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

Dr. med. Steffi Busch, Mühlhausen

Neue Empfehlungen der AGO Kommission Mamma: Was war wichtig für die Praxis?

Interview mit Dr. med. Steffi Busch, Mühlhausen

Das State of the Art Meeting 2026 der Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) fand am 14. März in Frankfurt am Main und online statt. Die Expert:innen der Kommission haben wie jedes Jahr die Forschungsergebnisse des letzten Jahres gesichtet, deren Relevanz beurteilt und in die Therapieempfehlungen integriert. BNGO-Vorstandsmitglied Dr. Steffi Busch, niedergelassene Gynäko-Onkologin in Mühlhausen, war wieder vor Ort. Sie kommentiert für uns die aus ihrer Sicht wichtigsten Empfehlungen für die gynäko-onkologische Praxis in der Niederlassung.

» Wie haben Sie das Meeting 2026 insgesamt erlebt?

Es war wieder eine spannende Veranstaltung. Das Meeting wurde eröffnet durch den Sprecher der AGO Kommission Prof. Dr. Volkmar Müller und seine Stellvertreterinnen Prof. Dr. Tanja Fehm und Prof. Dr. Nina Ditsch. Es folgten Grußworte von Prof. Dr. Gert Naumann, dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), der die hohe Qualität der Kommissionsarbeit lobte, sowie von Kerstin Paradies, Vorstandssprecherin der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK), und Eva Schumacher-Wulf (AGO Mamma Patientinnen-Taskforce), die sich auch während des Meetings immer wieder mit wichtigen und z.T. kritischen Anmerkungen aus Patientinnensicht einbrachte. Das scheidende AGO-Kommissionsmitglied Prof. Dr. Ute-Susann Albert dankte für die fruchtbare und kollegiale Arbeit bei der Erstellung der jährlich neu erarbeiteten Empfehlungen in Fulda und mahnte ein Beibehalten dieses Miteinanders an. Viel diskutiert waren die Themen Deeskalation, Evidenzbewertung neuer Substanzen, Individualisierung der Therapie und Therapiealgorithmen. Nicht alle Änderungen für das Jahr 2026 konnten durch die jeweiligen Kapitelverantwortlichen vorgestellt werden, aber man kann diese online abrufen (www.ago-online.de).

» Welche Änderungen gab es bei der lokalen Therapie?

Prof. Dr. Christine Solbach erinnerte daran, dass die multimodale Behandlung des Mammakarzinoms innerhalb von 8 Wochen begonnen werden sollte. Unter den Markierungsoptionen bei nicht palpablen Läsionen kommt der intraoperativen Sonographie inzwischen ein hoher Stellenwert zu. Voraussetzung ist die Personalunion von gut ausgebildeten prä- und intraoperativen Untersucher:innen und ein adäquates Sonographiegerät. Prof. Dr. Thorsten Kühn berichtete von der Aufwertung des Verzichts auf die Sentinel Lymph Node Biopsie (SLNB) auf der Basis der SOUND-, INSEMA- und BOOG-Studien vom Empfehlungsgrad „+“ auf „++“, wenn bei klinisch negativer Axilla und geplanter brusterhaltender Therapie (BET) mit Ganzbrustbestrahlung die Patientin postmenopausal und über 50 Jahre alt ist, ein Tumorstadium bis cT1c G2 aufweist, der Tumor Hormonrezeptor-positiv und HER2-negativ (HR+/HER2-) ist und die diagnostische Aussage zum Sentinel keine therapeutische Konsequenz hat. Dagegen wurde die routinemäßige SLNB beim duktalen Carcinoma in situ (DCIS) und geplanter Mastektomie auf „+/-“ herabgestuft und erhielt nur noch beim high risk DCIS ein „+“. Aus meiner Sicht gehören deshalb ab sofort alle Patientinnen, die diese Kriterien erfüllen und aus dem Mammographie-Screening stammen, wieder in die präoperative Tumorkonferenz des jeweiligen Brustzentrums. Prof. Dr. Maggie Banys-Paluchowski widmete sich der Axillachirurgie nach neoadjuvanter Chemotherapie (NACT). Hier haben die Daten der großen nicht interventionellen AXANA-Studie Berücksichtigung gefunden und ebenfalls zur Aufwertung deeskalierender Methoden im Vergleich zur Axilladissektion geführt. Waren prätherapeutisch 1-3 Lymphknoten (LK) befallen, erhielt die Targeted Axillary Dissection (TAD) – als die in Deutschland präferierte Art der Targeted Lymph Node Excision (TLNE) – ein „++“ und die Sentinel Lymph Node Excision (SLNE) ein „+“, bei mehr als 4 LK die TLNE ein „+“. Die jedem Operateur bekannte Situation des nicht auffindbaren markierten LK bei geplanter TAD und axillärer Komplettremission wurde ebenfalls entschärft. Zukünftig reicht hier die Entfernung des Sentinel („+“).

» Was war neu bei der Strahlentherapie?

Im Bereich der Strahlentherapie war bemerkenswert, dass ein weiterer Deeskalationsschritt von der standardmäßigen Hypofraktionierung in 3 Wochen zur Ultra-Hypofraktionierung (26 Gy in einer Woche oder 28,5 Gy in 5

Wochen) Einzug in das Kapitel gehalten hat und mit „+“ bewertet wurde.

» Welche Neuerungen gab es 2026 bei der adjuvanten Systemtherapie?

Relativ wenige. Widmen wir uns zuerst dem häufigsten Tumortyp, dem **HR+ Mammakarzinom**. Bei unklarer Indikation zur Chemotherapie wird die Durchführung eines Genexpressionsprofils aus therapienaivem Tumorgewebe (Stanzbioptat) und die parallel dazu laufende präoperative endokrine Therapie für 2-4 Wochen zur intrinsischen Testung des Ki-67-Verhaltens mit „+“ empfohlen. Dieses Vorgehen analog dem ADAPT-Schema dürfte inzwischen in den meisten Brustzentren angewendet werden. In der Diskussion wurde durch Prof. Dr. Andreas Schneeweiss noch einmal klar herausgearbeitet, dass im Therapiealgorithmus die Testung des endokrinen Ansprechens ohne Durchführung des Oncotype DX-Tests nicht empfohlen wird. Postneoadjuvant hat Abemaciclib gemäß des erreichten Gesamtüberlebensvorteils nach 75 Monaten Nachbeobachtungszeit in der monarchE-Studie ein „++“ erhalten, Ribociclib ein „+“. Prof. Fehm appellierte noch einmal, in diesem Setting bei HR+ Karzinomen gemäß der Einschlusskriterien der OlympiA-Studie an die BRCA-Testung zu denken (mindestens 4 befallene LK adjuvant, oder bei keinem Ansprechen (non-PCR) + Combined Positive Score (CPS) ≥ 3). Besteht die Indikation für CDK4/6-Inhibitor und Olaparib, sollte mit dem PARP-Inhibitor begonnen werden und nach 12 Monaten der CDK4/6-Inhibitor angeschlossen werden. Laut Zulassung ist der Beginn mit Ribociclib auch nach 12 Monaten möglich.

Beim **HER2+ frühen Mammakarzinom** erhielt einerseits die primäre Operation der kleinen Tumoren bis Stadium cT1c cN0 mit anschließender Systemtherapie (gemäß der APT-Studie) ein „++“. Andererseits wurde unter dem Aspekt der Remissionsbeurteilung und der Therapieindividualisierung die Möglichkeit der neoadjuvanten Chemotherapie in Kombination mit Trastuzumab/Pertuzumab eröffnet („+/-“). Die Folie zu den möglichen neoadjuvanten Therapieregimen wurde deshalb – unabhängig vom Zulassungsstatus – neugestaltet. Neben den beiden bekannten und mit „++“ bewerteten Schemata wurden Regime gemäß der neoCARHP-, der TRAIN-2-, der compassHER2- und der Destiny-Breast (DB)11-Studie hinzugefügt. Neu hinzugekommen ist für die postneoadjuvante Therapie bei non-PCR und High-risk-Situation der Einsatz von Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) gemäß der DB05-Studie. 14x T-DXd war in diesem in Deutschland sicher eher seltenen Kollektiv unserem Standard (14x T-DM1) überlegen. Auch hier muss zurzeit noch ein Kostenübernahmeantrag bei entsprechender Konstellation gestellt werden.

Beim frühen **triple-negativen Brustkrebs (TNBC)** ist die Studienlage bezüglich der Hinzunahme von Carboplatin komplex wegen der angewandten Schemata, der eingeschlossenen Stadien und der postulierten Standardarme. Die AGO Kommission hat sich deshalb auf „+“ für die Hinzunahme von Carboplatin im Stadium T1c und für „++“ ab Stadium T2 entschieden. Die präferierten Schemata sowohl für die neoadjuvante als auch adjuvante Situation wurden auf einem Dia zusammengetragen. Während die Datenlage für die kleinen Stadien nicht ausreicht, um eine dosisdichte, platinhaltige Chemotherapie zu initiieren, hat sich in den höheren Stadien am Einsatz von Pembrolizumab gemäß der KEYNOTE-522-Studie nichts geändert.

» Im letzten Jahr wurde eine neue Struktur der Empfehlungen zur adjuvanten Systemtherapie eingeführt. Nun wurde die neue Struktur für die Empfehlungen auch für das metastasierte Mammakarzinom (mBC) umgesetzt. Finden Sie diese einfacher für den Überblick der Therapie des mBC oder eher unübersichtlicher?

Die Kapitel „Endokrin-basierte und zielgerichtete Therapie beim metastasierten Mammakarzinom“ und „Chemotherapie mit oder ohne zielgerichtete Substanzen beim metastasierten Mammakarzinom“ wurden im Rahmen des Updates 2026 in die folgenden Kapitel umstrukturiert: „Systemische Therapie des metastasierten und fortgeschrittenen HR+/HER2- Mammakarzinoms“, „Systemische Therapie des metastasierten und fortgeschrittenen HER2-positiven Mammakarzinoms“ und „Systemische Therapie des metastasierten und fortgeschrittenen triple-negativen Mammakarzinoms“. Ob sich dies bewährt, wird die Praxis zeigen.

» Was gab es Wichtiges und Neues zur Systemtherapie des mBC?

Vorausschickend sollte man sagen, und dies wurde auch vielfältig betont, dass die Testung des Tumors auf verschiedene Merkmale (z.B. PIK3CA, BRCA, PALB2, PD-L1, ESR1, HER2 usw.) vor Beginn jeder Therapie und jeder Therapieumstellung essenziell ist.

In der metastasierten Situation werden traditionell neue Substanzen

BNGO-Hauptstadtkongress 2026

Der 14. BNGO-Hauptstadtkongress findet am 19. + 20. Juni 2026 traditionsgemäß im Hotel Maritim pro Arte in Berlin statt.
Save the date!

eingeführt, bevor sie in der Therapiesequenz nach vorn rutschen. So nimmt es nicht wunder, dass wir hier die meisten Neuerungen zu verzeichnen haben. Prof. Dr. Michael Untch und Prof. Dr. Sibylle Loibl bezogen sich in ihrem Beitrag auf die **HR+ Situation**. Hier erhielten Inavolisib (in Kombination mit Fulvestrant und Palbociclib bei nachgewiesener PIK3CA-Mutation gemäß der INAVO120-Studie) beim hormonrefraktären Karzinom in der Erstlinie eine doppelt positive Empfehlung und Datopotamab-Deruxtecan (gemäß der TROPION-Breast01-Studie) nach Versagen der antihormonellen Therapiemöglichkeiten ein „+“. Beide Substanzen sind zugelassen, dem Inavolisib wurde zudem ein hoher Zusatznutzen attestiert. Außerdem wurde mit Imlunestrant neben Elacestrant ein weiterer oraler SERD mit „+“ in den Algorithmus eingepflegt.

Beim **HER2+ Karzinom** wurden neben dem unveränderten Standard in der Erstlinie die Ergebnisse der DB09-Studie berücksichtigt. T-DXd in Kombination mit Pertuzumab erhielt ein „+“ bei Erfüllung der Einschlusskriterien. Eine Zulassung für Deutschland besteht noch nicht. Prof. Dr. Nadia Harbeck diskutierte v.a. die Therapiedauer mit T-DXd im Vergleich zur CLEOPATRA-Studie mit Trastuzumab/Pertuzumab und die Rolle der Erhaltungstherapie in diesem Setting. Außerdem wurden die möglichen Substanzen in den weiteren Therapielinien ihrem Evidenzlevel und den Vorgängertherapien gemäß geordnet. Das Thema der Erhaltungstherapie spielte beim HER2+ mBC eine besondere Rolle. Neben den Daten der PATINA-Studie für das triple-positive Karzinom, die bereits 2025 berücksichtigt wurden, bekam die Kombination aus Tucatinib + Trastuzumab + Pertuzumab (HER2CLIMB-Studie) eine „+“- Empfehlung durch die AGO für das HR-negative Karzinom. Das mittels Schwarm-Intelligenz entstandene Flowchart ist deshalb komplex ausgefallen.

Die immer noch schwierigste Situation ist die Therapie des **metastasierten TNBC**, erreichen doch 50% unserer Patientinnen keine 2. Therapielinie. Umso wichtiger ist es, dass die Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADCs) als äußerst potente Therapeutika hier zügig in vorderen Therapielinien verabreicht werden können. Aufgenommen wurde so für die PD-L1-positiven Karzinome die Kombination von Pembrolizumab und Sacituzumab govitecan (ASCENT-04-Studie) mit „+“. Für die PD-L1-negativen Karzinome wurde ein völlig neues Dia erarbeitet und die neuesten Studiendaten für die Firstline-Therapie berücksichtigt (Datopotamab-Deruxtecan in der Studie TROPION-Breast02 und Sacituzumab govitecan in der ASCENT-03-Studie). Aufgrund dieses zu erwartenden, aber noch nicht zugelassenen Vorrückens der ADCs mussten auch die nachfolgenden Therapielinien neu geordnet und bewertet werden.

» **In der Supportiven Therapie gab es eine grundlegende Änderung: Das Kapitel wurde nun nach von Nebenwirkungen betroffenen Organsystemen und nicht mehr nach verursachenden Medikamenten gegliedert. Vereinfacht dies Ihrer Meinung die Umsetzung supportiver Strategien?**

Prof. Dr. Florian Schütz und Prof. Dr. Diana Lüftner haben diese Kapitel sehr schön überarbeitet, um das umfangreiche Kapitel übersichtlicher und kompakter zu gestalten und Redundanzen zu eliminieren. Durch Verlinkungen können die alphabetisch geordneten Organsysteme jetzt direkt angesteuert werden. Es gibt Querverweise zu nationalen und internationalen spezifischen Leitlinien, wie beispielsweise zur S3-Leitlinie Supportivtherapie bei onkologischen PatientInnen (AWMF-Registernummer: 032-054OL), zur Onkopedia-Leitlinie der DGHO oder zu den Guidelines des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg. Osteoonkologie, Arthritis/Myalgitis und Gynäkologische Symptome werden in eigenen Kapiteln behandelt.

» **Was fanden Sie darüber hinaus noch besonders berichtenswert?**

Mich als Palliativmedizinerin hat besonders gefreut, dass ein Dia neu aufgenommen wurde, das die frühzeitige Einbindung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) im Sinne der vorausschauenden Versorgungsplanung adressiert.

Und dann finde ich es neben den neuen wissenschaftlichen Daten sehr schön, dass die Rolle der Pflegenden durch die Pflege-Taskforce weiter aufgewertet wird, und dass die Patientinnen auch bei der AGO Mamma eine wichtige Stimme haben. Ohne die Mitarbeit der Pflegenden und der Patientinnen könnten wir Ärzt:innen gerade in ländlichen Gebieten keine gute onkologische Versorgung anbieten. Es werden zunehmend Brustzentren geschlossen und es sind oft weite Wege zur Therapie nötig. Das setzt eine gute Akzeptanz seitens der Patientinnen voraus, und sie müssen sehr gut über ihre Erkrankung und Therapie aufgeklärt sein. Das ist für die Adhärenz und Compliance besonders bei oralen Therapien ganz erheblich.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Dr. rer. nat. Petra Ortner

Quelle: Interview zum State of the Art Meeting 2026 der Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) am 8. März 2026 in Frankfurt am Main (www.ago-online.de)

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

15