

Newsletter PATH

Ausgabe 8, 2015

Bitte spenden Sie!

Die PATH-Arbeit nimmt an Umfang zu.
Helfen Sie uns mit Ihrer Spende,
die gute Arbeit fortzusetzen.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe PATH-Frauen,

wie schon in den letzten Jahren haben wir für Sie in diesem Newsletter Neuigkeiten aus der Krebsforschung, aus Studien und von Krebskongressen zusammengetragen. Wir haben zugehört, mitgeschrieben, nachgelesen. Wir möchten Ihnen aber auch Themen nahebringen, die nur am Rande mit Brustkrebs zu tun haben. Es sind Sachverhalte, mit denen Sie sich vielleicht schon befasst haben, z. B. Kaffee. Hat Sie die Nachrichten über die angebliche Schädlichkeit des leckeren braunen Getränks verunsichert? Sollen wir auf Filterkaffee oder Cappuccino verzichten? Lassen Sie sich nicht verrückt machen: Kaffee ist – in Maßen – durchaus gesund.

Haben Sie an trüben Wintertagen schon mal über Ihren Vitamin-D-Spiegel nachgedacht? Reicht der aus, wenn sich die Sonne lange nicht zeigt? Müssen wir dieses Vitamin in Tablettenform einnehmen? Sicher kann Ihnen der entsprechende Artikel darüber Aufschluss geben – vielleicht an einem dunklen Herbstabend.

Sterbehilfe war und ist ein Thema, das die Medien umtreibt. Menschen, die an Krebs erkrankt sind, sind noch einmal anders davon bewegt. Im Juni sind im Bundestag verschiedene Gesetzentwürfe beraten worden, in erster Lesung. Ihre ganz persönliche zweite Lesung können Sie in diesem Heft machen. Auf einer Pressekonferenz der medizinischen Fachgesellschaft der Onkologen habe ich viel Neues zur sogenannten Sterbehilfe erfahren. Jenseits der Skandalisierung des Themas gibt es überwiegend Beruhigendes zu berichten. So muss niemand fürchten, wehrlos an Schläuchen zu hängen, wenn das Leben de facto schon vorbei ist. Die Onkologen plädieren für eine Versachlichung dieses Themas. Dabei fällt mir ein: Haben Sie eigentlich eine Patientenverfügung, eine Versorgungsvollmacht?

Sie halten heute den 8. Newsletter der Stiftung PATH in den Händen. Und achtmal schon durfte ich die „Chefredakteurin“ sein. Ich mache diese Arbeit gern. Sie hilft, die Gedanken zu ordnen. Im Laufe eines Jahres haben wir viel zum Thema Krebs gehört, gelesen, gesehen. Da ist es gut, wenn man ein Fazit daraus ziehen kann und das besonders Wichtige für die Leserinnen (und Leser) zusammenträgt.

Und doch denke ich jedes Mal: Interessiert das die PATH-Frauen überhaupt? Sind wir verständlich genug? Haben wir die richtigen

Themen ausgesucht? Gibt es auch Männer, die den PATH-Newsletter lesen – solche, die selbst erkrankt sind und ihr Tumorgewebe bei uns eingelagert haben? Was ist mit den Partnern von Frauen mit Brustkrebs? Blättern sie auch mal durchs Heft oder ist das für sie „Frauen-Kram“?

Wir wüssten gern mehr über Ihre Sicht als Leserin. In all den Jahren hat es nur vereinzelte Rückmeldungen aus dem Kreis der PATH-Frauen gegeben. Wir können das an einer Hand abzählen, meist positiv, nur einmal negativ. Leserkritik ist uns wichtig, damit wir nicht an der Zielgruppe PATH-Frauen vorbeischieben. Meine Bitte: Schreiben Sie mir, wenn Ihnen der Newsletter gefällt. Sagen Sie uns Ihre Kritik. Wir freuen uns über Rückmeldungen. Was machen wir gut, was könnten wir verbessern? ohlms@stiftungpath.org

Im Magazin des Bundesverbands Deutscher Stiftungen (PATH ist dort Mitglied) fand ich eine interessante Idee: Gründen Sie doch einen Freundeskreis für Ihre Stiftung! – hieß es da. Es soll kein Verein mit Satzung und Mitgliedsbeiträgen entstehen, sondern ein lockerer Zusammenschluss von PATH-Frauen. Online geht das am besten. Wäre das auch etwas für Sie? Wer Interesse hat, schickt uns einfach eine Mitmach-Mail an info@stiftungpath.org mit dem Stichwort „Freundeskreis“. Ich bin gespannt, was daraus wird.

Mit herzlichen Grüßen

Ihre Ulla Ohlms, Vorsitzende der Stiftung PATH





Inhaltsverzeichnis

Editorial. Neues von PATH.	1
Modernisierung in der Chemotherapie: Oralisierung und Stratifizierung	3
Nur noch Besuch bei Dr. med. Google?	5
Aktuelle Empfehlungen zur Behandlung von Brustkrebs	6
Vom Verschwinden der Frauen auf der ärztlichen Karriereleiter	8
Auch Biobanken müssen ethischen Grundsätzen genügen!	10
„Diagnose triple-negativer Brustkrebs“, Interview mit PD Dr. Cornelia Liedtke	11
Kaffee – gesund oder schädlich?	13
Unser Follow-up: Es geht in die dritte Runde!	14
Vorstellung Dr. Katharina Dennemarck	14
Keine Angst vor Biopharmazeutika – sie sind ein Segen für die Patienten	15
Was Sie über Vitamin D wissen sollten	16
„PRAEGNANT-Forschungsnetzwerk“, Interview mit Prof. Dr. Peter A. Fasching	18
Mammografie-Screening hilft!	20
„Antihormonelle Therapie“, Interview mit Prof. Dr. Christian Jackisch	21
Wenn Tamoxifen versagt	22
Sterbehilfe. Lasst uns sachlich bleiben!	24
Bericht vom Senologie-Kongress 2015	26
Vielen Dank, liebe PATH-Frauen!	27
Impressum	27

Dieser Newsletter ist entstanden mit freundlicher Unterstützung von  **NOVARTIS** und  **UNTERWEGER**
ONCOLOGY HEALTHCARE COMMUNICATION

PATH ist eine gemeinnützige Stiftung, die sich über private Spender und Spenden aus der Industrie finanziert.

Wir danken insbesondere: Roche Pharma AG, Grenzach
Amgen GmbH, München
Familie Heinemann-Raffelsiefen, Köln

Außerdem danken wir ganz herzlich den vielen PATH-Frauen, die uns mit Spenden bedacht haben. Durch sie sind über 19.000 Euro zusammengekommen.

Modernisierung in der Chemotherapie: Oralisierung und Stratifizierung



Es tut sich was in der Krebsbehandlung. Immer genauer werden die Gruppen von Krebspatienten definiert, auf die ganz bestimmte Medikamente gut passen. Auch zu den intravenösen Chemotherapien (am Tropf) gibt es inzwischen Alternativen. Ist das immer gut und richtig für die Patienten?

In Deutschland liegt die Versorgung krebserkrankter Menschen mit Chemotherapien und anderen systemischen Therapien in den Händen der Hämatonkologen. Sie arbeiten sowohl in den Kliniken als auch in Schwerpunktpraxen. Die Hälfte der Krebskranken wird bei den niedergelassenen Ärzten versorgt, die andere Hälfte wird in den Kliniken behandelt. In den Schwerpunktpraxen der niedergelassenen Onkologen werden jährlich zwischen 400.000 und 500.000 Patienten behandelt. Das wissenschaftliche Institut WINHO begleitet die Arbeit in den Praxen. Im Februar 2015 wurde in Berlin das 10-jährige Bestehen dieses Instituts mit einem wissenschaftlichen Symposium gefeiert. Hier ein paar interessante Informationen aus den Vorträgen. Qualitätsförderung und Qualitätsvergleiche sind oberstes Ziel des WINHO.

Alles in Ordnung bei der Versorgung von Krebspatienten?

Die ambulante Versorgung krebserkrankter Menschen wächst stetig. Rund 1,3 Mio. Euro werden jährlich in den Praxen allein für Medikamente verbraucht. Es fällt auf, dass die Versorgung von Krebskranken mit Migrationshintergrund Lücken aufweist. Welche Hürden sind es, die zur Unterversorgung dieser Personengruppe führen? Sprachbarrieren? Kulturelle Unterschiede? Unsichtbare Barrieren im Gesundheitssystem?

Eine weitere Frage lautet: Gibt es vielleicht eine Überversorgung am Lebensende? Darauf deutet manches hin. Dies hat mit den Fortschritten in der Onkologie zu tun: Sie ermöglichen ein längeres Leben. Aber dafür müssen die Menschen mehr Medikamente einnehmen. Antworten werden aus den Krebsregistern erwartet.

Aus dem längeren Überleben ergeben sich neue Herausforderungen. Die langfristige Begleitung von Krebspatienten rückt stärker in den Fokus. In den USA ist dieser Aspekt schon länger Bestandteil der onkologischen Versorgung. „Survivor Care“ nennt man dort die Sorge für Menschen, die lange mit ihrer Krebserkrankung leben. Hier hat Deutschland einiges nachzuholen. Bisher gilt der Krebskranke nach der Behandlung als geheilt – erst recht fünf Jahre später. Nicht selten ist das ein Trugschluss. Den „geheilten“ Krebspatienten wird hierzulande aber zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Späte Rückfälle, Zweitumore und langfristige Nebenwirkungen werden kaum beachtet und begleitet.

Chemotherapie durch Tabletten – ist das immer gut?

„Oralisierung“ ist ein weiteres Stichwort der aktuellen onkologischen Versorgung. Immer mehr zytostatische Medikamente (= Chemotherapie) müssen nicht mehr intravenös verabreicht werden – es gibt inzwischen Tabletten, die den gleichen Zweck

erfüllen. Auch die subkutane Injektion bestimmter Krebsmedikamente macht aus einem vierzehntägigen mehrstündigen Aufenthalt in der onkologischen Praxis einen Kurzbesuch mit schnellem Pikser. Der Arzt muss deutlich seltener aufgesucht werden.

Ebenfalls zu den Neuerungen in der Krebsbehandlung gehört, dass Antikörpertherapien nicht mehr nur per Infusion verabreicht werden können: Inzwischen kann das Medikament auch subkutan (unter die Haut) gespritzt werden. Es hält länger, hat die gleiche Wirkung, aber ein stundenlanges Anschluss an die Infusion ist nicht mehr nötig.

All diese Neuerungen sind aus Sicht der Patienten zu begrüßen. Sie verkürzen die Arztbesuche, beenden das deprimierende „Ander-Infusion-Hängen“ und machen es leichter, Berufsleben und Chemotherapie miteinander zu verbinden. Aber es gibt auch Schattenseiten. Wird die Tabletteneinnahme zu Hause auch ehrlich durchgeführt? Studien zeigen, dass die Therapietreue deutlich nachlässt. Tabletten werden weggelassen, die Dosis wird eigenmächtig reduziert oder halbiert. Ein Erfolg der Therapie ist gefährdet, das rückfallfreie Überleben nicht mehr gesichert. Dass die Therapietreue bei oraler Medikation problematisch ist, weiß man auch von anderen Krankheiten wie Diabetes und HIV.

Die Rolle der Kranken verändert sich

Und noch etwas: Wurden sie nach der Klinik in der ambulanten Praxis betreut, sind sie nun mit Krankheit und Therapie allein zu Hause. Die Kontrolle der Nebenwirkungen ist gerade bei der onkologischen Therapie sehr wichtig. Sie wird jedoch erschwert, wenn sich der Patient nur alle vier Wochen ein neues Tablettenrezept abholt. Persönliche Bindungen an Ärzte und onkologische Pflegekräfte gehen verloren, manche Patienten vereinsamen. Die Rolle des Krebskranken verändert sich. Nicht wenige fühlen sich isoliert, wenn auch noch die Stunden in der onkologischen Praxis wegfallen.

Es müssen neue Formen des Arzt-Patienten-Verhältnisses gefunden werden. Intensive regelmäßige Gespräche sind nötig, aber sie müssen auch entsprechend vergütet werden. Der Arzt muss mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprechen, ob im jeweiligen Fall die orale Einnahme/die subkutane Applikation besser ist als die Infusion. Das ist gewiss bei jungen, berufstätigen und gut organisierten Patienten der Fall. Aber auch hier braucht es eine im regelmäßigen Arztgespräch erfolgte Kontrolle der Nebenwirkungen. Für andere Patienten, die älter sind und die es aus verschiedenen Gründen mit der Therapietreue nicht so genau nehmen, empfiehlt sich auch weiterhin der regelmäßige Gang zur Infusion. Die Infusion gibt die Möglichkeit, den Kranken besser zu begleiten.

Leider empfinden manche Menschen orale Chemotherapie als Medikament „light“. Das kann sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten der Fall sein. Das ist Unsinn, weil die Mittel ja in klinischen Studien erprobt wurden und die gleiche Wirkung haben müssen.

Orale onkologische Medikamente machen neue Strukturen erforderlich, damit der Patient nicht nur alle drei Monate sein Rezept abholt und mit der Krankheit und möglichen Therapiefolgen allein bleibt. Neue Wahlmöglichkeiten bei gleichwertigen Therapieoptionen erfordern viel ärztliche Beratung. Solche Gespräche müssen honoriert werden.

Krebs und psychische Verfassung

Die Auswirkungen einer Krebserkrankung auf die Psyche und das Wohlbefinden der Menschen sind so unterschiedlich wie die Menschen selbst. So berichtet eine Psychoonkologin, dass zwei Männer auf eine Kehlkopfentfernung aufgrund von Krebs völlig gegensätzlich reagierten: Der eine hatte unüberhörbare Selbstmordgedanken, der andere war zufrieden und sprach von „... noch mal Glück gehabt“.

Psychoonkologische Hilfe ist vor allem dort erforderlich, wo beim Patienten bereits entsprechende Vorbelastungen bestehen. Angsterkrankungen und Depressionen sind sehr typische Begleitkrankheiten (Komorbiditäten), die oft vorher schon vorlagen und nun noch deutlicher zutage treten. Jetzt gibt es ja einen „Grund“. Diese Komorbiditäten haben auch indirekte Folgen. Patienten mit nicht behandelten Depressionen werden eher frühverrentet. Sie sind dreimal häufiger nicht therapietreu. Ihre Überlebenszeiten sind schlechter.

Einen schwachen Hinweis gibt es darauf, dass Depressivität auch mit bestimmten Krebsarten einhergeht. Zu solchen stärker angstbesetzten Krebserkrankungen gehören Lungenkrebs und Kopf-Hals-Tumoren. Das ist verständlich, weil die Prognose dieser Krankheiten eher schlecht ist. Auch wenn ein Krebs fortschreitet, also metastasiert und damit nicht mehr heilbar ist, steigt die Anfälligkeit für Angst und Depressionen.

Brustkrebspatientinnen mit psychischen Komorbiditäten kommen besser zurecht, wenn sie sich von ihrem Arzt unterstützt fühlen. Das alles spricht für eine psychoonkologische Versorgung – sicher längst nicht für jeden Patienten, aber für alle, die Unterstützung und Hilfe brauchen.

Die Zielgruppen werden präziser bestimmt: Stratifizierung

In der molekularen Diagnostik nimmt der wissenschaftliche Fortschritt rapide zu. Die Gene von Tumoren werden sequenziert, und immer öfter fallen spezielle Mutationen auf, die den Krebs ausgelöst, verursacht haben. Die molekulare Biologie ist vor allem beim Lungenkrebs mit bahnbrechenden Erkenntnissen aufgefallen. Einige Genmutationen sind erkannt, und es gibt bereits Medikamente dafür.

Auch wenn – um beim Beispiel des Lungenkrebses zu bleiben – die Prognose und damit die Lebenserwartung immer noch eher bescheiden ausfällt, so können doch mit den neuen zielgerichteten Medikamenten viele Patienten deutlich länger überleben. Die sogenannte „personalisierte“ Medizin kommt in Schwung. Nicht ein Medikament wird mit meist dürftigem Erfolg bei allen eingesetzt, sondern das zur gefundenen Genmutation passende Mittel wird zielgerichtet den Patienten aus genau dieser Gruppe gegeben. Die Aufteilung der Patienten nach der gemeinsamen Tumorbiologie nennt man Stratifizierung.

Es wird noch dauern, bis alle Genveränderungen gefunden und entschlüsselt sind. Auch müssen die entsprechenden Tests und die darauf zugeschnittenen Medikamente entwickelt werden. Aber die Anfänge sind vielversprechend. Und weil die Molekularbiologie und die Onkologie so innovativ sind, steigen die Kosten deutlich an.

Ulla Ohlms, Stiftung PATH



Nur noch Besuch bei Dr. med. Google?



In der Ärztezeitung online (02.06.2015) konnte ich vor kurzem lesen, dass Patienten immer öfter auf den Arztbesuch verzichten und sich im Internet über ihre Symptome und über akute Beschwerden informieren. Vor allem Frauen nutzen Google und andere Suchmaschinen für ihre medizinische Recherche.

Aber Vorsicht ist geboten – das Internet kann den Besuch beim Arzt nicht ersetzen. Davor warnt die Siemens Betriebskrankenkasse, die eine entsprechende Umfrage in Auftrag gegeben hatte.

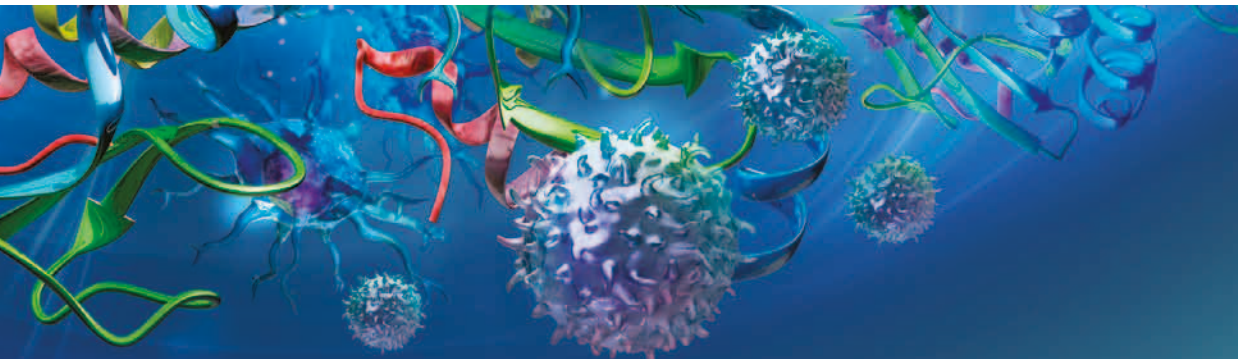
Das Internet kann durchaus hilfreich sein, um mögliche Fragen an den Arzt vorzubereiten. Sich vorher bewusst zu machen, was mit dem Arzt besprochen werden soll, ist für beide Seiten, Arzt wie Patient, hilfreich und spart Zeit. Wie man sich gut auf das Arztgespräch vorbereitet, kann beispielsweise unter www.ichbeimarzt.de abgefragt werden. Auf dieser Website werden die fünf wichtigsten Punkte zur Vorbereitung und Durchführung eines Gesprächs mit dem behandelnden Arzt vorgestellt.

1. Fragen vorher notieren → so bekomme ich Antworten auf meine Fragen
2. Alles sagen → so fühle ich mich ernst genommen
3. Nachfragen → so bin ich sicher, dass ich alles verstanden habe
4. Wichtiges notieren → so weiß ich, was ich machen kann
5. Alles klar? → so weiß ich, wie es jetzt weitergeht

Diese Initiative, die inzwischen von zahlreichen Partnern aus Patientenorganisationen, Pflege und Firmen unterstützt wird, hat eine Plattform entwickelt, die allen Patienten in Deutschland zur Verfügung steht. Mit kleinen Videoeinspielungen wird unter anderem gezeigt, wie wichtig auch die Rolle des Patienten im Gespräch mit dem Arzt ist. Das nächste Projekt der Arbeitsgruppe wird „Ich im Krankenhaus“ sein und Patienten die wichtigsten Schritte bei einem Klinikaufenthalt vermitteln.

Doris C. Schmitt, Stiftung PATH

Anzeige



**MSD ENGAGIERT SICH
IM KAMPF GEGEN KREBS.
IM MITTELPUNKT STEHT DIE
ROLLE DES IMMUNSYSTEMS.**



BESUCHEN SIE UNS AUF
WWW.MSD.DE



MSD Oncology

Copyright © 2015
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar
www.msd.de
Alle Rechte vorbehalten.
ONCO-1162994-0000 09/15



Die 14. „St. Gallen Konferenz“ aus Sicht deutscher Brustkrebs-Experten:

Alle zwei Jahre findet die internationale St. Gallen Konsensuskonferenz statt – dieses Jahr, anders als der Name vermuten lässt, nicht im schweizerischen Ort St. Gallen, sondern in Wien. Experten aus verschiedenen Ländern kommen zusammen, um über die Behandlung von Brustkrebs zu beraten. Dabei geht es um die Versorgung von Frauen, bei denen Brustkrebs zum ersten Mal auftritt. In der medizinischen Fachsprache wird das „primärer oder früher Brustkrebs“ genannt. Zum Abschluss der Konferenz geben 49 internationale Experten ihre Empfehlungen für die Behandlung des frühen Brustkrebses ab. Über die Empfehlung wird abgestimmt. Unter den Brustkrebs-Experten sind auch drei deutsche Vertreter.

Das Abstimmungsergebnis und die daraus abgeleiteten Therapie- und Versorgungsempfehlungen sind weltweit die Grundlage für die Behandlung von Frauen mit frühem Brustkrebs. Da die Rahmenbedingungen z.B. in den Gesundheitssystemen der unterschiedlichen Länder verschieden sind, müssen die Empfehlungen der St. Gallen Konferenz jeweils an die Begebenheiten der einzelnen Länder angeglichen werden.

Doris C. Schmitt vom Vorstand der Stiftung PATH hat aus dem Konferenzbericht einer deutschen Arbeitsgruppe einige Empfehlungen ausgewählt, die für die PATH-Frauen interessant sein könnten. 14 Brustkrebs-Experten haben den zugrunde liegenden Bericht gemeinsam verfasst, darunter auch die drei deutschen Experten, die bei der St. Gallen Konferenz sind und die Empfehlungen mit abstimmen. (Der gesamte Text der deutschen Experten ist zu finden unter: Untch et al., „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ Ausgabe 3, 2015; https://www.thieme-connect.de/media/gebfra/201506/supmat/10-1055-s-0035-1546120-sup_gf931.pdf)

Antihormonelle Therapie bei Frauen nach den Wechseljahren

Eine Behandlung mit dem Medikament Tamoxifen ist nach wie vor eine adäquate Therapie für Patientinnen mit einem hormonsensiblen Brustkrebs. Bei einer Brustkrebserkrankung mit erhöhtem Risiko (z.B. vier und mehr befallene Lymphknoten, bestimmte Werte, die der Pathologe nach der Operation ermittelt, wie ein Grading von G3 und ein hoher Ki-67-Wert oder ein HER2-neu-positiver Tumor) sollte jedoch von Anfang an ein Medikament aus der Gruppe der Aromatasehemmer eingesetzt werden. Bei schlechter Verträglichkeit kann nach zwei Jahren auf Tamoxifen umgestellt werden. Ergebnisse aus Studiendaten zeigen auch, dass bei einem Brustkrebs, der als lobuläres Mammakarzinom eingestuft wird, empfohlen wird, von Beginn an einen Aromatasehemmer zu geben.

Antihormonelle Therapie länger als fünf Jahre

Bei erhöhtem Risiko für einen Rückfall ist die endokrine (antihormonelle) Behandlung über insgesamt zehn Jahre eine wichtige

Option. Dies gilt sowohl für Frauen vor als auch nach den Wechseljahren und nach einer Tamoxifen-Gabe oder der Kombination Tamoxifen und Aromataseinhibitor. Bei einer Therapie, die länger als fünf Jahre gegeben wird, sollten immer Risiko und Nutzen sorgfältig abgewogen werden. Dies geschieht am besten in einem ausführlichen Gespräch zwischen der Patientin und dem behandelnden Arzt. (Anmerkung der Redaktion: ein ausführliches Interview zum Thema „antihormonelle Therapie länger als zehn Jahre“ mit Prof. Christian Jackisch ist in diesem Newsletter zu finden.)

Generell sollte bei Nebenwirkungen unter der endokrinen Behandlung ein früher Wechsel auf ein anderes der verfügbaren Arzneimittel erfolgen, um einen Therapieabbruch zu vermeiden.

Einsatz von Bisphosphonaten und Denosumab

Die Experten der St. Gallen Konferenz und auch die deutsche Arbeitsgruppe sind sich einig, dass Frauen zusätzlich zur antihormonellen Therapie ein Medikament aus der Wirkstoffgruppe der Bisphosphonate erhalten können. Zur Verfügung stehen hier die Wirkstoffe Zoledronsäure als Infusion alle sechs Monate oder die Gabe des Mittels Clodronat täglich als Tablette. Diese Behandlung für Patientinnen nach den Wechseljahren kann eine Option sein, um das krankheitsfreie Überleben zu verlängern.

Für Frauen vor den Wechseljahren gibt es keine Empfehlung – auch unabhängig davon, welche antihormonelle Therapie sie erhalten. Lediglich bei Patientinnen, die zusätzlich zu Tamoxifen auch ein sogenanntes GnRH-Analogon verabreicht bekommen, geben die Brustkrebs-Experten aus Deutschland an, dass im Einzelfall die Behandlung mit Bisphosphonaten abgewogen werden kann. Darauf deuten die Ergebnisse einer österreichischen Studie hin. Auch bei der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung mit Bisphosphonaten sollten immer Risiko und Nutzen individuell abgewogen und zwischen Arzt und Patientin besprochen werden.

Neben den Bisphosphonaten ist in den letzten Jahren ein weiteres Medikament entwickelt worden, das seine Wirkung im Stoffwechsel der Knochen entfaltet. Für diesen Wirkstoff, genannt Denosumab, und seinen Einsatz nach einer Brustkrebserkrankung gibt es bisher keine Empfehlung. Es müssen noch die Daten aus den entsprechenden Studien abgewartet werden.

Unterschiedliches Alter = unterschiedliche Behandlung?

Alle Experten stimmen darin überein, dass die Standardtherapien nach der Operation mit den verschiedenen zur Verfügung stehenden Medikamenten unabhängig vom Alter der Patientin – also für jedes Alter gleich – eingesetzt werden können. Allerdings dürfen keine wesentlichen Zusatzerkrankungen vorliegen. Somit orientiert sich die Therapieentscheidung nicht am tatsächlichen Alter der Patientin, sondern vorrangig an ihrem tatsächlichen Gesundheitsstatus, auch biologisches Alter genannt.

Das Alter der Frauen mit Brustkrebs hat also keinen Einfluss auf die Therapieentscheidung. Anders ist es bei der Beratung von an



Doris C. Schmitt auf einer Patientenveranstaltung

Brustkrebs erkrankten Frauen im Zusammenhang mit der familiären Brustkrebs-Erblichkeit. Bei Patientinnen, die jünger als 40 Jahre sind und an einem triple-negativen Brustkrebs erkrankt sind (keine Hormon- und keine HER2-Rezeptoren auf den Krebszellen), sollte eine humangenetische Beratung und eine Testung auf die Risiko-Erbinformationen, genannt BRCA 1 und 2, durchgeführt werden. Auch für Patientinnen bis zu einem Alter von 60 Jahren und einem triple-negativen Brustkrebs, bei denen weitere Familienmitglieder ebenfalls Brustkrebs hatten, empfehlen die Experten die Beratung und Testung. Ist eine Patientin jünger als 35 Jahre und hat an Brustkrebs erkrankte Verwandte, sollte sie sich in jedem Fall beraten und testen lassen.

Brustkrebs und Schwangerschaft

Frauen aller Altersgruppen können an Brustkrebs erkranken. In seltenen Fällen wird die Erkrankung während einer Schwangerschaft festgestellt. Die Meinung aller Experten ist es, trotzdem keine vorzeitige Einleitung der Geburt durchzuführen. Die bestehende Schwangerschaft ist auch kein Hindernis für eine Operation und Entfernung des Tumors. Bestimmte Verfahren während der Operation, die eine Beurteilung ermöglichen, ob die Lymphknoten vom Tumor mitbefallen sind, und auch die Lymphknotenentfernung selbst sind ebenfalls möglich. Anders ist es mit der Gabe von antihormoneller Therapie. Ist der Tumor Hormonrezeptor-positiv, sollte die endokrine Behandlung erst nach der Geburt erfolgen. Die deutschen Experten konnten dem Votum für einen

sofortigen Wiederaufbau der Brust in diesen Fällen nach einer Mastektomie (Entfernung der Brust) nicht zustimmen, da sie wegen der längeren Operationsdauer ein erhöhtes Komplikationsrisiko für Mutter und Kind sehen.

Besteht bei einer Frau nach einer Brustkrebserkrankung der Wunsch nach einem Kind, kann die antihormonelle Behandlung, z. B. mit Tamoxifen oder mit Aromataseinhibitoren, unterbrochen werden. Die deutschen Experten betonen, dass dies frühestens 18 Monate nach Therapiebeginn erfolgen sollte, da der Behandlungserfolg abhängig von der anfänglichen Therapiedauer ist. Dies sollte die Patientin wissen, um aufgrund ihrer Lebenssituation und ihres Alters richtig entscheiden zu können.

Ernährung und körperliche Aktivität

Einigkeit besteht, dass Brustkrebspatientinnen sich ausgewogen ernähren sollten, jedoch keiner speziellen Diät Empfehlung folgen müssen. Es gibt keine Krebsdiät. Eine gesunde und ausgewogene Ernährung ist für die Gesamtbefindlichkeit und die Gesundheit grundsätzlich sinnvoll. Studien belegen, dass regelmäßige Bewegung und moderater Sport sowie die Vermeidung von deutlichem Übergewicht das krankheitsfreie Überleben und Gesamtüberleben deutlich verbessern.

Doris C. Schmitt, Stiftung PATH

Vom Verschwinden der Frauen auf der ärztlichen Karriereleiter

Aus dem Arztberuf sind Frauen nicht mehr wegzudenken. Aber auf den Führungspositionen in den Krankenhäusern wird die Luft dünner für Frauen. Woran liegt es und was kann man dagegen tun?

Wir kennen sie gut und möchten sie auf keinen Fall missen: die nette, junge Ärztin, die uns im Krankenhaus versorgt und manchmal auch etwas mehr Zeit für das nicht immer leichte Gespräch mit uns onkologischen Patienten aufbringt. Wir kennen auch die flotte Oberärztin, deren Kompetenz wir schätzen, der man den Stress aber auch schon anmerkt. Was wir aber kaum kennen, ist die Chefärztin, die eine Klinik leitet, Personalverantwortung trägt und noch ein Ohr für die Patientinnen hat. Frauen im Medizinbetrieb kommen auf Chefarztstellen und anderen Führungspositionen so gut wie nicht vor.

Dabei sind es weit mehr junge Frauen als Männer, die das Studium der Medizin aufnehmen. Im Wintersemester 2014/15 waren unter den Studienanfängern der Humanmedizin 62 Prozent Frauen. Im Prüfungsjahr 2013 waren 60 Prozent der Studienabsolventen der Humanmedizin weiblich. Unter den Medizinprofessoren finden sich Frauen aber nur zu 6 Prozent. Wie kommt es zum Verschwinden der Frauen im Medizinbetrieb?

Diesem Sachverhalt widmete sich die DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie) auf einer Pressekonferenz am 8. März 2015 in Berlin. Als Termin hatte man den Weltfrauentag gewählt. „Im Bereich der Hämatologie und der Medizinischen Onkologie bekleidet derzeit keine einzige Ordinaria (Universitätsprofessorin) einen Lehrstuhl“, kritisiert Prof. Dr. Diana Lüftner. „In der Hämatologie und Onkologie arbeiten mehr Frauen in den Positionen der Assistenz-, Fach- und Oberärztin. Bei der Position der Chefärztin bzw. des Chefarztes kehrt sich dieses Verhältnis dramatisch um“, so die Vorsitzende der DGHO.

Auch in der Gynäkologie zeigt sich das gleiche Problem, berichtet Prof. Dr. Tanja Fehm aus Düsseldorf. Der Frauenanteil unter den Gynäkologen in der Facharztausbildung ist hoch, bei den Oberarztstellen wird es schon zunehmend dünner. Hier wird die größte Hürde darin gesehen, dass es ein Fach mit vielen Operationen ist. Nachdenklich macht die beobachtende Patientin allerdings, dass auch in den Sparten Onkologie und Pathologie, wo erkennbar kein Skalpell zum Einsatz kommt, die Zahlen nicht viel besser sind. In der inneren Medizin beträgt der Frauenanteil an den Professuren sogar nur 3,6 Prozent.

Wachsender Bedarf in der Krebsmedizin. Warum kommen Ärztinnen selten in die Top-Positionen?

Was die ärztliche Versorgung angeht, verheißt der Blick in die Zukunft nichts Gutes: Aufgrund des demografischen Wandels ist laut DGHO von 2008 bis 2020 mit einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um 18 Prozent bei den Männern und um 9 Prozent bei den Frauen zu rechnen. „Der Bedarf an Krebsfachärzten steigt, zumal in den nächsten Jahren auch etwa ein Viertel der derzeit tätigen Hämatologen und Onkologen in den Ruhestand gehen wird“, konstatiert Prof. Diana Lüftner. „Insbesondere müssen wir fachlich hochqualifizierte Ärztinnen endlich auch für Führungspositionen in Universitätskliniken und Krankenhäusern gewinnen.“

Ursachenanalyse und Optimierungsstrategien sind gefragt. Und schnell sind wir bei der alten Frage, wie sich Familienarbeit und Berufstätigkeit im Arztberuf miteinander vereinbaren lassen. Offensichtlich schaffen Männer den Spagat deutlich besser. Wir können sicher annehmen, dass sie zu Hause spürbarer entlastet werden. Von den Krankenhausärzten sind 87 Prozent Väter, aber nur 67 Prozent ihrer weiblichen Kolleginnen haben Kinder. Das scheint die zentrale Hürde in der Karriere von Ärztinnen zu sein. Klinikdienste und Elternschaft lassen sich eben nicht problemlos miteinander kombinieren. Nacht- und Wochenenddienste sind familienfeindlich und viele Arztbesprechungen finden oft erst ab 17 Uhr statt.

Auch die sehr lange Ausbildungszeit bis zur Facharztprüfung spielt eine Rolle. Nach dem langen Studium und dem Praktischen Jahr muss im Anschluss an die Approbation noch eine Facharztzeit von sechs Jahren durchlaufen werden. Da ist die Ärztin schon 30 oder älter. Will sie die Facharztausbildung wegen Kinderversorgung in Teilzeit absolvieren, kommen noch mal sechs Jahre drauf.

Wie lassen sich Frauen im Arztberuf halten?

Die medizinischen Fachgesellschaften – allen voran die DGHO – überlegen inzwischen, wie sie Frauen im Arztberuf halten können. Der Ärztemangel lässt ohnehin keine andere Wahl. Wenn die Geburt von Kind/Kindern und der Wunsch nach Teilzeitarbeit die Sollbruchstellen in der Karriere von Medizinerinnen sind, dann muss hier angesetzt werden. Auch die Bundesärztekammer hat 2010 eine entsprechende Broschüre mit dem Titel „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ herausgegeben.



Und so gibt es allerlei Maßnahmen, mit denen Mütter im Beruf gehalten werden sollen: bessere Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeiten und Kinder-Notfallbetreuung, wenn die Dienste nicht mit den Kita-Zeiten kompatibel sind. Im „Heidelberger Modell“ wird schon in der Schwangerschaft nach Wegen der Wiedereingliederung gesucht. Damit junge Ärztinnen nicht in die Pharmaindustrie oder zum Medizinischen Dienst abwandern, steigt die Familienfreundlichkeit in den Institutionen.

Was läuft in anderen Ländern?

In allen entwickelten Industrieländern ist das Problem spürbar. In den USA wird Frauenförderung deutlich aggressiver betrieben. Es gibt extra Stellen für Frauen mit Kindern, und die fördernden Institutionen haben auch ein Budget zur Verfügung. Skandinavien scheint beispielgebend zu sein. In Schweden etwa findet keine Besprechung von Krankenhausärzten nach 16 Uhr statt, und auch sonst wird auf die Familie Rücksicht genommen.

Dass es aber auch Nachteile bei den familienfreundlichen Arbeitszeiten gibt, darauf brachte mich der Chef einer großen Frauenklinik. Sowohl in Skandinavien als auch in Großbritannien scheint das der Fall zu sein. Hier bleibt die schnelle Versorgung oft auf der Strecke. Werden in deutschen Brustzentren z. B. die Ergebnisse von Stanzbiopsien aus den Pathologien umgehend, oft innerhalb von 24 Stunden, geliefert, warten Patienten in den genannten Ländern wochenlang auf die Nachricht, ob es Krebs ist oder nicht. Auch für Krebsoperationen müssen Patienten dort nicht selten monatelang Geduld aufbringen. Ist das in Ordnung bei einer lebensbedrohlichen Krankheit? Allerdings gehen in diesen kritischen Befund auch die radikalen personellen und finanziellen Kürzungen im Gesundheitssektor ein. Das gilt vor allem für Großbritannien, wo jeder sechste Patient länger als 18 Wochen auf eine Operation warten muss.

Vielleicht gibt es das ärztfreundliche Gesundheitssystem, bei dem die Ärzte pünktlich nach Hause gehen, aber die Patienten lange auf ihre Behandlung warten müssen. Und es gibt das patientenfreundliche System, bei dem Ärzte an der Grenze der Belastung arbeiten, aber die Patienten gut und zeitnah versorgt werden.

Es soll auch nicht unterschlagen werden, dass sich die jungen Ärztinnen selbst häufig gegen die Karriere und für die Familie entscheiden. Dr. Antonia Busse vom Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie an der Charité erläuterte diese Problematik: „Vielen Frauen sind Führungspositionen nicht den Verzicht wert, den sie dafür bringen müssen. Familiengründung bedeutet auch heute noch einen Karriereknick für Frauen, die sich zunächst der Kindererziehung widmen. Und das betrifft nicht nur das Erlangen von Führungspositionen, sondern auch das erfolgreiche Beenden der Weiterbildung.“

Ist die Konkurrenz um Leitungsstellen zu groß?

Zurück zur Repräsentanz von Ärztinnen in den oberen Hierarchie-Rängen der Krankenhäuser. Obwohl doch so viele Kranken-



Steinskulptur. Künstlerin: Silvia Siemes

hausärztinnen kinderlos sind, gelingt es offenkundig nicht, mehr Oberarzt- und Chefarztstellen mit Frauen zu besetzen. Sind hier vielleicht noch andere Hindernisse im Weg? Ist die Konkurrenz um Leitungsstellen zu groß oder fördern die männlichen Chefs vielleicht lieber die jungen Ärzte? Denn wer weiß – vielleicht könnte Frau Dr. X ja auch mit 44 noch Mutter werden. Social Freezing als Horror-Szenario.

In solchen Fällen hilft eine verbindliche Quote. Diese ist jetzt z. B. für die Aufsichtsräte von DAX-Unternehmen vorgeschrieben. Die DGHO lehnt allerdings eine Frauenquote ab und ist davon überzeugt, dass gute Familienförderung auch automatisch mehr Ärztinnen in die Leitungsfunktionen schiebt. Das kann man glauben oder auch nicht!

Es gab mal eine Frauenbewegung, die durch Proteste, Aktionen und gemeinsames Handeln viel erreicht hat. Ob die jungen Medizinerinnen schon mal davon gehört haben? Es ist wichtig, die Missstände immer wieder aufzuzeigen. Aber reicht das? Warum klappt es z. B. in Frankreich, den USA oder Schweden besser? Warum können Medizinerinnen nicht mal einen Frauengipfel organisieren zum Thema „Kinder und Karriere – wir wollen beides!“? In Zeiten des Ärztemangels werden Forderungen und Lösungsvorschläge sicher von allen Partnern im Gesundheitswesen gehört.

Ulla Ohlms, Stiftung PATH

Auch Biobanken müssen ethischen Grundsätzen genügen!

Die Sammlung, Lagerung und Weitergabe von menschlichen Biomaterialien (Gewebe, Blut, dazugehörige Daten) unterliegen ethischen Anforderungen. Bei diesen Asservaten handelt es sich schließlich um Dinge, die einmal zu einem Menschen gehört haben. Auch deshalb hat die Stiftung PATH zu Beginn der Probensammlung ein Votum der Ethikkommission an der Universität Bonn eingeholt.

War die Stiftung PATH bei ihrer Errichtung noch eine Einzelercheinung, so wachsen heute Biobanken in großer Zahl aus dem Boden. Die Forschung ist auf Biomaterialien angewiesen. Der Arbeitskreis medizinischer Ethikkommissionen befasst sich seit einiger Zeit mit der Frage, wie Biobanken ethisch zu bewerten sind. Die Stiftung PATH ist immer als Gast geladen.

Das Schutzbedürfnis des Individuums ist universell



Es gibt kleine Sammlungen einzelner Professoren für die Forschung ihrer Doktoranden. Und es gibt große Banken mit sehr vielen Blut-, Gewebe- und sonstigen Proben. Die Bandbreite ist beachtlich. Müssen da unterschiedliche ethische Grundsätze angelegt werden? Nein, stellt Prof. Jochen Taupitz fest. Das Schutzbedürfnis des Individuums – und darum geht es beim Biobanking

– ist universell und bemisst sich nicht am Umfang der Probensammlung. Die mit den Proben verbundenen Daten müssen komplett gesichert sein. Man braucht auch für kleine Sammlungen eine gute Patienteninformation und die Einverständniserklärung der Patienten. Und sie müssen schriftlich einwilligen. All das passiert bei PATH in vorbildlicher Weise.

Klar ist: Vor der Errichtung einer Biobank muss es ein Ethikvotum zum Zweck/zum Konzept geben. Allerdings kann keine Ethikkommission zu diesem frühen Zeitpunkt wissen und bewerten, welche Forschungsprojekte damit später unterstützt werden. Die Biomaterialien müssen ja erst noch gesammelt, eingelagert und über Jahre mit allen wichtigen Daten und dem Follow-up dokumentiert werden. Erst wenn Proben aus der Biobank gewünscht werden, ist es wichtig, die Zielsetzung des dahinter liegenden Forschungsprojektes ethisch zu bewerten.

Überall auf der Welt gehört zu einem seriösen Forschungsprojekt mit Biomaterialien immer ein Ethikvotum. Hier prüfen – vom Forschungsvorhaben unabhängige – Naturwissenschaftler und Mediziner, ob das Forschungsvorhaben allen ethischen Grundsätzen entspricht. Erst nach dem positiven Votum dürfen die Forscher loslegen und z. B. Biobanken um Material für ihre Forschung bitten. Manchmal erschrecken uns Meldungen wie diese aus einem chinesischen Labor: „Der erste Schritt zum Designer-Baby. Forscher manipulieren erstmals Embryo-Gene.“ (ntv wissen, April 2015) Was bitte hat die zuständige Ethikkommission dazu gesagt, dass hier massive Eingriffe in das Erbgut vorgenommen werden? Oder hat es vielleicht gar kein Ethikvotum gegeben?

Der Arbeitskreis medizinischer Ethikkommissionen wird in seinen Empfehlungen voraussichtlich auch einen Passus aufnehmen, der da sagt: „Bei wesentlichen Änderungen muss ein neues Votum eingeholt werden.“ Prof. Taupitz hat am Beispiel von PATH anschaulich erläutert, was mit „wesentlicher Änderung“ gemeint sein könnte. Der Stiftungszweck von PATH heißt „Unterstützung der Krebsforschung“. Sollte aber irgendwann in weiter Zukunft Krebs geheilt sein und stattdessen beispielsweise Alzheimerforschung im Zentrum stehen, dann müsste das in einer Ethikkommission neu beraten werden. Wären die PATH-Spenderinnen auch mit einem solchen Stiftungsziel einverstanden gewesen?

Ulla Ohlms, Stiftung PATH

Diagnose triple-negativer Brustkrebs

Interview mit PD Dr. Cornelia Liedtke, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, und Doris C. Schmitt, Vorstand Stiftung PATH

Frau Dr. Liedtke, durch zahlreiche Brustkrebsstudien wissen wir, dass Brustkrebs nicht gleich Brustkrebs ist. Wir kennen inzwischen verschiedene Subgruppen (Untergruppen) wie

- Hormonrezeptor-positiv
- Hormonrezeptor-negativ
- HER2-positiv
- HER2-negativ,

die unterschiedlich behandelt werden müssen. Ist der Tumor sowohl Hormonrezeptor-negativ als auch HER2-negativ, spricht man von einem dreifach negativen Brustkrebs (engl.: triple negative breast cancer, TNBC).

Lange Zeit galt dieser Krebs als schwer behandelbar, mit einer ungünstigen Prognose des krankheitsfreien Überlebens bzw. Gesamtüberlebens. Sie sind ausgewiesene Expertin in der Erforschung des TNBC. Gibt es inzwischen neuere Erkenntnisse hinsichtlich Behandlung und Prognose von betroffenen Frauen mit dreifach negativem Brustkrebs?



PD Dr. Cornelia Liedtke

Dr. Cornelia Liedtke: Das Besondere beim tripel-negativen Mammakarzinom ist die Tatsache, dass durch die Dreifach-Negativität endokrine (anti-hormonelle) und HER2-zielgerichtete Therapien nicht zum Einsatz kommen können. Daher bleibt die Chemotherapie bislang die weitestgehend einzige Therapieoption. Patientinnen, bei denen die Chemotherapie nicht ausreichend wirkt, haben eine schlechte Prognose mit hohen Rückfallraten.

PATH: Wie kann dies verbessert werden?

Dr. Cornelia Liedtke: Derzeit werden vor allem zwei Ansätze verfolgt: Einerseits wird versucht, neue zielgerichtete Therapiean-

sätze zu entwickeln, andererseits wird versucht, durch eine Verbesserung der Chemotherapie die Ansprechraten zu erhöhen.

PATH: Neue zielgerichtete Therapieansätze? So etwa wie Tamoxifen oder Herceptin, die ja auch zielgerichtet eingesetzt werden?

Dr. Cornelia Liedtke: Ja, im weitesten Sinne. Beim TNBC werden jedoch andere Ansätze verfolgt.

PATH: Welche Ansätze sind dies?

Dr. Cornelia Liedtke: Ein Ansatz beruht auf der großen Überschneidung zwischen dem TNBC und dem sogenannten erblichen Brustkrebs, der bei Patientinnen mit einer BRCA-1- oder BRCA-2-Mutation entstanden ist. Normalerweise repariert BRCA die DNA-Schäden in der Tumorzelle. Der Ausfall des BRCA-Gens wird durch ein Eiweiß kompensiert, das als Poly-Ribose-1-Polymerase (PARP) bezeichnet wird. Sogenannte PARP-Hemmer unterbinden diesen Kompensationsmechanismus und töten somit die Tumorzelle ab.

PATH: Das hört sich sehr vielversprechend an. Können denn alle Patientinnen mit TNBC mit diesen Medikamenten behandelt werden?

Dr. Cornelia Liedtke: Auch wenn ein enger Zusammenhang zwischen dem TNBC und BRCA besteht, lässt sich nur bei der Minderzahl der Patientinnen mit TNBC eine BRCA-Mutation nachweisen. Wir wissen bislang nicht, welche Voraussetzungen es geben muss, damit PARP-Hemmer ausreichend wirken können. Auch ist diese Therapieoption beim Mammakarzinom noch nicht zugelassen. Allerdings werden zurzeit einige Studien durchgeführt, in denen PARP-Inhibitoren eingesetzt werden.

PATH: Und gibt es noch andere Substanzen, die unabhängig vom BRCA-Status beim TNBC wirken könnten?

Dr. Cornelia Liedtke: Wir gehen zunehmend davon aus, dass die Wechselwirkung zwischen dem Tumor und dem Immunsystem der Patientin wichtig für das Verhalten eines Tumors ist – beispielsweise für das Ansprechen auf Chemotherapie. Und gerade beim TNBC scheint diese Wechselwirkung besonders ausgeprägt zu sein.

PATH: Und wie kann man dies therapeutisch nutzen?

Dr. Cornelia Liedtke: Wir kennen mittlerweile die Mechanismen, durch die sich die Tumorzellen dem Immunsystem entziehen, d. h. sich vor ihm verstecken. Diese Mechanismen können wir unterbinden, sodass das Immunsystem den Tumor angreifen kann. Beispiele hierfür sind sogenannte PD1- oder PDL-1-Inhibitoren.

PATH: Und wie können Patientinnen diese speziellen Medikamente bekommen? Sind sie schon auf dem Markt?



Cappuccino-Tasse (Deutscher Kaffeeverband, Bente Stachowske)

Kaffee zählt seit langem zu den beliebtesten Getränken in der Bundesrepublik. Ob als Cappuccino, Espresso oder Latte macchiato – Kaffee gehört für viele Menschen einfach zum genussvollen Leben. So verwundert es nicht, dass Deutschland auf Platz 7 beim Pro-Kopf-Verbrauch von Kaffee liegt. Durchschnittlich 7,3 kg Rohkaffee konsumierten die Deutschen im Jahr 2012. Damit rangieren sie deutlich über dem EU-Durchschnitt, der bei 4,8 kg liegt. Spitzenreiter sind die Finnen mit einem Pro-Kopf-Verbrauch von 12 kg. Trotz seiner Beliebtheit hält sich indes weiterhin das Vorurteil, Kaffee schade der Gesundheit. Neuste Studien belegen aber, dass Kaffee viel besser ist als sein Ruf.

Weitere interessante Erkenntnisse nach 15 Jahren EPIC-Studie

Wie wirken sich Ernährungsgewohnheiten auf unseren Gesundheitszustand aus?

Die Ergebnisse der EPIC-Studie bestätigen den Zusammenhang zwischen Übergewicht und bestimmten Krebserkrankungen. Mit viel Bauchfett steigt das Risiko für Darm-, Bauchspeicheldrüsen- und Gebärmutterkrebs. Verteilt sich das Fett über den ganzen Körper, steigt das Brustkrebsrisiko. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es durchaus Beziehungen zwischen Ernährung und Krebserkrankungen gibt. So erkrankten Studienteilnehmer seltener an Darmkrebs, wenn sie regelmäßig Fisch essen und reichlich Ballaststoffe zu sich nehmen. Dagegen scheint der Verzehr von rotem und verarbeitetem Fleisch das Risiko für Magen- und Darmkrebs zu erhöhen. Dass der Genuss von viel Obst und Gemüse automatisch zu einer allgemeinen Verringerung des Krebsrisikos beiträgt, konnte nicht gezeigt werden. Wer viel frisches Obst und Gemüse isst, hat jedoch ein deutlich geringeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht oder Bluthochdruck. Die Obstesser sind eben meist deutlich dünner.

Eine kürzlich erschienene Fachpublikation (Bhoo-Pathy, Peeters et al. 2015) ging der Frage nach, welchen Einfluss der Kaffee Konsum auf das Risiko hat, an Brustkrebs zu erkranken. Für ihre Auswertung nutzten die Autoren Konsumdaten, die im Rahmen einer großangelegten Ernährungsstudie, der sogenannten EPIC-Studie, erhoben wurden. Über 500.000 Studienteilnehmer aus zehn europäischen Ländern gaben dafür im Zeitraum von 1993 bis 2000 Auskunft über ihre Ernährungsgewohnheiten und ihren Gesundheitszustand (siehe Info-Box). Die Nachbeobachtungszeit dieser Studie wurde auf eine Zeit von 20 Jahren konzipiert.

Der durchschnittliche tägliche Kaffee Konsum der Teilnehmerinnen lag zwischen 93 ml in Italien und 900 ml in Dänemark. Um möglichst schlüssige Aussagen zu treffen, untersuchten die Wissenschaftler, ob sich der Konsum von „normalem“ oder entkoffeiniertem Kaffee unterschiedlich auf den Gesundheitszustand auswirkt. Die Forscher stellten fest: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Kaffee Konsum und dem Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Dieses Ergebnis ist für viele nicht überraschend. Auch in der Vergangenheit sind einige Studien zum gleichen Resultat gekommen.

Neu ist jedoch die Erkenntnis, dass der Genuss von normalem, also nicht entkoffeiniertem Kaffee das Risiko für Brustkrebs sogar verringern kann. Der Konsum von entkoffeiniertem Kaffee hat hingegen keinen Einfluss auf das Brustkrebsrisiko. Die pauschale Vermutung, dass diese Wirkung dem Koffein zuzuschreiben ist, konnte aber noch nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden. Vielmehr wird von synergistischen Effekten des Koffeins und anderen im Kaffee enthaltenen Substanzen ausgegangen.

Das aromatisch duftende Getränk Kaffee enthält erstaunlich viele verschiedene Inhaltsstoffe. Mit modernen Analysemethoden sind über 1.000 verschiedene Inhaltsstoffe im Kaffee nachweisbar. Dazu gehören neben dem Koffein auch Vitamine, Mineralstoffe, Proteine, Fette und verschiedene Säuren. Kaffee ist also nicht einfach nur ein gut schmeckender Muntermacher, sondern auch ein bedeutender Lieferant für Antioxidantien, die im Körper wichtige Funktionen übernehmen und als mögliche Schutzfaktoren vor Krebs diskutiert werden.

Dr. Katharina Dennemarck, Stiftung PATH

Kaffee-Literatur, Stand: März 2015

Bhoo-Pathy, N., Peeters, P., u. a. (2015). „Coffee and tea consumption and risk of pre- and postmenopausal breast cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort study.“ *Breast Cancer Research* 17 (1): 15.

Unser Follow-up: Es geht in die dritte Runde!

Wir arbeiten für PATH, weil wir dazu beitragen wollen, dass die Krebsforschung neue Medikamente und Behandlungsmethoden entwickelt. Wir wollen, dass möglichst alle Patientinnen dauerhaft von Brustkrebs geheilt werden. Bis dahin bedarf es in der Forschung noch einiger Anstrengungen.

Wir hoffen sehr, dass unsere PATH-Frauen gesund geblieben sind. Aber vielleicht hat sich der Krebs zurückgemeldet und einige Patientinnen sind erneut in Behandlung. Das möchten wir wissen, denn die Wissenschaft forscht gerade an solchen Krebserkrankungen, die auf die erste Behandlung nicht zufriedenstellend angesprochen haben. Frauen, die schon länger bei PATH sind, haben sicherlich schon einmal an einem Follow-up teilgenommen. Nach den guten Erfahrungen aus den letzten Jahren plant PATH für Ende 2015 wieder ein Follow-up mit allen PATH-Frauen. Follow-up?! Gibt es das auch auf Deutsch? Was heißt das denn? Ganz einfach: Wir möchten der Erkrankung unserer Patientinnen, ihrem Tumor, nachspüren. Wir wollen wissen, ob der Brustkrebs gut auf die Behandlung reagiert hat oder ob er zurückgekommen ist.

Dazu erhalten Sie in nächster Zeit einen Brief von PATH. Mit einem kurzen Fragebogen möchten wir von Ihnen wissen, wie es Ihnen geht, ob Sie den Therapieempfehlungen des Krankenhauses gefolgt sind usw. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und schicken Sie ihn im beigelegten Kuvert an PATH zurück. Für Sie

entstehen keine Kosten. Selbstverständlich werden die Daten, die Sie uns anvertrauen, streng vertraulich behandelt und nur in pseudonymisierter Form in der PATH-Datenbank gespeichert.

Gern wüssten wir von unseren Patientinnen, ob die Therapieempfehlung des Krankenhauses eingehalten wurde – also die Chemotherapie, die Bestrahlung, die Antikörpertherapie mit Herceptin® und/oder die weitere antihormonelle Behandlung in Form von Tabletten (z. B. Tamoxifen, Femara®, Arimidex®, Aromasin®). Warum wollen wir das von Ihnen wissen? Diese Informationen sind für die weitere Brustkrebsforschung von unschätzbarem Wert. Man kann am Krankheitsverlauf Rückschlüsse auf die zellulären Faktoren im Gewebe ziehen. Warum bleibt ein Gewebetyp nach der Behandlung geheilt, warum streut ein anderer Tumor Metastasen aus? Erst wenn diese Zusammenhänge entschlüsselt werden, können Ansatzpunkte für neue Medikamente gefunden werden.

Diese Nachfrageaktion erfordert erhebliche finanzielle Mittel für die Logistik, den Druck der Unterlagen und den Postversand an so viele Adressen. PATH finanziert einen Teil der Arbeit über Spenden und Sponsoring, hier unterstützt uns die Firma Pfizer Pharma GmbH. Dafür bedanken wir uns.



Danke für Ihre Offenheit, danke für Ihr Vertrauen in die Arbeit von PATH!

Vorstellung Katharina Dennemarck

Aufgrund der erfolgreichen Arbeit der letzten Jahre beschäftigt PATH mittlerweile zwei hauptamtliche Mitarbeiter. Seit November 2014 ist Katharina Dennemarck als wissenschaftliche Koordinatorin bei PATH tätig. Katharina ist 33 Jahre alt und arbeitet halbtags bei uns. Sie ist bestens vertraut mit den biochemischen Abläufen in Zellen und kennt die Anforderungen in der molekularbiologischen Forschung. Nach ihrem Biochemie-Studium in Halle hat sie im Bereich der Phytopathologie promoviert. Sie ist den Mechanismen, mit denen sich Pflanzen gegen Feinde und Krankheitserreger zur Wehr setzen, auf den Grund gegangen. Mit „dem Doktor in der Tasche“ zog sie nach München und arbeitete als Wissenschaftlerin in einem Ausgründungsprojekt im Bereich der Mikrobiologie an der Technischen Universität München. Mit ihrem Wissen unterstützt Katharina den Vorstand und die Projektleitung bei der Evaluierung von wissenschaftlichen Kooperationen zur Vergabe von PATH-Gewebeproben. Außerdem ist sie

verantwortlich für das wissenschaftliche Marketing und für den Internetauftritt von PATH. Sie konzentriert sich außerdem auf die Statistik rund um die PATH-Datenbank. Neben ihrer beruflichen Arbeit ist Katharina verheiratet und Mutter einer kleinen Tochter. Über die sagt sie: „Franziska ist im Sommer zwei Jahre alt geworden und jetzt schon ein richtiger Wirbelwind. Mit kindlicher Ausdauer erkundet sie die Welt und jedes noch so kleine Detail.“



Dr. Katharina Dennemarck

Keine Angst vor Biopharmazeutika – sie sind ein Segen für die Patienten

Die Vorsilbe „Bio-“ ist beliebt und schmeichelt dem modernen gesundheitsbewussten Menschen – vor allem, wenn es um Lebensmittel geht. Sobald jedoch „Bio-“ mit dem Wort Pharmazeutika verbunden und Gentechnik als Herstellungsmethode genannt wird, kommen Abwehrmechanismen auf. Dahinter liegt eine diffuse Angst vor dem Wort „Gen“ – und die wird erweitert auf Angst vor der „Chemie“ allgemein. Dabei ist doch alles Chemie: Kaffee, Bier, Gebratenes. Ohne Gentechnik, ohne Züchtungsforschung hätten wir kein schmackhaftes und genießbares Obst, keinen guten Wein.

Fundiertes Wissen hilft

Aus der Medizin sind Biopharmazeutika nicht mehr wegzudenken. Patienten sollten deshalb ihre diffuse Skepsis überwinden. Dabei hilft, wie so oft, fundiertes Wissen. Und so sollte gesunden und kranken Menschen bewusst sein, dass nicht selten ihr Leben von diesen Medizinprodukten abhängt. Wer weiß schon, dass der Fortschritt bei den biopharmazeutischen Produkten Anwendung und Verträglichkeit vieler lebensnotwendiger Medikationen erheblich verbessert hat? Die ersten Insulinpräparate wurden aus den Bauchspeicheldrüsen von Tieren hergestellt. Für mehrere Jahrzehnte war das Schweine-Insulin die einzige medikamentöse Hilfe für Diabetiker. Seit 1979 wird Insulin gentechnisch hergestellt – ein Erfolg biopharmazeutischer Forschung.

Viele Krankheiten können heute mit Biopharmazeutika behandelt, gelindert und oft auch dauerhaft geheilt werden. Bluthrombolytika, multiple Sklerose und Rheuma sind nur einige Krankheiten, für deren Therapie Medikamente eingesetzt werden, die mit biotechnologischen oder gentechnischen Methoden hergestellt werden. In riesigen Behältern gärt und fermentiert es. Wissen die Patienten, dass die Bilder und Filmchen vom voll automatisierten „Pillendrehen“ nur einen kleinen Teil unserer Arzneistoffe abbilden?

Bei der Behandlung von Krebs führen Biopharmazeutika zu erstaunlichen Behandlungserfolgen. Bahnbrechend war die Herstellung des monoklonalen Antikörpers Trastuzumab (Handelsname Herceptin®). Er wird seit dem Jahr 2000 bei einer besonders aggressiven Form von Brustkrebs eingesetzt. Brustkrebspatientinnen mit schlechter Prognose können seitdem entweder geheilt werden oder eine deutliche Lebensverlängerung erwarten. Weitere Krebsmedikamente dieser Art sind inzwischen für viele Krebsarten auf dem Markt, es kommen ständig neue hinzu.

In der Nutzenbewertung spielt die Lebensqualität kaum eine Rolle

Die Zulassung solcher Krebsmedikamente wird immer auch von Kritik begleitet. Da werden die hohen Kosten des neuen Wirkstoffs beklagt. Da wird bemängelt, dass sich laut klinischer Studie das Überleben „nur“ um sechs Monate verlängert. Muss man selbst krebserkrankt sein, um das für Zynismus zu halten? Muss ich



als Brustkrebspatientin daran erinnern, wie wichtig es z. B. für junge Frauen ist, dass sie noch genau diese sechs Monate mit ihren Kindern verbringen können? Für schwerkranke Menschen ist außerdem die Lebensqualität ähnlich wichtig wie die Überlebenszeit. Das wird in Studienergebnissen nicht immer ausreichend abgebildet. Und in der Nutzenbewertung spielt die Lebensqualität kaum eine Rolle.

An der Zulassung von neuen Biopharmazeutika wirken nicht nur Wissenschaftler, Ärzte und forschende Pharmafirmen mit. Auch die Politik greift immer wieder regulierend ein. Im Prinzip ist nichts dagegen einzuwenden. Das sehr gute deutsche Gesundheitssystem muss bezahlbar bleiben. Dafür soll die Politik sorgen. Aber wenn Menschen ernsthaft krank werden, nehmen sie alles, was ihnen hilft. Das dürfen auch Politiker nicht ignorieren und als pure Verkaufsstrategie der Hersteller diffamieren.

Ich wünsche mir weniger Zynismus, wenn es um die Lebenszeit von Patienten geht. Ich wünsche mir weitere Forschungserfolge und echte Durchbrüche bei Alzheimer, bei MS, bei Parkinson und bei allen Krebsarten mit sehr schlechter Prognose. Auch wenn Brustkrebs inzwischen zu 85 Prozent heilbar ist, wünsche ich mir doch dringend neue Medikamente für die Frauen mit geringer Überlebenschance.

Ulla Ohlms, Stiftung PATH

Dieser Artikel ist erschienen in „Medizinische Biotechnologie in Deutschland 2015, BCG/vfa bio“.

Was Sie über Vitamin D wissen sollten

Viele Artikel und manches Gespräch drehen sich um den Vitamin-D-Spiegel. Ist Vitamin D bei uns im Winter ausreichend im Körper vorhanden?

Müssen wir mit Tabletten ausgleichen, was fehlende Sonneneinstrahlung nicht aufbauen kann? In den Medien wird immer wieder über das Sonnenvitamin D berichtet. Strenggenommen ist die Bezeichnung Vitamin falsch. Es wird nämlich nur zu einem geringen Teil mit der Nahrung aufgenommen. Hauptsächlich bilden wir Vitamin D in unserer Haut, und zwar durch die Einwirkung von Sonnenstrahlung, durch Tageslicht. Richtiger wäre die Bezeichnung Prohormon. So wird die Vorstufe eines Hormons genannt, das erst im Stoffwechsel in ein Hormon verwandelt wird. D. h., Vitamin D selbst wirkt noch nicht, sondern wird erst durch bestimmte Umwandlungsprozesse im Körper in seine biologisch aktive Form gebracht. Diese steuert dann viele wichtige Stoffwechselfunktionen im Körper, besonders den Kalziumhaushalt. Im Darm wird über Vitamin D die Aufnahme von Kalzium aus der Nahrung reguliert, und im Knochen ist es wichtig für die Knochenmineralisierung.

Darüber hinaus übernimmt Vitamin D nach heutigem Kenntnisstand eine wichtige Rolle im Immunsystem, bei der Insulinausschüttung, der Muskelfunktion, der Regulation des Blutdrucks, im Nervensystem und bei der Funktion der Haut. Aus molekularbiologischer Sicht sind die Voraussetzungen für dieses breite Wirkspektrum auch gegeben. Fast alle Gewebe und Körperzellen sind in der Lage, Vitamin D in seine biologisch aktive Form umzuwandeln und diese auch zu erkennen. Dieser Erkennungsvorgang funktioniert nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip. Mit diesem Mechanismus können über 900 Gene durch Vitamin D gesteuert werden.

Ob die Menschen in den Industriestaaten der klimatisch gemäßigten Breiten ausreichend Vitamin D in ihrem Körper zur Verfügung haben – das wird ausführlich und kontrovers diskutiert. Der ernährungs- und gesundheitsbewusste Leser fragt sich nun sicherlich, wie es um den eigenen Vitamin-D-Status steht und welche Folgen ein eventueller Mangel verursachen kann.

Wo kommt Vitamin D vor?

Es gibt zwei Möglichkeiten, sich mit Vitamin D zu versorgen. Zum einen wird die in der Haut gebildete Vitamin-D-Vorstufe durch die Einwirkung von Sonnenstrahlung – hauptsächlich durch UV-B-Strahlung – in Vitamin D umgewandelt. Dieser Prozess klappt in südlichen Ländern und bei uns in den Sommermonaten hervorragend. In den Wintermonaten verringert sich mit dem flachen Einfallswinkel der Sonne der Gehalt an UV-B-Strahlung. Auch in Deutschland kann daher im Winter die körpereigene Vitamin-D-Bildung zum Erliegen kommen. Neben der geografischen Lage beeinträchtigt übrigens auch die Verwendung von Sonnencreme die körpereigene Produktion von Vitamin D. Die in vielen Cremes enthaltenen UV-B-Blocker vermindern die Vitamin-D-Synthese in der Haut. Nun sollte aus diesem Grund nicht einfach auf die Sonnenschutzcreme bei längerem Sonnenbaden

verzichtet werden. Denn bei hohen Strahlungsintensitäten, im Frühjahr, Sommer und Herbst, wird schon in kurzer Zeit (~ 15 Minuten) eine ausreichende Menge Vitamin D gebildet. Dabei genügt es, Gesicht, Arme und Hände unbedeckt zu lassen.

Eine weitere Vitamin-D-Quelle sind bestimmte Lebensmittel. Allerdings kommt das fettlösliche Vitamin in ausreichenden Mengen nur in wenigen Nahrungsmitteln vor. Wir finden es vor allem in Fettfischen (Aal, Hering und Lachs), Innereien, Eiern, Butter und Käse. Bei den pflanzlichen Lebensmitteln weisen nur Avocados und Pilze (z. B. Champignons) nennenswerte Mengen an Vitamin D auf. Um unseren Vitamin-D-Bedarf allein über die Nahrung zu decken, müssten wir täglich ein Kilogramm Räucheraal oder zehn Kilogramm Champignons essen. Na denn guten Appetit!

Vitamin-D-Mangel?

Schon seit dem 19. Jahrhundert ist bekannt, dass der Mangel an Vitamin D bei Kindern Rachitis verursachen kann. Dieses Krankheitsbild der Knochenerweichung tritt auch bei Erwachsenen mit Vitamin-D-Mangel auf. Auch Muskelschwäche und Osteoporose gehen auf dieses Konto. Basierend auf verschiedenen deskriptiven (beschreibenden) Studien wird ein Vitamin-D-Mangel heute mit folgenden Krankheiten in Verbindung gebracht: kardiovaskuläre Erkrankungen (das Herz und das Gefäßsystem betreffend), Bluthochdruck, Herzinfarkt, Allergien, Autoimmunkrankheiten (multiple Sklerose, Morbus Crohn, Diabetes mellitus Typ 1), Asthma, Infektionskrankheiten, Dickdarm-, Brust-, Nierenkrebs und andere Krebsarten und Demenz. Aus Beobachtungsstudien geht auch hervor, dass 74 % der Krebspatientinnen einen deutlichen Vitamin-D-Mangel zeigen.

Bisher gibt es jedoch nur wenige Studien, die eine Krankheitsvorbeugung durch die Einnahme von Vitamin-D-Präparaten belegen. Dies ist bei mancher Studie auf technische Mängel zurückzuführen, ist aber auch der Komplexität des Themas geschuldet. Insgesamt stellt sich die Studienlage als widersprüchlich und unzureichend dar. Natürlich gibt es auch kritische Stimmen, die von der Bedeutung des Vitamin D, neben seiner Rolle bei der Regulierung des Kalziumhaushaltes, nicht überzeugt sind. Manche Wissenschaftler und Ärzte betrachten die saisonale Schwankung des Vitamin-D-Spiegels als normal und für die Gesundheit unbedenklich. Auch die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie rät zu einem bewussten Umgang mit Vitamin-D-Präparaten. Sie hält den Vitamin-D-Mangel in Deutschland für überbewertet. Die meisten Menschen hätten auch im Winter nur einen unbedenklich niedrigen Vitamin-D-Spiegel.

Zur Bestimmung des tatsächlichen Vitamin-D-Status reicht ein einfacher Bluttest aus. Dabei sprechen Werte von 12–20 ng Vitamin D pro ml Blut für eine unzureichende Versorgung, darunter liegende Werte für einen ernstzunehmenden Mangel. Nach Berechnungen des Robert-Koch-Instituts erreicht in Deutschland über die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung einen adäquaten Vitamin-D-Status von über 20 ng pro ml Blut nicht. Unzurei-

chend scheint vor allem die Vitamin-D-Zufuhr über die Nahrung bei fehlender Synthese in den Wintermonaten.

Auch unser Lebensstil wirkt sich häufig negativ auf den Vitamin-D-Status aus. Wir verbringen unsere gesamte Arbeitszeit meist in geschlossenen Räumen. Wenn wir diese verlassen, scheint oft die Sonne nicht mehr. Auch das Alter spielt eine Rolle. Die Vitamin-D-Synthese vermindert sich mit zunehmendem Alter. Als möglicher Grund wird neben der mit dem Alter abnehmenden Hautdicke ein reduzierter Gehalt an Provitamin, der Vitamin-D-Vorstufe, angesehen. Außerdem können Arzneimittel wie etwa Kortikosteroide oder Zytostatika wie Docetaxel und Paclitaxel einen Vitamin-D-Mangel auslösen. Es gibt auch Hinweise darauf, dass ein Vitamin-D-Mangel das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen erhöht. So belegen Studien einen Zusammenhang zwischen dem Vitamin-D-Mangel und dem verstärkten Auftreten von Gelenkschmerzen unter der Therapie mit Aromatasehemmern, von Muskelschmerzen bei der Statin-Einnahme und von Entzündungen der Schleimhäute unter Chemotherapie mit Zytostatika.

Wie viel Vitamin D ist gut für mich?

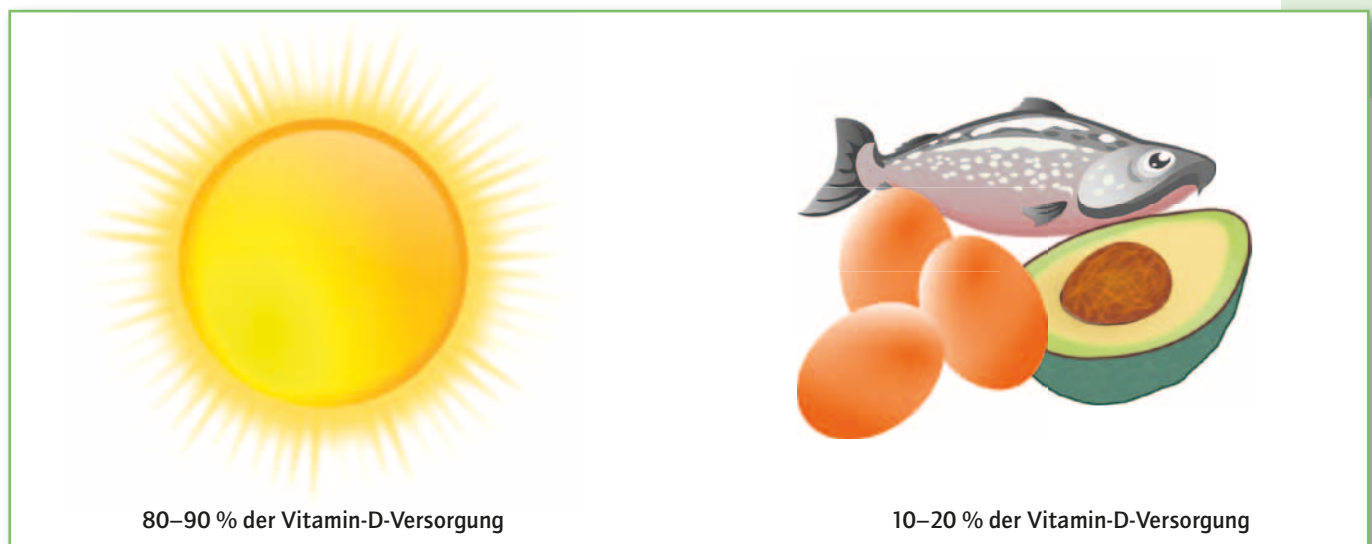
Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, DEG, empfiehlt für Kinder und Erwachsene bei fehlender endogener Synthese die Zufuhr von 20 µg Vitamin D täglich, Säuglingen im ersten Lebensjahr 10 µg. Um Funktionseinbußen des Bewegungssystems vorzubeugen, um Stürze und Frakturen zu verringern, rät die DEG älteren Menschen zur Aufnahme von 20 µg Vitamin D pro

Tag. Das Bundesinstitut für Risikobewertung rät vorrangig zu Aufenthalt und Bewegung im Freien.

Es gibt keine eindeutigen Beweise, dass eine Einnahme von Vitamin-D-Präparaten Krankheiten vorbeugen kann. Während es in anderen Ländern üblich ist, Vitamin D den Lebensmitteln des täglichen Bedarfs zuzusetzen, wird bei uns das Risiko der Überdosierung gesehen. Vitamin D kann ab einer Konzentration von 160 ng/ml im Blut gesundheitlich negative Effekte hervorrufen. Daher gibt die EFSA, die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit, als tolerierbare Tageshöchstgrenze für die Gesamtaufnahme von Vitamin D 100 µg (4.000 IE) an. Die maximale Dosierung gemäß der amerikanischen Leitlinie liegt dagegen mit 250 µg (10.000 IE) pro Tag deutlich höher. Liegt es vielleicht daran, dass in den USA ganze Industriezweige kräftig davon profitieren, Vitamine und Nahrungsergänzungen zu verkaufen?

Vielleicht halten Sie nun inne und überlegen, ob Ihre Lebens- und Ernährungsgewohnheiten für oder gegen eine gute Versorgung mit Vitamin D sprechen. Haben Sie Zweifel? Dann sprechen Sie beim nächsten Besuch Ihren Hausarzt darauf an. Möglicherweise kann in den Wintermonaten die Einnahme von Vitamin-D-Präparaten sinnvoll sein. Aber es geht nichts über den täglichen Spaziergang bei Tageslicht! Ihr Körper braucht keine stundenlangen Sonnenbäder, um Vitamin D umzuwandeln. Schon ein Stündchen am Tageslicht und an der frischen Luft setzt das Wunderwerk in Ihren Zellen in Gang!

Dr. Katharina Dennemarck, Stiftung PATH



Versorgung mit Vitamin D: Deckung des Vitamin-D-Haushaltes in der Haut durch die Einwirkung von Sonnenlicht (links) und durch die Aufnahme mit der Nahrung (rechts).

Zielgerichtet in die Zukunft – die richtige Therapie für die richtige Patientin

PRAEGNANT – ein Forschungsnetzwerk zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei metastasiertem Brustkrebs. Vorstandsmitglied Doris C. Schmitt sprach mit Prof. Dr. Peter A. Fasching, Oberarzt der Frauenklinik am Universitätsklinikum Erlangen und wissenschaftlicher Leiter des PRAEGNANT-Studiennetzwerkes.

Doris C. Schmitt: Was ist das PRAEGNANT-Netzwerk?



Prof. Dr. Peter A. Fasching

Prof. Dr. Fasching: Im Zeitalter der umfangreichen Analysen menschlicher Erbinformationen müssen wir nach Wegen suchen, wie wir Patientinnen, Ärzte und Wissenschaftler miteinander vernetzen können. Dies soll nicht nur die Wissenschaft fördern, sondern soll einen direkten Nutzen für die Patientinnen und Ärzte mit sich bringen. Die PRAEGNANT-Studie ist eine breit angelegte Studie, bei der u. a. durch die Analyse von Biomarkern ein optimales Behandlungsschema für Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs erstellt werden soll.

Die Studienergebnisse sollen aber auch beim Entwurf künftiger Studien helfen. Für ein möglichst umfassendes Bild werden von den Teilnehmerinnen Gewebeprobe der ersten Brustkrebserkrankung und – wenn möglich – der Metastasen untersucht. Auch das Blut wird entsprechend analysiert. Es sollen Biomoleküle extrahiert werden, die sich dazu eignen, Patienten mit ähnlichen molekularen und genetischen Veränderungen zu einer Behandlungsgruppe zusammenzufassen, um ihnen eine optimale Therapie zu ermöglichen. Voraussetzung dafür ist ein gut organisiertes Netzwerk, in dem die Gewebeprobe der Patientinnen und die dazugehörigen Daten nicht nur erfasst, sondern auch analysiert und interpretiert werden.

Doris C. Schmitt: Welchen Vorteil hat es, dass die Biomaterialien und Patientinnendaten zentral gesammelt werden?

Prof. Dr. Fasching: Das PRAEGNANT-Netzwerk besteht momentan aus 25 Zentren und einer Gruppe von Brustkrebsexperten, die überlegen, wie die wissenschaftlichen Erkenntnisse genutzt werden können, um Vorteile für die Behandlung von Patientinnen mit einer fortgeschrittenen Brustkrebserkrankung erreichen zu können. Gibt es zum Beispiel eine Studie, bei der ein Biomarker hilft, die Patientinnen zu identifizieren, können Teilnehmerinnen, die diesen Biomarker auch aufweisen, über das PRAEGNANT-Netzwerk direkt in diese Studien vermittelt werden.

Doris C. Schmitt: Was muss die einzelne Patientin beitragen?

Prof. Dr. Fasching: Die Patientin wird von ihrem Arzt zur Teilnahme an der PRAEGNANT-Studie aufgeklärt. Wichtig ist, dass die Patientin einverstanden ist, dass ihr Arzt mit ihr über den weiteren Krankheitsverlauf und die weiteren Therapien in Kontakt bleiben darf. Bei Studieneinschluss und bei jedem Therapiewechsel werden fünf Blutproben in die zentrale Biobank geschickt. Des Weiteren werden auch Untersuchungen an Tumorproben, soweit diese vorhanden sind, durchgeführt. Aktiv wird die Patientin gebeten, dass sie alle drei Monate Fragebögen ausfüllt, die die Lebensqualität, Ernährung und die körperliche Aktivität dokumentieren.

Doris C. Schmitt: Wie viel Zeit muss die Patientin mitbringen?

Prof. Dr. Fasching: Außer der Blutabnahme und dem Ausfüllen der Fragebögen gibt es keine Verpflichtungen, die zusätzlich zur Routinebehandlung durchgeführt werden. Das Ausfüllen der Fragebögen dauert ca. 20 Minuten.

Doris C. Schmitt: Wo kann sich die Patientin anmelden?

Prof. Dr. Fasching: Bereits über 25 Zentren in Deutschland gehören zum PRAEGNANT-Netzwerk. Darunter auch zwei Kooperationskliniken von PATH: das Brustzentrum der Universitätsklinik in Regensburg und das Brustzentrum des Sana Klinikums in Offenbach. Insgesamt sind über 60 Zentren geplant. Unter www.praegnant.org können die Patientinnen nachfragen, wo das nächste Zentrum in ihrer Nähe ist. Weitere Informationen erhalten sie unter info@praegnant.org. Im Verlauf der Studie wird die Patientin vom behandelnden Arzt eines PRAEGNANT-Zentrums über die Möglichkeiten der Nutzung des Netzwerkes informiert.

Doris C. Schmitt: Entstehen hierdurch Kosten für die Patientin oder die teilnehmenden Zentren?

Prof. Dr. Fasching: Kosten für die Patientinnen entstehen nicht. In der Studie muss natürlich eine Infrastruktur zur Dokumentation und zur Biomaterialiensammlung zur Verfügung gestellt werden. Diese ist gewährleistet. Für Tests, die an den Biomaterialien durchgeführt werden, müssen die Kosten erst über öffentliche, private oder industrielle Partner gedeckt werden.

Doris C. Schmitt: Was sind die langfristigen Ziele des PRAEGNANT-Netzwerkes?

Prof. Dr. Fasching: Die Herausforderungen an alle Beteiligten, molekulare Medizin verständlich in die Krankenversorgung zu integrieren, sind enorm. Das wichtigste Ziel ist es deswegen, nicht nur molekulare Medizin für die Patientinnen verfügbar zu machen, sondern Patientinnen, Ärzte und weitere Beteiligte „fit“ für diese Zukunft zu bekommen und eine schnellstmögliche Umsetzung von Therapiechancen in und außerhalb von Studien zu ermöglichen.

Doris C. Schmitt, Stiftung PATH

Was ist das: „personalisierte, molekulare, genomische“ Medizin?!

Häufig war in der Medizin folgender Ansatz zu finden: Eine bestimmte Erkrankung wird mit einem entsprechenden Medikament behandelt. Dies galt auch lange Zeit in der Krebsmedizin. Der technische Fortschritt macht es heute möglich, alle menschlichen Erbanlagen, auch die eines Tumors, innerhalb kürzester Zeit zu entschlüsseln und noch viele weitere Merkmale einer Krebserkrankung zu untersuchen. Dadurch werden immer mehr unterschiedliche Besonderheiten einer (Tumor-)Krankheit erkannt. Brustkrebs ist eine Erkrankung mit vielen verschiedenen Unterformen, die aktuell in vier Hauptgruppen eingeteilt werden kann. Innerhalb dieser Gruppen sind einige molekulare Merkmale, z. B. die Erbinformationen, recht ähnlich. Darauf beruht ein Teil der Behandlungen. So erhalten Frauen, deren Tumor

den HER2-Rezeptor aufweist, eine Therapie mit Trastuzumab (Herceptin®).

Ein Ziel der medizinischen Forschung ist es, für jeden Erkrankungstyp eine maßgeschneiderte Therapieform zu entwickeln, ganz im Sinne der „personalisierten, molekularen oder genomischen“ Medizin. Die neuen diagnostischen Methoden erlauben es heute, sehr viele Merkmale zu bestimmen. Dadurch soll es möglich werden, Krankheiten wie Brustkrebs in immer mehr und verschiedene Gruppen einzuteilen. Auch wird erwartet, damit eine Vorhersage treffen zu können, bei wem welches Medikament wirkt. Auf diese Weise können dem Patienten auch wirkungslose, zum Teil nebenwirkungsreiche Behandlungsmethoden erspart werden.

Anzeige

Ich beim Arzt

Weitere Informationen unter www.ichbeimarzt.de

Eine Initiative
aus dem
**Pfizer-
Patienten-
Dialog**

 **Alles sagen**

 **Fragen
vorher notieren**

 **Nachfragen**

Die **5** wichtigsten
Punkte im Gespräch
mit dem Arzt

 **Wichtiges
notieren**

 **Alles klar?**



Mammografie-Screening hilft!

Die qualitätsgesicherte Röntgenuntersuchung der Brust, zu der die Frauen in Deutschland regelmäßig eingeladen werden, nennt man Mammografie-Screening. Dieses Früherkennungsprogramm umfasst die Altersgruppe zwischen 50 und 69. Die hier vorgenommenen Mammografien werden im Vier-Augen-Prinzip analysiert und ausgewertet. Um das Screening hat es heftige und kontroverse Diskussionen gegeben. Eine Reihe von Fachleuten lehnt es grundsätzlich ab. Bringt nichts, verhindert nur wenig Tote, kann zu falsch-positiven Befunden führen, rausgeworfenes Geld! Der Streit hält an und flammt in regelmäßigen Abständen in der Presse wieder auf.

Nun gibt es gute Nachrichten von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Das deutsche Screening brauche den internationalen Vergleich nicht zu scheuen, heißt es in einem Artikel der Ärztezeitung vom Februar 2015. Die bisher vorliegenden Daten zeigten, dass das Screening mit höchster Qualität erfolge und effizient sei, sagt Dr. Vanessa Kääh-Sanyal, Referentin für Evaluation und Qualitätsmanagement. „Viele Erkrankungen werden in einem frühen Stadium gefunden.“ Das bestätigten auch die Krebsregister. Für die betroffenen Frauen bedeute die Entwicklung: „Sie haben bessere Überlebenschancen und benötigen weniger aggressive Therapien.“

Schade, dass nur 55,9 Prozent der Frauen hingehen, wenn sie zum Screening eingeladen werden. Inzwischen wissen doch viele Menschen, auch Laien, dass früh entdeckte, kleine Tumoren deutlich besser geheilt werden können als lokal fortgeschrittene Krebserkrankungen, die vielleicht schon in die Lymphknoten gestreut haben.

Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie kann jetzt genaue Zahlen für das Jahr 2011 nennen: 130.800 Frauen mussten nach dem Screening zur Abklärung einer Auffälligkeit erneut einbestellt werden. Das waren 4,8 Prozent der Teilnehmerinnen. In 13 Prozent aller Fälle bestätigte sich der Verdacht auf eine bösartige Erkrankung. Im Screening konnte bei fast 17.000 Frauen Brustkrebs entdeckt werden – auch wenn es sich in 19 Prozent der Fälle um In-situ-Karzinome, also um Krebsvorstufen, handelte.

Nun sagen Kritiker, dass die Vorstufen gar nicht immer zu invasivem Krebs werden müssen. Das ist richtig. Aber jede Frau sollte im Gespräch mit ihrem Arzt selbst entscheiden, ob sie die kleine „Zeitbombe“ in der Brust behalten will oder ob sie entfernt werden soll. Auch vor dem Screening hat man die Vorstufen übrigens meist entfernt.

81 Prozent der im Screening entdeckten Karzinome waren invasiv, d. h., die Krebszellen dringen in das umliegende Gewebe ein. Die Zahl der invasiven Karzinome ohne Lymphknotenbefall stieg im Zeitraum 2009–2011 von 57 Prozent auf 79 Prozent, also viele früh entdeckte Brustkrebsfälle. Auch das ist ein gutes Ergebnis: Hat der Brustkrebs nicht in die Lymphknoten gestreut, erhöhen sich die Heilungschancen deutlich.

Ich habe eine persönliche Meinung zum Kritikervorwurf „Zu viele falsch-positive Befunde. Damit macht man den Frauen Angst. Sie werden durch den falschen Verdacht traumatisiert“.

Ja, es kann vorkommen, dass Frauen noch mal zur weiteren Abklärung einbestellt werden. Zu unklar ist das Bild. Da könnte was sein. Das müssen wir genauer untersuchen. Das macht sicher Angst. Hier bringt erst die Biopsie und die mikroskopische Betrachtung des Gewebes endgültige Gewissheit. Wenn die Frau aber dann „Entwarnung“ hört, wenn das erlösende „Nein, es ist doch kein Krebs!“ kommt, sollte sie nicht jammern, sondern vor Glück schreien. Sie kann nach Hause laufen, die Sektkorken knallen lassen und mit den Nächsten und Liebsten das Leben feiern!

Ulla Ohlms, Stiftung PATH



Von einer Betroffenen geschaffene Skulptur im Rahmen einer Kunstaktion des Holsteinischen Brustzentrums in Neumünster.

Antihormonelle Therapie: Geht es weiter nach fünf Jahren?

Neue Studien belegen, dass durch Verlängerung der antihormonellen Therapie die Rate der Rückfälle weiter gesenkt werden kann. Uns interessiert, wie diese Studienergebnisse die Therapieempfehlungen in der Praxis beeinflussen. Dazu haben wir Prof. Dr. Jackisch, PATH-Kooperationspartner aus dem Sana Klinikum Offenbach, befragt.

PATH: Herr Prof. Jackisch, wie läuft die antihormonelle Therapie bisher ab und was sind die Gründe, die für eine Therapieverlängerung sprechen?



Prof. Dr. Christian Jackisch

Prof. Dr. Jackisch: Bisher wurden Patienten mit hormonabhängigem, also Östrogenrezeptor-positivem Brustkrebs nach operativer Entfernung des Tumors für fünf Jahre mit einem Aromatasehemmer oder mit Tamoxifen behandelt. Auch eine Abfolge von beiden Medikamenten ist eine therapeutische Option. Hormonsensitive Tumoren sprechen gut auf diese antihormonelle Therapie an. Das zeigt sich in einem geringeren Rückfallrisiko. Jedoch bleibt das Risiko, erneut an Brustkrebs zu erkranken – auch über die fünf Jahre der Behandlung hinaus – auf niedrigem Niveau bestehen. Daraus resultierte die Überlegung, die Therapie zu verlängern, um dadurch das späte Rückfallrisiko nach fünf oder gar zehn Jahren zu reduzieren.

PATH: Was können Sie uns zum Nutzen einer verlängerten Antihormontherapie berichten?

Prof. Dr. Jackisch: Die ATLAS-Studie zeigt deutlich einen Vorteil der Tamoxifen-Therapie für zehn Jahre gegenüber fünf Jahren beim Rezidivrisiko und bei der erkrankungsbedingten Sterblichkeit. An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass sich die Vorteile der Therapie erst nach dem Ende der Therapie, also in der zweiten Dekade nach der Diagnose, zeigen. Wir sprechen dann von einem positiven „carry over effect“. Das heißt, der positive Effekt einer medikamentösen Therapie überträgt sich auch auf die Zeit nach der Einnahme. Die Studienlage erlaubt zurzeit nur Aussagen zur Behandlung mit Tamoxifen. Ob sich die positiven Er-

gebnisse einer zehnjährigen Tamoxifen-Therapie auch bei Frauen, die zehn Jahre mit Aromataseinhibitoren therapiert werden, zeigen lassen, wird zurzeit durch Studien (z. B. SOLE) geklärt.

PATH: Welche Patientinnen profitieren besonders von der Verlängerung der antihormonellen Therapie?

Prof. Dr. Jackisch: Das sind Patientinnen, bei denen ein Hormonrezeptor-positiver Brustkrebs diagnostiziert wurde, insbesondere bei Frauen, deren Lymphknoten befallen sind. Diese Frauen sollten nach Ende der fünfjährigen Antihormontherapie mit ihrem behandelnden Arzt die Option einer Therapieverlängerung besprechen. Besonders Frauen mit hohem Rezidivrisiko (nodalpositiv, großer Tumor, G3, hohe Wachstumsgeschwindigkeit) profitieren von der Therapieverlängerung, so die Studienergebnisse. Für Patienten mit einem geringen Rezidivrisiko (z. B. kleines Karzinom, T1) ist der Zusatznutzen aufgrund der Nebenwirkungen als eher gering zu bewerten.

PATH: Kann die verlängerte antihormonelle Therapie auch den Patientinnen nutzen, die schon vor einigen Jahren ihre fünf Jahre Tamoxifen-Einnahme beendet haben? Können sie auch nach einer vielleicht jahrelangen Pause mit Tamoxifen fortfahren?


Prof. Dr. Jackisch: In den uns vorliegenden Studien war die Pause zwischen dem Ende der sogenannten klassischen endokrinen fünfjährigen Therapie und der Aufnahme der sogenannten erweiterten endokrinen Therapie nie länger als ein Jahr. Das halte ich auch für ein sinnvolles Intervall. Es kann aber nicht geschlossen werden, dass eine Wiederaufnahme der endokrinen Therapie nach einer längeren Einnahmepause nicht wirksam wäre. Es liegen dafür leider nur keine Daten vor.

PATH: Sie haben Nebenwirkungen angesprochen, welche gibt es?

Prof. Dr. Jackisch: Von allen gefürchtet sind vor allem Veränderungen der Gebärmutterschleimhaut. Numerisch, aber klinisch nicht bedeutsam, ist die Zahl der beobachteten neu entstandenen bösartigen Veränderungen der Gebärmutterschleimhaut, das Endometriumkarzinom. Laut Studie steigt dieses Risiko bei der verlängerten Therapie aber nur geringfügig. Häufig beeinflussen Hitzewallungen, Gelenksbeschwerden, Gewichtsprobleme, Schlafstörungen und Libido-Beeinträchtigungen die Lebensqualität. Deshalb ist es wichtig, die Entscheidung für eine Therapieverlängerung gut zu besprechen und vor allem die Behandlung der Nebenwirkungen im Auge zu haben.

PATH: Können moderne Genexpressionstests bei der Entscheidungsfindung helfen?

Prof. Dr. Jackisch: Aufgrund der genannten Nebenwirkungen, die im Einzelfall eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeuten, ist eine individuelle sorgfältige Risiko-Nutzen-Abschätzung unverzichtbar. Hilfreich wäre da eine verlässliche Bestimmung von molekularen Risikofaktoren, die eine genaue Aussage zum Spätrezidivrisiko erlauben. Das würde die



Entscheidung für eine Therapieverlängerung wesentlich erleichtern. Die Genexpressionstests, die momentan am Markt sind, z. B. EndoPredict, weisen schon in diese Richtung. Sie reichen allerdings noch nicht aus.

PATH: Welche Empfehlungen geben Sie den Frauen nach fünf Jahren antihormoneller Therapie?

Prof. Dr. Jackisch: Wichtig ist das Gespräch der Patientin mit dem Arzt, um auf ihre individuelle Situation und ihre Bedürfnisse

einzugehen. Häufig fürchten gut aufgeklärte Patienten ein Spätrezidiv und nehmen eine Therapie trotz der Nebenwirkungen gerne auf sich. In jedem Fall sollten Risiko und Nutzen einer Tamoxifen-Behandlung oder der Therapie mit einem Aromatasehemmer für weitere fünf Jahre sorgfältig abgewogen werden. Die beste Therapie ist unwirksam, wenn sie abgebrochen wird. Fazit: Die Entscheidung über eine Therapieverlängerung sollte nach Absprache zwischen Patientin und Arzt getroffen werden.

Dr. Katharina Dennemarck, Stiftung PATH

Wenn Tamoxifen versagt

Seltene Proben aus der PATH-Biobank machen Grundlagenforschung möglich!

Frauen mit Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs haben es gut – wenn man davon bei der Diagnose Krebs überhaupt sprechen kann! Sie können antihormonelle Medikamente einnehmen. Es gibt inzwischen eine ganze Palette dieser Wirkstoffe, die mit gutem Erfolg eingesetzt werden. Brustkrebs wird geheilt, Rückfälle werden deutlich reduziert. Seit 35 Jahren wird Tamoxifen eingesetzt. Dieser Wirkstoff ist bestens erforscht und der Goldstandard bei diesem Tumortyp. Tamoxifen blockiert den Östrogen-Rezeptor (ER α).

Die meisten Brustkrebspatientinnen profitieren von Tamoxifen. Bei manchen Frauen aber schreitet die Krankheit unter der Therapie voran. Es bilden sich Rezidive und/oder Metastasen. Der Brustkrebs zeigt Resistenzen gegen das Medikament, d. h., er reagiert nicht oder nicht mehr auf Tamoxifen. Warum das so ist, interessiert Forscher am Deutschen Krebsforschungsinstitut (DKFZ) in Heidelberg. Sie wollen die zugrunde liegenden Resistenzmechanismen entschlüsseln und nach Zielstrukturen suchen, an denen andere Therapeutika ansetzen können.

Eine Hypothese für die Forschungsarbeiten an diesem Thema basiert darauf, dass die Funktionen des Östrogenrezeptors ER α von einem „verwandten Rezeptor“ ERR α („estrogen-related receptor alpha“) übernommen werden. Die genaue Aufgabe dieses „Verwandten“ ist noch unklar.

In ihrer Arbeit haben Verena Thewes und Mitarbeiter des DKFZ im Institut von Prof. Peter Lichter nun die Expression (Ausprägung) von ER α und ERR α analysiert. Sie haben genauer er-

forscht, welche Gene über diese Rezeptoren gesteuert werden und welche von ihnen dazu führen können, dass Tamoxifen versagt. Die dafür notwendigen Proben des Primärtumors – und vor allem die Proben aus dem Rezidiv – stammen größtenteils aus der PATH-Biobank.

Die Forschergruppe hat herausgefunden, dass im Tamoxifen-resistenten Tumorgewebe der ERR α stark ausgeprägt ist. Bilden die Tumorzellen viel ERR α , wird auch das Gesamtüberleben negativ beeinflusst.

Die Ergebnisse der DKFZ-Studie deuten auf ein „ungutes“ Zusammenspiel von ER α und ERR α hin: Tamoxifen wirkt bei diesen Brustkrebspatientinnen nicht und führt zu Rückfällen. Jetzt aber kann der verwandte Östrogen-Rezeptor ERR α in den Blick genommen werden! Findet sich hier eine interessante Zielstruktur, die bald mit neuen Medikamenten attackiert werden kann? Und können so vielleicht Patientinnen geheilt werden?

Wir freuen uns, dass wir die Heidelberger Krebsforscher mit Proben aus der PATH-Biobank unterstützen konnten. Und wir freuen uns noch mehr, dass die Ergebnisse in der hochrangigen wissenschaftlichen Fachzeitschrift „Cancer Research“ veröffentlicht wurden – in der Welt der Krebsforscher eine große Auszeichnung.

Ulla Ohlms und Dr. Katharina Dennemarck, Stiftung PATH

Quelle: V. Thewes, R. Simon, P. Schroeter, M. Schlotter, T. Anzeneder, R. Büttner, V. Benes, G. Sauter, B. Burwinkel, R. I. Nicholson, H.-P. Sinn, A. Schneeweiss, U. Deuschle, M. Zapatka, S. Heck and P. Lichter (2015). „Reprogramming of the ERR α and ER α Target Gene Landscape Triggers Tamoxifen Resistance in Breast Cancer.“ *Cancer Research* 75 (4): 720–731.



We take cancer personally

Patienten stehen im Mittelpunkt unseres Handelns bei Roche.

Sie motivieren und inspirieren uns bei der Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel und Therapiekonzepte, die das Leben von Krebspatienten weltweit verbessern sollen.

Viele Forschungsergebnisse haben schon zu bedeutenden Fortschritten in der Krebstherapie geführt – und unsere Forschung geht ständig weiter.



Doing now what patients need next

Sterbehilfe. Lasst uns sachlich bleiben!

Immer mehr Menschen wünschen sich ein Sterben in Würde. Viele wüssten gern, ob sie dabei auf ärztliche Hilfe zählen können. Wie ist die Sachlage?

Nicht erst seit gestern ist die sogenannte Sterbehilfe im Verwandten- und Freundeskreis ein breit diskutiertes Thema. Aber auch in den Medien findet sie ihren Niederschlag: „Ein Sohn tötet seine Mutter“, „Selbstbestimmtes Sterben oder unwertes Leben“. So und ähnlich spektakulär lauten die Überschriften in den Zeitschriften. Die Debatte ist aufgeladen. Im Juni 2015 begann der Deutsche Bundestag seine Beratungen zur Neuregelung der Sterbehilfe. Die eingebrachten Gesetzentwürfe reichen von einer weitgehenden Freigabe bis hin zum Verbot.

Da ist es wohlthuend, dass die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) im Juni 2015 eine Pressekonferenz zu diesem Thema angesetzt hat. Ziel ist eine Versachlichung der Diskussion. Onkologen sind neben den Geriatern die Ärztinnen und Ärzte, die außer Palliativmedizinern am meisten mit Schwerstkranken, Sterbenden und dem Tod zu tun haben. Denn trotz deutlicher Fortschritte bei der Krebstherapie gehen doch viele Erkrankungen tödlich aus – wenn auch oft erst nach vielen Jahren. Die Begriffe müssen zunächst abgegrenzt und sauber definiert werden. Dabei wäre es auch hilfreich, wenn die Ärztinnen und Ärzte die 2011 von der Bundesärztekammer verabschiedeten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung unter www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/sterbebegleitung/ kennen und ihre Therapievorschläge nach ihnen orientieren würden. Dies geschieht aber leider längst noch nicht überall.

Passive Sterbehilfe ist das erlaubte Abstellen von lebenserhaltenden Maßnahmen/Geräten im Sterbeprozess oder im Koma. Sie ist breit akzeptiert und wird schon heute praktiziert. Gut, wenn eine klare Patientenverfügung vorliegt. Die Befürchtung, auf Intensivstationen „sinnlos an Schläuchen“ zu liegen, ist dann unbegründet. Denn eine Behandlung gegen den Willen des Patienten ist strafbar.

Indirekte Sterbehilfe meint die gewünschte und sinnvolle Behandlung mit Medikamenten zur Symptomlinderung (häufig Schmerz- oder Beruhigungsmittel), etwa bei Krebspatienten in der allerletzten Lebensphase. Eine früher häufig befürchtete Lebensverkürzung aufgrund der manchmal notwendigen hohen Dosierungen hat sich in der Forschung – wenn überhaupt – nur in ganz wenigen Fällen zeigen lassen. Auch das ist breit akzeptiert und wird von ärztlicher Seite voll und ganz unterstützt.

Palliative Sedierung nennt man die Gabe stark beruhigender (sedierender) Medikamente bei Sterbenden, um das Bewusstsein so weit zu dämpfen, dass sie die sehr belastenden Symptome und damit verbundenes Leid nicht mehr empfinden, wenn dies anderweitig nicht mehr möglich ist. Die Zielrichtung ist also auch hier eine Behandlung der Symptome und nicht der vorzeitige Tod. Die Sedierung kann intermittierend oder dauerhaft und unterschiedlich tief sein.

Aktive Sterbehilfe ist die in Deutschland verbotene Tötung auf Verlangen durch eine andere Person, wie sie in den Beneluxstaaten (als Euthanasie) erlaubt ist. Auch der DGHO-Vorstand lehnt das entschieden ab.

Ärztlich assistierte Selbsttötung umschreibt, dass ein Arzt einem Patienten bei dessen Selbsttötung hilft. Dies kann durch Beratung zur Einnahme oder Verschreibung eines Medikamentes geschehen. Das in der Schweiz hierfür verwendete Medikament ist allerdings in Deutschland überhaupt nicht für Menschen verwendungsfähig. Die zum Tode führende Handlung muss vom Patienten selbst vollzogen werden. In Deutschland ist das legal, d. h., es steht nicht unter Strafe, wenn der Betroffene das Mittel selbst einnimmt. Ärzten ist die Suizidbeihilfe strafrechtlich nicht untersagt. Allerdings verbietet vielerorts das Standesrecht die Assistenz. Um genau dieses Thema drehen sich die seit Juni 2015 im Bundestag verhandelten Gesetzentwürfe.

Zur Versachlichung der oft emotional geführten Debatte (Euthanasie-Vorwurf!) kann die Umfrage der DGHO dienen, die unter den Mitgliedern dieser Fachgesellschaft im Frühjahr 2015 durchgeführt wurde. Die Ergebnisse sind erstaunlich! Nur 43 Prozent der befragten Ärzte sind je von Patientenseite nach der Möglichkeit oder Bereitschaft zur Assistenz bei Selbsttötung befragt worden. Die Fragen waren überwiegend allgemein, und ein Drittel der Patienten fragte das, unmittelbar nachdem sie die Krebsdiagnose erhalten hatten. Lediglich 13 Prozent der Ärzte wurden konkret nach entsprechenden Medikamenten gefragt – und das, obwohl die meisten der befragten Onkologen auf ein langes Berufsleben zurückblicken konnten. Nur 22 Prozent der Ärzte haben auch schon praktisch Hilfe zur Selbsttötung geleistet. 41 Prozent der befragten Ärzte wollen, dass diese Form der Sterbehilfe verboten bleibt, wie das in der Berufsordnung der Fall ist. Ein Drittel äußert ein klares Ja.

Im Ergebnis ist also die ärztlich assistierte Selbsttötung, d. h. der Wunsch danach, ein eher seltenes Phänomen.

Das bestätigt auch Prof. Bokemeyer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: „Gemeinsam mit meinen Kolleginnen und Kollegen behandle ich tagtäglich unter anderem auch Patientinnen und Patienten, die eine ungünstige Prognose haben. Dennoch werde ich pro Jahr sicherlich seltener als fünfmal auf eine mögliche Assistenz bei einer Selbsttötung angesprochen. Auch unter den Patientinnen und Patienten unserer Palliativstation sprechen weniger als 5 Prozent dieses Thema an. Augenscheinlich schlägt sich in der öffentlichen Debatte eine ‚gefühlte Realität‘ nieder, die der tatsächlichen Datenlage nicht entspricht.“

Auch die Auffassung, dass Krebspatienten stark suizidgefährdet sind, wird von Umfragen in dieser Gruppe nicht bestätigt. 13 Prozent hatten entsprechende Gedanken, aber die sind auch bei 6 Prozent der Normalbevölkerung zu beobachten. Vor allem sozial isoliert lebende Menschen und Patienten mit starken körperlichen Symptomen sind gefährdet.



In einer Umfrage vom Januar 2014 sprechen sich 66 Prozent für aktive Sterbehilfe, also Tötung auf Verlangen, aus. In der Umfrage, die sicher vor allem gesunde Menschen umfasst, lehnen nur 21 Prozent die aktive Sterbehilfe ab. Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung findet mit 72 Prozent die breiteste Zustimmung. Die Umfrage wurde vom Meinungsforschungsinstitut YouGov im Auftrag von ZEIT ONLINE durchgeführt.

Warum die Mehrheit der (gesunden) Bevölkerung alle Formen der Sterbehilfe straffrei stellen will, aber nur ganz wenige Kranke im Fall der Fälle auch tatsächlich nach Hilfe bei der Selbsttötung fragen, darauf gibt die Medizin-Ethikerin Bettina Schöne-Seifert eine gute Erklärung. Sie setzt liberale Thesen wie das unbedingte Recht auf individuelle Selbstbestimmung gegen die Skandalisierung der ärztlich assistierten Selbsttötung. Am Ende des Lebens müsse das frei verantwortete Sterben ethisch und rechtlich erlaubt sein. „Die angemessene gesellschaftspolitische Position ist Toleranz gegenüber den freiverantwortlichen Sterbewünschen einzelner unheilbar kranker Patienten und den Gewissensentscheidungen ihrer Ärzte“, so Bettina Schöne-Seifert.

Und noch etwas zeigt die Medizin-Ethikerin von der Universität Münster: Offensichtlich beruhigt es die Gesunden zu wissen, dass sie eines Tages die Möglichkeit hätten, mit ärztlicher Hilfe aus dem Leben zu scheiden. Es nimmt die Angst vor einem schmerzhaften Tod und trägt so zu einem ruhigen und zufriedeneren Leben bei. In der Realität nehmen nur wenig Menschen Sterbehilfe in Anspruch oder wünschen sie sich, wenn es so weit ist. Das mag

dafür sprechen, dass Menschen im Verlauf einer schweren, ggf. tödlichen Erkrankung ihre jeweilige Lebensqualität anders einschätzen als vor der Erkrankung. Und sicher spricht diese Tatsache auch für eine gute medizinische Versorgung, für die Erfolge der palliativen Medizin und vor allem der palliativen Pflege. Ein Onkologe berichtete von einer schwerstkranken Patientin. Die Angehörigen hatten nach Unterstützung gefragt. Als er das Zimmer betrat, um dieses Gespräch zu führen, sagte die Frau: „Wie schön: Ich sehe die Wolken am Himmel vorbeiziehen. Das ist heute ein lebenswerter Tag!“ Das Gespräch hatte sich zumindest für diesen Tag erledigt ...

Der Vorstand der DGHO vertritt die Auffassung, dass die ärztlich assistierte Selbsttötung nicht mit einem strafrechtlichen Stigma belegt werden darf. Allerdings solle gewerbsmäßige Sterbehilfe ausgeschlossen werden. Die derzeitige Gesetzeslage – kein Verbot der ärztlichen Beihilfe – reiche aus. Auf Patientenseite und auf ärztlicher Seite müsse die Bereitschaft zu dieser Form der Sterbehilfe das Ergebnis individueller Gewissensentscheidung sein. Keine Pflicht, kein Verbot.

Ulla Ohlms, Stiftung PATH

Ich danke Susanne Hirschmüller für die Durchsicht des Textes und für wertvolle Hinweise. Frau Dr. med. Hirschmüller ist Leiterin des Hospizes des Evangelischen Krankenhauses Düsseldorf.

Im Juni 2015 fand die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) unter der Kongresspräsidentschaft zweier medizinischer Onkologen statt, Prof. Diana Lüftner, Oberärztin an der Charité, Berlin, und Prof. Andreas Schneeweiss, Leiter der Sektion Gynäkologische Onkologie, NCT Heidelberg.

Bei der Pressekonferenz und im Interview (Senologie Redaktion 2015; 12: 68–70) betonten beide, wie wichtig das Kongressmotto „Interdisziplinarität im Alltag leben“ sei. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgruppen sollte sich nicht nur auf die Tumorkonferenzen beschränken. Man wolle in den eingeführten Freundschaftssymposien mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin voneinander lernen. Prof. Schneeweiss gab an, dass die internistische Onkologie in der DGS mehr Präsenz benötige, um eine ideale Plattform für interdisziplinäres Arbeiten bei der Behandlung von Brustkrebs anzubieten. Prof. Lüftner machte deutlich, dass viele Substanzgruppen in der inneren Medizin (Hämatonkologie) bereits zum Einsatz kommen, während sie in der Gynäkologie erst jetzt in Studien erprobt werden. Auf diesen Erfahrungsschatz der internistischen Onkologen könne man nun zurückgreifen.

Prof. Schneeweiss ergänzte, dass Brustkrebs nicht eine einzelne Erkrankungsform sei, sondern aus vielen einzelnen Erkrankungen bestehe. Die Heilungsrate liege zwar bei 80 Prozent, jedoch könnten 20 Prozent der Patientinnen mit der derzeitigen systemischen Therapie nicht erfolgreich behandelt werden. Auch betonte er, die hohe Heilungsrate habe einen hohen Preis: eine Übertherapie mit all ihren Nebenwirkungen, die den Frauen in Zukunft erspart werden müsse.

Wie soll nun die Zusammenarbeit von Brustkrebszentren, Kliniken und niedergelassenen Frauenärzten aussehen, um eine optimale Behandlung anbieten zu können? Prof. Lüftner wies darauf hin, dass man bei ansteigender Patientenzahl neue Wege der Kommunikation gehen sollte, so z. B. die Möglichkeiten der Telekommunikation ausschöpfen müsse. Prof. Schneeweiss wies darauf hin, dass Standardtherapien nach dem Tumorboard bei den niedergelassenen Kollegen, jedoch hochinnovative oder komplikationsträchtige Therapien immer in einem Zentrum erfolgen sollten.

Bei der Pressekonferenz nahm Prof. Rüdiger Schulz-Wendtland, Präsident der DGS, Stellung zur Kritik am Mammografie-Screening, das in den letzten zwölf Monaten die Frauen erheblich versichert habe. Er ging auf neue Ergebnisse aus Kanada ein und empfahl allen berechtigten Frauen in Deutschland, am qualitätsgesicherten Mammografie-Screening teilzunehmen, um die Brustkrebssterblichkeit zu senken.

Bei seinem Vortrag zum Thema „Die moderne interdisziplinäre Therapie des Brustkrebses – Erfolge und Herausforderung“ machte Prof. Schneeweiss deutlich, dass das Wissen um die Heterogenität (Uneinheitlichkeit) des Mammakarzinoms zu neuen



Ulla Ohlms, PATH (links), mit Eva Schumacher-Wulf, Chefredakteurin MammaMia, das Brustkrebsmagazin (rechts)

Generationen von klinischen Studien geführt habe. Durch die Entdeckung von immer kleineren Subgruppen können Medikamente ganz gezielt für diese Patientinnen entwickelt werden. In der adjuvanten (vorbeugenden) Behandlung des hormonsensiblen und des HER2-positiven Brustkrebses kann schon seit Jahren zielgerichtet behandelt werden. Nun stehen auch beim HER2-negativen metastasierten Mammakarzinom drei weitere zielgerichtete wirksame Medikamente, Bevacizumab, Everolimus und Palbociclib (bisher Zulassung in den USA) für die klinische Routine zur Verfügung. Weitere Substanzen seien in der klinischen Entwicklung, jedoch fehlten validierte prädiktive Marker, um das geeignete Medikament für die geeignete Patientin zu verordnen.

Neue Hoffnungen beim Immunsystem

Prof. Lüftner ging in ihrer Präsentation darauf ein, „wie das Immunsystem bei der Krebstherapie hilft“. Sie sagte, dass immunologische Therapieformen die Behandlung von Brustkrebs in den kommenden Jahren deutlich verändern werden. Eine bösartige Zelle blockiert mit ihrem eigenen regulatorischen Netzwerk das Immunsystem und fördert so das Wachstum des Tumors. Nun gibt es Medikamente, die diese Hemmung aufheben können. Die ersten Phase-I- und -II-Studien zeigen erfolgversprechende Ergebnisse beim metastasierten triple-negativen Brustkrebs: 20 bis 30 Prozent der Studien-Patientinnen scheinen ein verlängertes Gesamtüberleben zu zeigen.

Neben dieser sogenannten Checkpoint-Hemmung sind noch weitere immuntherapeutische Ansätze in der klinischen Prüfung. Künstlich hergestellte bispezifische Antikörper können sowohl an Immunzellen als auch an Tumorzellen binden, diese miteinander verknüpfen und so die Anti-Tumor-Aktivität der Immunzellen verbessern. Dieser Ansatz wird zurzeit für das HER2-positiv Mammakarzinom geprüft.

Doris C. Schmitt, Stiftung PATH

Vielen Dank, liebe PATH-Frauen!

Sie sind an Brustkrebs erkrankt und haben sich entschlossen, bei PATH „mitzumachen“, d. h., Sie haben Ihr Gewebe an PATH und damit für die Krebsforschung gespendet. So konnten wir auch 2014 und 2015 einige spannende Forschungsprojekte durch die Vergabe von tiefgefrorenem Gewebe und Blutserum fördern. Oberstes Ziel der Stiftung PATH ist die Unterstützung der Krebsforschung mit den Biomaterialien, die Sie, liebe PATH-Frauen, uns gespendet haben. Im letzten Jahr haben Sie uns mit kleinen und größeren Spenden 19.116 Euro zur Verfügung gestellt. Das ist großartig! Davon können wir zu einem beträchtlichen Teil unsere wissenschaftliche Mitarbeiterin Katharina Dennemarck bezahlen. Dafür sagen wir herzlichen Dank!

Sie wissen bei uns, wo Ihr Geld landet. Der PATH-Vorstand arbeitet immer noch ehrenamtlich, und unser Büro in München ist ziemlich klein. Wir werden regelmäßig vom Finanzamt und von der Stiftungsaufsicht geprüft. Auch ein vereidigter Wirtschaftsprüfer hat sich im Juni unsere Unterlagen gründlich angeschaut und ist zu einem guten Prüfergebnis gekommen.

Wir wachsen kontinuierlich. Wir wollen auch im nächsten Jahr die Krebsforschung mit Tumorgewebe, Blutserum und Daten „beliefern“. Wenn Sie uns dabei wieder mit Spenden unterstützen wollen, wäre das wunderbar. Für uns ist jeder Betrag hilfreich.

PATH ist gemeinnützig, alle Spenden können beim Finanzamt angegeben werden. Bei Beträgen bis einschl. 200 Euro reicht es, der Steuererklärung den Einzahlungsbeleg Ihrer Bank beizufügen.

Unsere Kontodaten sind: Stiftung PATH
IBAN DE12 7509 0300 0000 2206 80, BIC: GENODEF1M05

Vielen herzlichen Dank!



Der PATH-Vorstand: Carmen Waldner, Doris C. Schmitt, Ulla Ohlms

Impressum

Herausgeber:

Stiftung PATH –
Patienten-Tumorbank der Hoffnung
Postfach 31 02 20
86063 Augsburg
info@stiftungpath.org

PATH-Büro München
Dr. Tobias Anzeneder, Arzt, Projektleiter
Schäftlarnstr. 62
81371 München
Tel. 089/78067848
Fax 03222/2473783

Bildernachweis:

Die Abbildungen auf den Seiten 4, 8, 10, 15, 17 sind von pixabay.com. Wenn nicht anders angegeben, stammen alle Abbildungen und Bilder von den Autoren.

Redaktion:

Ulla Ohlms
Vorsitzende Stiftung PATH –
Patienten-Tumorbank der Hoffnung
ohlms@stiftungpath.org

Layout:

UNTERWEGER
HEALTHCARE COMMUNICATION

Lektorat:

Jutta Kühn

Wir übersetzen die Sprache des Lebens in **lebendige Medizin**

Wir von Amgen forschen, um therapeutische Lücken zu schließen. Unser vorrangiger Anspruch ist, Menschen mit bisher schwer behandelbaren Krankheiten zu helfen und die Lebensqualität von Patienten zu verbessern. Als Pioniere der Biotechnologie nutzen wir unsere Wissensvorsprung, um neue Therapien zu entwickeln.

Die Baupläne der Natur helfen uns, Medikamente zum Nutzen der Patienten zu erforschen.

www.amgen.de

AMGEN[®]

