

FRAUEN & FORSCHUNG  
GEGEN BRUSTKREBS E.V.

# mamazone **MAG**

AUSGABE WINTER 2024

IN ZUSAMMENARBEIT MIT  
*Journal*  
Allianz gegen Brustkrebs e.V.

**Titelthema**

## Nachsorge

**Bangen, hoffen, warten**

Keine Früherkennung des Rückfalls

**Her2-positiver Brustkrebs**

Kann jeder dritten Patientin eine  
Chemotherapie erspart werden?

**Polyneuropathie**

Muskeltraining wirkt gegen Nervenschädigung

**mamazones Studienfinder**

Mit „Studie-für-mich“ schnell  
aktuelle Brustkrebsstudien finden





Foto: AdobeStock / Krakenimages.com

## TITELTHEMA

- 4 **Nachsorge – Bangen, hoffen, warten**  
**Keine Früherkennung des Rückfalls**
- 7 **Ambulante Nachsorge:**  
**Lange Wartezeiten auf einen Arzttermin – warum?**
- 10 **Kommentar**  
**– Wir brauchen eine „neue Nachsorge“**



Foto: AdobeStock / catallin

## MEDIZINUNDFORSCHUNG

- 12 Tamoxifentherapie  
**Kann weniger mehr sein – bessere Verträglichkeit durch überwachte Dosisreduktion?**
- 14 Her2-positiver Brustkrebs – Therapiesteuerung mit PET-CT  
**Kann jeder dritten Patientin eine Chemotherapie erspart werden?**
- 16 Brustkrebsdiagnostik  
**MRT vor OP – weniger Nachoperationen**
- 18 Brustkrebsrisiko Übergewicht  
**Magenband und Magenoperationen senken Brustkrebsrisiko**
- 20 Frühes Mammakarzinom  
**KI67: Ab welchem Wert besteht ein hohes Risiko?**
- 22 Triple negativer Brustkrebs (TNBC)  
**Längeres krankheitsfreies Überleben mit Kombitherapie**

**Wichtig zu wissen:**  
mamazone hat ab dem 1. Januar 2025 ein neues Zuhause.

**Unsere neue Adresse:**  
Wilhelm-Hauff-Str. 34, 1. Stock, 86161 Augsburg  
Telefon- und Fax-Nummer bleiben unverändert



Foto: AdobeStock / Olexandr

## IN EIGENER SACHE

- 24 25 Jahre mamazone  
**Von der behandelten zur handelnden Patientin**
- 28 Kompetent, konsequent, konstruktiv  
**Seit 2007 ist mamazone auch in Südtirol aktiv**
- 30 Diplom-Patientin 2024 und onkologischer Patiententag  
**Fachwissen, Erfahrungen, Tipps, Workshops**
- 33 mamazone erhält besonderes Geburtstagsgeschenk
- 34 mamazone Umarmungstuch  
**Unser Tuch wird geliebt**
- 36 Kolleg BreastCare in Hamburg  
**„Wir haben mehr Behandlungsmöglichkeiten“**

## GUT ZU WISSEN

- 40 Polyneuropathie  
**Muskeltraining wirkt gegen Nervenschädigung durch Chemotherapie**
- 42 Übelkeit während der Chemotherapie  
**Kombination aus Cannabis-Wirkstoffen wirkt**
- 44 Sport und Bewegung  
**Viel Wirkung – ohne Nebenwirkung**
- 48 Medizinische Studien  
**„Studie-für-mich“ – mamazones Studienfinder**
- 49 Bisphosphonate zur Rezidivprophylaxe  
**Verordnung jetzt auf Kassenrezept erhältlich!**
- 50 Manuelle Lymphdrainage  
**Verordnung seit Oktober ohne Zeitangabe möglich**
- 51 Nebenwirkungen Chemotherapie  
**Prozessgesteuertes Kühlverfahren (Hilotherapie) reduziert Haarausfall und wirkt gegen Polyneuropathie**
- 52 Survivorship  
**Die Seele ist oft jahrelang krank**

## ZU GUTER LETZT

- 54 Weihnachtsgruß
- 55 Danke, Danke, Danke
- 56 Support vor Ort
- 58 Stärken Sie uns durch Ihre Mitgliedschaft!
- 59 Impressum



Foto: SPM (K)

## Liebe Leserinnen, Liebe Leser, Liebe Freunde und Förderer von mamazone und der Allianz gegen Brustkrebs

In diesem Jahr feiert mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs – das 25jährige Bestehen. Seit Gründung des Vereins hat sich die medizinische Versorgung von Frauen und Männern, die an Brustkrebs erkranken, deutlich verbessert. 1999 wurden alle Betroffenen noch weitestgehend einheitlich nach den gleichen Standards behandelt und das Therapiespektrum konzentrierte sich vor allem auf Operation, Chemo- und Strahlentherapie und die antihormonelle Behandlung.

Heute wissen wir: Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs. Wissenschaft und Forschung haben gelernt: Entscheidend für die Behandlung und die Verringerung des Rückfallrisikos ist der genetische Fingerabdruck des Tumors, also die Tumorbilologie. Deshalb stehen für die Behandlung – dank der enormen Fortschritte in der Forschung – mittlerweile zahlreiche innovative, zielgerichtete Therapiealternativen mit hoch wirksamen Substanzen zur Verfügung. Und in atemberaubendem Tempo kommen neue, weniger nebenwirkungsreiche Medikamente und Behandlungsverfahren wie lokal eingesetzte, minimal-invasive Operations- und Bestrahlungsverfahren hinzu, die die Prognose für die Patientinnen und Patienten verbessern.

Diese Entwicklung war und ist kein Selbstläufer. Es waren die betroffenen Patientinnen, die den Finger in die Wunde legten, sich weigerten, Brustkrebs als Schicksal zu akzeptieren und von der Wissenschaft immer wieder neue Studien einforderten, um das Entstehen der Erkrankung zu verstehen und damit bessere Behandlungsmöglichkeiten für die Betroffenen zu er-

öffnen. Anlässlich des Geburtstags von mamazone blicken wir in dieser Ausgabe im Interview mit Vorstandsmitglied Romana Gilg auf die Anfänge von mamazone zurück und erinnern an die eindrucksvolle Erfolgsgeschichte des Vereins, der heute mehr als 1.600 Mitglieder zählt und damit eine der wichtigsten Patientenstimmen bei Brustkrebs ist.

Das große Thema behandelt die Nachsorge bei Brustkrebs, die anders als die Behandlung immer noch nicht individuell und risikoadaptiert, sondern nach einem einheitlichen Schema erfolgt. Wir zeigen die Gründe dafür auf und gehen in einem weiteren Artikel auf die Ursachen der derzeitigen Probleme in der ambulanten Nachsorge ein. Unter den Rubriken „Medizin und Forschung“ und „Gut zu wissen“ sind wie immer aktuelle Studienergebnisse und Behandlungstipps zu finden. Und natürlich berichten wir auch ausführlich über das Projekt Diplom-Patientin, den Patiententag am Klinikum Augsburg und das Kolleg BreastCare in Hamburg.

Übrigens: Wir freuen uns auf Themenanregungen und Artikel aus dem Kreis der Leserinnen und Leser – schreiben Sie uns, wenn Sie ein bestimmtes Thema besonders interessiert oder wenn Sie selbst als Autorin aktiv werden möchten. Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre, eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Start in ein gesundes Neues Jahr 2025.

Ihre  
Annette Kruse-Keirath und Biggi Welter



Foto: AdobeStock / Krakenimages.com

Nachsorge

# Bangen, hoffen, warten Keine Früherkennung des Rückfalls

Die Nachsorge ist noch immer ein Stiefkind in der Versorgung von Brustkrebspatientinnen. Dabei bewegt die Betroffenen nach Abschluss der Behandlung nichts mehr als die Frage: Bin ich wirklich gesund? Kann der Krebs zurückkommen, und was kann ich dafür tun, damit die Erkrankung bei einem Rückfall rechtzeitig entdeckt wird?

Das offizielle Nachsorgeprogramm, das sich an der S-3-Leitlinie und den AGO-Leitlinien orientiert, gibt auf diese Fragen kaum Antworten. Denn es zielt in erster Linie darauf ab, Lokalrezidive und Spätfolgen der Therapie frühzeitig zu entdecken und zu behandeln. Beratung und Anleitung zu einem gesunden Lebensstil und zur Selbstuntersuchung

der Brust sowie Motivation der Patientin zur Therapietreue sind ebenfalls Gegenstand der Nachsorge.

Eine gezielte Suche nach Fernmetastasen, die weitaus gefährlicher sind als ein Wiederauftreten der Erkrankung in der Brust, findet bei Frauen ohne Symptome nicht statt. Erst dann, wenn eine Patientin über Beschwerden klagt oder Veränderungen feststellt, werden weitere Untersuchungen eingeleitet. Es gilt also weiterhin: Bei Beschwerden bitte melden!

Der Grund dafür: Wissenschaftliche Studien, die allerdings aus den 1980er und frühen 1990er Jahren stammen, ergaben keine Belege dafür, dass eine intensiverte Nachsorge mit gezielter Suche nach Ver-

änderungen, die auf die Bildung von Metastasen hindeuten, die Prognose für die Patientinnen verbessern. Bei Frauen, die z.B. an den Studien von Roselli oder Ghezzi (GIVIO-Studie) teilnahmen und eine intensiverte Nachsorge mit Röntgenuntersuchung des Brustraums, Skelettszintigraphie, Ultraschalluntersuchung der Leber und Laboruntersuchungen (Bestimmung von Gamma-GT und alkalischer Phosphatase) erhielten, zeigte sich nach fünf Jahren kein signifikant höheres Gesamtüberleben als in der Kontrollgruppe mit Standardnachsorge. Eine Cochrane Analyse von Rojas et al. aus dem Jahr 2005 kam zu ähnlichen Ergebnissen. Wenn zusätzliche Untersuchungen keinen Überlebensvorteil bewirken, sind sie überflüssig, so die Schlussfolgerung der Studien.

**Alte Evidenz trifft neue Herausforderungen**

Die heutigen Empfehlungen in den Leitlinien folgen - mangels fehlender anderslautender wissenschaftlicher Evidenz - noch immer diesen sehr alten und veralteten Studienergebnissen. Für symptomfreie Patientinnen wird keine systematische Suche nach Fernmetastasen mittels Laboruntersuchungen oder bildgebender Diagnostik empfohlen. In den ersten drei Jahren nach Abschluss der Therapie sehen die aktuellen AGO-Empfehlungen eine vierteljährliche bzw. halbjährliche Kontrolluntersuchung beim Frauenarzt, die monatliche Selbstuntersuchung der Brust, und eine jährliche Mammographie (bei brusterhaltender Operation beidseits, bei Entfernung der erkrankten Brust auf der gegenüberliegenden Seite) vor.

Patientinnen, die eine Behandlung mit Anthrazyklin oder Trastuzumab erhalten haben, sollten nach 6, 12 und 24 Monaten und danach bis fünf Jahre nach Abschluss der Therapie jährlich eine Ultraschalluntersuchung des Herzens erhalten.

**One fits for all – das Prinzip funktioniert auch in der Nachsorge nicht**

Während die Therapieentscheidung heute auf Grundlage der biologischen Merkmale des Tumors und der Risikokonstellation der Frau erfolgt, folgt die Nachsorge damit weiterhin dem Prinzip: One fits for all. Alle Patientinnen werden nach einheitlichem Standard und nicht individuell und risikoadaptiert betreut.

Für die betroffenen Patientinnen ist dies eine unbefriedigende und nur schwer hinnehmbare Situation. Denn nicht nur für medizinische Laien ist es unverständlich, dass das Prinzip, das für die Früherkennung von Brustkrebs bei gesunden Frauen gilt, für die Früherkennung des Rückfalls keine Rolle spielen soll. So bewirbt beispielsweise die Kooperationsgemeinschaft Mammographie-Screening die Teilnahme am Früherkennungsprogramm auf ihrer Homepage mit dem Slogan: Weil Früherkennung Leben retten kann - je früher die Erkrankung erkannt wird, desto höher ist die Heilungschance! Wenn diese Aussage für die Früherkennung von Brustkrebs richtig ist, wie kann es dann sein,

dass in der Nachsorge darauf verzichtet wird, ein Wiederauftreten der Erkrankung frühzeitig zu entdecken und abzuwarten, bis der Brustkrebs sich von sich aus mit Beschwerden zurückmeldet?

**Graues Screening auch in der Nachsorge**

Viele Patientinnen lassen deshalb in Eigenverantwortung zur eigenen Sicherheit z.B. regelmäßig ihre Tumormarker bestimmen oder die Brust mittels Ultraschall oder MRT untersuchen. Meist auf eigene Kosten, da die betreuenden Ärzte im Rahmen eines „grauen Screenings“ keine Untersuchungen zu Lasten der Krankenkassen veranlassen dürfen, für die keine medizinische Notwendigkeit besteht. Frauen mit begrenzten finanziellen Mitteln können diese Möglichkeiten nicht nutzen. Ein weiteres Problem besteht darin, dass es für solche Zusatzuntersuchungen derzeit keine Qualitätsstandards gibt, sich die Referenzwerte von Laboren unterscheiden, Geräte für eine Untersuchung nur bedingt geeignet sind und die Untersucher nicht über die notwendige diagnostische Erfahrung verfügen.

Nachsorge bei invasiven und nicht invasiven Karzinomen Synopsis			
Empfehlung für asymptomatische Patientinnen (mod. nach ASCO-ACS Empfehlungen 2016, NCCN 2022, ESMO 2019 und S3-Leitlinie 2017)			
Jahre nach Primärtherapie	Nachsorge / Follow-Up*		Screening / Follow up
	1	2 3	4 5
Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung	inv.: alle 3 Mon. in situ: alle 6 Mon.		alle 6 Mon. alle 12 Mon.
Selbstuntersuchung	monatlich		
Bildgebende Diagnostik, Laboruntersuchungen	indiziert nur bei Symptomatik +/- Befunden +/- Verdacht auf Rezidiv/Metastasen bzw. Monitoring der Nebenwirkungen der Therapie		
Mammographie und ergänzende Sonographie	BET**		
	beidseits: alle 12 Monate		
	Mastektomie		
	kontralateral alle 12 Monate		
Echokardiografie	6, 12, 24 Monate, dann jährlich bis 5 Jahre nach Abschluss Anthrazyklin- oder Trastuzumab-haltiger Therapie (v. a. bei Risikofaktoren); danach alle 5 Jahre		

\* Fortlaufende "Nachsorgeuntersuchungen" bei noch laufender adjuvanter Therapie  
\*\* nach BET: Erste Mammographie 1 Jahr nach initialer Mammographie, oder zumindest 6 Monate nach abgeschlossener Radiatio

Das aktuelle Nachsorgeschema aus den AGO Mamma-Karzinom aus den Leitlinien 2024

### Auch die Leitlinien sehen Bedarf für eine neue Nachsorge

Doch nicht nur für die Patientinnen, auch für die Wissenschaft und die behandelnden Ärzte ist die heutige Situation unbefriedigend. So weist z.B. die S-3-Leitlinie Mamma-Karzinom (aktuelle Version Juni 2021) explizit darauf hin, dass im Rahmen der Nachsorge „Patientinnen mit völlig unterschiedlicher Ausgangslage betreut“ werden. Frauen, die vor oder nach der Operation systemisch mit einer Chemotherapie behandelt wurden, benötigen gerade auch im Hinblick auf die Nebenwirkungen eine andere Betreuung als Patientinnen mit endokriner Therapie und/oder einer zielgerichteten Antikörpertherapie. Auch die Spätfolgen der Bestrahlung müssten im Rahmen der Nachsorge im Blick behalten werden. Notwendig, so betonen die Autoren der Leitlinie, wäre eine „individualisierte, risikoadaptierte Nachsorge“.

Das Dilemma besteht darin, dass der Vorteil und die Überlegenheit einer Nachsorgeplanung nach Risikoklassen (Tumor- und Nodalstadium, Hormonrezeptorstatus, Wachstumsfaktoren, Alter der Patientin) wie sie heute schon längst für die Therapieentscheidungen Standard ist, derzeit wissenschaftlich nicht belegt sind. Da solche wissenschaftlichen Untersuchungen fehlen, werden Patientinnen mit hohem Risiko für eine Lokal- und Fernmetastasierung derzeit in der Nachsorge genauso behandelt wie Frauen mit niedrigem Rückfallrisiko. Diese Risikounterscheidungen sind dank moderner gendiagnostischer und pathologischer Untersuchungen schon seit längerem möglich. Die Ergebnisse haben jedoch derzeit keinen Einfluss auf die Gestaltung der Nachsorge.

Schon jetzt deuten Überlebensvergleiche der unterschiedlichen Tumorstadien aber darauf hin, dass das Erkrankungsstadium die Überlebensraten mitbestimmt. Solche Erkenntnisse haben für die Gestaltung der Nachsorge momentan ebenfalls keine Bedeutung. Die bisherigen Nachsorgeleitlinien bestimmen somit weiterhin den Versorgungsalltag,

weil neue wissenschaftliche Studien fehlen, die die Notwendigkeit einer risikoadaptierten, individualisierten Nachsorge empfehlen.

### Innovative Behandlungsstrategien brauchen andere Nachsorgekonzepte

Ein neues Problem für die Nachsorge eröffnet sich auch durch den breiten Einsatz neuer Medikamente. Die Ergebnisse der gerade veröffentlichten NATALEE-Studie empfehlen z.B. für Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem, Her2-negativem Brustkrebs und hohem Rückfallrisiko den zusätzlichen Einsatz von CDK 4/6 Inhibitoren zur Rückfallprophylaxe in den ersten zwei Jahren nach Erstdiagnose. Hier sind engmaschige Labor- und EKG-Kontrollen vorgesehen, für die in der derzeitigen Versorgungslandschaft keine interdisziplinären Betreuungsstrukturen vorhanden sind. Das wurde auf dem Workshop „Ideen-Werkstatt Mamma-Ca“ deutlich, der Anfang November in München stattfand. Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis können diese Betreuung kaum leisten – hier bedarf es spezieller fachübergreifender Nachsorgestrukturen unter Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe und digitaler Helfer. Die derzeitige Standard-Nachsorge ist hier nicht nur ungeeignet, sondern auch personell und finanziell überfordert.

### Endlich ein Hoffnungsschimmer – SURVIVE

Hoffnung auf einen Paradigmenwechsel in der Nachsorge macht die gerade angelaufene SURVIVE-Studie, in deren Verlauf wissenschaftlich überprüft werden soll, ob sich durch eine intensiviertere Nachsorge mit regelmäßiger Bestimmung der zirkulierenden Tumorzellen (liquid biopsy) ein Rezidiv früher erkennen und das Gesamtüberleben der Patientinnen verlängern lässt.

Die Studie unterscheidet zwei Testgruppen: Die eine erhält die Standardnachsorge, die andere eine intensiviertere Nachsorge mit Blutuntersuchungen auf Tumormarker, zirkulierende Tumorzellen und freie Tumor-DNA. Diese Marker kön-

nen ein Zeichen dafür sein, dass nach der Behandlung noch Tumorzellen im Körper verblieben sind, so dass ein Wiederaufflammen der Erkrankung wahrscheinlich ist. Sofern sich in den Laboruntersuchungen Auffälligkeiten zeigen, erhalten die Frauen weitere bildgebende Untersuchungen zur Abklärung. Bestätigt sich der sich der Tumorverdacht, wird eine leitliniengerechte Therapie eingeleitet.

Betroffene, bei denen sich nach der Blutuntersuchung in der Bildgebung der Tumorverdacht nicht bestätigt, können in eine separate Therapiestudie wie die SURVIVE-HERoes-Studie wechseln. Zwei Drittel der Patientinnen erhalten dann zur Prävention eines Rückfalls ein sogenanntes Antikörperkonjugat (ADC = Antikörper plus Zytostatikum), bei den übrigen werden weiterhin regelmäßig bildgebende Untersuchungen durchgeführt.

Die Studie, die bereits Ende 2022 gestartet wurde, läuft bis zum Jahr 2034. Bis dann wollen die Ulmer Wissenschaftler unter Leitung von Prof. Wolfgang Janni herausgefunden haben, welche Patientinnen in welcher Gruppe wie lange überlebt haben und ob sich Rückfälle durch die liquid biopsy früher entdecken lassen. Die Rückfallraten in den unterschiedlichen Gruppen sollen bereits früher verglichen werden. Die Ergebnisse der Studie, so die Erwartung der Studiengruppe, könnten zu einem Paradigmenwechsel in der Brustkrebs-Nachsorge führen, weil neue Erkenntnisse die heutige Praxis verbessern.

Bis die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse den Weg in die Versorgungspraxis finden, dürfte allerdings noch einige Zeit ins Land gehen. Denn zunächst müssen die Studienergebnisse vorliegen. Patientinnen und Patienten brauchen in Sachen „Nachsorge“ also weiterhin Geduld und Zeit – die manche leider nicht haben. (akk)



Foto: AdobeStock / New Africa

## Ambulante Nachsorge

# Lange Wartezeiten auf einen Arzttermin – warum?

Sie benötigen dringend einen Nachsorgetermin, rufen deshalb in der Praxis Ihres Frauenarztes an oder versuchen, direkt online einen Termin zu vereinbaren. Endlich haben Sie jemanden in der Praxis erreicht und erhalten dann die lapidare Auskunft: Einen Untersuchungstermin können wir Ihnen erst in drei Monaten anbieten. Und auch der Autoresponder des Online-Kalenders hat keine besseren Nachrichten. Er teilt meist gleich mit, dass eine Terminbuchung für eine Kontrolluntersuchung derzeit nicht möglich ist. Versuchen Sie es bitte zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal.

Auch Termine für eine Mammographie beim Radiologen oder einen Herzultraschall beim Kardiologen sind Mangelware. Wartezeiten von vier bis sechs Monaten sind zwischenzeitlich in einigen Regionen

in Deutschland die Regel. Eugen Brysch, Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, berichtete in einem Interview mit der Rheinischen Post schon 2023 darüber, dass Wartezeiten von 30 Tagen und mehr bei Fachärzten inzwischen die Regel seien. Bei Haut- und Augenärzten sowie Psychotherapeuten sind die Wartezeiten auf einen Termin noch länger. Und selbst beim Hausarzt sind nur schwer Termine zu bekommen – besonders für Neupatienten. Denn viele Praxen nehmen keine neuen Patienten mehr auf.

Auch viele Brustkrebspatientinnen kennen diese Situation aus eigener Erfahrung. Das Einhalten der Nachsorgetermine wird zum zeitlichen Hürdenlauf, die Untersuchungsintervalle verlängern sich – nicht weil die Patientin zu nachlässig ist, sondern weil Facharztpraxen Untersuchungstermi-

ne nicht zeitgerecht zur Verfügung stellen. Dies führt vor allem bei gesetzlich Versicherten (privat Versicherte erhalten meist schneller Termine) zu großer Unzufriedenheit und untergräbt deren Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Gesundheitssystems. Denn gerade Krebspatienten haben verständlicherweise Angst davor, dass wegen einer „gestreckten Nachsorge“ ein möglicher Rückfall später entdeckt und eine notwendige Behandlung erst mit Zeitverzug eingeleitet werden kann.

### Warum sind Arzttermine Mangelware?

Hinterfragt man die Ursachen für das knappe Terminangebot, zeigen sich vor allem zwei gesundheitspolitische Baustellen: Zum einen die Honorierung der Leistungen in der ambulanten Versorgung, zum anderen der Personalmangel, der sich auch in den Arztpraxen immer mehr be-

merkbar macht und zu organisatorischen Veränderungen wie einer Komprimierung der Sprechzeiten führt.

Die Honorierung der ärztlichen Leistungen unterliegt in Deutschland einer Mengbegrenzung bzw. Deckelung über Budgets. Diese sogenannten Honorarvolumina oder Punktzahlvolumina wurden „erfunden“, um den Ausgabenanstieg bei den ärztlichen Leistungen zu begrenzen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) legt zwar den Preis für die jeweilige Leistung fest. Das Honorar, das ein Arzt am Ende tatsächlich erhält, wird über die Honorarverteilungsmaßstäbe der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt. Diese legen die Anteile der einzelnen Fachgruppen am zur Verfügung stehenden „Honorarkuchen“ fest und ordnen die einzelnen Leistungen den jeweiligen Vergütungsbeirichen zu. Manche Leistungen – in der Regel die Kernleistungen des jeweiligen Fachgebiets – unterliegen der Budgetierung, andere werden extrabudgetär vergütet.

#### Beispiel Mammographie

Für die Röntgenuntersuchung beider Brüste erhält der Radiologe im Rahmen des Mammographie-Screenings derzeit eine Vergütung von 66,65 € sowie 10,98 € je angefangene 5 Minuten für das Aufklärungsgespräch. Die Leistungen werden extrabudgetär – also mit dem vollen Preis vergütet.

Eine kurative Mammographie im Rahmen der Nachsorge wird laut EBM mit 32,70 € je Seite, also mit 65,40 € bewertet. Die tatsächliche Vergütung fällt aber – da die Leistung der Budgetierung unterliegt – geringer aus. Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) wird die Leistung mit einer Quote von 70% = 45,99 € honoriert. Die KV Nordrhein vergütet die kurative Mammographie mit 43,28 €.

#### Beispiel Nachsorgeuntersuchung beim Gynäkologen

Frauenärzte erhalten bei gesetzlich Versicherten pro Quartal ein bestimmtes Budget für die gesamte Behandlung.

Die Höhe dieses Budgets richtet sich nach dem Alter der Frau. Die sogenannten Fallwerte für das Regelleistungsvolumen (RLV-Fallwerte) liegen im Quartal 4/2024 (sie werden für jedes Quartal neu ermittelt) im Bereich der KVWL für die Altersgruppe 6-59 Jahre bei 30,85 €, für die Altersgruppe >60 Jahren bei 24,80 €. Bei einer Routineuntersuchung in der Nachsorge werden folgende Leistungen abgerechnet: Eine Versichertenpauschale = 17,54 €, die Zuschlagspauschale Onkologie = 22,79 €, ggf. eine Ultraschalluntersuchung der Unterbauchorgane = 15,51 € und ein psychosomatisches Gespräch = 23,03 €. Alle Leistungen im Gesamtwert EBM von 78,87 € unterliegen der Budgetierung über das sogenannte Honorarvolumen. Der Gynäkologe erhält somit für die Betreuung der Patientin nur 30,85 € bzw. 24,80 €.

#### Die onkologische Patientin ist eine teure Patientin

Die onkologische Patientin ist damit für den Frauenarzt wie auch für den Radiologen eine vergleichsweise teure Patientin, da die Untersuchungen nicht zum vollen EBM-Preis vergütet werden, der aber oftmals auch nicht einmal kostendeckend ist. Die Betreuung von „gesunden Frauen“ wird Gynäkologen und Radiologen wesentlich höher vergütet. So erhält der Frauenarzt für die Krebsvorsorge ein extrabudgetäres = zum vollen EBM-Preis vergütetes Honorar von 18,97 € bzw. 25,66 €. Hinzu kommen aus dem gedeckelten Bereich die Versichertenpauschale von 17,54 € und ggf. eine Beratung zur Empfängnisregelung mit 8,47 €, die über das Regelleistungsvolumen (RLV) vergütet werden. Die Leistungen werden – je nach Alter der Frau – mit insgesamt 44,98 € bzw. 51,67 € honoriert.

Der Deckelung der Vergütung folgt somit – vor allem aus betriebswirtschaftlichen Gründen – eine Rationierung der Termine, die das Terminangebot verknappt. Arztpraxen sind angesichts der gestiegenen Energie- und Personalkosten dazu gezwungen, über die Terminvergabe das Patientenaufkommen so zu steuern, dass die Überlebensfähigkeit der Praxis gesichert ist.

Bis Ende 2022 konnte die sogenannte Neupatientenregelung hier eine gewisse Entlastung schaffen. Denn Leistungen, die Ärztinnen und Ärzte bei Patientinnen erbrachten, die erstmals oder nach Ablauf von zwei Jahren wieder in der Praxis behandelt wurden, wurden zum vollen EBM-Preis (extrabudgetär) vergütet. Diese Regelung wurde vom derzeitigen Gesundheitsminister Lauterbach bereits Anfang 2023 wieder abgeschafft, so dass die finanziellen Anreize für die Aufnahme von Neupatienten entfielen. Dadurch verschärfte sich die Problematik der Wartezeiten auf einen Termin wieder.

#### Personalknappheit in den Praxen

Obwohl es in Deutschland so viele Ärztinnen und Ärzte gibt wie nie zuvor – nach Auskunft der Bundesärztekammer lag die Versorgungsdichte 2022 statistisch bei 198 Patienten je Arzt –, herrscht in Praxen und Kliniken tatsächlich Ärztemangel. Der Grund: Viele Ärzte arbeiten nicht in ihrem Beruf, ein Großteil, meist Frauen, nur in Teilzeit. Zudem hat sich die Arbeitseinstellung vor allem bei den nachrückenden Ärztegenerationen geändert. „Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben in der Vergangenheit pro Kopf mehr gearbeitet als heute“, erklärte Prof. Antonius Schneider von der TU München im April 2024 in einem Interview mit dem ZDF. „Wir brauchen heute drei nachwachsende Arbeitskräfte, um zwei zu ersetzen. Die Work-Life-Balance wird wichtiger. Gerade die Jüngeren bevorzugen Anstellung statt Selbstständigkeit und arbeiten in Teilzeit“.

Auch bei medizinischen Fachangestellten (MFA) herrscht Personalmangel. Viele MFA sind in andere Bereiche wie z. B. zu Krankenhäusern oder Krankenkassen abgewandert. Dort ist die Entlohnung besser und die Arbeitsbelastung geringer. Die verbliebenen Kolleginnen leiden dann unter dem erhöhten Arbeitsaufkommen, können des Ansturms von immer mehr und häufig fordernden Patienten kaum Herr werden. Um einem Knockout und der endgültigen Überforderung vorzubeugen, verringern und komprimieren Praxen ihre Sprechzeiten – mit der Folge längerer Wartezeiten auf einen Termin.

#### Wie können Patientinnen schneller an Facharzttermine kommen?

Bei der Vermittlung von Facharztterminen kann der Hausarzt ein wichtiger Ansprechpartner sein. Hausärzte erhalten eine Vermittlungsgebühr in Höhe von derzeit 15,63 €, wenn sie für Patienten einen Facharzttermin organisieren. Wichtig ist die Anmeldung bzw. Terminvereinbarung durch die Hausarztpraxis. Dies kann telefonisch, per Fax oder über die Direktbuchung im Online-Portal des jeweiligen Facharztes geschehen. Der Termin muss – je nach Dringlichkeit – im Zeitraum zwischen 4 und 30 Tagen stattfinden. Der Hausarzt stellt dann eine entsprechende Überweisung aus, die beim Facharzt vorgelegt wird.

Auch für Fachärzte ist diese Art der Terminvermittlung (Hausarztvermittlungsfall) finanziell attraktiv. Alle Untersuchungen, die im jeweiligen Quartal durchgeführt werden, werden zum vollen EBM-Preis vergütet.

#### Auch Termin-Service-Stellen vermitteln Termine

Auch die Terminservicestellen der KVen unterstützen Patientinnen und Patienten bei der Vermittlung von Facharztterminen. Die Servicestellen sind unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117 an sieben Tagen in der Woche für 24 Stunden erreichbar. Möglich ist auch die Kontaktaufnahme per App.

Die Terminservicestellen vermitteln allerdings keine Wunschtermine bei einem bestimmten Arzt oder Therapeuten, sondern suchen im Umkreis der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Dies kann dazu führen, dass eine Anfahrt von bis zu 30 Minuten bis zum vermittelten Facharzt erforderlich ist. Bei Radiologen, Fachinternisten oder Kinder- und Jugendpsychiatern gilt auch eine Anfahrt von 60 Minuten als zumutbar.

Für die Vermittlung zu einem Facharzt durch die Termin-Service-Stelle (TSS) benötigen gesetzlich Versicherte eine Überweisung ihres Hausarztes mit Dringlichkeits-Code. Wichtig für Brust-

krebspatientinnen: Bei Vermittlung von Frauenarztterminen ist keine Überweisung erforderlich.

Die TSS vermittelt dann einen Termin bei einem Facharzt. Sofern kein Termin in einer Praxis angeboten werden kann, kann auch eine Vermittlung zur Behandlung im Krankenhaus erfolgen. Grundsätzlich besteht für dringende Fälle ein Vermittlungsanspruch innerhalb von vier Wochen. Bei Bagatellerkrankungen und für Routineuntersuchungen entfällt der Vermittlungsanspruch allerdings. Muss ein Termin seitens des Patienten abgesagt werden, ist ebenfalls ein Anruf bei der TSS erforderlich, die den Termin dann freigibt bzw. anderweitig vergeben kann.

Untersuchungen, die über die TSS bei Fachärzten vermittelt werden, werden ebenfalls zum vollen EBM-Preis vergütet. Zudem erhalten die Ärzte – je nach Dringlichkeit des Behandlungsanliegens – einen Express-Aufschlag zur Versichertenpauschale.

#### Notnagel „offene Sprechstunde“

In Fachrichtungen, die von Gesetzes wegen verpflichtet sind, täglich sogenannte offene Sprechstunden anzubieten – dazu gehören u.a. Frauenärzte – besteht zudem die Möglichkeit, ohne vorherige Terminabsprache eine Akutversorgung in Anspruch zu nehmen. Es empfiehlt sich jedoch, mit der Praxis im Vorfeld telefonisch oder persönlich Kontakt aufzunehmen, um den günstigsten Zeitpunkt für die Behandlung zu erfragen und lange Wartezeiten zu vermeiden. Sofern nach dem Erstkontakt weitere Untersuchungen erforderlich sind, erfolgen diese dann mit Terminvereinbarung.

Alle Leistungen, die Ärzte im Rahmen der offenen Sprechstunde erbringen, werden im jeweiligen Quartal ebenfalls zum vollen EBM-Preis extrabudgetär vergütet. Fazit: Die bestehenden Regelungen zur Vermittlung von Facharztterminen lösen das Problem nicht, bieten aber im Einzelfall die Chance, schneller einen Untersuchungstermin zu erhalten. (akk)

# Equinovo<sup>®</sup> tut mir gut!

Anzeige



- Therapien begleiten
- Lebensqualität verbessern

**Equinovo<sup>®</sup>**  
Einmalgabe: 1x2 Tabletten täglich  
50 Tabletten (PZN 8820547)  
150 Tabletten (PZN 8820553)

**Equizym<sup>®</sup> MCA**  
Mehrfachgabe über den Tag verteilt:  
4x1 oder 2x2 Tabletten  
100 Tabletten (PZN 6640019)  
300 Tabletten (PZN 7118928)

Equinovo<sup>®</sup>/Equizym<sup>®</sup> MCA ist eine Spezialkombination mit Selen, Vitamin B2, pflanzlichen Enzymen und lektinhaltigem Linsenextrakt. Das Produkt ist nicht zur Behandlung, Heilung und Vorbeugung von Krankheiten bestimmt. Vertrieb: Kyberg Pharma Vertriebs-GmbH, Keltenering 8, 82041 Oberhaching. Weitere Informationen unter: [www.yacare.info](http://www.yacare.info)

# Kommentar



Beobachtung und rechtzeitig eingeleiteter Behandlung ließen sich diese Folgeerkrankungen oftmals vermeiden oder in ihren Auswirkungen begrenzen.

Für diese Form einer ganzheitlichen, individuellen und risikoadaptierten Nachsorge fehlen in Deutschland die notwendigen Versorgungsstrukturen. Die Nachsorge, die bei den niedergelassenen Ärzten angesiedelt ist, erfolgt organzentriert - also auf das erkrankte Organ bezogen - bei der jeweiligen Fachdisziplin und nicht systemisch. Zudem fehlt die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Fachrichtungen.

Wir benötigen dringend onkologische Nachsorgezentren, in denen Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen - ggf. unterstützt durch onkologische Fach-

kräfte wie BreastCare Nurses oder Onko-Coaches - Patientinnen und Patienten betreuen. Das heißt im Idealfall: Die Nachsorge richtet sich nach Erkrankungstyp, Rückfallrisiko und Behandlungsart. Unterschiedliche Fachrichtungen entwickeln im Rahmen eines Nachsorge-Boards ein individuelles Nachsorgeprogramm für die Patientin, das auch die Beobachtung möglicher Nebenwirkungen und Spätfolgen der Therapie - ggf. unter Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen (DIGA) oder Telemonitorings - einschließt.

Das Nachsorge-Team - so der Wunsch - koordiniert auch die notwendigen Untersuchungen bei den jeweiligen Fachärzten, so dass die Nachsorgeintervalle eingehalten werden können und die langen Wartezeiten auf Mammographie,

Echokardiographie oder Blutuntersuchungen endlich ein Ende haben.

Nachsorgezentren oder Nachsorgenetze dieser Art verbessern nicht nur die Betreuung und Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten. Sie entfalten auch im Gesamtsystem Kostenwirksamkeit, weil die Therapietreue verbessert, Ausfallzeiten auf Grund von Nebenwirkungen oder Spätfolgen der Therapie verringert und durch Koordination der Nachsorge Doppeluntersuchungen vermieden werden. Also eine Win-Win-Situation für den Einzelnen und die Gesellschaft, die vom Wunsch zeitnah zur Wirklichkeit werden sollte.

Annette Kruse-Keirath

## Nachsorge – das Stiefkind der Versorgung

# Wir brauchen eine „neue Nachsorge“

Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs – deshalb braucht jede Frau eine individuelle Therapie! Dieser Grundsatz bestimmt zwischenzeitlich jede Therapieentscheidung. Was für die Behandlung richtig ist, gilt aber immer noch nicht für die Nachsorge. Weil wissenschaftliche Belege fehlen bzw. die Leitlinien den Ergebnissen veralteter Studien folgen, gibt es für Brustkrebspatientinnen und -patienten nach Abschluss der Erstbehandlung nur die Standardnachsorge, die dem Prinzip folgt: Eins passt für Alle.

Wenn die Betroffenen – entsprechend dem genetischen Fingerabdruck ihrer Erkrankung – unterschiedlich behandelt werden, muss dann nicht auch in der Nachsorge das vorangegangene Thera-

piekonzept Umfang und Art der Untersuchungen bestimmen? Müsste nicht auch das vom jeweiligen Brustkrebstyp abhängige Rückfallrisiko, das sich mittels Gentests inzwischen zuverlässig bestimmen lässt, bei der Gestaltung der Nachsorge eine Rolle spielen? Und last but not least: Auch die möglichen Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente und die Spätfolgen der Behandlung sollten in der Nachsorge mehr Beachtung finden.

Ziel der Nachsorge kann und darf nicht nur die Früherkennung eines Rückfalls sein. Hierzu sind die heutigen Nachsorge-Untersuchungen im Übrigen nur bedingt geeignet, da bei beschwerdefreien Patientinnen ohnehin nicht nach mög-

lichen Anzeichen für ein Rezidiv oder eine Fernmetastasierung gesucht wird. Es gilt weiterhin der Grundsatz: Bei Beschwerden, bitte melden!

Von ebenso hoher Bedeutung ist es, für Patientinnen und Patienten nach der Behandlung eine gute Lebensqualität sicherzustellen, indem auch den Nebenwirkungen der belastenden Therapie mehr Beachtung geschenkt wird. Gerade weil es zwischenzeitlich viele neue Therapieoptionen gibt, muss den Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente besonders Augenmerk gegeben werden. Denn die eingesetzten Substanzen sind keineswegs „harmlos“, sondern können in anderen Organen Schädigungen hervorrufen. Bei kontinuierlicher



Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund  
Die Reha-Zentren

Anzeige

**Unsere Kliniken  
sind ein Volltreffer**

Erfahren Sie mehr über  
unsere Kliniken, Standorte  
und Therapien.



Informieren Sie sich  
im Internet über unsere  
22 Reha-Zentren.

[www.klinikgruppe-drv-bund.de](http://www.klinikgruppe-drv-bund.de)

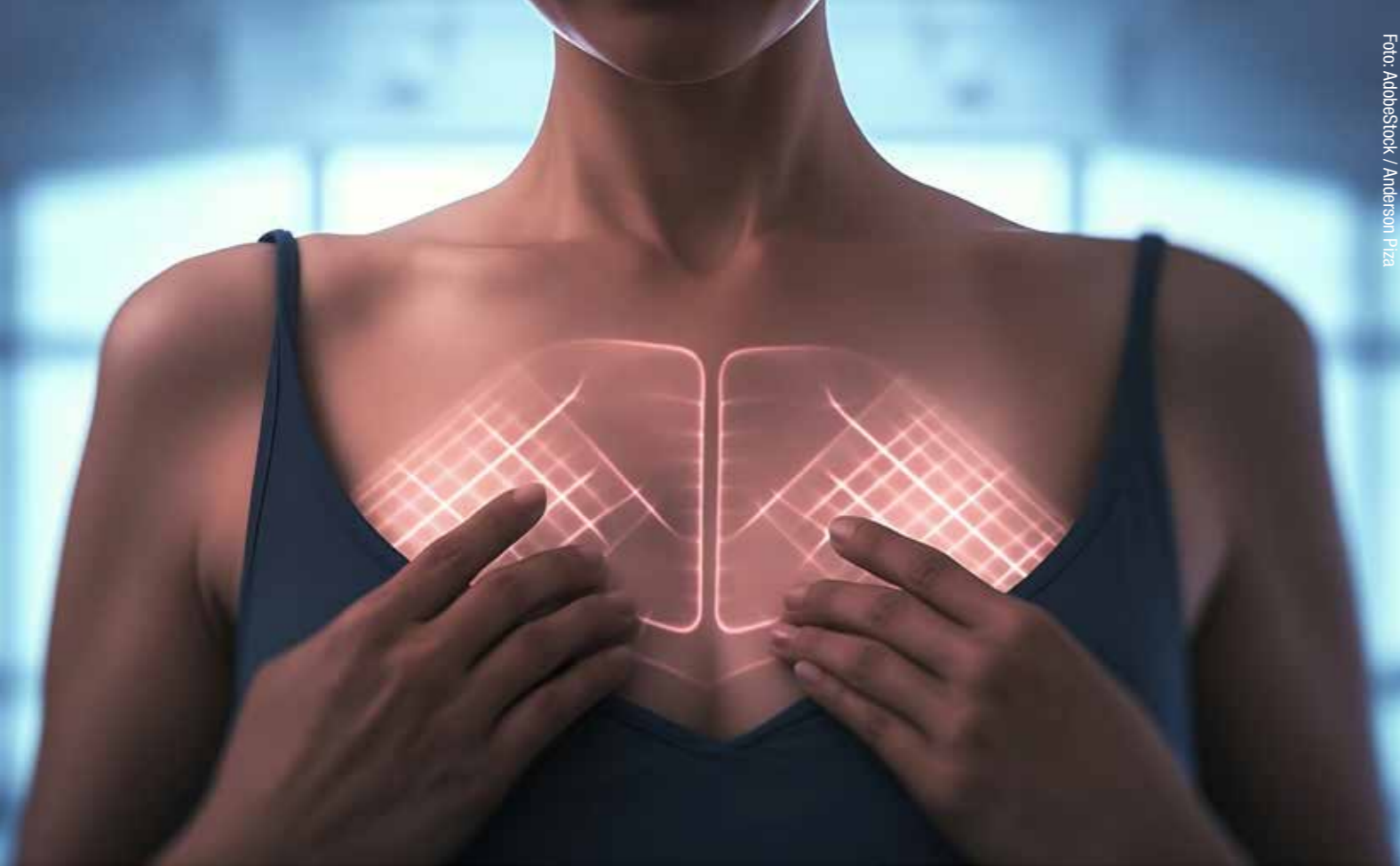


Foto: AdobeStock / Anderson Piza

Tamoxifentherapie

# Kann weniger mehr sein Bessere Verträglichkeit durch überwachte Dosisreduktion?

Tamoxifen ist noch immer die Standardtherapie beim frühen hormonrezeptorpositiven Brustkrebs. Mittlerweile wird eine Anwendungsdauer von bis zu zehn Jahren empfohlen, um das Rezidivrisiko zu reduzieren. Viele Frauen leiden aber unter den Nebenwirkungen der Behandlung, in deren Folge vor allem Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Gelenkschmerzen, Scheidentrockenheit und Schlafstörungen auftreten. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen der Lebensqualität beenden fast 20% der Patientinnen die Therapie bereits im ersten Therapiejahr. Weitere 5 bis 10% kommen – wie eine Übersichtsarbeit von Caitlin C. Murphy und Kollegen von der Texas-University of Public Health in San Antonio zeigte – mit jedem weiteren Therapiejahr hinzu.

Wissenschaftler des Erasmus MC Cancer Instituts in Rotterdam untersuchten deshalb im Rahmen der TOTAM-Studie unter Leitung von Dr. Sanne Buijs die Fragestellung, ob sich die Therapie-treue verbessern lässt, indem durch Reduktion der Dosis eine bessere Verträglichkeit der Therapie erreicht wird. In die Studie eingeschlossen waren 149 Patientinnen mit der Erstdiagnose „hormonrezeptorpositiver Brustkrebs“, die täglich 20 mg Tamoxifen (Standarddosis) einnahmen und unter starken Nebenwirkungen litten. Die niederländischen Krebsforscher wollten in der Studie klären, ob durch eine überwachte Reduzierung der Dosis die gewünschte therapeutische Wirkung des Medikaments erhalten blieb – bei gleichzeitiger Minderung der Nebenwirkungen.

Um eine Unterdosierung zu vermeiden, wurde bei den Studienteilnehmerinnen zunächst der Endoxifen-Spiegel im Blutplasma bestimmt. Tamoxifen ist ein sogenanntes Prodrug – eine Vorstufe –, das erst im Körper zum Wirkstoff Endoxifen umgewandelt wird. Insoweit eignet sich die Bestimmung des Endoxifen-Plasma-Spiegels zur Bestimmung des Wirkungsgrads. Eine Unterdosierung liegt, so die bisherigen Erkenntnisse, dann vor, wenn der Plasmaspiegel von Endoxifen unter 16 nM absinkt.

Bei 20 Patientinnen mit einem Endoxifen-Plasmaspiegel von 32 nM und mehr, die unter Nebenwirkungen litten, reduzierten die Rotterdamer Wissenschaftler die Tamoxifendosis von 20 auf 10 mg täglich. Sie verglichen die Auswirkun-

gen der Dosisreduktion mit der Nebenwirkungssystematik von 60 Patientinnen, die weiterhin eine Tamoxifendosis von 20 mg erhalten hatten. Lebensqualität und Symptome wurden bei allen Studienteilnehmerinnen nach 3,4,5 und 6 Monaten Behandlungsdauer gemessen. Zum Einsatz kam dabei der FACT-ES-Fragebogen (Functional Assessment of Cancer Therapy – Endocrine Symptoms).

**Geringere Dosis – weniger Nebenwirkungen**

Die Patientinnen, die eine geringere Tamoxifen-Dosis erhalten hatten, berichteten über eine deutliche Besserung der Nebenwirkungen (41%) und der Lebensqualität (65%). Bei den Studienteilnehmerinnen mit gleichbleibender Tamoxifendosis kam es zu keiner Linderung der Nebenwirkungen. Bei Untersuchung der Fragestellung, ob bei geringerer Wirkstoffdosis die Therapiewirksamkeit beeinträchtigt ist, zeigte sich: Die Endoxifen-Spiegel blieben bei 79% der

Studienteilnehmerinnen – trotz Dosisreduktion – im therapeutisch wirksamen Bereich.

**Was sind die Schlussfolgerungen aus der Studie?**

Nach Auffassung der niederländischen Studiengruppe sollte der therapeutisch wirksame Bereich von Tamoxifen in größeren, prospektiven Studien weiter untersucht werden, um ggf. durch Eingrenzung der Dosis die Nebenwirkungen zu senken. Klinische Studien zur onkologischen Sicherheit einer adjuvanten Therapie mit Low-Dose-Tamoxifen nach Brustkrebs stehen, wie auch das Deutsche Krebsforschungsinstitut DKFZ auf seiner Homepage darlegt, bislang aus. Daher gibt es derzeit keine Empfehlungen, die Standarddosis von 20 mg zu senken.

Bis verlässliche wissenschaftliche Studienergebnisse vorliegen, plädieren die Wissenschaftler der Rotterdamer Studi-

engruppe allerdings schon jetzt für ein pragmatisches Vorgehen unter kontrollierten Bedingungen: Bei Patientinnen mit frühem hormonrezeptorpositivem Brustkrebs, die unter starken Nebenwirkungen leiden, sollte die tägliche Tamoxifen-Dosis auf 10 mg reduziert werden. Wichtig sei dabei eine kontinuierliche Überwachung des Endoxifen-Spiegels zur Kontrolle der therapeutischen Wirksamkeit. Sofern dieser schon vor der Dosisreduktion weit unter 32 nM liegt oder unter der Therapie auf unter 16 nM fällt, sollte die Behandlung nicht fortgesetzt werden, sondern ggf. auf einen Aromatasehemmer gewechselt werden. (akk)

Literatur: Buijs SM et al. The impact of endoxifen-guided tamoxifen dose reductions on endocrine side-effects in patients with primary breast cancer. ESMO Open. 2023; 8(1):100786

Anzeige

## Medizinische Hautpflege unter Strahlentherapie

Von Strahlentherapie-Patientinnen in klinischer Studie getestet und als gut verträglich bewertet.<sup>1</sup>



**Beruhigt die gereizte Haut**

### Linola® RadioDerm Pflegecreme

- ✓ Lindert Juckreiz und Rötungen, angenehm kühlend
- ✓ Mit wertvollen Linolsäuren zur Regeneration der Hautschutzbarriere
- ✓ Frei von Duftstoffen, Farbstoffen, Mikroplastik, Mineralfetten und Silikonen



**Sanfte Reinigung für bestrahlte Haut**

### Linola® RadioDerm Duschpflege

- ✓ Hautfreundlicher pH-Wert 5,5
- ✓ Mit wertvollen Linolsäuren zur Regeneration der Hautschutzbarriere und feuchtigkeitsspendendem Glycerin
- ✓ Frei von Duftstoffen, Farbstoffen, Mikroplastik, Mineralfetten und Silikonen

www.linola.de

<sup>1</sup> Studiendesign RadioDerm Pflegecreme: kontrollierte, randomisierte, monozentrische, offene Studie mit Linola RadioDerm Creme versus unbehandelt, Anwendung: 2 x tägl. über 6-8 Wochen. Jensen et al. Strahlenther Onkol. 2011 Jun;187(6):378-84  
Studiendesign RadioDerm Duschpflege: randomisierte, monozentrische, offene Studie mit Linola RadioDerm Duschpflege vs. „reguläres“ Produkt, Anwendung: in den ersten 3 Wochen der Strahlentherapie zum Duschen, mind. 2 x/Woche. Dr. Wolff data on file

**Merkzettel für die Apotheke:**

- RadioDerm Pflegecreme 50ml, PZN 19214608
- RadioDerm Duschpflege 200ml, PZN 19264954



Foto: AdobeStock / Kwancharit (X)

Gruppen operativ entfernt – ebenso wie bei Patientinnen, die von Beginn an eine Chemotherapie und eine Antikörperbehandlung erhalten hatten.

**Das Operationsergebnis begründete die Weichenstellung für die weitere Behandlung**

Das Operationsergebnis stellte dann die nächsten Weichenstellungen für die weitere Behandlung. Patientinnen, bei denen die Histologie eine pathologische Komplettremission (pCR, d.h., es waren keine Tumorzellen mehr nachweisbar) zeigte, wurden auch in der Folge ohne Chemotherapie behandelt. War im Histologiebefund noch Tumorgewebe nachweisbar, erhielten die Patientinnen zusätzlich eine Chemotherapie.

Die Studie zeigte: Die 3-Jahres-Überlebensraten von Patientinnen, die von vornherein zusätzlich mit einer Chemotherapie behandelt wurden (Standard-

therapie), entsprachen exakt denen der Frauen, bei denen zunächst das PET-CT abgewartet und dann über den Einsatz von Zytostatika entschieden wurde. In beiden Gruppen lag das erkrankungsfreie Überleben für die ersten drei Jahre bei 95%.

Durch die PET-CT-gestützte Therapiesteuerung konnte damit etwa einem Drittel der Patientinnen – so das wichtigste Ergebnis der Studie – eine Chemotherapie erspart werden, und zwar ohne Einfluss auf die Therapiesicherheit.

Ein weiterer Vorteil der veränderten Vorgehensweise: Behandlungsbedingte Nebenwirkungen und schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (SAEs) traten bei den Patientinnen in der Chemotherapie-Gruppe wesentlich häufiger auf als bei denen, die zunächst nur mit Antikörpern behandelt wurden (Grad  $\geq 3$ : 62% versus 33% ; SAEs: 28% versus 14% ).

Der Berufsverband der Nuklearmediziner (BDN) sieht in den Studienergebnissen einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einer schonenderen, den Bedürfnissen und dem Behandlungsbedarf der Patientinnen angepassten Krebsbehandlung. „Wir gehen davon aus, dass die PET/CT-Diagnostik bei Brustkrebs zügig in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen und damit allen betroffenen Frauen zugänglich gemacht wird“, so der Kommentar von Prof. Dr. Detlef Moka, BDN-Vorsitzender zu den Studienergebnissen. (akk)

Literatur: José Manuel Pérez-García, MD\* et al.: 3-year invasive disease-free survival with chemotherapy de-escalation using an 18F-FDG-PET-based, pathological complete response-adapted strategy in HER2-positive early breast cancer (PHERGain): a randomised, open-label, phase 2 trial, The Lancet, Volume 403, Issue 10437p1649-1659 April 27, 2024

Anzeige

**Her2-positiver Brustkrebs - Therapiesteuerung mit PET-CT**

# Kann jeder dritten Patientin eine Chemotherapie erspart werden?

Kann bei Patientinnen mit Her2-positivem Brustkrebs, die mit einem oder mehreren Antikörpern behandelt werden, auf eine Chemotherapie verzichtet werden, wenn der Behandlungsverlauf mittels PET-CT überwacht wird? Wenn ja, könnte das vielen Patientinnen eine belastende mit oft lebenslangen Nebenwirkungen verbundene Zytostatika-Behandlung ersparen.

In der PHERGain-Studie, deren Ergebnisse im April 2024 in der Zeitschrift „Lancet“ veröffentlicht wurden, untersuchten Forscher in sieben europäischen Ländern diese wissenschaftliche Fragestellung. An der Phase II Studie, die in 45 Kliniken durchgeführt wurde, nahmen

insgesamt 356 Patientinnen teil, bei denen Her2positiver Brustkrebs im Frühstadium neu diagnostiziert worden war. Bei allen betroffenen Frauen wurde eine duale Blockade des Her2-Rezeptors mit den Antikörpern Trastuzumab und Pertuzumab durchgeführt. Vor Beginn und nach den ersten zwei Therapiezyklen (sechs Wochen später) erfolgte jeweils eine nuklearmedizinische Untersuchung mittels PET-CT, um das Therapieansprechen in der Bildgebung darzustellen. Für die nuklearmedizinische Darstellung im PET-CT erhielten die Patientinnen intravenös F-Fluordesoxyglukose. Krebszellen nehmen deutlich mehr Glukose auf und können so im PET-CT gut entdeckt werden. Die Wissenschaftler verglichen

dann die Aufnahmen, die vor Beginn der Behandlung erstellt wurden, mit denen nach den ersten sechs Wochen.

Dabei zeigte sich: Bei 80% der Patientinnen hatte der Tumor gut auf die Antikörpertherapie angesprochen – der Zuckerumsatz in den Zellen hatte sich deutlich verringert. Diese Patientinnen erhielten auch danach keine Chemotherapie. Die übrigen 20% der Patientinnen, bei denen sich im PET-CT nicht ein mindestens um 40% reduzierter Zuckerumsatz zeigte, wurden im weiteren Verlauf zusätzlich mit einer Chemotherapie (Docetaxel und Carboplatin) behandelt. Nach sechs weiteren Therapiezyklen wurde das Resttumorgewebe in beiden



## Hormonfrei wirksam bei trockener Scheide

„Für mehr Lebensqualität. Für mich.“





Einfache Anwendung

**Vagisan FeuchtCreme Cremolum**

- ✓ lindert schnell Trockenheitsgefühl, Juckreiz, Brennen
- ✓ hilft bei Schmerzen beim Sex
- ✓ einfache Anwendung ohne Applikator
- ✓ klinische Studie<sup>1</sup> belegt Wirksamkeit & Verträglichkeit

**Merktzettel für die Apotheke**  
**Vagisan FeuchtCreme Cremolum**  
 16 Vaginalzäpfchen, PZN: 10339834

<sup>1</sup>Kennung für clinicaltrials.gov: NCT05211505





Foto: AdobeStock / Thanapat

## Brustkrebsdiagnostik

# MRT vor OP – weniger Nachoperationen

Nach einer brusterhaltenden Operation sind häufiger Nachoperationen erforderlich, weil sich in der Histologie zeigt, dass das Tumorgewebe nicht komplett entfernt wurde (R0-Resektion). Diese Folgeeingriffe ließen sich oftmals vermeiden, wenn die Brust vor der Operation mittels MRT untersucht würde. Die Tübinger Radiologin PD Dr. Heike Preibsch plädierte deshalb auf dem diesjährigen Senologie-Kongress in Dresden in ihrem Vortrag: Mamma-MRT: Wann? Wie? Wie schnell? dafür, die notwendige Diagnostik umfassend einzusetzen, um bei allen Brustkrebsoperationen sofort eine R0-Resektion zu erreichen.

Zwischenzeitlich sei durch Studien hinreichend belegt, dass sich durch eine Mamma-MRT vor der Operation die Rate der Nachoperationen verringern ließe. Hier ist vor allem auch die MIPA-Studie zu nennen, die in einer Subanalyse die Wichtigkeit der Mamma-MRT insbesondere für die Behandlung von DCIS (Brustkrebsvorstufe = ductales carcinoma in situ) gezeigt hat. Durch Einsatz der MRT vor der Operation hat sich die Rate der

Brustentfernungen zwar erhöht, gleichzeitig hat sich die Anzahl der Nachoperationen aber mehr als halbiert. Der besondere Vorteil der MRT-Diagnostik vor OP: Größe, Ausdehnung und Verbreitung des Tumorgeschehens lassen sich exakt einschätzen. Das erleichtert und verbessert die Auswahl der für die Patientin passenden operativen Therapie. Denn nicht immer ist eine komplette Entfernung der Brust erforderlich.

In ihrem Vortrag auf dem Senologie-Kongress plädierte PD Dr. Preibsch dafür, die MRT im Rahmen der präoperativen Diagnostik immer dann einzusetzen, wenn Unklarheiten im Hinblick auf die Ausbreitung des Tumors (Multizentrität) bestehen. Auch bei invasiv-lobulären Karzinomen (Brustkrebs, der von den Drüsenläppchen = Lobuli ausgeht) ist die MRT für die Tübinger Radiologin das Diagnoseinstrument der Wahl. Gleiches gilt bei Patientinnen, bei denen ein hohes Rückfallrisiko besteht, Frauen mit dichtem Brustgewebe sowie im Vorfeld einer neoadjuvanten Therapie und zur Klä-

rung der Frage, inwieweit die Brustwarze (Mamille) von der Erkrankung betroffen ist. Sinnvoll ist es nach Einschätzung von PD Dr. Preibsch auch, die MRT nicht nur bei Frauen mit extrem dichtem Brustdrüsen-gewebe einzusetzen. Auch alle anderen Frauen würden von dieser Diagnostik profitieren. Zudem sollte bei Brustkrebspatientinnen auch die nicht betroffene Brust mittels MRT untersucht werden – so wie es die European Society of Breast Imaging bereits 2008 in ihren Leitlinien gefordert hat.

### Aktuelle Leitlinien empfehlen MRT nur für wenige Konstellationen

Die aktuellen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) (Stand: Oktober 2024) sehen die MRT derzeit allerdings nur für wenige Konstellationen vor. So bei einem gesicherten Mamma-Tumor, wenn eine MRT-gestützte Biopsie oder alternativ eine Kontrastmittel-Mammographie mit Biopsie noch möglich ist. In Erwägung gezogen werden sollte eine Mamma-MRT laut AGO-Empfehlungen bei hohem familiä-

rem Risiko, eingeschränkter Beurteilbarkeit in der Mammographie und im Ultraschall und bei lobulären Karzinomen.

Neben der eingeschränkten wissenschaftlichen Empfehlung durch die Leitlinien ergibt sich noch ein anderes Problem: Eine Kostenübernahme für präoperative MRT-Untersuchungen durch die gesetzlichen Krankenkassen ist nicht vorgesehen bzw. auf wenige Indikationen beschränkt.

### Mamma-MRT spürt Brustkrebs zuverlässiger auf als Tomosynthese

Die Mamma-MRT, die in Deutschland auf Grundlage der Empfehlungen der AG Mammadiagnostik in der deutschen Röntgengesellschaft durchgeführt wird, ist die sensitivste, also treffsicherste Methode zur Diagnostik von Brustkrebs. Das Diagnostikverfahren sei auch zuverlässiger als die Tomosynthese, so PD Dr. Preibsch.

Eine bereits im Jahr 2020 in JAMA veröffentlichte amerikanische Studie hatte

gezeigt, dass selbst die verkürzte MRT, bei der durch Präzisierung des Untersuchungsgangs die Diagnostikzeit verkürzt wird, 2,5mal mehr Karzinome entdeckt als die Tomosynthese. Und zwar sowohl „richtigen Brustkrebs“, also invasive Tumore, als auch die direkten Vorstufen, die sogenannten DCIS. Sämtliche Brustkrebs-erkrankungen wurden, so Prof. Christiane Kuhl, die die Studie als Leiterin der Radiologischen Universitätsklinik Aachen federführend begleitete, in der verkürzten fokussierten MRT entdeckt.

### Künstliche Intelligenz unterstützt die Interpretation

Noch werden die verkürzten MRT-Protokolle für die klinische Routine in Deutschland nicht empfohlen. Durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) werden sich die Untersuchungszeiten aber, davon ist PD Dr. Preibsch überzeugt, noch weiter verkürzen. Die Ärztin berichtete, dass sie gemeinsam mit ihrem Tübinger Team in einer retrospektiven Analyse durch Verwen-

dung von KI (Deep Learning) die Messzeit um 40% senken konnte. „Die Deep-Learning-Bilder waren den Standardbildern nicht unterlegen, wir konnten sogar eine bessere Abgrenzbarkeit und eine bessere Läsionsdetektion erreichen“, berichtete sie.

Bleibt im Interesse der Betroffenen zu hoffen, dass der Einsatz von KI dazu führt, dass die MRT-Diagnostik – auch vor dem Hintergrund gesenkter Kosten – bald zur Regeldiagnostik vor geplanten Operationen wird. Denn was vor der OP sichtbar ist, muss nach der OP nicht nochmals nachoperiert werden. (akk)

Literatur: Christopher E. Comstock, MD; Christiane K. Kuhl, MD, PhD et al.: Comparison of Abbreviated Breast MRI vs Digital Breast Tomosynthesis for Breast Cancer Detection Among Women With Dense Breasts Undergoing Screening. JAMA 2020; 323(8):746–756. Doi:10.1001/jama.2020.0572

Anzeige

## Für mehr Wissen in der Brustkrebs-Vorsorge

Erfahren Sie mehr über Ihr genetisches Risiko durch die Familienhistorie bei Brust- oder Eierstockkrebs mit Hilfe von Genanalysen

Wir unterstützen Sie auf Ihrem Brustkrebs-Vorsorgeweg:

- Genetische Beratung vor Ort (München, Augsburg, Dortmund) oder per Videosprechstunde
- Schnelle Analyse mit modernster Technologie
- Individuelle Betreuung und gemeinsame Planung der nächsten Schritte

Vereinbaren Sie jetzt einen Termin:  
**+49 89 130744-0**



Humangenetik und Pränatal-Medizin

Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH  
Friedenheimer Brücke 19, Friends Tower I, 80639 München  
[www.eurofins-clinical.de/humangenetik](http://www.eurofins-clinical.de/humangenetik)



Foto: AdobeStock / New Africa

**Brustkrebsrisiko Übergewicht**

# Magenband und Magenoperationen senken Brustkrebsrisiko

Schwedische Wissenschaftler der Universität Göteborg konnten jetzt in einer Studie nachweisen, was man schon seit längerem vermutet hatte: Bariatrische Operationen – also eine operative Verkleinerung des Magens, ein Magenband oder Magen-Bypass - können bei übergewichtigen Frauen das Risiko reduzieren, an Brustkrebs zu erkranken. Übergewicht und damit oft einhergehend erhöhte Insulinspiegel sind seit langem als Risikofaktoren für Brustkrebs bekannt.

Die Forschungsgruppe unter Leitung von Dr. Felipe Kristensson konnte nach Auswertung der Daten der Swedish Obese Subjects (SOS) Studie nachweisen, dass sich bei Frauen mit Adipositas, die sich einem bariatrischen Eingriff unterzogen hatten, das Brustkrebsrisiko im Vergleich zur Kontrollgruppe um 30% verringerte.

Die SOS-Studie sollte ursprünglich die langfristigen Auswirkungen von magenverkleinernden Eingriffen auf Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten in Folge von Übergewicht untersuchen. Hierfür wurden in

den Jahren 1987 bis 2001 übergewichtige Männer und Frauen in die Studie eingeschlossen, die an mehr als 500 Zentren in Schweden durchgeführt wurde. Die Nachbeobachtungszeit lag zwischen 20,1 und 27,1 Jahren. In der eigentlichen Studie war eine Untersuchung des Zusammenhangs von bariatrischen Operationen und Brustkrebsrisiko nicht explizit vorgesehen.

Die Göteborger Wissenschaftler zogen deshalb für ihre Analyse aus der Gesamtgruppe die Daten von 2.867 Frauen im Alter von 37 bis 60 Jahren mit einem Body-Mass-Index von mindestens 38 heraus. Zur Interventionsgruppe zählten 1.420 Patientinnen, die zur Gewichtsreduktion entweder ein Magenband (260), einen Magen-Bypass (190) oder eine vertikale Gastroplastik (Schlauchmagen 970) erhielten. Die Kontrollgruppe umfasste 1.477 übergewichtige Frauen, die zwar für eine Operation in Frage gekommen wären, sich jedoch gegen einen Eingriff entschieden hatten.

In der Nachbeobachtungszeit traten insgesamt 154 Brustkrebsfälle auf. Die Daten

stammen aus dem schwedischen Krebsregister, in dem 95% der Brustkrebsfälle dokumentiert sind. 66 Frauen, die sich einer OP unterzogen hatten, erkrankten an Brustkrebs. In der Kontrollgruppe waren 88 Brustkrebsfälle zu verzeichnen. Das Risiko für eine Brustkrebserkrankung war in der Interventionsgruppe damit, das zeigen die Daten der schwedischen Studie, deren Ergebnisse im Mai 2024 in der Fachzeitschrift JAMA veröffentlicht wurden, um 30% niedriger als bei übergewichtigen Frauen, die sich gegen eine Operation entschieden hatten. Von der Operation profitierten insbesondere Frauen mit hohem Basis- Insulinspiegel (> 15,8 µIU). Bei Frauen mit niedrigerem Insulinspiegel zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Magen-Operation und Krebsfällen.

Die schwedischen Wissenschaftler interpretieren die Studienergebnisse dahingehend, dass bariatrische Eingriffe zur Gewichtsreduktion das Brustkrebsrisiko minimieren. Zudem seien bei übergewichtigen Frauen Insulin und Insulinresistenz

prognostische Bio-Marker für ein erhöhtes Brustkrebsrisiko.

Ob Frauen vor oder nach der Menopause gleichermaßen von gewichtsreduzierenden Operationen profitieren und wie sich welcher Eingriff auf die komplexen Interaktionen zwischen Hormonen wie Östrogen und Insulin und Entzündungsfaktoren auswirkt, sollte nach Auffassung von Prof. Swati Kulkani oder Dr. Helene Sternberg, die sich in einem Kommentar in JAMA zu den Studienergebnissen äußerten, jedoch noch genauer untersucht werden. (akk)

Literatur: Felipe M. Kristensson, MD1,2; Johanna C. Andersson-Assarsson, PhD1; Markku Peltonen, PhD3; et al Peter Jacobson, MD, PhD1; Sofie Ahlin, MD, PhD1,4; Per-Arne Svensson, PhD1,5; Kajsa Sjöholm, PhD1; Lena MS Carlsson, MD, PhD1; Magdalena Taube, PhD1, JAMA Surg. 2024;159(8):856-863. doi:10.1001/jamasurg.2024.1169

**Wichtig zu wissen:**

Die Kosten für Adipositas-Operationen, die auch mit gewissen Risiken verbunden sind, werden in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen von den Krankenkassen übernommen. Notwendig ist ein individueller Antrag bei der Krankenkasse. Der BMI muss über 40 liegen – das entspricht dem Adipositas-Grad 3. Bei Patientinnen, deren BMI zwischen 35 und 40 liegt, können die Krankenkassen die Kosten übernehmen, wenn zusätzlich eine weitere Erkrankung wie z.B. Diabetes Typ 2, Schlafapnoe oder eine Herzerkrankung diagnostiziert wurde.

Die Betroffenen dürfen zudem nicht jünger als 18 und nicht älter als 65 Jahre sein. Voraussetzung für die Bewilligung der Operationskosten für eine Magen-OP ist, dass sämtliche konventionellen Therapiemaßnahmen (Ernährungsberatung, Bewegungsprogramme, Nachweis der sechsmonatigen Teilnahme) nicht zur notwendigen Gewichtsreduktion geführt haben. Zudem ist ein psychologisches Gutachten erforderlich.

**Übrigens:** Die Kosten für „Abnehmspritzen“ wie Wegovy, Ozempic oder Saxenda, die ab einem BMI von 30 verordnet werden können, werden in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen.

Anzeige

**HER2-STATUS BEIM METASTASIIERTEN BRUSTKREBS**

**EIN ZWEITER BLICK**  
Eine neue HER2-Perspektive

Jeder Mensch ist einzigartig. Der HER2-Status beim Brustkrebs auch. Dieser Status bestimmt, welche Therapien für Sie infrage kommen. Hier gibt es nun neue Erkenntnisse.

Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt!  
**#meinHER2blick**

|

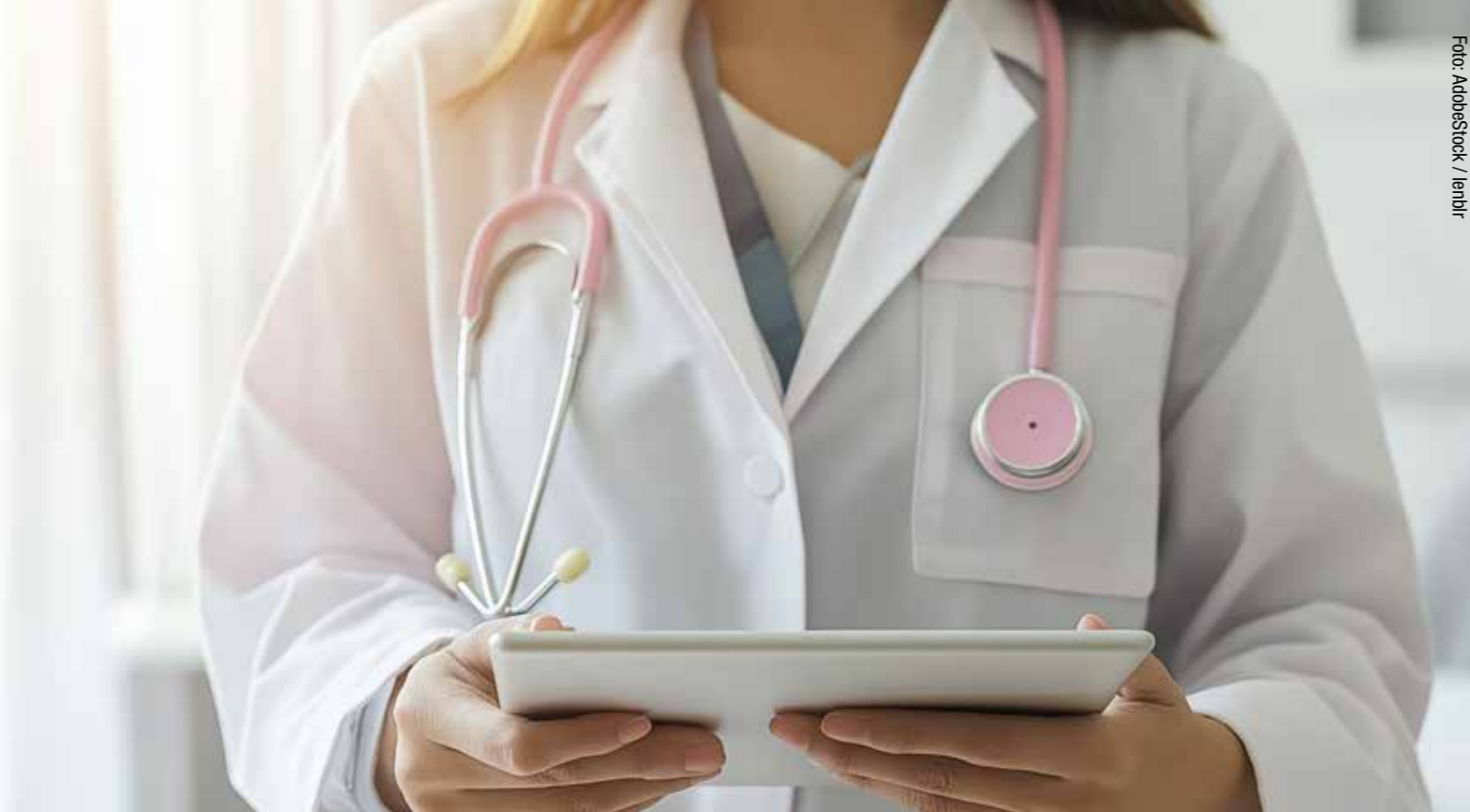


Foto: AdobeStock / lenhr

Frühes Mammakarzinom

# KI67: Ab welchem Wert besteht ein hohes Risiko?

Wie aggressiv und gefährlich ist mein Brustkrebs und wie hoch das Risiko eines Rückfalls? Die Antworten auf diese Fragen beschäftigen und ängstigen nicht nur die betroffenen Patientinnen. Sie sind auch ein entscheidender Faktor für die Festlegung der Therapiestrategie. Ist eine Chemotherapie erforderlich oder reicht eine antihormonelle Behandlung? Ist bei hohem Risiko vielleicht sogar die Gabe eines CDK 4/6-Inhibitors sinnvoll und notwendig?

Einer der relevanten prognostischen Marker zur Risikoeinschätzung ist neben der Größe des Tumors, dem Stadium der Erkrankung (Grading) und einem möglichen Lymphknotenbefall der sogenannte KI67-Wert. Hierbei handelt es sich um einen Marker, der aufzeigt, welche Zellteilungsaktivität vorhanden ist, wie schnell ein Tumor also wächst. Der Zellteilungswert gibt an, wie hoch der prozentuale Anteil der Tumorzellen ist, die sich gerade teilen – also vermehren. Der KI67-Wert dient damit zur Bestimmung der Wachstumsrate des Tumors.

Inzwischen wurde durch Studien hinlänglich belegt, dass das Gesamtüberleben bei Patientinnen mit frühem Brustkrebs, bei denen der KI67-Wert bei 25% und höher liegt, geringer ist, als wenn die KI67-Raten unter 25% liegen. Gemäß der aktuellen S3-Leitlinie für das Mammakarzinom ist mit einem KI67 von 25% und mehr daher von einem erhöhten Risiko auszugehen. Liegt der Wert unter 10%, entspricht das einem geringen Risiko.

Die S3-Leitlinie weist aber explizit darauf hin, dass die Aussagekraft des KI67-Wertes vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Typen des Brustkrebses interpretiert werden muss. Diese sogenannten Subtypen, die seit Ende der 90er Jahre durch molekulargenetische Untersuchungen ermittelt werden, unterscheiden sich in ihrer Teilungsaktivität (Proliferationsrate) und damit in der Prognose und sprechen nicht in gleicher Weise auf die verschiedenen Therapiekonzepte an. Hierdurch sind weitere Merkmale wie z. B. Hormonrezeptorstatus (HR) und HER2-Expression

zur Beschreibung und Klassifikation von Brusttumoren hinzugekommen. Unterschieden werden

- **Luminal A:** Der Tumor ist hormonrezeptor-positiv und Her2-negativ, der KI67-Wert ist niedrig, also < 10%.
- **Luminal B:** Der Tumor ist hormonrezeptor-positiv, Her2-negativ, der KI67-Wert ist hoch > 25%.
- **HER2-neu:** Der Tumor ist HER2-positiv.
- **Triple-negativ:** Der Tumor ist HR- und HER2-negativ.

**Unterschiedliche Grenzwerte – kann Künstliche Intelligenz die Aussagekraft verbessern?**

Hier stellt sich nun die Frage: Gibt es je nach Subtyp Unterschiede hinsichtlich des sogenannten Cut-offs (wann ist ein Befund als positiv – erfordert also eine Behandlung, wann als negativ einzuordnen) und werden alle Tumore mit einer schlechten Prognose entdeckt? Im Rahmen einer Studie, deren Ergebnisse im Juli 2023 in der Zeitschrift Clinical Breast Cancer ver-

öffentlicht wurden, hatten Wissenschaftler der Universität Teheran untersucht, ob sich der Cut-off des KI67-Wertes durch Einsatz von künstlicher Intelligenz – hier maschinelles Lernen (ML) – exakter bestimmen lässt. In die Studie eingeschlossen waren mehr als 2.000 Patientinnen, die in der Zeit zwischen Dezember 2000 und März 2021 wegen einer invasiven Brustkrebserkrankung im Frühstadium behandelt wurden. Alle Frauen befanden sich zum Zeitpunkt der Bestimmung des KI67-Wertes in adjuvanter Therapie. Zur Vorhersage der Überlebens- und Rezidivwahrscheinlichkeit wurde eine sogenannte Entscheidungsbaummethode als Interpretationsinstrument für die KI67-Werte eingesetzt. Die Teilnehmerinnen wurden auf Grundlage ihres KI67-Wertes in zwei unterschiedliche Risikogruppen (hohes oder niedriges Risiko) eingeteilt. Mittels ML wurde dann der am besten passende Cut-off für das Gesamtüberleben und das Rückfallrisiko für die einzelnen Subtypen ermittelt.

Die Studienergebnisse belegen: Die Cut-off-Werte für den KI67-Marker unterscheiden sich nach Subtypen. Und sie können mittels ML präziser für die einzelnen Brustkrebstypen bestimmt werden, was im Hinblick auf das therapeutische Vorgehen relevant ist. Patientinnen mit Tumorsubtyp Luminal A haben z. B. bei einem KI67-Wert von mehr als 25% ein hohes Risiko im Hinblick auf das Gesamtüberleben. Das Risiko für einen Rückfall erhöht sich bei dieser Gruppe ab einem KI67-Wert

von 15%. Bei Patientinnen Luminal B bestand ein erhöhtes Rückfallrisiko bereits ab einem KI67-Score von 10%. Die Risikogrenze für das Gesamtüberleben liegt bei einem KI-67-Score von 15%. Für die Studienautoren ist der KI67-Marker weiterhin ein wichtiges Instrument zur Einschätzung des Rückfallrisikos. Sie empfehlen aber aufgrund der Ergebnisse, weitere Studien durchzuführen, um die Verlässlichkeit (Sensitivität) und Treffsicherheit (Spezifität) der Modelle zur Grenzwertvorhersage zu verbessern.

**Therapieoptionen bei erhöhtem Rückfallrisiko**

Der KI67-Wert ist aber nur ein Prognosemarker für das Rückfallrisiko. Bei der Therapieplanung spielen daneben das Alter der Patientin, der Tumorgrad und die Tumorgöße sowie der Hormonrezeptor- und HER2-Status eine Rolle. Ein hohes Risiko für ein Rezidiv oder Fernmetastasen besteht bei großen Tumoren (> 5 cm), einem Tumorgrad von 3 (schlecht differenzierte Zellen), Befall von Lymphknoten in der Achselhöhle und einem hohen KI-67-Score. Bei einer solchen Risikokonstellation empfiehlt die S3-Leitlinie eine Chemotherapie. Bei Patientinnen vor den Wechseljahren mit erhöhtem Rückfallrisiko sehen die aktuellen Leitlinien der AGO-Kommission Mamma eine vorbeugende Kombinationstherapie aus Tamoxifen oder einem Aromatasehemmer und einem GnRH-Agonisten (Unterdrückung der Eierstockfunktion) vor.

Patientinnen mit hormonempfindlichen Tumoren im Frühstadium und hohem Rezidivrisiko profitieren – das belegen die im Oktober 2024 in der Fachzeitschrift Annals of Oncology veröffentlichten Ergebnisse der NATALEE-Studie – von der ergänzenden Behandlung mit einem CDK 4/6-Inhibitor. Wird die antihormonelle Therapie durch einen Aromatasehemmer mit Ribociclib kombiniert, treten deutlich weniger Metastasen auf als bei der herkömmlichen Behandlung (antihormonelle Therapie und ovarielle Suppression).

**Genomische Marker für Therapieentscheidung unverzichtbar**

Die Bedeutung des KI-67-Wertes als prognostischen Marker betonte anlässlich des diesjährigen Senologie-Kongresses in Dresden auch Prof. Ulrike Nitz aus Mönchenglbadach. Sie wies in der Sitzung „KI67 macht Multigenanalyse überflüssig“ darauf hin, dass die Aussagekraft des KI67-Scores im Hinblick auf die Therapieentscheidung allein nicht ausreichend ist. „Es ist ein Kurzschluss, dass hohe Proliferation auch bedeutet, dass ein Tumor gut auf eine Chemotherapie anspricht, das ist in unseren Köpfen, bewahrheitet sich aber nicht immer“, so die Chefärztin vom Bethesda-Krankenhaus in Mönchenglbadach. Für die Frage, ob eine Chemotherapie erforderlich sei, seien genomische Strukturen und damit Gentests unabdingbar. Zur Beurteilung des Rezidivrisikos und für adjuvante Therapieentscheidung müssten deshalb klinisch-pathologische und genomische Parameter herangezogen werden, forderte die Gynäkologin. (akk)

Literatur  
 Sepehr Khosravi, Amirmahdi Khayyamfar et al.: Machine-Learning-Approach for the Determination of the Best Cut-off Points for KI67 Proliferation Index in Adjuvant- and Neo-Adjuvant-Therapy Breast Cancer Patients, Clin Breast Cancer, 2023, Jul; 23(5):519-526. Doi: 10.1016/j.clbc.2023.03.015. Epub 2023, Apr 3.  
 Hortobagyi GN et al.: A phase III trial of adjuvant ribociclib plus endocrine therapy vs endocrine therapy alone in patients with HR+/HER2-early breast cancer: Final invasive disease-free survival results from the NATALEE trial. Annals of Oncology, doi: https://doi.org/10.1016/j.annonc.2024.10.015

	Cut-off-Überleben	Cut-off-Rezidivrisiko
Luminal A	25 %	15%
Luminal B	15 %	10 %
HER2-neu	20%	15%
Triple negativ	15%	10%



Foto: AdobeStock / Haltpoint  
Anzeige

### Triple negativer Brustkrebs (TNBC)

## Längeres krankheitsfreies Überleben mit Kombitherapie

Können Patientinnen, die an fortgeschrittenem triple-negativem Brustkrebs erkrankt sind, davon profitieren, wenn eine platinbasierte Chemotherapie mit einem Anti-PD-1-Antikörper kombiniert wird? Lässt sich ein Fortschreiten der Erkrankung dadurch aufhalten, ist ein längeres progressionsfreies Überleben möglich? Die Zwischenergebnisse der TORCHLIGHT-Studie, die Anfang 2024 in der Zeitschrift Nature Medicine veröffentlicht wurden, sprechen dafür, dass sich hier eine vielversprechende Therapieperspektive eröffnet.

An der chinesischen Phase III Studie nahmen 531 Patientinnen mit fortgeschrittenem triple-negativem Brustkrebs teil (Tumorstadium IV bzw. inoperabler, lokal fortgeschrittener Tumor oder Rezidiv). Nach dem Zufallsprinzip wurden 353 Patientinnen dem Therapiearm zugeordnet. Sie erhielten als Ersttherapie eine platinbasierte Chemotherapie (nab-Paclitaxel) - kombiniert mit einem sogenannten Anti-PD1-Antikörper (Toripalimab). Dieses Protein PD-1 wird von Tumorzellen gebildet, um sich vor einer Entdeckung durch das Immunsystem zu verstecken und damit den Zelltod der Tumorzelle zu verhindern. Die 178 Patientinnen im Kontrollarm

wurden mit einer Chemotherapie und einem Scheinmedikament (Placebo) behandelt.

Im Verlauf der Studie zeigte sich: Besonders Patientinnen, deren Tumor viel PD-1 bildete, profitierten von der zusätzlichen Antikörpertherapie. Das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamte sich, denn die Patientinnen lebten länger ohne Verschlimmerung der Erkrankung. Auch das Gesamtüberleben verbesserte sich. Während die Erkrankung in der Kontrollgruppe nach 5,6 Monaten voranschritt, trat sie bei den Patientinnen, die die Kombinationstherapie erhalten hatten, erst nach 8,4 Monaten wieder auf.

Die Zwischenauswertung von TORCHLIGHT, die auf den Ergebnissen einer Nachbeobachtungszeit von 14 Monaten basiert, belegt nach Auskunft von Studienleiterin Prof. Qiang Liu vom Sun Yat-Sen Memorial Hospital in Peking, ein statistisch signifikant längeres Überleben für Patientinnen, die mit der Kombinationstherapie behandelt wurden. Denn auch das Gesamtüberleben fiel mit 32,8 Monaten für die Gruppe des Studienarms deutlich länger aus als bei den Patientinnen im Kontrollarm (19,5 Monate).

Allerdings berichteten die Patientinnen in beiden Studienarmen über Nebenwirkungen. In der Toripalimab-Gruppe waren es 99,2%, in der Placebo-Gruppe 98,9%. Bei mehr als der Hälfte der Patientinnen lag der Ausprägungsgrad der „unerwünschten Wirkungen“ bei 3 oder höher. Am häufigsten wurde über Schilddrüsenprobleme (Über- oder Unterfunktion) berichtet. In einzelnen Fällen traten auch Leberentzündungen, Lungenerkrankungen, Herz- oder Muskelentzündungen (Myocarditis, Myositis) auf.

Die Studienautoren bewerten die Zwischenergebnisse ihrer Untersuchung - trotz der ihrer Einschätzung nach tolerablen Nebenwirkungen - als positiv, weil sie einen signifikanten Überlebensvorteil für Patientinnen mit fortgeschrittenem triple-negativen PD-L1-reichen Brustkrebs durch die Kombinationstherapie nachweisen konnten. Die abschließende Analyse für das progressionsfreie Überleben aller Studienteilnehmerinnen sowie für das Gesamtüberleben liegt jedoch noch nicht vor. (akk)

Literatur: Jiang Z et al. Toripalimab plus nab-paclitaxel in metastatic or recurrent triple-negative breast cancer: a randomized phase 3 trial. Nat Med. 2024;30(1):249-56

# Leben mit Brustkrebs

BRUSTKREBS VERSTEHEN  
MIT BRUSTKREBS LEBEN  
INITIATIVE „MY TIME“



## WWW.LEBEN-MIT-BRUSTKREBS.DE

Informationen und Tipps zu Früherkennung, Erstdiagnose  
und Fortschreiten der Erkrankung.  
Außerdem: Magazine, Broschüren, Hörbuch,  
App als Download.



 NOVARTIS



25 Jahre mamazone

# Von der behandelten zur handelnden Patientin

Liebe Romana, in diesem Jahr feiert mamazone den 25. Geburtstag. Du bist seit vielen Jahren bei mamazone und jetzt im Vorstand aktiv. Sicherlich erinnerst Du Dich noch gut an den Anfang von mamazone. Wer hatte damals die Idee, einen Verein für Frauen mit Brustkrebs zu gründen? Wer waren die Frauen der ersten Stunde, und wie haben sie sich gefunden?

**Romana Gilg:** Ich erkrankte 1999 an Brustkrebs und bin seit 2001 Mitglied bei mamazone. Ursula Goldmann-Posch war bereits 1996 an Brustkrebs erkrankt und wollte von Anfang an wissen, warum ihre Ärzte diese oder jene Behandlung für notwendig hielten, welche Risiken und Nebenwirkungen bei den notwendigen Therapien möglich oder zu erwarten waren und was sie selbst dazu beitragen könnte, um mit Brustkrebs und ihrer Behandlung gut zu leben und möglichst lange zu überleben.

Als Journalistin war sie es gewohnt, Fachleuten die „richtigen“ Fragen zu stellen,

um komplexe Sachverhalte zu verstehen und dieses Wissen an ihre „Leser“ weiterzugeben. Ursula Goldmann-Posch besuchte einen Computerkurs, um besser im Internet recherchieren zu können. Sie begegnete der Public-Health-Forscherin Dr. Gerlinde Jänel, die 1997 am Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg eine Studie begonnen hatte, die sich mit der Situation und den Bedürfnissen von Brustkrebspatientinnen in Bayerisch Schwaben beschäftigte. Diese Studie zeigte die Informationsdefizite klar auf. Schnell wurde so der Entschluss gefasst, einen Verein zu gründen, der an Brustkrebs erkrankte Frauen mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zusammenbringen sollte. Die erlebte und erlernte Kompetenz zu einer gemeinsamen Kraft zu bündeln und Patientinnen aus ihrer Opferrolle zu befreien, war das Ziel. Patientinnen sollten so geschult werden, dass sie ihren Ärzten auf Augenhöhe begegnen, ihre Therapien verstehen und maßgeblich mitbestimmen könnten. Sie sollten von Behandelten zu Handelnden werden. Am 25.11.1999 fand

die Gründungsversammlung von mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs mit 14 Mitgliedern statt.

Aufgrund der beeindruckenden Überzeugungs-fähigkeiten und der beträchtlichen Menge Charme von Ursula Goldmann-Posch stellte der Medizinische Dienst ein kostenloses Büro zur Verfügung, in dem viele Mitglieder regelmäßig ehrenamtlich gearbeitet haben, um die vielen Ideen und Projekte zu verwirklichen. Leider werden wir zum Ende dieses Jahres ausziehen müssen. Danke, dass wir 25 Jahre beim Medizinischen Dienst zu Hause sein durften.

**Der Vereinsname „mamazone“ war eine Wortschöpfung von Uschi Goldmann-Posch und zugleich Programm. mamazone – der Name steht für die Verbindung aus „mamma“ = Brust und „amazone“ – die kämpferischen Frauen der griechischen Mythologie – machte gleich deutlich, dass sich hier Brustkrebspatientinnen zusammengefunden hatten, die**



*mamazone Gründerin Ursula Goldmann-Posch (links) zusammen mit Barbara Stamm beim Projekt Diplom-Patientin*



*mamazone Vorstand Biggi Welter und Lizzy Handke bei einer Patientenveranstaltung im Klinikum Großhadern*

nicht brav sein, sondern etwas erreichen und die medizinische Behandlung von Brustkrebs verbessern wollten. Das Ziel: Frauen mit Brustkrebs sollten eine optimale Behandlung bekommen, um länger und besser zu überleben.

**Und Frauen sollten mit den behandelnden Ärzten auf Augenhöhe sprechen, um gemeinsam die beste Therapieentscheidung zu treffen. Dafür benötigen sie Fachwissen, das vielen auch heute noch fehlt. Kannst Du Dich noch daran erinnern, welche Probleme die Gründerinnen im Jahr 1999 besonders bewegt haben? Was sollte sich unbedingt ändern? Was sollte erreicht werden?**

**Romana Gilg:** Ursula Goldmann-Posch war es wichtig, allen Brustkrebspatientinnen, die „es“ wissen wollten, das notwendige Wissen leicht verfügbar zu machen. Im Jahr 2000 habe ich am ersten Kongress „Diplompatientin“ teilgenommen, und für mich war es von da an selbstverständlich, dass Professoren den Betroffenen verständliche Vorträge hielten, die Hintergründe der Therapie erklärten und

Chancen und Möglichkeiten für die Zukunft aufzeigten.

Erst viel später habe ich gesehen, wie besonders diese Veranstaltung war. Die Patientenratgeber der Deutschen Krebshilfe (blaue Heftchen) waren das wichtigste mir damals bekannte Informationsangebot neben den Beratungsstellen der (bayerischen) Krebsgesellschaft. Bis dahin gab es kaum Patiententage oder andere Veranstaltungen, um Betroffenen medizinisches Wissen in patientenorientierter Sprache zu vermitteln. Ich erinnere mich gut an einen sehr engagierten und erstaunten Pathologen, der bis dato noch nie von einer Patientin gefragt worden war, wie genau die Untersuchungen an Tumoren ablaufen und wie sicher die ermittelten Parameter sind. Dabei ist das doch die Grundlage der Behandlung. Uschi war die erste Patientin in seinem Berufsleben, die das ganz genau wissen wollte, ihn persönlich aufsuchte und die entsprechenden Fragen stellte.

**mamazone ist von Anfang an mit diversen Projekten öffentlichkeitswirk-**

sam gewesen. Das „Titten-T-Shirt“, mit dem ihr auf die Wichtigkeit von Früherkennung aufmerksam gemacht habt, hat viele provoziert, Widerspruch hervorgerufen, aber sicherlich eins erreicht: Aufmerksamkeit für das Thema. Welche Projekte waren aus Deiner Sicht für den Verein die wichtigsten und die, durch die ihr am meisten erreicht habt?

**Romana Gilg:** Mein persönlicher Favorit ist der Kongress „Diplompatientin“, unterstützt vom Klinikum Augsburg und der Techniker Krankenkasse, da ich dort vor allen mein Wissen zum Thema Brustkrebs erworben habe. Dass es schon von Beginn an eine Homepage mit fundierten und überprüften Informationen für neugierige Patientinnen gab, war meiner Meinung nach existenziell wichtig. Genauso wie der Wunsch der aktiven mamazonen die Forschung zu unterstützen, z. B. mit dem Einlagern von Tumorgewebe für Forschungszwecke, also die im Jahr 2002 gegründete Stiftung PATH (Patients Tumorbank of Hope).

Das „Titten“-T-Shirt wurde auch innerhalb von mamazone sehr kontrovers dis-



*Ursula Goldmann-Posch, Bärbel Noga (links) und Inge Bördlein-Wahl beim Krebskongress in Berlin*



*Bärbel Noga, Waltraud Böving (zweite von links), Isabelle Drösler (dritte von links) und Ursula Goldmann-Posch beim Krebskongress in Berlin*



Auszeichnung zur besten Selbsthilfegruppe in Wiesbaden 2013



Bei der Charity-Strickpreisverleihung in Wertheim-Village 2013

kutiert, doch es sicherte uns sehr viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und in den Fachkreisen. „**Kennen Sie Ihr Risiko?**“ ist auch heute eines der wichtigen Themen beim Mammakarzinom.

Hier sollte auch das mamazone-Mobil erwähnt werden, das schon immer von Avon finanziell unterstützt wurde und mamazone die Teilnahme an allen möglichen Veranstaltungen, Tagungen, Messen und Kongressen erleichterte. Danke. Wir mamazonen hatten den Anspruch, dass auf Fachkongressen nicht „ohne uns, über uns“ gesprochen wurde und wird, sondern wollten mitreden und mitbestimmen. Bei der ersten Teilnahme von mamazonen im „Titten“-T-Shirt am Senologie-Kongress in Stuttgart waren wir die einzige Patientenselbsthilfeorganisation, die dort vertreten war. Das hat Aufsehen erregt und uns ins Gespräch mit vielen Fachleuten gebracht.

Heute ist die Mitarbeit von Patientenvertreterinnen bei Audits, in Gremien, Ethik-Kommissionen und Advisory-Boards

selbstverständlich und mamazone-Vertreterinnen sind vielerorts mit dabei. Das ist wichtig, denn dort werden die Weichen für die Zukunft gestellt.

**Uschi Goldmann-Posch hat als Ziel von mamazone einmal so zusammengefasst: Wir arbeiten daran, dass die medizinische Versorgung von Brustkrebspatientinnen und -patienten so gut ist, dass wir als Verein einmal überflüssig sind. Wenn Du heute auf ein Vierteljahrhundert mamazone-Geschichte zurückblickst, was waren Deiner Meinung nach die größten Erfolge des Vereins? Worauf können die mamazonen besonders stolz sein? Was hat sich am Verhältnis zwischen Patientin und behandelnden Ärztinnen und Ärzten geändert? Wo besteht Deiner Ansicht nach weiterhin Handlungsbedarf? Welches sind heute die dringlichsten Aufgaben? Was wünschst Du Dir für die Zukunft des Vereins?**

**Romana Gilg:** An den Aufgaben des Vereins hat sich nicht wirklich etwas geändert. Brustkrebspatientinnen benötigen

immer noch kompetente Informationen und Solidarität, gesunde Frauen Aufklärung über die Chancen der Früherkennung und die Wissenschaft die Unterstützung und die Erfahrung von Betroffenen. Aber es gibt viel mehr hochwertige Informationsmöglichkeiten und -angebote, es ist einfacher geworden, eine Zweitmeinung einzuholen, und die Wünsche und Bedürfnisse von Erkrankten werden weit mehr wahrgenommen, angesprochen und bei der Behandlung berücksichtigt. Es stehen deutlich mehr Therapieoptionen zur Verfügung, und sehr viele Patientinnen werden geheilt oder erreichen einen chronischen Verlauf. Dennoch gibt es noch viel zu erforschen, um eine individuelle und optimale Behandlung für jede einzelne Patientin zu erreichen.

Dass mamazone mit heute ca. 1600 Mitgliedern die größte Selbsthilfe-Organisation für Brustkrebspatientinnen in Deutschland ist, verdanken wir all den vielen Frauen und auch einigen Männern, die sich über viele Jahre ehrenamtlich bei und für

mamazone eingesetzt haben, insbesondere unseren früheren Vorstandsmitgliedern, den „Busenfreunden und -freundinnen“, dem wissenschaftlichen Beirat und allen Spendern und Sponsoren. Aber auch den freundlichen und hilfsbereiten (auch ehemaligen) Mitarbeiter/innen im Büro von mamazone und ihrer Zusammenarbeit mit den vielen ehrenamtlich Engagierten, den verschiedensten Firmen und Organisationen, ohne die es keine Veranstaltungen, keine Auftritte im Internet und in den sozialen Medien, keine Zeitschrift, keine Regionalgruppen, keine Beratung usw. geben würde. Darauf bin ich stolz und danke allen für ihr Vertrauen.

Unser neustes Projekt, die Plattform für Studien „Studie-für-Mich“, ist etwas, worauf wir stolz sein können. Unsere Uschi hätte es gewiss begeistert. Nochmal danke an die Techniker Krankenkasse für die finanzielle Unterstützung.

Unser erfolgreichstes Projekt in den letzten Jahren ist das Umarmungstuch. Mit einer Umarmung dieser Art und meist auch einem Herzkissen bringt es unsere Solidarität mit den Erkrankten zum Ausdruck.

Danke an die fleißigen Strickerinnen und Näherinnen.

Für die meisten Ärztinnen und Ärzte ist es heute selbstverständlich, dass sie aufklären und informieren, sofern es die Betroffenen wünschen. Um es mit den Worten von Ursula Goldmann-Posch zu sagen: **Stell Fragen und sei unbequem, das stärkt dein Immunsystem!** Jeder hat aber auch das Recht, zu sagen: Das ist mir zu viel, diese Information überfordert mich. Das möchte ich hier durchaus betonen.

Für die Zukunft wünsche ich mir weiterhin einen stetigen Zuwachs an neuen Mitgliedern, denn die sind die Grundlage unseres Vereins. Und noch viele Mitglieder, die ehrenamtlich aktiv im Verein tätig werden, beispielsweise Berichte für unser Magazin schreiben oder Regionalgruppen gründen. Wir möchten es nicht den Gesundheitsökonomern oder den Politikern allein überlassen, in welcher Form die Behandlung von Krebs künftig möglich sein wird.

Die Fragen stellten Brigitte Welter und Annette Kruse-Keirath.



Eins der ersten Vorstandsteams: Elisabeth Glogger, Ursula Goldmann-Posch und Lizzy Handke



Elisabeth Glogger und Lizzy Handke beim Senologiekongress in München



Ein besonderer Dank gilt Prof. Arthur Wischnik, dem langjährigen Direktor der Frauenklinik und des Zentralklinikums Augsburg, der leider im März 2024 verstorben ist. Er war ein langjähriger Freund und großer Förderer von mamazone und setzte sich dafür ein, dass Patientinnenbeteiligung mehr und mehr zum klinischen Alltag gehörte. Insbesondere das Projekt „Diplompatientin“, das erstmals im Jahr 2001 am Klinikum Augsburg stattfand, war ihm eine Herzensangelegenheit. Im Jahr 2010 verlieh mamazone Prof. Wischnik anlässlich der Diplompatientin den Ehrenbusenfreund. Das Foto entstand seinerzeit im Anschluss an die Laudatio, die das langjährige mamazone Vorstandsmitglied Eli Glogger (dritte von links) hielt. Daneben rechts Prof. Arthur Wischnik und Waltraud Böving und Annette Kruse-Keirath vom damaligen mamazone-Vorstand. Links neben Eli Glogger mamazone Gründerin Ursula Goldmann-Posch und Prof. Florian Schütz, der Busenfreund des Jahres 2010.

# Patienteninformation zur Misteltherapie

In fünf Sprachen erhältlich

## WISSEN SCHAFFT LEBENSQUALITÄT



Broschüre kostenlos anfordern!

### Aus dem Inhalt:

- Was ist Krebs?
- Operation und Strahlentherapie
- Medikamentöse Therapien
- Immuntherapien
- Misteltherapie
- Anwendung und Wirkung
- Wirtsbäume von Misteln

**Broschüre:** Deutsch und Englisch

**Digital / PDF:** Deutsch, Englisch, Niederländisch, Spanisch und Türkisch

[www.abnoba.de](http://www.abnoba.de)

**ABNOBA**



ABNOBA GmbH · Allmendstraße 55  
75223 Niefern-Öschelbronn · [info@abnoba.de](mailto:info@abnoba.de)  
Therapieinformationen Freecall 0 800 22 66 222

Kompetent, konsequent, konstruktiv

# Seit 2007 ist mamazone mit einer eigenen Vereinigung auch in Südtirol aktiv



„mamazone“-Auftakt 2007: eine nicht unumstrittene Plakat-Kampagne

„In einem bestimmten Moment unserer Existenz verlieren wir die Macht über unser Leben, und es wird vom Schicksal gelenkt. Das ist die größte Lüge des Lebens“. Mit diesem Zitat von Paulo Coelho aus 'Der Alchimist' startete die Brustkrebs-Initiative „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs“ in Südtirol eine ihrer ersten Aktionen im Jahre 2007 – und fällt immer wieder mit unkonventionellen Projekten auf.

Im Schulterschluss zwischen Ursula Goldmann Posch, Martina Ladurner und Erika

Laner wurde im Oktober 2007 „mamazone“ auch in Südtirol gegründet.

### Die Anfänge

1999 hatte die gebürtige Boznerin und Journalistin Ursula Goldmann Posch aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen als Brustkrebspatientin die Brustkrebs-Patientinneninitiative mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. in Deutschland ins Leben gerufen. Ihre Vision: An Brustkrebs erkrankte Frauen, Ärztinnen, Ärzte und Wissenschaftler zu vernetzen, um gemeinsam die Lebens-

und Überlebensperspektiven von Frauen mit Brustkrebs entscheidend zu verbessern.

Als Kämpferinnen für eine bessere Diagnose und Behandlung auch in Südtirol haben deshalb Erika Laner, selbst an einem durch Zufall diagnostizierten Mammakarzinom erkrankt, Martina Ladurner, als damalige Landtagsabgeordnete besonders für Frauengesundheit engagiert, und Ursula Goldmann Posch das „grenzüberschreitende“ Projekt gestartet.

### Das Schicksal selbst in die Hand nehmen

Auftakt war eine Pressekonferenz am 1. Oktober 2007, begleitet von einer nicht unumstrittenen Plakat-Kampagne, mit der „mamazone“ eine klare Botschaft lancierte: Brustkrebs macht keinen Unterschied.

Seither tritt „mamazone“ kompetent, konsequent und konstruktiv mit unterschiedlichsten Aktionen jedes Jahr im Brustkrebs-Monat Oktober und im Frauenmonat März in Erscheinung, sensibilisiert für das Thema und macht den Frauen Mut das Schicksal selbst in die Hand zu nehmen.



(v.l.) Erika Laner, Martina Ladurner, Ursula Goldmann Posch



Pressekonferenz Sensibilisierungsaktion März 2024 – mamazone und die Künstlerin der „Matter-of-Nipples“-Aktion Vivian Manzardo <https://vivianmanzardo.com>



Laner, Gilg, Krone, Welter, Ladurner

### Jede 8. Frau ist betroffen

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen. In Italien werden jährlich 55.500 Frauen, in Südtirol zirka 440, mit dieser Diagnose konfrontiert. Weltweit nimmt die Zahl der Betroffenen ständig zu, jedoch ist es gelungen die Sterblichkeit zu senken. Grundlage dafür ist eine qualitätsgesicherte Früherkennung und Behandlung in zertifizierten Brustzentren.

„mamazone Südtirol“ setzt sich deshalb dafür ein, dass das landesweite Mammografie-Screening für Frauen auf das Alter von 40 Jahren heruntergesetzt und bis 75 Jahre ausgedehnt wird. Die Tatsache, dass einerseits bei immer jüngeren Frauen, andererseits älteren Frauen über 70 Jahren das Mammakarzinom diagnostiziert wird, unterstreicht die Wichtigkeit dieser Forderung. Im Moment werden in Südtirol die Frauen zwischen 50 und 69 alle 2 Jahre zur Reihenuntersuchung aufgerufen.

### Sensibilisierungskampagnen

Immer wieder startet „mamazone“ Aufklärungskampagnen, um auf die Bedeutung des richtigen Umgangs mit der eigenen Brustgesundheit aufmerksam zu machen. Mit Flyern, Karten, Broschüren, Radio-, Kino- und Social-Media-Auftritten sowie mit unkonventionellen Initiativen, wie zum Beispiel dieses Jahr mit der Foto-Ausstellung „A Matter of Nipples“, will mamazone vor allem auch das jüngere Publikum ansprechen. Die

Botschaft lautet dabei immer: „Je früher Brustkrebs erkannt wird, desto besser sind die Überlebenschancen“.

### Zu Expertinnen werden

Auch in Südtirol gibt es die Diplompatientin in Anlehnung an die „große Schwester“ in Augsburg und deshalb liebevoll „Mini-Dipa“ genannt. Sie hat dieses Jahr bereits zum 17. Mal in Bozen stattgefunden. In ständigem Austausch mit mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. in Deutschland werden namhafte Referentinnen aus dem In- und Ausland nach Bozen eingeladen. Interessierte und betroffene Frauen erhalten dabei eine geballte Ladung an Brustkrebs-Wissen in kompakter und

verständlicher Form und es werden die neuesten Entwicklungen und Ergebnisse in Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms beleuchtet.

Dieses Jahr waren die beiden Südtiroler mamazonen Martina Ladurner und Erika Laner bei der 25-Jahr-Feier von mamazone Deutschland in Augsburg mit dabei und im nächsten Jahr steht ein Gegenbesuch von mamazone Deutschland in Südtirol bei der Diplompatientin am 25.10.2025 auf dem Programm. Denn Austausch und Vernetzung kommt allen Frauen zugute.

Erika Laner und Martina Ladurner



Sensibilisierung mittels Handout im praktischen Visitenkarten-Format mit QR-Code



Diplom-Patientin 2024 und onkologischer Patiententag

## Fachwissen, Erfahrungen, Tipps, Workshops – mamazone startet im Tandem mit der Uni Augsburg neues Fortbildungsformat

Zum 25. mamazone-Jubiläum hatten sich die Verantwortlichen diesmal etwas ganz Besonderes einfallen lassen: Zum ersten Mal wurde der Onkologische Patiententag der Uniklinik Augsburg (UKA) in zeitliche Nähe zum Kongresstag „Projekt Diplompatientin“ (DiPa) gerückt. So konnten viele mamazone-Mitglieder, auch online, den onkologischen Vorträgen am Vortag lauschen und die Besucherinnen und Besucher vor Ort bei den spannenden Workshops des UKA mitmachen. Und viele, die sich für den Patiententag angemeldet hatten, nahmen am zweiten Tag, am DiPa-Kongress, teil.

### Sprechende Medizin zu schlecht bezahlt – erste Ergebnisse der WAVES-Studie

„DiPa ist in Deutschland einmalig“, sagte Prof. Dr. Nina Ditsch, Leiterin des Brustzentrums am UKA, zum Auftakt. „Ihr als mamazone habt mit der DiPa eine Basis für gemeinsame Projekte mit uns Medizin-

schaffenden geschaffen.“ Es gelte, diesen Ansatz in die Forschung weiterzutragen. „Ihr habt uns ermöglicht, unseren Patiententag an Euren anzugliedern“, betonte die Professorin und dankte für die „Herzlichkeit“, mit der mamazone mit der UKA schon jetzt eine gute Versorgungsmedizin lebe. Als Beispiel für diesen Forschungsansatz nannte sie die WAVES-Studie, die derzeit die Kommunikation im klinischen Therapiealltag für den Bereich Brustkrebs untersucht und an der bisher 2.700 Patientinnen teilgenommen haben. Als erstes Ergebnis konnte sie von einer Zunahme der Patientenzufriedenheit berichten, sobald das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt mehr als 30 Minuten dauert. Mit der Studie wolle man erreichen, dass in Zukunft auch längere Beratungsgespräche von den Kassen übernommen werden. „Die Vergütungsstruktur muss eine andere werden“, forderte Prof. Ditsch und bedauert: „Es wird immer noch zu wenig für die sprechende Medizin gezahlt.“ Sie

ermunterte alle, die momentan ihre Behandlung starten, an der noch laufenden Studie teilzunehmen (Wechselseitiger Patienten-Arzt-Austausch in der Versorgung bei Brustkrebs mit dem Ziel der gemeinsamen Erarbeitung neuer patientenorientierter Strukturen). (Link: <https://bzkf.de/waves-studie/>).

### Workshops am Patiententag: OP Roboter Da Vinci live miterleben

Im Mittelpunkt des ersten Veranstaltungstags standen die zahlreichen Workshops, in denen die Patientinnen und Patienten die Seite wechseln und einen Blick in den Klinikalltag werfen konnten. Im Bereich Chirurgie war die Arbeitsweise des OP-Roboters Da Vinci mitzuerleben. In einer Live-Schaltete konnte man im Auditorium einer Operation folgen und Professor Ditsch am OP-Tisch zusehen. Fast zeitgleich war für andere im Ultraschall-Workshop zu erfahren, wie das Brusttumorgewebe aus der OP angeliefert und untersucht wurde.

„Ich war total geflasht, das mitzuerleben“, berichtete Manuela Paul, mamazone-Regionalleiterin aus Vermold. „Uns wurde erklärt, wo die Schnittgrenze zum Tumor verläuft.“ Telefonisch wurde dann in die OP rückgemeldet, ob noch nachgeschnitten werden muss.

### „Informierte Entscheidung“ benötigt neue Versorgungsstrukturen

Wie wichtig es heute für die Medizin ist, dass Erkrankte informiert sind und mitbestimmen können, war von Prof. Dr. Matthias Beckmann vom Uniklinikum Erlangen zu erfahren. „Die Brustkrebspatientinnen sind am besten informiert und am besten heilbar“, fasste er die aktuelle Lage in der Onkologie zusammen. Zu verdanken sei dies Pionierinnen wie der Gründerin von mamazone, Ursula Goldmann-Posch. Um dieses Wissen für die Erkrankten zugänglich zu machen, müsste man in Zukunft Patienten in der Klinik stärker an die Hand nehmen. Dafür hätten dezentrale Kliniken wie die Uniklinik Erlangen mit Onko-Lotsinnen und -Lotsen eine Vermittlerrolle zwischen Arzt und Patient geschaffen. Sie begleiten die Patienten auf ihrem Weg durch die Behandlungs- und Therapiezeit. Auf die Frage aus dem Publikum, ob auch Patienten diese Tätigkeit ausüben können, verwies Prof. Beckmann auf das Tarifsystem. Bisher könne er dafür leider nur medizinische Fachkräfte abrechnen. Patienten kämen aber ehrenamtlich beim Besuchsdienst zum Einsatz. Und auch bei wichtigen Klinikentscheidungen im Direktorium seien Patienten dabei. Dort hätten sie als Patientenvertreter ein volles Stimmrecht und seien an dieser Stelle der Ärzteschaft gleichgestellt.

Wie sehr die Steigerung der Lebensqualität im Therapieverlauf den Kongress-Teilnehmenden unter den Nägeln brennt, war aus den vielen Publikumsfragen herauszuhören. Warum eine Chemo-Behandlung nicht in der wohnortnahen Frauenarztpraxis stattfinden könne, erklärte Prof. Beckmann: Grund dafür sei die Verwendung toxischer Substanzen. Kämen sie zum Einsatz, könne es in einer Kombinationstherapie, also in Wechselwirkung mit anderen Arzneimitteln, zu Komplikationen kom-

men, die nur in einer Klinik behandelt werden könnten. Ansonsten sei das Risiko für die Patientin zu groß.

### Zu wenige Patientinnen nehmen an Studien teil – weil sie keine kennen

Eine andere Möglichkeit, als Patient auf die medizinische Versorgung Einfluss zu nehmen, sei an Patientenstudien teilzunehmen, erläuterte Molekularonkologe Prof. Dr. Rainer Claus vom UKA am zweiten Kongresstag. „Bisher würden im Bereich Krebs allerdings nur 5 der Behandelten dies tun“, bedauerte er und hielt fest: „Es gibt ein Informationsdefizit zu Studien. Der Arzt als Vermittler ist bisher nicht besonders effektiv.“ Von ihrem Frust konnte eine Patientin berichten, die an einer Studie teilnehmen wollte. Trotz mehrerer Anläufe sei man auf sie nicht mehr zurückgekommen. Anderserseits wären im Internet die Ergebnisse von Studien nur schwer auffindbar, war von einigen Zuhörenden zu erfahren, die online zugeschaltet waren. Sie monierten, dass die weltweit zentrale Datenbank, die alle Studienergebnisse enthalte, für Patienten weitestgehend unverständlich sei. Dass sich das für den Bereich Brustkrebs ändern werde, konnte Romana Gilg vom mamazone-Vorstand bekanntgeben. Studie-für-mich ist ab heute über die mamazone-Website verfügbar“, eröffnete sie den 240 Zuhörerinnen und Zuhörern der Hybrid-Veranstaltung. „Sie enthält alle Studieninformationen, damit jede Patientin ihren Arzt danach fragen kann.“ Auch Beobachtungsstudien zu mehr Lebenszeit und -qualität sind dort aufgeführt (Link: <https://mamazone-tricli.vercel.app/>).

### Krebs geht auf die Knochen – Bewegung, Vitamin D, Kalzium und Bisphosphonate schützen

Eine weitere Frage aus dem Publikum, wie man Osteoporose vermeiden kann, griff Prof. Dr. Ingo J. Diel auf. Der Experte für Knochengesundheit war per Video zugeschaltet. Um die Knochengesundheit zu erhalten, sei es bei einer Chemo beziehungsweise der Einnahme von Medikamenten zum Hormonentzug neben dem Zuführen von Vitamin D und Kalzium wichtig, Übergewicht zu vermeiden. Be-

reits ein moderater Gewichtsverlust würde sich positiv auswirken und Probleme wie Schlafmangel reduzieren. Vor allem sollten Patienten mehr Sport treiben. Um dem Fatigue(Ermüdungs)-Syndrom entgegenzuwirken, sei vor allem ein Training zum Muskelaufbau förderlich. Wäre im Therapieverlauf ein fortgeschrittenes Abbaustadium der Knochendichte erreicht und Osteoporose nachgewiesen, könne man Osteoprotektiva (Bisphosphonate) einsetzen, die – und das war die gute Nachricht – seit kurzem auch von den Kassen übernommen werden. Allerdings müsste man diese ein ganzes Jahr länger einnehmen, als die Antihormontherapie andauere, so der Rat des Osteonkologen. „Bei abruptem Absetzen kommt es zu Knochenbrüchen“, warnte Prof. Diel. Einen weiteren Hinweis gab er Patientinnen mit schweren Nebenwirkungen. Das vorübergehende Aussetzen von Antihormonmitteln hat bei jüngeren Patientinnen unter 50 Jahren, einer aktuellen Studie zufolge, einen erheblichen Einfluss auf das Wiedererkrankungsrisiko. „Nach den Wechseljahren spielt es keine Rolle mehr.“

### Mehr Lebensqualität – Angst, Depression und Stress in den Griff bekommen

Zum diesjährigen DiPa-Thema „Leitgedanke: Langzeitüberleben und Überlebensqualität“ passten auch die Studienergebnisse von Prof. Dr. Miriam Kunz. Depression und Angstzustände, erläuterte sie, würden in den ersten fünf Jahren bei Brustkrebs zunehmen. Und das sei fatal. Denn beides erhöhe das Wiedererkrankungsrisiko um 24 bis 29 Prozent. Schuld daran sei der hohe Stresspegel. Und Stress wäre ein Faktor, der zwar nicht das Krebsrisiko für eine Ersterkrankung, jedoch das Risiko für eine Wiedererkrankung deutlich steigere. „Machen Sie aus Angst Furcht“, gab die Wissenschaftlerin für Medizinische Psychologie und Soziologie an der UKA ihren Zuhörerinnen als Rat mit auf den Weg. Mit Bewältigungsstrategien, wie beispielsweise Entspannungsübungen und psychonkologischer Betreuung, könne die Angst überwunden werden. Hilfreich sei in jedem Fall, Sport zu treiben. Wem es schwer fällt oder wer es im Alltag zeitlich nicht hinbekommt, kann auch mit einem halbstün-





digen Spaziergang schon viel bewirken. Denn, so Prof. Kunz, „nicht mehr Sport hilft mehr, sondern schon wenig hilft trotzdem.“

#### Jede Patientin hat ihre eigene Strategie zur Krankheitsbewältigung

„Bei mir sitzt die Angst immer wieder auf dem Sofa“, begann Eva Schumacher-Wulf, Herausgeberin der Zeitschrift MammaMia!, die vor vielen Jahren selbst an Brustkrebs erkrankt ist, ihre Videobotschaft und traf damit den Nerv jeder Patientin im Saal. Um der Angst zu begegnen, sei es für sie am Anfang hilfreich gewesen, die Therapiezeit in Etappen aufzuteilen. So hätte sie die ersten fünf Jahre leichter gemeistert. Nach jeder Jahresetappe könne man sich mit einer Reise oder etwas Ähnlichem selbst belohnen, war ihr Rat. Etwas Gutes könnten sich Erkrankte auch tun, erklärte Psychoonkologe Carsten Witte vom Zentrum für Strahlentherapie Freiburg, der als junger Mensch an Krebs erkrankt war, indem sie neue Wege gehen. Mit der Gründung einer Tanztheatergruppe für Männer konnte er sich selbst und anderen helfen. Wichtig sei es, gerade auch für junge Menschen Gemeinschaftsaktionen zu schaffen, wie er es mit seiner Selbsthilfegruppe „Jung & Krebs“ (auf Instagram: @jung\_und\_krebs\_official) getan hat und immer noch tut. Für junge Eltern hatte auch MammaMia!-Herausgeberin Schumacher-Wulf noch einen Tipp: „Gehen Sie mit der Situation offen um, damit die Kinder nicht zu stark belastet werden.“ Seit ihrer Wie-

dererkrankung kann sie sich auf ihr neues Netzwerk, ein Palliativ-Team, verlassen. Ein solches Team bietet Sicherheit und Entlastung, wo Angehörige ansonsten schnell überfordert sind.

#### Behandlung in zertifizierten Zentren überlebenswichtig

Was die Früherkennung und Behandlung von Brustkrebs angeht, sei man in den letzten Jahrzehnten schon sehr viel weitergekommen und habe mit der Einführung des Mammo-Screenings die Sterblichkeit drastisch senken können, erläuterte Prof. Dr. Marc Thill vom Agaplesion-Markus-Krankenhaus in Frankfurt a. M. Im Jahr 2000 sei Deutschland EU-weit noch auf dem drittletzten Platz gelegen. Frauen wie Hilde Schulte und anderen sei es zu verdanken, dass sich das geändert habe. Bessere Überlebenschancen hat aber nur, wer sich in einem zertifizierten Brustkrebszentrum behandeln lässt. Deshalb appellierte Prof. Beckmann schon am Patiententag an alle Zuhörerinnen und Zuhörer, zur Behandlung „nicht in die Klinik um die Ecke zu gehen“. Was die Nachsorge betreffe, wäre es allerdings wünschenswert, wenn das Screening bei einer familiären Betroffenheit früher beginnen würde, meinte Dr. Simone Strohmayer (SPD), Mitglied des Bayerischen Landtags, und forderte darüber hinaus ein eigenes Budget auch für eine Screening-Nachsorge. Auf die Nachfrage von Moderatorin Ingeborg Hain, Medizinerin und ehemalige Brustkrebs-

Patientin, weshalb die SPD-Frau ihre Forderung bei ihrem Parteikollegen und dem für das Thema zuständigen Bundesminister Karl Lauterbach nicht längst durchgesetzt habe, begründete Strohmayer mit der Schwierigkeit, Frauenthemen durchzusetzen.

#### Die Busenfreundin 2024 heißt Nina Ditsch

Zum Kongress-Abschluss wurde, wie in jedem Jahr, der Busenfreund-Award von mamazone verliehen. Er ging 2024 an Prof. Dr. Nina Ditsch, die immer wieder in verständlicher Sprache zu den aktuellen Leitlinien in der Brustkrebsforschung informiere, wie Biggi Welter vom mamazone-Vorstand in ihrer Laudatio betonte. „Du bist eine hervorragende Ärztin, in erster Linie aber ein Mensch.“ Für die ehrenamtliche Betreuung der mamazone-Website überreichte Eugenia Krone vom mamazone-Vorstand eine Ehrennadel an Heidi Baumann und eine weitere an Sonja Rosswinkel, ebenfalls für die ehrenamtliche Unterstützung bei der aktuellen Präsenz in den sozialen Netzwerken. Um die Versorgung der Chemo-Patientinnen in Augsburg zu verbessern, wurden die beiden von der Firma Hilotherm an mamazone gespendeten Kühlgeräte an das UKA weitergegeben. Diese werden eingesetzt, um neuropathischen Schädigungen an Händen und Füßen sowie Haarausfall entgegenzuwirken.

Ruth Seyboth-Kurth

## Herzlichen Glückwunsch

# mamazone erhält besonderes Geburtstagsgeschenk

Mit einem ganz besonderen Geschenk haben die Fa. HILOTHERM GmbH und die Internationale Senologie Initiative e.V. (ISI e.V.) anlässlich des 25jährigen Vereinsjubiläums die ehrenamtliche Arbeit von mamazone gewürdigt.

Der Verein erhielt HilothermChemoCare Geräte zur Vermeidung von chemobedingten Nebenwirkungen wie Haarausfall und Polyneuropathie.

Diese Geräte können betroffenen Patientinnen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Im Grußwort zum Jubiläum heißt es:



Die Patientenbeauftragte des Luisenkrankenhauses gratuliert zum Jubiläum

## Liebes „mamazonen“-Team,

Der Oktober ist PINK - passend zum pinken Brustkrebs-Awareness-Monat feiert Ihr liebes mamazone-Team, Euer 25-jähriges Jubiläum. Wir gratulieren von ganzen Herzen zu Eurem Jubiläum und verneigen uns mit Hochachtung vor Eurer Arbeit. Euer Ehrenamt, Initiative und unermüdlichen Einsatz für alle Brustkrebserkrankten überregional ist herausragend und wundervoll und wir wollen Euch dafür FEIERN. Ihr seid ein Geschenk für alle Brustkrebspatientinnen und ein Geschenk sollt Ihr bekommen...

Seit 25 Jahren setzt Ihr Euch für die Lebensqualität Eurer Patientinnen ein und wir – die Firma Hilotherm und ISI e.V., möchten auf eine ganz besondere Art dieses Engagement würdigen, belohnen und unterstützen. Die Firma Hilotherm aus dem Allgäu hat mit ihren ChemoCare Kühlgeräten einen entscheidenden Schritt für die Lebensqualität unserer Chemotherapie-Patientinnen geleistet. Die Kühlgeräte zur kontrollierten Kühlung werden während der Chemotherapie eingesetzt und können so die gefürchteten Nebenwirkungen wie den Haarausfall reduzieren und schwere Nervenschäden (Polyneuropathien) an Händen und Füßen vermeiden. Wir, die Internationale Senologie Initiative ISI e.V. in Düsseldorf subventionieren als Selbsthilfegruppe seit 2019 diese Kühlgeräte und haben die sogenannte HILOTHERAPY® als Standard für alle Patientinnen etablieren können. Seitdem können alle unsere Patientinnen diese Kühlgeräte kostenlos nutzen.

mamazone klärt Patientinnen ebenfalls unermüdlich über die Möglichkeit der kontrollierten Kühlung (HILOTHERAPY®) zur Prophylaxe der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie und des Haarausfalles auf. Mit eigenen „mamazone-Kühlgeräten“ könnt Ihr jetzt auch Euren Patientinnen die kostenlose Nutzung der kontrollierten Kühlung zur Verfügung stellen und die Lebensqualität während und nach der Chemotherapie praktisch schützen. Denn Haarausfall ist belastend und stigmatisierend für viele Frauen und nicht nur ein kosmetisches Problem und die Polyneuropathie ist eine mögliche Langzeitkomplikation, die über viele Jahre bestehen und belasten kann.

Liebe „mamazonen“, die Hilotherm GmbH und wir die ISI e.V. überreichen Euch nun Eure eigenen ChemoCare Geräte – tut noch mehr Gutes und sprecht darüber.

Liebe Grüße Eurer HILOTHERM Team und Euer ISI-Team



Biggi Welter kann nach der Aktion im Nadelspiel wieder ein fertiges Umarmungstuch präsentieren

mamazone Umarmungstuch

# Unser Tuch wird geliebt

Auch im zweiten Aktionsjahr wird unsere Aktion geliebt, unterstützt und weitergetragen, und wir sind dankbar und stolz. Inzwischen haben wir mehrere hundert Tücher in Empfang nehmen dürfen und möchten ein wenig über die Aktion und unsere Unterstützer erzählen.

so sehr unterstützt, dass bei 36 Grad wirklich den ganzen Tag gestrickt und erklärt wurde! Auch im nächsten Jahr wird es einen Workshop im Laden geben, und wir werden gemeinsam Dreiecke für neue Tücher stricken.

Erst kürzlich erschien das Buch „Knit is for power“ und die Designerin unseres Tuches, Melanie Berg, stellte auch unsere Aktion vor. In diesem Buch schrei-

ben Designerinnen davon, warum das Stricken ihnen in schwierigen Zeiten so geholfen hat. Es macht mich persönlich sehr glücklich, dass mamazone und unsere Aktion in diesem Buch eine Rolle spielen dürfen! Danke dafür auch an den Frech-Verlag und wieder mal an Lana Grossa!

Auch möchten wir uns auch bei „die\_kerstin\_strickt“ bedanken. Kerstin hat



Beim Strickflashmob kamen die Strickerinnen in Augsburg bei 36 Grad ganz schön ins Schwitzen



Im Augsburger Woll-Laden stellte Tanja Steinbach (Bildmitte) das Umarmungsbuch vor.



Eine Strickanleitung für das Umarmungstuch findet sich im Buch „Knit is for Power“

in ihrem Instagram Blog viel von unserer Aktion geschrieben, und wir hatten ein Live-Interview. Viele, viele Strickerinnen haben uns danach unterstützt!

Anja von „Wollträume“ hat eine großartige Aktion gestartet. Sie spendete Wolle für 11 Tücher, und alle haben zusammen gestrickt und komplette Tücher geschickt. Jedes war liebevoll verpackt, und es wurden liebevoll gestaltete Karten und Wünsche dazugelegt.

Auch der Wolle-Laden „Nadelspiel“ in Augsburg startete eine Strickaktion. Viele Frauen saßen den ganzen Nachmittag bei Kaffee und Kuchen im Laden und unterstützten uns. Die Firma Schöffel und Stammel hat uns ebenfalls unterstützt. Auch dort wurde ein Stricknachmittag gestartet, und in Buchloe wurde ein ganzes Schaufenster für unsere Aktion gestaltet!

Wie wundervoll ist es doch, dass so viele Menschen helfen wollen und so viele

gute Wünsche und Gebete in unsere Tücher eingearbeitet werden! Einer für Alle und Alle für Einen – wir sind nicht alleine und werden getragen und UMARMT!

Wir werden die Aktion nicht beenden und nehmen inzwischen auch gerne bunte Tücher an. Die gehen nicht an die zertifizierten Zentren, sondern werden direkt an die Patientinnen weitergegeben. Lasst uns weiterstricken!

Biggi Welter



Das Event bei Schöffel und Stammel fand auch Resonanz auf Instagram



Kolleg BreastCare in Hamburg

# „Wir haben mehr Behandlungsmöglichkeiten – und das ist gut so!“

Es war bereits das 10. Kolleg BreastCare, das am 7. September 2024 in den Räumen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf stattfand. Das Kolleg ist eine zertifizierte Fortbildungsveranstaltung für Breastcare-Nurses und onkologische Fach- und Pflegefachkräfte. Auch interessierte Patientinnen und Patienten können teilnehmen. Für Teilnehmer aus den Fachkreisen ist die Veranstaltung mit 8 Fortbildungspunkten zertifiziert. Veranstalter wird das Kolleg von der Allianz gegen Brustkrebs gemeinsam mit dem Hubertus-Wald-Tumorzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und der KOK – Konferenz onkologische Kranken- und Kinderkrankenpflege.

Nach der Begrüßung durch Annette Kruse-Keirath stellte PD Dr. Georgia Schilling das neue onkologische Reha-Programm für Patientinnen und Patienten zwischen 25 und 35 der Nordseeklinik in Westerland/Sylt vor. Die Besonderheit ist, dass es sich hier um ein zielgruppenorientiertes Programm für junge Patientinnen und Patienten handelt. Viele Themen und die besonderen Bedürfnisse dieser Altersgruppe finden in der normalen Reha kaum Be-

rücksichtigung. Junge Patientinnen und Patienten bewegen vor allem folgende Fragen: Wie geht es im Beruf und mit der Karriere nach der Erkrankung weiter? Finde ich trotz Krebs einen Partner? Kann ich eine Familie gründen? Das Gespräch und der Austausch mit Menschen im gleichen Alter und einer ähnlichen Lebenssituation in der Gruppe können hier, so Dr. Schilling, ein therapeutisch wirksamer Faktor sein: Die Gruppe als Co-Therapeut.

Ziel der Reha ist es, die Krebserkrankung medizinisch und psychologisch aufzuarbeiten, bestehende Ängste und Traumata zu thematisieren und Bewusstsein für die Bedeutung eines gesundheitsfördernden Lebensstils als wichtigen Bestandteils der individuellen Langzeitnachsorge zu schaffen. Die Reha ist bei gemeinsamer An- und Abreise für vier Wochen konzipiert. Gruppenaktivitäten wie z. B. Ausflüge, attraktive Sportangebote oder Kochen in der Lehrküche tragen dazu bei, im Alltag Selbstvertrauen und Lebenskraft zu stärken. Die Kosten werden von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Unter folgendem Link kann das Programm „Auf die Plätze, fertig, Leben“, das auch in der Asklepios-

Klinik in Triberg im Schwarzwald angeboten wird, aufgerufen werden: [www.asklepios.com/sylt/reha/abteilungen/onkologische-reha/Junge-Reha/](http://www.asklepios.com/sylt/reha/abteilungen/onkologische-reha/Junge-Reha/).

Der Hamburger Gynäkologe Prof. Dr. Christian Schem vom Mamma-Zentrum des Jerusalem-Krankenhauses berichtete anschließend über das OncoNet Nord und die Perspektiven für die Versorgung von Brustkrebspatientinnen. Zum OncoNet Nord e. V. haben sich aktuell 25 Kliniken, Praxen und Kompetenzzentren in der Metropolregion Hamburg zusammengeschlossen. Das gemeinsame Ziel: Verbesserung der Versorgung für Patientinnen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumorerkrankungen. Die Kooperation soll u. a. dazu beitragen, dass Patientinnen – je nach Art und Schwere ihrer Erkrankung – im für sie optimalen Zentrum betreut werden. Zentrumsübergreifende Tumorboards sollen den Informationsaustausch zwischen den behandelnden Ärzten in Klinik und Praxis und anderen Therapeuten verbessern.

Geplant sind zudem gemeinsame Forschungsinitiativen, Fortbildungsveranstaltungen und Online-Plattformen zu ver-

schiedenen Themen, die neues Wissen schnell zugänglich machen. Angesichts der steigenden Anzahl von Krebserkrankungen und der abnehmenden Zahl von Ärzten und Pflegepersonal sei es unerlässlich, so Prof. Schem, durch Kooperationen neue Wege in der Versorgung zu gehen. Das OncoNet Nord will dazu mit seinen Initiativen einen Beitrag leisten.

Über die berufliche Wiedereingliederung nach der überstandenen Brustkrebstherapie referierte Dr. Dagmar Umnus-Lackner, die Leiterin der Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsförderung der Bayer AG. Anhand von Fallbeispielen verdeutlichte sie die Vorgehensweise und die Unterstützungsmöglichkeiten bei der beruflichen Rehabilitation. Nach dem SGB IX § 167 ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Wiedereingliederung zu unterstützen. Ausgehend von den medizinischen Befunden, den Fähigkeiten der Patientin und der Analyse des Arbeitsplatzes kann eine stufenweise Eingliederung nach dem Hamburger Modell geplant werden. Idealerweise wird das Betriebs-

che Eingliederungsmanagement (BEM) betriebsärztlich begleitet. Der Arbeitsplatz soll an mögliche Einschränkungen der Patientin angepasst werden.

Unter dem Titel „Wenn es kribbelt und schmerzt“ erläuterte der Ergotherapeut Andreas Rode Ursachen und Therapieschwerpunkte einer sensorischen Polyneuropathie. Neben anderen Faktoren ist die Chemotherapie häufig ein Auslöser für Polyneuropathie. Durch die Zytostatika kann die nervenhüllende Myelinschicht geschädigt werden, was Schmerzen und/oder unterschiedliche Missempfindungen in Händen und Füßen zur Folge hat. Oft lassen sich die Beschwerden, so Rode, mit ganz einfachen Mitteln lindern oder sogar beheben. Er zeigte in der praktischen Anwendung, wie verschiedene Geräte (Igelball, Bodyrolle u. Ä.) und Übungen die Nerventätigkeit anregen und die Sensibilität verbessern können. Ein Patentrezept für alle Betroffenen gibt es nach Erfahrung von Rode nicht. Notwendig ist ein individualisiertes Vorgehen, um die passende Therapie für die jeweilige Pati-

entin zu finden. Denn Patientinnen reagieren sehr unterschiedlich auf die jeweiligen Übungsformen.

„Krebs findet auch zuhause statt“ war das Thema der Bloggerinnen Alexandra von Korff und Paulina Ellerbrock. Seit mehr als 5 Jahren produzieren sie den Podcast „2 Frauen 2 Brüste“. Beide erhielten 2017 die Diagnose Brustkrebs – als junge Frauen mit kleinen Kindern. Sie stellten die belastenden Themen rund um das Leben mit Brustkrebs dar. Und das tun sie mit erfrischender Offenheit und – wo es passt – auch mit Humor. Neben den extremen Belastungen, den Ängsten und den körperlichen Beschwerden gilt es, den Alltag mit Familie und Kindern zu bewältigen. Die Prioritäten verschieben sich. Es geht ihnen darum, Krebs weiter zu enttabuisieren und mehr Sichtbarkeit für die Betroffenen zu erreichen. Sie wollen ihre Erfahrungen teilen und mitteilen, um anderen Frauen Mut zu machen. Der Podcast „2Frauen2Brüste“ ist auf den gängigen Plattformen zu finden.

Anzeige

**REXRODT VON FIRCKS STIFTUNG**  
Rehabilitation krebskranker Mütter & ihrer Kinder

**Klinik Ostseedeich**

**Wir gratulieren zu 25 Jahren Mamazone!**  
Vielen Dank für euer Engagement, die Unterstützung und die herausragende Netzwerkarbeit für Frauen mit Brustkrebs.

**Rexrodt von Fircks Stiftung**  
Agnesstraße 8 · 45136 Essen  
[www.rvfs.de](http://www.rvfs.de)  
[kontakt@rvfs.de](mailto:kontakt@rvfs.de)

**Klinik Ostseedeich**  
Deichweg 1 · 23743 Grömitz  
[www.klinik-ostseedeich.de](http://www.klinik-ostseedeich.de)  
[info@klinik-ostseedeich.de](mailto:info@klinik-ostseedeich.de)



Zum Thema: Wie KI die Früherkennung von Brustkrebs verbessern kann, referierte Prof. Dr. Daniel Truhn von der RWTH Aachen. Anhand eines Videos zeigte Prof. Truhn die Fehleranfälligkeit der menschlichen Wahrnehmung. Wir nehmen „selektiv“ wahr und sind auf ein bestimmtes Merkmal fokussiert. Dabei werden andere Phänomene übersehen. Hier ist die KI oftmals überlegen. Denn sie hat häufig einen „objektiveren Blick“. Prof. Truhn berichtete, dass aber auch die KI kein Allheilmittel ist. Untersuchungen haben nämlich ergeben, dass die KI der menschlichen Wahrnehmung nicht in allen Fällen überlegen ist.

Also was tun? AI als Augmented Intelligence verbindet die künstliche und menschliche Intelligenz. Die Forschungsgruppe von Prof. Truhn erarbeitet derzeit z. B. im Rahmen der Odelia-Studie, an der die Allianz gegen Brustkrebs als Patientenvertreter mitarbeitet, auf der Basis von Schwarmlernen KI-Algorithmen für die Erkennung von Brustkrebs in der MRT. Ziel ist, KI-Tools zu entwickeln, die Radiologen bei der Auswertung von MRT-Aufnahmen unterstützen. KI und AI, davon ist Prof. Truhn überzeugt, werden angesichts der steigenden Anzahl und Komplexität der zu erwartenden Untersuchungen und des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen in Zukunft

ein unverzichtbarer Bestandteil der Diagnostik sein.

Über neue Therapieoptionen beim triple negativen Brustkrebs (TNBC) berichtete die Leiterin des Brustzentrums des UKE, Dr. Lisa Steinhilper. Bei ca. 15% der Brustkrebsarten handelt es sich um TNBC. Dieser Brustsubtyp hat eine sehr schlechte Prognose. Nun stehen neue Wirkstoffklassen für die Behandlung zur Verfügung – und zwar Immuntherapien und Antibody-Drug-Conjugates (ADC). Studienergebnisse zeigen, dass Patientinnen, die vor der Operation (neoadjuvant) mit einer platinbasierten Chemotherapie behandelt werden, von Immuncheckpoint-Inhibitoren auch bezüglich des Gesamtüberlebens profitieren. Diese Substanzen werden nach der Operation als unterstützende Therapie (postneoadjuvant oder adjuvant) eingesetzt. Ziel ist es, durch die erneute begleitende Behandlung eine Metastasierung zu vermeiden.

Doch nicht nur in der Behandlung des Primärtumors, sondern auch dann, wenn der Tumor bereits gestreut hat (Metastasierung), eröffnen neue Medikamente wie ADC oder auch die Immuntherapie effiziente Therapieoptionen, um die Lebenszeit der betroffenen Patientinnen zu verlän-

gern. Hier gebe es vielversprechende Entwicklungen, so Dr. Steinhilper. Wichtig sei aber, die oft doch erheblichen Nebenwirkungen der Medikamente gut zu kontrollieren, um frühzeitig gegensteuern zu können.

Wichtig ist es nach Einschätzung von Dr. Steinhilper auch, dass sich Frauen, die vor dem 60. Lebensjahr an TNBC erkranken, genetisch testen lassen. Diese Testung wird von der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie explizit empfohlen. Wird eine BRCA1- oder 2-Mutation nachgewiesen, können Betroffene von einem PARP-Inhibitor (Olaparib) profitieren. Ab 2025 ist die Testung auch für alle TNBC-Patientinnen unter 70 Jahren empfohlen.

Das Thema der molekularen Testungen griff im anschließenden Vortrag auch Prof. Dr. Volkmar Müller, der stellvertretende Leiter der Frauenklinik des UKE, nochmals auf. Er widmete sich der Frage, für welche Patientinnen Testungen besonders wichtig sind. Dabei betonte der Hamburger Gynäkologe die Bedeutung molekularer Testungen als Grundlage für bessere Therapieentscheidungen. Nach dem derzeitigen Stand der Forschung sind die Testungen vor allem für drei Bereiche wichtig:

- Zur Risikoabschätzung beim frühen Brustkrebs, zur Klärung der Frage: Chemotherapie ja oder nein.
- Für die Testung von zugelassenen, zielgerichteten Medikamenten (welche Patientinnen profitieren? – einen Benefit haben nur die Frauen, für die bestimmte Zielmerkmale zutreffen)
- Für die molekularen Tumorboards, in denen untersucht wird, welche Zellveränderungen einen Ansatzpunkt für Medikamente aus anderen Krebsindikationen bieten könnten

Gerade beim metastasierten Brustkrebs gibt es zahlreiche neue Behandlungsoptionen, die entsprechend den genetischen Merkmalen der Krebszellen eingesetzt werden. Therapieentscheidend sind hier u. a. ESR1-Mutationen, Veränderungen in PIK3CA, AKT1, PTEN und die BRCA-Mutationen. Gerade die Mutationsdiagnostik ist – so Prof. Müller – beim metastasierten Brustkrebs für die zielgerichtete Therapie von großer Bedeutung.

Sind alle herkömmlichen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft, eröffnen sich über das molekulare Tumorboard oft neue Behandlungsoptionen. Denn oft wirken Medikamente, die bei ähnlichen genetischen Merkmalen bei der Therapie anderer Tumorarten eingesetzt werden, auch bei Brustkrebs. Es sei ein neuer therapeutischer Ansatz, nicht die Organerkrankung, sondern die genetischen Veränderungen auf der Zellebene zu behandeln, so Prof. Müller: „Wir haben mehr Möglichkeiten, und das ist gut!“

Bewegung und Sport während der Krebstherapie und Nachsorge waren Schwerpunkt des Abschlussvortrags von PD Dr. Thorsten Schmidt vom Universitätsklinikum in Kiel. Nach wie vor wüssten zu wenige Krebspatienten, wie wichtig Bewegung und Sport bei der Behandlung von Krebs und in der Nachsorge sind, beklagte der Kieler Arzt. Dabei ist die Sporttherapie geeignet, brustkrebsassoziierte Nebenwirkungen zu lindern, insbesondere Fatigue, Lymphödeme, aber auch Polyneuropathie.

Durch Krafttraining lässt sich Osteoporose verhindern und die Knochendichte verbessert sich sogar. Schon während der Chemo- und Hormontherapie sollten Patientinnen Krafttraining betreiben. Die Trainings sollten allerdings, so Dr. Schmidt, professionell angeleitet und der körperlichen Belastbarkeit angepasst sein. Einschränkungen in Folge der Erkrankung sind dabei zu berücksichtigen. Sein Appell: Alle Patientinnen sollten nicht nur eine gute Behandlung der Krebserkrankung, sondern gleichzeitig auch eine unterstützende Sport- und Bewegungstherapie erhalten.

Renate Rogler-Lotz

**Bitte notieren:**

Im nächsten Jahr wird das Kolleg BreastCare am 13. September 2025 im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf stattfinden. Über das Programm informieren wir im nächsten MAGJournal oder ab Frühjahr auf der Website: [www.allianz-gegen-brustkrebs.de](http://www.allianz-gegen-brustkrebs.de).

FOCUS Me

## Die App für Patientinnen mit Brustkrebs oder anderen gynäkologischen Tumoren

Vernetze dich mit anderen Brustkrebspatientinnen und entdecke Veranstaltungen rund um den Alltag mit deiner Erkrankung – kostenlos und ohne Rezept mit der FOCUS ME App.

Jetzt downloaden!

[www.focusme.de](http://www.focusme.de)

05/2024 M-DE-00021700



Foto: AdobeStock / wayhome.studio

## Polyneuropathie

# Muskeltraining wirkt gegen Nervenschädigung durch Chemotherapie

Zu den häufigsten Nebenwirkungen einer Chemotherapie gehört die periphere Polyneuropathie (CIPN). Durch die Zytostatika werden häufig die Nerven an Beinen und Armen geschädigt, so dass die Reizweiterleitung zum Gehirn gestört ist. Zunächst macht sich die Erkrankung durch Empfindungsstörungen wie Kribbeln oder Brennen bemerkbar. Später empfinden Betroffene Berührungen als unangenehm, haben ein gestörtes Kalt-Warm- oder Schmerzempfinden, klagen über Gefühlsverlust in Armen und Beinen oder Gleichgewichtsstörungen, die zu Stürzen führen können. Bei manchen Patienten ist die Lebensqualität so gravierend beeinträchtigt, dass andere Medikamente eingesetzt werden müssen oder es sogar zum Therapieabbruch kommt.

Gegen diese Form der Polyneuropathie, unter der immerhin 70 bis 90% der Patientinnen und Patienten leiden, die mit Platinpräparaten (z.B. Cisplatin, Carboplatin) oder Taxanen (Paclitaxel, Docetaxel) behandelt werden, gibt es derzeit keine wirk-

same medikamentöse Behandlung. In den Leitlinien wird lediglich eine Schmerztherapie mit Duloxetin empfohlen. Hierbei handelt es sich um ein Präparat mit entzündungshemmender, stimmungsaufhellender Wirkung, das auch zur Behandlung von Depressionen und Fibromyalgie eingesetzt wird.

Deshalb wird nach Möglichkeiten gesucht, um das Entstehen der Polyneuropathie idealerweise zu verhindern oder das Auftreten von Symptomen zu verringern. Auch in der Deutschen Sporthochschule in Köln beschäftigte sich ein Studienteam unter Leitung von Dr. Fiona Streckmann mit dieser Thematik. Die Forscher wollten herausfinden, inwieweit sich durch Bewegung und Muskeltraining das Auftreten einer peripheren Polyneuropathie beeinflussen lässt. Die Ergebnisse der Studie, die im Juli 2024 in der Zeitschrift JAMA veröffentlicht wurden: Durch körperliches Training lässt sich das Risiko für Neuropathien reduzieren – und zwar bis zu 40%.

An der Studie nahmen insgesamt 158 Krebspatientinnen und -patienten teil, die eine platin- oder taxanhaltige Chemotherapie durchliefen. Nach dem Zufallsprinzip wurden drei Gruppen gebildet: Zwei Gruppen, die parallel zur Chemotherapie zweimal wöchentlich ein Trainingsprogramm von 15 bis 30 Minuten absolvierten und eine Kontrollgruppe, die nur die Standardtherapie erhielt.

Die 55 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der ersten Gruppe nahmen an einem sensomotorischen Training teil, in dessen Verlauf Gleichgewichtsübungen auf zunehmend instabilem Untergrund durchgeführt wurden. Es handelte sich um vier standardisierte Übungen, die mit regelmäßigen Pausen jeweils dreimal für 20 Sekunden ausgeführt werden mussten. In der zweiten Trainingsgruppe nahmen 53 Patientinnen und Patienten an einem Ganzkörpervibrationstraining auf einer seitenalternierenden Vibrationsplattform teil, die ein natürliches Bewegungsmuster nachahmt. Die Trai-

ningseinheiten umfassten jeweils 30 bis 60 Sekunden mit anschließender Pause.

Nach 12 Trainingswochen wurde erstmals ein Polyneuropathie-Screening durchgeführt, in dessen Verlauf verschiedene Parameter wie die Vibrationssensitivität, die Stärke des Achillessehnenreflexes, die Empfindlichkeit gegenüber Berührungen und die Nervenleitfähigkeit geprüft wurden. Die Studienteilnehmer füllten außerdem einen speziellen Fragebogen aus, um ihre Symptome zu dokumentieren. Gleichzeitig wurden die Betroffenen darum gebeten, alle Anzeichen für das Auftreten einer Polyneuropathie sofort mit den betreuenden Onkologen zu besprechen.

Auf Grundlage der Untersuchungs- und Befragungsdaten ermittelte das Forscherteam, ob es zu einer CIPN gekommen war. Die Auswertungen der Studienergebnisse zeigen: Durch körperliches Training lässt sich das Auftreten von

CIPN signifikant reduzieren. Denn bei den Studienteilnehmern, die ein sensomotorisches Training (SMT) durchliefen, trat nur bei 30% eine Polyneuropathie auf. Bei Studienteilnehmern, die am Vibrationstraining teilnahmen, waren 41,2% von einer Polyneuropathie betroffen. Im Kontrollarm ohne Bewegungstherapie traten CIPN-Symptome bei 70,6% der Teilnehmer auf.

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen in den folgenden fünf Jahren zeigten, dass ein begleitendes Training das Auftreten von Nervenschädigungen um 50 bis 70% verringern kann. Am meisten profitierten die Patientinnen und Patienten aus der SMT-Gruppe. Das körperliche Training sorgte auch dafür, dass weniger Therapieumstellungen erforderlich wurden, was sich günstig auf die Überlebensraten auswirkt. Ganz abgesehen von einem Mehr an Lebensqualität für die betroffenen Patientinnen und Patienten.

Dr. Streckmann und ihr Team arbeiten derzeit an einem Leitfaden für Krankenhäuser, mittels dessen das effektive und kostengünstige Training als begleitende Maßnahme in den klinischen Alltag der Krebstherapie Eingang finden soll. Seit 2023 läuft an sechs Kinderkliniken in Deutschland und der Schweiz eine weitere Studie, die die positiven Effekte des Trainings gegen CIPN für die Kinderonkologie prüfen soll. „Das Potenzial körperlicher Aktivität wird enorm unterschätzt“, davon ist Dr. Streckmann überzeugt. Sie hofft, dass die Studienergebnisse dazu beitragen, an den Krankenhäusern mehr Sporttherapeuten zu beschäftigen, um mehr Patientinnen und Patienten diese vorbeugende CIPN-Prophylaxe zu eröffnen. (akk)

### Literatur:

Fiona Streckmann et al.: Prevention of chemotherapy-induced neuropathy with specific exercises concomitant to therapy – a multi-centre, randomized, controlled trial (STOP), JAMA Internal Medicine (2024), doi: 10.1001/jamainternmed.2024.2354

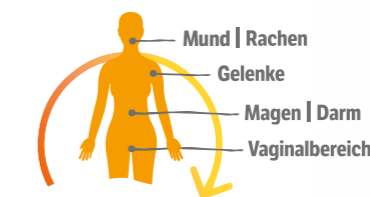
Anzeige

# MUND AUF FÜR GESUNDE SCHLEIMHÄUTE.\*

\* Biotin trägt zur Erhaltung normaler Schleimhäute bei.

## Sanomucin®

Nahrungsergänzungsmittel mit pflanzlichen Enzymen, Linsenextrakt, Vitamin C und Biotin



Leben spüren. Mit allen Sinnen.



Jetzt Muster bestellen  
[helixor.de/sanomucin-testen](https://helixor.de/sanomucin-testen)



Nahrungsergänzungsmittel sind kein Ersatz für eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung sowie eine gesunde Lebensweise.

Helixor



Foto: AdobeStock / Africa Studio

## Übelkeit während der Chemotherapie

# Kombination aus Cannabis-Wirkstoffen wirkt, wenn andere Mittel versagen

**Cannabis ist nicht nur ein wirksames Schmerzmittel. Die Wirkstoffe der Hanfpflanze können auch den Appetit anregen, Übelkeit hemmen, Muskelverspannungen lösen und den Schlaf fördern. Wird eine Kombination aus den Cannaboiden THC (Tetrahydrocannabinol) und Cannabidiol (CBD) bei einer Chemotherapie zusätzlich zur Standardprophylaxe gegeben, leiden Patientinnen und Patienten deutlich weniger unter Übelkeit und Erbrechen. Das ist das Ergebnis einer australischen Studie, deren Ergebnisse im August 2024 im Journal of Clinical Oncology veröffentlicht wurden.**

Die Studiengruppe von Peter Grimison von der Universität Sidney untersuchte in einer randomisierten, placebokontrollierten Studie, ob die orale Gabe von Cannabis dazu in der Lage ist, bei Tumorpatienten, die auf die herkömmliche Übelkeitsprophylaxe nur unzureichend oder gar nicht ansprechen, Übelkeit und Erbrechen zu stoppen. Die Patientinnen und Patienten, die an der Studie teilnahmen, hatten in vorherigen Chemotherapiezyklen trotz einer leit-

liniengerechten Prophylaxe (antiemetische Therapie) unter mittlerer bis starker Übelkeit gelitten.

In den aktuellen Leitlinien wird – in Abhängigkeit vom übelkeitsauslösenden Potential der jeweiligen Chemotherapie – eine Standardprophylaxe aus verschiedenen Substanzen (Kortikosteroiden, 5-Hydroxytryptamin-Antagonisten, Neurokin-1-Antagonisten und Olanzipin) empfohlen. Etwa bei einem Drittel der Patientinnen und Patienten bleiben diese Medikamente wirkungslos. Die Betroffenen leiden so stark unter den Übelkeitssymptomen, dass sie erwägen, die Zytostatika-Therapie abzubrechen. Hier benötigen die behandelnden Onkologen wirksame Prophylaxe-Alternativen.

Die Wissenschaftler in Sydney überprüften deshalb im Rahmen ihrer Studie, ob eine Kombination aus den Cannabis-Wirkstoffen THC und CBD – jeweils in einer Dosis von 2,5 mg in einer Kapsel verpackt – eine wirksame Behandlungsalternative darstellen kann.

THC, das auch für den berauschenden Effekt von Cannabis verantwortlich ist, wird bei der Behandlung von chronischen und neuropathischen Schmerzen, Anorexie, MS-induzierter Spastik, ADHS, Migräne und in der Palliativmedizin eingesetzt.

Cannabidiol, das anders als THC keine berauschende Wirkung hat, findet z. B. bei der Behandlung von entzündlichen und schmerzhaften Erkrankungen wie Rheuma und Arthritis, aber auch bei Angststörungen und Psychosen Anwendung.

Von den insgesamt 147 Patientinnen und Patienten, die an der Studie teilnahmen, wurden 73 nach dem Zufallsprinzip der Interventionsgruppe zugeteilt; die 74 anderen erhielten ein Placebo. Die vorbeugende Therapie begann jeweils am Tag vor Anfang des aktuellen Therapiezyklus. Die Medikamente in Kapselform sollten dreimal täglich über einen Zeitraum von insgesamt sechs Tagen eingenommen werden. Die Teilnehmer konnten die Dosis in eigener Verantwortung senken oder erhöhen (maximal vier Kapseln pro Tag).

In der Analyse der Wirksamkeit der Therapie zeigte sich: 24% der Patienten, die die Cannabis-Therapie erhalten hatten, erreichten über die 120-stündige Studienphase das Studienziel: keine nennenswerte Übelkeit, keine Verwendung von Rescue-Medikamenten. In der Placebo-Kontrollgruppe waren es nur 8%. Im Cannabis-Arm waren 20% der Patienten komplett frei von Übelkeit, unter Placebo-Behandlung nur 7%. Auf weitere übelkeitsunterdrückende Medikamente konnten unter THC- und CBD-Kombinationstherapie 28% der Patienten verzichten. In der Kontrollgruppe waren es nur 9%. Zudem mussten sich die Patienten im Therapiearm weniger häufig übergeben und die Übelkeitssymptome fielen deutlich schwächer aus. Ein weiteres Studienergebnis: Bei Männern wirkten

die Cannabis-Substanzen deutlich besser als bei Frauen.

Als Nebenwirkungen traten unter der Cannabis-Therapie – die meisten Patienten hatten zwei Kapseln pro Tag eingenommen – Benommenheit (18%) und Schwindel (10%) auf. Über Ängste und Desorientierung berichteten jeweils 4% der Cannabispatienten. Diese unerwünschten Wirkungen traten im Placebo-Arm deutlich weniger auf (Benommenheit: 7%, Schwindel: 0%, Ängste: 1%, Desorientierung: 0%).

Nach Einschätzung der Studiengruppe ist der Kombinationstherapie aus THC-CBD als Begleittherapie ein signifikanter klinisch relevanter Nutzen zuzusprechen. Patientinnen und Patienten profitieren doppelt: Sie leiden weniger unter Übel-

keit und Erbrechen und können die eigentliche Therapie damit mit höherer Lebensqualität durchstehen. Die Ergebnisse der Studie rechtfertigten, so die Autoren, wegen der hohen Rate des Komplettansprechens eine Änderung der Leitlinienempfehlungen. Hierbei sollte allerdings beachtet werden, dass einige Patienten im Studienarm die Anfangsdosis von 2,5 mg THC und 2,5 mg CBD nicht vertragen hätten. Daher sei im Einzelfall eine Dosisanpassung erforderlich. (akk)

Literatur: Peter Grimison, PhD et al.: Oral Cannabis Extract for Secondary Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Final Results of a Randomized, Placebo-Controlled, Phase II/III Trial, Publication: Journal of Clinical Oncology, Newest Articles, <https://doi.org/10.1200/JCO.23.01836>

## Wichtig zu wissen für die Verordnung von Cannabis

Schon seit 2017 können Patienten in Deutschland Cannabis auf Rezept erhalten. Vor der Erstverordnung musste bis Oktober 2024 ein Antrag bei der jeweiligen Krankenkasse gestellt werden. Erst wenn dieser genehmigt war, konnte ein Cannabis-Rezept ausgestellt werden. Seit dem 17.10.24 benötigen Ärztinnen und Ärzte, die über bestimmte Qualifikationen verfügen, keine Genehmigung für die Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln mehr. Es kann aber im Einzelfall dennoch sinnvoll sein, eine solche Genehmigung auf freiwilliger Basis einzuholen. Denn die Krankenkassen und der MDK bewerten das Vorliegen der Verordnungsvoraussetzungen häufig anders als der verordnende Arzt.

Zu den Arztgruppen, die Cannabis verordnen können, gehören z. B. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Frauenärzte, Neurologen, Fachinternisten und Onkologen, Anästhesisten mit den Zusatzbezeichnungen Geriatrie, Palliativmedizin, medikamentöse Tumortherapie, Schlafmedizin und spezielle Schmerztherapie.

Grundsätzlich gilt allerdings weiterhin: Nur Patientinnen und Patienten mit ei-

ner schwerwiegenden Erkrankung haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Cannabismedikamente auf Rezept. Welche Erkrankungen in diese Kategorie fallen, ist derzeit nicht gesetzlich festgeschrieben. Damit hat vom Grundsatz her jede schwer kranke Person die Möglichkeit, eine Cannabistherapie zu erhalten.

Vor dem Einsatz von Cannabis müssen alle üblichen Standardtherapien für die jeweilige Erkrankung ausgeschöpft sein. Nur dann, wenn die üblichen Therapien nicht oder nicht mehr ausreichend wirken oder vertragen werden, kann Cannabis zulasten der Krankenkasse verordnet werden. Gleiches gilt für den Fall, dass zwar eine Standardtherapie vorhanden ist, diese für den Patienten aber wegen möglicher Kontraindikationen nicht in Frage kommt.

Eine weitere entscheidende Voraussetzung für die Verordnung ist folgende: Es muss eine begründete Aussicht auf eine zeitnahe und spürbare Verbesserung des Krankheitsverlaufs oder einer schweren Symptomatik bestehen. Zur Begründung reicht der Verweis auf wissenschaftliche

Daten. Die Beurteilung, für welche Patienten eine solche Behandlung geeignet ist und ob eine zumutbare Standardtherapie zur Verfügung steht, ist in der Praxis oft schwierig.

Im Abschlussbericht der Begleiterehebung zur Verschreibung und Anwendung von Cannabisarzneimitteln, die vom März 2017 bis März 2022 durchgeführt wurde, wurden von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten als häufigste Erkrankungen und Krankheitssymptome folgende Beschwerdebilder genannt:

- Chronische Schmerzen
- Tumorerkrankungen
- Spastik
- Anorexie (Magersucht)/Wasting (ungewollte Gewichtsabnahme)
- Multiple Sklerose
- Übelkeit und Erbrechen

Bei den genannten Erkrankungen und Symptomaten dürfte somit eine Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln zulasten der Krankenkassen möglich sein. Als Eigenanteil fällt dann lediglich die Rezeptgebühr von mindestens 5 € und höchstens 10 € – je nach Preis des Medikaments an. (akk)



Foto: AdobeStock / Prostock-studio

## Sport und Bewegung

# Viel Wirkung – ohne Nebenwirkung

**Sport und körperliche Aktivität senken das Risiko, an Krebs zu erkranken. Doch auch nach der Krebsdiagnose wirkt sich körperliches Training positiv auf den Krankheitsverlauf aus. Gibt es besondere Effekte für Brustkrebspatientinnen? Welche Formen der Bewegung sind besonders geeignet? Gibt es auch Gegenanzeigen?**

Körperliche Aktivität hat nicht nur keine Nebenwirkungen, sondern vor allem das Potential, therapiebedingte Nebenwirkungen zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern. Durch die Krebserkrankung und die Therapien werden die Betroffenen stark belastet. Körperliches Training steigert nicht nur die körperliche Fitness, sondern hat auch auf verschiedenen Ebenen positive Effekte, die ein Team unter Federführung von Prof. Dr. Freerk Baumann untersuch-

te. Die vorhandene Datenlage wurde als Review und auf der Basis von Metaanalysen präsentiert.<sup>1)</sup>

### Positive Wirkungen von Sport und Bewegung

Im Folgenden sind relevante Ergebnisse aufgeführt:

Das Fatigue-Syndrom betrifft viele Patientinnen und beeinträchtigt sie oft noch lange nach der Therapie. Die Effekte von Bewegung bei Fatigue wurden in zahlreichen Studien untersucht. Zusammengefasst: Bewegung wirkt sich durchgehend positiv aus. Die positiven Wirkungen lassen sich sowohl durch physiologische als auch durch psychologische Aspekte erklären. Die Entzündungswerte werden verringert, und die Ausschüttung von Hormonen und Botenstoffen wird beeinflusst. Studien des systematischen Reviews weisen darauf hin, dass ein ange-

passtes Trainingsprogramm, möglichst ein kombiniertes Ausdauer- und Krafttraining, die Fatigue-Symptomatik während und nach einer Krebsbehandlung reduziert.<sup>1)</sup>

Die PREFERABLE-EFFECT-Studie (siehe Kasten 1) belegt die signifikante Abnahme der Fatigue bei metastasierten Brustkrebspatientinnen, die an einem strukturierten Training teilnahmen. Dies wirkte sich positiv auf die Lebensqualität aus. Auch in der Metaanalyse lassen sich signifikant positive Effekte des Bewegungstrainings bezüglich einer verbesserten Lebensqualität feststellen.<sup>1)</sup>

Durch Krafttraining lässt sich auch eine signifikante Reduktion des Brustkrebs-assoziierten Lymphödems erreichen.<sup>1)</sup> Der Schweregrad des Lymphödems kann vermindert werden.

Kraft- und Ausdauertraining – kombiniert mit einem sogenannten Impact-Training (gezielte Stoß- und Druckübungen wie Sprünge) stabilisiert die Knochengesundheit und wirkt damit einer Osteoporose entgegen. Dabei verbesserte sich die Knochenmineraldichte an Hüfte und Wirbelsäule. Diese Ergebnisse wurden allerdings zunächst nur bei Frauen erhoben, die die Wechseljahre noch vor sich hatten.<sup>1)</sup>

Die Chemotherapie mit Anthrazyklinen und eine Antikörpertherapie mit Trastuzumab können zu Schädigungen des Herzens führen (Risiko der Kardiotoxizität). Mit einer Kombination von Ausdauer- und Krafttraining können kardiotoxische Nebenwirkungen langfristig gelindert werden.<sup>1)</sup> Zur Reduktion von **Angst und Depression** eignen sich verschiedene Bewegungsformen, die mit leichter bis mittlerer Intensität ausgeführt werden.<sup>1)</sup> Durch die Reduktion dieser Nebenwirkungen kann die Therapietreue (Adhärenz) und damit langfristig der Behandlungserfolg gestärkt werden.

### Diese Studien fehlen noch

Viele der beobachteten positiven Effekte sind nach wissenschaftlichen Kriterien noch nicht ausreichend untermauert. Die als Polyneuropathie bekannte Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathie (CIPN) lässt sich durch Training ebenfalls verringern. Dazu sind neben Krafttraining vor allem Gleichgewichts- und Sensomotorikübungen geeignet.<sup>1)</sup> Bei Polyneuropathie zeigen die Trainings gute Erfolge. Diese sind aber noch nicht durch umfassende Studien belegt. Weiterhin ergab die PREFERABLE-EFFECT Studie eine Verringerung von Schmerz und Kurzatmigkeit beim fortgeschrittenen Brustkrebs.<sup>3)</sup>

Außerdem gibt es viele Hinweise, dass Sport die Wahrscheinlichkeit für das Wiederauftreten von Krebs verringert. Auch hier fehlen noch wissenschaftliche Studien, die diesen Zusammenhang ausreichend belegen.<sup>2)</sup>

### Auch die Psyche wird gestärkt

Die körperliche Aktivität hat darüber hinaus psychosoziale Effekte. Menschen, die Sport treiben, gestalten auch ihren Alltag aktiver und pflegen mehr Kontakte zu anderen Menschen. Außerdem stärken Sport und Bewegung das Selbstwertgefühl und Autonomie: Den Therapieerfolg selbst zu beeinflussen, ist ein wichtiger Schritt zur selbstbestimmten Krankheitsbewältigung.

### Wieviel Sport für wen?

Sport und Bewegung sind in jeder Phase der Brustkrebstherapie angezeigt.

Angepasste Bewegung und insbesondere Krafttraining, während der Chemo- und Strahlentherapie zeigen positive Effekte beim Erhalt der körperlichen Fitness und helfen, Nebenwirkungen der Therapie zu reduzieren. In der Adjuvanz – auch unter antihormoneller Therapie – unterstützt das Training die Rückkehr in den Alltag. Selbst beim metastasierten Brustkrebs zeigen sich die positiven Wirkungen. (siehe Kasten 1)

Empfehlungen zu Bewegungsformen und Sportarten sollten an der individuellen Situation der Betroffenen ausgerichtet werden. Allgemein gültige Empfehlungen für alle Brustkrebspatientinnen können nicht gegeben werden. Eine Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining ist die Grundlage jeder Bewegungstherapie. Als Ausdauertraining eignen sich zügiges Walken, Schwimmen oder Radfahren. Krafttraining kann mit dem eigenen Körpergewicht und Hilfsgeräten (z.B. Hanteln) ausgeführt werden.

Für Krebspatienten empfiehlt das American College of Sports Medicine (ACSM) ein moderates bis anstrengendes Ausdauertraining dreimal wöchentlich für mindestens 30 Minuten. Außerdem sollte zweimal pro Woche ein Krafttraining durchgeführt werden.

Eine fachgerechte Anleitung ist unbedingt anzuraten. Die WHO empfiehlt moderates Training für 150 Minuten bzw.

75 Minuten intensives Training pro Woche. Falls eine medizinische Indikation zur Bewegungstherapie besteht, wird eine qualitätsgesicherte, supervisierte Sport- und Physiotherapie empfohlen. Dieses Bewegungsprogramm sollte nebenwirkungsspezifisch ausgerichtet werden.

In Studien konnte gezeigt werden, dass ein professionell betreutes, strukturiertes Training signifikant bessere Ergebnisse erzielt als unspezifische Aktivitäten. Ein solches Training wird in einigen universitären Zentren und Kliniken angeboten. Außerdem informieren deutschlandweite Informationsnetzwerke über spezifische Angebote zur Bewegungstherapie, z.B. das Netzwerk „OnkoAktiv“ und OTT® (Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie). Abrechnungsfähige, qualitätsgesicherte Versorgungsformen wie die OTT® befinden sich im Auf- und Ausbau.

Allgemeine Informationen zur OTT® finden Sie unter:  
[www.myairbag24.de](http://www.myairbag24.de).

Informationen zum Netzwerk OnkoAktiv:  
[netzwerk-onkoaktiv.de](http://netzwerk-onkoaktiv.de)

Patientinnen, die ihre Therapie in den letzten 12 Monaten beendet haben, können sich an der Studie PREFERABLE II LION-RCT beteiligen, die online ein personalisiertes Trainingsprogramm anbietet. (siehe Kasten 2)

### Manchmal ist Schonung angesagt

Für alle Menschen gilt, dass bei Infekten, starken Schmerzen, Schwindel und Übelkeit körperliche Belastungen reduziert werden sollen. Außerdem können bei Krebspatienten durch Chemo- oder Strahlentherapie relevante Blutwerte beeinträchtigt werden, die sportliche Aktivitäten zeitweise verbieten. Nach einer kardiotoxischen Chemotherapie sollte 48 Stunden auf Sport verzichtet werden. Die Bewegungstherapie gilt als sicher und wirksam. Es besteht ein geringes Risiko



für das Auftreten von Sportverletzungen, dies kann aber durch fachgerechte Anleitung minimiert werden. Grundsätzlich ist die ärztliche Beratung sinnvoll.

#### Aktuelle Empfehlungen und Fazit

Die Bewegungstherapie reduziert wirksam die Nebenwirkungen in der onkologischen Behandlung, ohne eigene Nebenwirkungen: Bewegung als Chance für ein gutes Leben mit einer Krebserkrankung!

- Bewegung ist grundsätzlich gut. Der wichtigste Grundsatz ist daher: Inaktivität vermeiden. Es gilt eine Bewusstheit für Bewegung zu wecken und zu erhalten. Vielen Patientinnen ist die Bedeutung von körperlicher Aktivität nicht bewusst. Es geht auch darum, Freude an der Bewegung zu finden und zu erhalten, auch wenn krankheits- oder altersbedingt Einschränkungen bestehen.

- Jede Bewegungsmöglichkeit im Alltag sollte gesucht werden. Jede Be-

wegung zählt! Je mehr, desto besser. Spezielle Trainingsprogramme sind besser. Gezielte, personalisierte Bewegungsinterventionen verbessern die Nebenwirkungen effektiver, daher sollten möglichst supervidierte, qualitätsgesicherte Trainingsformen angestrebt werden.

- Bewegungstherapie sollte gleichermaßen wie Psychoonkologie als supportive Maßnahme in die Regelversorgung aufgenommen werden. Ärzte und Pflegekräfte sollten Patienten darüber informieren. In der S3-Leitlinie wird Bewegungstherapie zwar als supportive Maßnahme empfohlen, aber das wird in der Praxis noch nicht ausreichend umgesetzt.

Renate Rogler-Lotz

#### Literatur:

- 1 Baumann, Freerk T.; Jensen, Wiebke; Berling-Ernst, Anika; Theurich, Sebastian; Leitzmann, Michael; Götte, Miriam: Bewegungstherapie in der Onkologie, Einfluss auf Lebensqualität und Nebenwirkungen, Exercise therapy in oncology—the impact on quality of life and side effects Dtsch. Arztebl Int 2024; 121: 331-7; DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0038.
- 2 Jung, A.Y., Behrens, S., Schmidt, M. et al. Vor- und Nachteile der Postdiagnosen Freizeit-Physische Aktivität und Prognose bei postmenopausalen Brustkrebsüberlebenden. Brustkrebs-Res 2121, 117 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13058-019-1206-0>
- 3 Hiensch AE et al. Effects of a structured and individualized exercise program on fatigue and health-related quality of life in patients with metastatic breast cancer: results of the multinational randomized controlled PREFERABLE-EFFECT study. Nature Medicine 2024, DOI: 10.1038/s41591-024-03143-y
- 4 [www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2024/dkfz-pm-24-44-Auch-bei-fortgeschrittenem-Brustkrebs-verbessert-koerperliches-Training-die-Lebensqualitaet.php](http://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2024/dkfz-pm-24-44-Auch-bei-fortgeschrittenem-Brustkrebs-verbessert-koerperliches-Training-die-Lebensqualitaet.php)

## PREFERABLE EFFECT-Studie

Auch bei Metastasen: Körperliches Training verbessert die Lebensqualität  
Die PREFERABLE-EFFECT-Studie zeigte einen deutlichen Effekt: Krankheits- und therapiebedingte Beschwerden gingen deutlich zurück. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnte die Lebensqualität bei metastasiertem Brustkrebs signifikant verbessert werden. An der Durchführung der internationalen Studie waren das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ), das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg, das Universitätsklinikum Heidelberg und die Sporthochschule Köln beteiligt.

An der Studie nahmen 355 Frauen und 2 Männer mit metastasiertem Brustkrebs teil. Alle Teilnehmerinnen erhielten grundlegende Bewegungsempfehlungen und einen Aktivitätstracker. Die Trainingsgruppe mit 178 Teilnehmerinnen erhielt zweimal wöchentlich ein individuell angepasstes und therapeutisch betreutes Training, das Ausdauer, Muskelkraft und Gleichgewicht trainierte.

Das strukturierte Training führte zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Lebensqualität und einer signifikanten Abnahme der Fatigue. Weitere Beschwerden wie Kurzatmigkeit und Schmerzen nahmen deutlich ab.

Prof. Dr. Karen Steindorf konstatiert: „Strukturiertes Training verbessert die Lebensqualität relevant und ermöglicht es Menschen mit fortgeschrittenem Brustkrebs, ihr Leben aktiver zu gestalten. (...) Auf Basis der PREFERABLE-EFFECT-Daten kann nun auch Menschen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien mit guter Evidenz empfohlen werden, an einem gezielten Trainingsprogramm teilzunehmen.“<sup>4)</sup> Das „Netzwerk OnkoAktiv“ unterstützt bei einer wohnortnahen Trainingsvermittlung.

## Neue interessante Studie: PREFERABLE II LION-RCT

### Personalisiertes Online-Sportprogramm zur Verbesserung von Lebensqualität und Nebenwirkungen nach einer Krebsbehandlung

Diese Studie befindet sich in der Rekrutierungsphase, d.h. Teilnehmende werden noch aufgenommen. Sie richtet sich an Krebspatientinnen und -patienten, die in den letzten 3 - 12 Monaten ihre Akuttherapie (inkl. Chemotherapie) abgeschlossen und keine Fernmetastasen haben. Sie sollten bislang eher weniger Sport getrieben haben, also unter 2,5 Stunden pro Woche. Belastende Symptome wie Fatigue, Angst, Depression, Polyneuropathie oder geringe körperliche Leistungsfähigkeit sollten bestehen.

Das Training ist für den Zeitraum von 12 Wochen geplant und findet online über Zoom an 3 Terminen pro Woche zu Hause statt. Außerdem sind 2 - 3 Termine zur Messung in Heidelberg vorgesehen. Das Training wird individuell auf die persönlichen Bedingungen der Teilnehmenden abgestimmt. Außerdem erhalten alle Studienteilnehmer ein Sportequipment mit einem Fitnessarmband (Fitbit), das behalten werden darf.

Über diesen Link können Sie sich melden: [www.dkfz.de/de/bewegung-praeventionsforschung-krebs/arbeitsgr/lion-rct.html](http://www.dkfz.de/de/bewegung-praeventionsforschung-krebs/arbeitsgr/lion-rct.html)

# Ganzheitliche ärztliche Beratung bei Krebs



Dr. med. Petra Barron, Beratungsteam GfBK

„Man muss die Menschen dort abholen, wo sie stehen, und ihnen helfen, ihren eigenen Weg zu finden.“

## Unser Angebot:

- Ärztliche Beratung bei Fragen zu komplementärmedizinischen Krebstherapien
- Informationsmaterial zu schulmedizinischen, begleitenden und alternativen Therapien
- Regionale Beratungsstellen in Berlin, Hamburg, Heidelberg, München und Wiesbaden
- 40 Jahre Erfahrung

 **Biologische Krebsabwehr e.V.**

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr (GfBK) e.V.  
Voßstraße 3 | 69115 Heidelberg  
Info-Telefon: 06221 138020  
[www.biokrebs.de](http://www.biokrebs.de)



## mamazones Brustkrebs- Studienübersicht

Übersicht zu Brustkrebsstudien in ganz Deutschland. In einfacher, verständlicher Sprache erklärt und mit anschaulichen Ablaufdiagrammen.



Foto: AdobeStock / El Gauchito



### Medizinische Studien

## Mit „Studie-für-mich“ – mamazones Studienfinder schnell aktuelle Brustkrebstudien finden

Mit dem neuen Projekt „Studie-für-mich“ – mamazones Studienfinder schafft mamazone e.V. eine einzigartige Möglichkeit für Brustkrebs-Betroffene in Deutschland, leichter Zugang zu aktuellen Studien und innovativen Therapien zu erhalten. „Studie-für-mich“ ist eine kostenfreie, benutzerfreundliche Online-Studienübersicht auf der mamazone-Webseite, die für Patientinnen, Angehörige und Ärzte wichtige Informationen zu aktuellen Brustkrebsstudien bereitstellt, um selbst aktiv zu werden und so die Teilnahme an einer passenden klinischen Studie zu ermöglichen. Solche leicht zugänglichen Informationen fehlen heute vielfach. Zudem erschweren die medizinische Fachsprache und mangelnde Vernetzung Patientinnen und Patienten oft den Einstieg in die Recherche. Mit der neuen Plattform erhalten Betroffene – und auch die betreuenden Ärztinnen und Ärzte – jetzt einen einfachen Zugang zu aktuellen Informationen über Brustkrebsstudien.

Das Projekt wurde gemeinsam von mamazone e.V. und der TRICLI GmbH auf den Weg gebracht. Die Experten von TRICLI haben sich auf die Aufbereitung und Strukturierung von Daten klinischer Studien spezialisiert. Offiziell vorgestellt wurde das Projekt „Studie-für-mich“ – mamazones Studienfinder beim diesjährigen Kongress „Diplompatientin“ in Augsburg. „Mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse können wir die Vision einer Plattform verwirklichen, die umfassende Informati-

onen zu Brustkrebsstudien kostenlos und leicht zugänglich bereitstellt“, so das Resümee von Romana Gilg vom mamazone-Vorstand. „Über die mamazone-Webseite ist „Studie-für-mich“ für alle verfügbar, die sich über neue Therapieansätze informieren möchten – klar strukturiert, in verständlicher Sprache, mit anschaulichen Grafiken zum Studienablauf und jederzeit abrufbar.“

#### Klinische Studien als Grundlage des medizinischen Fortschritts

Die Teilnahme an klinischen Studien bringt nicht nur Vorteile für die Forschung, sondern eröffnet den Patientinnen neue Therapieperspektiven. Ein besseres Verständnis der Inhalte klinischer Studien sowie ihrer Vorteile kann Betroffenen helfen, ihre Entscheidung für eine Studienteilnahme fundiert zu treffen und zur Weiterentwicklung der Brustkrebsbehandlung beizutragen.

Klinische Studien sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Forschung und ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu neuen und verbesserten Therapien. Es ist hilfreich, einige grundlegende Punkte über klinische Studien zu kennen:

- Klinische Forschung ist entscheidend, um neue und verbesserte Therapien für Patientinnen zugänglich zu machen.
- Studien sind ein Kernbestandteil der klinischen Forschung und helfen si-

cherzustellen, dass neue Therapien sowohl sicher als auch effektiv sind.

- Studien sind notwendig, um Medikamente und Behandlungen offiziell zuzulassen und zugänglich zu machen.
- Studien unterliegen strengen gesetzlichen und ethischen Richtlinien. Die Genehmigung erfolgt durch staatliche Behörden und unabhängige Ethikkommissionen, um die Sicherheit und Rechte der Teilnehmerinnen zu schützen.

#### Teilnahme an klinischen Studien - Mehr als nur eine Behandlung

Häufig bieten Studien Zugang zu neuen Diagnoseverfahren, Behandlungsstrategien, Medikamenten oder Medizinprodukten, die noch nicht allgemein verfügbar sind und über herkömmliche Standards hinausgehen. Teilnehmer von klinischen Studien bekommen somit quasi eine Eintrittskarte für „First Class“ Medizin. Während der Studiendauer werden Patientinnen und Patienten engmaschig von wissenschaftlichen Expertenteams betreut, in denen erfahrene Spezialisten zusammenarbeiten. Wer an einer klinischen Studie teilnimmt, profitiert aber nicht nur selbst von innovativen Therapiemöglichkeiten. Jede Patientin, die sich für die Teilnahme an einer Studie entscheidet, unterstützt als „Pionierin“ die Wissenschaft und hilft anderen Betroffenen, denen sich später auf Grund der Forschungsergebnisse neue Therapieoptionen eröffnen.

Stephan Schad

### Bisphosphonate zur Rezidivprophylaxe

## Verordnung jetzt auf Kassenrezept erhältlich!

Gute Neuigkeiten für Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem, postmenopausalem Brustkrebs: Bisphosphonate sind seit Juli 2024 auch schon im Frühstadium der Erkrankung im sogenannten Off-Label-Use zur Rezidivprophylaxe verordnungsfähig und damit Kassenleistung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) folgt mit dieser Entscheidung der Bewertung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Dieses hatte empfohlen, die Wirkstoffe Clodronat, Ibandronat, Pamidronat und Zoledronat bei Brustkrebspatientinnen der genannten Gruppe zulassungsüberschreitend einzusetzen, um die Prognose zu verbessern.

Obwohl die Datenlage zu unerwünschten Nebenwirkungen für diese Patientinnengruppe bislang nur bedingt aussagekräftig ist, gehen die Experten von einem

positiven Nutzen-Schaden-Verhältnis aus. Die Behandlung sollte nicht länger als 5 Jahre erfolgen und beim Auftreten schwerer Nebenwirkungen abgebrochen werden.

Ursprünglich ist die Wirkstoffgruppe der sogenannten Bisphosphonate nur zur Prävention bzw. Therapie von skelettbezogenen Komplikationen bei fortgeschrittener Tumorerkrankung zugelassen. Die Neubewertung von zwei großen Metaanalysen ergab, dass auch Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Brustkrebs, die sich in der Spätphase der Wechseljahre (postmenopausal) befinden, von Bisphosphonaten profitieren. Die Studien zeigten, dass bei Einsatz von Bisphosphonaten weniger Rezidive und Fernmetastasen auftraten, was zu einer Verbesserung des brustkrebspezifischen Gesamtüberlebens führte. Daher können die Wirkstoffe nunmehr auch auf Kassenrezept verordnet werden, um Re-

zidiven und einer Fernmetastasierung vorzubeugen.

Als Begleittherapie wurden Bisphosphonate auch bislang schon bei postmenopausalen Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem Brustkrebs eingesetzt. Sie sollen beim Einsatz von Aromatasehemmern vor Osteoporose schützen. Seit einiger Zeit mehren sich die Hinweise, dass Bisphosphonate nicht nur vor dem Verlust von Knochensubstanz und Knochenmetastasen schützen, sondern auch eine Fernmetastasierung verhindern. Bislang mussten Patientinnen, die zwecks Reduktion des Metastasierungsrisikos eine Behandlung mit Bisphosphonaten durchführen ließen, die Therapiekosten als Eigenleistung übernehmen. Diese Situation findet nun mit dem G-BA-Beschluss glücklicherweise ihr Ende. (rola)



Foto: AdobeStock / Dimid

## Manuelle Lymphdrainage

# Verordnung seit Oktober ohne Zeitangabe möglich

Seit dem 1. Oktober 2024 haben Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, bei Lymphödemen ein Rezept für die manuelle Lymphdrainage (MLD) ohne Zeitangabe auszustellen. Allerdings nur dann, wenn bestimmte ICD-10-Diagnosen und das Stadium des Lymphödems angegeben sind.

Therapeutinnen und Therapeuten können in diesen Fällen gemäß Heilmittelrichtlinie selbst entscheiden, ob eine Behandlungszeit von 30, 45 oder 60 Minuten erforderlich ist. Nach der Richtlinienänderung, die auch in den entsprechenden Rahmenverträgen verbindlich fixiert ist, ist primär das Stadium des Lymphödems für die indikationsbezogene, befundabhängige Festlegung der Behandlungsdauer entscheidend.

Bei welchen Diagnosen die Verordnung einer MLD ohne Zeitangabe jetzt möglich ist, ist aus der Diagnoseliste „Langfristiger Heilmittelbedarf/besonderer Verordnungsbedarf/Blankoverordnung“ ersichtlich, die am 1. Oktober 2024 veröffentlicht wurde und auf der Homepage der Kassenzentralen Bundesvereinigung eingesehen werden kann ([https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel\\_Diagnoseliste\\_Webversion.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_Webversion.pdf)). Die in Frage kommenden Diagnosen können eigenständig oder zusätzlich auf der

Verordnung angegeben sein. Das ist beispielsweise gerade bei Krebserkrankungen notwendig, weil hier mittels der ICD-10-Codes das Stadium des Ödems nicht immer dargestellt wird. Ein korrektes Beispiel könnte so aussehen:

- Bösartige Neubildung des Quadranten der o./u. Brustdrüse = C50.4
- Lymphödem der ob/unt. Extremität, Stadium III = I89.02

„Die neue Regelung ist ein kleiner, aber wichtiger Schritt hin zu mehr therapeutischer Freiheit, der sich mit Sicherheit positiv auf die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auswirken wird“, sagt Evi Reichart, 2. Vorsitzende des Regionalverbands Bayern von Physio Deutschland. Nach ihrer Einschätzung hat die berufspolitische Arbeit der Berufsverbände und Interessenvertretungen eine ganz entscheidende Rolle gespielt, um diese gesetzlichen Anpassungen voranzubringen. Blankoverordnung Physiotherapie ab dem 1. November 2024 möglich.

Im nächsten Schritt folgt zum 1. November 2024 die Möglichkeit von Blankoverordnungen für bestimmte physiotherapeutische Behandlungen – zunächst für die operative Nachsorge und die Behandlung von Beschwerden am Schultergelenk. Physiotherapeuten und -therapeutinnen

können dann auf Grundlage der physiotherapeutischen Diagnostik über die Auswahl des notwendigen Heilmittels (manuelle Therapie, Krankengymnastik, KG am Gerät) sowie eines möglichen ergänzenden Heilmittels bestimmen. Sie legen auch Dauer und Frequenz der Therapie fest. „Bei aller Freiheit sind wir als Therapeuten gehalten, ein Auge auf die Kosten zu halten.“ Damit es da keine bösen Überraschungen gibt, wurde ein Ampelsystem eingeführt, erklärt Evi Reichart. Übrigens: Die manuelle Lymphdrainage fällt aktuell noch nicht in die Blanko-Verordnung, kann jedoch über eine eigene ärztliche Verordnung weiterhin mit dem Indikationsschlüssel LY rezeptiert werden.



### Zur Autorin:

**Evi Reichart** ist Physiotherapeutin und HP und die 2. Vorsitzende von Physio Deutschland, Deutscher Verband für Physiotherapie, Regionalverband Bayern e. V.



Foto: Luisenkrankenhaus

## Nebenwirkungen Chemotherapie

# Prozessgesteuertes Kühlverfahren (Hilotherapie) reduziert Haarausfall und wirkt gegen Polyneuropathie bei Chemo

Individualisierte Therapieansätze haben die Langzeitprognose onkologischer Patientinnen in den letzten Jahren signifikant verbessert. Die Chemotherapie bleibt weiterhin ein wichtiger Meilenstein in der Behandlung vieler Krebserkrankungen. Gleichzeitig ist sie oft meist gefürchtete Therapiesäule: die Angst vor Nebenwirkungen ist groß: Übelkeit, Erbrechen, Haarausfall und irreversible Nervenschäden an Händen und Füßen (CIPN – Chemotherapie-induzierte Polyneuropathie) stehen im Fokus.

Der mit der Chemotherapie einhergehende Haarausfall ist gefürchtet und allgemein bekannt – die CIPN dagegen ist oftmals unbekannt und unterschätzt. Hierbei geht es um eine Langzeitkomplikation, die viele Jahre anhalten kann und die Lebensqualität negativ beeinflusst. Sie geht einher mit brennenden Schmerzen an den Extremitäten, Kribbeln und Sensibilitätsverlust (Taubheitsgefühl), teilweise verbunden mit Problemen der Bewegungskoordination.

CIPN tritt besonders bei Patientinnen auf, die mit Taxanen (Paclitaxel, Docetaxel, nab-Paclitaxel) behandelt werden. Aber auch andere Medikamente können zur Ausprägung der CIPN führen (Platin-derivate, Vinca-Alkaloide, 5-Fluoropyrimidine). Je nach Art der Chemotherapie sind

bis zu 50% der Betroffenen von schweren CIPN-Symptomen (Grad 2-3) betroffen. Bei schweren akuten Symptomen müssen die Therapieintervalle verlängert, ggf. die Dosis reduziert oder die Chemotherapie gänzlich abgebrochen werden. Dies kann den langfristigen Therapieerfolg negativ beeinflussen.

### Hilotherapie hilft Polyneuropathie zu vermeiden

Das prozessgesteuerte Kühlverfahren zur konstanten Hand-Fuß-Kühlung (Hilotherapy®) kann die Entstehung schwerer CIPN-Symptome vermeiden: Hände und Füße werden 30 Minuten vor, während und 30 Minuten nach jeder Chemotherapie mit einem speziellen Kühlgerät (ausgestattet mit Hand-Fuß-Manschetten) gekühlt. Die Kühlung führt zur Engstellung der Blutgefäße, die die Nervenenden der Extremitäten versorgen. Die Durchblutung wird reduziert und die Nerven geschont.

In einem Kooperationsprojekt der Onkologie am Luisenkrankenhaus Düsseldorf und der Selbsthilfegruppe ISI e.V. (Internationale Senologie Initiative) wurden die Real-World-Daten von 151 Brustkrebspatientinnen unter kontrollierter Kühlung erhoben: 93,4% der Brustkrebspatientinnen (n = 141) entwickelten keine höhergradige

ge CIPN-Symptome (≥ Grad 2). Nur 11 Patient:innen zeigten trotz Kühlung limitierende CIPN-Symptome (Grad 2 = 10, Grad 3 = 1). Die 4 Jahres Follow-Up-Daten bestätigten die nachhaltige Prophylaxe: 94% der Patientinnen sind weiterhin ohne Beschwerden, nur 7 Patientinnen zeigten anhaltende Grad 2 CIPN-Symptomatik. Es bestätigte sich, dass einmal erworbene höhergradige CIPN-Symptome größtenteils irreversibel sind. Daher muss bei der onkologischen Primärtherapie der Fokus auf Prävention liegen.

Die kontrollierte Kühlung (gleicher Wirkungsmechanismus) zur Reduktion des Chemotherapie assoziierten Haarausfalles (CIA) ist seit Jahren bekannt – jetzt ist die kontrollierte Kühlung zur Vermeidung der CIPN ein weiterer wichtiger Ansatz zum Erhalt der Lebensqualität onkologischer Patient:innen.

Ihre Wirkung wurde in weiteren randomisierten Studien (Österreich 2024, Schweiz 2024, Belgien 2021 & 2023, Italien 2020 & 2021) belegt. In vielen onkologischen Kliniken und Praxen (national und international), ist die Hilotherapy® bereits als Supportivtherapie etabliert.

Trudi Schaper



Foto: AdobeStock / Zay Nyi Nyi

## Survivorship

# Die Krebstherapie überstanden Die Seele ist oft jahrelang krank

Immer mehr Menschen sehen sich in Deutschland im Lauf ihres Lebens mit der Diagnose „Krebs“ konfrontiert. Im Jahr 2019 erkrankten nach Angaben des Robert-Koch-Instituts in Deutschland 500.000 Menschen an Krebs, davon 71.372 Frauen an Brustkrebs.

Dank der verbesserten Früherkennungsuntersuchungen und der Vielzahl an neuen, personalisierten und zielgerichteten Behandlungsmöglichkeiten haben sich die Überlebenszeiten für die Betroffenen deutlich verlängert. Viele Patientinnen und Patienten gelten heute als „Langzeitüberlebende“, weil ihre Krebsdiagnose schon fünf Jahre oder länger zurückliegt. Dass heute viele Menschen nach und mit Krebs leben, ist einerseits eine gute Nachricht. Andererseits zeigt sich hier aber auch ein großes Defizit in der Langzeitbetreuung von Krebspatienten. Denn spezielle Survivorship-Programme wie in den USA gibt es in Deutschland noch nicht. Somit sind vie-

le Langzeitüberlebende mit ihren vielfältigen Problemen allein gelassen.

Oft leiden die Patienten jahrelang, oft sogar lebenslanglich, unter den körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung und der Behandlung. Die Leichtigkeit des Seins ist ein für alle Mal verloren. Mit dem Gefühl des Verlustes an körperlicher Integrität gehen oft Ängste, Trauer, Wut und das Hadern mit dem ungerechten Schicksal einher. Infolge der Therapie müssen viele liebevoll gewonnene Gewohnheiten aufgeben, ihren bisherigen Lebensplan überdenken und völlig neu gestalten. Hinzu kommen oft die körperlichen Langzeitschädigungen durch die Therapie. Und bei vielen überschattet die Angst vor dem Rückfall wie ein Damokles-Schwert den Alltag.

**Wissenschaft beschäftigt sich endlich mit dem „Langzeitüberleben“**  
Mittlerweile rücken neben den körperlichen auch die psychischen und sozia-

len Probleme des Cancer-Survivorships stärker in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses. So hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2018 eine Arbeitsgruppe „Langzeitüberleben nach Krebs“ (AG LONGKO) eingerichtet, die sich mit der Thematik wissenschaftlich beschäftigt. Ziel dieses Projektes ist es u. a., gezielte Behandlungskonzepte für die Betroffenen zu entwickeln. Diese sollen einerseits die Lebensqualität der Patienten verbessern, andererseits aber auch dazu beitragen, die hohen Folgekosten zu senken, die durch Arbeitsausfälle, vorzeitige Berentung und häufige Krankenhausaufenthalte entstehen.

Um solche Konzepte zu entwickeln, ist zunächst eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme notwendig. In einer Übersichtsarbeit, die bereits im März 2022 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht wurde, gibt Prof. Joachim Weis vom Comprehensive Cancer Center des

Universitätsklinikums Freiburg einen sehr detaillierten Überblick über die seelischen Folgeprobleme bei Krebserkrankungen.

### Erschöpft, abgeschlagen, antriebslos – Fatigue betrifft fast jeden Krebspatienten

Kaum ein Krebspatient kennt das Problem der Fatigue nicht – einer anhaltenden Müdigkeit und Antriebslosigkeit, die oft mit Konzentrationsschwierigkeiten oder Gedächtnisproblemen einhergeht. Während der Krebsbehandlung und unmittelbar danach leiden fast alle Krebspatienten unter dieser Form der körperlichen und psychischen Erschöpfung, die sich auch nach Schlaf und Ausruhen nicht bessert. Immerhin sind 20 bis 50% der Patienten über längere Zeit von Fatigue betroffen. Die Ursachen von Fatigue, die übrigens jederzeit auftreten kann, sind nach wie vor nicht geklärt – einige Studien sehen einen Zusammenhang mit Depressionen, andere gehen davon aus, dass eine unbewusst selbstzerstörerische Krankheitsbewältigung ursächlich sein kann. In jedem Fall geht Fatigue immer mit einer deutlichen Verschlechterung der Lebensqualität einher, da die Betroffenen infolge der körperlichen, kognitiven, emotionalen und seelischen Leistungseinbußen ihren Alltag und ihr Leben nicht in gewohnter Weise gestalten können.

### Wenn Angst das Leben bestimmt

Neben Fatigue gehören Angst und Depression zu den weit verbreiteten psychischen Langzeitfolgen einer Krebserkrankung. Nicht nur die Angst vor dem Rückfall, also dem Wiederauftreten der Erkrankung, sondern auch allgemeine Ängste spielen hier eine Rolle. Eine Vergleichsanalyse von 20 Studien mit fast 18.000 Patienten nach Brust-, Prostata- und Darmkrebs zeigte beispielsweise, dass 21% der Langzeitüberlebenden nach der Selbsteinschätzung mit der Hospital-Anxiety- und Depression-Scale unter Angst und 7% unter einer allgemeinen psychischen Belastung litten. Dies ist, so Prof. Weis, verständlich, da die Diagnose „Krebs“ jeden Menschen

unweigerlich mit den Themen „Sterben und Tod“ konfrontiert. Zudem bleibt auch nach der kurativen Behandlung immer eine Restunsicherheit, weil sich der Verlauf der Erkrankung nie ganz absehen lässt. Die „Bedrohung“ durch die Krankheit lässt sich zwar ausblenden, verschwindet aber nie ganz. Häufig genügt der Tod eines Bekannten, der Jahrestag der eigenen Diagnose oder der anstehende Nachsorgetermin, um die „schlafende“ verdrängte Angst zu wecken.

### Konzentrationsstörungen und Erinnerungslücken – oft subjektiv empfunden

Neurologische Folgen der Krebstherapie wie die Polyneuropathie mit Empfindungsstörungen oder Schmerzen an Händen und Füßen und Taubheitsgefühlen oder auch schwere Schädigungen des zentralen Nervensystems, der Hirnnerven oder des Gleichgewichtssinns sind schon seit vielen Jahren Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen. Seit einiger Zeit werden auch kognitive Beeinträchtigungen systematisch mittels Befragungen und spezieller Tests untersucht. Wie diese Untersuchungen zeigen, treten bei zwischen 15 und 40% der Patienten neurophysiologische Defizite wie Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen oder verringerte Verarbeitungsgeschwindigkeit auf. Auffällig ist dabei, so Prof. Weis, das Verhältnis der durch Befragung (subjektiv) zu den durch Test (objektiv) ermittelten Defiziten. In einer Studie mit Brustkrebspatientinnen lag das Verhältnis bei 15 bis 25%. Das Ergebnis ist vermutlich dadurch zu erklären, dass der Eindruck einer Leistungseinschränkung bei Angst, Depression und seelischer Belastung subjektiv stärker wahrgenommen wird.

### Wachsen in der Krise – das Krankheitstrauma als Chance

Eine Krebserkrankung kann, auch das zeigen die Studien, nicht nur negative psychische Prozesse in Gang setzen und Lebenskrisen verursachen. Die Wissenschaft bezeichnet eine verstärkte Suche nach dem Sinn des eigenen Lebens, die

Veränderung eigener Maßstäbe und das Setzen neuer individueller Prioritäten als „posttraumatisches Wachstum“. In einer Studie mit fast 7000 Langzeitüberlebenden gaben 66 Prozent an, dass sich ihr Leben durch die Erkrankung positiv verändert habe. Bei Brustkrebspatientinnen war dies am häufigsten der Fall, bei Männern mit Prostatakrebs am wenigsten.

Dieses posttraumatische Wachstum ist auch eine der Ursachen dafür, dass Krebskranke – auch das ist inzwischen durch Studien belegt – ihre Lebensqualität zum Teil besser als Gesunde bewerten. Grund dafür könnten das Verschieben von Werten und Maßstäben, die das Leben bisher bestimmt haben, und das Herunterschrauben eigener Ansprüche sein. Die eigene Familie, individuelle Bedürfnisse, die lange vernachlässigt wurden, und die Beziehungen zu Menschen werden wichtiger als körperliche Leistungsfähigkeit, gutes Aussehen, gesellschaftliche oder berufliche Anerkennung.

Die eigentliche Herausforderung, so das Resümee von Joachim Weis, ist es derzeit nicht mehr, diejenigen Langzeitüberlebenden herauszufiltern, die Unterstützung bei der Bewältigung der psychischen Spätfolgen der Krebserkrankung benötigen. Vielmehr geht es darum, die entsprechenden Angebote zu schaffen – sei es für Beratungen und Schulungen oder auch für die Späterhabilitation. Denn nur wenn solche Survivorship-Optionen gegeben sind, können auch die psychischen Langzeitfolgen von Krebserkrankungen bewältigt werden, mit dem Ziel, Symptome zu lindern und ein besseres Leben mit vorhandenen und vielleicht auch bleibenden Einschränkungen zu ermöglichen. (akk)

#### Literatur:

Joachim Weis: Psychische Langzeitfolgen von Krebserkrankungen, Bundesgesundheitsbl. 2022, <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03506-1>, Online publiziert: 17. März 2022



# DANKE! DANKE! DANKE!

Wir möchten einen Einblick geben über unsere Unterstützer und bedanken uns von Herzen!

## Liebe Mitglieder, Freunde und Förderer von mamazone und der Allianz gegen Brustkrebs,

Das Jahr 2024 nähert sich dem Ende, Weihnachten und der Jahreswechsel stehen vor der Tür. Auch diesmal wird es für viele keine unbeschwernten Feiertage geben, denn die Weihnachtsbotschaft vom Frieden auf Erden wird von traurigen Nachrichten aus den Kriegsgebieten in der Ukraine, im Nahen Osten und Sorgen wegen weitreichender politischer Veränderungen in Deutschland und in der Welt überschattet.

Sie und Ihre Familie sind hoffentlich gut und gesund durch das Jahr gekommen. Vielleicht mussten Sie aber auch den einen oder anderen Schicksalsschlag hinnehmen – beruflich oder privat – wie z.B. die Familie von Annette Rexrodt von Fircks, deren Lebensweg im Juni 2024 zu Ende ging. Wir wünschen Ihnen von Herzen, dass es für Sie trotz allem viele Begegnungen mit Menschen gab und geben wird, die das Leben erfüllen und bereichern.

Noch wissen wir nicht, was das Neue Jahr bringen wird, welche persönlichen Herausforderungen es zu bestehen gilt und ob wir vielleicht von lieb gewonnenen Gewohnheiten Abschied nehmen müssen. Was auch immer uns in 2025 erwartet: Das Prinzip Hoffnung bleibt weiter aktuell und gültig. Gerade die Entwicklungen in der Krebsforschung liefern hier immer wieder überzeugende Beweise dafür, dass sich durch die Initiative Einzelner und die Motivation vieler neue Therapiewege eröffnen lassen. Wer hätte gedacht, dass z.B. sich die Überlebenszeit bei metastasiertem Brustkrebs auf so überzeugende Weise durch neue Therapiekonzepte verlängern lässt. Mittlerweile scheint es nicht mehr unmöglich, die Tumorerkrankungen in ein chronisches Stadium zu überführen und das Fortschreiten lange aufzuhalten.

Deshalb blicken wir mit Zuversicht in das Neue Jahr: Neue Medikamente ermöglichen zielgenauere Therapien und eröffnen den Patientinnen damit die Option auf ein besseres und längeres Leben mit und trotz Brustkrebs. Und sicherlich wird auch die künstliche Intelligenz ein wirkungsvolles Instrument sein, um das Wachstum neuen Wissens im Interesse von Patientinnen und Patienten zu beschleunigen.

Auch in unseren Vereinen hat sich vieles positiv entwickelt: Unsere Zusammenarbeit im Bereich der Mitgliederzeitschrift hat sich bewährt – heute erhalten Sie die vierte Ausgabe unseres gemeinsamen Magazins. Wir sind froh, dass wir durch Bündelung der Kräfte und Teilung von Aufgaben und Verantwortung die Zeitschrift in gewohnter Form herausgeben können. Deshalb haben wir uns auch dazu entschlossen, den diesjährigen Weihnachtsgruß gemeinsam zu verfassen und in der Mitgliederzeitschrift zu veröffentlichen.

Beide Vereine realisieren natürlich auch weiterhin eigene Projekte wie die Diplom-Patientin, vielfältige Social-Media-Aktivitäten oder das Kolleg BreastCare in Hamburg. Wir arbeiten aber zunehmend gemeinsam z.B. in der Patienten-Task-Force der AGO oder diversen Advisory Boards. Diese Zusammenarbeit werden wir auch im kommenden Jahr weiter fortsetzen und intensivieren.

Ihnen persönlich und allen Mitgliedern, Freunden und Förderern von mamazone und Allianz gegen Brustkrebs e.V. danken wir für die engagierte Unterstützung in diesem Jahr. Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien ein frohes Weihnachtsfest und ein friedvolles, gesundes, glückliches und erfolgreiches Jahr 2025.

### Für mamazone e.V.

Biggi Welter  
Eugenia Krone  
Romana Gilg

### Für die Allianz gegen Brustkrebs e.V.

Annette Kruse-Keirath  
Renate Rogler-Lotz  
Edeltraud Schmidt  
Angelika Behrens



Ein großes Dankeschön auch an den Blog: diekerstin-strickt, die mit diesem Foto auf unsere Aktion aufmerksam gemacht hat



Der Strickflashmob wurde wieder von der Aktion „Ich bin dabei“, unterstützt. Danke, für diese wichtige Hilfe.



Ein großes Dankeschön an AVON. Dank des Sponsorings für ein Auto bleibt mamazone auch künftig mobil.



Von dem Landsberger football Verein wurde zum zweiten Mal der Spielball versteigert und mamazone bekam 5.000 Euro



Vielen herzlichen Dank für die unglaublich großzügige Unterstützung seit vielen, vielen Jahren. Ihr macht den Aufenthalt in Augsburg jedes Mal schön.



mamazone freute sich über ein Spende in Höhe von € 1.500. Biggi Welter bedankte sich bei der Spendenübergabe in den Räumen der Firma Layer in Schwabmünchen bei den Geschäftsführern Marie-Thérèse und Maximilian Layer.

- 1 mamazone – Berlin** i  
**Nadja Will**  
 E-Mail: will@mamazone.de  
 Telefon: 0172/9736959  
 Nadja Will ist gebürtige Berlinerin. Sie ist Anästhesie-Schwester sowie Expertin für Brustgesundheit und Krebskommunikation.
- 2 mamazone – Hannover** i  
**Almuth Fischer**  
 E-Mail: fischer@mamazone.de  
 Telefon: 0 51 32/75 93  
 Erlengrund 5a, 31275 Lehrte  
 Für Hannover und seine Region stehe ich für Fragen von betroffenen Frauen als Ansprechpartnerin zur Verfügung, die – wie ich auch seinerzeit – unversehens die Diagnose Brustkrebs erhielten. Wenn Sie Rat und Hilfe suchen, rufen Sie mich an oder schreiben Sie mir, ich helfe Ihnen gerne, auch in Fragen des Arbeits- oder des Sozialrechtes.
- 3 mamazone – Versmold**  
**Manuela Paul**  
 E-Mail: paul@mamazone.de  
 Telefon: 0 54 23/4 35 21  
**Manuela Willmann (Stellvertretung)**  
 Telefon: 0 54 24/8 00 37 42  
 Gruppentreffen: jeweils Freitag von 18.30 Uhr bis 20.30 Uhr im Haus der Familie, Altstadtstraße 4, 33775 Versmold. Termine unter [www.mamazone.de](http://www.mamazone.de) - Regionalgruppen - Beratung vor Ort.
- 4 mamazone – Dortmund**  
**Eugenia Krone (Dipl.- Päd.)**  
 E-Mail: dortmund@mamazone.de  
 Telefon: 0 23 05/9 02 36 36  
 Gruppentreffen und Patientinnen Cafe: St. Johannes Hospital, Johannesstr. 9, 44137 Dortmund; Offene-Tür-Gruppe: Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Am Knappschaftskrankenhaus 1, 44309 Dortmund; Termine unter: [www.mamazone.de](http://www.mamazone.de) - Regionalgruppen - Dortmund
- 5 mamazone – Märkischer Kreis (Altena)**  
**Christiane Haupt**  
 E-Mail: christiane.haupt@hotmail.com  
 Telefon: 0152/29 71 94 11  
 Treffpunkt: Stellwerk, Freiheitstraße 26, 58762 Altena (Jeden 2. Donnerstag des Monats, 15 Uhr)
- 6 mamazone – Bad Hersfeld** i  
**Maritha Steinhoff**  
 Email: badhersfeld@mamazone.de  
 Telefon: 0177/407 47 28

- 7 mamazone – Eifel-Mosel** i  
**Sonja Roßwinkel**  
 E-Mail: rosswinkel@mamazone.de  
 Telefon: 0152/52 19 05 11
  - 8 mamazone – Aschaffenburg**  
**Anja Eisert**  
 E-Mail: eisert@mamazone.de
  - 9 mamazone – Nahe-Hunsrück**  
**Silke Dressel †**  
 E-Mail: dressel@mamazone.de  
 Telefon: 0 67 52/91 20 77  
 Für die Region Nahe-Hunsrück bin ich Ansprechpartnerin für betroffene Frauen. Ich möchte Mut machen, offen und selbstbewusst mit der Erkrankung umzugehen.
  - 10 mamazone – Heidelberg-Mannheim**  
**Renate Schoenmakers**  
 E-Mail: schoenmakers@mamazone.de  
 Telefon: 0 62 21/8 67 39 45  
**Nähere Informationen:**  
<https://www.mamazone.de/heidelberg-mannheim/>  
 Wir möchten den Patientinnen und Interessierten Hilfestellung geben, sie informieren und ihnen Möglichkeiten zum (Erfahrungs)-Austausch geben. Unsere Treffen finden im Wechsel in Mannheim oder Heidelberg statt. Termine bitte telefonisch.
  - 11 mamazone – Oberpfalz**  
**Sieglinde Schärtl**  
 E-Mail: schaertl@mamazone.de,  
 oberpfalz@mamazone.de  
 Telefon: 0151/70 19 03 65  
 Für die Region Oberpfalz stehe ich als Ansprechpartnerin für alle Betroffenen zur Verfügung. Seit 2006, als ich meine Diagnose erhielt, weiß ich, wie wichtig es ist, sich mit Betroffenen auszutauschen. Gerne nehme ich mir für Sie Zeit. Wir sind alle aufeinander angewiesen. Wir wollen schließlich leben, denn wir haben nur das eine Leben. Und mit Vertrauen auf den Herrgott, der uns leitet und führt, ist auch Unmögliches zu schaffen.
  - 12 mamazone – Stuttgart** i  
**Elvira Bierdel-Willkommen (Dipl.-Ernährungswiss.)**  
 E-Mail: bierdel@mamazone.de  
 Telefon: 0 70 31/67 42 22
- Unsere Bürozentrale in Augsburg:**  
 Katharina Wüst, Chrisula Newenu,  
 Elisabeth Maier  
 Telefon: 0821/26841910  
 Montag bis Donnerstag von 10 bis 14 Uhr

- 13 mamazone – München**  
**Brigitte Welter**  
 E-Mail: welter@mamazone.de  
 Telefon: 0 82 32/7 88 11  
**Nähere Informationen:**  
<https://www.mamazone.de/muenchen/>  
 Die mamazone Regionalgruppe München trifft sich jeden dritten Dienstag im Monat (außer August und Dezember) von 18 bis 20 Uhr in der „Elternschule des Klinikums III. Ordens“, Menzinger Straße 48, 80638 München. Patientinnen und Angehörige sind herzlich willkommen.
- 14 mamazone – Augsburg**  
**Brigitte Welter**  
 E-Mail: welter@mamazone.de  
 Telefon: 0 82 32/7 88 11  
 Gruppentreffen: Jeden letzten Dienstag im Monat um 18 Uhr im Zentralklinikum Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg. Auch Einzelberatung ist möglich. Bitte telefonische Terminabsprache.
- 15 mamazone – Weilheim**  
**Traudl Bauer**  
 E-Mail: bauer@mamazone.de  
 Telefon: 0160/7 94 23 75  
 Gruppentreffen: Regelmäßig am letzten Mitt- woch eines Monats von 19 bis 20 Uhr in 82362 Weilheim, Höck-Haus, Theatergasse/Ecke Pöltner Straße. Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme, eine Anmeldung ist nicht nötig. Trauen Sie sich!
- 16 mamazone – Bodensee** i  
**Dipl.-Psych. Gertrud Rust**  
 E-Mail: rust@mamazone.de,  
 Telefon: 07731/48886
- 17 mamazone – Garmisch-Partenkirchen**  
**Brigitte Welter**  
 E-Mail: welter@mamazone.de  
 Telefon: 0 82 32/7 88 11  
 Wir treffen uns jeden letzten Donnerstag im Monat ab 17:00 entweder Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Auenstraße 6, 82467 Garmisch-Partenkirchen oder online via Teams. Bitte beachten Sie die jeweiligen Terminankündigungen.



**mamazone**

*mamazone-Vorstand: Romana Gilg, Dipl.-Päd. Eugenia Krone, Biggi Welter*

- 1 Berlin** i  
 Nadja Will  
 „Eine Lady mit viel Stil, die so wie sie heißt einfach leben WILL. Denn wenn es einen Glauben gibt, dann ist es der Glaube an die eigene Kraft!“
- 2 Hannover** i  
 Almuth Fischer  
 Mitgefühl mit unseren Freunden haben wir nicht, indem wir klagen, sondern uns um sie kümmern.
- 3 Versmold**  
 Manuela Paul  
 Schaue immer nach vorne. Zurückblicken brems.
- 4 Dortmund**  
 Manuela Willmann  
 Wenn Du positiv bist, siehst Du Chancen statt Hindernisse.
- 5 Altena**  
 Eugenia Krone  
 Wir klären auf! Wir machen Mut!
- 6 Bad Hersfeld** i  
 Maritha Steinhoff  
 Wir können den Wind nicht ändern, nur die Segel anders setzen.
- 7 Eifel-Mosel** i  
 Sonja Rosswinkel  
 Wissen ist Macht, aber keine Angst vor vielen Infos – her damit.
- 8 Aschaffenburg**  
 Anja Eisert  
 Was Du heute denkst, wird morgen sein.
- 9 Nahe-Hunsrück**  
 Silke Dressel †  
 Mut und Selbstbewußtsein im Umgang mit der Erkrankung
- 10 Heidelberg-Mannheim**  
 Renate Schoenmakers  
 Wissen weiterzugeben bedeutet, einen Schatz zu teilen, ohne dass er kleiner wird.
- 11 Oberpfalz**  
 Sieglinde Schärtl  
 Das Leben feiern!
- 12 Stuttgart** i  
 Elvira Bierdel-Willkommen  
 Zuhören! Mut machen! Informieren!
- 13 München**  
 Biggi Welter  
 Wenn Du schnell gehen willst, geh´ allein, wenn Du weit gehen willst, geh´ mit anderen.
- 14 Augsburg**  
 Traudl Bauer  
 Mit Mut und Wissen kann man das Beste für sich erreichen!
- 15 Weilheim**  
 Traudl Bauer  
 Mit Mut und Wissen kann man das Beste für sich erreichen!
- 16 Singen** i  
 Gertrud Rust  
 Trost spenden! Aufbauen! Weiterdenken!
- 17 Garmisch-Patenkirchen**  
 Biggi Welter

# Stärken Sie uns durch Ihre Mitgliedschaft!

15 Cent pro Tag für mamazone

**mamazone e.V.,**  
 Wilhelm-Hauff-Str. 34, 1. Stock, 86161 Augsburg  
 Gläubiger Identifikationsnummer: DE37ZZZ00000719237

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer wird nachgetragen

Ja, ich möchte mamazone-Mitglied werden und wähle eine:

Einzelmitgliedschaft (55,00 EURO/Jahr)     Fördermitgliedschaft (80,00 EURO/Jahr)

Vorname/Name: \_\_\_\_\_  
 Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Geburtstag (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige mamazone e.V., den Jahresbeitrag von 55,00 Euro (Einzelmitgliedschaft) bzw. 80,00 Euro (Fördermitgliedschaft) einmal pro Jahr, am 10. Februar bzw. am darauffolgenden Werktag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von mamazone e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Name des Kreditinstituts \_\_\_\_\_

IBAN

BIC

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Wir nehmen den Datenschutz sehr ernst und behandeln Ihre persönlichen Daten vertraulich und entsprechend der DS-GVO 2018

Ich unterstütze die Arbeit von mamazone mit einer einmaligen Spende von EURO \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Den Betrag überweise ich auf das angegebene mamazone-Konto:  
**Stadtparkasse Augsburg, Kto.-Nr. 076 760, BLZ 720 500 00, IBAN DE 84 7205 0000 0000 0767 60 und BIC AUGSDE77XXX**

Ich bin bereit, mich ehrenamtlich zu engagieren. Ich könnte mir folgendes Aufgabenfeld vorstellen:  
 \_\_\_\_\_



**Herausgeber:**  
 mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.  
 Wilhelm-Hauff-Str.34, 1. Stock, 86161 Augsburg  
 Telefon: 08 21/2 68 41 91-0, Telefax: 08 21/2 68 41 91-1  
 info@mamazone.de, www.mamazone.de

In Kooperation mit:



Allianz gegen Brustkrebs e.V., Kapellbergweg 16  
 98215 Weigenheim, www.allianz-gegen-brustkrebs.de

**V.i.S.d.P.:** Biggi Welter, Eugenia Krone, Romana Gilg

**Redaktionsleitung:**  
 Annette Kruse-Keirath

**Autorinnen dieser Ausgabe:**  
 Annette Kruse-Keirath (akk), Martina Ladurner, Erika Laner, Evi Reichart, Renate Rogler-Lotz (rolo), Stephan Schad, Trudi Schaper, Ruth Seyboth-Kurth, Biggi Welter

**Lektorat:** Annette Kruse-Keirath, Silke Panse, Renate Rogler-Lotz

**Anzeigen und Layout:**  
 SP Medienservice Verlag, Druck und Werbung  
 Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln,  
 Email: info@sp-medien.de

**Auflage:** 10.000 Exemplare  
**Druck:** Joh. Walch GmbH & Co KG, Augsburg

**Haftung:**  
 Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion vom Herausgeber nicht übernommen werden. Kein Teil dieser Publikation darf ohne ausdrückliche Genehmigung des Herausgebers in irgendeiner Form verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Haftung übernommen.

**Titelbild:** AdobeStock / deagreez

## „Machen Sie die Früherkennung von Brustkrebs zu Ihrer Herzenssache“

mamazone e.V. will Brustkrebsbetroffene, ihre Familien, gesunde Frauen, Vertreter aus der klinischen Medizin und der Gesundheitspolitik, aus Industrie und Forschung an einen Tisch bringen, um gemeinsam dem Thema Brustkrebs eine laute Stimme zu geben.

**ELVIRA BIERDEL-WILLKOMMEN**  
 Infopoint Stuttgart



### Spendenkonto:

mamazone e.V. • Stadtparkasse Augsburg • IBAN: DE8472050000000076760 • BIC: AUGSDE77XXX

# DIE STIMME FÜR FRAUEN MIT BRUSTKREBS

**Wo auch immer Sie stehen,  
wir begleiten Sie!**

- **unterstützt**
- **informiert**
- **vernetzt**

**m**amazone

**mamazone** – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.  
Max-Hempel-Straße 3 | 86153 Augsburg  
Telefon: 0821/2684191-0  
Spendenkonto: Stadtparkasse Augsburg  
IBAN: DE84 7205 0000 0000 076760  
BIC: AUGSDE77XXX