

PRESSEMAPPE



Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.
44. JAHRESKONGRESS



www.senologiekongress.de

26.-28. Juni 2025 | ICS Internationales Congresscenter Stuttgart

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

Die Räume C8.1 und C8.2 stehen ausschließlich MedienvertreterInnen zur Verfügung.
Wir begrüßen Sie hier gerne mit einem leichten Snack & einem kühlen Getränk.
Nutzen Sie gern auch unseren Silent Room C8.2 für Ihre Arbeit.

Wir freuen uns auf Sie!

Pressekontakt

Repräsentanz der Fachgesellschaften

Sara Schönborn | Manuela Rank | Melanie Herberger | Heiko Hohenhaus
E-Mail: presse@senologie.org



Inhalt

Die Fachgesellschaft	3
Grußwort der DGS-Vorsitzenden	4
Das Kongresspräsidium	5
Innere Medizin	7
Radiologie (Diagnostik)	11
Radioonkologie	13
Plastische Chirurgie	15
Implantatregister Deutschland (IRD) / AWOgyn Implantatregister	17
S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“	19
Preisverleihungen	21
Klaus-Dieter-Schulz-Versorgungsforschungspreis	21
Florence-Nightingale-Preis	23
Wissenschaftspreise der Deutschen Gesellschaft für Senologie e. V.	25
Innovationspreis „Junior meets Senior“	28
Verleihung der DGS-Ehrenmitgliedschaft	28
Interviewwünsche	29
Raumübersicht	30



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.](#)



Grußwort der DGS-Vorsitzenden

Liebe Medienschaffende,
liebe Gästinnen und Gäste,

Forschung, Lehre und Wissensvermittlung: Diesen drei Grundbausteinen unserer Fachgesellschaft widmen wir uns auch bei unserem diesjährigen 44. DGS-Jahreskongress in Stuttgart – immer mit dem Ziel, unseren Patientinnen eine bestmögliche Beratung, Behandlung und Betreuung zu gewährleisten.

Gemeinsam mit unserem Vorstand und unserem Kongresspräsidium dürfen wir Ihnen ein facettenreiches Programm präsentieren: Updates aus der Chirurgie, Gynäkologie, Pathologie, Radiologie sowie aus den Bereichen Radioonkologie, Innere Medizin und Plastische Chirurgie spiegeln die immense Vielfalt dieses Fachs wider. Doch auch über unsere Fachsäulen hinaus erwarten die Teilnehmenden aktuelle und gesellschaftlich relevante Diskurse wie zur Frage „Gesundheitskompetenz – wie geht das?“ oder zur allgegenwärtigen Künstlichen Intelligenz, die uns in der klinischen Praxis immer öfter begegnen wird.

Neben aktuellen Erkenntnissen aus Forschung und Klinik steht in diesem Jahr die aktuelle Überarbeitung der S3-Leitlinie zum Mammakarzinom im Fokus – einem zentralen Instrument für evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Versorgung. Die neuesten Empfehlungen und Änderungen werden im Rahmen des Kongresses ausführlich vorgestellt und mit Fachkolleginnen und -kollegen diskutiert.

Für aufregende Diskussionen sorgen unsere Oxford-Debatten, die sich in Stuttgart mit den Themen „Ist der Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie noch zeitgemäß?“ und „Re-BET beim Rezidiv“ auseinandersetzen. Hier freuen wir uns auf rege Diskussionen und einen intensiven fachlichen Austausch!

Auch in diesem Jahr dürfen wir herausragend wissenschaftliche und klinische Arbeiten aus unserem Fachbereich würdigen: Bei unserer Eröffnungsveranstaltung (Donnerstag, 26. Juni, 13:30-14:30 Uhr) werden wir bei den Preisverleihungen impulsgebende WissenschaftlerInnen auszeichnen. In diesem Rahmen werden zudem auch die Ehrenmitgliedschaften verliehen, die in diesem Jahr drei ganz besondere Persönlichkeiten unseres Fachs erhalten werden.



Nicht zuletzt freue ich mich besonders darüber, dass der DGS-Kongress 2025 den wissenschaftlichen Nachwuchs so intensiv einbindet: Mit dem generationenübergreifenden Innovationspreis „Junior meets Senior“ sowie dem erstmalig organisierten Science Slam, bei dem wir dem Nachwuchs eine Bühne für die eigenen Forschungsprojekte geben.

Seien Sie in diesem Jahr dabei, wenn die deutschsprachige senologische Fachgemeinschaft in Stuttgart zusammenkommt! Ich freue mich auf Ihren Besuch und Ihre Berichterstattung über unseren Kongress.

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



Das Kongresspräsidium

Der 44. Jahreskongresses 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. Andreas Hartkopf (Tübingen) als Kongresspräsident, Co-Kongresspräsidentin Prof.in Dr. Nina Ditsch (Augsburg) und Prof. Dr. Michael Patrick Lux (Paderborn) als Kongresskoordinator sowie der Ehrenkongresspräsident Prof. Dr. Bernd Gerber (Rostock) auf den gemeinsamen Austausch in Stuttgart.

„Gemeinsam mit meiner Co-Kongresspräsidentin Prof. Nina Ditsch (Augsburg) und Kongresskoordinator Prof. Michael P. Lux (Paderborn) freue ich mich, Sie vom 26. bis 28. Juni im Internationalen Congress Center in Stuttgart zum 44. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. begrüßen zu dürfen!“

Auch in diesem Jahr haben wir ein abwechslungsreiches und wissenschaftlich hochkarätiges Programm für Sie zusammengestellt. Neben den neuesten Erkenntnissen in Diagnostik, Therapie und Nachsorge liegt unser besonderer Fokus auf der fortschreitenden Personalisierung der Therapie und Diagnostik – sei es durch molekulare Marker, partizipative Entscheidungsfindung oder den gezielten Einsatz digitaler Tools und Künstlicher Intelligenz.

Die Qualität der Versorgung unserer Patientinnen hat in den letzten Jahren dank des interdisziplinären Austauschs und der intensiven Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ein außergewöhnlich hohes Niveau erreicht. Dennoch bleiben Herausforderungen bestehen – ob Fachkräftemangel, Umstrukturierung des Gesundheitswesens oder knappe Ressourcen. Umso wichtiger ist es, dass wir gemeinsam neue Wege beschreiten und unsere Prozesse weiter optimieren, stets mit dem Ziel einer patientinnenzentrierten Versorgung.



Besonders freuen wir uns, dass unser langjähriges DGS-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Bernd Gerber den Kongress als Ehrenkongresspräsident unterstützt.

Wir freuen uns auf spannende Diskussionen, neue Impulse und den persönlichen Austausch mit Ihnen!“

Prof. Dr. Andreas Hartkopf
Kongresspräsident 2025
Mitglied des DGS-Vorstands



Das Kongresspräsidium hat ein facettenreiches wissenschaftliches Programm zusammengestellt und gibt einen ersten Einblick in die Highlights vor Ort:

„Durch das große Kursangebot kommen „Jung“ und „Erfahren“ zusammen, um aufbauend auf dem großen Schatz an Wissen eigene neue Ideen und Konzepte im Bereich der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge zu diskutieren und weiter zu entwickeln. Wen hierbei die Rolle der Künstlichen Intelligenz besonders interessiert, findet im Kongress-Programm ausgewiesene Expertinnen und Experten, die wir speziell für dieses Thema gewinnen konnten.“

Neben den wissenschaftlich hochkarätigen Sitzungen stehen die Belange des Alltags, die uns nicht nur die Notwendigkeit und Wichtigkeit einer gelungenen Kooperation durch interdisziplinären Austausch vor Augen halten, sondern auch fachpolitisch wichtige Themen aufgreifen, im Mittelpunkt des Kongresses.

Die interaktive Gestaltung und Diskussion mit PatientenvertreterInnen auf Augenhöhe hat Themen zu Fertilität und Sexualität zum integralen Bestandteil des Programms werden lassen.

Freuen Sie sich mit uns auf einen spannenden, praxisnahen wie wissenschaftlich fundierten Austausch in Stuttgart – am Tag wie auch am Abend!“



Prof. Dr. Nina Ditsch
DGS-Kongresspräsidium 2025
Co-Kongresspräsidentin

„Für mich persönlich ist die Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. die interdisziplinärste Fachgesellschaft, die es gibt. Radiologie, Radioonkologie, Pathologie, Plastische Chirurgie, Chirurgie, Hämatologe und Gynäkologie präsentieren, diskutieren, tauschen sich aus, entwickeln Projekte – alles persönlich vor Ort – das ist Senologie!“



[...] Beim Durchschauen des Programms ist sicherlich der einen oder dem anderen aufgefallen, dass viele Themen abgebildet sind, die bei „normalen“ Fortbildungen oftmals untergehen – komplementäre Medizin, Management der Nebenwirkungen in der Nachsorge (siehe auch Sessions wie „Sex, Drugs and Rock 'n' Roll), Adhärenz, Gesprächsführung, Resilienz, digitale Innovationen, Social Media oder das Spannungsfeld zwischen Therapie und Ökonomie.

Die Senologie ist nicht nur fachübergreifend, sondern auch berufsübergreifend – somit haben wir darauf geachtet, dass ein reichhaltiges Angebot für Pflege, Breast Care Nurses, StudienassistentInnen, MFAs und vielen mehr vorhanden ist.“

Prof. Dr. Michael P. Lux
Kongresskoordinator



Innere Medizin

Was gibt es Neues aus Sicht der Inneren Medizin?

Dr. Manfred Welslau, onkologisches Zentrum und MVZ Onkologie am Klinikum Aschaffenburg

Immer mehr Brustkrebspatientinnen können individualisiert behandelt werden. Hierbei werden sowohl molekulargenetische individuelle Daten, als auch klinische individuelle Daten inkl. der zunehmend wichtigeren sozioökonomischen Daten berücksichtigt.

Die molekulare Medizin nimmt auch bei der Behandlung von Brustkrebs eine immer größere Stellung ein. Es geht aber auch darum, die PatientInnen in ihrer Ganzheit zu sehen und gemeinsam mit ihnen in ihrer Lebensumgebung, unter Berücksichtigung der Ethnie, der körperlichen und auch seelischen Bedürfnisse, eine individuelle maßgeschneiderte Therapie, aber auch eine individuelle maßgeschneiderte Betreuung anzubieten.

Dies führt nicht nur zu verbesserten Therapien, sondern auch zu einem besseren Durchhalten der Therapien mit einer besseren Lebensqualität, die bei der chronischen Brustkrebskrankung insbesondere im Vordergrund steht.

Für das frühe Mammakarzinom bedeutet dies, dass die Optimierung der Therapie zu besseren Heilungschancen führt. Für das späte, also das metastasierte, Mammakarzinom, kann mit dem individualisierten Vorgehen eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Verlängerung des Überlebens erreicht werden. Auch wenn eine Heilung beim metastasierten Mammakarzinom derzeit weiterhin nur sehr selten möglich ist, sind mittlerweile Verläufe von vielen Jahren bei guter Lebensqualität keine Seltenheit mehr.

Hormonrezeptor-positives (HR+) Mammakarzinom

Internationale und nationale Leitlinien empfehlen beim metastasierten HR-positiven Mammakarzinom eine endokrin-basierte Therapie, möglichst in Kombination mit Inhibitoren der Cyclin-abhängigen Kinasen (CDK4/6-Inhibitoren).

Die Kombination ist so effektiv, dass sie auch bei einer hohen Tumorlast mittlerweile im Vergleich mit der Chemotherapie zu einer besseren Ansprechraten und zu einem verlängerten progressionsfreien Überleben führt. Dies ist aktuell in 2 Studien, sowohl mit dem CDK4/6-Inhibitor Ribociclib, als auch Abemaciclib, gezeigt worden. Allerdings war es bisher unklar, wie niedrig die Östrogenrezeptorkonzentration auf der Zelloberfläche sein kann, um die Erkrankung noch als HR-positiv zu bezeichnen.

Eine schwedische Studie hat hier eine Klärung gebracht und gezeigt, dass bei Konzentrationen von weniger als 10% Rezeptordichte auf den Tumorzellen die Krankheit als Rezeptor-negativ bezeichnet werden und auch als solche behandelt werden sollte.

Eine endokrine Therapie bringt in der PatientInnengruppe mit weniger als 10% Östrogenrezeptordichte keinen Vorteil.

Die Unterbrechung des PIK3CA-Signalweges, bei PatientInnen mit einer aktivierenden Mutation dieses Signalweges, bringt ebenfalls therapeutische Vorteile. So konnte durch die Hinzunahme einer Behandlung mit Inavolisib zu der Kombination aus Palbociclib und einer antiöstrogenen Therapie eine Verbesserung des PFS und des Gesamtüberlebens erzielt werden.

Dies zeigt, wie wichtig es in Zukunft sein wird, die molekulare Struktur der Tumorzellen so früh wie möglich zur Entscheidung der richtigen Therapie zu erfassen. Hierbei spielt die Messung der molekularen Signaturen über die Liquidbiopsy eine immer größere Rolle.



Die Messung der ESR1-Mutation ist vor allem bei einem ersten Progress unter einer endokrinen Therapie wichtig. Neben dem bereits etablierten Medikament Elacestrant werden weitere sogenannte SERDs in Zukunft die Therapielandschaft bereichern.

Etwa 50% der ursprünglich als HER2-negativ klassifizierten Mammakarzinome exprimieren niedrige Level von HER2-Rezeptoren (IHC1+ und IHC2+).

Hier konnte das ADC Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) klinisch relevante Ergebnisse zeigen. In der DESTINY-Breast04-Studie konnte bereits in dieser Population bei PatientInnen, die hormonrezeptorpositiv und endokrin vorbehandelt waren sowie mindestens eine Chemotherapie erhalten hatten, eine Verbesserung des PFS und des Gesamtüberlebens gezeigt werden. Die DESTINY-Breast06-Studie konnte jetzt bei PatientInnen mit dem Versagen einer endokrinen Therapie, ohne vorherige Chemotherapie, ebenfalls einen entsprechenden Vorteil hinsichtlich des PFS zeigen.

HER2-positives Mammakarzinom

Neben der Chemotherapie sind Trastuzumab/Pertuzumab, TDM-1, Tucatinib und Trastuzumab/Deruxtecan neue Standards in der Behandlung dieser PatientInnengruppe geworden. Das HER2-neu positive Mammakarzinom ist mit einem besonders hohen Risiko für die Entwicklung von Hirnmetastasen verbunden. Hier hatte Tucatinib als kleines Molekül bereits in der HER2CLIMB-Studie einen überpositiven Effekt auf die Therapie von Hirnmetastasen gezeigt. Aktuell sind diese positiven Daten auch durch Trastuzumab/Deruxtecan belegt, so dass wir nun 2 Medikamente haben, die bei dieser ansonsten ungünstigen Krankheitssituation erfolgversprechend sind.

Triple-negatives Mammakarzinom

Die Gruppe der triple-negativen Mammakarzinome ist eine molekular-heterogene Gruppe von aggressiven Brustkrebskrankungen. Die Einführung der Immunonkologie hat zu einer erheblichen Verbesserung metastasierter Tumorerkrankung geführt.

Beim malignen Melanom oder beim nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom können eine Reihe von Patienten mittlerweile Heilungen erreichen. Die Einführung dieser PDL-1- und PD-1-Antikörper, die die Aktivierung der T-Lymphozyten im Tumorgewebe bewirken, können auch beim triple-negativen Mammakarzinom mit einem erhöhten Immun-Score die Therapieergebnisse deutlich verbessern. Atezolizumab und Pembrolizumab sind für diese Indikation in der Therapie bereits etabliert und werden in Kombination mit einer Chemotherapie ab der ersten Therapielinie eingesetzt. In der Regel ist die Ergänzung um die Antikörper mit wenig Nebenwirkungen verbunden. Selten können jedoch überschießende Immunreaktionen an sämtlichen Organsystemen Probleme bereiten, so dass hier eine PatientInnenbegleitung und insbesondere Edukation elementar wichtig ist.

Bei 10% der triple-negativen sowie bei 4% der hormonrezeptor-positiven Mammakarzinome findet sich eine Keimbahn BRCA1- oder BRCA2-Mutation, so dass diese Mutation zu einem sogenannten homologen Reparaturdefizit an der DNA führt. Bei dieser Gruppe können wichtige therapeutische Effekte durch die PARP-Inhibition, die spezifisch in die DNA-Reparatur eingreift, erreicht werden. Zugelassene Substanzen sind hier Olaparib und Talazoparib.

Ab der 2. chemotherapeutischen Linie kann das ADC Sacituzumab govitecan SG eine Verbesserung des Gesamtüberlebens erreichen und hat hier weiterhin einen Standard gesetzt.



Frühes Mammakarzinom

Beim frühen Mammakarzinom geht es um einen kurativen Therapieansatz. Dennoch kann eine individualisierte, an das Risikoprofil und die Biologie des Tumors angepasste Therapie die Lebensqualität verbessern, ohne dass die Wirksamkeit hinsichtlich des kurativen Ziels verloren geht. Die Einführung von Multi-Gentest hat dabei, insbesondere bei der hormonrezeptorpositiven HER2neu-negativen Erkrankung, zu einer besseren Einschätzung der Prognose und zu einer zielgerichteten Entscheidung über die Intensität der notwendigen medikamentösen Therapie geführt.

Bei der hormonrezeptor-positiven Erkrankung können nunmehr in Abhängigkeit vom Risikoprofil die CDK4/6-Inhibitoren Abemaciclib und Ribociclib zu einer Verbesserung des rückfallfreien Überlebens führen. In der monachE-Studie konnte bei Frauen mit einem hohen Risiko jetzt auch mit einer längeren Nachbeobachtung der zusätzliche Einsatz von Abemaciclib über 2 Jahre die Therapieergebnisse verbessern.

Die NATALEE-Studie zeigte ebenso eine Verbesserung in der Kombination mit Ribociclib auch bei Frauen mit einem hohen Risikoprofil und einer nodal-negativen Erkrankung. Bei dieser Population in der adjuvanten Therapie ist es dabei enorm wichtig, die Frauen zum Durchhalten der Behandlung zu bewegen. Eine verminderte Adhärenz ist laut der Daten aus der Tübinger Arbeitsgruppe mit einem signifikanten Überlebensnachteil verbunden.

Hier ist es wichtig, strukturierte Betreuungsprogramme für Patientinnen zu entwickeln, wie sie in der IMPACT-Studie in der metastasierten Situation angeboten wurden und zu einem signifikanten Vorteil hinsichtlich der Persistenz geführt haben. Diese Hercules-Aufgabe bei der Vielzahl der nun intensiv zu betreuenden Patientinnen kann nur gelingen, wenn wir in unseren Zentren strukturierte Betreuungsprogramme entwickeln, die multiprofessionelle Teams der Patientin anbieten. Gelingt diese Versorgungsaufgabe nicht, können die in den Studien erreichten Ergebnisse in der Realität nur schwer erreicht werden.

Bei Patientinnen, die in der neoadjuvanten Therapie keine komplette Remission erreicht haben, können ebenfalls zielgerichtete Substanzen und ADCs die Ergebnisse der Therapie verbessern. Bei Nachweis von BRCA1/2-Keimbahnmutationen kann eine zusätzliche Behandlung mit Olaparib die Therapieergebnisse signifikant verbessern.

Bei PatientInnen mit HER2-positivem Mammakarzinom und nicht erreichter kompletter Remission durch die neoadjuvante Therapie, führt TDM-1 zu einem Überlebensvorteil.

Die weitere Nachbeobachtung der Keynote-552-Studie, in der neoadjuvanten Situation des triple-negativen Mammakarzinoms, zeigt jetzt einen signifikanten Überlebensvorteil für die Ergänzung um Pembrolizumab, so dass dieser Standard in der neoadjuvanten Situation bestätigt wird.

Die Zukunft

Die Therapie des Mammakarzinoms, aus medikamentöser Sicht, wird immer individualisierter. Neben dem molekularen Profil der Erkrankung ist aber auch eine holistische Sicht der Patientin notwendig. Auch hier können strukturierte Edukationsprogramme und eine Evaluation der Patientin in einem multiprofessionellen System der Versorgung wichtige Fortschritte bieten.



Pathologie

Was gibt es Neues aus der Pathologie?

Prof. Annette Lebeau, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Die Pathologie spielt eine zentrale Rolle in der Weiterentwicklung der Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms. Im Folgenden sind die wichtigsten Neuerungen zusammengefasst, die für die Versorgung von Brustkrebspatientinnen von besonderem Interesse sind:

1. Neue molekulare Klassifikation: Adaptive Cluster (AC-Subtypen)

Eine Studie unter Leitung von Prof. Carsten Denkert, Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Marburg, hat gezeigt, dass luminaire Hochrisiko-Brustumoren unter neoadjuvanter Chemotherapie dynamische Veränderungen durchlaufen können.¹ Aggressive Luminal-B-Tumoren können in weniger aggressive Luminal-A-Formen übergehen und später wieder in aggressivere Phänotypen zurückkehren. Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde eine neue Klassifikation entwickelt, die sogenannten Adaptive Cluster (AC-Subtypen 1-5), welche eine präzisere Risikoeinschätzung und Therapieplanung ermöglichen.

2. HER2-ultralow: Neue diagnostische Kategorie mit therapeutischer Relevanz

Die Einführung der Kategorie "HER2-ultralow" erweitert die bisherige Unterteilung von HER2-negativ. Für Patientinnen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, HER2-ultralow Brustkrebs, die mindestens eine endokrine Therapie in der metastasierten Situation erhalten haben und die für eine endokrine Therapie als nächste Therapielinie nicht in Frage kommen, steht seit April 2025 das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Trastuzumab Deruxtecan zur Verfügung. Grundlage sind die Ergebnisse der Destiny-Breast06-Studie.² Es ist Aufgabe der PathologInnen durch standardisierte IHC zwischen HER2-0 (IHC 0) ohne Membranfärbung, HER2-ultralow (IHC 0 mit Membranfärbung), HER2-low (IHC 1+ oder 2+ mit negativem ISH) und HER2-positiv zu differenzieren.

3. Digitalisierung und künstliche Intelligenz (KI) in der Pathologie

Die zunehmende Digitalisierung der Pathologie und die Nutzung der künstlichen Intelligenz (KI) wird mit der Hoffnung verbunden, den Bearbeitungs- und Befundungsprozess in der Pathologie zu beschleunigen und die Diagnostik zu objektivieren. Allerdings müssen neben der Intransparenz der KI-generierten Entscheidungen noch technische und finanzielle Limitationen gelöst werden, bevor der Einsatz der KI zu einer echten Beschleunigung und Verbesserung der Befundung in der Pathologie beitragen kann.³

Fazit

Die Pathologie liefert heute weit mehr als eine Diagnose – sie ist ein integraler Bestandteil der Risikostratifizierung und Therapieplanung bei Brustkrebs. Mit den neuen Entwicklungen wächst die Verantwortung für präzise, standardisierte und molekular fundierte Befundung in der interdisziplinären senologischen Zusammenarbeit.

1 Denkert C, Rachakonda S, Karn T et al. Dynamics of molecular heterogeneity in high-risk luminal breast cancer-From intrinsic to adaptive subtyping. Cancer Cell 2025; 43 (2): 232-247.e234.

2 Bardia A, Hu X, Dent R et al. Trastuzumab Deruxtecan after Endocrine Therapy in Metastatic Breast Cancer. N Engl J Med 2024.

3 Lebeau A, Turzynski A. Pathology: Diagnostics, Reporting and Artificial Intelligence. Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2025; 22 (01): 31-42.



Radiologie (Diagnostik)

Was gibt es Neues in der Radiologie 2025?

Prof. Stefanie Weigel, Universität und Universitätsklinikum Münster

Implementierung der erweiterten Altersgrenzen von 50 bis 75 Jahre im Deutschen Mammographie-Screening-Programm

Studienergebnisse zeigen, dass die Krebsfrüherkennung durch Mammographie-Screening ein wirksames Instrument ist, um die Brustkrebssterblichkeit zu senken. Bei gestiegener Lebenserwartung, die allerdings auch von einem Anstieg der brustkrebs-spezifischen Sterblichkeit begleitet wird, wurde im deutschen Mammographie-Screening-Programm der Anspruch auf Teilnahme alle zwei Jahre erweitert (Sterbefälle in den nächsten 10 Jahren durch Brustkrebs: 50 Jahre: 4 pro 1.000; 60 Jahre: 7 pro 1.000; 70 Jahre: 10 pro 1000 Quelle: GBA). Seit dem 1. Juli 2024 konnten sich erstmals zusätzlich anspruchsberechtigte Frauen im Alter von 70 bis 75 Jahren (2,5 Millionen) für einen Untersuchungstermin im Mammographie-Screening anmelden. Im Januar 2025 startete die systematische postalische Einladung durch die zentralen Stellen.

(<https://fachservice.mammo-programm.de/>)

Künstliche Intelligenz in der mammographischen Befundung

2025 wurden die Untersuchungsergebnisse von über 460.000 Frauen der PRAIM-Studie publiziert, die an insgesamt zwölf Standorten in Deutschland zwischen 2021 und 2023 am Mammographie-Screening-Programm teilnahmen. Dabei wurde etwa die Hälfte der Mammographien mit Hilfe von künstlicher Intelligenz (KI) in Ergänzung zur menschlichen Doppelbefundung bewertet, die andere Hälfte unabhängig doppelt befundet. Mit KI konnte die Entdeckungsrate für Brustkrebs um fast 18 % gesteigert werden – ohne, dass es vermehrt zu Zusatzdiagnostik kam (1). KI-Konzepte haben das Potential, den Ressourcen-intensiven Prozess der unabhängigen Doppelbefundung zu entlasten (1,2,3).

Digitale Brusstomosynthese und Brustultraschall im qualitätsgesicherten Mammographie-Screening-Programm

Der Untersuchungsvorgang einer digitalen Brust-Tomosynthese (DBT) ist vergleichbar mit der Erstellung einer digitalen Mammographie (DM). Allerdings vollzieht die Röntgenröhre einen Schwenk, sodass die Bilderstellung aus unterschiedlichen Winkeln erfolgt. Die digitale Nachverarbeitung führt zu 1 mm dünnen Schichten, die gestapelt befundet werden. Eine Minderung von Gewebeüberlagerungen führt nach Studienlage zu einem gesteigerten Erkennen von Brustkrebs (48 %) (4), insbesondere bei mammographisch extrem dichtem Gewebe (5). Das Bundesamt für Strahlenschutz hat aktuell die Nutzen-Risiko-Bewertung zum Einsatz im Mammographie-Screening-Programm eingeleitet. 2025 folgen bewertungsrelevante Daten der deutschen randomisierten, multizentrischen Screeningstudie ToSyMa und auch der Screeningstudie DIMASOS 2, die untersucht, wie Ultraschalluntersuchungen bei Frauen mit extrem dichten Drüsengewebe in die Brustkrebsfrüherkennung eingebaut werden könnten.

Referenzen

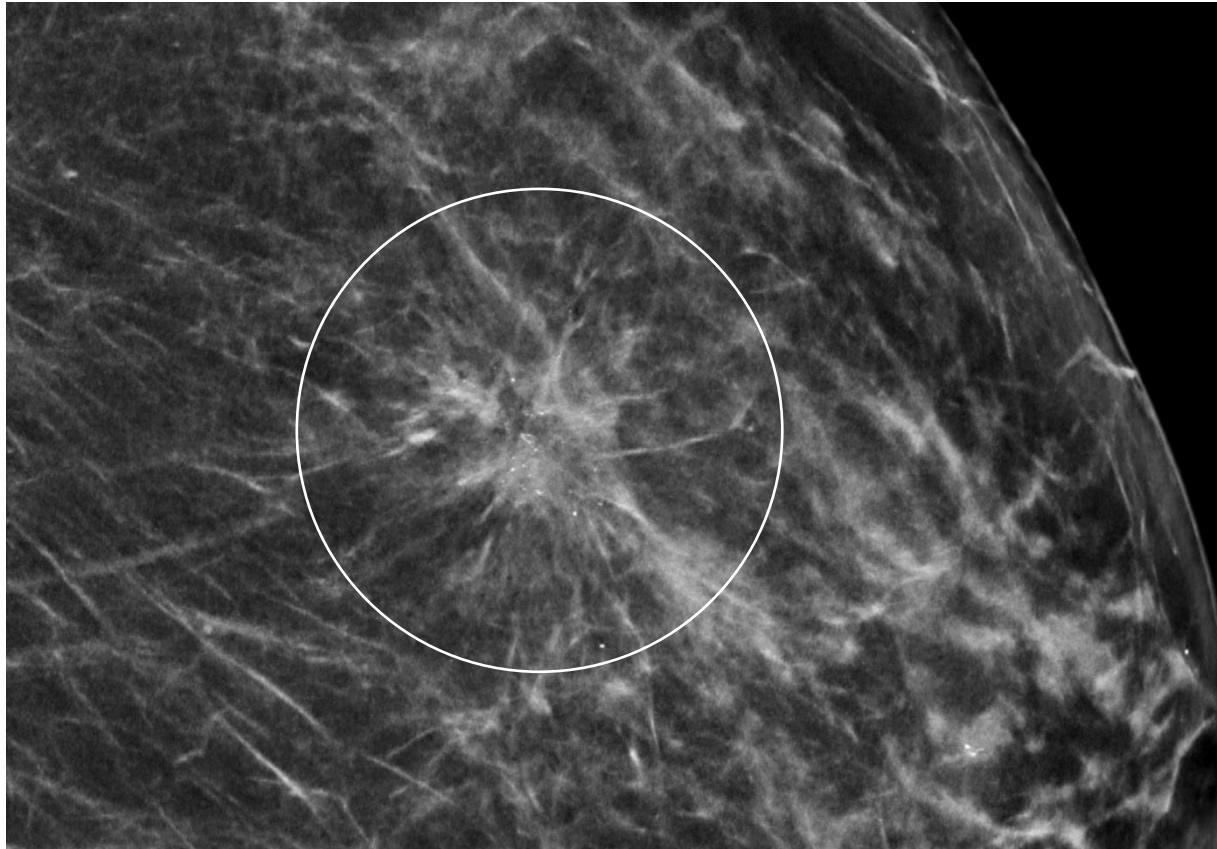
1. Eisemann N, Bunk S, Mukama T, et al. *Nat Med.* 2025;31(3):917-924.
2. Dembrower K, Crippa A, Colón E, et al. *Lancet Digit Health.* 2023;5(10):e703-e711.
3. Hernström V, Josefsson V, Sartor H, et al. *Lancet Digit Health.* 2025;7(3):e175-e183.
4. Heindel W, Weigel S, Gerß J, et al. *Lancet Oncol.* 2022;23(5):601-611.
5. Weigel S, Heindel W, Hense HW, et al. *Radiology.* 2023;306(2):e221006.



Bildlegende

Ausschnitt einer digitalen Brust-Tomosynthese. Die Einzelschichtdarstellung betont die hoch verdächtigen Tumorzeichen (spikulierter Herd mit assoziierten Mikroverkalkungen).

Histologie: Mammakarzinom nicht spezieller Typ, Grad 2, Hormonrezeptor-negativ, Her2neu-negativ.



Quelle: Referenzzentrum Mammographie Münster



Radioonkologie

EUROPA-Studie: Adjuvante Strahlentherapie oder alleinige endokrine Therapie bei älteren Patientinnen mit niedrigem Rezidivrisiko nach brusterhaltender Operation?

Prof. Jürgen Debus, Universitätsklinikum Heidelberg

Die Behandlung älterer Patientinnen mit frühem, hormonrezeptorpositivem Brustkrebs stellt Behandelnde regelmäßig vor ein Dilemma: Einerseits senkt eine adjuvante Therapie das Rezidivrisiko, andererseits sollte die Risikoreduktion gegen unerwünschte Nebenwirkungen der adjuvanten Therapie abgewogen werden. Die in der Regel über fünf bis zehn Jahre verordnete endokrine Therapie (ET) kann bei älteren, oft vorerkrankten Frauen Nebenwirkungen verursachen, die sowohl Lebensqualität als auch Therapieadhärenz reduzieren. Hier setzt die EUROPA-Studie an – eine multizentrische, randomisierte Phase-III-Studie, die die Nichtunterlegenheit der alleinigen Radiotherapie (RT) zur alleinigen endokrinen Therapie bei Frauen ab 70 Jahren mit niedrigem Rezidivrisiko untersucht.¹

Studiendesign und Patientinnenkollektiv

In die EUROPA-Studie wurden Patientinnen mit einem niedrig proliferativen Luminal A-Brustkrebs nach brusterhaltender Operation eingeschlossen (pT1 pN0, Ki67 ≤20%). Nach brusterhaltender Operation (R0) wurde im Rahmen der Studie nach Randomisierung entweder eine alleinige ET oder eine alleinige hypofraktionierte Ganz- oder Teilbrustbestrahlung durchgeführt. Endpunkt der veröffentlichten Zwischenanalyse war die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen anhand des Global Health Status der EORTC QLQ-C30 Skala nach 24 Monaten.

Ergebnisse der Zwischenanalyse

Die Auswertung umfasste 207 Patientinnen mit gut balancierten Ausgangscharakteristika zwischen den beiden Gruppen. Nach 24 Monaten berichteten die Patientinnen der ET-Gruppe einen mittleren individuellen Rückgang der Lebensqualität um 10 Punkte (welcher somit aus Sicht der EORTC auch als klinisch relevant eingestuft wird), während dieser Wert in der RT-Gruppe nahezu stabil blieb (vgl. Abbildung 1). Die adjustierte mittlere Differenz von 6,39 Punkten zugunsten der RT war statistisch signifikant ($p=0,045$).

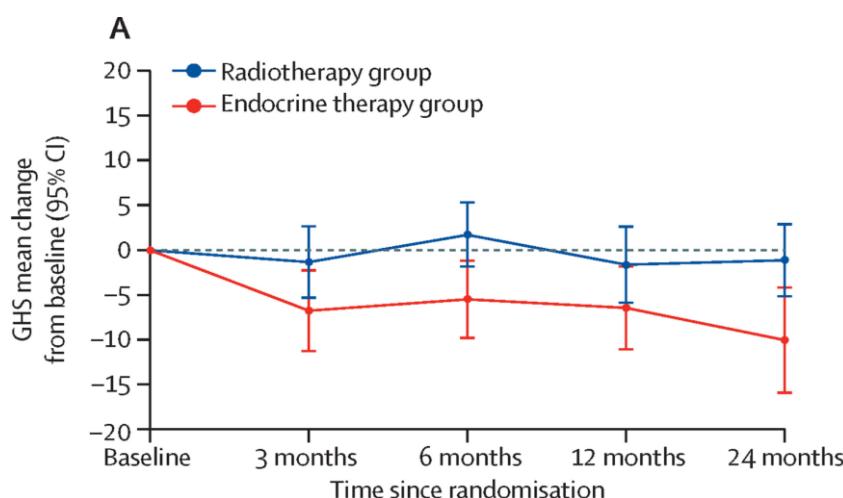


Abbildung 1 aus Meattini et al. 1: Verlauf der durch die Patientinnen berichtete Lebensqualität (GHS Score) bis 2 Jahre nach Randomisierung.



Während in den funktionellen Subscores der Lebensqualität kein Unterschied zwischen den Behandlungen auffiel, berichteten Patientinnen der ET-Gruppe signifikant häufiger von Haut- und schleimhautbezogenen Symptomen (z.B. Trockenheit, Juckreiz) sowie systemischen Nebenwirkungen (z.B. Appetitlosigkeit, Gliederschmerzen, Hitzewallungen).

Ärztlich dokumentierte therapiebedingte Nebenwirkungen traten seltener in der Radiotherapiegruppe auf als in der endokrinen Therapiegruppe (67% vs. 85%). Während in der Radiotherapiegruppe keine behandlungsbezogenen schwerwiegenden Nebenwirkungen auftraten, kam es in der endokrinen Therapiegruppe bei 7% der Patientinnen zu Grad 3-4 Arthralgien sowie zu einer höheren Rate an Therapieabbrüchen (12%) oder -wechseln (22%) infolge unerwünschter Ereignisse. Darüber hinaus zeigte die ET-Gruppe eine geringere Adhärenz bezüglich der Studienvisiten, sodass die StudienautorInnen diskutieren, dass der wahre Anteil an Therapienebenwirkungen sowie die Reduktion der Lebensqualität in dieser Gruppe aufgrund der Dunkelziffer in der Auswertung noch unterschätzt sein könnte.

Neben der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach zwei Jahren wird im Rahmen der EUROPA-Studie die ipsilaterale Inbrust-Rezidivhäufigkeit nach fünf Jahren als koprimärer Endpunkt ausgewertet. Zum Zeitpunkt der Zwischenanalyse war in keiner der beiden Gruppen ein Inbrust-Rezidiv aufgetreten.

Implikationen für die Praxis

Die ersten Ergebnisse der EUROPA-Studie legen nahe, dass langfristig die alleinige Strahlentherapie eine besser verträgliche Behandlungsoption für ältere Frauen mit niedrigem Rezidivrisiko nach brusterhaltender Operation darstellen könnte. Im Gegensatz zu aktuellen Studien wie LUMINA, PRIMETIME oder DEBRA, die die Deeskalation der adjuvanten RT bei gleichzeitigem Fortbestehen der ET evaluieren, berücksichtigt die EUROPA-Studie die Nebenwirkungen und die mangelnde Therapieadhärenz der langfristigen ET. Neben der besseren Lebensqualität für ältere Patientinnen sind diese Informationen auch onkologisch für die Praxis relevant, da auch außerhalb kontrollierter Studienbedingungen bekanntermaßen die Adhärenz zur Einnahme sukzessive abnimmt und mit mangelnder Therapieadhärenz das Lokalrezidivrisiko nachweislich steigt.²

Fazit

Die vorliegenden Daten der EUROPA-Studie stärken das Konzept einer risikoadaptierten Therapieentscheidung bei älteren Brustkrebspatientinnen. Bei der Deeskalation der adjuvanten Therapie zeigt sich eine alleinige hypofraktionierte Strahlentherapie in der Zwischenanalyse als besser verträglich als eine alleinige endokrine Therapie, die mit größeren Einbußen der Lebensqualität einhergeht. Verlässliche Aussagen zu onkologischen Endpunkten können erst nach vollständigem Abschluss der Rekrutierung und Nachbeobachtungszeit getroffen werden.

1 Meattini, I. et al. Single-modality endocrine therapy versus radiotherapy after breast-conserving surgery in women aged 70 years and older with luminal A-like early breast cancer (EUROPA): a preplanned interim analysis of a phase 3, non-inferiority, randomised trial. *The Lancet Oncology* 26, 37-50, doi:10.1016/S1470-2045(24)00661-2 (2025).

2 Chirgwin, J. H. et al. Treatment Adherence and Its Impact on Disease-Free Survival in the Breast International Group 1-98 Trial of Tamoxifen and Letrozole, Alone and in Sequence. *J Clin Oncol* 34, 2452-2459, doi:10.1200/JCO.2015.63.8619 (2016).



Plastische Chirurgie

Das verpflichtende (Brust-) Implantateregister – Daten geben Sicherheit!

Prof. Christoph Heitmann, SENO MVZ zur operativen Behandlung der Brust, München

Der PIP-Skandal hat uns bereits 2011 eindrucksvoll vor Augen geführt, dass wir dringend mehr und vor allem vollständige Daten zu Brustimplantaten benötigen. Ein Bedarf, der mit der ersten Warnung der amerikanischen Aufsichtsbehörde FDA vor dem heute als BIA-ALCL international als Erkrankung klassifiziertem anaplastischem Zelllymphom weiter unterstrichen wurde. Seit einigen Jahren diskutieren wir auch zu der so genannten Breast Implant Illness (BII). Einer Erkrankung, die sehr unterschiedliche Symptome verursacht und aktuell noch nicht als eigene Erkrankung anerkannt ist. 2022 warnte die FDA dann erstmals vor BIA-SCC, einem seltenen, aber potenziell aggressivem epithelialen Tumor, der mit Brustimplantaten assoziiert zu sein scheint und von der Kapsel um das Brustimplantat ausgeht. Hier fehlen schlicht verlässliche Daten, um einen kausalen Zusammenhang herstellen zu können. Zur Aufklärung wird absehbar das seit dem Juli 2024 verpflichtende Implantateregister beitragen. Mit ihm werden seither sämtliche Implantatbezogene Maßnahmen, also Implantationen, aber auch Explantationen erfasst. Ein wesentlicher Fortschritt für die Sicherheit unserer Patientinnen und ein Erfolg, der zeigt, dass sich ein langer Atem lohnt!

Genese

Bereits 2013 beschloss die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), dass man sich für die Etablierung eines verpflichtenden nationalen Registers einzusetzen möge. 2014 wurde der Politik ein ausgearbeitetes Konzept vorgelegt und nach langjährigen intensiven Bemühungen trat dann zum 01.01.2020 endlich das Implantateregistergesetz in Kraft. Nach diversen Verzögerungen (COVID, Lieferprobleme Technik) sollte die Erfassung von Mammaimplantaten im Register zunächst zum 01.01.2024 verpflichtend werden. Die technischen Voraussetzungen (Anbindung PrivatärztInnen an Telematikinfrastruktur & Schnittstelle ins Register) waren bei den Gesundheitseinrichtungen zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht erfüllt, weshalb im Dezember 2023 beschlossen wurde, die Pflicht zur Erfassung auf den 01.07.2024 zu verschieben. Der Sanktionsmechanismus wurde bis zum 31.12.2024 ausgesetzt.

Probleme erkennen und reagieren

Aktuell sollten sämtliche Brustimplantate erfasst werden. Nur wenn wir ausreichend Daten haben, können wir Risiken frühzeitig erkennen und darauf reagieren. Leider sind die beim national zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingegangenen Meldungen für uns nicht transparent, so dass wir in der Vergangenheit erst reagieren konnten, wenn das BfArM warnte. Die Daten aus dem Register werden nun auch für Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen einsehbar, dies ist ein wesentlicher Fortschritt, denn nur durch fachspezifisches medizinisches Wissen ist eine sinnvolle Datenauswertung möglich. Ich bin optimistisch, dass es so gelingt, die Sicherheit unserer Patientinnen nachhaltig zu erhöhen, einen wichtigen Beitrag dazu liefert auch der internationale Datenabgleich.



Internationale Kooperation für mehr Sicherheit!

Bereits seit 2013 ist die DGPRÄC Mitglied der von der australischen Fachgesellschaft der Plastischen Chirurgen gegründeten „International Collaboration of Breast Registry Activities“ (ICOBRA). Hier wurde ein Kerndatensatz konsentiert, der dem internationalen Abgleich zugeführt wird. Aktuell wird dieser neuerlich überarbeitet, dies auch in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium, das aktuell die zu erfassenden Parameter anpasst, dies im Übrigen auch für Endoprothesen und Herzklappen, deren Eintragung in das Register seit diesem Jahr ebenfalls verpflichtend ist.



Implantatregister Deutschland (IRD) / AWOgyn Implantatregister

Prof. Christine Solbach, Vertreterin der AWOgyn im DGS-Beirat, Universitätsklinikum Frankfurt

Prof. Marc Thill, 2. Stellvertretender Vorsitzender der AWOgyn, Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt am Main

Das Implantatregister Deutschland (IRD) wurde errichtet, um eine umfassende und langfristige Dokumentation von Implantaten zu gewährleisten, mit dem Ziel, die Sicherheit und Qualität von Implantaten zu erhöhen sowie die medizinische Versorgung und die PatientInnensicherheit zu verbessern.

Der Datensatz für Brustimplantate wurde in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC) und der Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e.V. (AWOgyn) auf Grundlage des international abgestimmten Erfassungsbogens für Brustimplantate (ICOBRA) entwickelt mit dem Ziel, die Daten in Zukunft international zusammenführen zu können.

Das Implantatregister der AWOgyn wurde 2011 gegründet, um in deutschen Brustzentren eingesetzte Implantate zu erfassen. Bis 2021 konnten die Brustzentren in Deutschland ihre Implantat-basierten Brustrekonstruktionen inklusive der Revisionen in einem Register auf freiwilliger Basis erfassen. An der Registrierung nahmen 148 Zentren teil, wobei der größte Teil der dokumentierten Fälle von 54 Zentren erfasst wurden. Insgesamt wurden bei 15.209 PatientInnen 24.055 Implantationen dokumentiert und bei 4.341 PatientInnen 6.017 Implantatexplantationen. Ebenfalls erfasst wurde die Verwendung von Netzen – 288 Implantationen und 247 Explantationen.

Die AWOgyn hat das Register Ende 2021 geschlossen, da am 01.01.2020 das vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene Implantateregistergesetz (IRegG), das als Grundlage für die Errichtung des Implantatregisters diente, in Kraft getreten war. Innerhalb von 9 Monaten nach Schließung des AWOgyn-Registers wurden die Datenbank durch einen Teil des Vorstands und des Beirates der AWOgyn e.V. sowie unter Mitarbeit eines StatistikerInnen-Teams gesichtet, bereinigt und in eine auswertbare SQL-Datenbank überführt. Zudem erfolgte die Erstellung eines Fragenkatalogs, eine ausführliche Plausibilitätskontrolle und Datenanalyse, um schließlich einen Datensatz zu erarbeiten, der momentan einer Publikation zugeführt wird. Das finale Manuskript ist für Q3/2025 vorgesehen.

Am 01.01.2020 trat das IRegG in Kraft. Gemäß dem Implantateregistergesetz (IRegG, § 37) sind Gesundheitseinrichtungen verpflichtet, nach jeder implantatbezogenen Maßnahme (jede Implantation, Revision oder Explantation, bei Brustimplantaten zusätzlich Wechsel von Expander auf Implantat) spezifische Informationen an das IRD zu übermitteln.

PatientInnen werden über die gesetzlich verpflichtende Registrierung vor den Operationen informiert und erhalten die u. g. PatientInneninformation sowie eine Kopie der Daten, die gemeldet wurden.

Jede Gesundheitseinrichtung, die implantatbezogene Maßnahmen durchführt, ist meldepflichtig und nach Selbstregistrierung über ein eindeutig zugeordnetes IRD-Kennzeichen identifizierbar. Ebenso ist jeder Krankenkasse eine ID zugeordnet. PatientInnenidentifizierendes Merkmal ist die Krankenversichertennummer (KVNR).

Das Meldeverfahren ist in die Krankenhausinformationssysteme (KIS) und in die Praxisverwaltungssoftware (PVS) integriert. Hierzu ist die Anbindung an eine Telematikinfrastruktur notwendig, die für die jeweiligen Systeme spezifiziert wurde.



Jede implantatbezogene Maßnahme ist bis spätestens 6 Monate nach Entlassung der PatientInnen zu melden. Die Gesundheitseinrichtung erhält dann eine Meldebestätigung, die sie mit der Abrechnung an die Krankenkasse weiterleiten muss. Wurde das Implantat nicht fristgerecht gemeldet, wird der Erlös um 100,- Euro reduziert.

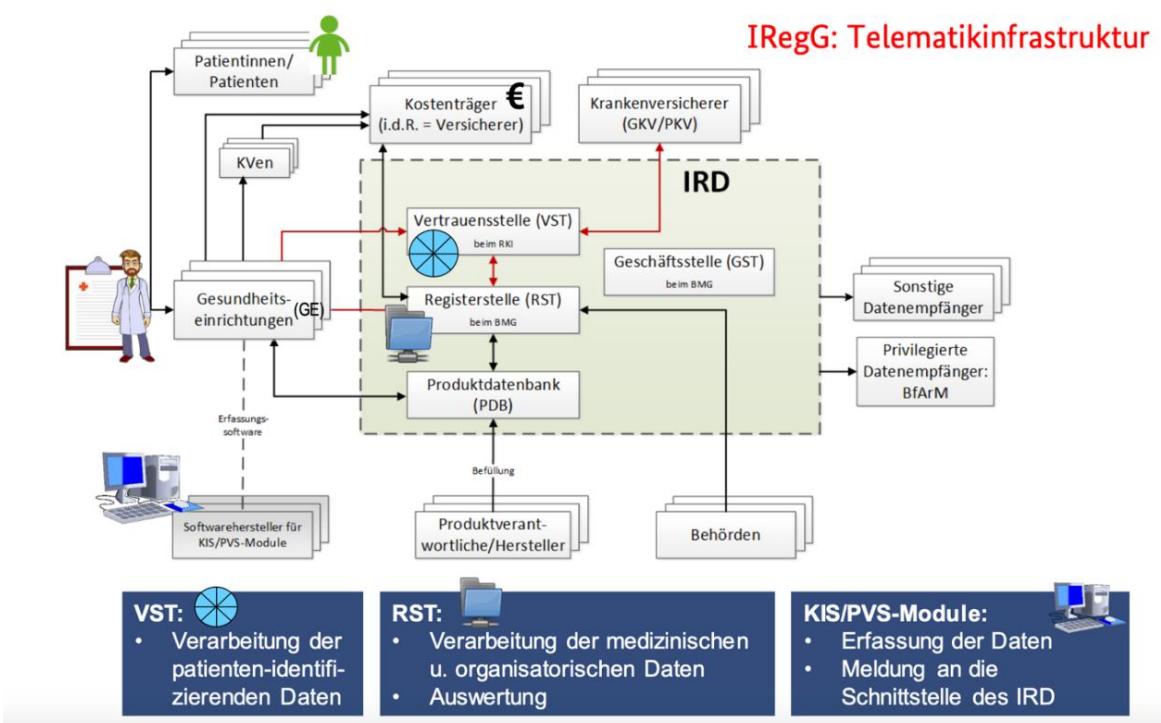
Für die unterschiedlichen Implantate wurden Produktdatenbanken angelegt und damit festgelegt, welche Produkte ausschließlich verwendet werden dürfen. Erfasst werden ebenfalls spezialangefertigte Produkte oder Implantate mit Sonderzulassung.

PatientInnenidentifizierende Daten werden an die Vertrauensstelle beim Robert-Koch-Institut (s. § 17 IRegG) und medizinische Daten an die Registerstelle beim Bundesministerium für Gesundheit (s. § 16 IRegG) in pseudonymisierter Form gemeldet. Diese Daten umfassen neben patientenbezogenen Daten, Eingriffsdatum und Entlassungsdiagnosen sowie spezifische Angaben zum Implantat wie Hersteller, Produktbezeichnung, Artikelnummer, Chargen-/Seriennummer.

Der Regelbetrieb mit verpflichtender Meldung von implantatbezogenen Maßnahmen mit Brustimplantaten (ca. 65.000/Jahr) durch die Gesundheitseinrichtungen startete am 1. Juli 2024. Seit dem 01.01.2025 hat die Meldepflicht für Aortenklappen (ca. 8.000/Jahr), sowie Hüft- und Knieimplantate (ca. 370.000/Jahr) begonnen.

Durch die gesetzliche Meldepflicht entsteht eine umfassende Datenbank über den Verbleib und die Verwendung von Implantaten und mögliche Risiken und Komplikationen können frühzeitig erkannt werden. Die Registerstelle kann Daten auf Antrag für wissenschaftliche Forschungsvorhaben zur Verfügung stellen.

Aufbau des IRD



Quelle: https://xml.ir-d.de/rst/download/ge/AllgemeineInformationen_fuerGE_V1.0.pdf

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/implantatregister-deutschland>
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/I/Implantatregister_Deutschland/PatienteninformationImplantatregister_Version_1.2_Stand_Juli_2024.pdf



S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“

Die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ wird aktuell überarbeitet. Federführende Fachgesellschaften sind die Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. (DGS), und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie-Mamma (AGO-Mamma) vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie der DGGG und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) (AGO) unter Mitwirkung von 50 weiteren Fachgesellschaften und Organisationen. Die Erstellung erfolgt im Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) und der DKG, gefördert durch die Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH).

Wesentliche Rationale für die Aktualisierung der Leitlinie ist die gleichbleibend hohe epidemiologische Bedeutung des Mammakarzinoms und die damit verbundene Krankheitslast. In diesem Zusammenhang sind die Auswirkungen neuer Versorgungskonzepte in ihrer Umsetzung zu prüfen. Der Bedarf zur Aktualisierung der Leitlinie ergibt sich zudem aus der Existenz neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Weiterentwicklung in der Leitlinienmethodik.

Es erfolgte eine Umstrukturierung der Kapitel und eine teilweise Spezifizierung, Ergänzung und Aktualisierung von Schlüsselfragen. Als neue Module wurden aufgenommen:

- Transgender und Brustkrebs
- Brustrekonstruktion
- spezielle Tumorentitäten

Das Modul Brustrekonstruktion umfasst explizit moderne OP-Verfahren. Im Einklang mit den geplanten Schlüsselfragen für die Aktualisierung und dem identifizierten Aktualisierungsbedarf, der durch zwei Umfragen analysiert wurde, haben sich insbesondere die Inhalte im Kapitel „Lokoregionäre begrenzte Primärerkrankung“ und im Kapitel „Das rezidierte und metastasierte Mammakarzinom“ verändert. Aufgrund neuer Evidenz und klinischer Praxis wurden die Therapieempfehlungen zur systemischen Therapie bei frühem und metastasiertem Mammakarzinom aktualisiert und Empfehlungen zu neuen Substanzen hinzugefügt. Zusätzlich wurden im Vergleich zur Vorversion die Abschnitte im Modul operative Therapie und Strahlentherapie mit Empfehlungen zum Thema vor und nach systemischer Therapie neu ergänzt.

Die Berücksichtigung von S3-Querschnittsleitlinien erlaubte für die Themen Psychoonkologie, Supportivtherapie, Palliativmedizin und Komplementärmedizin sowie Lebensstilfaktoren und Mammakarzinom der älteren Patientin eine Spezifizierung der Empfehlungen.

Darüber hinaus wurden die Informationen und Empfehlungen zum Themen Nachsorge und Rehabilitation aktualisiert.

Den Informationsbedürfnissen von Ratsuchenden angepasst, wurde der Aspekt der Gesundheitskompetenz einschließlich Ehealth-Gesundheitsanwendungen neu aufgenommen.

Eine Aktualisierung erfolgte zudem für die Empfehlungen in den Modulen zum familiären Mammakarzinom, zur Brustkrebsfrüherkennung bei asymptomatischen Frauen einschließlich Mammographie-Screening, zur differenzierten Diagnostik bei auffälligen Befunden und zur prätherapeutischen Ausbreitungsdiagnostik.



Die Strukturänderungen in fünf Kapitel und 27 Module (Unterkapitel) erlauben zukünftig die weitere modulare Aktualisierung.

Die aktualisierte Leitlinie wird zeitnah [hier](#) veröffentlicht.



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: Dr.med. MUDr. Stefan Lukac, Ulm



erhält – stellvertretend für ihre Arbeitsgruppe – den Klaus-Dieter-Schulz-Versorgungsforschungspreis 2025 für die Arbeit zum Thema: „Umsetzungspotenzial der INSEMA- und SOUND-Studien im Real-World-Kollektiv mit envirologistischen Vorteilen“.

Zusammenfassung der Arbeit:

Die INSEMA- und SOUND-Studien zeigten, dass es auf eine Sentinel-Node-Biopsie (SNB) bei Patientinnen mit frühem Mammakarzinom (eBC) und niedrigem Risiko verzichtet werden kann. Ziel dieser Analyse ist das Umsetzungspotenzial der beiden Studien im Real-World-Kollektiv zu evaluieren und dabei envirologistische Vorteile zu quantifizieren.

Anhand der jährlichen Daten (2018–2020) eines universitären Brustzentrums wurden Patientinnen mit eBC identifiziert, die den Einschlusskriterien der INSEMA und SOUND entsprechen (cT1, c(i)N0, G<3, HR+ HER2-, ≥50 Jahre) identifiziert. Anschließend erfolgte eine enviro-logistische Analyse der 99mTc-SN-Markierung. Mittels Daten aus der MyTime-Studie wurde die durchschnittliche Zeitbelastung pro Patientin ermittelt. Der CO-Fußabdruck (CF) wurde unter Einbezug des eingesetzten Materials – inklusive 99mTc – sowie des Stromverbrauchs des SPECT/CT-Systems (Symbia Pro.specta, Siemens) berechnet. Der jährliche real-world-Effekt für Deutschland wurde anhand der Daten des Deutschen Krebsregisters für eBC hochgerechnet.

Von 885 (100%) Patientinnen mit eBC erfüllten 307 (34,7%) die genannten Kriterien. Die Sentinel-Node-Markierung führte zu einer durchschnittlichen Zeitbelastung von 2,18 Stunden pro Patientin (ohne Einbeziehung von Wegzeiten), einer Müllproduktion von 92 g – inklusive radioaktivem Abfall – und einem CO₂-Fußabdruck von 0,54 kg CO₂-eq pro Eingriff. Hochgerechnet auf Deutschland könnten jährlich ca. 22.589 Patientinnen auf eine SNB verzichten, was einer Reduktion von 2,1 Tonnen Müll und 12,2 Tonnen CO₂-eq entspricht. Dabei sind die reduzierten Treibhausgasemissionen für Anreisen und verkürzte OP-Zeiten noch nicht inbegriffen.



Der SNB-Verzicht ist etwa bei jeder dritten Patientin mit eBC möglich und führt zu einer signifikanten Reduktion von Umweltbelastung und Zeitaufwand der Patientin, ohne die onkologische Sicherheit zu beeinträchtigen.

2. Preis: Julia Jagiello, Berlin



erhält – stellvertretend für ihre Arbeitsgruppe – den Klaus-Dieter-Schulz-Versorgungsforschungspreis 2025 für die Arbeit zum Thema: „Evidenzen aus der Versorgungsrealität junger Frauen mit Brustkrebs unter 40 Jahren: Entwicklung eines digitalen Befragungssystems“.

Zusammenfassung der Arbeit:

Autor*innen: J. Jagiello¹, A.D. Dordevic¹, D. Speiser¹, P. Gebert², J.-U. Blohmer¹, A.M. Hage^{1*}, M.M. Karsten^{1*}

¹ Klinik für Gynäkologie mit Brustzentrum, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

²Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie, Charité -

Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

*geteilte Letztautorenschaft

Zielsetzung:

Junge Frauen mit Brustkrebs unter 40 Jahren stehen aufgrund tumorspezifischer, sozioökonomischer und psychosozialer Faktoren vor besonderen altersspezifischen Herausforderungen. Wertvolle Ansatzpunkte zur Verbesserung der Betreuung junger Patientinnen könnten durch Erkenntnisse zu Krankheitsverläufen und Versorgung aus einem longitudinalen, digitalen Befragungssystem gewonnen werden.

Materialien:

Das multizentrische „Berlin Young Patients“ (BYP) Register umfasst junge Brustkrebspatientinnen unter 40 Jahren mit Erstdiagnose ab dem Jahr 2008.

Methoden:

Basierend auf der Web-Applikation REDCap wurde ab Juli 2024 ein prospektives, longitudinales Online-Befragungssystem eingeführt, welches eine Baseline-Befragung sowie automatisierte Follow-Up-Befragungen im Abstand von 6 Monaten umfasst.

Ergebnisse:

Von Juli bis Oktober 2024 beantworteten 176 von 218 BYP-Patientinnen die Befragung (Teilnehmerate: 80,7%).

- Patientinnen-Awareness: Nur 20,5% (n=36) tasteten vor der Erstdiagnose Ihre Brust regelmäßig ($\geq 1x/\text{Monat}$) ab. Jedoch hatte die Mehrheit der Patientinnen mit 86,9% (n=153) zum Zeitpunkt der Erstdiagnose klinische Symptome, von denen 90,2% tastbare Brustveränderungen waren.
- Ärztliche Awareness: 27,8% der Patientinnen (n=49) gaben an, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt vor der Erstdiagnose angedeutet hätte, sie seien „zu jung“ für Brustkrebs.
- Psychosoziale und sozioökonomische Faktoren: Zum Diagnosezeitpunkt waren 81,3% (n=143) berufstätig, 29,5% (n=52) Mütter von mindestens einem Kind unter 5 Jahren. Vor der Diagnose hatten 15,9% der Patientinnen (n=28) finanzielle Sorgen, nach der Diagnose berichteten 30,1% (n=53) von finanziellen Schwierigkeiten, die ihren Lebensstil beeinflussten.



Zusammenfassung:

Das digitale Befragungssystem bildet Krankheitsverläufe junger Frauen von der Erstdiagnose bis über die Nachsorge hinaus ab. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer verbesserten Awareness und gezielten Unterstützung angesichts der besonderen Lebenssituation junger Brustkrebspatientinnen.

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: Dr. med. Léa Louise Volmer (Tübingen)



erhält – stellvertretend für ihre Arbeitsgruppe – den Florence-Nightingale-Preis für die Arbeit zum Thema: „Patient reported outcomes and relative dose intensity of chemotherapies for early breast cancer in the ENABLE trial“.

Zusammenfassung der Arbeit:

Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in der westlichen Welt, wobei die Inzidenz stetig zunimmt. Zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung, darunter auch Chemotherapien. Jedoch gehen diese Therapien häufig mit Nebenwirkungen einher, die sowohl das kurz- als auch das langfristige Befinden der Patientinnen beeinträchtigen. Das Management dieser therapieassoziierten Nebenwirkungen ist von entscheidender Bedeutung, da sie sich negativ auf das Outcome auswirken können.

In der ENABLE-Studie wurde der von den Patientinnen gemeldete Gesundheitsstatus (PROMs) mithilfe einer mHealth-App erfasst. Die Teilnehmerinnen wurden in eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe randomisiert. Wurde eine signifikante Verschlechterung der PROMs registriert, erhielten die Patientinnen der Interventionsgruppe eine persönliche Beratung zum Symptommanagement durch eine(n) Gesundheitsexperten/in.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die intensivere Betreuung der Patientinnen in der Interventionsgruppe mit einer höheren relativen Dosisintensität (RDI) für Taxan-basierte Chemotherapie (86,2 % vs. 82,4 %, p=0,018) und weniger Dosisreduktionen (51,2 % vs. 65,2 %, p=0,004) korreliert. Dies deutet darauf hin, dass eine personalisierte Betreuung durch PRO-basierte Interventionen die Adhärenz gegenüber der supportiven Therapie erhöhen und die therapeutischen Ergebnisse beim frühen Mammakarzinom potenziell optimieren kann. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer patientenzentrierten Beratung in der



Onkologie. Weiterhin bieten sie eine Grundlage für zukünftige Studien zur Optimierung der Lebensqualität von Patientinnen während der onkologischen Therapie.

2. Preis: Prof. Dr. Martin Weiss, Tübingen



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den Florence-Nightingale-Preis für die Arbeit zum Thema: „Hyperspectral Imaging as objective, contact and label independent Diagnostic Tool for secondary lymphedema in breast cancer patients – a controlled prospective, multi-center, proof-of-principle study“.

Zusammenfassung der Arbeit:

Traditionelle diagnostische Verfahren zur Erkennung eines sekundären Lymphödems (LE) werden häufig wegen mangelnder Objektivität, Anwenderabhängigkeit und eingeschränkter Reproduzierbarkeit kritisiert. Ziel dieser prospektiven, multizentrischen Studie war es, die Eignung der hyperspektralen Bildgebung (HSI) als alternative, objektive und kosteneffektive Methode zur Detektion und Klassifikation des sekundären LE zu evaluieren. Insgesamt wurden 58 Patientinnen mit einseitigem sekundärem Lymphödem nach Brustkrebsbehandlung an drei Studienzentren rekrutiert. Die Einteilung des Lymphödems erfolgte gemäß den Kriterien der International Society of Lymphology.

Eine umfassende Evaluation des LE erfolgte mittels konventioneller Methoden, darunter Umfangmessungen, Zwei-Punkt-Diskriminationstests, Beurteilung der Gelenkmobilität, sonografische Messung der Dicke von Cutis und Subcutis sowie patientenberichtete Ergebnisse. Die HSI-Aufnahmen wurden mit dem TIVITA® Tissue-System durchgeführt, das Lichtreflexionen im Wellenlängenbereich von 500 bis 1000 nm erfasst. Aus den hyperspektralen Daten wurde das Lipid-zu-Wasser-Verhältnis (LWR) berechnet, um gewebephysiologische Veränderungen in Abhängigkeit vom LE-Stadium zu beurteilen.

Die Ergebnisse zeigten, dass konventionelle Methoden nur moderat mit dem LE-Stadium korrelierten, wobei die stärksten Zusammenhänge für die Dicke von Cutis (Spearman's $r=0,57$) und Subcutis ($r=0,56$) beobachtet wurden. HSI wies eine stärkere Korrelation mit dem LE-Stadium auf: Sowohl der aus dem LWR abgeleitete HSI-Score als auch der Unterschied im Tissue Water Index (Δ TWI) zwischen betroffener und gesunder Extremität zeigten Korrelationen von $r=0,64$ bzw. $r=0,63$.

HSI-Messungen übertrafen somit die klassischen klinischen Verfahren hinsichtlich der Korrelation mit dem Krankheitsstadium und ermöglichen die eindeutige Detektion von Gewebewasseransammlungen in betroffenen Extremitäten. Diese Ergebnisse legen nahe, dass HSI ein vielversprechendes Instrument für die reproduzierbare, objektive und nicht-invasive Erkennung und Klassifikation des Lymphödems darstellt und ein verbessertes Krankheits-Staging sowie eine effektivere Therapiekontrolle ermöglichen könnte.



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 beleuchteten. Die Preise sind mit jeweils 3.000 Euro dotiert und werden im Rahmen des 44. Jahreskongresses der DGS e.V. überreicht.

1. Preis: Sarah Lehle, Erlangen



erhält – stellvertretend für ihre Arbeitsgruppe – den DGS-Wissenschaftspreis für die Arbeit zum Thema: „ADCC- und ADCP-Kapazität der Antikörper Wirkstoffkonjugate Trastuzumab-Emtansin und Trastuzumab Deruxtecan im HER2-low und HER2+ Mammakarzinom“.

Zusammenfassung der Arbeit:

Sarah Lehle^{1, 2, 3, 4}, Manoj Kumar Selvaraju⁵, Stefanie Altmannshofer^{1, 2, 3, 4}, Sofie Eckstein^{1, 2, 3, 4}, Julius Emons^{1, 2, 3, 4}, Arif B. Ekici⁶, Simon Völk⁷, Ramona Erber^{8, 9}, Arndt Hartmann⁹, Leila Taher⁵, Matthias W. Beckmann^{1, 2, 3, 4}, Peter A. Fasching^{1, 2, 3, 4}, Hanna Huebner^{1, 2, 3, 4, *}

- ¹ Frauenklinik, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany.
² Comprehensive Cancer Center Erlangen-EMN (CCC ER-EMN), Erlangen, Germany.
³ Comprehensive Cancer Center Alliance WERA (CCC WERA), Erlangen, Germany.
⁴ Bavarian Cancer Research Center (BZKF), Erlangen, Germany.
⁵ Core Unit Bioinformatik, Data Integration and Analysis, Center for Medical Information and Communication Technology, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany.
⁶ Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany.
⁷ Medizinische Klinik 5, Hämatologie und Internistische Onkologie, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany.
⁸ Pathologisches Institut, Universität Regensburg, Regensburg, Germany.
⁹ Pathologisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany.

Zielsetzung:

Im Rahmen klinischer Studien konnte gezeigt werden, dass Antikörper Wirkstoff Konjugate (ADCs) wie Trastuzumab-Emtansin (T-DM1) und Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd) das Überleben von Patienten und Patientinnen mit fortgeschrittenem HER2-positivem oder HER2-low Mammakarzinom signifikant verbesserten. In der Literatur sind Antikörper abhängige Zellvermittelte Zytotoxizität (ADCC) und Phagozytose (ADCP) als Teil des Wirkmechanismus von Trastuzumab beschrieben. ADCs nutzen den Antikörper als Wirkstofftransportsystem und ermöglichen die gezielte Freisetzung von Zytostatika. In dieser Studie sollte untersucht werden, ob ADCs ADCC- und ADCP-Mechanismen auf zellulärer und RNA-Ebene induzieren, um ein umfassendes Verständnis der zugrunde liegenden Prozesse der ADC-basierten Behandlung zu erlangen.



Material und Methoden:

Die antiproliferativen Effekte der Antikörper Trastuzumab, T-DXd und T-DM1 wurden mittels Zellviabilitäts-Tests in Mammakarzinom-Zelllinien unterschiedlicher HER2-Expression untersucht. Anhand der mononuklären Zellen des peripheren Blutes (PBMCs) von 32 Patientinnen mit HER2-low oder HER2-positivem Mammakarzinom wurden ADCC und ADCP durchflusszytometrisch bestimmt. Veränderungen des PBMC-Transkriptoms während der Antikörper-vermittelten Immunantwort wurden mittels Nanostring nCounter Panel untersucht. Die Ergebnisse wurden über Einzelzell-RNA-Sequenzierung validiert.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse demonstrierten vergleichbare Kapazitäten von Trastuzumab und T-DM1 ADCC und ADCP in einem HER2-low Kontext zu vermitteln, während T-DXd-vermittelte Immunmechanismen auf höhere HER2-Expressionen angewiesen waren. Mit einer gemeinsamen ADCC/ADCP Gensignatur von 33 Genen wurden diese Ähnlichkeiten auch auf transkriptioneller Ebene gezeigt. In einer Pathway-Analyse zeigte der Interferon- γ -Signalweg die stärkste Anreicherung, was auf eine robuste Immunantwort nach Trastuzumab und T-DM1 Behandlung hinwies.

Zusammenfassung:

Die vergleichbaren Kapazitäten zur ADCC/ADCP-Induktion weisen darauf hin, dass T-DM1 Behandlungen nicht nur anti-proliferative, zytotoxische Effekte, sondern auch Antikörper-basierte Immunreaktionen auslösen.

2. Preis: PD Dr. med. Kai Borm (München)



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den DGS-Wissenschaftspreis für die Arbeit zum Thema: „Teilbrustbestrahlung nach Verzicht auf die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie: Eine Analyse der Dosisverteilung in den Sentinel-Lymphknoten bei Ganzbrust- versus Teilbrustbestrahlung“.

Zusammenfassung der Arbeit:

Hintergrund

Die klinischen Studien SOUND und INSEMA zeigen, dass bei vielen Patientinnen mit frühem Mammakarzinom auf die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) verzichtet werden kann. Da der Großteil der Patientinnen in diesen

Studien eine adjuvante Ganzbrustbestrahlung (WBI) erhielt, liegt die Vermutung nahe, dass eine zufällige Mitbestrahlung der Axilla und der Sentinel-Lymphknoten zu den positiven onkologischen Ergebnissen beigetragen hat. Gleichzeitig gelten viele dieser Patientinnen auch als Kandidatinnen für eine Teilbrustbestrahlung (PBI), deren dosimetrischer Effekt auf die Lymphknotenregion bislang unklar ist.

Methoden

In einer Kohorte von 100 Patientinnen mit Brustkrebs wurden Sentinel-Lymphknoten mittels prä- und postoperativer Bildgebung lokalisiert und konturiert. Zusätzlich wurden axilläre Lymphknotenstationen gemäß den ESTRO-Konturierungsrichtlinien erfasst. Die Dosisverteilung im Sentinel- und Axillabereich wurde unter verschiedenen



Bestrahlungstechniken (3D-CRT vs. VMAT, DIBH vs. freie Atmung) sowie anatomischen Parametern (Brustgröße, Tumorlokalisation, kraniale Brustgrenze) für WBI und PBI analysiert.

Ergebnisse

Bei der WBI erhielten 65 % der Sentinel-Lymphknoten eine therapeutische Dosisabdeckung (>95 % der verschriebenen Dosis), bei PBI lag dieser Wert bei nur 10 % (3D-CRT) bzw. 3 % (VMAT). Die Anwendung der tiefen Inspiration mit Atemhalten (DIBH) reduzierte die Dosis in der Lymphknotenregion signifikant im Vergleich zur freien Atmung. Besonders geringe Dosisabdeckungen wurden bei medialen/zentralen Tumoren, kleiner Brustgröße und tiefer oberer Brustgrenze beobachtet.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen WBI und PBI hinsichtlich der inzidentellen Dosisverteilung in den Sentinellymphknoten und weisen darauf hin, dass die Resultate der INSEMA- und SOUND-Studien möglicherweise nicht auf PBI übertragbar sind. Daher sollte die Kombination aus Verzicht auf SLNB und Durchführung einer PBI derzeit nicht als Standardtherapie bei frühem Mammakarzinom betrachtet werden.



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. Der Preis wird von der Firma Novartis Pharma GmbH gestiftet und ist mit jeweils 5.000 € - also insgesamt 10.000 € - dotiert

In diesem Jahr geht der Preis an Univ. Prof. Dr. med. Marion Kiechle (München, Senior) und Dr. med. Theresa Mayo (München, Junior) für ihre erfolgreiche Zusammenarbeit, um die Versorgung und Lebensqualität von Frauen mit erblich bedingtem Brust- und Eierstockkrebs zu verbessern.



Verleihung der DGS-Ehrenmitgliedschaft

Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung am 26. Juni von 13:30-14:30 Uhr wird schließlich Frau Eva Schumacher-Wulf (links) und Herrn Prof. Rüdiger Schulz-Wendtland (Mitte) sowie Herrn Prof. Anton J. Scharl (rechts) die DGS-Ehrenmitgliedschaft verliehen. Die Preistragenden haben sich über die Maße auf besondere Weise für die Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. eingesetzt. Für Ihren unermüdlichen Einsatz für unsere Fachgesellschaft möchten wir Ihnen herzlich danken!



Eva Schumacher-Wulf



Prof. Rüdiger Schulz-Wendtland



Prof. Anton J. Scharl



Interviewwünsche

Zu folgenden Themen können wir Ihnen **ExpertInnen für Interviews, Podcasts, Statements usw.** vermitteln:

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

*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](#)

Verfolgen Sie unsere Berichterstattung vor Ort zum #DGS2025 auf [LinkedIn](#):



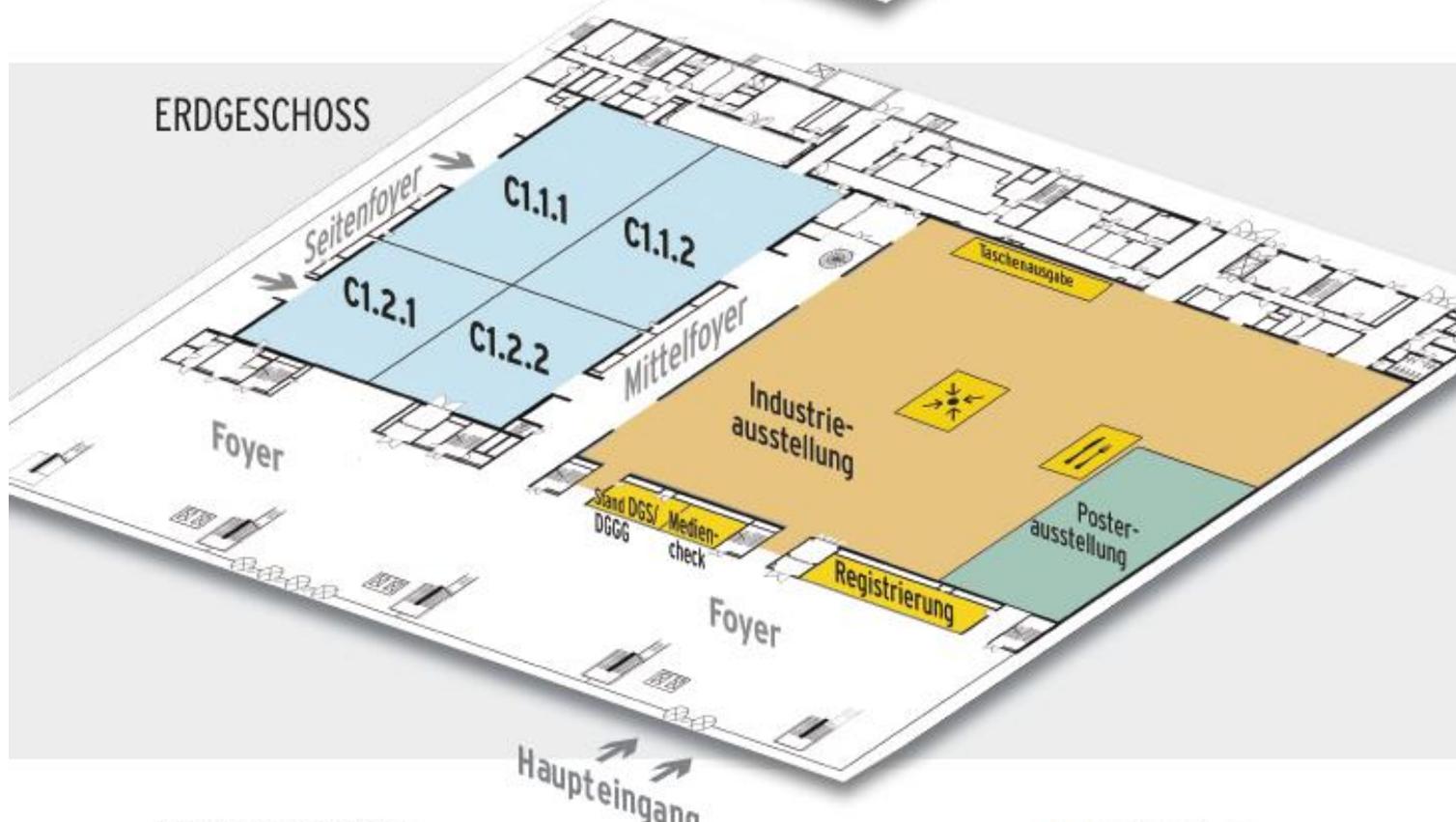
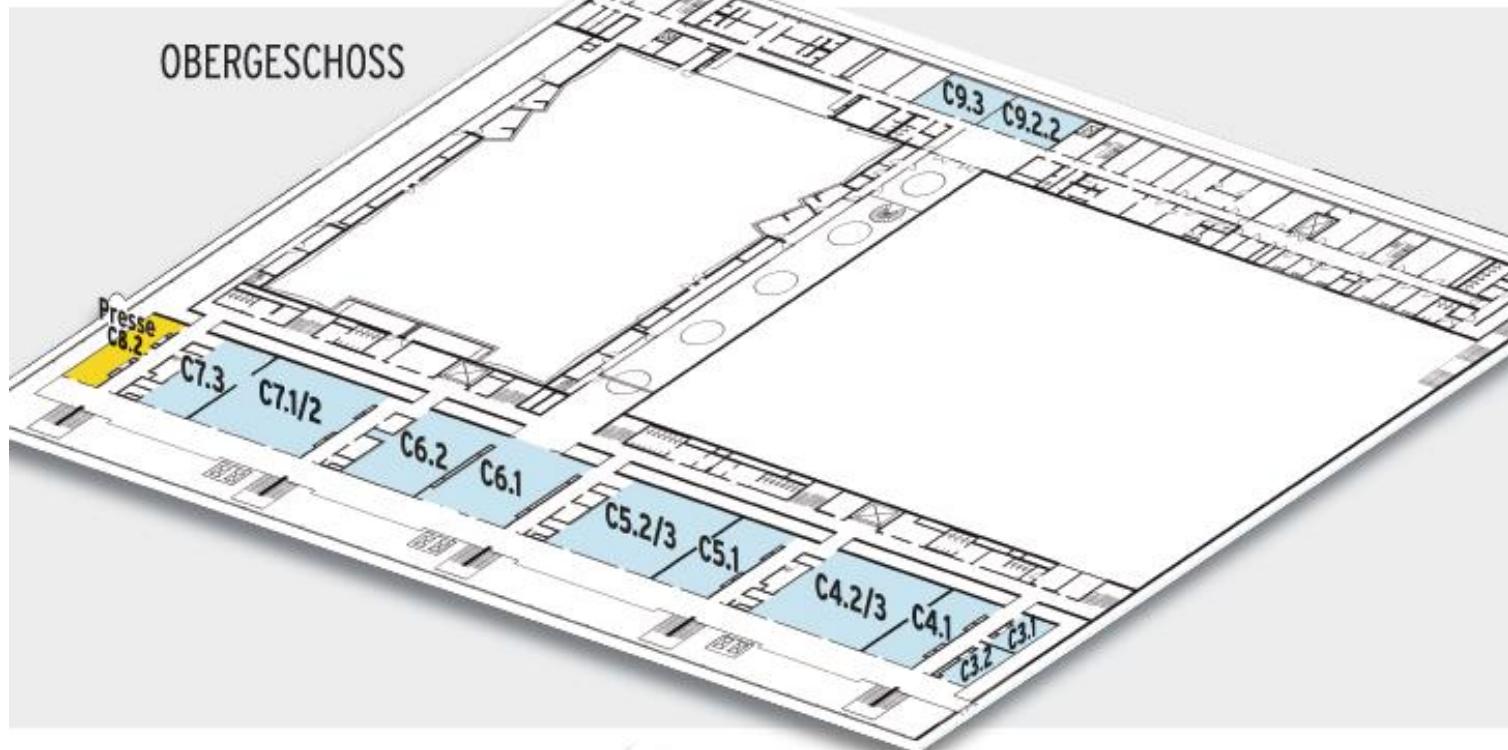
Bei Interesse und Rückfragen wenden Sie sich gern an uns:

DGS-Pressteam in Stuttgart

Manuela Rank | Melanie Herberger | Heiko Hohenhaus
Tel.: +49 151/52242423
E-Mail: presse@senologie.org



Raumübersicht



UNTERGESCHOSS



Garderobe



Tiefgarage

- Vortragsräume
- Industrieausstellung
- Posterausstellung
- Servicepunkte
- Ihr Standort