

# PRESSEMAPPE



Sie erreichen das Team Presse während des Kongresses mobil  
unter der **Kongresshandynummer 0151/52242423**.

Der Raum 3.46a steht ausschließlich MedienvertreterInnen zur Verfügung.  
Wir begrüßen Sie hier gerne mit einem leichten Snack & einem kühlen Getränk.

*Wir freuen uns auf Sie!*

---

## Pressekontakt

*Repräsentanz der Fachgesellschaften*

Sara Schönborn | Manuela Rank | Melanie Herberger

E-Mail: [presse@senologie.org](mailto:presse@senologie.org)



## Inhalt

|   |    |
|---|----|
| Grußwort des sächsischen Wissenschaftsministers .....                         | 3  |
| Die Fachgesellschaft .....  | 5  |
| Kernforderungen für die Ambulantisierung klinisch erbrachter Leistungen ..... | 6  |
| Grußwort der DGS-Vorsitzenden .....   | 7  |
| Das Kongresspräsidium .....   | 8  |
| Innere Medizin .....  | 10 |
| Pathologie.....   | 13 |
| Plastische Chirurgie.....   | 14 |
| Radiologie (Diagnostik) .....   | 15 |
| Radioonkologie.....   | 16 |
| Preisverleihungen.....  | 18 |
| Interviewwünsche .....  | 26 |



## Grußwort des sächsischen Wissenschaftsministers

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen zum 43. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Senologie. Es freut mich außerordentlich, dass ich Sie als Sächsischer Staatsminister für Wissenschaft, Kultur und Tourismus hierzu am 6. Juni 2024 persönlich in Dresden begrüßen kann.

Sachsen hat sich zu einem bedeutenden Wissenschaftsstandort entwickelt. Wir erleben eine beeindruckende Synergie zwischen Hochschulen, Forschungseinrichtungen und klinischen Zentren. Diese enge Vernetzung schafft optimale Bedingungen für eine klinisch-translationalen Forschung und damit auch für die Behandlung von Brustkrankungen, die nicht nur national, sondern auch international einen exzellenten Ruf erworben hat.

In Sachsen finden sich mit

- den Universitätskliniken sowie den Medizinischen Fakultäten der Universitäten Dresden und Leipzig
- den hochspezialisierten Brustzentren,
- dem Standort des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK) in Dresden,
- der Außenstelle des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg (DKFZ) in Dresden,
- dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT) oder
- dem Nationalen Zentrum für Strahlenforschung in der Onkologie (OncoRay)
- renommierte, medizinische und wissenschaftliche Einrichtungen, die nahezu das gesamte Spektrum der Krebsforschung, der onkologischen Versorgung und der Ausbildung abdecken. Für die Region ist dies ein entscheidender Vorteil.

Insgesamt bilden jedoch nicht nur die Wissenschaftseinrichtungen und Zentren in Sachsen, sondern auch weit über die Grenzen von Sachsen und Deutschland hinaus, eine dynamische und hochspezialisierte Gemeinschaft, die sich der Herausforderung widmet, das Verständnis von Brustkrebs zu vertiefen und innovative Lösungen für Prävention, Diagnose und Therapie in der Frauenheilkunde zu entwickeln. Die Integration neuer Technologien, wie z. B. der Einsatz von Künstlicher Intelligenz, Big Data-Analysen oder fortschrittlichen bildgebenden Verfahren sind dabei entscheidende Faktoren; die Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten verschiedener Fachrichtungen gleichfalls ein weiterer Schlüssel zu nachhaltigen Fortschritten.

Große interdisziplinäre Fortbildungskongresse, wie der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Senologie, spielen dabei eine elementare Rolle, indem sie den Austausch von Wissen und Erfahrungen ermöglichen, neue Forschungsergebnisse sowie Therapieansätze präsentieren und die Vernetzung zwischen Akteuren aus verschiedenen Disziplinen fördern.





Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.  
43. JAHRESKONGRESS

Ihr Engagement und Ihre Teilnahme sind dabei von unschätzbarem Wert. Nur gemeinsam können wir dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten zu verbessern und den Kampf gegen Brustkrebs weiter voranzutreiben.

Ich freue mich auf interessante Fachvorträge, inspirierende Gespräche und ein persönliches Kennenlernen am 6. Juni 2024 in Dresden.

Ihr

Sebastian Gemkow

Sächsischer Wissenschaftsminister



## Die Fachgesellschaft

Als medizinische Fachgesellschaft engagiert sich die Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. (DGS) seit mehr als vier Dekaden für die Brustgesundheit von Frauen. Sie erforscht, lehrt und vermittelt Wissen über die normalen und gestörten Funktionen der weiblichen Brust und vereint alle ärztlichen und medizinischen Disziplinen, die sich mit der Brust beschäftigen: Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, Pathologie, plastische Chirurgie, Radiologie (Diagnostik), sowie die Radioonkologie. Den Erfahrungsaustausch zwischen WissenschaftlerInnen unterschiedlicher medizinischer Disziplinen sowie Leistungserbringenden im Gesundheitswesen anzuregen, ist ein besonderes Anliegen der DGS, um Diagnostik und Therapie bei Brusterkrankungen stetig weiter zu verbessern und den Patientinnen die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten.

*Hier finden Sie eine Übersicht über den Vorstand.*



## Kernforderungen für die Ambulantisierung klinisch erbrachter Leistungen

Die Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. hat spezifische fachliche Empfehlungen für kurzstationäre oder ambulante operative Leistungen für Eingriffe an der Brust entwickelt, die im Rahmen gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse unbedingt berücksichtigt werden sollten.

1. Überführung eines Teils der bisher stationär erbrachten Brustkrebsoperationen in ambulant durchgeführte Operationen, wenn diese im Setting und in den zertifizierten Brustzentren (BZ) selbst erfolgen und weiterhin so deren Ergebnisqualität gemessen wird.
2. Brustzentren benötigen eine Übergangsfrist, um die ambulanten Strukturen zu schaffen.
3. Ambulant durchgeführte Operationen (interdisziplinäre Konsile, Psychoonkologie, Befundbesprechungen, Folgetermine etc.) müssen in die vorhandenen Behandlungsstrukturen der Klinik eingebettet werden und dürfen nicht auf die rein operative Leistung reduziert werden.
4. geregelte Versorgungswege bei Komplikationen, die ggf. eine stationäre Versorgung benötigen
5. Die An- und Abreise, sowie häusliche Überwachung (Familienangehörige) müssen gewährleistet sein
6. Es muss Aufgabe des Arztes bleiben, unter Berücksichtigung der Größe des Eingriffs, dem Alter, Co-Morbiditäten etc. zu entscheiden, ob die Operation ambulant oder stationär erfolgt
7. eine adäquate Vergütung orientiert an der Vergütung für die stationäre Leistungserbringung inklusive aller peri- und postoperativ erforderlichen Maßnahmen (abzüglich der Hotelkosten)
8. eine Sicherung der Aus- und Weiterbildung



## Grußwort der DGS-Vorsitzenden

*Liebe Medienschaffende,*

als medizinische Fachgesellschaft engagieren wir uns seit vier Jahrzehnten mit voller Kraft evidenzbasiert für die Brustgesundheit. Unsere größte Stärke liegt in unserer Interdisziplinarität. Als erste wissenschaftliche Gruppierung hat sich die DGS für die Qualitätssicherung von Diagnostik und Therapie bei der Behandlung von Brustkrankungen und Überprüfung von Therapiestandards mithilfe von Qualitätsindikatoren aus S3-Leitlinien eingesetzt. Diese Überprüfung findet im Rahmen von **Zertifizierungen von Brustzentren** statt. Gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft ist vor zwei Dekaden dieser Maßstab für die hohe Qualität von Krebspatienten in Deutschland gesetzt worden. Mit großem Erfolg, denn die WiZen-Studie<sup>1,2,3</sup> hat unser 20-jähriges Bemühen um eine optimale Versorgung bestätigt! Wenn Brustkrebspatientinnen in zertifizierten interdisziplinären Brustzentren behandelt werden, haben Sie ein signifikant besseres Überleben! Für diesen hohen Standard tragen die DGS-Mitglieder aus verschiedensten Fachbereichen ihre Forschungsergebnisse und Erfahrungsberichte zusammen. Mit unserem Jahreskongress im ICC Dresden bieten wir hierfür die perfekte Plattform!

Besuchen Sie gern die **Eröffnungsveranstaltung des 43. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. am Donnerstag, den 6. Juni von 12:45 bis 13:50 Uhr (Saal 3)** und erleben Sie den **Festvortrag** zum Thema „Das digitalisierte Gehirn“ von **Marco Freiherr von Münchhausen**. Zudem möchten wir alle Gewinnerinnen und Gewinner der diesjährigen Preise sowie unsere neuen Ehrenmitglieder gebührend würdigen.

Ich freue mich auf Ihren Besuch und Ihre Berichte von unserem Fachkongress.



Es grüßt Sie herzlich!  
Ihre  
Prof. Dr. Sara Y. Brucker  
Vorsitzende der DGS e.V.

### Quellen:

1 [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/GGW/2022/wido\\_ggw\\_0422\\_schoffer\\_et\\_al.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2022/wido_ggw_0422_schoffer_et_al.pdf)

2 <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/willkommen/presse/pressearchiv/wizen-projekt-bessere-ueberlebenschance-bei-krebsbehandlung-in-ze.html>

3 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/wizen-wirksamkeit-der-versorgung-in-onkologischen-zentren.137>





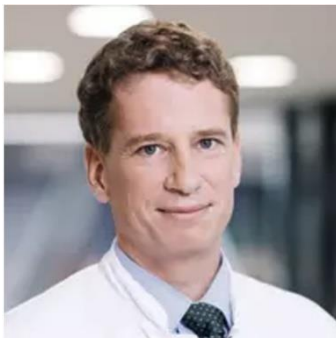
## Das Kongresspräsidium

Der 43. Jahreskongress der DGS e.V. findet in diesem Jahr unter der Leitung eines breit aufgestellten Kongresspräsidiums statt: Neben der DGS-Vorsitzenden, Prof.in Brucker (Tübingen), freuen sich Prof. Dr. Adrien Daigeler (Tübingen) als Kongresspräsident, Prof.in Dr. Stefanie Weigel (Münster) und Prof. Dr. Michael-Patrick Lux (Paderborn) als Co-Kongresspräsidium sowie Prof. Andreas Hartkopf (Tübingen) als Kongresssekretär auf den gemeinsamen Austausch in Dresden.

**„Wir hoffen, für Sie ein interessantes Programm zusammengestellt zu haben, welches nicht nur ein Update der neuesten Erkenntnisse in Diagnostik, Therapie und Nachsorge bietet, sondern auch Raum für Austausch und Diskussion und vor allem für die Weiterentwicklung unseres Fachgebietes.“**

**Die Qualität der Versorgung unserer Patientinnen ist Dank der Bemühungen aller in den letzten Jahren bereits sehr hoch. In den meisten Fällen können wir heilen und Lebensqualität lange aufrechterhalten. Unsere Bestrebungen, noch besser zu werden, lassen allerdings nicht nach und gerade der Austausch aller beteiligten Fachdisziplinen unter Einbeziehung von Patientinnenbedürfnissen und der Integration der Expertise der Pflegenden schafft dafür die besten Voraussetzungen.**

**Die Senologie mit ihrer gleichberechtigten Einbindung aller Professionen ist die Blaupause für eine patientinnenzentrierte Versorgung. Unsere Prozesse werden um die Erkrankten herum so gestaltet, dass sie ineinandergreifen und aufeinander aufbauen.**



Prof. Dr. Adrien Daigeler  
Kongresspräsident 2024  
Mitglied des DGS-Vorstands

**Unsere Aufgabe wird es sein, diese Prozesse trotz Fachkräftemangels, Umstrukturierung des Gesundheitswesens und knapper Ressourcen weiter zu optimieren und dabei auch neue Wege zu gehen.“**





Das Kongresspräsidium hat ein [facettenreiches wissenschaftliches Programm](#) zusammengestellt und gibt im Interview mit der Fachzeitschrift SENOLOGIE einen ersten Einblick in die Highlights vor Ort:

**„Das Dresdner Kongresszentrum mit Blick auf die Elbe eröffnet uns in diesem Jahr auf zahlreichen Zwischenebenen wertvolle Möglichkeiten zum persönlichen Austausch. Ich bin besonders gespannt auf die Oxford-Debatten; die Themen sind provokativ ausgewählt, sodass es hier sicher heiße Duelle mit schnellen Schlagabtauschen geben wird. POST-ASCO bietet in einer hybriden Version von Dresden aus topaktuelle zusätzliche senologische Erkenntnisse. Und nicht zuletzt ist auch die DAS-Akademie ein wichtiger Fortbildungsbaustein auf dem DGS-Jahreskongress 2024.“**



Prof. Dr. med. Michael Patrick Lux  
DGS-Kongresspräsidium 2024  
Co-Kongresspräsident



**„Wir freuen uns bereits sehr auf das senologische Fortbildungshighlight. Der DGS-Kongress 2024 bietet eine einzigartige Plattform, um interdisziplinäre Kompetenzen und Kooperationen zu stärken. Denn interdisziplinäre Kompetenzen sind der Schlüssel für erfolgreiche Tumorkonferenzen. Während des Kongresses erhalten wir gemeinsam die Möglichkeit, über die Grenzen unserer Fachgebiete hinauszublicken und neue interdisziplinäre Perspektiven zu entdecken. Seien auch Sie im Internationalen Congress Center Dresden mit dabei!“**

Prof. Dr. med. Stefanie Weigel  
DGS-Kongresspräsidium 2024  
Co-Kongresspräsidentin

Das vollständige Interview mit dem Kongresspräsidium finden Sie [in der Fachzeitschrift SENOLOGIE unter diesem Link.](#)



## Innere Medizin

### **Was gibt es Neues in der Inneren Medizin?**

Prof. Hans Tesch, Hämatologisch-Onkologische Gemeinschaftspraxis am Bethanien-Krankenhaus Frankfurt am Main

Die Therapie des Mammakarzinoms hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt. Dies war vor allem bedingt durch genetische Analysen, die zu einem besseren Verständnis der molekularen Strukturen der Tumorzellen sowie deren Interaktion mit reaktiven bzw. immunkompetenten Zellen in der Umgebung führten. Durch den Nachweis von deregulierten Rezeptoren und Signalwegen konnten so neue zielgerichtete Substanzen für Patientinnen mit Mammakarzinom entwickelt und in Form einer „personalisierten Therapie“ in die klinische Praxis eingeführt werden. Und die gute Nachricht für unsere Patientinnen: die neuen Therapien sind vielfach effektiver und auch mit weniger Nebenwirkungen verbunden als eine Chemotherapie.

Die neuen Therapien haben bei den meisten Subgruppen in den letzten 20 Jahren zu einer Verbesserung des Überlebens geführt und in verschiedenen Therapielinien bereits die Chemotherapie abgelöst. Damit kann in vielen Fällen heute das metastasierte Mammakarzinom als eine chronische Erkrankung betrachtet werden. Das mediane Gesamtüberleben beträgt ca. 38 Monate mit einer weiten Spanne zwischen 6 Monaten und vielen Jahren. Eine Heilung der Erkrankung ist aber derzeit nur in wenigen Fällen möglich. Das Ziel der systemischen Therapie bleibt allerdings unverändert, eine Verlängerung der Lebenszeit und Verbesserung der Lebensqualität.

### **Hormon Rezeptor (HR) positives Mamma Ca**

Internationale Leitlinien empfehlen in der Therapie des metastasierten HR positiven Mamma Ca die endokrine Therapie – vielleicht mit Ausnahme von Patientinnen mit einem hohem Metastasierungsdruck und einer sogenannten viszeralen Krise. Die anti-endokrine Therapie hat im Vergleich zur Chemotherapie eine geringere Toxizität bei häufig vergleichbarer Wirksamkeit und ist mit einer besseren Lebensqualität der Patientinnen assoziiert. In den letzten Jahren haben molekulare Untersuchungen zur endokrinen Resistenz gezeigt, dass bestimmte Signalwege in den resistenten Tumorzellen aktiviert sind. Dies führte zur Entwicklung von Inhibitoren der Zellzykluskinasen (CDK4-6 Inhibitoren) und des PIK3CA Signalwegs, die den Grundstein zur endokrinen Kombinationstherapie legten.

Beim HR-positivem Mammakarzinom hat sich eine Kombinationstherapie mit einer der drei CDK4/6-Inhibitoren Palbociclib, Ribociclib und Abemaciclib als neuer Standard in der ersten Therapielinie etabliert. Diese Therapie ist sowohl in Kombination mit Aromatasehemmern, als auch Fulvestrant in ihrer Wirksamkeit bewiesen und verbessert das progressionsfreie und in einigen Studien auch das Gesamtüberleben mit bis zu 60 Monaten.

Im PIK3CA/Akt/mTOR-Signalweg wurden mehrere Tyrosinkinase-Inhibitoren entwickelt. In Kombination mit einer endokrinen Therapie zeigte der neue AKT-Inhibitor Capivasertib eine Verbesserung der Therapie-Ergebnisse, insbesondere bei Vorliegen von pathogenen Mutationen im Signalweg. Ein weiterer PIK3CA Inhibitor, Inavolisib, zeigte vielversprechende Ergebnisse in einer frühen Studie.



Mit Elacestrant ist inzwischen ein oraler SERD zugelassen; diese Gruppe ist insbesondere bei Vorliegen einer Östrogenrezeptor (ESR1)-Mutation wirksam. Die ESR1-Mutation findet sich häufig bei Patientinnen, die mit einem Aromatasehemmer vorbehandelt sind und ist vermutlich an der Resistenzentwicklung beteiligt.

Nach dem Versagen einer endokrinen Therapie stehen neben einer Chemotherapie weitere Optionen mit innovativen Substanzen zur Verfügung. So hat die TROPiCs-02 bei metastasierten HR+ HER2-negativem Mamma Ca gezeigt, dass das progressionsfreie und das Gesamtüberleben bei einer Therapie mit dem Antikörper Drug Conjugat (ADC) Sacituzumab-Govitecan (SG) verglichen mit einer Chemotherapie verbessert werden kann. SG bindet an das Trophoblast cell-surface Antigen-2 (TROP-2), das in Mammakarzinomen hochreguliert ist.

### **HER2 positives Mammakarzinom**

Mit Trastuzumb, Pertuzumab und dem ADC T-DM1 sind bereits sehr effektive Anti-HER2-Medikamente bei der Behandlung von HER2-positivem Mammakarzinom im klinischen Einsatz. Sie haben zu signifikanten Verbesserungen der Therapieergebnisse geführt. Häufig kann nach initialem Ansprechen der Kombination von Chemotherapie und Antikörper eine Chemotherapie-freie Erhaltungstherapie mit Antikörpern gegeben werden, welche relativ gut verträglich ist. In den letzten Jahren wurden zwei weitere HER2-spezifische Substanzen zugelassen: der Tyrosinkinase-Inhibitor Tucatanib und das ADC Trastuzumab-Deruxtecan (TDX-d). Bei TDX-d ist Trastuzumab über einem stabilen Linkern an Deruxtecan, einem Topoisomerase-Inhibitor gekoppelt. Die Destiny Breast 03 Studie konnte die Überlegenheit von TDX-d gegenüber dem „alten“ ADC T-DM1 bezüglich des progressionsfreien und Gesamtüberlebens etablieren. Damit ist TDX-d der neue Standard in der 2. Linie des metastasierten HER2 positiven Mammakarzinoms. Derzeit finden zahlreiche Studien mit TDX-d in früheren Therapielinien im fortgeschritten und frühen Mammakarzinom statt, deren Ergebnisse mit Spannung erwartet werden.

### **Neu: HER2-low-Brustkrebs**

Circa 50 % der ursprünglich als Her2-negativ (Her2-) klassifizierten Mammakarzinome exprimieren niedrige Level von Her2 Rezeptoren (IHC 1+ und 2+) und werden heute als HER2 low klassifiziert. Neue Ergebnisse mit dem ADC Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) in der DESTINY-Breast04-Studie bei Patientinnen mit HER2-low- Mammakarzinom zeigten jetzt eine Verbesserung von PFS und Gesamtüberleben und haben in dieser Indikation eine neue Therapie-Option etabliert. Damit kann TDX-d nun vielen Patientinnen mit HER2-low vor allem in der HR+ Subgruppe nach Versagen einer endokrinen Therapie angeboten werden.

### **Triple-negatives Mammakarzinom**

Das triple negative Mammakarzinom stellt molekular eine heterogene Gruppe dar und hat weiterhin eine ungünstige Prognose. Aber auch hier konnten vor Kurzem neue Therapiemodalitäten entwickelt werden. Der Einsatz von Immuntherapien hat die Therapie-Landschaft bei soliden Tumoren und hämatologischen Neoplasien in den letzten Jahren revolutioniert. Die bahnbrechenden Arbeiten von Allison und Honjo konnten zeigen, wie die Checkpoint anti -PD1/PDL1 Antikörper zur Aktivierung von T-Lymphozyten im Tumorgewebe mit nachfolgender Lyse der Tumorzellen führen. Diese Antikörper haben jetzt auch bei triple-



negativen Mammakarzinom Eingang in die Klinik gefunden. Die beiden Antikörper Atezolizumab und Pembrolizumab verbessern in Kombination mit Chemotherapie bei Tumoren mit einem erhöhten Immunscore das Überleben und haben einen neuen Standard gesetzt. Insgesamt ist die Therapie relativ gut verträglich; allerdings können immunvermittelte Nebenwirkungen auftreten und erfordern ein besonderes Nebenwirkungsmanagement.

Besonderes Interesse finden auch Therapien, die spezifisch in DNA-Reparaturmechanismen eingreifen, wie z. B. die PARP-Inhibitoren Olaparib und Talazoparib. Sie sind für die Behandlung von HER2 negativen Tumoren mit einer Keimbahn-BRCA1/2 Mutation zugelassen, was in ca. 10% der Fälle bei TNBC und in ca. 4% bei HR-positiven Patientinnen der Fall ist.

In der 2. Linie hat das ADC Sacituzumab Govitecan SG eine hohe Wirksamkeit gezeigt, mit Verbesserung des Gesamtüberlebens, und damit einen neuen Standard gesetzt.

### **Frühes Mammakarzinom**

Die Therapie von Patientinnen mit frühem Mammakarzinom war in der letzten Dekade geprägt von Eskalation durch neue Therapien mit innovativen Substanzen und De-Eskalation durch Identifikation besserer Therapieschemata oder Einführung von besseren Werkzeugen zur Einschätzung der Prognose. Die Ergebnisse der großen De-Eskalations-Studien durch Nutzung von Multi-Gen-Tests zeigen, dass durch diesen Ansatz vielen Patientinnen mit Hormonrezeptor positivem Mammakarzinom eine Chemotherapie erspart werden kann. Die Ergebnisse mehrerer Studien zur Untersuchung der Rolle der CDK4/6-Inhibitoren in der Adjuvanz liegen inzwischen vor. In der MONARCH E Studie konnte gezeigt werden, dass die Kombination einer anti-endokrinen Therapie mit Abemaciclib die Ergebnisse für Hochrisikopatientinnen mit HR+ Tumoren verbessert. In der Natalee Studie führte die Kombination der endokrinen Therapie mit Ribociclib zur Verbesserung der Ergebnisse bei Patientinnen mit hohem und intermediärem Risiko.

Weitere Fortschritte zeigen sich bei Patientinnen mit BRCA1/2 Keimbahnmutationen; hier hat der PARP Inhibitor Olaparib die Therapie-Ergebnisse signifikant verbessert.

Beim triple negativen Mammakarzinom führt die Kombination des PDL1 Antikörpers Pembrolizumab mit Chemotherapie in der Neoadjuvanz zu einer signifikant verbesserten PCR und DFS -Rate und zwar unabhängig vom PDL1 Status.

### **Die Zukunft**

Die Pipeline der neuen Substanzen ist gut gefüllt. Neben weiteren ADCs werden immunologische Therapie, unter anderem mit bispezifischen Antikörpern, CAR-T oder Tumor-infiltrierenden Zellen entwickelt, in der Hoffnung, die Ergebnisse weiter zu verbessern.

*(8.986 Zeichen inklusive Leerzeichen)*



## Pathologie

### **Was gibt es Neues aus der Pathologie?**

Prof.in Annette Lebeau, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Die individualisierte, präzisionsgesteuerte Therapie von PatientInnen mit Brustkrebs ist oftmals an den Nachweis eines definierten Biomarkers gebunden. Die qualitätsgesicherte Bestimmung dieser Biomarker ist ein wichtiges Aufgabenfeld von Pathologinnen und Pathologen.

Mit dem Wirkstoff Elacestrant steht ein neues Medikament zur Behandlung von postmenopausalen Frauen sowie Männern mit Östrogenrezeptor (ER)-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit einer aktivierenden ESR1-Mutation zur Verfügung, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines CDK 4/6-Inhibitors, fortgeschritten ist. Die ESR1-Mutation tritt bei etwa 30 bis 40% der PatientInnen mit ER-positivem/HER2-negativem metastasiertem Mammakarzinom nach endokriner Therapie mit Aromatase-Inhibitoren auf und führt zu einer Resistenz gegenüber der endokrinen Standardtherapie.

Die Zulassung von Elacestrant sieht vor, dass die ESR1-Testung mittels Liquid Biopsy am Blut erfolgen muss. Diese sollte erst in der metastasierten Situation nach Entwicklung der endokrinen Resistenz und nicht zum Zeitpunkt der Primärdiagnose erfolgen.

Die Diagnostik an der Liquid Biopsy ergänzt zunehmend die Analyseverfahren der Gewebediagnostik in der Pathologie. Mittlerweile ist die Bestimmung verschiedener Biomarker in der Liquid Biopsy in zahlreichen Pathologie-Einrichtungen in Deutschland etabliert.

Eine Übersicht von Leistungserbringern der ESR1-Liquid Biopsy ist auf der Homepage des Bundesverbandes Deutscher Pathologen e. V. abrufbar. Die Liste wird laufend aktualisiert und ist öffentlich unter folgendem Link zugänglich: <https://www.pathologie.de/aktuelles/esr1-liquid-biopsy>

Zur Stellungnahme der DGS zur Nutzenbewertung von Elacestrant:

[https://www.senologie.org/fileadmin/dgs/downloads/stellungnahmen/2024/Stellungnahme\\_DGS\\_Nutzenbewertung\\_Elasestrant.pdf](https://www.senologie.org/fileadmin/dgs/downloads/stellungnahmen/2024/Stellungnahme_DGS_Nutzenbewertung_Elasestrant.pdf)

*(2005 Zeichen inkl. Leerzeichen)*





## Plastische Chirurgie

### **Mit Eigenfett zurück zur körperlichen Integrität**

Prof. Dr. med. Christoph Heitmann, SENO MVZ zur operativen Behandlung der Brust GmbH

Durch Screening und ständig verbesserte Bildgebung werden Tumore in der Brust in der überwiegenden Zahl früh entdeckt und können brusterhaltend entfernt werden. Eine umfassende Rekonstruktion mit Implantaten oder großen, an anderer Stelle des Körpers entnommenen Gewebelöcken zur Formung einer neuen Brust ist dann nicht erforderlich. Aber auch bei brusterhaltenden Operationen kann es zu größeren Gewebedefekten kommen, die das äußere Erscheinungsbild beeinflussen und die körperliche Integrität und Selbstwahrnehmung sowie die Sexualität stören. Hier kann Eigenfett eine sinnvolle, schonende Option zur Wiederherstellung sein.

Der so genannte autologe Fettgewebstransfer (auch „Lipofilling“) ist eine mittlerweile validierte und standardisierte, wissenschaftlich klar belegte Rekonstruktionsmethode, die weniger invasiv ist als die herkömmlichen Operationsverfahren. Da sich das Eigenfett nach Implantation um bis zu 30 Prozent wieder abbauen kann, sind meist zwei Eingriffe erforderlich, diese können im Dämmer Schlaf erfolgen. Für die Technik spricht, dass das Risiko für eine erneute Krebserkrankung bisher als nicht erhöht nachgewiesen werden konnte und die Komplikationsrate gering ist. Da eigenes, also autologes, Fett etwa an den Oberschenkelinnenseiten oder am Bauch abgesaugt und wieder in die Brust eingebracht wird, sind keine Abstoßungsreaktionen zu erwarten.

Nachteil des Verfahrens ist die schwierige Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Notwendige Klagen beschäftigen Patientinnen, Gerichte sowie Ärzte. Das Sozialgericht Speyer hat am 23.01.2023 entschieden, dass eine Patientin ein Anrecht auf Angleichung der Brust durch Lipofilling hat (S 17 KR 408/21), da dieses als Potenzialmethode zu bewerten sei. Um eine regelhafte Vergütung und damit niedrigschwelligem Zugang zu der Behandlung zu erreichen, hat die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC) mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) sowie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einen Antrag gestellt, um einen OPS-Code für das Verfahren einzuführen. Mit diesem wäre es dann möglich, dieses eindeutig bei der Abrechnung zu kodieren, was auch eine Evaluation des Verfahrens vereinfachen würde. Zugleich wurde beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) der Antrag gestellt, eine DRG, also einen stationären Abrechnungscode, einzuführen. Es wäre wünschenswert, wenn beides gelingen würde, so dass diese risikoarme Methode allen Patientinnen angeboten und weiter evaluiert werden könnte. Um hier ein standardisiertes und evidenzbasiertes Vorgehen zu gewährleisten arbeitet die DGPRÄC mit DGGG, DGS und zahlreichen anderen Fachgesellschaften an einer Leitlinie zu dem Verfahren. Dabei geht die Betrachtung über die weibliche Brust hinaus, da sich Defekte von Kopf bis Fuß mit Eigenfett ausgleichen lassen und zugleich eine Regeneration des Gewebes angeregt wird.

Urteil des Sozialgerichts Speyer: Krankenversicherung - neue Operationsmethode - Lipofilling zur Brustangleichung nach Krebserkrankung - Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative - theoretisches Rezidivrisiko keine medizinische Kontraindikation - gesteigerte Aufklärungspflicht der Krankenhausärzte:  
<https://www.landesrecht.rlp.de/bsrp/document/NJRE001530587>

(3531 Zeichen inkl. Leerzeichen)



## Radiologie (Diagnostik)

### **Was gibt es Neues in der Radiologie**

Prof. Ulrich Bick, Charité - Universitätsmedizin Berlin

#### *Ausweitung der Altersgrenzen im Deutschen Mammographie-Screening-Programm*

Ab dem 1. Juli 2024 ist es soweit: Ab diesem Zeitpunkt können auch Frauen in Deutschland im Alter von 70 bis 75 Jahren am Mammographie-Screening teilnehmen (<https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/erwachsene/krebsfrueherkennung/mammographie-screening-ausweitung/>).

Aufgrund notwendiger Anpassungen in den Screening-Einheiten und im Einladungswesen erfolgt hierzu bis auf weiteres jedoch noch keine automatische Einladung mit Terminvorschlag wie bei den Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Interessierte Frauen in dieser Altersgruppe können sich an die für ihren Wohnort zuständige zentrale Stelle wenden, um einen Termin zu vereinbaren (<https://www.mammo-programm.de/de/termin>). Voraussetzung hierfür ist, dass die letzte Früherkennungs-Mammographie mindestens 22 Monate zurückliegt.

Aber auch die Ausweitung des Mammographie-Screenings in der Altersgruppe 45 bis 49 Jahre ist einen entscheidenden Schritt weitergekommen. In seiner Stellungnahme BfS-55/23 aus dem Oktober 2023 (<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0221-2023110840049>) hat das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) festgestellt, dass die Teilnahme am Mammographie-Screening auch für Frauen ab einem Alter von 45 Jahren mit mehr Nutzen als Risiken verbunden ist. Das BfS empfiehlt daher, die untere Altersgrenze für die Teilnahme am Mammographie-Screening von 50 auf 45 Jahre herabzusetzen. (Siehe BfS Pressemitteilung hierzu: <https://www.bfs.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/BfS/DE/2024/004.html>). Die Umsetzung der Herabsetzung der unteren Altersgrenze des Mammographie-Screenings auf 45 Jahre mit der entsprechenden Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), einen konkreten Zeitplan hierzu gibt es derzeit noch nicht.

*(1941 Zeichen inkl. Leerzeichen)*





## Radioonkologie

### Was gibt es Neues aus der Radioonkologie?

Prof. Frederik Wenz – Universitätsklinikum Freiburg

*Brustkrebs: Wenn eine Bestrahlung erfolgt, kann auf die operative Ausräumung der Achsellymphknoten verzichtet werden.*

Eine neue Studie liefert Evidenz, dass das Weglassen einer axillären Lymphknoten-Dissektion bei Frauen mit T1-, T2- und sogar T3-Mammakarzinom trotz 1–2 Sentinel-Lymphknoten-Makrometastasen der Dissektion gleichwertig ist, wenn leitlinienentsprechend eine adjuvante systemische Behandlung und Strahlentherapie erfolgen. Die Strahlentherapie führt zu deutlich weniger Folgekomplikationen als eine Axilla-Dissektion.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland ca. 70.000 Frauen neu an Brustkrebs. Neben der (meist brusterhaltenden) Operation und medikamentösen Therapien ist die Strahlentherapie eine weitere wichtige Therapiesäule. In der Regel wird die operierte Brust nachbestrahlt, um das Rückfallrisiko zu senken.

Für die Prognose und weitere Therapieplanung ist es entscheidend, ob der Tumor bereits in die Umgebungslymphknoten metastasiert hat. Klinisch lassen sich in diesen Fällen manchmal bereits vergrößerte Lymphknoten in der Achselhöhle (Axilla) ertasten. In diesen Fällen erfolgt eine axilläre Lymphknoten-Dissektion, d. h. die operative Entfernung aller axillären Lymphknoten. Bei klinisch negativem Lymphknotenstatus erfolgt während der Operation des Primärtumors eine sogenannte „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ zur Ermittlung des axillären Lymphknotenstatus (axilläres Staging). Der Sentinel- oder Wächter-Lymphknoten ist der, in den die Lymphe zuerst abfließt, bevor sie die axillären Lymphknoten erreicht. Eine negative Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ist daher repräsentativ für den axillären Status, weshalb bei negativen Sentinel-Lymphknoten auf die Axilla-Ausräumung verzichtet wird. Auch bei Mikrometastasierung (Größe < 2 mm) im Wächterlymphknoten ist gemäß den aktuellen Leitlinien [2] keine axilläre Lymphknoten-Dissektion erforderlich.

Bei „klinisch negativer Axilla“ und gleichzeitiger Makrometastasierung (> 2 mm) im Sentinel-Lymphknoten wird in der Regel die Entfernung der Axilla-Lymphknoten durchgeführt. Statt der operativen Ausräumung der Achsellymphknoten kann eine Bestrahlung der Axilla erfolgen. Bisherige Studien, die bei klinisch negativen Lymphknoten, aber vorhandenen Sentinel-Metastasen den Verzicht auf eine operative Ausräumung untersuchten, wiesen verschiedene Schwächen auf und hatten eine begrenzte statistische Aussagekraft. Nun wurde eine prospektive Multicenterstudie zu dieser Fragestellung publiziert [1].

Untersucht wurde bei Frauen mit klinisch nodal-negativem T1-, T2- und T3-Brustkrebs mit einer oder zwei Sentinel-Makrometastasen die Nichtunterlegenheit des Verzichts der chirurgischen Intervention. Die Patientinnen wurden 1 : 1 randomisiert einer der beiden Gruppen zugeteilt (axilläre Ausräumung vs. keine axilläre Ausräumung). Leitlinienentsprechend erfolgte die weitere adjuvante Behandlung (z. B. Chemo- oder Hormontherapie sowie die Strahlentherapie von Brust und Axilla).

Primärer Endpunkt war das Gesamtüberleben, sekundärer Endpunkt das rezidivfreie Überleben. Um die Nichtunterlegenheit der Nichtintervention zu zeigen, musste die Obergrenze des Konfidenzintervalls der HR für Rezidiv oder Tod bei < 1,44 liegen.

Von 2.540 Patientinnen erhielten 1.205 eine axilläre Ausräumung und 1.335 nicht. Eine Strahlentherapie einschließlich der axillären Lymphknoten wurde bei 1.192/1.326 (89,9 %) Frauen ohne vorherige axilläre Lymphknoten-Dissektion und bei 1.058/1.197 (88,4 %) Patientinnen, bei denen diese Intervention erfolgte, durchgeführt. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 46,8 (1,5–94,5) Monate. Insgesamt erlitten 191 Patientinnen ein



Rezidiv oder starben: In der Gruppe ohne axilläre Ausräumung gab es bei 0,9 % der Frauen Lokalrezidive, bei 0,4 % Regionalrezidive und bei 3,3 % Fernmetastasen; 4,6 % der Patientinnen verstarben. In der Gruppe mit axillärer Ausräumung waren es 0,8 %; 0,5 %; 4,4 % und 5,7 %. Die entsprechend der länderspezifischen Stratifizierung adjustierte HR für Rezidive oder Tod lag mit 0,89 signifikant ( $p < 0,001$ ) unter der vorgegebenen Nichtunterlegenheitsgrenze. Das rezidiv-freie 5-Jahres-Überleben betrug 89,7 % in der Nicht-ALD-Gruppe und 88,7 % in der ALD-Gruppe.

„Diese Studie zeigt einmal mehr, wie die moderne Strahlentherapie einen nebenwirkungsreicheren operativen Eingriff ersetzen kann. Die Bestrahlung wird meistens gut vertragen und die Schulter-Arm-Morbidität ist danach deutlich geringer als nach einer operativen Ausräumung der Axilla, denn es kann infolge der chirurgischen Intervention zu Lymphödem, Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und Schulterbeschwerden kommen“, kommentiert Universitätsprofessorin Dr. Stephanie Combs, Pressesprecherin der DEGRO. „Die Studie festigt die Evidenz, dass auf den Eingriff verzichtet werden kann, wenn eine Strahlentherapie angeschlossen wird, und dass dieser Therapieweg genauso wirksam wie die OP ist, selbst bei Frauen mit T3-Tumoren. Viele Betroffene werden im Hinblick auf ihre Lebensqualität von dieser Erkenntnis profitieren.“

Dass die Bestrahlung der Lymphabflusswege bei Brustkrebspatientinnen mit Lymphknotenbefall die Per-se-Prognose verbessert, zeigte vor einigen Monaten bereits eine große Metaanalyse der „Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group“ (EBCTCG) [3], die in der renommierten Fachzeitschrift „The Lancet“ publiziert wurde. Mit der Strahlentherapie sanken die Rezidivraten und das Gesamtüberleben stieg an. Je mehr Lymphknoten befallen waren, desto deutlicher profitierten die Betroffenen von der Strahlentherapie.

Die Ergebnisse dieser beiden Studien werden nach Ansicht der DEGRO die bisherige Standardbehandlung weiter verändern. „Die Leitlinien müssen hier zügig angepasst werden; aber bereits heute schon müssen die Daten in die Diskussionen im Tumor-Board und in das individuelle Aufklärungsgespräch einbezogen werden“, so Prof. Combs.

[1] de Boniface J, Filtenborg Tvedskov T, Rydén L, Szulkin R, Reimer T, Kühn T, Kontos M, Gentilini OD, Olofsson Bagge R, Sund M, Lundstedt D, Appelgren M, Ahlgren J, Norenstedt S, Celebioglu F, Sackey H, Scheel Andersen I, Hoyer U, Nyman PF, Vikhe Patil E, Wieslander E, Dahl Nissen H, Alkner S, Andersson Y, Offersen BV, Bergkvist L, Frisell J, Christiansen P; SENOMAC Trialists' Group. Omitting Axillary Dissection in Breast Cancer with Sentinel-Node Metastases. N Engl J Med. 2024 Apr 4;390(13):1163-1175. doi: 10.1056/NEJMoa2313487. PMID: 38598571.

[2] [https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-045OLI\\_S3\\_Mammakarzinom\\_2021-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf)

[3] Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Radiotherapy to regional nodes in early breast cancer: an individual patient data meta-analysis of 14 324 women in 16 trials. Lancet. 2023 Nov 25;402(10416):1991-2003. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01082-6. Epub 2023 Nov 3. PMID: 37931633.

DEGRO-Pressestelle, Tel. 03643/776423, [info@albersconcept.de](mailto:info@albersconcept.de)

(5823 Zeichen inkl. Leerzeichen)



## Preisverleihungen

### Klaus-Dieter-Schulz-Versorgungsforschungspreis

Prämiert werden Abstracteinreichungen für Poster oder Vorträge zum 43. Jahreskongress auf dem Gebiet der senologischen Versorgungsforschung zu den Themenbereichen: „Früherkennung und Diagnostik des Mammakarzinoms“, „Versorgungsqualität“ und „Outcome-Forschung“. Der Preis wird in Erinnerung an den langjährigen 1. Vorsitzenden der DGS e. V., Herrn Prof. Dr. Klaus-Dieter Schulz, vergeben. Prof. Schulz beeinflusste über 20 Jahre entscheidend die Entwicklung der Onkologie. Als international anerkannter Brustkrebspezialist setzte er Zeichen bei der Diagnostik und Behandlung des Mammakarzinoms. Er förderte maßgeblich die multidisziplinäre Ausrichtung der Senologie, initiierte die Leitlinienentwicklung sowie die Entwicklung von Brustzentren und baute die Versorgungsforschung mit auf. Mit diesem Preis wollen wir an einen herausragenden Arzt, Kollegen und Menschen erinnern.

#### 1. Preis: Sarah Fröhlich, Rostock



erhält – stellvertretend für ihre Arbeitsgruppe – den Klaus-Dieter-Schulz-Versorgungsforschungspreis 2024 für die Arbeit zum Thema: „Prognostische Faktoren bei Patientinnen mit Mammakarzinom und leptomeningealen Metastasen: eine Subanalyse des deutschen Registers für Hirnmetastasen beim Mammakarzinom (BMBC)“.

#### Zusammenfassung:

#### **Hintergrund**

Die Markierung axillärer Target Lymph Nodes (TLN) mit Clips/Coils beim Mammakarzinom ist aktuell die am häufigsten angewendete Markierungstechnik, obwohl im Vergleich zu anderen Verfahren die in bisherigen Studien berichteten Detektionsraten (DR) sehr stark variieren und präoperativ eine bildgebend gesteuerte Lokalisation des TLN notwendig ist.

#### **Material und Methoden**

Die internationale AXSANA-Registerstudie vergleicht prospektiv die verschiedenen operativen axillären Stagingverfahren nach neoadjuvanter Chemotherapie (NACT) bei initial nodal-positivem Mammakarzinom und Konversion zu ycN0 hinsichtlich onkologischem Outcome und Lebensqualität. Ziel der aktuellen Untersuchung ist die Ermittlung der DR und der Rate an lost Clips bei AXSANA-StudienteilnehmerInnen, bei welchen der TLN vor NACT clipmarkiert wurde und eine Targeted Axillary Dissection (TAD) oder Target Lymph Node Biopsy (TLNB) bei ycN0-Status bis zum 11.01.2024 durchgeführt wurde.

#### **Ergebnisse**

Bei 986 von 1274 (77,4%) PatientInnen mit geplanter TAD/TLNB wurde der TLN vor NACT mit einem Clip/Coil markiert. Bei 22,6% (n=288) der PatientInnen wurden magnetische Seeds, Radarmarker oder Kohlenstoff zur Markierung verwendet. Der clipmarkierte TLN konnte bei 885 PatientInnen (89,8%) detektiert werden. Die Rate an lost Clips war 5,8% (n=57). Der



clipmarkierte TLN wurde bei 465 PatientInnen (47,2%) präoperativ lokalisiert, bei 438 von diesen (94,2%) mit einem Draht. Die mediane Anzahl entfernter TLN war 1 (0-9).

### Zusammenfassung

Bei der Mehrzahl der PatientInnen mit geplanter TAD/TLNB in der AXSANA-Studie wurde der TLN mit einem Clip/Coil markiert. Die Analyse bestätigt eine DR clipmarkierter TLN unter 90%, welche auch in anderen Studien ermittelt wurde. Im Vergleich haben moderne, Sonden-gestützte Markierungstechniken das Potential, die DR des TLN zu verbessern und den PatientInnenkomfort zu erhöhen.

### Florence-Nightingale-Preis

Der Florence-Nightingale-Preis ist ein Preis für herausragende Arbeiten in der Gesundheitsvorsorge und modernen Krankenpflege in der Senologie. Entsprechend dem Namen des Preises sollen die Verdienste von Florence Nightingale" (12.05.1820-13.08.1910) zur Entwicklung der modernen Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge gewürdigt werden. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass die eingereichten Studien insbesondere den Aspekt des 'patient reported outcome' und der Lebensqualität betrachten. Infrage kamen Originalarbeiten oder Übersichtsartikel, die sich mit der Verbesserung von Gesundheitsvorsorge, Krankenversorgung und Lebensqualität bei Patientinnen mit Brusterkrankungen befassen.

#### 1. Preis: MU Dr. Stefan Lukac (Ulm)



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den Florence-Nightingale-Preis für die Arbeit zum Thema: „Brauchen wir die Anthrazykline für ältere Patientinnen mit TNBC?“.

#### Zusammenfassung der Arbeit:

##### **Zielsetzung**

Das tripple-negative Mammakarzinom (TNBC) erfordert eine systemische Behandlung mit Chemotherapie, die in der Regel auf Anthrazyklinen (AB) basiert. Die relevante Nebenwirkung von AB-Regimen ist die Kardiotoxizität, die besonders in der älteren Bevölkerung relevant ist. Deswegen wurden anthrazyklinbasierte und anthrazyklinfreie (AF) Therapieschemata bei älteren Patientinnen mit TNBC hinsichtlich Überlebensparametern und Toxizität zu vergleichen.

##### **Materialien**

Die Studienpopulation waren 221 Frauen über 65 Jahre aus der SUCCESS A und SUCCESS C Studie, die sich einer primären Operation und einer adjuvanten Chemotherapie nach einem standardisierten Protokoll unterzogen.

##### **Methoden**

Die Patientinnen wurden entsprechend ihrer adjuvanten Chemotherapie in 2 Gruppen eingeteilt: AB-Regime (3x Fluorouracil-Epirubicin-Cyclophosphamid und 3x Docetaxel) und AF (6x Docetaxel-Cyclophosphamid).

Die klinisch-pathologischen Parameter wie pT, pN, Grading, histologischer Subtyp, Art der Operation und adjuvante Strahlentherapie (Chi-Quadrat); Überlebensparameter (log-rank): Gesamtüberleben (OS), krankheitsfreies Überleben (iDFS),





brustkrebspezifisches Überleben (BCSS), fernes krankheitsfreies Überleben (DDFS), lokal-freies Überleben (LFS), und Nebenwirkungen Grad 3 und 4 gemäß CTC-AE (binäre logistische Regression) wurden zwischen den Gruppen verglichen.

### Ergebnisse

Es gab keinen Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich Body-Mass-Index, pT, pN, Grading, Art der Operation, histologischem Subtyp oder adjuvanter Strahlentherapie. Bei den Überlebensparametern wurde kein signifikanter Unterschied bei OS, iDFS, BCSS, LFS, DDFS festgestellt. Was die Nebenwirkungen betrifft, so hatten ältere Patienten mit AB-Regime ein signifikant höheres Auftreten von CTC-AE Grad 3 und 4 während der adjuvanten Chemotherapie als die Patientinnen mit AF-Regime.

### Zusammenfassung

Anthrazyklinfreie Therapien bieten bei älteren Patientinnen mit TNBC ein gleichwertiges Überleben und weniger Nebenwirkungen und könnten als Alternative für diese Patientengruppe in Betracht gezogen werden.

### 1. Preis: Christian Tegeler (Tübingen)



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den Florence-Nightingale-Preis für die Arbeit zum Thema: „Elevated soluble HLA class I molecules in breast cancer patients associate with favorable disease outcome“.

#### Zusammenfassung der Arbeit:

Die T-Zell-Erkennung von Peptiden, die von menschlichen Leukozytenantigenen (HLA) auf der Oberfläche von Zellen präsentiert werden, spielt eine zentrale Rolle in der Immunüberwachung bösartiger Erkrankungen. Neben den HLA-Molekülen auf Zelloberflächen werden auch lösliche HLA-Moleküle (sHLA) ins Blut abgegeben. Die Rolle dieser Moleküle hingegen ist noch weitestgehend unbekannt, wobei eine Einflussnahme auf die zelluläre Immunantwort angenommen wird.

In unserer Arbeit untersuchten wir die sHLA-Serumspiegel von 192 Patientinnen mit invasivem Karzinom (BC, n = 141) oder duktalem Karzinom in situ (DCIS, n = 51) im Hinblick auf klinische Parameter, Überlebensrate und im Vergleich zu gesunden Probanden (HV, n = 84). Das Serum von DCIS- und BC-Patientinnen sowie von HV wurde zum Zeitpunkt der Diagnose und vor Beginn jeglicher Therapie gesammelt. Die sHLA-Klasse-I-Moleküle wurden mittels Enzymimmunoassay quantifiziert.

Die sHLA-Serumspiegel waren bei Patientinnen mit DCIS (Median = 2,79) und BC (Median = 2,27) im Vergleich zu einer Kontrollkohorte von HV (Median = 1,69) signifikant erhöht. Ein Unterschied in Bezug auf Tumorsubtyp und Menopausenstatus zeigte sich nicht. BC-Patientinnen mit hohen sHLA-Werten zum Zeitpunkt der Diagnose zeigten ein längeres progressionsfreies Überleben und eine Tendenz zu einem längeren Gesamtüberleben im Vergleich zu BC-Patientinnen mit niedrigen sHLA-Werten.



Unsere Daten zeigen erste Erkenntnisse über sHLA bei BC-Patientinnen und deuten auf einen positiven Einfluss auf die Anti-Tumor-Immunität hin. Des Weiteren könnten sHLA-Moleküle in Zukunft als prognostisches Instrument zur Bewertung des Outcomes bei BC herangezogen werden, sofern sich unsere Daten in weiteren Studien bestätigen sollten.

### Wissenschaftspreise der Deutschen Gesellschaft für Senologie e. V.

Die Wissenschaftspreise werden für herausragende Arbeiten verliehen, die ein Gebiet des interdisziplinären diagnostischen und / oder therapeutischen Spektrums in der Bekämpfung des Brustkrebses vertreten. Infrage kamen Originalarbeiten oder Übersichtsartikel, die in ihrer Zusammensetzung bisher nicht berücksichtigte Aspekte eines Problems beleuchten. Die Preise sind mit jeweils 3.000 Euro dotiert und werden im Rahmen des 43. Jahreskongresses der DGS e. V. überreicht.

#### 1. Preis: PD Dr. med. Kai Borm (München)



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den DGS-Wissenschaftspreis für die Arbeit zum Thema: „The impact of fractionation on secondary malignancies in adjuvant breast cancer irradiation“.

#### Zusammenfassung der Arbeit:

Randomisierte Studien haben die onkologische Gleichwertigkeit der Hypofraktionierung im Vergleich zur konventionellen Fraktionierung für die adjuvante Strahlentherapie bei Brustkrebs gezeigt. Aufgrund der geringen Inzidenz und der langen Latenzzeit von Sekundärmalignomen gibt es bisher keine zuverlässigen klinischen Daten bezüglich des

Einflusses des Fraktionierungsregimes auf die Entwicklung von Sekundärmalignomen.

#### Material und Methoden

Für 20 Patientinnen mit rechts- (n=10) oder linksseitigem (n=10) Brustkrebs wurden für die aktuelle Studie Behandlungspläne erstellt, unter Verwendung von 3D-CRT (n=10) oder VMAT (n=10) für drei verschiedene Fraktionierungsschemata: Konventionelle Fraktionierung mit 50,4Gy in 1,8Gy (28fx), Hypofraktionierung mit 40,05Gy in 2,67Gy (15fx) und Ultra-Hypofraktionierung mit 26Gy in 5,2Gy (5fx). Die EARs (absolute zusätzliche Krankheitsfälle pro 10.000 Patientenjahre) für Sekundärmalignome (angenommenes Alter bei Exposition: 50 Jahre; Beobachtungszeitraum: 10 und 30 Jahre) in Lunge, kontralateraler Brust, Speiseröhre, Leber, Schilddrüse, Rückenmark, Knochen und Weichteilgewebe wurden unter Verwendung eines fraktionsabhängigen Dosis-Wirkungs-Modells berechnet.

#### Ergebnisse

Auf Basis der Risikomodulation führte die (Ultra-)Hypofraktionierung zu signifikant niedrigeren EARs für Lungenkrebs (LC), kontralateralen Brustkrebs (CBC) und Weichteilsarkom (STS). Für das ultra-hypofraktionierte Dosiskonzept und eine Nachbeobachtungszeit von 30 Jahren waren die medianen EARs für LC, CBC und STS



um 42,8 %, 39,4 % und 58,1 % niedriger verglichen mit konventioneller Fraktionierung und um 31,2 %, 25,7 % und 20,3 % verglichen mit Hypofraktionierung. Der Einfluss der Fraktionierung auf das Risiko von Sekundärmalignomen für LC und CBC war für die 3D-CRT weniger ausgeprägt (mediane  $\Delta\text{EAR}_{28\text{fx};5\text{fx}}$ : 11,6 und 2,9) als bei der VMAT (mediane  $\Delta\text{EAR}_{28\text{fx};5\text{fx}}$ : 32,7 und 6,6). Für STS hingegen war der Einfluss der Fraktionierung für die 3D-CRT größer (mediane  $\Delta\text{EAR}_{28\text{fx};5\text{fx}}$ : 0,6) als mit VMAT (mediane  $\Delta\text{EAR}_{28\text{fx};5\text{fx}}$ : 0,2).

#### Schlussfolgerung

Die Hypofraktionierung führt potenziell zu einem geringeren Risiko von strahlentherapieinduzierten Sekundärmalignomen nach adjuvanter Brustkrebsbestrahlung.

#### **1. Preis: Dr. med. Dominik Dannehl (Tübingen)**



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den DGS-Wissenschaftspreis für die Arbeit zum Thema: „Implementation and Evaluation of a Breast Cancer Disease Model Using Real-World Claims Data in Germany from 2010 to 2020“.

#### Zusammenfassung der Arbeit:

Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung der Frau weltweit. Neben retrospektiven und prospektiven klinischen Studien, sowie der Auswertung von Krebsregisterdaten gewinnt die Nutzung von so genannten „real-world Daten“ eine immer größer werdende Bedeutung. Im deutschsprachigen Raum wurde bereits vor einigen Jahren die prospektive Registerstudie PRAEGNANT etabliert, die die Behandlungsrealität von Patient:innen mit einem Mammakarzinom widerspiegeln soll. Jedoch können auch große prospektive Registerstudien nicht alle Facetten der Erkrankung abbilden, zumal nur Daten von Patientinnen analysiert werden können, die an solchen Studien teilnehmen. Insbesondere im Hinblick auf das Einnahmeverhalten von Medikamenten (Compliance) bestehen Kenntnislücken.

Exakt diese Lücken können von dem hier ausgezeichneten Projekt gefüllt werden, da in Krankenkassendaten der komplette Behandlungsverlauf von Patient:innen mit Mammakarzinom abgebildet wird. Neben ambulanten werden auch stationäre Diagnosen und Prozeduren kodiert. Zudem werden auch alle von den Patient:innen in der Apotheke abgeholten Medikamente inklusive der Packungsgröße erfasst. Dies kann dem Forschungsteam einen hervorragenden longitudinalen Überblick über die Behandlungssituation verschaffen.

Die mit dem Wissenschaftspreis der Deutschen Gesellschaft für Senologie 2024 prämierte Arbeit befasst sich mit der Erstellung und Validierung eines Krankheitsmodells aus den zuvor genannten Krankenkassendaten, die von der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt worden sind. Zuvor musste jedoch eine aufwändige Aufbereitung der Daten erfolgen. Zudem erfolgte die Charakterisierung der Krankheitsstadien und des Tumor-Rezeptorstatus nicht direkt, da diese Informationen nicht in den Datensätzen der Krankenkassen enthalten sind. Vielmehr wurden die





Stadien und der Rezeptorstatus über spezifische Kodierungen und die eingenommene Medikation (endokrine und HER2-zielgerichtete Therapie) identifiziert.

In der vorliegenden Arbeit wurden die verschiedenen Tumorstadien (frühes Mammakarzinom mit oder ohne axillären Lymphknotenbefall, primär und sekundär metastasiertes Mammakarzinom) sowie die etablierten Tumorsubtypen (anhand des Hormonrezeptor- und HER2-Status) aus den zur Verfügung gestellten Datensätzen abgeleitet. Abschließend wurde das Modell im Hinblick auf das fernrezidiv-freie Überleben und das Gesamtüberleben mit der aktuellen Literatur verglichen. Das hier beschriebene Modell konnte die Stadien- und Subtypverteilung sehr gut abbilden. Auch die Outcome-Daten sind hochgradig mit der Literatur vergleichbar.

Dadurch kann diese Arbeit als erste im deutschen Raum zeigen, dass aus Krankenkassendaten ein valides Modell der Stadien- und Subtypverteilung sowie der Therapielandschaft des Mammakarzinoms erstellt werden kann. Neben epidemiologischen Daten umfasst der Datensatz unter anderem Informationen zu Komorbiditäten, Arztbesuchen, Medikamenteneinnahme, Therapie-Adhärenz und Krankschreibungen. Dieses Modell dient als Grundlage für weitere wichtige Analysen im Hinblick auf die Behandlungsrealität und Versorgung von Patient:innen mit einem Mammakarzinom.

#### 1. Preis: Dr. med. Marius Wunderle (Halle)



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den DGS-Wissenschaftspreis für die Arbeit zum Thema: „Germline BRCA mutation status influences the immune profile in HER2-negative breast cancer assessed by multispectral fluorescence imaging“.

##### Zusammenfassung der Arbeit:

Patientinnen mit einer Keimbahnmutation in BRCA1/2 können typischerweise an Brustkrebs mit einem triple-negativen Rezeptorstatus, einem hohen Tumorgrad und einer erhöhten Proliferationsrate erkranken, was häufig die Behandlung mit einer Chemotherapie nach sich zieht. Zusätzlich sind mittlerweile Immuntherapien in der klinischen Praxis etabliert, wobei die Tumor-Immunzell-Interaktion bei BRCA-mutiertem vs. nicht-mutiertem Brustkrebs bisher kaum erforscht ist.

Wir nutzten daher die Multispektral-Fluoreszenz-Bildgebung für eine umfassende Analyse des Tumor-Immun-Mikro-Milieus an Formalin-fixierten, Paraffin-eingebetteten Stanzbiopsien von Patientinnen mit frühem, höhergradig proliferativem, triple-negativem Brustkrebs (16 BRCA-mutiert, 18 nicht-mutiert) oder höhergradig proliferativem, Hormonrezeptor-positivem (luminal B-like) Brustkrebs (7 BRCA-mutiert, 13 nicht-mutiert). In Arealen erhöhter immunologischer Aktivität bestimmten wir die räumliche Verteilung verschiedener Immunzelltypen, darunter B-Zellen (CD20+), T-Helfer-Zellen (CD3+, CD8-), zytotoxische T-Zellen (CD3+, CD8+), regulatorische T Zellen (FoxP3+) und anti-inflammatorische M2 Makrophagen (CD163+), sowie Tumorzellen (panCK+, DAPI+). Es erfolgte eine umfassende Analyse bzgl. Zelldichte, Zell-Zell-Interaktion, Geweberegion, klinisch-pathologischen Eigenschaften und dem Ansprechen auf eine neoadjuvante Chemotherapie.



Unsere Analyse von knapp 2 Millionen Zellen innerhalb des Tumor- und des umgebenden Stromagewebes ergab die höchste Immunzell-dichte bei nicht-mutiertem TNBC verglichen mit BRCA-mutiertem TNBC und BRCA-mutiertem luminal B-like BC, und die geringste Immunzell-Infiltration bei nicht-mutiertem luminal B-like BC. Bei TNBC war die mittlere Zelldichte der Gesamt-Lymphozyten in den stärker immunogenen Stroma-Arealen im Mittel um 63% höher (signifikant,  $P=0,015$ ), wenn keine BRCA-Mutation vorlag als wenn eine BRCA-Mutation vorlag. Ähnliche Effekte zeigten sich vor allem für T-Helfer-Zellen und zytotoxische T-Zellen (signifikant,  $P=0,04$ ). Bei luminal-B like BC fand sich dagegen im Tumorgewebe eine verringerte Dichte der Gesamt-Lymphozyten, B-Zellen, T-Helfer-Zellen und zytotoxischen T-Zellen (signifikant,  $P=0,04$ ), wenn keine BRCA-Mutation vorlag als wenn eine BRCA-Mutation vorlag.

Der beobachtete Effekt einer erhöhten Immunogenität bei nicht-mutiertem vs BRCA-mutiertem TNBC und umgekehrt einer verringerten Immunogenität bei nicht-mutiertem vs BRCA-mutiertem luminal B-like BC zeigte sich als überwiegend nicht-signifikanter Trend auch für die allermeisten anderen Lymphozyten-Typen im Tumor- und Stromagewebe der untersuchten Regionen. Die Dichte anti-inflammatorischer M2-Makrophagen ergab dazu passend einen gegensätzlichen Trend oder keinen Unterschied zwischen BRCA-mutierten und nicht-mutierten Patientinnen. Diese Ergebnisse werden unterstützt durch umfassende Profilanalysen der Distanz-abhängigen Zelldichte, Analysen der Nachbarschaftsbeziehungen der Zellen untereinander sowie durch eine Cluster-Analyse mit der Identifikation von 3 unterschiedlich immunogenen Zell-Clustern.

Das Ansprechen auf die neoadjuvante, Platin-haltige Chemotherapie war unter den Patientinnen mit TNBC allgemein sehr hoch und hierbei unter den BRCA-Mutationsträgerinnen höher als unter den Nichtmutationsträgerinnen, obwohl die Immunzell-dichte bei den BRCA-Mutationsträgerinnen geringer ausfiel.

Zusammenfassend zeigt die detaillierte räumliche Charakterisierung des Immunzell-Repertoires einen Einfluss von BRCA-Mutationen auf die Immunogenität von frühem, HER2-negativem Brustkrebs und dabei eine geringere Immunogenität bei BRCA-mutiertem vs nicht mutiertem TNBC. In unserer Patientinnenkohorte hatte dies jedoch keinen negativen Einfluss auf das Ansprechen auf die Chemotherapie bei BRCA-Mutationsträgerinnen.



### **Innovationspreis „Junior meets Senior“**

Der Innovationspreis „Junior meets Senior“ wird an WissenschaftlerInnen „generationsübergreifend“ vergeben, die im Rahmen ihres Lebenswerkes (Senior) Herausragendes geleistet, nachhaltig implementiert und damit den Staffelstab (Junior) weitergegeben haben.

In diesem Jahr geht der Preis an Univ.-Prof. Dr. Achim Rody (Lübeck, Senior) und Prof. Dr. Maggie Banys-Paluchowski (Lübeck, Junior) für ihre erfolgreiche Zusammenarbeit.



### **Verleihung der DGS-Ehrenmitgliedschaft**

Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung am 6. Juni von 12:45-13:50 Uhr wird schließlich – als krönender Abschluss – Frau PD Dr. Simone Wesselmann (links) sowie Herr Prof. Dr. Hans-Peter Sinn (rechts) die DGS-Ehrenmitgliedschaft verliehen. Beide Preisträger haben sich über die Maße auf besondere Weise für die Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. eingesetzt.





## Interviewwünsche

Zu folgenden Themen können wir Ihnen **ExpertInnen** vermitteln:

- operative Verfahren: Verfahren zum Wiederaufbau/Rekonstruktion der Brust
- Bildgebung & Mammografie-Screening
- Therapiewege: Immuntherapie/Chemotherapie & Bestrahlung/„targeted therapies“
- Forschungsgebiete & Leitlinien
- Genetik und Pathologie
- Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Das **tagesaktuelle Kongressprogramm** finden Sie [hier](#).

*Übrigens: Die wissenschaftlichen Sitzungen des Kongresses können im Anschluss an den Kongress auch On demand gesichtet werden. Dafür bitten wir um **Ihre Akkreditierung**.*

[Zur Akkreditierung](#)

Bei Interesse wenden Sie sich gern an uns:

---

### **DGS-Presseteam in Dresden**

Sara Schönborn | Manuela Rank | Melanie Herberger

Tel.: +49 (0)30-514 88 3333

E-Mail: [presse@senologie.org](mailto:presse@senologie.org)