

Highlights der St. Gallen International Breast Cancer Conference 2025

8. April 2025

Wissenschaft mit Impact: praxisverändernde Empfehlungen

Die St. Gallen International Breast Cancer Conference (SGBCC), die vom 12. bis 15. März 2025 in Wien stattfand, gilt als eines der weltweit führenden Meetings zur Therapie des frühen Mammakarzinoms. Im Fokus standen aktuelle Updates zur Therapie, hochkarätige Expertenvorträge und kontroverse Fachdiskussionen. Den Abschluss bildete die renommierte St. Gallen Consensus Session, in der internationale Expert:innen evidenzbasierte Empfehlungen für die klinische Praxis formulierten. ABCSG-Präsident Univ.-Prof. Michael Gnant erläutert die Highlights der diesjährigen Konferenz.

In den wissenschaftlichen Main Sessions wurden aktuelle Studiendaten zur systemischen Therapie des frühen Mammakarzinoms vorgestellt. Welche der präsentierten Ergebnisse halten Sie für besonders praxisrelevant und warum?

Die präsentierten Daten zur systemischen Therapie des frühen Mammakarzinoms haben weniger einen Paradigmenwechsel gebracht als vielmehr eine Verfeinerung etablierter Konzepte. Ein zentrales Thema war die weitere Individualisierung der Therapie, insbesondere im Hinblick auf Deeskalations- sowie Eskalationsstrategien. Das betrifft beispielsweise die Immuntherapie, die auch beim triple-negativen Mammakarzinom bereits gute Studienergebnisse erzielen konnte. Hier lautete der Konsens, dass bei einer Tumorgöße < 5 mm in der Regel keine systemische Therapie erforderlich ist und eine primäre chirurgische Intervention angestrebt wird. Die Zugabe der Immuntherapie sollte jedenfalls bei Tumoren ≥ 2 cm erfolgen. Zudem wurde eine adjuvante Immuntherapie nach sehr gutem Ansprechen auf eine neoadjuvante Behandlung nicht generell empfohlen. Diese differenzierten Empfehlungen sind essenziell, um Übertherapie zu vermeiden, ohne die erzielten Vorteile zu kompromittieren.

Ein weiteres relevantes Thema war der Stellenwert klassischer Chemotherapieschemata. Mit rund 75 % sprach sich eine signifikante Mehrheit der Expert:innen dafür aus, bei Patient:innen mit größeren, aber biologisch weniger aggressiven Tumoren auf Anthrazykline zu verzichten. Dies reflektiert den zunehmenden Fokus auf eine Reduktion therapieassoziiierter Toxizitäten. Besondere Bedeutung hatten auch die Diskussionen zur Therapie von Patient:innen mit Tumoren, die nur einen niedrigen Hormonrezeptor-Expressionsanteil aufweisen. In dieser Subgruppe wurde mit über 80 % Zustimmung festgelegt, dass sie analog zum triple-negativen Mammakarzinom behandelt werden sollte. Diese Empfehlung könnte in Ländern mit restriktiver Kostenerstattung für Immuntherapien eine wesentliche Argumentationsgrundlage für die Finanzierung sein.

Zum Thema CDK4/6-Inhibitoren nahm das Panel eine sehr differenzierte Haltung ein und bewertete deren Einsatz mit einem klaren Fokus auf die klinische Evidenz. Der Konsens war, dass diese Therapieoption bei

Hochrisikopatient:innen gerechtfertigt ist, jedoch stets eine individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung erfolgen sollte. Diese Zurückhaltung verdeutlicht die weiterhin bestehenden Evidenzlücken darüber, welche Patientinnengruppen tatsächlich den größten klinischen Benefit haben.

Erstmals wurde im Panel auch explizit die ethische Verantwortung von Onkolog:innen hinsichtlich der ökonomischen Nachhaltigkeit onkologischer Therapien thematisiert. Eine Abstimmung ergab, dass 95 % der Expert:innen der Aussage zustimmten, dass Onkolog:innen eine moralische Verpflichtung haben, auch die Kosten der Krebstherapie sowohl für den/die individuelle:n Patient:in als auch für nationale Gesundheitssysteme zu berücksichtigen. Vor 10 Jahren hätte dieses Thema in dieser Deutlichkeit noch kaum Konsens gefunden.

Im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen wurde insbesondere der Fortschritt bei selektiven Östrogenrezeptor-Degrader (SERDs) thematisiert. Elacestrant ist aktuell im metastasierten Setting unter bestimmten Bedingungen zugelassen, doch Studien untersuchen bereits den Einsatz im frühen Krankheitsstadium. Angesichts der Tatsache, dass zwei Drittel der Brustkrebspatient:innen eine hormonrezeptorpositive Erkrankung haben, könnten diese Substanzen eine entscheidende Rolle spielen – insbesondere aufgrund ihrer potenziell besseren Verträglichkeit im Vergleich zu Tamoxifen oder Aromatasehemmern. Allerdings stellt sich die Frage, ob Gesundheitssysteme bereit sein werden, die erheblich höheren Kosten zu übernehmen, selbst wenn die Nebenwirkungsprofile günstiger sind. Auch die Bedeutung der ADCs im neoadjuvanten Setting wurde thematisiert, allerdings vorerst ohne konkrete Empfehlungen des Panels. Hier ist der Konsensprozess eher konservativ – selbst bei überzeugenden Studiendaten dauert es eine gewisse Zeit, bis eine generelle Empfehlung ausgesprochen wird. Diese Zurückhaltung ist essenziell, um eine evidenzbasierte und nicht vorschnelle Implementierung neuer Therapiestandards zu gewährleisten.

Ein Schwerpunkt lag auf den optimierten Therapiestrategien für Patient:innen mit ER+/HER2– frühem Mammakarzinom. Wie lauten hier die aktuellen Empfehlungen, und wie wird sich die Therapielandschaft in naher Zukunft verändern?

An den beiden Enden des Risikospektrums sind die Empfehlungen sehr klar und eindeutig. Für Low-Risk-Patient:innen – also solche mit kleinen, biologisch wenig aggressiven Tumoren – wurde erneut bekräftigt, dass weder eine Chemotherapie noch eine verlängerte endokrine Therapie über fünf Jahre hinaus erforderlich ist. In dieser Subgruppe ist die Rezidivwahrscheinlichkeit so gering, dass sich selbst aufwendige molekulare Tests nicht als notwendig erweisen. Dies wurde auch durch die Abstimmung bestätigt: 62 % der Panelteilnehmer:innen sprachen sich explizit dagegen aus, bei Tumoren < 1 cm routinemäßig genomische Tests einzusetzen.

Am anderen Ende des Spektrums – dem High-Risk-Setting – herrscht ebenfalls weitgehender Konsens: Patient:innen mit hoher Lymphknotenbeteiligung, High-Grade-Tumoren und erhöhter Proliferation mit hohem Ki-67-Index profitieren eindeutig von einer Chemotherapie in Kombination mit einem CDK4/6-Inhibitor. Die positiven Effekte dieser Kombinationstherapie wurden mit einer Verbesserung des 5-Jahres-Überlebens um 6–8 % quantifiziert, was eine bemerkenswerte therapeutische Wirkung darstellt.

Die größte Herausforderung bleibt jedoch die Therapieentscheidung für Patient:innen im intermediären Risikobereich – also jene, bei denen einige Tumorcharakteristika auf ein höheres Risiko hindeuten, während andere eher für eine Deeskalation sprechen. Dies ist der Bereich, der in den interdisziplinären Tumorboards am intensivsten diskutiert wird, da es hier keine einfachen Standardentscheidungen gibt. Für Patient:innen mit intermediärem Risiko stehen mehrere therapeutische Eskalationsoptionen zur Verfügung:

Eine Möglichkeit stellt die Optimierung der endokrinen Therapie dar. Insbesondere bei jüngeren, prämenopausalen Frauen ist die Hinzunahme eines LHRH-Agonisten zur ovariellen Suppression eine Möglichkeit, um das Rückfallrisiko zusätzlich zu senken. Eine weitere Option bietet die Chemotherapie. Ihre Bedeutung nimmt in dieser Subgruppe jedoch tendenziell ab, da zunehmend das individuelle Therapieansprechen – und nicht nur das absolute Risiko – in die Entscheidung einfließt. Während z. B. Patient:innen mit multiplen positiven Lymphknoten unabhängig von biologischen Faktoren eine Chemotherapie erhalten, kann in anderen Fällen eine differenziertere Herangehensweise gewählt werden. Besonders kontrovers wurde das Vorgehen bei prämenopausalen Patientinnen im intermediären Risikobereich diskutiert. Während in den USA nahezu alle solche Patientinnen eine Chemotherapie erhalten, verfolgen wir in Europa oft einen differenzierteren Ansatz. Ein zentraler Aspekt ist die Lebensqualität der Patientinnen. Gerade für jüngere Frauen mit hormonrezeptorpositiver Erkrankung können Nebenwirkungen wie Alopezie oder Fertilitätsverlust durch eine Chemotherapie besonders belastend sein. Daher ist es essenziell, den individuellen Benefit einer Chemotherapie sorgfältig abzuwägen.

Die St.-Gallen-Diskussionen bestätigten zudem, dass bei Hochrisikopatient:innen der Einsatz von CDK4/6-Inhibitoren auch ohne nachgewiesenen Overall-Survival-Benefit gerechtfertigt ist. Ein besonders relevantes Studienergebnis betraf die NATALEE-Studie, die erstmals CDK4/6-Inhibitoren bei lymphknotennegativen, aber anderweitig hochrisikocharakterisierten Patient:innen (z. B. hohes Grading, hohe Proliferationsrate) untersuchte. Das könnte die Indikationsstellung für diese Substanzklasse in Zukunft erweitern. Gleichzeitig wurde bekräftigt, dass sich die Therapieentscheidung nicht allein auf konventionelle Faktoren wie Tumorgröße und Grading stützen sollte, sondern moderne Biomarker-Strategien stärker in die Entscheidungsfindung integriert werden müssen.

Auch wenn bei St. Gallen 2025 noch keine formale Abstimmung zu ADCs im Frühstadium stattfand, zeichnet sich bereits ab, dass diese Substanzen langfristig die klassische Chemotherapie ersetzen könnten. Das Konzept des „trojanischen Pferdes“ – also einer gezielten Wirkstoffabgabe direkt an die Tumorzelle – bietet ein wesentlich günstigeres Verhältnis von Wirksamkeit und Nebenwirkungen im Vergleich zu konventionellen Zytostatika. Aktuell befinden sich mehrere groß angelegte Studien zur frühen Brustkrebsbehandlung in der Pipeline. Bis zur breiten Implementierung werden jedoch noch einige Jahre vergehen, da zunächst robuste Langzeitdaten zur Sicherheit und Wirksamkeit im kurativen Setting erforderlich sind.

Conference Chair Prof. Michael Gnat

Ein wiederkehrendes Thema im Programm waren die kontroversen Diskussionen zur optimalen lokoregionären Behandlung: Wo stehen wir bei der Frage nach brusterhaltender Operation vs. Mastektomie, und wie wird aktuell das Thema axilläre Dissektion vs. Sentinel-Lymphknoten-Biopsie beurteilt? Haben sich aus den diesjährigen St.-Gallen-Empfehlungen neue Impulse für die chirurgische Praxis ergeben?

Die diesjährigen St.-Gallen-Empfehlungen beinhalten insbesondere im Bereich der lokoregionären Therapie einige der deutlichsten Änderungen der letzten Jahre. Diese betreffen sowohl die chirurgische Strategie als auch die Strahlentherapie und sind von erheblicher praktischer Relevanz.

Eine der zentralen Botschaften von St. Gallen 2025 ist die eindeutige Positionierung zugunsten der brusterhaltenden Chirurgie, die durch die aktuelle Evidenzlage bestätigt wird und im Vergleich zur



Mastektomie bessere Überlebensraten zeigt. Dies ist das Ergebnis eines multimodalen Ansatzes, der unter anderem die zunehmende Anwendung neoadjuvanter Therapiekonzepte sowie spezialisierte chirurgische Techniken zur Erhaltung der Brust auch bei multizentrischen Tumoren einschließt.

In Österreich liegt die Rate brusterhaltender Operationen bereits bei rund 80 %. Im Vergleich dazu beträgt sie in Ländern wie China nur 30 %. Das Argument der „Sicherheitsmastektomie“ wurde im Panel kritisch hinterfragt: Die Vorstellung, dass eine Mastektomie eine höhere onkologische Sicherheit bietet, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Dennoch bleibt es eine weit verbreitete Fehleinschätzung – sowohl in der Ärzteschaft als auch bei Patient:innen.

Auch in der axillären Therapie gab es wesentliche Neuerungen, die insbesondere auf den Ergebnissen der INSEMA- und SOUND-Studien basieren. Die kürzlich im New England Journal of Medicine publizierte INSEMA-Studie untersuchte die Möglichkeit, bei einer Subgruppe von Patient:innen mit niedrigem Risiko (T1-Tumoren, Low Grade, hormonrezeptorpositiv, Alter > 50 Jahre) vollständig auf eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie zu verzichten, sofern eine präoperative hochauflösende Axilla-Sonografie unauffällig war. Diese Strategie wurde vom Panel grundsätzlich akzeptiert, jedoch mit einer vorsichtigen Indikationsstellung: Sie soll ausschließlich auf die in der Studie untersuchten Patient:innen beschränkt bleiben, also nicht auf triple-negative Tumoren, jüngere Patient:innen oder größere Tumoren ausgeweitet werden.

In den kommenden Monaten (Stand: April 2025) wird es darum gehen, diese neuen Erkenntnisse in die österreichischen Brustkrebszentren zu integrieren und die praktische Umsetzung zu evaluieren. Eine

zentrale Herausforderung bleibt hierbei die Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger sonografischer Diagnostik, da der prädiktive Wert einer Axilla-Sonografie stark von der Expertise der Untersuchenden abhängt.

Ein weiterer Fokus lag auf innovativen Diagnostik- und Surveillance-Methoden wie Liquid Biopsy, modernen Imaging-Technologien sowie dem Einsatz von künstlicher Intelligenz. Wie schätzen Sie das Potenzial dieser Bereiche ein, um frühzeitige Rezidiverkennung zu verbessern, personalisierte Therapieentscheidungen zu treffen und letztlich die Prognose von Patient:innen mit frühem Brustkrebs zu optimieren?

Die St.-Gallen-Abstimmungen zu innovativen Diagnostik- und Surveillance-Methoden waren, wie in der Vergangenheit, eher konservativ. Besonders deutlich wurde dies in der Diskussion um die Liquid Biopsy, die großes Potenzial birgt, jedoch derzeit noch keine etablierte Rolle in der klinischen Routine außerhalb des metastasierten Settings hat.

Eine der zentralen Fragen lautete: Soll bei einem/einer Patient:in, der/die einige Jahre nach der Erstdiagnose eine nachweisbare zirkulierende Tumor-DNA (ctDNA) in der Liquid Biopsy aufweist, eine therapeutische Intervention erfolgen? Die Antwort war mit deutlicher Mehrheit nein. Diese Zurückhaltung ist wissenschaftlich nachvollziehbar, denn obwohl die Liquid Biopsy in der onkologischen Forschung erhebliche Fortschritte zeigt, fehlt aktuell der klinische Nachweis, dass ein frühzeitiges therapeutisches Eingreifen bei ctDNA-Nachweis tatsächlich das Gesamtüberleben verbessert.

Ein großes Hindernis für den breiten klinischen Einsatz der Liquid Biopsy im Frühstadium sind die derzeit hohen Kosten und methodischen Unsicherheiten. Besonders problematisch ist die Frage, ob ein patientenindividueller „Primer“ für die ctDNA-Analyse aus dem Primärtumor erforderlich ist oder ob ein universeller Panel-Test mit den häufigsten Mutationen ausreicht. Die Kostenunterschiede zwischen diesen beiden Strategien sind hoch, insbesondere wenn man bedenkt, dass solche Tests in einem serienmäßigen Monitoring etwa alle 3–6 Monate eingesetzt werden müssten.

Selbst wenn diese technologischen Hürden überwunden werden, bleibt eine essenzielle wissenschaftliche Herausforderung: Es gibt derzeit keine Evidenz, dass eine frühzeitige Intervention auf Basis von ctDNA-Nachweisen zu einem Überlebensvorteil führt. Bevor wir Liquid Biopsy flächendeckend einsetzen können, benötigen wir prospektive Studien, die zeigen, dass ein präemptives therapeutisches Eingreifen tatsächlich das Outcome verbessert – sei es durch eine Chemotherapie, ein ADC oder eine andere moderne Therapie. Zudem stellt sich eine ethische Frage: Wie kommuniziert man einen positiven ctDNA-Befund, wenn es derzeit keine etablierte therapeutische Konsequenz gibt? Eine:n Patient:in mit der Information zu konfrontieren, dass sich möglicherweise ein Rezidiv entwickelt, ohne ihm/ihr eine klare therapeutische Option anbieten zu können, ist ein erheblicher psychologischer Belastungsfaktor. Daher war die St.-Gallen-Mehrheit vorsichtig: Liquid Biopsy bleibt eine vielversprechende Technologie mit immensem Potenzial, aber ohne gesicherte Evidenz für eine therapeutische Konsequenz kann sie derzeit nicht als Standard für das Rezidivmonitoring empfohlen werden.

Auch der Einsatz von KI wurde intensiv diskutiert, insbesondere im Bereich der Radiologie und der digitalen Pathologie. Während KI heute bereits effektiv in der automatisierten Bildanalyse und in der Strahlentherapieplanung eingesetzt wird, bleibt die Frage, inwieweit sie auch therapeutische Entscheidungen unterstützen kann, noch offen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese neuen

Technologien die Onkologie langfristig verändern werden – der Weg zur breiten klinischen Anwendung erfordert jedoch eine sorgfältige wissenschaftliche Validierung und eine strukturierte Implementierung in den klinischen Alltag.



Konsensus-Panel SGBCC 2025

Stichwort Konsensus-Panel: Können Sie schon abschätzen, welche Änderungen oder Neuerungen sich im Vergleich zu den bisherigen Leitlinien ergeben werden und welche dieser Ergebnisse Ihrer Ansicht nach am stärksten den klinischen Alltag prägen werden?

Das abschließende Konsensus-Panel von St. Gallen 2025 hat einige zentrale Botschaften hervorgebracht, die voraussichtlich wesentlichen Einfluss auf zukünftige Leitlinien und klinische Standards haben werden. Unten ist die Zusammenfassung der wichtigsten Kernpunkte.

Die bereits etablierte Empfehlung zur brusterhaltenden Chirurgie als bevorzugte Strategie wurde nochmals bekräftigt. Die St.-Gallen-Empfehlungen senden ein klares Signal, dass eine routinemäßige Mastektomie ohne onkologische Indikation nicht gerechtfertigt ist. Überdies ist die Möglichkeit der Brusterhaltung auch bei multizentrischen Tumoren oder durch neoadjuvante Therapie zunehmend realisierbar. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, in Ländern mit traditionell hoher Mastektomierate einen Paradigmenwechsel zu fördern.

Ein weiterer essenzieller Punkt betrifft die Axilla-Chirurgie, die sich zunehmend von einem Standardverfahren hin zu einer selektiveren Indikation entwickelt. Die neuesten Daten aus der INSEMA- und SOUND-Studie bestätigen, dass bei Patient:innen mit niedrigem Risiko und negativem präoperativem Ultraschall auf die Sentinel-Lymphknotenbiopsie verzichtet werden kann.

Die Empfehlung zur Hypofraktionierung in der adjuvanten Strahlentherapie ist eine der zentralen Neuerungen der diesjährigen Konsensus-Abstimmungen. Die sechswöchige Radiotherapie ist obsolet – nur noch 3,6 % der Panelteilnehmer:innen sprachen sich für diesen früheren Standard aus. Die neue Empfehlung lautet: maximal 3 Wochen – 70,9 % votierten für eine Hypofraktionierung auf 2,5 Wochen. Ultrahypofraktionierte Bestrahlung (5 Tage) für bestimmte Low-Risk-Patient:innen ist ein Konzept, das zunehmend in der klinischen Praxis Anwendung findet. Die Bedeutung dieser Umstellung ist nicht zu unterschätzen: Neben einer Reduktion der Nebenwirkungen profitieren die Patient:innen auch von einer

kürzeren Behandlungszeit, was die Therapieadhärenz verbessert und logistische Herausforderungen, insbesondere in strukturschwachen Regionen, verringert.

Auch in der systemischen Therapie bestätigt sich der Trend zur weiteren Differenzierung zwischen Eskalation und Deeskalation: Low-Risk-Patient:innen benötigen weniger Chemotherapie, und eine verlängerte endokrine Therapie über 5 Jahre hinaus ist in den meisten Fällen nicht erforderlich. Hochrisiko-Patient:innen (mehrere positive Lymphknoten, High-Grade-Tumoren, hohe Proliferation) profitieren nachweislich von CDK4/6-Inhibitoren, selbst ohne bisher nachgewiesenen Overall-Survival-Benefit. Die Rolle der ADCs wird in den kommenden Jahren weiter evaluiert – langfristig könnten sie die klassische Zytostatika-Therapie ersetzen. Diese Entwicklung führt dazu, dass sich die Therapie zunehmend an biologischen Subgruppen orientiert und weniger an einer klassischen „One-size-fits-all“-Strategie. Ein weiterer Diskussionspunkt betraf die genetische Testung, die künftig voraussichtlich häufiger eingesetzt werden wird – allerdings selektiv: Alle Patient:innen mit triple-negativem Mammakarzinom sollen getestet werden, unabhängig vom Alter. Alle Patient:innen unter 50 Jahren sollen getestet werden, auch bei hormonrezeptor-positiven Tumoren. Eine generelle genetische Testung aller Patient:innen wurde abgelehnt, da der klinische Nutzen nicht ausreichend belegt ist.

Welches Resümee ziehen Sie als Conference Chair aus der Veranstaltung? Sie haben schon viele SGBCCs miterlebt – gab es in diesem Jahr einen Moment, eine Diskussion oder vielleicht sogar eine Kontroverse, die Sie persönlich besonders bewegt oder inspiriert hat?

Die SGBCC 2025 war in vielerlei Hinsicht eine außergewöhnliche Veranstaltung. Ich bin besonders stolz darauf, dass wir den Kongress vor 10 Jahren nach Wien holen konnten, und dieses Jahr konnten wir einen neuen Besucherrekord verzeichnen – mit Teilnehmer:innen aus über 100 Ländern. Wissenschaftlich betrachtet war eine der bemerkenswertesten Entwicklungen dieses Jahres die steigende Erwartungshaltung an den klinischen Nutzen neuer Therapieansätze. Die Anforderungen an Innovationen haben sich spürbar verschärft – kleinere Unterschiede oder minimale Verbesserungen haben es zunehmend schwerer, in die Praxis übernommen zu werden. Diese Entwicklung hat sich bereits in den letzten Jahren abgezeichnet, doch in diesem Jahr wurde sie besonders deutlich. Während frühere Kongresse häufig neue Substanzen oder Therapiekonzepte relativ schnell adaptierten, zeigte sich diesmal ein strengerer wissenschaftlicher Maßstab: Wie relevant ist eine Innovation tatsächlich für die Patient:innen? Die Diskussionen verdeutlichten, dass klinisch bedeutsame Verbesserungen über bloße statistische Signifikanz hinausgehen müssen.

Auf emotionaler Ebene war für mich der Festabend einer der bewegendsten Momente der Konferenz. In diesem Jahr haben wir uns bewusst dafür entschieden, nicht das klassische Wiener Kulturprogramm in den Mittelpunkt zu stellen, sondern die Patient:innen selbst. Dank der Unterstützung der Österreichischen Krebshilfe – insbesondere durch Paul Sevelda und Doris Kiefhaber – konnten wir 3 Patientinnen auf die Bühne holen, die den rund 300 internationalen Teilnehmer:innen ihre persönlichen Geschichten erzählt haben.

Die SGBCC 2025 hat sowohl wissenschaftlich als auch menschlich Akzente gesetzt. Wissenschaftlich zeichnet sich eine noch stärkere Evidenzorientierung ab, mit einem klaren Fokus darauf, welche Innovationen tatsächlich eine klinische Relevanz haben. Gleichzeitig hat der Kongress verdeutlicht, dass moderne Onkologie weit mehr als nur wissenschaftliche Exzellenz ist – sie lebt von der Verbindung zwischen Forschung, ärztlicher Expertise und der realen Lebenswelt der Patient:innen. Die

Herausforderung für die kommenden Jahre wird sein, diesen Balanceakt weiterzuführen:
wissenschaftlichen Fortschritt mit hohen methodischen Ansprüchen voranzutreiben, dabei aber nie aus dem Blick zu verlieren, dass die Patient:innen im Zentrum aller Entscheidungen stehen.

Vielen Dank für das Gespräch!

