stadien seien prospektive Studien unterwegs und von Bedeutung.

Das Thema LK-OP beim Mammakarzinom aus medizinischen und ökonomischen Aspekten diskutierte PD Dr. Oumar Camara, Eisenach, mit dem Auditorium. Er betonte, dass die Deeskalation der Operation und der Verzicht auf die LK-OP mit einer geringeren Rate an Nebenwirkungen wie Lymphödem einhergeht. Wie die INSEMA- und SOUND-Studien gezeigt haben, kann unter deren Einschlusskriterien sicher auf die Sentinel-Lymphknotenbiopsie (SLNB) verzichtet werden. Er stellte allerdings auch eine Rechnung auf, welche Erlösminderung bei Verzicht auf die SLNB bei den verschiedenen Mamma-OPs zu erwarten ist.

Strategien bei Zervix- und Ovarialkarzinom

Die derzeitigen operativen Strategien beim Zervix- und Ovarialkarzinom stellte PD Dr. Jacek Grabowski, Berlin, vor. Bei beiden Entitäten hat sich in den letzten Jahren viel bewegt, erklärte der Referent. Beim Ovarialkarzinom ist weiterhin das vordringlichste Ziel, durch die OP Tumorfreiheit zu erzielen. Systemische Strategien und radiotherapeutische Maßnahmen beim Zervixkarzinom werden immer gezielter eingesetzt, um die Aggressivität der Therapien zu vermindern.

Update zur Strahlentherapie beim Mammakarzinom

Prof. Dr. Simone Marnitz, Berlin, führte das Auditorium durch das Thema und betonte, dass heutzutage personalisierte Therapiekonzepte die Strategien bestimmen. Zum Standard für alle Indikationen hat sich in den letzten Jahren die Hypofraktionierung herauskristallisiert. Prof. Marnitz ging auf moderne Bestrahlungstechniken ein sowie auf Möglichkeiten zur Toxizitätsminderung z.B. durch Atem-Gating zur Vorbeugung von Kardiotoxizität. Ziel sei es, gesunde Organe und Strukturen so weit wie möglich zu schonen und keine erhöhte Morbidität hinsichtlich Herz und Lunge durch die Bestrahlung der Brust/Thoraxwand zu generieren. Als Ausblick nannte sie prädiktive Gen-Panel, um den Benefit der Strahlentherapie zu bestimmen.

Probleme der Therapieadhärenz und neue Herausforderungen durch orale Therapien

Die Therapieadhärenz in Studien, die meist an Kliniken stattfinden, ist häufig beklagenswert schlecht, bemängelte Dr. Schilling. In Kliniken sei offensichtlich die Patient:innenführung nicht so eng wie in der Praxis, gab er zu bedenken. Denn die letzte Patient:innenumfrage des BNGO hat gezeigt, dass die Compliance für orale Tumortherapie in den BNGO-Praxen sehr gut ist. 70% der Befragten gaben an, ihre Tabletten regelmäßig eingenommen zu haben, 30% hätten gelegentlich eine Pille vergessen oder nicht eingenommen, 10% würden auf Anweisung des Arztes keine Pille eingenommen haben. 11% erklärten, dass sie die orale Medikation aufgrund von Nebenwirkungen nicht eingenommen hätten. 88% der Patient:innen gaben an, dass sie von anderen Personen, meist von Verwandten, Freund:innen, Ärzt:innen oder Praxispersonal an die Einnahme der Medikamente erinnert wurden. 111 Patient:innen würden laut Umfrage zusätzliche Hilfsmittel nutzen. Hier sieht Dr. Schilling einen Ansatz zur Verbesserung der Compliance und Adhärenz für die Zukunft durch Apps oder Künstliche Intelligenz (KI).

Über neue Herausforderung und medizinische und organisatorische Probleme in der oralen Therapie in der Praxis berichteten auch Tobias Gilster, Nürnberg, Nicole Semmler-Lins, Aschaffenburg, und Alexander Peim, Nürnberg. Hier sind die Praxen gefordert, das Monitoring der Adhärenz in der Praxis und auch außerhalb sicherzustellen, damit die verordnete Therapie auch bei den Patient:innen ankommt.

Optimale Therapieplanung des frühen Mammakarzinoms

Wie Dr. Steffi Busch, Mühlhausen, ausführte, ist heutzutage u.a. durch die verbesserte Diagnostik eine genauere Risikoabschätzung und individuellere Therapieplanung möglich. Diese wird jedoch auch zeitintensiver und anspruchsvoller, und die Patientinnenwünsche finden mehr Berücksichtigung. Besonders beim HR+ BC sind lange Zeitverläufe möglich und neue Optionen in der Adjuvanz bedingen eine intensivere Begleitung der Patientinnen, so Dr. Busch. Wichtig sei insbesondere die frühzeitige Testung auf therapiebare Mutationen und beim frühen HR+ BC die präoperative Überprüfung des endokrinen Ansprechens. Als bestes Tool zur Orientierung für die Therapie in der Praxis nannte sie die AGO-Leitlinien, die eine praktische Richtung wiesen, aber keine Richtlinien seien.

Cancer Survivors – Hoffnung, Probleme, Lösungen

Zu diesem wichtigen Thema tauschten sich Dr. Georg Heinrich, Fürstenwalde, PD Dr. Christian Martin Kurbacher, Bonn, Dr. Steffen Wagner, Saarbrücken, und Sabine Rubai, Saarländische Krebsgesellschaft, mit dem Auditorium aus. 30-40% der Krebsüberlebenden entwickeln chronische psychosoziale Probleme und chronische Nebenwirkungen beeinträchtigen die Lebensqualität, so Dr. Heinrich. Wie Dr. Kurbacher betonte, stellen die erfreulich vielen Langzeitüberlebenden die Kolleg:innen in der Praxis vor neue Herausforderungen. Es ist eine lange Nachbeobachtung erforderlich, insbesondere auf Spätnebenwirkungen der immunonkologischen Therapien und auf kardiale Spätfolgen und maligne Zweiterkrankungen nach Chemotherapie. Viele dieser Aufgaben gehen über die normale Praxisroutine hinaus, so Dr. Wagner. Die wichtige Rolle der Krebsgesellschaften stellte Frau Rubai dar. Diese können für Patient:innen eine Anlaufstelle sein und z.B. die

psychoonkologische Beratung organisieren und darüber hinausgehende Angebote bieten, wie z.B. die Unterstützung von Familien und Kindern krebskranker Eltern.

KI in der Praxis – intelligenter Ersatz oder Ergänzung?

Mit Spannung erwartet waren die Beiträge zur derzeitigen und zukünftigen Rolle der KI in der Medizin. Der Berliner Psychoonkologe Michael KyuJaku Kockro erläuterte, KI und Ärzteschaft sei das Zusammenkommen von Expert:innen, die (noch) eine unterschiedliche Sprache sprächen. Die Basis einer wie auch immer herbeigeführten (Therapie-)Entscheidung sei Achtsamkeit, um die eigene Position und die des anderen zu bestimmen. „Künstliche Intelligenz würde nie etwas tun, um sich selbst abzuschaffen, bei der menschlichen Intelligenz bin ich mir da nicht so sicher“, sagte er. Als interessanten Aspekt für die KI nannte er das Beispiel des Unternehmers Michael Maria Bommer, der unheilbar an Krebs erkrankt ist und mittels KI auch über den Tod hinaus mit der Nachwelt kommunizieren will.

Über eine bereits vorhandene praktische Anwendung von KI beim Mammakarzinom sprach Dr. Christiane Höper, Dresden. Eine speziell entwickelte KI unterstützt die Entscheidung für eine Therapie beim Mammakarzinom. Das Real-word-Pilot-Projekt ATheNa-Breast nutzt einen KI-Chatbot zur Therapieentscheidung anhand von Leitlinien. ATheNa-Breast allein zeigte im Vergleich zu allen anderen Gruppen, einschließlich Ärzt:innen, die es als Entscheidungsunterstützungsinstrument nutzten, eine bessere Einhaltung klinischer Richtlinien. Der Zugang zu ATheNa-Breast verbesserte nicht die Genauigkeit der ärztlichen Entscheidung, sondern sparte Zeit. Dieser Befund widerspricht dem mangelnden Vertrauen der Ärzt:innen in die autonome Entscheidungsfindung bei Therapieentscheidungen durch KI. Die Kluft zwischen KI und Healthcare Professionals (HCPs) könnte ungenutztes Potenzial zur Verbesserung der richtlinienkonformen Versorgung aufzeigen, indem HCPs dazu ermutigt werden, effektiver mit KI zusammenzuarbeiten und gleichzeitig ihren Vorsprung bei der Entscheidungsfindung zu wahren. Diese Daten wurden beim ASCO als e-Abstract angenommen [7].

Zusammenfassung des BNGO-Kongresses

Die spannende zweitägige Veranstaltung fand sowohl bei den Ärzt:innen als auch dem zahlreich vertretenen Praxispersonal großen Anklang. Die praxisnahen Vorträge und Workshops zeigten neue Anregungen für die Umsetzung in der gynäkoonkologischen Therapie in der Niederlassung auf, wobei sich die Pflege für die Zukunft noch weitere Themen aus ihrem Aufgabenfeld wünschte. Die zahlreichen Angebote der pharmazeutischen Industrie in Form von Symposien und Informationsmaterialien zu neuen Produkten wurden von den Teilnehmer:innen positiv wahrgenommen und genutzt.

Dr. rer. nat. Petra Ortner

1. Khaveri KL et al. N Engl J Med 2025;392: 1189-202.
2. Curigliano G et al. ASCO 2025, Abstr. 1001.
3. Dent RA et al. ASCO 2025, Abstr. 1013.
4. Abelman R et al. ASCO 2025, Abstr. 511.
5. Tolaney S et al. ASCO 2025, Abstr. LBA109.
6. Mahner S et al. ASCO 2025, Abstr. LBA5500.
7. Hoeper C et al. ASCO 2025, Abstr. e13623.

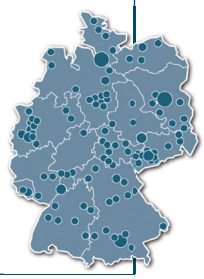
BNGO

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



Anzeige