

Personalia:

Neu im Team begrüßen wir 3 Assistenzärztinnen:



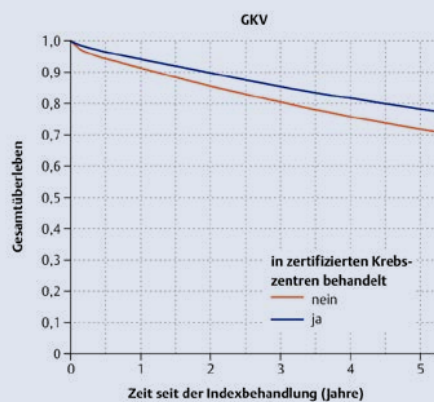
Ruth Heinemann hat in Berlin studiert. Frau Heinemann hat am USKH ihre Facharztweiterbildung begonnen.

Victoria Jochims ist in Lübeck aufgewachsen. Nach dem Studium in Göttingen hat es sie zurück in die Heimat gezogen.

Melina Ulique ist im 4. Weiterbildungsjahr und hat bereits in Irland und zuletzt in Hamburg gearbeitet.

Senologie

Längeres Überleben in zertifizierten Brustzentren



Die Studie „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) zeigte bereits 2022, dass onkologische Patienten eine bessere Prognose aufweisen, wenn ihre Erstbehandlung am zertifizierten Zentrum erfolgte. Nun wurde eine gesonderte Auswertung zu Brustkrebs veröffentlicht ([Link](#)). Berücksichtigt wurden dabei zahlreiche Faktoren wie z.B. das Tumorstadium und Alter. Die Analyse ergab ein signifikant niedrigeres Sterberisiko für Patientinnen, die in DKG-zertifizierten Brustkrebszentren behandelt wurden. Der Überlebensvorteil betrug bis 23 Prozent. Für das rezidivfreie Überleben war der Effekt noch stärker ausgeprägt. Besonders positiv war das Überleben an Zentren, die seit mind. 5 Jahren zertifiziert waren.

Dauer der Zertifizierung (Ref: nicht zertifiziert)	HR ¹	95%-KI
<1 Jahr	0.82***	(0.75-0.89)
1-<2 Jahre	0.77***	(0.72-0.84)
2-<5 Jahre	0.78***	(0.74-0.82)
5 oder mehr Jahre	0.74***	(0.71-0.78)

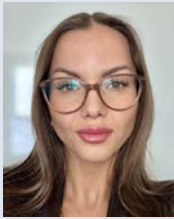
o.li. Gesamtüberleben von Brustkrebspatientinnen in zertifizierten Brustzentren vs. nicht-zertifizierten Kliniken.

u. li. Der Effekt auf das Überleben in Abhängigkeit des Zertifizierungszeitpunkts (HR = Hazard Ratio).

Zertifiziertes Brustzentrum

Mit knapp 600 Primärfällen pro Jahr gehört das Brustzentrum mittlerweile zu den größten universitären Brustzentren Deutschlands. Wir freuen uns über diese positive Entwicklung und bedanken bei Ihnen ganz herzlich für das Vertrauen und die exzellente Zusammenarbeit bei der Betreuung von gemeinsamen Patientinnen! Um dem Bedarf gerecht zu werden, wurden die Kapazitäten der Brustsprechstunde um weitere Slots für Erstdiagnosen erweitert, und auch personell wurde das Brustzentrum gynäkologischerseits deutlich gestärkt.

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Frau **Lisa Cristin Adler** leitet seit 2024 das Team der MFAs und MTRAs im Brustzentrum und hat sich zum Ziel gesetzt, jeder Patientin mit Mammakarzinom einen Erstberatungstermin innerhalb von 7 Tagen anbieten zu können. Sollten Sie uns telefonisch nicht erreichen, kann die Patientin per Mail oder Fax unkompliziert angemeldet werden – wir rufen sie am selben Tag an, um einen Termin zu besprechen.

✉ info.brustzentrum.luebeck@uksh.de; ☎ 0451 500-41 918

QuaMaDi und FBREK

In den letzten Monaten wurden wir jeden Tag von mehreren Patientinnen und Praxen mit der Bitte um einen Beratungstermin vor einer QuaMaDi-Einschreibung kontaktiert. Da die Änderung der QuaMaDi-Kriterien teilweise zu Missverständnissen führte, haben wir die wichtigsten Punkte für Sie zusammengefasst:

1. Jede Patientin mit erhöhtem familiären Risiko für Mamma- und Ovarialkarzinom hat Anspruch auf eine genetische Beratung, unabhängig von einer eventuellen Aufnahme ins QuaMaDi-Programm. Das erhöhte Risiko ist dabei genau definiert, die aktuell geltenden Kriterien finden Sie hier: Kriterien des Deutschen Konsortiums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs. Die Kriterien gelten – anders als im FAQ der KV dargestellt – in allen FBREK-Zentren in Deutschland. Kürzlich wurden die Kriterien erweitert: so können Patientinnen mit triple-negativem Mammakarzinom bis 70 und nicht nur 60 Jahre beraten werden.
2. Ein Termin zur Beratung im FBREK-Zentrum kann bevorzugt per E-Mail (✉ fbrek.luebeck@uksh.de) oder alternativ telefonisch (☎ 0451 500-41800) vereinbart werden.
3. Die Betreuung an den FBREK-Zentren erfolgt im Rahmen der sogenannten Integrierten Versorgung, an der die meisten gesetzlichen und privaten Krankenkassen teilnehmen. Ist dies nicht der Fall, stellen wir zunächst einen Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse. Sie müssen sich um nichts im Vorfeld kümmern.
4. Ob eine genetische Testung sinnvoll ist, klären wir bei der Beratung. Manchmal besprechen wir mit der Patientin, dass zunächst eine der erkrankten Personen (Indexpatientin) aus der Familie untersucht wird.
5. Die Aufnahme ins Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm (IFNP) ist nur bei einem Teil der beratenen Patientinnen notwendig (z.B. wenn eine genetische Mutation vorliegt oder das individuelle Risiko besonders hoch ist). Die bereits vereinbarten Termine zur Mammadiagnostik sollen daher bei Anmeldung im FBREK-Zentrum auf keinen Fall abgesagt werden, bis geklärt ist, ob die Patientin ins IFNP aufgenommen wird.
6. Nach der Beratung und ggf. Testung erhält die Patientin ihren Befund und Arztbrief. Die genetischen Befunde unterliegen einem strengen Datenschutz und einige Patientinnen wünschen, dass der Brief ausschließlich an sie versandt wird. Hat die Patientin in den Versand des Briefs an die Frauenarztpraxis eingewilligt, erreicht der Brief natürlich auch Sie.

Gynäkologie

Kernpunkte der neuen Leitlinie S2k-Leitlinie „Früher Schwangerschaftsverlust im 1. Trimenon“

- Aufklärung immer über alle Therapieoptionen (inklusive Off-Label Use von Medikamenten)
- Shared Decision Making
- Anti-D-Prophylaxe in den richtigen Situationen durchführen

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Positives HCG bei leerer Fruchthöhle sollte nicht direkt zur Diagnose „Pregnancy of unknown location“ (PUL) führen (Anwendung des M6 Modells empfohlen)
- Bei Abortgeschehen soll nach Ausschluss von Kontraindikationen das abwartende Verhalten angeboten werden
- Bei Symptomen eines Abortus imminens soll keine Bettruhe empfohlen werden
- Bei missed Abortion kann bis zu 14 Tagen der Spontanverlauf abgewartet werden
- Bei Spontanabort soll nach 7–14 Tagen die sonographische Kontrolle erfolgen
- Ambulantes Vorgehen inklusive medikamentöser Abdeckung, immer wenn möglich
- Eine medikamentöse Abtreibung sollte ambulant erfolgen (Supportivmedikation zur Analgesie und Antiemetikase sollten rezeptiert und erläutert werden)



<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-076>

Geburtshilfe

Adipositas in der Schwangerschaft – ein zunehmendes Problem

Die Zahl der Frauen mit Übergewicht und Adipositas im gebärfähigen Alter steigt in den Industrienationen kontinuierlich an, so dass auch bei uns in Lübeck immer häufiger adipöse Frauen entbinden.

Von Übergewicht spricht man ab einem BMI von >25 , Adipositas I° bei BMI >30 , Adipositas II° bei BMI >35 und Adipositas III° bei einem BMI von >40 . Alle Angaben gelten zum Zeitpunkt vor der Schwangerschaft.

Manifeste Erkrankungen, vorbestehende Medikationen und bereits erfolgte Operationen, sowie die Risiken, die sich für Schwangerschaft und Geburt ergeben, machen die Betreuung dieses Kollektivs zu einer interdisziplinären Herausforderung.

Schon präpartal sollte ab Kinderwunsch eine ausreichende Folsäuresubstitution erfolgen (400 µg/Tag bei Übergewicht und Adipositas, 800 µg/Tag nach bariatrischen OPs). Außerdem müssen bestehende Erkrankungen wie arterielle Hypertonie oder Diabetes gut eingestellt und überwacht werden und gegebenenfalls die Medikation umgestellt werden. Die Schwangeren müssen zu Lifestyle-Interventionen beraten werden und zur limitierten Gewichtszunahme von 5–9kg in den folgenden Monaten.

Bei der Pränataldiagnostik kommt es gleich 3-fach zu erschwerten Bedingungen: Bei Adipösen kommt es häufiger zu fetalen Fehlbildungen bei gleichzeitig eingeschränkter Pränataldiagnostik. Die Ultraschalldiagnostik ist aufgrund der Weichteilhemmung erschwert, aber auch die Biochemie ist ungenauer und es befindet sich weniger zellfreie-fetale DNA im mütterlichen Blut für die NIPT-Diagnostik.

Auch Frühgeburten, Präeklampsie, Gestationsdiabetes und Thromboembolien treten häufiger auf.

Um das Präeklampsie-Risiko frühzeitig zu erfassen, sollte ein Ersttrimester-Screening durchgeführt werden. Bei ei-

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

nem individuell kalkulierten Präeklampsierisiko $>1:100$ sollte eine Gabe von ASS 150 mg/Tag zur Reduktion der Präeklampsierate bis 37+0 SSW erfolgen. Ab einem BMI ≥ 35 ist ASS 150 mg/Tag auch ohne Risikokalkulation indiziert.

Die Abklärung eines GDM oder eines vorbestehenden Diabetes mellitus Typ 2 sollte bereits im 1. Trimenon erfolgen, wobei zu beachten ist, dass nach bariatrischen Operationen kein oGTT durchgeführt werden darf. Stattdessen geben hier Nüchternblutzucker oder HbA1c Hinweise auf eine Störung des Glukosestoffwechsels.

Über eine Thromboseprophylaxe in der Schwangerschaft sollte je nach Gewicht und bei weiteren Risikofaktoren nachgedacht werden.

Wegen des erhöhten Risikos maternaler und fetaler Komplikationen sollten Schwangere mit einem BMI ≥ 40 ab 36+0 wöchentlich klinisch kontrolliert werden, vor allem im Hinblick auf ein erhöhtes IUFT-Risiko. Die Abwägung einer Einleitung ab BMI ≥ 40 ab 39+0 SSW muss frühzeitig erfolgen.

Über Geburtsrisiken, sowie etwaige Probleme und Komplikationen muss aufgeklärt werden. So sollte ab Adipositas III° BMI ≥ 40 eine anästhesiologische Vorstellung präpartal durchgeführt werden und ab BMI ≥ 35 ein Gespräch über geburtshilfliche Maßnahmen stattfinden.

Wir bitten Sie daher, alle schwangeren Frauen ab einem BMI von ≥ 35 frühzeitig in unserer Kreißaal-Ambulanz vorzustellen, um die maternalen, fetalen und geburtshilflichen Risiken eingehend besprechen zu können. Durch gute Zusammenarbeit wird es uns sicher gelingen, diesem Risikokollektiv gerecht zu werden.

Gynäko-Onkologie

IOIs beim Endometriumkarzinom

In den letzten Monaten wurden mehrere Immuncheckpoint-Inhibitoren für die Therapie des primär fortgeschrittenen/metastasierten Endometriumkarzinoms zugelassen, bzw die Zulassung erweitert. Hierbei handelt es sich um folgende Substanzen:

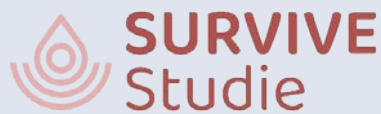
- Dostarlimab (Jemperli®) analog der RUBY-Studie
- Durvalumab (Imfinzi®) +/- Olaparib analog der DUO-E-Studie
- Pembrolizumab (Keytruda®) analog der Keynote-868-Studie

Die Zulassung von Dostarlimab wurde im Januar dieses Jahres durch die EMA erweitert. Nun kann die Kombination Chemotherapie und Dostarlimab bereits in der Erstlinientherapie des primär fortgeschrittenen/metastasierten Endometriumkarzinom mit mikrostabilen (MSS)/mismatchrepair-profiziente (MMRp) Tumore eingesetzt werden. Die Zulassung erfolgte auf Daten der RUBY-Studie.

Als Erstlinientherapie des primär fortgeschrittenen oder rezidivierendem Endometriumkarzinom wurde Durvalumab plus Chemotherapie (Carboplatin/Paclitaxel), gefolgt von Olaparib und Durvalumab für mismatch-repair-profizienten Tumore (MMRp) zugelassen. Bei Mismatch-repair-defizientem Tumorstatus (MMRd) wurde Durvalumab in Kombination mit Chemotherapie gefolgt von einer Durvalumab-Monotherapie. Seit November 2024 ist Pembrolizumab für die Erstlinientherapie mit Carboplatin und Paclitaxel bei primär fortgeschrittenem oder rezidivierendem Endometriumkarzinom unabhängig vom MMR- und PD-L1-Status zugelassen. Hier durch stehen nun gleich mehrere potente Immuntherapien zur Verfügung, durch die die Behandlung des Endometriumkarzinoms deutlich verbessert wird. Die bereits bestehenden Zulassungen bei Pat mit MMRd bleiben natürlich darüber hinaus bestehen.

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Neue Studien an unserem Zentrum



für eine verbesserte Nachsorge bei Brustkrebs

Informationen zur Studie finden Sie online unter www.survive-studie.de



SURVIVE – Nachsorge für Brustkrebspatientinnen auf dem Prüfstand

Art und Umfang der heutigen Nachsorge für Brustkrebspatientinnen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aus den 80er Jahren. Bei fehlender Evidenz einer frühzeitigen Detektion einer ggf. asymptomatischen Fernmetastasierung, beschränkt Sie sich seit 40 Jahren auf die jährliche Mammo- und gegebenenfalls ergänzende Sonographie. Seitdem hat sich in der Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs jedoch viel getan – PatientInnen steht heute sowohl in der Primärtherapie, als auch im Falle einer Metastasierung ein großes Spektrum an (zielgerichteten) Substanzen zur Verfügung, deren Wirkung gut untersucht und publiziert ist. Höchste Zeit also um die gängige Nachsorgepraxis auf den Prüfstand zu stellen.

Seit Januar 2025 ist die **SURVIVE Studie für Brustkrebs-Patient:innen** an unserem Zentrum in Lübeck aktiv. In der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten, 1:1 randomisierten, teil-verblindeten, multizentrischen kontrollierten Überlegenheitsstudie soll bei 3.500 Brustkrebs-PatientInnen mit mittlerem bis hohem Risikoprofil die aktuelle Standardnachsorge mit einer auf liquid biopsy basierenden (intensivierten) Nachsorge verglichen werden. Nach 2 Baseline-Visiten und Blutentnahmen werden in beiden Armen zu den etablierten Nachsorgezeitpunkten (Jahr 1–3 alle 3 Monate, Jahre 4 und 5 alle 6 Monate) Blutproben im Studienzentrum entnommen und im Interventionsarm auf Tumormarker (CA27.29, CEA, CA125), zirkulierende Tumorzellen und zirkulierende Tumor-DNA (ctDNA) untersucht. Auffälligkeiten dieser Marker werden als Hinweis auf minimale Resterkrankung (MRD) gewertet und es erfolgt ein Staging zur Metastasensuche (CT Thorax/Abdomen, Knochenszintigramm). Falls eine Metastasierung detektiert wird, erfolgt die leitliniengerechte Behandlung. Andernfalls wird die intensivierte Nachsorge mit liquid biopsy Testungen fortgeführt.

Einschlusskriterien:

- Frauen oder Männer ≥ 18 Jahre und ≤ 75 Jahre.
- Primärer, unilateraler oder bilateraler, histologisch gesicherter Brustkrebs mit
 - Indikation für eine (neo-)adjuvante Chemotherapie (unabhängig ob durchgeführt oder nicht) oder
 - großer Tumor (> 50 mm), oder
 - positive Lymphknoten ($> pN1mi$), oder
 - hohes Grading (G3).
- Beendigung der primären Tumortherapie seit maximal 24 Monaten bei HER2+ BC oder TNBC, seit maximal 60 Monaten bei HR+ Her2- BC
- Ein Einschluss von PatientInnen unter adjuvanter Therapie, welche keine Chemotherapie ist (zum Beispiel antihormonelle Therapie, Antikörper-Therapie, Therapie mit CDK4/6-Inhibitoren, PARP-Inhibitoren etc.) ist erlaubt.

Studienablauf zusammengefasst:

Gesamtstudienlaufzeit je Patientin: 10 Jahre

Intervention (Blutentnahmen): 5 Jahre

Visiten in den Jahren 1-3 alle 3 Monate, in den Jahren 4 und 5 alle 6 Monate
Erheben der Lebensqualität zur Basisvisite, dann alle 6 Monate

Nachbeobachtung: 5 Jahre

Jährliche Kontaktaufnahme (via App, per Telefon, E-Mail oder als Visite im Studienzentrum) zur Beantwortung eines Fragebogens sowie der Lebensqualität

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Eine Teilnahme in der SURVIVE Studie ersetzt NICHT die regelmäßige leitliniengerechte Nachsorge bei Ihnen, die intensiverte Nachsorge im Rahmen der Studie stellt lediglich eine Addition dar. Die Patienten bleiben bei Ihnen zur Nachsorge angebunden.

Sie betreuen eine geeignete Patientin die sich für die Studie interessiert und möchten diese gern bei uns für einen möglichen Studieneinschluss anbinden? Schreiben Sie uns gern an oder geben unsere Kontaktadresse an die Patientin weiter:

✉ Felix.Ruhkiewick@uksh.de Studienassistent für die SURVIVE Studie

NeoACT-Studie

Die NeoACT-Studie ist eine randomisierte Studie, die sportliche Betätigung unter der neoadjuvanten Chemotherapie untersucht. Sport während der Chemotherapie kann die pCR-Raten positiv beeinflussen und kann außerdem den Patientinnen helfen die Nebenwirkungen einer Chemotherapie besser zu tolerieren. Hier bedarf es mehr Forschung, um zu verstehen, ob und wie Sport anti-tumöröse Effekte verstärken und onkologische Prognose verbessern kann. Eingeschlossen werden können Patientinnen mit Brustkrebs im Stadium cT1–3, cN0. Patientinnen werden randomisiert und erhalten ein strukturiertes Sportprogramm. Die Studie begleitet die Patientinnen während der neoadjuvanten Chemotherapie sowie im Follow-up bis zu 2 Jahre danach. Die Studie ist offen zur Rekrutierung.

Weitere Informationen finden Sie unter: [Link](#)

Online Patientinnenfragestunde

Auch in 2025 wird unser neues Format, die Online Patientinnenfragestunde, fortgeführt. Zu den bisherigen Themen kommen in diesem Jahr weitere Expertinnen und Experten mit neuen Bereichen hinzu. Wir hoffen viele Patientinnen und Patienten sowie Interessierte mit unserem Angebot erreichen zu können. Benötigen Sie für Ihre Praxis ein Poster oder Flyer als Informationsmaterial, kontaktieren Sie uns gerne unter: ☎ 0451 500-41752.

Themen und Termine 2025

27. Januar	allgemeine Fragen, genetischer Brustkrebs – OÄ Kaschner
17. Februar	Operation/Wiederaufbau – Prof. Banys-Paluchowski
10. März	Brustdiagnostik/Nachsorge – Dr. Grande-Nagel
14. April	allgemeine Fragen, neue Behandlungsoptionen – Prof. Rody
12. Mai	allgemeine Fragen, gynäkologische Krebserkrankungen – Dr. Hemptenmacher
23. Juni	Schwerpunkt Systemtherapie – OÄ Princk
14. Juli	Komplementärmedizin – Dr. Riedl
25. August	Ernährungsmedizin – Prof. Martin Smollich
15. September	PsychoOnkologie – König



Online-Patientinnenfragestunde

Sie fragen, Expertinnen und Experten antworten

Liebe Patientinnen, Angehörige, Interessierte, Kolleginnen und Kollegen,

unsere Patientinnenfragestunde ist eine virtuelle Veranstaltungsreihe, die von der Klinik für Frauenheilkunde am Campus Lübeck organisiert wird. Unsere Expertinnen und Experten beantworten Ihnen Fragen rund um die Diagnostik, Behandlung, Nachsorge sowie ergänzenden Maßnahmen bei Brustkrebs und gynäkologischen Krebserkrankungen. Nach einer kurzen, verständlichen Einführung in das jeweilige Thema haben Sie ausreichend Zeit, Ihre Fragen zu stellen. Ihre Fragen werden direkt für alle hörbar von unseren Expertinnen und Experten beantwortet, sodass alle Teilnehmenden von den Fragen und Antworten profitieren können.

Ihr Team der Klinik für Frauenheilkunde

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Kommende Veranstaltungen

Ostseeseminar & NGGG Jahrestagung am 4.- 5. April in Kiel

Weitere Informationen und Anmeldung unter:

<https://www.dggg.de/veranstaltungen/nggg-jahrestagung-ostsee-seminar>

Luv und Lee am 21. Juni (Programm und Ort folgt in nächstem Newsletter)

Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Senologie Stuttgart vom 26.-28. Juni

Weitere Informationen und Anmeldung unter: <https://www.senologiekongress.de/de/Startseite/>

Save the Date – Fit für den Facharzt – Mammakarzinom am 17. September

Nach dem tollen Erfolg des Online-Seminars 2024 mit über 300 Teilnehmern wird die Veranstaltung erneut angeboten. Die Aufzeichnung wird wie gewohnt für 3 Monate danach zur Verfügung stehen. Weitere Infos folgen!

Norddeutsches Onkologieforum

Am 8. Februar fand das jährliche Norddeutsche Onkologieforum in Hamburg statt. Dabei wurden vielzählige Vorträge mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den gynäkologischen Tumor-Entitäten präsentiert- mit zahlreicher Beteiligung aus der Frauenklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck: Prof. Rody, Prof. Banyas-Paluchowski, Dr. Hempenmacher, Frau OÄ Princk und Dr. Tauber.

Zudem wurde Herr Dr. Tauber mit dem Heinrich Maass-Gedächtnispreis (onkologischer Wissenschaftspreis) ausgezeichnet. Dr. Tauber wertete mit seiner Projektgruppe über 3000 Brustkrebsfälle der letzten 10 Jahre des zertifizierten Brustzentrums am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck aus und konnte ermitteln, dass etwa 1/3 aller Patientinnen mit einer frühen Hormonrezeptor-positiven HER2-negativen Brustkrebserkrankung potentielle Kandidatinnen für eine kombinierte orale Therapie mit dem CDK 4/6 Inhibitor Ribociclib sind. Daraus folgend ergeben sich spannende Diskussionspunkte zum Thema Versorgungsforschung, um die Vielzahl an Patientinnen adäquat in den klinischen Ambulanzen zu betreuen.



UCCSH | Universitäres Cancer Center Schleswig-Holstein

Wissen schafft Gesundheit