

Newsletter PATH

Ausgabe 5, August 2012

Bitte spenden Sie!

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

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe PATH-Frauen,

mit diesem Heft liegt der 5. Newsletter vor, den die Stiftung PATH an alle Frauen und Männer schickt, die ihr Gewebe in der PATH-Tumorbank eingelagert haben. Wir waren auch in den vergangenen zwölf Monaten für Sie auf wissenschaftlichen Kongressen. Darüber wollen wir an dieser Stelle berichten.

Auf dem Deutschen Krebskongress im Februar in Berlin haben wir eine verblüffende Entdeckung gemacht: Es gibt inzwischen ein Unternehmen, das Tumorgewebe für Patienten einfriert und einige Jahre aufbewahrt. Das ist schön, aber auch schön teuer: Für eine fünfjährige Einlagerung wird der stolze Preis von 1.900 Euro verlangt. Eine Unterstützung der Krebsforschung ist nicht vorgesehen.

Wir sind eine Stiftung von Patientinnen für Patientinnen. Deshalb ist bei uns die Tumoreinlagerung kostenlos. Weil aber die Truhen, die Einfrierröhrchen, die Mitarbeiter im Münchner Büro, die Sach- und Reisekosten für die Gremienarbeit nicht umsonst zu haben sind, müssen wir immer wieder um Spenden bitten. Wie schön, dass Sie das erkannt und uns im letzten Jahr 12.000 Euro gespendet haben.

Dafür vielen Dank!

Man muss nicht alles glauben, was in der Zeitung steht. Alarmiert hat uns – und vielleicht auch Sie – die Nachricht, dass Deutschland europaweit die höchste Brustkrebs-Todesrate hat. Angeblich. So sollen in Deutschland 16,5 Frauen von 100.000 an Brustkrebs sterben – aber nur 14,9 im EU-Durchschnitt. Das kann doch nicht sein, haben wir uns gedacht. Und siehe da, hier ist die Datenauswertung fehlerhaft. Die Hochrechnung für das Jahr 2012 basiert auf Zahlenmaterial aus unterschiedlichen Jahren und von unterschiedlicher Qualität. Die deutschen Daten stammen von 2006, die britischen von 2009. Manche Daten basieren auf Krebsregistern, also großen Kollektiven, andere stammen von kleinen Gruppen. Eine realistische Hochrechnung ist auf Basis solch unterschiedlicher Daten schlicht nicht möglich.

Und so fallen die großen Fortschritte in Deutschland bei Früherkennung und Behandlung von Brustkrebs in unserem Land schlicht unter den Tisch. Wie schade.



Frieda Anzeneder

Wie finden Sie Frieda?

Nein, dieses kleine Mädchen hat nicht den Text verfasst, den Sie gerade lesen. Unser Projektleiter Tobias Anzeneder hat im letzten Jahr nicht nur seinen Doktor gemacht – er ist auch Vater geworden, Vater von Frieda.

Wir wollen, dass Frieda gesund aufwächst. Wir wollen, dass sie als erwachsene Frau keine Angst vor Brustkrebs haben muss. Wir wollen Brustkrebs heilbar machen. Deshalb unterstützt PATH die Krebsforschung, deshalb haben Sie Ihr Gewebe an uns gespendet.

Mit herzlichen Grüßen

Ihre Ulla Ohlms, Vorsitzende der Stiftung PATH



Inhaltsverzeichnis

Editorial. Neues von PATH.	1
Good News aus San Antonio 2011	3
34. internationales Brustkrebsymposium in San Antonio/Texas (SABCS) Dezember 2011	
Krebs in Deutschland	5
Bericht vom Deutschen Krebskongress in Berlin, Februar 2012	
Highlights des 34. San Antonio Breast Cancer Symposiums 2011	8
Das PATH-Follow-up – wir sind begeistert!	11
„Turn your city pink! Farbe bekennen gegen Brustkrebs.“	12
Siemens-Kampagne	
Brustkrebs: aktueller Stand und Blick in die Zukunft.	14
Interview mit Prof. Dr. Achim Rody	
ADAPT-Studie	15
Guten Gewissens auf Chemotherapie verzichten?	
Vom Spenden	16
Minderwertige Brustimplantate	17
„Auf jeden Fall vorsorglich entfernen lassen!“	
„Stellenanzeige“	18
Es geht voran!	19
Forschung mit PATH-Proben	
Gut zu wissen	21
Impressum	21
Generika in der Therapie nach Brustkrebs	22
„Umstellung“ bei den Aromatasehemmern	

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
Pierre Fabre, Freiburg
Pfizer Oncology, Karlsruhe
Notare Zimmermann und Hauschild, Düsseldorf

Außerdem danken wir ganz herzlich den vielen PATH-Frauen, die uns mit ihren Spenden überrascht und erfreut haben.

34. internationales Brustkrebs Symposium in San Antonio/Texas (SABCS)

Dezember 2011

Meinen Bericht vom San Antonio Kongress 2011 möchte ich mit Ausschnitten aus einem Videointerview mit Professor Michael Untch, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im HELIOS Klinikum Berlin-Buch, beginnen: „Man geht ja in das San Antonio Meeting mit gewissen Erwartungen. Was kann ich denn mit nach Hause nehmen? Das sagen einem auch die Patientinnen häufig, wenn man nach San Antonio reist. Herr Doktor, bringen Sie aber gute Nachrichten mit! Und ich denke mir, dieses Mal können wir auch tatsächlich gute Nachrichten mit nach Hause nehmen.“

Die weltweiten wirtschaftlichen Turbulenzen waren sicherlich ein Grund dafür, dass weniger Teilnehmer als 2010 registriert waren. Auch das Wetter zeigte die kalte Schulter, was beim vollgepackten Vortragsprogramm die meisten Teilnehmer eher kalt ließ. Warm konnte es einem werden, als die ersten Studiendaten zur Behandlung von hormonrezeptorpositiven Patientinnen (BOLERO-2) und von Patientinnen mit einem metastasierten HER2-positiven Brustkrebs (CLEOPATRA = CLinical Evaluation Of Pertuzumab And TRAstuzumab) vorgestellt wurden. Professor Michael Untch zu CLEOPATRA: „Das sind die Aha-Erlebnisse, die man auf dem ASCO oder in San Antonio nicht jedes Jahr hat, sondern alle fünf bis zehn Jahre, dass man eine Nadel fallen hören würde, wenn man die Auswertung zum rezidivfreien oder Gesamtüberleben einer solchen Studie sieht. Nachdem alle im Saal erst mal geschwiegen hatten, gab es etwas sehr Seltenes, nämlich spontanen Applaus mitten in der Präsentation.“

Was löste nun diese Begeisterung über die Daten der Studie mit dem schönen Namen CLEOPATRA aus?

CLEOPATRA ist eine randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Phase-III-Studie, mit der die Wirksamkeit und das Sicherheitsprofil von Pertuzumab in Kombination mit Herceptin® und einer Chemotherapie auf Docetaxel-Basis mit Herceptin® und Docetaxel bei Patientinnen mit HER2-positivem, metastasierendem Brustkrebs verglichen wird.

In der Behandlung des HER2-positiven fortgeschrittenen oder metastasierten Brustkrebses standen aufgrund der klinischen Studiendaten bislang nur Trastuzumab (Herceptin®) allein oder in Kombination mit einer Chemotherapie zur Verfügung.

Unter Hinzunahme des Antikörpers Pertuzumab konnte gezeigt werden, dass die Dreierkombination Trastuzumab, Pertuzumab und Chemotherapie das progressionsfreie Überleben (kein Fortschreiten der Erkrankung) im Durchschnitt um sechs Monate verlängert, ohne dadurch die Nebenwirkungen zu erhöhen.

Die Kombination mehrerer Therapieoptionen zeigt deutlich den Fortschritt in der sogenannten zielgerichteten Tumorthherapie.

Die BOLERO-2-Studie vergleicht die Kombination des sog. mTOR-Inhibitors Everolimus (Afinitor®) mit dem Aromatasehemmer (AI) Exemestan (Aromasin®) gegen eine alleinige Behandlung

mit Exemestan bei Frauen mit einem hormonrezeptorpositiven Brustkrebs, die unter der Therapie mit Anastrozol oder Letrozol wieder erkrankt waren. Dazu ein Kommentar von Professor Christian Jackisch, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe/Brustzentrum Offenbach zur klinischen Bedeutung für Patientinnen mit einem metastasierten Brustkrebs:

„Nach Durchlaufen der sequentiellen antihormonellen Therapie beim metastasierten Mammakarzinom ist für viele Patientinnen die erneute Chemotherapie eine leidvolle Konsequenz. Die Phase-III-Studie BOLERO-2 zeigt, dass mehrfach vorbehandelte Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs und Resistenzen (Nichtansprechen) gegenüber einer antihormonellen Therapie von der zusätzlichen Therapie mit dem mTOR-Inhibitor Everolimus (Afinitor®) und Aromatasehemmer Exemestan profitieren. Somit kann der Einsatz einer erneuten Chemotherapie erfolgreich hinausgeschoben oder sogar vermieden werden. Das mittlere progressionsfreie Überleben steigt dadurch um mehr als sechs Monate. Ich finde es bemerkenswert, dass Patientinnen unter der Kombinationstherapie auch deutlich höhere objektive Ansprechraten erreichten, der sich in einen signifikant höheren klinischen Benefit (Vorteil) übersetzen lässt.“

Nach der TAMRAD-Studie ist BOLERO-2 bereits die zweite Studie, die beweist, dass sich durch die zusätzliche Therapie mit Everolimus eine Resistenz gegenüber der antihormonellen Therapie aufbrechen lässt. Es geht hier um ein wichtiges Thema, nämlich die Resistenzentwicklung bei Patientinnen mit hormonempfindlichem Mammakarzinom. Viele dieser Patientinnen profitieren von antihormonellen Medikamenten, doch die Therapieerfolge sind oft zeitlich begrenzt. Häufig hält die Wirkung der Erstlinienhormontherapie länger als Zweit- und Drittlinienbehandlungen. In der Regel entwickelt sich jedoch nach einer gewissen Zeit eine Resistenz gegen die antihormonelle Therapie. Die zentrale Frage ist, wie wir der Entwicklung dieser Hormonresistenz entgegenwirken können. Aus diesem Grund ist meines Erachtens die BOLERO-2 Studie so wichtig. Die Studie hat nicht nur durch ihre Resultate beim progressionsfreien Überleben eine Bedeutung, sondern auch durch die Tatsache, dass man eine solche Resistenz durchbrechen kann.“

Blick in die Klinik – neoadjuvante Behandlungsoptionen

Die Daten der deutschen GBG (German Breast Group), die von Professor Gunter von Minckwitz vorgestellt wurden, fanden besondere Beachtung. Wie schon im Jahr 2010 zeigte sich, dass deutsche Wissenschaftler sich vor allem in der neoadjuvanten (Chemotherapie vor der Operation) Studienlandschaft etabliert haben.

In der GeparTrio-Studie wurden 2072 Patientinnen mit primärem Mammakarzinom vor der Operation mit einer Chemotherapie (TAC) behandelt. Nach zwei Zyklen wurde überprüft, ob der Tumor auf

die Behandlung angesprochen hatte. Bei einer Tumorreduktion größer als 50 % wurde TAC fortgesetzt, bei allen anderen wurde die Behandlungsoption geändert (Vinorelbin, Capecitabin). Es konnte gezeigt werden, dass ein frühzeitiger Chemotherapie-wechsel bei Nichtansprechen nach zwei Zyklen bei Frauen mit Krebstyp luminal b mit einem besseren krankheitsfreien Überleben einhergeht als bei Patientinnen mit HER2-neu-positivem oder triple-negativem Mammakarzinom. Generell kann gesagt werden, dass die sogenannten Responder (Patienten, die auf eine Therapie ansprechen) ein besseres krankheitsfreies Überleben (DFS) als die Non-Responder hatten.

Adjuvante Behandlungsoptionen

Der Schwerpunkt beim diesjährigen Symposium zur vorbeugenden Behandlung lag eindeutig in der neoadjuvanten Behandlung (vor OP). Jedoch gab es auch zur adjuvanten Therapie (nach OP) einige interessante Daten.

Patientinnen mit einem sogenannten Borderline-HER2-neu-Status (niedriger HER2-neu-positiv-Status) scheinen ebenso von einer Behandlung mit Trastuzumab (Herceptin®) zu profitieren wie Frauen mit starker HER2-neu-Positivität. Professor DiLeo wies darauf hin, dass es sich auf Grund dieser Studiendaten lohne, im Zweifel eine zweite Statusbestimmung vorzunehmen.

Bisphosphonate (Zoledronsäure) als adjuvante Therapie bei der prämenopausalen Brustkrebspatientin

Frauen vor den Wechseljahren mit einem hormonrezeptorpositiven Brustkrebs, die mit Goserelin plus Tamoxifen oder dem Aromatasehemmer Anastrozol behandelt werden, können eventuell von einer zusätzlichen Behandlung mit dem Bisphosphonat Zoledronsäure profitieren. Dies zeigen die Langzeitdaten der ABCSG-12-Studie, die 1800 Patientinnen von 1996 bis 2003 eingeschlossen hatte. Zoledronsäure scheint nicht nur positive Wirkung auf die Knochengesundheit, sondern auch auf das krankheitsfreie Überleben zu haben. Jedoch muss das Alter der Patientinnen beachtet werden: Nur Patientinnen älter als 40 Jahre scheinen einen Vorteil von der Behandlung mit Zoledronsäure zu haben. Dies bestätigten auch die Daten der ZO-FAST-Studie – vor allem ältere Frauen mit einer Östrogenmangelsituation unter einer adjuvanten Letrozolbehandlung profitieren von der vorbeugenden Bisphosphonatgabe. In der AZUR-Studie konnte der Anti-Tumor-Effekt ebenfalls bei älteren postmenopausalen Brustkrebspatientinnen mit niedrigem Östrogenspiegel nachgewiesen werden.

Operation der Achsel: Nicht immer müssen alle Lymphknoten entfernt werden

Bisher war bei Mikrometastasen im Wächterlymphknoten (Sentinel) die Entfernung der Lymphknoten in der Achsel angesagt. Die Daten zweier Studien machen es nun möglich, diese operative Vorgehensweise bei manchen Patientinnen mit einem frühen

Brustkrebs und einem minimal betroffenen Sentinel zu überdenken und den Frauen somit die Entfernung aller Achsellymphknoten zu ersparen. In beiden Studien konnte beim krankheitsfreien Überleben und Gesamtüberleben kein Vorteil nachgewiesen werden, wenn den Patientinnen die Lymphknoten entfernt worden waren. Die Frauen in der Gruppe ohne entfernte Achsellymphknoten hatten nach fünf Jahren keinen Nachteil gegenüber den operierten Patientinnen. Das ist eine wirklich gute Nachricht für die betroffenen Frauen. Nebenwirkungen, wie zum Beispiel das gefürchtete Lymphödem, können so möglicherweise vermieden werden. Trotzdem muss der behandelnde Arzt/die Ärztin diese Entscheidung mit Blick auf das Nutzen-Risiko individuell mit jeder einzelnen Patientin besprechen.



Prof. Dr. Christoph Thomssen, Doris C. Schmitt, PATH, Renate Haidinger, Brustkrebs Deutschland, Prof. Dr. Peyman Hadji, Gießen/Marburg, Prof. Dr. Nadia Harbeck, München, Prof. Dr. Achim Rody, Homburg

Experten-Videointerviews und Experten-Roundtable aus San Antonio

Auch dieses Mal konnte ich zusammen mit Renate Haidinger zahlreiche deutsche Ärzte in San Antonio interviewen. Renate Haidinger ist Vorsitzende von Brustkrebs Deutschland e.V. und Kuratoriumsmitglied von PATH.

Die Videointerviews zu Themen wie z. B.

- Einfluss von Übergewicht und Ernährung
- Sentinellymphknoten
- alte und neue Therapien des HER2-positiven Mammakarzinoms
- Bisphosphonate – wann für wen?
- Geheimnis endokrine Therapie
- von der Mastektomie zur personalisierten Medizin

sowie die Videoaufzeichnung des Experten-Roundtables Brustkrebs Deutschland San Antonio mit den neuesten Studienergebnissen können auf der Website www.brustkrebsdeutschland.de kostenfrei abgerufen werden.

Doris C. Schmitt, Vorstand Stiftung PATH

Bericht vom Deutschen Krebskongress in Berlin, Februar 2012

Im Februar 2012 fand in Berlin der 30. Deutsche Krebskongress statt und brachte 11.000 Menschen zusammen, überwiegend Ärztinnen und Ärzte, aber auch Patientenvertreterinnen und -vertreter. Der Kongress ist damit nach dem ASCO in Chicago der zweitgrößte Krebskongress weltweit.

Krebserkrankungen nehmen zu – Heilung aber auch

In allen entwickelten Industriegesellschaften steigt die Zahl der Krebsfälle. Für 2012 werden in Deutschland rund 490.000 Neuerkrankungen erwartet, ein Drittel davon wird auf Brustkrebs entfallen, 25% auf Prostatakrebs. Insgesamt sind 2012 dann 4,5 Mio. Menschen in Deutschland in den letzten fünf Jahren persönlich mit der Diagnose Krebs konfrontiert worden – so die Analysen des Robert-Koch-Instituts.

Kein Grund zur Panik! Krebs ist vor allem eine Alterserkrankung und tritt gehäuft dort auf, wo viele Menschen alt werden. Was Politiker und Wissenschaftler als den demografischen Wandel bezeichnen, was vielfach in Zeitungen und Talkshows als Schreckensbild an die Wand gemalt wird, ist auch unser Glück: Wir werden sehr viel älter als unsere Vorfahren und bleiben dabei auch lange gesund. Das ist doch schön! Erst gegen Ende des Lebens nehmen Krankheiten zu. Starben vor 1980 noch mehr als zwei Drittel aller Krebspatienten, so werden heute über die Hälfte geheilt. Auch das ist schön und vor allem ein Erfolg von Früherkennung, Qualitätsverbesserung, Zentrenbildung und neuen wirksameren Krebsmedikamenten.

So konnten z. B. mit dem Mammografie-Screening erste Effekte erzielt werden. Zunächst stiegen die Erkrankungszahlen durch das Screening deutlich an – in diesem Fall ein gutes Zeichen. Denn viele Brusttumore wurden so in einem sehr frühen Stadium entdeckt. Sie sind damit besser heilbar. Brustkrebs war die erste Krebserkrankung, bei der die Versorgung in Zentren konzentriert wurde. Nicht mehr jedes Feld-, Wald- und Wiesenkrankenhaus sollte Brustkrebs behandeln – gefordert und durchgesetzt wurde die Spezialisierung in Brustzentren. Zwar kann keiner Patientin vorgeschrieben werden, wo sie sich behandeln lässt (freie Arztwahl), aber die Frauen sind klug und stimmen mit den Füßen ab: Inzwischen lassen sich 90% aller Brustkrebspatientinnen in Brustzentren behandeln.

Als Patientenvertreterin wies Hilde Schulte darauf hin, dass Patientinnen und Patienten ein wichtiger Innovationsmotor sind. Sie zitierte Gilles Frydman, Gründer der größten amerikanischen Krebspatientenorganisation: „Der Patient ist die größte, bislang vernachlässigte Wissensquelle im Gesundheitssystem.“ Wenn Mr. Frydman wüsste, dass es in Deutschland sogar Brustkrebspatientinnen gibt, die Tumorgewebe einfrieren und für die Krebsforschung sammeln – er sähe sich bestätigt.



Doris C. Schmitt, Renate Haidinger

Bewegt euch!

Nicht nur in der Eröffnungsveranstaltung, nein, in fast allen Vorträgen wurde darauf hingewiesen, wie wichtig gesunde Ernährung und viel Bewegung für die Gesundung und Heilung von Krebspatienten sind. Mit Sport und täglicher Bewegung, so die Referenten, lassen sich nicht nur Rückfälle reduzieren oder gar vermeiden – Bewegung hat auch einen stark vorbeugenden Charakter. Bundesgesundheitsminister Bahr betonte dies in seiner Eröffnungsrede und viele Professorinnen und Professoren unterstrichen es in ihren Fachvorträgen.

So weit, so gut. Aber schmunzeln musste ich angesichts des Bildes, das sich mir jeden Morgen bei der Ankunft am Kongressort bot. Tauchte man, von U-Bahn und S-Bahn kommend, aus den düsteren, katakombenartigen Unterführungen am Berliner Kongresszentrum zu den Veranstaltungshallen auf, hatte jeder Kongresssteilnehmer die Wahl zwischen Rolltreppe und Treppe. Geschätzte 98% der Ärztinnen und Ärzte nahmen die Rolltreppe, die Autorin entschied sich für die steinerne Lösung. Brave Krebspatientin!

„Personalisierte Medizin“ – Hoffnung oder Missverständnis?

Seit einiger Zeit geistert der Begriff der „individualisierten“ oder „personalisierten“ Medizin durch die Landschaft. Was für eine Verheißung! Er suggeriert, dass es in absehbarer Zeit Medikamente, Tabletten, Chemotherapien gibt, die ganz individuell für nur eine Patientin angemischt werden. Mein ganz persönlicher Anti-Krebs-Cocktail! Ein Missverständnis. Das individuell angerührte Mittelchen für die einzelne Patientin/den Patienten wird es so bald nicht geben, vielleicht sogar nie.

Gemeint ist etwas anderes: Die Suche nach geeigneten Biomarkern soll in Zukunft helfen, histologisch einheitliche Krebserkran-

kungen in Untergruppen (Strata) von Patienten aufzuteilen, die die gleichen klinischen und prognostischen Merkmale haben. (Biomarker sind charakteristische biologische Merkmale, die gemessen werden können.) Für die Strata, die Untergruppen von Patienten, werden dann zielgerichtete Therapien gesucht (und hoffentlich auch gefunden). Sie sollen das jetzt gängige und häufig enttäuschende Verfahren ablösen, bei dem eine sehr große Gruppe von Krebspatienten die gleiche Therapie erhält. Professor Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, empfiehlt dafür den Begriff der „stratifizierten Medizin“. Stratifizierung ist die Einteilung in Untergruppen von Patientinnen mit gemeinsamen Eigenschaften/Biomarkern, die sich aus der Pathologie, der Stadieneinteilung und den molekularen Profilen ergeben.



Messestand auf dem Krebskongress

Die Vision ist es, für solche Untergruppen maßgeschneiderte Behandlungsstrategien zu finden. Die Patientin profitiert davon in dem Sinne, dass sie von Anfang an die für ihre Untergruppe optimale Therapie erhält – und das bei möglichst wenig unangenehmen Nebenwirkungen. Zudem sollen dabei auch die Kosten geringer werden, da der Patient von Anfang an richtig therapiert wird. Das bedarf großer und guter Studien, d. h., viel Zeit und Durchhaltevermögen sind erforderlich – bekanntlich nicht ganz einfach!

Am Ende des Lebens: Palliativmedizin

Ein Schwerpunkt des Deutschen Krebskongresses war die Palliativmedizin. Damit ist die Behandlung und Betreuung von Krebspatienten gemeint, in deren Krankheitsverlauf Heilung nicht mehr möglich ist. Zentrales Anliegen der Palliativmedizin ist die Linderung von Schmerzen und die Milderung oder Ausschaltung von belastenden Symptomen wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, körperliche Schwäche oder Atemnot bei fortgeschrittener und unheilbarer Erkrankung.

Professor Friedemann Nauck, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, machte deutlich, dass nicht nur die körperlichen, sondern auch die psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten beachtet und bedacht werden müssen. Für Patientinnen und Patienten mit unheilbarem Krankheitsverlauf sollte ein multiprofessionelles Team zur Verfügung stehen und helfen, die Lebensqualität so zu verbessern, dass die verbleibende Lebenszeit schmerzfrei und in größtmöglicher Autonomie und Würde erlebt werden kann.

Lange Zeit hat es gedauert, bis sich die Palliativmedizin durchsetzen konnte. Und längst nicht jede Klinik hat heute einen entsprechenden Fachmann im Team. Nicht immer können Ärzte, die in der Krebsbehandlung tätig sind, damit umgehen, dass bei einigen Patienten die Krankheit fortschreitet und Heilung nicht mehr erzielt werden kann. Ein (unbewusstes) Gefühl des Versagens?

Ursprünglich wurde Palliativmedizin fast ausschließlich bei Patienten mit Krebserkrankungen angewandt. Inzwischen profitieren auch Patienten mit anderen fortschreitenden unheilbaren (z. B. neurologischen) Erkrankungen davon. Aber nach wie vor sind 90 % der Palliativpatienten Krebspatienten. Die Fachleute empfehlen eine frühzeitige Beteiligung der Palliativmediziner im Behandlungsprozess des unheilbar Kranken – weil es den Menschen deutlich besser geht, weil Schmerzen und Ängste ernst genommen und gelindert werden, weil psychosoziale Unterstützung Teil der Versorgung ist und weil die Lebensqualität spürbar verbessert wird.

Diese Aussage beruht auf den praktischen Erfahrungen der Palliativmediziner. Sie resultiert aber auch auf einer aufsehenerregenden Studie: Eine Arbeitsgruppe des Massachusetts General Hospital in Boston unter der Leitung von Jennifer Temel untersuchte wissenschaftlich exakt, wie sich bei der ambulanten Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs die frühe Einbeziehung eines Palliativteams auswirkt. Die Studie umfasste 151 Patienten, bei denen die Diagnose eines metastasierten nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinoms (NSCLC) nicht länger als acht Wochen zurücklag. Alle Patienten erhielten die vorgesehene onkologische Therapie. Der Hälfte wurde zusätzlich eine integrierte palliative Betreuung angeboten. Diese Patienten trafen sich monatlich mit einem professionellen Team, einem Facharzt für Palliativmedizin und einer Krankenschwester. Dabei wurde nach Möglichkeiten zur Behandlung der psychischen und körperlichen Beschwerden gesucht.

Im Vergleich zu der nicht palliativ betreuten Gruppe von Patienten hatten die betreuten Kranken weniger aggressive Therapien, weniger depressive Symptome und eine bessere Lebensqualität. Und noch etwas Verblüffendes: Sie starben nicht etwa eher, sondern erstaunlicherweise war ihre Gesamtüberlebensdauer sogar signifikant länger. (Temel et al. New England Journal 2010 Aug. 19)

Palliativmediziner frühzeitig einbeziehen

Für Professor Lordick, Städtisches Klinikum Braunschweig, gibt es mehrere Erklärungen für diese Ergebnisse: Ein wesentliches Element scheint bei den palliativmedizinisch betreuten Patienten die realistische Selbsteinschätzung ihrer Prognose zu sein. Das führt zu einer zurückhaltenden und bewussten Entscheidung über Chemotherapien am Lebensende. Auch nehmen diese Patienten häufiger Hospizeinrichtungen in Anspruch. Aber auch die Angehörigen spielen eine wichtige Rolle. So kann man sich lebhaft vorstellen, unter welchem Druck Patienten stehen, wenn nicht eingestanden wird, dass die Krankheit nicht mehr heilbar ist. Manchmal sind es auch nahe Verwandte, die dem Kranken zu weiteren aggressiven Therapien raten – oft aus Angst vor dem Verlust eines geliebten Menschen.

Bei der Pressekonferenz zu diesem Thema interessierte mich die Frage, wann denn im Krankheitsverlauf der richtige Moment gekommen ist, um die Palliativmedizin hinzuzuziehen. Schließlich gibt es bei Brustkrebs – etwa nach dem Auftreten von Knochenmetastasen – meist noch eine lange Lebenszeit. Antwort: In dem Moment, wo eine Metastasierung diagnostiziert wird, sollte der behandelnde Onkologe mit der Patientin sprechen. Es muss ehrlich gesagt werden, dass das ursprüngliche Behandlungsziel „Heilung“ nicht mehr weiterverfolgt werden kann und deshalb eine Therapieänderung erfolgen sollte. Keineswegs geht es um ein „Aussichtslos!“ oder gar ein flapsiges „Dann machen Sie sich noch ein paar schöne Tage ...“. Es geht um gute medizinische, psychische und soziale Betreuung, es geht um Lebensqualität, so lange das Leben dauert.

Die Forschungsergebnisse bestätigen die positiven Erfahrungen, die Patienten und Angehörige in einer schweren Zeit mit einer umfassenden und guten Palliativversorgung machen. Die Forderung, dass Palliativmedizin – auch zu einem frühen Zeitpunkt der unheilbaren Erkrankung – künftig jedem, der sie benötigt, zugänglich sein muss, kann auch von Patientenseite nur nachdrücklich unterstützt werden.

Viele Menschen haben bei dem Gedanken an eine unheilbare Krebserkrankung Angst vor unerträglichen Schmerzen. Damit im Zusammenhang steht die Diskussion um aktive Sterbehilfe, die übrigens von Palliativmedizinern strikt abgelehnt wird. Experten wissen, dass es in der Schmerztherapie mancherorts noch Handlungsbedarf gibt. Dr. Imke Strohscheer, Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg, wies darauf hin, dass Schmerzen heutzutage einfach und erfolgreich behandelt werden können. Bis zu 90% der Schmerzen sind abstellbar und gut zu lindern. Aber schätzungsweise nur die Hälfte der Patienten hat die richtige Schmerzversorgung. Das muss besser werden.

Ehrliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Dr. Jutta Hübner, Universitätsklinikum Frankfurt, wies darauf hin, dass in der Situation am Ende des Lebens eine ehrliche Kommunikation des Arztes wichtig ist und helfen kann. Auch wenn die meisten Patienten der unumstößlichen Wahrheit zunächst ausweichen wollen, ist der Arzt gefordert, Mut und Ausdauer aufzubringen. Er muss Ehrlichkeit zeigen und sie auch durchhalten. Oft fehlt die Zeit und nicht selten fehlt es an einer guten und zugewandten Kommunikation seitens der Ärzte. Aber manchmal stören Gespräche über das Sterben auch. Der Arzt definiert sich über das Heilen. Das macht sein Selbstbild aus. „Hinzu kommt die Sorge, dass das Eingeständnis des tödlichen Verlaufs dem Patienten die Hoffnung nimmt“, so Dr. Hübner. Aber im Gegenteil: Studien haben ergeben, dass Aufrichtigkeit sogar Hoffnung gibt – Hoffnung auf eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und damit Hoffnung auf eine gute Gestaltung des Lebensendes.

In diesem Feld der Krankenversorgung gibt es viel ehrenamtliche Hilfe, die nicht hoch genug gewürdigt und wertgeschätzt werden kann. Viele Freiwillige (übrigens ganz überwiegend Frauen) tragen dazu bei, dass die Kranken in der letzten Lebensphase selbstbestimmt und angenehm leben können.



Irmi Gallmeier, Ulla Ohlms

Vorsicht vor „Alternativmedizin“ am Ende des Lebens

Nicht erst am Ende des Lebens – aber ganz besonders dann – richtet sich die Hoffnung vieler Patientinnen und Patienten auf die sogenannte „Alternativmedizin“. Wenn eine Metastasierung die Aussicht auf Heilung zunichtegemacht hat, fragen sich viele, ob sie statt zur Chemotherapie und „Schulmedizin“ nicht lieber zu anderen Methoden und Mitteln hätten greifen sollen.

Vor „alternativer“ Medizin, die sich als Gegenpol zur Schulmedizin versteht, warnen die Fachleute. Sie stellt oft ein Heilsversprechen dar, das meist bitter enttäuscht wird. Wo eine Heilung nicht mehr möglich ist, vertraut der Patient schnell falschen Versprechungen. „Alternative Medizin im Kontext der palliativen Therapiesituation stellt eine ausgesprochene Gefährdung für Patienten dar“, so Dr. Jutta Hübner. Im Vertrauen auf falsche Versprechungen können sich Patienten den sinnvollen und hilfreichen palliativen Angeboten entziehen.

Im Gegensatz dazu steht komplementäre Medizin. Sie kann – abgesprochen mit den behandelnden Ärzten – den Patienten ein Stück Eigenverantwortung geben. Sie kann bereichernd sein. Die Initiative muss aber von der Patientin selbst ausgehen. Die Kranke darf nicht von Angehörigen bedrängt werden, noch alles Mögliche zu versuchen. Das überfordert und strengt an. Patienten dürfen von ihren Ärzten am Ende des Lebens umfassende Fachkenntnisse, kommunikative Kompetenzen und Empathie erwarten.

Ulla Ohlms, Vorstand Stiftung PATH

Highlights des 34. San Antonio Breast Cancer Symposiums 2011



Dr. Ralph Wirtz

Das neue Verständnis von Brustkrebs als heterogene Erkrankung, bestehend aus vier tumorbiologisch sehr unterschiedlichen Subtypen (Luminal A, Luminal B, HER2 und triple-negativ), war allgegenwärtig in den vielfältigen Präsentationen und Fachbeiträgen der international renommierten Experten in San Antonio. Im Mittelpunkt der 34. Brustkrebskonferenz standen zwei wesentliche Erkenntnisse:

1.) Gezielte Kombinationstherapien sind in spezifischen Subtypen von Brustkrebs effektiver als Einzeltherapien.

2.) Die molekularen Subtypen sind nicht nur für die Wahl der Primärtherapie entscheidend – auch die Effektivität durchgeführter Therapien lässt sich viel besser beurteilen.

Bereits bei der weltweit meinungsbildenden Sankt-Gallen-Konferenz 2011 zur adjuvanten (vorbeugenden) Therapie des Mammakarzinoms wurde von einem internationalen Expertenteam betont, wie wichtig die Bestimmung der biologischen Brustkrebssubtypen ist. Nunmehr gilt es, „Strategien für Subtypen“ zu entwickeln, da sich Luminale, HER2-positive und triple-negative Tumore zu sehr unterscheiden, als dass sie therapeutisch oder diagnostisch in einen Topf geworfen werden könnten. Der vielleicht unerreichbare Wunschtraum, der sich mit dem so verheißungsvollen Begriff von der „personalisierten Medizin“ verbindet, beginnt sich nunmehr als „stratifizierende Medizin“ für tumorbiologisch ähnliche Patientengruppen zu realisieren. Versprochen wird nicht, für jedes Individuum eine maßgeschneiderte Therapie zu finden – die „Maßanzüge“ sollen vielmehr für Patienten mit gleichen oder sehr ähnlichen Tumormerkmalen hergestellt werden. Dies wurde schon 2009 bei einer Expertenanhörung vor dem Bundestagsausschuss für Technologiefolgenabschätzungen und bei einem Forum des Deutschen Ethikrates so konstatiert.

Sehr deutlich wurde die Bedeutung der molekularen Subtypen in den Analysen der deutschen GeparTrio-Studie¹: Der Therapiewechsel von Capecitabin + Vinorelbin nach anfänglichem

Nichtansprechen auf Standardchemotherapie (TAC) verlängert nur bei Patientinnen mit luminalen Tumoren das Gesamtüberleben deutlich. Bei HER2-positiven und triple-negativen Tumoren brachte der Therapiewechsel keinen Vorteil. Umgekehrt war das pathologisch komplette Ansprechen (= pCR, = Tumor durch Chemotherapie komplett verschwunden), das bis dato als ein zentrales Kriterium in der neoadjuvanten Chemotherapie (vor OP) galt, nur bei HER2-positiven und triple-negativen Tumoren aussagekräftig.

GeparTrio hat weiterhin gezeigt: Bei luminalen Tumoren hatte die pCR-Rate keine Bedeutung. Im Gegenteil, auch ohne Erhöhung der Komplettremissionsrate nach der Chemotherapie brachte der Therapiewechsel nach anfänglichem Nichtansprechen sehr deutliche Überlebensvorteile. Diese Erkenntnisse haben jetzt Konsequenzen für die Planung neuer Studienkonzepte: Anders als bisher ist das pathologisch komplette Ansprechen bei luminalen Tumoren, die ca. 70% der Tumore ausmachen, kein brauchbares Zielkriterium mehr. Diese Erkenntnis hat bereits Eingang in die Leitlinien 2012 der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Tumore (AGO) gefunden. Hier wird das komplette Ansprechen auf die Therapie nur noch als subgruppenspezifischer Hinweis auf einen Therapievorteil aufgeführt.



Photo by © SABCS/Todd Buchanan 2011

Die klinische Abschätzung des **ersten** Ansprechens auf Chemotherapie ist **bei luminalen Tumoren** demnach von größerer Bedeutung als das pathologische Endergebnis nach neoadjuvanter Chemotherapie. Da das anfängliche Ansprechen von Tumoren aber nur in der neoadjuvanten Therapiesituation bestimmt werden kann, gewinnt somit die Neoadjuvanz eine zusätzliche Bedeutung auch bei luminalen Tumoren.

Weitere Fortschritte konnten bei luminalen Tumoren durch die duale Blockade des subtypspezifischen Therapieziels „Östrogenrezeptor“ erzielt werden, d.h. wenn gleichzeitig die Produktion von Östrogen blockiert und zudem der Östrogenrezeptor selbst gezielt attackiert wurde.² Darüber hinaus brachte auch die gleichzeitige duale Blockade der Östrogenproduktion und der „mTOR“-Krebsaktivität sehr deutliche Überlebensvorteile.³ Spürbare therapeutische Fortschritte konnten auch **bei HER2-positiven** Tumoren erzielt werden, bei denen ebenfalls die duale Blockade des subtypspezifischen Therapieziels „HER-2/neu“ mit zwei Antikörpern wesentlich effektiver war als die „Attacke“ mit nur einem Antikörper. In einer großen Metaanalyse konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass eine mehrgleisige Therapie bzw. die gleichzeitige Gabe von Hormontherapie und Chemotherapie besser zu sein scheint als die bisher übliche sequentielle Therapie, bei der zunächst chemotherapeutisch und dann antihormonell therapiert wird.⁴

Erfreulich war in San Antonio auch, dass „neue“ Therapieziele (wieder-)entdeckt werden. Dabei treten insbesondere weitere Hormonrezeptoren in den Vordergrund, für die es bereits gut verträgliche Mittel aus anderen medizinischen Bereichen gibt. Sie sind offenbar für das Überleben von Brustkrebspatientinnen bedeutsam. So konnte gezeigt werden, dass die tumorbiologischen Ursachen der frühen und späten Metastasierung **bei luminalen Tumoren** sehr unterschiedlich sind und der Androgenrezeptor und die von ihm regulierten Gene eine späte Metastasierung bedingen können.⁵ Darüber hinaus wurden jetzt klinische Studien mit einem Prostatakarzinom-Medikament initiiert, die auf die Hemmung des Androgenrezeptors zielen. Dieser ist nämlich auch bei ca. 40% der triple-negativen Tumore zu finden. Auch der Progesteronrezeptor ist als Hormontherapieziel stärker in den Vordergrund gerückt. So brachte die einmalige Depotgabe des Hormons „Progesterin“ vor Operation und der darauffolgenden Chemo- und Hormontherapie einen deutlichen Überlebensvorteil.⁶ Progesterine wurden bisher meist nur als Verhütungsmittel eingesetzt.

Von besonderem diagnostischem Interesse war der Vergleich der molekularen Subtypen mit der zurzeit vielleicht am besten validierten Gensignatur der ersten Generation („Recurrence Score“; Oncotype DX®). Die Subtypen werden entweder durch vier immunhistochemische Proteinmarker (ER, PR, HER2, Ki-67) bestimmt oder mit molekularbiologischem mRNA-Marker (PAM50) oder der Multigen-signatur OncotypeDX® gemessen. Dabei zeigte sich, dass die Bestimmung der Subtypen, ob molekular oder per allerdings sehr ausgefeilter Immunhistochemie, aussagekräftiger ist als die Multigen-signatur OncotypeDX® und nach exakter Bestimmung der molekularen Subtypen keine Zusatzinformation durch den recht teuren Multigenalgorithmus beigesteuert wird.⁷

Insgesamt spiegelte das San Antonio Breast Cancer Symposium 2011 einmal mehr die enormen Fortschritte wider, die das rasch

wachsende Verständnis der Tumorbiologie in Studien und auch in der klinischen Anwendung hat. Etwas mehr als zehn Jahre nach Entschlüsselung des humanen Genoms werden die Vorteile dieser enormen Forschungsanstrengungen nun für Brustkrebspatientinnen greifbar. In diesem Sinne darf man schon optimistisch auf das nächste San Antonio Meeting im Dezember 2012 hoffen.



Photo by © SABCS/Todd Buchanan 2011

Überblick und Detailinformation zu den Highlights aus San Antonio

- 1 Therapieswitch auf Capecitabin + Vinorelbin nach initialem Nichtansprechen auf Standardchemotherapie (TAC) verlängert bei Patientinnen mit luminalen Tumoren das Gesamtüberleben deutlich. Gleichzeitig ist in dieser Subgruppe das pathologisch komplette Ansprechen nicht aussagekräftig. Umgekehrt ist der Therapieswitch bei HER2-positiven und triple-negativen Tumoren ohne Überlebensvorteil. In diesen Subgruppen bleibt das pathologische Ansprechen prognostisch (GeparTrio-Studie, von Minckwitz et al. Abstract#S3-2).
- 2 Duale Blockade des Östrogenrezeptors durch Anastrozol und Fulvestrant ist der alleinigen Gabe von Anastrozol überlegen (SWOG S0226 Phase-III-Studie; Mehta et al. Abstract#S1-1). Anmerkung: Duale Blockade insbesondere bei Patientinnen ohne vorangegangene Tamoxifen-Therapie effektiv.
- 3 Blockade des Östrogenrezeptors mit Exemestan und gleichzeitige Blockade von mTOR ist gegenüber alleiniger Exemestan-Gabe bei fortgeschrittenen, postmenopausalen Patientinnen vorteilhaft (BOLERO-2 Phase-III-Studie; Hortobagyi et al. Abstract#S3-7).
- 4 Gleichzeitige Gabe von Chemotherapie und antihormoneller Therapie ist sequentieller Gabe überlegen (EBCCTG Metaanalyse 2011).
- 5 Die mRNA-Expression des Androgenrezeptors konnte als neues therapeutisches Ziel in triple-negativen Tumoren und als Risikofaktor für späte Metastasierung bei luminalen Tumoren bestätigt werden. Gleichzeitig ist die Höhe der Östrogenrezeptor-mRNA-Expression bei gleichzeitig hoher Proliferation für das Auftreten späterer Metastasierungen von großer Bedeutung (Saghatchian et al. Abstract#S1-6; Liu et al. Abstract#S1-8).
- 6 Einmalige Depotgabe von Progesterin verlängert progressionsfreies und Gesamtüberleben bei luminalen Tumoren (Badwe et al. JCO2011).
- 7 Molekulare Subtypen sind Multigenalgorithmen zur Bestimmung des Risikos in östrogenrezeptor-positiven Tumoren deutlich überlegen (Dowsett et al. Abstract#S4-5). In einer vergleichenden Untersuchung an ~ 1000 Hormonrezeptor-positiven Brusttumoren erbrachte der Recurrence Score™ keinerlei zusätzliche prognostische Aussagekraft zur Bestimmung der molekularen Subtypen mittels der PAM50-Klassifikation. Umgekehrt konnte die molekulare Subtypisierung signifikant zusätzliche prognostische Information beisteuern. Auf Grund der Einteilung in eine größere Niedrigrisikogruppe (Luminal A) und auf Grund des Fehlens einer „Intermediate Risk“-Gruppe kann somit mehr Patientinnen verlässlich eine alleinige antihormonelle Therapie ohne zusätzliche Chemotherapie empfohlen werden.

Dr. Ralph Wirtz, Molekularbiologe des Instituts für Pathologie am St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind, Kuratoriumsmitglied der Stiftung PATH

Das PATH-Follow-up – wir sind begeistert!

Follow-up heißt, nachzuspüren, ob die Gesundheit geklappt hat oder ob die Krankheit sich wieder gemeldet hat. Follow-up heißt außerdem, nachzufragen, ob die vorgeschlagene Therapie „brav“ befolgt wurde oder ob es – meist aus ganz verständlichen Gründen! – zu einer Abweichung vom ursprünglichen Plan gekommen ist.

In der Wissenschaft werden diese Informationen als Krankheits- und Therapieverlauf bezeichnet. Wir bei PATH sind in der glücklichen Lage, direkt an Sie, liebe PATH-Frauen, herantreten zu können, sei es mit einem Telefonanruf oder mit einem Brief und einem Fragebogen. Unsere Mitarbeiter im Follow-up, alle Medizinstudentinnen in höheren Semestern, werden gezielt geschult. Ebenso legen wir Wert auf einen freundlichen, zugewandten Kontakt zu Ihnen.

Wir brauchen diese Auskünfte für die Forschung

Als wir 2009 damit begonnen haben, Sie, liebe PATH-Frauen, anzuschreiben und auch telefonisch zu Ihrer Krankheits- und Therapiesgeschichte zu befragen, wusste niemand so recht, ob das klappen könnte. Wir waren gespannt, wie die Auskünfte sein werden und ob es möglich ist, den Kontakt zu vielen PATH-Frauen herzustellen. Aber unsere Befürchtungen waren gänzlich unbegründet. Fast 80% von denen, die wir angeschrieben und angerufen haben, gaben uns Auskunft. Sie, liebe PATH-Frauen, berichteten, wie es Ihnen mit der Erkrankung und der Therapie ergangen ist.

Bisher wurde die Befragung überwiegend am Telefon durchgeführt. Einige Frauen haben einen Fragebogen erhalten, da wir keinen telefonischen Kontakt herstellen konnten. Sowohl mit den Telefonanrufen als auch mit den Fragebögen konnten sehr gute Erfahrungen gemacht werden. Wir sind dankbar für die Auskunftsfreude und Ihre große Bereitschaft mitzuhelfen.

Über dieses großartige Ergebnis unseres Follow-up sind wir glücklich

Jetzt geht die Befragung in die zweite Runde. Ein Großteil von PATH sammelt seit 2004 Proben für die Frauen und für die Forschung. Im Jahr 2007 ist als bisher letztes, siebtes Krankenhaus die Universitätsklinik Regensburg mit ihrem Brustzentrum dazugekommen und bietet gemeinsam mit PATH-Frauen vor Ort die Möglichkeit, Gewebe einlagern zu lassen. Mittlerweile können durchschnittlich pro Jahr etwas mehr als 1000 Frauen an der Gewebeeinlagerung, die PATH anbietet, teilnehmen. So sind es jetzt schon über 6000 Frauen, die wir befragen wollen. Bis heute konnten alle Frauen kontaktiert werden, die in den Jahren 2004 bis 2009 Gewebe und/oder Blutserum gespendet haben.

Jetzt geht die Befragung in die zweite Runde

Ein Großteil von Ihnen wird erneut Post von PATH bekommen. Vielleicht ist der Brief auch schon bei Ihnen eingegangen. Bitte

füllen Sie den kurzen Fragebogen aus und schicken Sie ihn im beigelegten Rückantwortumschlag an PATH zurück. Wir haben uns bemüht die wesentlichen Fragen auf einer beidseitig bedruckten DIN-A4-Seite unterzubringen. Dadurch hält sich der zeitliche Aufwand für Sie in Grenzen.

Sie helfen durch Ihre Informationen sehr, dass PATH sein Stiftungsziel erreicht und die Krebsforschung unterstützen kann. In der zweiten Jahreshälfte 2012 werden auch alle Frauen Post bekommen, die im Jahr 2010 operiert wurden. In der Postsendung von PATH wird ein Anschreiben, ein Fragebogen und ein Rückantwortumschlag enthalten sein. Mit dem Anschreiben wollen wir Ihnen kurz aufzeigen, wozu die Informationen dienen, die wir sammeln und die Sie uns geben. Für die Befragung selbst liegt ein Fragebogen bei, auch hier sind alle wesentlichen Fragen auf einer beidseitig bedruckten DIN-A4-Seite zusammengefasst. Bei den meisten Fragen können Sie die Antwort einfach ankreuzen. Mit dem beigefügten voradressierten Rückumschlag können Sie den Fragebogen kostenlos an PATH zurücksenden. Dazu einfach nur den Fragebogen ausfüllen, falten und im Umschlag ab in den Briefkasten!

Für Rückmeldungen und Rückfragen stehen wir Ihnen immer gerne zur Verfügung. Dazu können Sie sich jederzeit im PATH-Büro in München melden. Die Kontaktdaten finden Sie in diesem Newsletter auf der Seite 21 im Impressum. Wir haben ein offenes Ohr für Ihre Anmerkungen und Anregungen zu unseren Befragungen. Sei es das Anschreiben, der Fragebogen oder auch jede sonstige Rückmeldung – wir freuen uns immer auf den Kontakt zu Ihnen, liebe PATH-Frauen.

Dr. Tobias Anzeneder, Projektleitung Stiftung PATH



PATH-Team: Carmen Waldner, Doris C. Schmitt, Ulla Ohlms, Dr. Tobias Anzeneder

„Turn your city pink! Farbe bekennen gegen Brustkrebs.“

Siemens-Kampagne

Interview mit Sofia Wittmann und Silke Schumann

Doris Schmitt

Frau Wittmann, Sie sind verantwortlich für die Siemens-Kampagne „Turn your city pink! Farbe bekennen gegen Brustkrebs“. Würden Sie sich für unsere Leser und Leserinnen bitte kurz vorstellen?

Sofia Wittmann

Ich bin schon seit vielen Jahren bei Siemens und seit acht Jahren in der Sektorkommunikation tätig und habe 2010 die Aufgabe übertragen bekommen, die erste Siemens-Brustkrebskampagne zu betreuen. Seitdem bin ich in Sachen Brustkrebs bei Siemens Healthcare unterwegs. Ich habe Betriebswirtschaft studiert und einen Sohn, der zurzeit in München studiert.

Doris Schmitt

Seit wann engagiert sich Siemens für das Thema Brustkrebsfrüherkennung?

Sofia Wittmann

Im Oktober 2010 starteten wir die weltweite Kampagne „The Pink Ribbon around the World“, mit der wir die Aufmerksamkeit zum Thema Brustkrebs in der Öffentlichkeit erhöhen wollten. Dazu wurden Fotos im Internet hochgeladen. Das Ziel war es, mit 10.000 Bildern ein virtuelles Band rund um die Welt zu knüpfen, um die Aufmerksamkeit weltweit zu steigern. Letztendlich wurden es 13.000 Fotos, die uns veranlassten 100.000 Euro an eine Brustkrebsorganisation (Komen) zu spenden.



Sofia Wittmann

Die nächste Aktion war eine Befragung von 4000 Frauen in acht Ländern zum Thema Brustkrebsfrüherkennung. Dazu wurde die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) von uns beauftragt, einen speziellen Fragenkatalog zu erstellen. Wir wollten wissen, welche Erfahrungen die Frauen hinsichtlich Brustkrebsuntersuchungen und Früherkennung gemacht und welche Einstellung sie grundsätzlich zu Früherkennungsmaßnahmen hatten. Uns interessierte vor allem auch, ob es länderspezifische Unterschiede gibt, ob z. B. Frauen in Brasilien oder Rußland andere Erfahrungen und Einstellungen zum Thema hatten als eventuell Frauen in Schweden und Deutschland. Auch war uns wichtig zu erfahren, welche Themen den Frauen wichtig waren, um dementsprechend Aufklärungsmaterial zu erstellen, das die Frauen auch nutzen.

Silke Schumann

Auch wollten wir mit dieser Befragungsaktion Ärzte, wie Gynäkologen, Radiologen und Onkologen, ansprechen, um ihre Einschätzung und ihre Wünsche zu Brustkrebsfrüherkennungsmaßnahmen zu erfahren.



Silke Schumann

Doris Schmitt

Nun ist die zweite Kampagne „Turn your city pink! Farbe bekennen gegen Brustkrebs“ im Oktober 2011 erfolgreich gestartet. Sie wird ein Jahr laufen und möchte Leute auf der ganzen Welt einbinden und sie motivieren, Videos und Fotos von Aktionen in Pink in ihrer Stadt auf die Kampagnen-Website hochzuladen. Auf der Website www.siemens.com/pink erhalten Interessierte in sechs Sprachen Informationen zum Wettbewerb, bei dem es unter anderen monatlich ein Apple iPad zu gewinnen gibt. Wie ist denn die Idee zu dieser Kampagne entstanden?

Sofia Wittmann

Durch die gerade erwähnte Befragungsaktion haben wir mit dieser neuen Kampagne auf die Wünsche und Anregungen der Frauen und Ärzte reagiert. Wir haben gelernt, dass sich die Befragten eine Kampagne wünschen, die auf die Wichtigkeit der Brustkrebsfrüherkennung aufmerksam macht. Wir wollen mit dieser Kampagne eine breite Öffentlichkeit erreichen, Bewusstsein schaffen, vor allem auch junge Menschen mit der Botschaft sensibilisieren: „Kümmere dich um deine Gesundheit!“ Und damit sind nicht nur die Frauen angesprochen, sondern auch ihr Umfeld.

Doris Schmitt

Bewusstsein für Früherkennung bei Brustkrebs zu schaffen, ist also das Ziel der Kampagne. Durch das Brustkrebs-Screening werden Frauen zwischen 50 und 69 Jahren in das Früherkennungsprogramm automatisch eingeschlossen. Wie wir wissen, können ja jüngere Frauen nicht an den Reihenuntersuchungen teilnehmen, da die Mammografie bei dichtem Brustdrüsengewebe nicht aussagefähig genug ist.

Sofia Wittmann

Gerade deshalb müssen sie darauf aufmerksam gemacht werden, dass auch sie an Brustkrebs erkranken können und mit ihrem Arzt besprechen, was Sie in ihrer speziellen Situation, zum Beispiel bei familiärer Belastung, tun können.

Doris Schmitt

Darf ich da gerade einhaken und fragen, was Sie persönlich hinsichtlich Früherkennung machen?

Sofia Wittmann

Ich gehe regelmäßig zu meinem Frauenarzt und habe auch schon eine Ultraschalluntersuchung machen lassen. Da ich erst 47 Jahre alt bin und in meiner Familie bisher kein Fall von Brustkrebs aufgetaucht ist, kommt für mich eine regelmäßige Mammografie-Untersuchung noch nicht in Frage.

Silke Schumann

Bei mir ist die Situation eine andere, da bei mir in der Familie ein Fall von Brustkrebs bekannt ist. Deshalb gehe ich alle zwei Jahre zur Mammografie und belohne mich anschließend mit einem Törtchen in Pink. Die unterschiedliche Vorgehensweise von uns beiden zeigt, dass es kein Patentrezept gibt und jede Frau individuell auf sich achten muss und nicht zögern soll, drängende Fragen mit ihrem Arzt, sei es Hausarzt oder Gynäkologe, zu besprechen.

Doris Schmitt

Deshalb ist ja auch diese wunderbare Aktion von Siemens so wichtig, damit das Thema Früherkennung nicht mehr hinter vorgehaltener Hand angesprochen wird, sondern eine breite Öffentlichkeit erreicht. Was sind nun die nächsten Pläne hinsichtlich Früherkennung von Brustkrebs von Seiten Siemens Healthcare?

Sofia Wittmann

Die Kampagne geht jetzt in die zweite Runde. Seit Mitte März wird die Kampagne auf YouTube beworben: <http://www.youtube.com/user/Siemens/custom>. Um die Kampagne noch persönlicher zu gestalten, werden wir ab Mai eine „Pink-Botschafterin“ um die Welt schicken, die die Kampagne direkt in elf Ländern bekannt und sichtbar machen wird.

Doris Schmitt

Die Kampagne sollte ja auch intern von Siemens-Mitarbeitern unterstützt werden. Ist das gelungen?

Sofia Wittmann

Wir haben von vielen Siemens-Mitarbeitern sehr positives Feedback bekommen und sind begeistert, mit welcher tollen Ideen und Aktivitäten sie die Kampagne „Turn your city pink“ unterstützt haben. Die südafrikanischen Kollegen und Kolleginnen haben zum Beispiel einen sogenannten Breast Care Walk über das ganze Firmengelände gestaltet und die Fotos auf der Kampagnen-Website eingestellt. Die indischen Kollegen haben sich pink angezogen und auf einer großen Wand ihre Kommentare zur Kampagne eingetragen. Außerdem wurden kostenlose Mammografie-Untersuchungen angeboten. Die Kollegen in Deutschland hatten einen „Pink Nose Day“ ausgerufen und erschienen alle mit einer rosa Pappnase. Wir in der Zentrale haben mit rosa Zuckerwatte auf unsere Kampagne aufmerksam gemacht. Alle Aktionen sind auf unserer Kampagnen-Website www.siemens.com/pink zu sehen.

Doris Schmitt

Hat die Kampagne Sie persönlich motiviert in Sachen Früherkennung mehr zu tun?

Sofia Wittmann

Wie ich schon erwähnte, gehe ich regelmäßig zu meinem Gynäkologen. Durch die Begleitung der Kampagne hat sich meine Einstellung zum Thema Brustkrebs geändert. Früher dachte ich, dass Brustkrebs eine schlimme Erkrankung ist, gegen die man nichts machen kann. Heute weiß ich, wie wichtig es ist, den Tumor so früh wie möglich zu entdecken, und somit Brustkrebs in vielen Fällen heilbar ist.

Doris Schmitt

Das ist ein wunderbares Schlusswort und ich darf mich bei Ihnen beiden für das Interview ganz herzlich bedanken.

Doris C. Schmitt, Vorstand Stiftung PATH

Brustkrebs: aktueller Stand und Blick in die Zukunft!

Interview mit Prof. Dr. Achim Rody

Prof. Dr. Achim Rody ist stellvertretender Klinikdirektor am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Stiftung PATH. Im Rahmen des Kongresses „COMBAT“ in München, der sich mit aktuellen medizinischen Entwicklungen bei Brustkrebs befasst, konnten wir für den PATH-Newsletter ein Interview mit Prof. Dr. Rody führen.



Prof. Dr. Achim Rody

PATH

Herr Professor Rody, was ist neu bei der Diagnostik von Frauen mit Brustkrebs? Gibt es neue Trends?

Prof. Rody

Die Untersuchungen rund um die Diagnose haben immer zum Ziel herauszufinden, welche Behandlung bei der jeweiligen Frau den besten Erfolg und die geringsten Nebenwirkungen verspricht. Wichtig sind neben den Untersuchungen des Tumorgewebes auch Laborergebnisse, die anzeigen können, ob ein bestimmtes Medikament wirken kann. Wir wollen künftig davon wegkommen, dass möglichst vielen Patientinnen möglichst viele Krebsmedikamente (z. B. Chemotherapie-Substanzen) verabreicht werden. Wir wissen seit langem, dass zahlreiche Frauen übertherapiert werden. Vielmehr müssen die Patientinnen gefunden werden, die eine Therapie benötigen und tatsächlich auch von ihr profitieren. Diese Suche ist mit dem Begriff der „personalisierten Medizin“ verbunden.

PATH

Wie kann das erreicht werden?

Prof. Rody

Wir erhoffen uns einen Durchbruch durch die Untersuchung der Stoffwechselwege des Krebsgewebes und der Erbinformationen des Tumors.

PATH

Was hat sich denn bis heute schon verändert?

Prof. Rody

In den 80er-Jahren wurde der Tumor so gut wie ausschließlich vom Pathologen unter dem Mikroskop beurteilt. Dann kam die Bestimmung der Hormonrezeptoren auf den Tumorzellen hinzu. In den Jahren 2001 und 2002 hielt eine weitere Untersuchung Einzug, die bestimmt, ob der sogenannte HER2-neu-Rezeptor vorhanden ist. Diese Methoden sind heute vereinheitlicht und standardisiert. Es gibt die passenden Medikamente dazu. In Brustzentren werden alle Frauen auf diesem guten Niveau versorgt.

PATH

Welche Neuerungen wird es in Zukunft geben?

Prof. Rody

Wie bereits erwähnt, rückt die Erbsubstanz immer mehr ins Zentrum des Interesses. Forscher können schon jetzt den genetischen Fingerabdruck jedes einzelnen Tumors auswerten. Dies wird in Zukunft auch für Frauen in der Klinik möglich sein. Dadurch können zum Beispiel Besonderheiten im Stoffwechsel erkannt und die Neigungen zur Metastasierung abgeschätzt werden. Beides könnte einen Einfluss auf den Erfolg von Therapien haben.

PATH

Was bedeutet das für die einzelnen Frauen?

Prof. Rody

Viele moderne Verfahren werden nicht überall angeboten, und manche werden noch in klinischen Studien erprobt. Die Forschung, mit der dieses Wissen in den ärztlichen Alltag umgesetzt werden kann, läuft. In jedem Fall sollten sich Frauen vor Beginn ihrer Behandlung informieren, welche diagnostischen Möglichkeiten für sie sinnvoll sind. Sie sollten fragen, ob und welche Studien derzeit für sie in Frage kommen. Dabei können die Websites der Brustzentren und Selbsthilfegruppen und natürlich die Beratung beim Frauenarzt/bei der Frauenärztin hilfreich sein. Dies trifft vor allem für die Brustkrebspatientinnen zu, bei denen die Erkrankung nach Therapie wieder auftritt – Frauen, die von einem Rezidiv oder Metastasen betroffen sind.

PATH

Herr Professor Rody, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Dr. Tobias Anzeneder, Projektleitung Stiftung PATH

Guten Gewissens auf Chemotherapie verzichten?

Im März 2012 wurde im Brustzentrum Mönchengladbach in einer Pressekonferenz eine für Brustkrebspatientinnen hochinteressante Studie vorgestellt. In der jetzt gestarteten ADAPT-Studie wird den Patientinnen an zwölf Brustzentren im Rheinland und in Hamburg ein Testverfahren angeboten, das sichere Aussagen darüber zulässt, ob die antihormonelle Therapie gut anschlägt und – wenn dies der Fall ist – eine Chemotherapie damit überflüssig wird. Ziel ist es, zusätzliche Patientinnen zu identifizieren, bei denen die Anwendung einer Chemotherapie neu zu überlegen ist. Das sind Frauen mit einem niedrigen Rückfallrisiko und solche mit einem mittleren Risiko. Ein großes, weil schwer zu beurteilendes Feld ist immer die „mittlere Risikogruppe“, denn auch dort finden sich viele Patientinnen, die keine Chemotherapie benötigen.

Nach den Ergebnissen, die für die – durch die amerikanische genomische Signatur Oncotype DX® als mittlere Risikogruppe definierten – Betroffenen vorliegen, ist der Vorteil von Chemotherapie grenzwertig.

Studienleiterin Professor Ulrike Nitz bezeichnet es als große Herausforderung der Forschung, mehr Licht in die Behandlungsnotwendigkeiten der Frauen mit mittlerem Risiko zu bringen. Frau Nitz formuliert die Leitfragen der Studie wie folgt: „Wer hat ein so geringes Rückfallrisiko, dass keine weitere Therapie, insbesondere keine weitere Chemotherapie, gebraucht wird? Und bei wem ist die Antihormontherapie so wirksam, dass eine Chemotherapie umgangen werden kann?“

Seit langem ist bekannt, dass ein erheblicher Teil der Patientinnen übertherapiert wird. Auch ohne Chemotherapie würden viele Frauen gesund werden und gesund bleiben. Diese Übertherapie trifft besonders häufig die Gruppe der hormonsensiblen Tumore. Vielfach könnten die Frauen auch durch eine alleinige Antihormontherapie wirksam vor einer Wiedererkrankung geschützt werden. In der ADAPT-Studie, die auf 5000 Teilnehmerinnen ausgerichtet ist, erhalten alle Patientinnen die Möglichkeit, ihr Tumorgewebe einem Gentest, dem OncotypeDX®, zu unterziehen. Das Biopsiegewebe wird zur Analyse in die USA geschickt. Bereits fünf Tage später trudelt die Nachricht ein. In der Zwischenzeit gibt es drei Wochen lang eine „Test-Therapie“, die auf den festgestellten Tumortyp ausgerichtet ist (z. B. antihormonelle Therapie bei hormonrezeptorpositiven Frauen). Nach weiteren drei Wochen wird eine zweite Biopsie entnommen und erneut auf eine Verminderung der Wachstumsrate (Ki-67, OncotypeDX®-Test) untersucht. Daraufhin lässt sich sagen, welcher Tumor bereits gut auf die Behandlung anspricht. Zu erkennen ist das, wenn sich das Zellwachstum deutlich verlangsamt hat.

Nach intensiver Beratung kann jede Frau entscheiden, ob sie bei gutem Ansprechen, also bei schrumpfendem Tumor und/oder verlangsamter Zellteilung, auf eine Chemotherapie verzichten will oder nicht. Niemand wird unter Druck gesetzt, aber Untersuchungen haben ergeben, dass über 80% der Patientinnen gern



Ulla Ohlms

auf eine Chemotherapie verzichten würden, wenn ihr Rückfallrisiko sehr gering ist.

Oncotype DX® wird an Parafingewebe untersucht und misst 16 Krebs- und fünf sogenannte Referenzgene. Er ist bereits an mehr als 12.000 Patientinnen in den USA erprobt worden. Der uPA/PAI-1-Test, ein anderer Test für das Rückfallrisiko, misst im Gegensatz dazu keine Gene, sondern Enzyme und erfordert frisches oder tiefgefrorenes Gewebe.

Die ADAPT-Studie ist etwas Besonderes – auch weil sich daran eine Krankenkasse beteiligt. Das ist nicht üblich. Zumeist sind Therapiestudien Pharma-finanziert. In diesem Fall aber trägt die AOK Rheinland/Hamburg für ihre Versicherten die doch beträchtlichen Kosten für den amerikanischen Gentest. Oncotype DX® kostet immerhin 3000 Euro pro getestete Person. Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender dieser Krankenkasse, begründet das finanzielle Engagement mit dem hohen Interesse an einer Therapieoptimierung und möchte seinen Versicherten „... unwirksame Behandlungen und überflüssige Nebenwirkungen ersparen und so die Lebensqualität erhöhen“. Auf Nachfragen zeigte er sich optimistisch, dass auch andere Kassen seinem Beispiel folgen und ebenfalls die Kosten für ihre Versicherten tragen würden.

Kritik an dieser Studie gibt es von Professor Untch, Berlin. Er bezeichnet das Vorgehen der AOK als „Insellösung“ für Nordrhein-Westfalen und Hamburg und votiert außerhalb von Studien für

den Standardeinsatz des uPA/PAI-1, der allerdings nur bei Frauen ohne Lymphknotenbefall eingesetzt werden kann.

Patientinnen, die nicht AOK-Mitglieder im Rheinland und in Hamburg sind und deshalb nicht an der ADAPT-Studie teilnehmen können, haben trotzdem Zugang zum Oncotype DX-Test, und zwar durchaus kostengünstig. Nach Beratung mit dem

behandelnden Arzt können Patientinnen vor der Operation einen besonderen Service von Genomic Health nutzen. Das sogenannte „Genomic Access Program“ ermöglicht ihnen den Zugang zum Test und berät zur möglichen Kostenübernahme.

Ulla Ohlms, Vorstand Stiftung PATH

Vom Spenden

Liebe PATH-Frauen,

ein Jahr ist vergangen, seit unser letzter Newsletter Sie erreicht hat. Wir hoffen sehr, dass es Ihnen gut geht, und möchten uns bei Ihnen für die eingegangenen Spenden herzlich bedanken.



Carmen Waldner, Doris C. Schmitt, Ulla Ohlms

Das hilft uns sehr, unser wichtiges Projekt weiterzuführen. Manchmal wenn die Arbeit einfach zu viel wird, und wieder ein Wochenende am Schreibtisch verbracht wird, helfen Ihre Spenden, wieder in Schwung zu kommen und im fünften Gang weiterzufahren.

Uns interessiert, welche Anregung zum Thema „Spenden – aber wie?“ (Newsletter 4, Seite 11) Sie ausprobiert haben. Gerne können Sie uns Ihre Geschichten oder Erfahrungen mitteilen, die wir gerne auch im nächsten Newsletter veröffentlichen würden.

Wir sind jetzt schon richtig „groß“! Fast 6000 Frauen haben sich entschlossen, mit ihrem Tumorgewebe die Forschung zu unterstützen. So langsam wird ein neuer Gefrierbehälter nötig, damit wir weiter sammeln und einlagern können.

Zu den Gewebeproben gehören natürlich die wichtigen Follow-up-Daten, die wir von Ihnen erhalten. Sie unterstützen uns sehr, wenn wir Sie anrufen dürfen und unsere Datenbank mit Ihren Angaben ergänzen können. Deshalb muss auch unser Büroteam aufgestockt werden, damit wir weitere Daten gewinnen und eingeben können. Nur die Kombination von Gewebeproben und Daten kann die Forschung umfassend unterstützen.

Sie sehen, es ist wunderbar, dass wir so gewachsen sind, aber jedes Wachstum kostet Geld. Das haben Sie sicher auch bei Ihren Kindern erlebt: Je mehr sie wachsen, desto teurer wird es.

Wir versuchen weiter unserem Prinzip treu zu bleiben und allen betroffenen Frauen, die in unseren sieben Kooperationskliniken

behandelt werden, eine kostenlose Lagerung ihres Tumorgewebes zu ermöglichen. Wegen der hohen Kosten wissen wir aber nicht, ob wir das langfristig durchhalten können. Deshalb meine Frage an Sie: Könnten Sie sich vorstellen, regelmäßig einen kleinen Betrag (50 Euro) im Jahr zu spenden? Ihre Meinung interessiert uns sehr und wir freuen uns auf Ihre Vorschläge. Wussten Sie, dass es inzwischen gewerbliche Tumorbanken gibt, die fast

2000 Euro für die Einlagerung pro Patientenprobe verlangen? Nur wenige können sich das leisten. Das ist nicht unser Weg, wir wollen es allen Patientinnen ermöglichen, PATH-Frauen zu werden.

Ulla Ohlms, Doris C. Schmitt, Carmen Waldner,
Vorstand Stiftung PATH

Minderwertige Brustimplantate

„Auf jeden Fall vorsorglich entfernen lassen!“

Der Skandal um minderwertige Brustimplantate hat auch in Deutschland viele tausend Frauen in Angst und Schrecken versetzt – Frauen, die sich aus kosmetischen Gründen oder nach einer Brustkrebsoperation ein Implantat einsetzen ließen. Denn es besteht der Verdacht, dass diese Implantate, die offenbar eine äußerst brüchige äußere Silikonhülle haben und mit einem minderwertigen, eigentlich für Industrieprodukte bestimmten Silikongel gefüllt sind, im Körper reißen oder zumindest Entzündungen auslösen können. Laboruntersuchungen ergaben zudem, dass das Industriesilikongel in den Körper abgegeben werden kann. In Frankreich wurde dieser Skandal zuerst aufgedeckt.



Prof. Dr. Thomas Dimpfl

Inzwischen haben sich bereits mehrere Frauen gemeldet, denen eines der umstrittenen Implantate eingesetzt wurde und bei denen jetzt neue Malignom-Erkrankungen festgestellt wurden – darunter ein anaplastisches großzelliges Lymphom sowie Adenokarzinome der Brust.

Mit Blick auf die Fakten, die bestehenden Unsicherheiten und die möglichen Risiken empfehlen Frauenärzte und Senologen den betroffenen Frauen dringend, sich das minderwertige Implantat auf jeden Fall vorsorglich wieder entfernen zu lassen. Die Experten verweisen in diesem Zusammenhang auf eine Stellungnahme, die die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) gemeinsam mit dem Bundesverband der Frauenärzte (BVF) sowie drei weiteren Fachgesellschaften veröffentlicht hat. Darin wird ebenfalls empfohlen, alle entsprechenden Implantate zu explantieren – „und zwar unabhängig davon, ob Zeichen einer Ruptur (eines Risses) oder eines Gelbleedings vorliegen“.

Aufschluss darüber, ob sie eines der minderwertigen Implantate der Firmen PIP, Rofil oder pfm in sich tragen, finden betroffene Frauen in ihrem Implantat-Pass. Die Klinik, die die Operation vorgenommen hat, kann und muss selbstverständlich auch Auskunft über die Herkunft des Implantats geben.

Die Explantation sollte möglichst in einem zertifizierten Brustzentrum durchgeführt werden. Dort können dann im Anschluss auch alle erforderlichen Maßnahmen wie zum Beispiel die Untersuchung von Gewebeproben und eine Mammografie vorgenommen werden – bis hin zum Einsatz eines neuen Implantats, wenn

die betroffene Patientin dies wünscht und aus medizinischer Sicht nichts dagegenspricht.

Die Entfernung des Implantats und der Austausch wird übrigens dann von den Krankenkassen bezahlt, wenn die Implantation im Rahmen einer Brustkrebsoperation rekonstruktiv erfolgte.

Die Kosten einer alleinigen Explantation – ohne Ersatz – werden ebenfalls von den Krankenkassen übernommen. Patientinnen, die sich das mangelhafte Implantat aus ästhetischen Gründen

einsetzen ließen und dieses nunmehr durch ein anderes austauschen lassen wollen, sollten mit ihrem Arzt und der jeweiligen Krankenkasse über die Kostenübernahme sprechen.

Prof. Dr. Thomas Dimpfl, Direktor der Frauenklinik am Klinikum Kassel, Leiter des dort ansässigen interdisziplinären und zertifizierten Brustzentrums sowie designierter Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGOG)

„Stellenanzeige“

Wir suchen einen netten Menschen, der sich beim PATH-Vorstand ehrenamtlich engagieren möchte. Wir sind eine gemeinnützige Stiftung, die das Ziel hat, die Krebsforschung mit Tumorproben zu unterstützen. Wir wollen so dazu beitragen, Brustkrebs mittelfristig heilbar zu machen. Wir Akteure/Akteurinnen sitzen an verschiedenen Orten und kommunizieren via E-Mail.

Gesucht wird eine Frau oder ein Mann mit Verstand, Herz und freier Zeit. Studium, Lehre, Auslandsaufenthalte und Praktika sind nicht nötig. Kenntnisse über Brustkrebs (gern auch aus persönlicher Erfahrung) schaden nicht. Sicherheit im Umgang mit Internet und Online-Kommunikation per Mail wäre prima.

Die Bezahlung ist „virtuell“, d. h., ein Gehalt gibt es nicht. Aber dafür sind Sie Mitglied in einem tollen Team (Vorstand und Projektleitung). Sie fahren gelegentlich auf Kongresse und ernten viel Freude und Anerkennung bei der ehrenamtlichen Arbeit. Es macht einfach Spaß, sich für eine gute Sache einzusetzen!

Wir freuen uns auf Ihre „Bewerbung“.

Bitte an info@stiftungpath.org

Es geht voran!

Forschung mit PATH-Proben

Stiftungsziel von PATH ist die Unterstützung der Krebsforschung mit Gewebeproben und (vollständig anonymisierten bzw. pseudonymisierten!) Daten. Viele Experten raten uns dazu, die gesammelten Proben nicht zu schnell abzugeben. Tatsächlich wächst der wissenschaftliche Wert des Gewebes mit der Zeit, es wird immer interessanter, je mehr Informationen zu Therapieeinhaltung, Krankheitsverlauf und Gesundungsprozess vorliegen.



Dr. Tobias Anzeneder, PATH, Ulla Ohlms, PATH, Dr. Ralph Wirtz, Köln, Prof. Dr. Peter Lichter, DKFZ, Verena Thewes, DKFZ, Dr. Frederik Marme, Frauenklinik Universität Heidelberg, Prof. Dr. Peter Altevogt, DKFZ, Prof. Dr. Andreas Schneeweiss, Universität Heidelberg, NCT

Doch jetzt ist die Zeit gekommen, erste Projekte in der Krebsforschung zu unterstützen. Wir haben Gespräche geführt, Kontakte geknüpft und konnten mit renommierten Krebsforschern spannende Forschungskooperationen verabreden. Bei der Auswahl und Entscheidung, ob ein Vorhaben beschickt werden soll, wird der PATH-Vorstand durch das Kuratorium und Experten aus dem wissenschaftlichen Beirat beraten und unterstützt.

Was steckt im Blut?

Eine wissenschaftliche Untersuchung, die mit PATH-Proben beschickt wurde, hat uns die Biologin Vera Klotten im Folgenden beschrieben. Frau Klotten arbeitet in der Arbeitsgruppe „Molekulare Onkologie“ von Professor Dahl an der Technischen Hochschule (RWTH) Aachen und forscht an der Früherkennung von Brustkrebs anhand der Untersuchung einer Blutprobe der Patientin.

Dabei spielen sogenannte „molekulare Biomarker“ (siehe Infokasten 1), die einen bösartigen Tumor der weiblichen Brust frühzei-

tig anzeigen können, eine wichtige Rolle. Es ist so, dass Erbsubstanz aus den Tumorzellen der Brust in kleinsten Mengen auch ins Blut gelangt, z. B. wenn Tumorzellen sterben oder als Einzelzellen im Blutsystem zirkulieren. Veränderungen der Erbsubstanz, die charakteristisch sind für Brustkrebs, lassen sich dann mittels hochsensitiver Methoden auch im Blut nachweisen. Diese spezifischen Veränderungen der Krebszelle sind die eigentlichen Biomarker, die mittelfristig eine hohe klinische Bedeutung erzielen können.

Eine wichtige spezifische Veränderung der Erbsubstanz in Brusttumoren ist die sogenannte DNA-Methylierung (siehe Infokasten 2), die zum Beispiel dazu führen kann, dass Gene, die normalerweise das Zellwachstum bremsen, abgeschaltet werden. Die Tumorzelle macht sich also diesen Mechanismus zunutze, um ihr Wachstum zu fördern. Gleichzeitig hinterlässt dieser Vorgang aber eine typische Spur, die prinzipiell zum frühzeitigen Auffinden von Brusttumoren anhand einer Blutanalyse genutzt werden könnte.

In der aktuellen Studie der Arbeitsgruppe „Molekulare Onkologie“ der RWTH Aachen konnten mit Hilfe von Blutproben, die zum großen Teil aus der PATH-Tumorbank stammen, und mit Blutproben, die von gesunden Frauen gespendet wurden, mehrere Brustkrebs-Biomarker gefunden und untersucht werden. Mit Hilfe dieser Biomarker konnten in 67% der untersuchten Blutproben von Brustkrebspatientinnen brustkrebspezifische Veränderungen nachgewiesen werden, in 33% der untersuchten Fälle war dies nicht der Fall.

Diese Nachweis-Wahrscheinlichkeit, auch Sensitivität genannt, von 67% reicht noch nicht. Hier muss also weiter geforscht werden, bevor ein entsprechender Test den Patientinnen zugutekommen könnte.

Ziel der Aachener Forschergruppe ist es deshalb, die bereits gefundenen Biomarker zu verbessern und zu erweitern, um im bestmöglichen Fall über 90% der Brusttumore anhand der beschriebenen Blutanalyse auffinden zu können. Erst dann ist die Forschung so weit, dieses Verfahren in der Praxis, also bei der Untersuchung von Frauen, anzuwenden. Es ist noch ein ganzes Stück Weg zurückzulegen. Aber die ersten Schritte zeigen in die richtige Richtung.

Warum versagen bewährte Medikamente?

Seit kurzem sind wir im Gespräch mit Forschern, die sich Gedanken über Therapieresistenzen machen. Für uns als Patientinnen ist es immer wieder schmerzlich zu erfahren, dass es trotz guter und lang erprobter Medikamente Rückschläge gibt. Warum hilft Medikament X vielen Frauen bestens und heilt sie sogar für immer? Aber warum versagt das gleiche Mittel bei einigen Frauen und die Krankheit schreitet fort? Kann es dazu Antworten aus den molekularbiologischen Untersuchungen des Gewebes geben?

Weil uns diese Frage so sehr am Herzen liegt, versuchen wir Forscher zu finden, die sich mit Therapieresistenzen beschäftigen. Der Vorstand der Stiftung PATH wird alle PATH-Frauen als Spenderinnen der Proben immer zeitnah über neue Forschungsvorhaben informieren, die wir mit Gewebe oder Blutserum unterstützen können. Da dies den Rahmen des Newsletters sprengt, werden alle Probenvergaben an Forscher und Wissenschaftler im Internet veröffentlicht.

Unter www.stiftungpath.org/forschung/projekte sind auch die bisher geförderten Vorhaben aufgelistet.

Dr. Tobias Anzeneder, Projektleitung Stiftung PATH,
Ulla Ohlms, Vorstand Stiftung PATH



Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft

Infokasten 1, Biomarker:

In der Medizin sind Biomarker messbare biologische Merkmale, z. B. Zellen, Erbsubstanz oder andere Bestandteile im Blut, die auf einen normalen oder krankhaften Prozess im Körper hinweisen. Jedem Menschen/Patienten sind Blutbild und Blutzuckerwert gut bekannt. Dies sind klassische Biomarker, die der Hausärztin/dem Hausarzt zeigen, wenn etwas nicht in Ordnung ist. Mit den Anstrengungen, neue Biomarker für Krebs aufzuspüren, ist die Hoffnung verbunden, Krankheiten früher, sicherer und einfacher zu erkennen.

Infokasten 2, DNA-Methylierung:

Die DNA ist der Stoff, aus dem die Erbsubstanz überwiegend aufgebaut ist, die DNA trägt die Erbinformation in sich. Wird die Erbsubstanz verändert, werden also die Informationen abgewandelt, spricht man von Mutationen. Neben diesen Vorgängen gibt es auch Abänderungen, die die Erbinformationen unberührt lassen. Die Wichtigste dieser sogenannten „epigenetischen Modifikationen“ ist die DNA-Methylierung. Hierbei kommt es zu einer chemischen Übertragung eines kleinen biologischen Bausteins auf die Erbsubstanz. Häufig unterscheiden sich gesunde und kranke Zellen in der Art, wie ihre Erbsubstanz auf diese Weise verändert ist.

Die Behandlung von Knochenmetastasen sollte interdisziplinär abgestimmt werden

Knochenmetastasen bringen erhebliche Beschwerden für die Brustkrebspatientin. Deshalb sollten alle Behandlungsmöglichkeiten wie Schmerzbekämpfung und eventuelle Operation in einem Tumorboard abgestimmt werden.

Neben der systemischen Therapie, die die Krebszellen im ganzen Körper vernichten soll, können ergänzend Bisphosphonate oder Denosumab eingesetzt werden. Diese knochenschützenden Medikamente hemmen die sogenannten Osteoklasten (Knochenfresszellen) und unterdrücken somit die schädlichen Umbauprozesse im Knochen.

Die Behandlung mit Bisphosphonaten, die als Infusion oder Tabletten verabreicht werden, oder die Behandlung mit dem Antikörper Denosumab als Infusion sollte bei nachgewiesenen Knochenmetastasen so früh wie möglich einsetzen. So kann die Rate an Komplikationen im Skelettsystem gesenkt werden, Schmerzen verringert und die Lebensqualität der betroffenen Frauen verbessert werden.

Mehr Freizeit und mehr Freiheit für Brustkrebspatientinnen mit einem HER2-positiven frühen Brustkrebs

Herceptin soll bald auch in vereinfachter Anwendungsform subkutan (unter die Haut) verabreicht werden. Beim EBCC (European Breast Cancer Conference) in Wien, März 2012, wurden erste Ergebnisse der HannaH-Phase-III-Studie vorgestellt

Die Resultate ergaben für die subkutane Darreichungsform eine ähnliche Wirksamkeit wie für die Standardformulierung von Trastuzumab (Herceptin®) zur intravenösen Infusion bei Frauen mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium. An der offenen Phase-III-Studie nahmen 596 betroffene Frauen teil. Ziel war es, die Konzentration von Trastuzumab im Blut, die Wirksamkeit und die Sicherheit von subkutan verabreichtem Herceptin mit der von intravenös appliziertem Herceptin zu vergleichen.

Dies ist eine wichtige innovative Weiterentwicklung des Medikaments. Der entscheidende Vorteil der subkutanen Applikation ist die hohe Anwenderfreundlichkeit, da kein intravenöser Zugang mehr gelegt werden muss. Mit einer Spritze unter die Haut kann das Präparat in rund fünf Minuten verabreicht werden. Die Zeiterparnis von mindestens 40 Minuten (Wartezeiten nicht eingerechnet) wird sicherlich viele Frauen ansprechen – vor allem Frauen, die zeitlich unabhängiger sein wollen oder müssen. Der Arztbesuch kann somit kurzfristig und individuell geplant werden.

Doris C. Schmitt, Vorstand Stiftung PATH

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

Redaktion:

Ulla Ohlms
Vorsitzende Stiftung PATH –
Patienten-Tumorbank der Hoffnung
Postfach 31 02 20
86063 Augsburg
ohlms@stiftungpath.org

Layout:

UNTERWEGER
HEALTHCARE COMMUNICATION

Lektorat:

Jutta Kühn

Generika in der Therapie nach Brustkrebs

„Umstellung“ bei den Aromatasehemmern

Hat sich etwas bei Ihnen verändert? Erhalten Sie auf einmal andere Tabletten? Bekamen Sie früher Femara, Aromasin oder Arimidex und jetzt ein Arzneimittel mit einem dieser Wirkstoffe von einem anderen Hersteller? Anastrozol, Exemestan und Letrozol (so heißen die Wirkstoffe) werden jetzt auch als Generika angeboten. Generika sind wirkstoffgleiche Kopien der Medikamente mit Markennamen. Die Firma, die erhebliche Kosten in die Forschung und Entwicklung eines neuen Medikaments gesteckt hat, lässt das neue Produkt immer durch ein Patent schützen. Nachahmung und Kopie ist erst einmal verboten! Während der Patentlaufzeit eines neuen Wirkstoffes gibt es Arzneimittel mit diesem Wirkstoff nur von einem Hersteller. So war es auch bei Femara, Aromasin oder Arimidex. Diese Präparate werden bei Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs eingesetzt und Frauen nach den Wechseljahren verschrieben.

Generika sind wirkstoffgleiche Folgeprodukte von ehemals patentgeschützten Arzneimitteln und sind meist deutlich preiswerter im Handel.

Generika dürfen nur nach einer Prüfung durch die staatlichen Zulassungsbehörden auf den Markt gebracht werden. Die Hersteller weisen dabei nach, dass ihre Arzneimittel den gleichen Wirkstoff in der gleichen Dosierung enthalten. Hierfür gibt es genaue Richtwerte und Vorgaben, die eingehalten werden müssen. Auch die Darreichungsform (z. B. als Tablette) muss mit dem Originalarzneimittel vergleichbar sein. In Tests und Studien wird belegt, dass im Körper ähnlich schnell und intensiv die Wirkung eintritt. Fachleute sprechen hier von Bioverfügbarkeit und -äquivalenz.

Oft gibt es Misstrauen gegenüber diesen Angaben, und es herrscht Unsicherheit darüber, ob die Medikamente tatsächlich genauso wirksam und genauso verträglich sind. Unabhängige Wissenschaftler bewerten diese Problematik als deutlich überschätzt. Zwar können sich Generika durch andere Farb-, Konservierungs- und Geschmacksstoffe in Form und Farbe vom Original unterscheiden, jedoch ist der Unterschied in der Freisetzung des Wirkstoffes und dessen Aufnahme am „Zielort“ im Körper minimal. Viele Experten meinen, dass die Wirkstofffreisetzung im Alltag viel mehr variiert mit der unterschiedlichen Einnahme des Medikaments, also ob es vor oder nach dem Essen genommen wird, zu verschiedenen Uhrzeiten oder sogar in Verbindung mit bestimmten Speisen und Getränken.

Alles in allem bleibt insgesamt festzustellen: Gleicher Wirkstoff = gleiche Wirkung!

Der große Unterschied, den Generika zum Original haben, ist ihr Preis. Damit sind Generika das Rückgrat der Arzneimittelversorgung. Im Jahr 2008 waren 62 % aller in Deutschland verschriebenen Arzneimittel Generika. Die so eingesparten Kosten sind ein Beitrag zu den finanziellen Möglichkeiten für die Bezahlung weiterer medizinischer Innovationen.



Dr. Tobias Anzeneder

Durch die Umstellung von einem bisher erhaltenen bekannten Medikament auf nunmehr denselben Wirkstoff unter einem anderen Namen kann es zu Verunsicherungen kommen. Hierfür besteht kein Grund. Generika sind qualitativ hochwertige, sichere Kopien des Originals und wirken identisch.

Aromatasehemmer-Generika sind also so sicher und so gut wie das Arzneimittel, mit dem Sie bislang behandelt wurden. Auch die möglichen Nebenwirkungen sind oft die gleichen wie bei den bereits vertrauten Produkten.

Gerade in der Therapie nach Krebs ist es wichtig, dass die verordneten Medikamente regelmäßig und nach den Empfehlungen eingenommen werden. Unbedingt ist zu beachten, dass bei auftauchenden Problemen die Therapie auf keinen Fall eigenmächtig abgebrochen werden soll. Sie gefährden Ihre Gesundheit. Stattdessen sollten Sie umgehend mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sprechen. Für den Umgang mit Nebenwirkungen (z. B. Gelenk- und Muskelschmerzen, Schlafstörungen usw.) gibt es anerkannte Empfehlungen und mehrstufige Behandlungspläne. Sollten Sie Interesse an diesen Vorgaben haben und diese als Vorlage für das Gespräch bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin benötigen, sprechen Sie uns einfach an. Wir stellen Ihnen diese Unterlagen gerne zur Verfügung.

Dr. Tobias Anzeneder, Projektleitung Stiftung PATH

Anzeige

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 unseren Wissensvorsprung, um neue Therapien zu entwickeln.

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

www.amgen.de

AMGEN



Anzeige

Den Krebs zu besiegen ist unser Ziel.
Mit vereinten Kräften.



Wir von Roche Pharma arbeiten mit Leidenschaft an der Zukunft der Krebsmedizin, um den Patienten den Schrecken der Krankheit zu nehmen. Unsere jahrzehntelange Erfahrung und innovativen Forschungstechnologien sind die Basis für neue, richtungsweisende Therapien in der Onkologie. Symptome nicht nur behandeln, sondern langfristig Krebs besiegen: Das ist für uns kein Traum, es ist das Ziel.

Roche Onkologie

Die treibende Kraft

www.roche-onkologie.de

