



Stark und selbstbewusst – trotz Brustkrebs

www.ueberleben-mit-brustkrebs.de

Das Portal ist für Patientinnen mit Brustkrebs sowie für Angehörige und Freunde. Es bietet ausführliche Informationen und wissenschaftliche Nachrichten zu Entstehung, Diagnostik und Therapieoptionen beim Mammakarzinom. Sozialrechtliche Themen, Fragen zu Rehabilitation, Sport und Ernährung werden zusätzlich angeboten.

Ein Internetservice für Patientinnen und Angehörige

Informieren Sie sich!

www.ueberleben-mit-brustkrebs.de

- Informationen rund um die Erkrankung, Diagnose und Therapie
- Beratung durch kostenlosen Expertenrat
- Diskussionsforum
- Broschüren zum Download
- Aktuelles zum Thema Brustkrebs



ÜBERLEBEN
mit Brustkrebs

www.ueberleben-mit-brustkrebs.de

Newsletter PATH

Ausgabe 2, August 2009



Sehr geehrte Damen, liebe Patientinnen,

heute darf ich Ihnen unseren zweiten Newsletter vorstellen. In der Zwischenzeit hat sich bei uns einiges verändert. PATH hat sich weiterentwickelt, wir kommen unserem Ziel einer besonders feinen und bestens sortierten Tumorbank immer näher.

Zunächst darf ich Sie über die Veränderungen im Vorstand der Stiftung informieren. Im letzten Jahr sind Irmi Gallmeier und Elisabeth Hantke aus beruflichen und privaten Gründen ausgeschieden. Bei beiden darf ich mich für die engagierte Arbeit bedanken, die sie für PATH geleistet haben. Zum Glück konnten schnell zwei neue Vorstandsmitglieder gewonnen werden, die ich Ihnen auf der nächsten Seite vorstellen möchte.

PATH ist inzwischen erwachsen geworden: Wir residieren nun in einem kleinen, eigenen Büro in München. Außerdem haben wir einen jungen Arzt als Projektleiter eingestellt: Tobias Anzeneder, den Sie in diesem Heft kennenlernen werden.

PATH ist kein Betrieb, der unter der Alleinherrschaft von drei Frauen steht. Hinter uns steht ein Kuratorium, ein Gremium aus acht Mitgliedern, das unsere Arbeit begleitet, vor dem wir Rechenschaft über unsere Aktivitäten ablegen und das unser Finanzverhalten kontrolliert. Wir stellen Ihnen die Damen und Herren unseres Kuratoriums in diesem und in den nächsten Newslettern vor.

Für den sorgsamsten Umgang mit Ihren Spendengeldern und den eingeworbenen Sponsorenmitteln ist beim Vorstand von PATH gut gesorgt. Wir drei Vorstandsmitglieder arbeiten ehrenamtlich, überlegen jede Ausgabe gründlich und unterwerfen unsere Buchhaltung dem strengen Blick einer Steuerberaterin und des Finanzamts.

Einmal jährlich werden wir von der Stiftungsaufsicht geprüft. Das ist die Regierung von Schwaben in Augsburg. Sie hat uns bescheinigt, dass es keine Beanstandungen gibt, dass das Stiftungsvermögen in seinem Bestand erhalten ist und dass die Stiftungsmittel satzungsgemäß verwendet worden sind.

Dieses Qualitätsurteil ist uns wichtig. Wir möchten zeigen, wie sorgsam wir mit dem Geld anderer umgehen. 2008 haben uns mehr Spenden von Patientinnen und ihren Angehörigen erreicht als in den Jahren zuvor. Wir waren Adressat von Sammelaktionen

zu runden Geburtstagen und auch sonst hat uns die eine oder andere von „unseren“ Patientinnen etwas gespendet.

Dafür herzlichen Dank!

Uns alle verbindet die Krankheit Brustkrebs. Bei einigen von Ihnen sind Diagnose, Operation und Behandlung noch ganz frisch, bei anderen liegt der Schrecken schon etwas länger zurück. Wir Brustkrebspatientinnen fragen uns: Gibt es neue Medikamente, die besser wirken als die alten? Was kann ich tun, um gesund zu bleiben? Womit befasst sich derzeit die Krebsforschung?

Der Newsletter 2 präsentiert Ihnen wieder die neuesten Erkenntnisse vom größten Brustkrebskongress, dem San Antonio Breast Cancer Symposium in Texas. Im Dezember 2008 waren PATH-Vorstandsmitglied Doris Schmitt und Projektleiter Tobias Anzeneder dort.

Vorsicht ist geboten, wenn Wechseljahresbeschwerden und Knochendichteverlust von Brustkrebspatientinnen mit einer Hormonersatztherapie behandelt werden. Professor Michael Untch, Chefarzt der Frauenklinik im Helios-Klinikum Berlin-Buch, zeigt auf, wie Hormone die Wiederkehr von Brustkrebs in Form von Rezidiven und Metastasen anheizen können.

Im letzten Newsletter hatten wir angekündigt, dass wir Sie bald kontaktieren werden, um zu hören, ob Sie gesund geblieben sind oder ob sich der Krebs zurückgemeldet hat. In der Fachwelt wird das Follow-up genannt. Es dient der Forschung dazu, das eingefrorene Gewebe auf seine Merkmale gerade im Hinblick auf den Krankheitsverlauf zu erforschen. Nun ist es so weit: Wir haben im Februar mit dem Follow-up per Brief und per Anruf begonnen.

Wir freuen uns über Ihre Meinung zu PATH und zu diesem Newsletter. Schreiben Sie uns, wie wir es noch besser machen können.

info@stiftungpath.org

Herzlichst
Ihre Ulla Ohlms

Vorsitzende der Stiftung PATH

Editorial	1
Neues aus San Antonio	3
Bericht vom weltweit größten Brustkrebskongress	
Drei Frauen an Bord!	5
Der neue PATH-Vorstand	
Klein, aber fein:	6
das PATH-Büro in München	
Warum Brustkrebspatientinnen sich weiterhin vor Hormonersatztherapien hüten sollten!	6
Tibolon erhöht das Rezidiv- und Metastasenrisiko nach Brustkrebs	
Aus dem PATH-Kuratorium ...	8
Dr. rer. nat. habil. Heinz Bodenmüller, Prof. Dr. med. Jochen Schütte	
Laufen Sie mit! Werden Sie Teil der „Bewegung“!	9
PATH beim 10. KOMEN Race for the Cure®	
Follow-up	10
... oder was PATH gern von Ihnen wissen möchte	
Über die Freuden des Spendens	10
Wir brauchen Ihre Hilfe!	
Impressum PATH-Newsletter	11

Dieser Newsletter ist mit freundlicher Unterstützung von Novartis entstanden.
Wir danken pluspool • UNTERWEGER für die kreative Unterstützung.
PATH ist eine gemeinnützige Stiftung, die sich über private Spender und über Spenden aus der Industrie finanziert.

Wir danken insbesondere:

- Roche Pharma, Grenzach
- Amgen, München
- AstraZeneca, Wedel
- GlaxoSmithKline, München
- Henkel Stiftung, Düsseldorf
- Dr. Patrizia Mikulcik, Bad Homburg
- Waldemar Mikulcik, Landsberg
- Notare Zimmermann und Hauschild, Düsseldorf
- Novartis Pharma, Nürnberg
- Pfizer Oncology, Karlsruhe
- Pierre Fabre, Freiburg
- Familie Ruckebier, Düsseldorf
- Familie Anzeneder, Burghausen

Und wir danken ganz herzlich unseren vielen privaten Spendern.

Bericht vom weltweit größten Brustkrebskongress Dezember 2008



San Antonio Breast Cancer Symposium – das weltweit größte Treffen von Wissenschaft und Forschung zu Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Brustkrebs.

Mehr als 8.000 Onkologen, Gynäkologen, Patientenvertreter und Patienten hatten sich wieder auf den Weg gemacht, um im vorweihnachtlich geschmückten San Antonio/Texas die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Brustkrebs zu erfahren. Das Wetter war in diesem Jahr besser aufgelegt, am Anfang leicht frostig, aber der strahlende Sonnenschein ließ in den darauffolgenden Tagen schon Frühlingseindrücke zu. Der Sonntag verabschiedete sich dann mit Temperaturen um die 27 Grad Celsius. Für die meisten Teilnehmer blieb wenig Zeit, die warmen Temperaturen in einem der Terrassenrestaurants am beliebten Riverwalk zu genießen. Allein die Präsentation von neuen Studienergebnissen hatte um 17 Prozent zugenommen. Die Vorträge im Kongresszentrum reihten sich im 25-Minuten-Takt.

Neue Kontakte/andere Gewebebänke

Für mich als PATH-Vorstandsmitglied und für unseren Projektleiter Tobias Anzeneder gab es wenig Zeit für Verschnaufpausen. In den Mittagspausen standen Besprechungen mit Ärzten und Wissenschaftlern auf dem Plan. Auch galt es, neue internationale Kontakte zu knüpfen. So lernten wir die wissenschaftliche Leiterin der Komen-Gewebebank kennen, die von gesunden Frauen Gewebe zu Forschungszwecken einfriert. Die „Susan G. KOMEN Foundation for the Cure®“ ist die weltweit größte Organisation von Brustkrebspatientinnen. Die Organisation ist seit vielen Jahren aktiv, sie informiert über Brustkrebs und fördert die Brustkrebsforschung.

Jetzt also auch dort eine Gewebebank? War das Modell PATH in die USA exportiert worden, ohne dass wir etwas bemerkt hatten? Nein. KOMEN sammelt Brustgewebe von gesunden Frauen. Hier wird gefragt: Wie, wann und warum kann Brustkrebs in gesunden Frauen entstehen? Wir waren erstaunt zu hören, dass viele Frauen eine kleine Probe ihres gesunden Brustgewebes zur Verfügung stellen, um so einen Beitrag zum besseren Verständnis für die Entstehung von Brustkrebs zu leisten. So ist es zum Beispiel wichtig zu überprüfen und nachzuweisen, inwieweit Umweltgifte, Ernährung und Lebensqualität zellschädigende Wirkungen haben.

Neues zur Behandlung von hormonrezeptor-positivem Brustkrebs

Jährlich erkranken weltweit ungefähr 800.000 Frauen an Brustkrebs. In Deutschland erfahren jedes Jahr circa 55.000 Frauen diese schockierende Diagnose. Bei über 70 Prozent der Frauen ist der Tumor hormonrezeptor-positiv und kann mit einer adjuvanten (vorbeugenden) antihormonellen Therapie behandelt werden. Im frühen Stadium wird in der Regel brusterhaltend operiert. Je nach

pathologischem Befund kann auch eine Chemotherapie folgen. Standard bei brusterhaltender Operation ist dann die Bestrahlung der erkrankten Brust.

In den vergangenen Jahren haben zahlreiche Studiendaten gezeigt, dass Patientinnen mit einem hormonrezeptor-positiven Brustkrebs von einer Behandlung mit einem Aromatasehemmer profitieren. (Gehemmt wird hier die Umwandlung von Körperperfett in Östrogene, die die rezeptorpositiven Tumore „anheizen“.) So war es auch nicht verwunderlich, dass der Vergleich zwischen der seit vielen Jahren üblichen Standardtherapie mit Tamoxifen und/oder einem Aromatasehemmer für Patientinnen mit einem hormonempfindlichen Brustkrebs gleich dreimal auf der Tagesordnung des ersten Kongresstages stand.

Den Startschuss gab James Ingle von der Aromatase Inhibitors Overview Group. Er präsentierte die Ergebnisse einer Übersichtsanalyse mit fast 20.000 Patientinnen. Die Studiendaten basierten auf den Ergebnissen von sechs großen Studien, die an die Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) in Oxford, Großbritannien, übermittelt worden waren.

Ingle und sein Team von der Mayo-Klinik in Rochester, Minnesota, kamen zu dem Schluss, dass Patientinnen ein deutlich besseres krankheitsfreies Überleben haben, wenn sie von Anfang an mit Aromatasehemmern behandelt werden. Auch der sogenannte Switch – das ist der Wechsel nach einer anfänglich geplanten fünfjährigen Behandlung mit Tamoxifen auf einen Aromatasehemmer – zeigte die Überlegenheit gegenüber einer fünfjährigen Behandlung mit Tamoxifen. Eine Wertung der beiden Therapiestrategien auf der Grundlage seiner Auswertung konnte er nicht treffen.

Danach stellte Henning T. Mouridsen, Onkologe der Universitätsklinik Kopenhagen, die neuesten Daten der BIG1-98-Studie vor. Mehr als 8.000 Patientinnen mit einem hormonsensiblen Brustkrebs aus 27 Ländern waren nach dem Zufallsprinzip in diese Studie eingeschlossen worden mit dem Ziel, das krankheitsfreie Überleben der teilnehmenden Frauen zu überprüfen. Die neuen Daten der Anschlussanalyse dieser Studie kommentierte Henning Mouridsen in seiner Präsentation abschließend wie folgt: „Die adjuvante endokrine Therapie sollte mit Letrozol (Femara®) beginnen, vor allem bei Patientinnen mit höherem Rückfallrisiko.“

Mouridsen meinte, diese Daten seien ein Meilenstein in der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs. Man sehe zum ersten Mal auch einen sich andeutenden Überlebensvorteil bei einer Behandlung mit einem Aromatasehemmer.

Auch Alan S. Coates vom Scientific Committee der International Breast Cancer Study Group (IBCSG) bestätigte, dass nach einer optimal durchgeführten Operation, gefolgt von Chemotherapie und Bestrahlung, der frühe Einsatz von Letrozol der beste Weg sei, um krankheitsfrei zu bleiben. Das gelte vor allem für diejenige Patientin, die ein erhöhtes Risiko habe und bei der sich bösartige Zellen in den Lymphknoten in der Umgebung der Brust ausgebreitet hätten.

In der dritten Präsentation mit Daten der TEAM und IES Studie zeigte Stephen Jones, Direktor der US Oncology Inc./Texas, einen Trend zur Verbesserung des krankheitsfreien Überlebens beim Wechsel von Tamoxifen auf Exemestan (Aromasin®).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle drei Präsentationen einen Vorteil der Behandlung mit einem Aromatasehemmer gegenüber einer Tamoxifen-Therapie gezeigt haben. Dadurch wird sich der Einsatz von Aromatasehemmern wie Letrozol und Anastrozol von Anfang an oder Exemestan nach zwei Jahren Tamoxifentherapie vor allem bei Patientinnen mit erhöhtem Rückfallrisiko durchsetzen. Brustkrebspatientinnen mit abgeschlossener fünfjähriger Tamoxifen Behandlung können mit Letrozol fortsetzen.



Chemotherapie für alle – oder lieber zielgerichtete Behandlung

Martine Piccart vom Jules Bordet Institut in Belgien machte deutlich, dass in sehr vielen Studien Brustkrebs zu einseitig betrachtet wird: Patientinnen werden mit Chemotherapien übertherapiert und schädlichen Behandlungen ausgesetzt, die sie nicht benötigen und von der sie auch keinen Vorteil haben. Immer noch fehlt in der Medizin die Voraussage, wie der Tumor auf eine bestimmte Therapie ansprechen wird. Es müssen Tests (Biomarker) entwickelt werden, die in den klinischen Studien eingesetzt werden können. In der von der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf geleiteten, neuen SUCCESS-C-Studie wird etwa bei Patientinnen nach Ende der Chemotherapie durch eine Blutentnahme analysiert, ob noch sog. zirkulierende Tumorzellen vorhanden sind, und danach die Entscheidung bezüglich einer antihormonellen Therapie getroffen. Die Studie ist geöffnet für alle Patientinnen mit Erstdiagnose eines Mammakarzinoms und Notwendigkeit zur Chemotherapie.

Die Weichen müssen neu gestellt werden, weg vom Gießkannenprinzip hin zu einer zielgerichteten Behandlung, wie wir es heute schon bei der antihormonellen Therapie und der zielgerichteten Behandlung bei HER2-positiven Patientinnen sehen. So können Brustkrebspatientinnen nur hoffen, dass dieser Paradigmenwechsel bald erfolgen wird und Lebensqualität und Überlebensqualität vermehrt Einzug in die Studienprotokolle erhalten.

Neues zur Behandlung von fortgeschrittenem Brustkrebs

Vor allem bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs und bei Patientinnen in der metastasierten Situation ist der Faktor Überlebensqualität von hoher Bedeutung. Bisphosphonate (Zoledronsäure) werden zur Reduktion oder Verzögerung von skelettbezogenen Ereignissen eingesetzt. In San Antonio wurden erstmals Daten vorgestellt, die zeigen, dass eine zusätzliche Gabe von Zoledronsäure (Zometa®) bei Frauen mit frühem Brustkrebs, die vor der Operation eine Chemotherapie erhielten, die Tumoren effektiver verringerten. Dadurch konnte einigen betroffenen Frauen eine radikale Operation (Entfernung der Brust) erspart werden. Die Behandlung mit Bisphosphonaten steht zurzeit allen Patienten mit einer klinisch vorliegenden Osteoporose zur Verfügung. Auf Grund dieser neuen Studiendaten wird sicherlich eine weitere Überprüfung des Einsatzes von Zoledronsäure zur Vorbeugung eines Rückfalls und zur begleitenden Behandlung bei neoadjuvanter Chemotherapie notwendig. Es wäre ein weiterer Meilenstein in der Behandlung von Brustkrebs.

KONGRESS-SPLITTER Mehr Medikamente vor der Operation?

Zu Beginn der Therapie von Brustkrebs steht heute meist die Entfernung des Tumors. Gemeinsam sollten Arzt und Patientin entscheiden, ob die Brust erhalten wird. Dies ist oft nicht möglich, wenn der Tumor bereits groß ist (größer als 5 cm) und/oder sehr viele Lymphknoten oder gar die Haut oder umliegendes Gewebe befallen ist. Um die Krankheit und das Ergebnis der Operation positiv zu beeinflussen, werden in einigen Fällen bereits vor der Operation Medikamente gegeben. Gute Erfahrungen konnten mit Chemotherapie-Medikamenten gemacht werden. Neue Untersuchungen sollen zeigen, ob dies auch mit dem Medikament Trastuzumab (Herceptin®) möglich ist, das eine andere Wirkungsweise als eine Chemotherapie hat und nur gegeben werden kann, wenn der Tumor den Marker HER2-neu bei Untersuchungen aufweist. In der sogenannten „NOAH“-Studie haben Wissenschaftler untersucht, ob ein Nutzen für Patientinnen mit fortgeschrittenen Tumoren entsteht, durch die Einnahme von Herceptin® zusätzlich zur Chemotherapie vor der Operation. Die Patientinnen, deren Tumor für den Marker HER2-neu positiv war, hatten einen Vorteil von der zusätzlichen Einnahme des Medikaments. Weniger häufig kam es bei ihnen zu einem Wiederauftreten von Brustkrebs, einem Voranschreiten der Krankheit oder zum Tod.

Erbgut – was machen die Gene?

2008 wurde zum ersten Mal ein Preis in San Antonio verliehen mit dem Namen „Auszeichnung für den herausragenden Forscher bei Brustkrebs“! Preisträger ist Professor Douglas Easton aus Cambridge, Großbritannien. In seiner Vorlesung im Rahmen der Preisverleihung stellte er alle aktuellen Erkenntnisse zum Thema „Genetisches Risiko – welche Gene machen Brustkrebs?“ dar, ein beachtlicher Teil der vorgetragenen Ergebnisse stammt aus seiner eigenen Forschung.

Aus Untersuchungen, die Stammbäume von Familien betrachten, ist bekannt, dass es vier Gene gibt, die ein Auftreten von Brustkrebs sehr wahrscheinlich machen (dies sind die Gene BRCA 1 und 2, PTEN und TP53). Allerdings tragen nur wenige Menschen diese Gene und nur sehr wenige Brustkrebserkrankungen gehen auf diese Erbanlagen zurück. Weitere vier Gene verdoppeln die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an Brustkrebs zu erkranken (BRIP1, ATM, PLAB2, CHEK2). Viele Untersuchungen wurden durchgeführt, angestrengt suchten Forschergruppen nach Erbinformationen, die in einem direkten Zusammenhang mit Brustkrebs stehen und die unmittelbar an der Erkrankung beteiligt sind. So konnte aber nur ein weiteres Gen (CASP8) gefunden werden. Erst modernste Untersuchungen (sogenannte SNP-Arrays) konnten weitere Gene finden. Bei den meisten ist ihre Aufgabe noch nicht bekannt. Jedoch sind sie in verschiedenen Völkern zu finden und haben meistens keinen Zusammenhang mit anderen Krebserkrankungen.

Jetzt könnte man denken, damit sei schon sehr viel über den Zusammenhang zwischen Erbanlagen und Brustkrebs bekannt. Leider sind all diese Gene aber zusammen für nur etwa 30 Prozent aller Brustkrebserkrankungen verantwortlich, die in Untersuchungen von Familien und Stammbäumen erforscht werden. So wird weiter spekuliert, welche Faktoren das restliche genetische Risiko ausmachen.

Neuartiges Medikament für fortgeschrittenen Brustkrebs

Schon seit längerem ist bekannt, dass im Laufe einer Brustkrebserkrankung die Wirksamkeit einer Antihormontherapie nachlassen kann. Auch das Fortschreiten der Krebserkrankung, z.B. durch Auftreten von Metastasen, wird damit in Zusammenhang gebracht. Ein neues Medikament wird derzeit im Rahmen von Studien getestet, das die Hoffnung weckt, die dauerhafte Wirk-

samkeit durch Kombination mit antihormoneller oder Chemotherapie zu verbessern. Der Wirkstoff Lapatinib zeichnet sich dadurch aus, dass er über zwei unterschiedliche Mechanismen im Tumor wirkt, zum Beispiel am Angriffsort des Wirkstoffs Trastuzumab (Herceptin®). Darüber hinaus ist Lapatinib (Tyverb®) eine sehr kleine Substanz und kann als Tablette eingenommen werden. In einer Studie mit dem Namen „EGF 30008“ wurden nun die Therapieerfolge verglichen, zum einen bei alleiniger antihormoneller Behandlung, zum anderen bei einer Kombination dieser Therapie mit Lapatinib. Bei Frauen, deren Tumor HER2-neu aufwies, die also auch für eine Therapie mit Trastuzumab in Frage kamen, konnte Lapatinib zusammen mit dem Aromatasehemmer Letrozol (Femara®) das Voranschreiten der Krankheit wirkungsvoll verzögern. Aber auch die Frauen, die einen hormonrezeptor-positiven Tumor hatten, profitierten von der gleichzeitigen Einnahme der zwei Medikamente. Erklärt wird dies durch einen Effekt des Lapatinibs. Dieses soll die Wirksamkeit der antihormonellen Therapie fördern und erhalten. Außerdem wurden in der Studie keine neuen, bisher unbekannt Nebenwirkungen gefunden.

Zusammenfassung

Die zahlreichen Vorträge und Präsentationen wissenschaftlicher Ergebnisse machten wieder deutlich, wie intensiv die Bekämpfung von Brustkrebs weltweit betrieben wird. Schon heute gibt es viele unterschiedliche und wissenschaftlich gut etablierte Therapieverfahren. Doch noch immer sind sehr viele Vorgänge nicht endgültig erforscht. Hier wird in den kommenden Jahren viel Neues entdeckt werden, auch Ziele und Angriffspunkte für neue Medikamente und Behandlungen. Vor allem der Prozess im Inneren der einzelnen Krebszelle wirft noch viele Fragen auf. Das Ziel ist klar: Die Zukunft gehört der individualisierten Brustkrebstherapie.

Doris Schmitt und Tobias Anzeneder

Drei Frauen an Bord! Der neue PATH-Vorstand



Seit Juli 2008 hat PATH einen neuen Vorstand. Unsere langjährigen Vorstandsmitglieder Elisabeth Hantke und Irmi Gallmeier sind aus beruflichen Gründen ausgeschieden. Sie waren ganz maßgeblich an der Aufbauarbeit von PATH beteiligt. Wir sind dankbar für das Engagement, die Zeit und die Arbeitsleistung, die sie in unsere Stiftung gesteckt haben. Unsere gemeinsame ehrenamtliche Arbeit hat viel Freude gemacht. Ulla Ohlms blieb im Vorstand, und für die Nachbesetzung der beiden anderen Vorstandspositionen konnten wir zwei bestens geeignete Frauen gewinnen: Doris Schmitt und Carmen Waldner. Doris Schmitt ist Kommunikationstrainerin und wohnt am Bodensee. Sie war zwei

Jahre lang Vorsitzende von mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs. Carmen Waldner ist Informatikerin und hat PATH bereits einige Jahre als Mitglied im Kuratorium begleitet. Sie hat die hochkomplexe Datenbank unseres Tumorbankprojekts programmiert und steht immer zur Verfügung, wenn die Datenbank erweitert werden muss und neue „Werkzeuge“ eingebaut werden müssen. Ulla Ohlms ist Erziehungswissenschaftlerin, arbeitet im nordrhein-westfälischen Schulministerium und ist schon seit 5 Jahren im PATH-Vorstand. Sie ist jetzt Vorsitzende der Stiftung. Alle drei Vorstandsmitglieder sind Brustkrebspatientinnen.

Klein, aber fein: das PATH-Büro in München



Im November 2008 ist die Stiftung PATH aus einem Untermietverhältnis in ein eigenes kleines Büro in München gezogen. Dort wacht unser Projektleiter Tobias Anzeneder über den Fortgang des Tumorbankprojekts. Drei Medizinstudentinnen unterstützen ihn bei der Arbeit an der Datenbank und beim Follow-up.

Tobias Anzeneder ist 27 Jahre alt, stammt aus Burghausen an der Salzach und hat in München an der Technischen Universität Medizin studiert. Herr Anzeneder hatte uns zunächst als studentischer Mitarbeiter bei der Dateneingabe geholfen. Nach dem

erfolgreich abgeschlossenen Medizinstudium ist er ganz bei PATH eingestiegen und „managt“ nun das Büro: Er ist am Telefon, er pflegt die Kontakte zu den Kooperationskliniken, er leitet die Mitarbeiterinnen an und entwickelt kreative Konzepte für die weitere Arbeit. Tobias Anzeneders Leidenschaft gehört dem Ballonfahren, ein seltener und aufregender Sport, der ihn im letzten Jahr bei einem internationalen Ballon-Wettbewerb über die Weiten amerikanischer Ölfelder treiben ließ.

Nadine Höchsmann ist 25, **Sophia Ebe** ist 29. Sie sind Medizinstudentinnen im „Praktischen Jahr“, dem letzten Ausbildungsabschnitt an der Universität und arbeiten für die Datenbank von PATH. Sie geben die Daten ein, die mit den Tumorproben verbunden sind. Ihr Wissen aus dem Medizinstudium ist hilfreich bei dieser Arbeit, das Verständnis von medizinischen Fachbegriffen und Zusammenhängen macht vieles einfacher – gilt es doch, sich durch komplizierte, mit Fachausdrücken nur so gespickte Arzt- und Pathologieberichte zu arbeiten.

Galina Aigner ist 24 und erst neu in das PATH-Team gekommen. Auch sie ist Medizinstudentin (8. Semester). Sie ist jetzt mit dem Follow-up beschäftigt, d. h., sie ruft bei den PATH-Patientinnen an, erkundigt sich nach ihrem Befinden, fragt danach, ob die Therapieempfehlung eingehalten wurde und ob die Krankheit zurückgekommen ist.

Warum Brustkrebspatientinnen sich weiterhin vor Hormonersatztherapien hüten sollten!

Bericht vom San Antonio Breast Cancer Meeting, 9.–14. Dezember 2008



Bericht vom Kongress in San Antonio, Dezember 2008

Tibolon (Livial® und Liviella) ist in 90 Ländern für die Behandlung menopausaler Symptome und Wechseljahresbeschwerden zugelassen, in 45 Ländern zur Osteoporose (Knochenschwäche)-Vorbeugung. Die Tibolon-Metaboliten haben eine östrogene, progestogene und androgene Aktivität. Die LIFT (Long Term Intervention on Fractures with Tibolone)-Studie war eine wissenschaftlich anspruchsvolle klinische Studie, mit der das Risiko von Knochenbrüchen, Brustkrebs, Herzerkrankungen und Gebärmutterkrebs untersucht wurde.

Einem Teil der Frauen wurde 1,25 mg Tibolon täglich gegeben, andere erhielten ein Placebo (= Präparat ohne jeden medizini-

schen Wirkstoff). Zwischen 2001 und 2003 wurden insgesamt 4.538 Frauen zwischen 60 und 85 Jahren aus 80 Studienzentren in 22 Ländern weltweit nach Zufallsauswahl in die Studie eingebracht. Ein Datensicherheitskomitee (DSMC) hat die Daten alle sechs Monate zur Einsicht bekommen. Die mittlere Behandlungszeit betrug 34 Monate.

Im Oktober 2005 hat das DSMC den Sponsor und die wissenschaftlichen Studienleiter der Studie darüber informiert, dass das Schlaganfallrisiko erhöht sei. Dies wurde den Patientinnen mitgeteilt, sodass 496 Frauen die Studie abbrachen. Im Februar 2006 empfahl das Komitee den Abbruch der Studie wegen des erhöhten Schlaganfallrisikos; zudem war das Hauptziel der Studie, nämlich den Einfluss auf das Knochenbruchrisiko zu untersuchen, zu diesem Zeitpunkt erreicht. Das Knochenbruchrisiko wurde, bezogen auf vertebrale (Wirbel und Wirbelsäule betreffende) Knochenbrüche, um relativ 45 % signifikant vermindert, das Risiko von nicht vertebrealen Frakturen um relativ 26 % signifikant vermindert.

Das Schlaganfallrisiko war so deutlich erhöht, dass die Studie im Februar 2006 beendet wurde.

Auf dem San Antonio Breast Cancer Symposium 2008 hielt N. J. Bundred, University of Manchester, einen Vortrag, der uns alle aufhorchen ließ. (Mitautoren waren Kenemans, Beckmann, Fodart, Kubista, von Schoultz, Sisoni, Vassilopoulou-Sellin, Yip, Egberts, Planellas.) Die Studie trug den Titel „Auswirkungen von Tibolon auf Brustkrebs-Rückfall – LIBERATE trial bone substudy“.

Die LIBERATE-Studie wurde als placebokontrollierte Studie bei Brustkrebspatientinnen durchgeführt, um Wechseljahresbeschwerden unter Tibolon im Vergleich zu einem Placebo zu untersuchen. Die Patientinnen wurden nach der Operation in der vorbeugenden Therapiephase nach Zufallsauswahl einer Therapie mit Tibolon oder einem Placebo zugeordnet. Die Patientinnen hatten Wechseljahrsymptome mit einem Mittelwert von 6,4 Hitzewallungen und Schweißausbrüchen pro Tag.



In den Tibolon-Arm wurden 1.579 Patientinnen, in den Placebo-Arm 1.579 Patientinnen eingeschlossen. 58 % der Patientinnen hatten Lymphknotenbefall, 30 % hatten T1 (unter 2 cm Durchmesser)-Tumore, 60,6 % T2 (2–5 cm)-Tumore, 9,6 % T3 (über 5 cm)-Tumore. 70,8 % der Patientinnen waren östrogenrezeptorpositiv und 20,1 % östrogenrezeptornegativ. Die mittlere Therapiedauer betrug 2,1 Jahre. Die Osteoporose wurde durch Tibolon, verglichen mit dem Basiswert, deutlich verbessert: ab zwei Jahren mit einer Steigerung der Knochendichte um knapp 2 % an Wirbelsäule und um 1,3 % am Hüftkopf.

Die Knochenbruchrate betrug im Tibolon-Arm bei Patientinnen mit normaler Ausgangsuntersuchung 5 %, verglichen mit 8 % im Placebo-Arm, bei osteopenischen (Knochenschwäche-)Patientinnen war die Frakturrate im Placebo-Arm 17 % und im Tibolon-Arm 11 %. Bei Patientinnen mit Osteoporose war die Frakturrate im Placebo-Arm 20 % und bei Patientinnen nach Tibolon 4 %. Es war klar zu sehen, dass Tibolon das Risiko von Knochenbrüchen deutlich senkt.

Aber: Tibolon steigerte zugleich das Auftreten von Rezidiven und Metastasen. Bei den Tamoxifen-Patientinnen waren insgesamt 147 Rezidive und Metastasen im Tibolon-Arm, aber nur 116 Rezidive und Metastasen im Placebo-Arm aufgetreten. Bei den 202 mit Aromatasehemmern behandelten Patientinnen waren insgesamt 18 Rezidive und Metastasen im Tibolon-Arm und 7 im Placebo-Arm aufgetreten.

Durch Tibolon wurde bei Frauen mit vorausgegangener Brustkrebserkrankung die Rezidivrate (Wiederauftreten des Tumors) um relativ 40 % gesteigert, die Metastasierungshäufigkeit um 38 %.

Bei 2.068 Patientinnen, die Tamoxifen erhielten, wurde durch Tibolon die relative Rezidivhäufigkeit um 25 % gesteigert. Bei den 202 Patientinnen, die Aromatasehemmer erhielten, wurde die Rezidivhäufigkeit um das knapp Zweieinhalbfache gesteigert. Die Mammakarzinom-Rezidivrate wurde insbesondere bei Patientinnen mit einer normalen Knochendichte durch Tibolon erhöht, verglichen mit Patientinnen mit einer niedrigen Knochendichte.

Zusammenfassung

Diese Daten sollten Ärzten und Patientinnen schnell und mit großem Nachdruck mitgeteilt werden. Bisher galt Tibolon als gutes Medikament gegen Wechseljahresbeschwerden, gern eingesetzt mit dem Hinweis auf ein eher vermindertes Brustkrebsrisiko.

Interessanterweise entspricht die relative Risikoerhöhung von 40 bis 50 % in dieser Studie exakt der relativen Risikoerhöhung in der berühmten „Million Women Study“. In dieser Studie wurden u. a. 18.186 Frauen erfasst, die Tibolon eingenommen hatten. 184 Brustkrebsfälle wurden in dieser Gruppe verzeichnet. Die relative Risikoerhöhung betrug auch hier in der Tibolon-Gruppe 45 %.

Die HABITS-Studie (Hormone Replacement Therapy after Breast-Cancer – Is it Safe?) wurde im Lancet 2004, 363: 453 publiziert. In der HABITS-Studie waren bei 434 Brustkrebspatientinnen im Hormontherapiearm 26 Rezidive und Metastasen und im Kontrollarm 8 Rezidive und Metastasen aufgetreten. Die Schlussfolgerung aus dieser Studie war ein nicht zu akzeptierendes Rezidivrisiko für Brustkrebspatientinnen, die einer Hormonersatztherapie ausgesetzt wurden. Deswegen wurde die Studie am 17.12.2003 abgebrochen und dann im Lancet am 03.02.2004 publiziert, also weniger als 3 Monate später (Holmberg L. et al. Lancet 2004, 363: 453).

Die Daten aus der Million-Women-Studie und aus der HABITS-Studie lassen folgende Schlüsse zu: Das Rezidiv- und Metastasierungsrisiko bei Brustkrebspatientinnen wird durch eine Hormonersatztherapie signifikant erhöht. Die relative Risikoerhöhung mit Tibolon, verglichen mit Placebo, betrug bei rezeptorpositiven Patientinnen 56 %, bei rezeptornegativen Patientinnen 15 %.

Bezogen auf Osteoporose und Frakturrisiko bei Brustkrebspatientinnen bringt Tibolon gute Ergebnisse. Trotzdem dürfen die Daten in Bezug auf die Rezidiv- und Metastasierungshäufigkeit bei Brustkrebspatientinnen nicht außer Acht gelassen werden. Diese Daten müssen der Öffentlichkeit unverzüglich bekannt gemacht werden. Die Voll-Publikation dieser Studie ist gerade in der Fachzeitschrift Lancet erschienen.

Prof. Dr. med. Michael Untch,
Chefarzt der Frauenklinik im Helios-Klinikum Berlin-Buch

Aus dem PATH-Kuratorium

Dr. rer. nat. habil. Heinz Bodenmüller Warum ich PATH interessant finde



Die im Aufbau befindliche Gewebekbank von PATH ist eine Initiative, die höchste Anerkennung verdient. Wenn Brustkrebspatientinnen ihr Einverständnis dazu geben, dass ihr Gewebe für wissenschaftliche Untersuchungen verwendet wird, dann zeigt das eine positive Einstellung zu Wissenschaft und Forschung. Fortschritte in der Medizin brauchen das Engagement aller Beteiligten.

Allerdings muss dieser Fortschritt hart erkämpft werden. Forschung und Entwicklung von neuen Diagnostika und Medikamenten kosten viel Geld, aber noch wichtiger: Fortschritt kostet auch die Kooperation mit den Betroffenen, die während der Behandlung ihrer Krankheit entscheidende Beiträge zum Fortschritt leisten können. In der Regel erfolgt die Zusammenarbeit von Patienten und Forschern innerhalb von klinischen Studien. In der PATH-Initiative geht es jedoch um einen ganz individuellen Beitrag, nämlich um das Zurverfügungstellen von krankem und gesundem Gewebe aus der Krebsoperation.

Warum ist das wichtig? Weil aus diesen Proben vielfältige molekulare Untersuchungen gemacht werden können. Das ist für die Erforschung und für das Verständnis der Tumorentstehung und deren Ausbreitung (Metastasierung) im Körper wichtig.

Oder ebenso aktuell: Es wird derzeit versucht, individuelle Krankheitsverläufe mit typischen Mustern von abnormal regulierten Proteinen und Genen (sog. Biomarkern) aus dem Gewebe zu korrelieren. Die Hoffnung dabei ist, Biomarker-Muster im Tumorgewebe zu finden, welche die beste Therapie für den Patienten vorausagen. Wenn solche Biomarker-Analysen in nächster Zukunft in der Routine Anwendung finden, dann kann die Krebstherapie von Anfang an optimiert auf das Individuum zugeschnitten werden. In Einzelfällen ist das heute schon möglich, so wird beim Brustkrebs eine Hormontherapie oder eine Herceptin-Therapie nur dann durchgeführt, wenn im Gewebe eine erhöhte Expression von entsprechenden Rezeptoren nachgewiesen werden kann.

Die Gewebekbank von PATH ist für derartige Forschungsvorhaben konzipiert und wegen der Motivation, die dahintersteckt, etwas ganz Besonderes. Deswegen werde ich als neues Kuratoriumsmitglied gern meine persönlichen Erfahrungen aus der molekularen Onkologieforschung und der Etablierung von Probenbanken bei PATH einbringen.

Dr. rer. nat. habil. Heinz Bodenmüller,
Biochemiker, Kuratoriumsmitglied PATH

Prof. Dr. med. Jochen Schütte



Ein wichtiger Schwerpunkt meiner klinischen Tätigkeit ist die Behandlung, Betreuung und Nachsorge von Brustkrebspatientinnen. Im Vordergrund stehen dabei vor allem die Patientinnen mit metastasierter Erkrankung, die an unserer Klinik mehr als 50% aller PatientInnen ausmachen.

Die Mitarbeit im Kuratorium der Stiftung PATH nehme ich mit Freude wahr als Vermittler der ärztlichen Aspekte in der Brustkrebstherapie

und der täglich erlebten menschlichen und medizinischen Bedürfnisse der betroffenen Patientinnen. Durch die experimentellen Forschungsarbeiten in den USA zu Onkogenen ist mir sehr bewusst, wie lange die Zeitspanne zwischen Grundlagenforschung und möglicher klinischer Anwendung sein kann. So wur-

den bereits in den 80er Jahren diejenigen Onkogene und genetischen Veränderungen entdeckt, die erst seit wenigen Jahren in erfolgreiche Therapiekonzepte umgesetzt werden konnten. Insofern ist die Arbeit der Stiftung PATH wichtig für die Weiterentwicklung der Brustkrebstherapie, da hier wertvolles, gut dokumentiertes Tumormaterial für die Forschung und den zukünftigen Erkenntnisgewinn bereitgehalten wird.

Prof. Dr. med. Jochen Schütte

Seit 2002 Leiter der Klinik für Onkologie/Hämatologie/Palliativmedizin am Interdisziplinären Onkologischen Zentrum, Marien Hospital Düsseldorf. Vorher Oberarzt und Hochschuldozent an der Inneren Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen.

1986–1989 Auslandsstipendium der Europäischen Krebsgesellschaft (EORTC) am National Cancer Institute, NIH, Naval Medical Oncology Branch, Bethesda, USA, mit Forschungsarbeiten zu sogenannten Krebsgenen (Onkogenen).

Laufen Sie mit! Werden Sie Teil der „Bewegung“!

PATH beim 10. KOMEN Race for the Cure® am 27. September 2009 in Frankfurt

In Deutschland wird jede neunte Frau im Laufe ihres Lebens mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert. Immer noch ist der Anteil der Frauen, bei denen die Krankheit erst spät oder zu spät erkannt wird, hoch. Das zu ändern, ist Ziel von KOMEN und anderen Brustkrebsorganisationen.

„KOMEN“, das sind Menschen, die 1999 die deutsche Vertretung von „Susan G. Komen Foundation for the Cure“ gegründet haben. Gegründet wurde die Organisation in den USA zum Andenken an Susan G. Komen, die sehr jung an Brustkrebs starb. KOMEN ist die weltweit größte wohltätige Brustkrebsorganisation. Sie setzt sich für Brustkrebspatientinnen ein, kämpft für Verbesserungen bei Aufklärung und Früherkennung und finanziert Projekte in diesem Feld.

Der Lauf

Seit dem Jahr 2000 veranstaltet KOMEN Deutschland e. V. jährlich den Wohltätigkeitslauf Race for the Cure® in Frankfurt. Fast 6.000 Läufer kamen im vergangenen Jahr und machten diesen Lauf zu einer echten Bewegung – für und mit Brustkrebspatientinnen! Ähnliche Veranstaltungen gibt es weltweit, jährlich laufen mehr als 1,5 Millionen Menschen in über 119 Städten!



Der Lauf 2007

Die ersten der über 200 ehrenamtlichen Helfer für den 8. KOMEN Race for the Cure® in Frankfurt am Main waren früh am Werk: Zelte wurden aufgebaut, Schilder angebracht, Kaffee gekocht, Getränke, Brezeln und Bananen zur Stärkung bereitgestellt. Die herbstlichen Temperaturen waren angenehm und der Sonnenschein kam wie bestellt. Auf der Aktionsbühne am Mainufer sorgten zwei Moderatoren für Stimmung. Mit fetziger Musik

heizten die Cheerleader der Frankfurt Lions ein, bevor sie mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Dehnübungen absolvierten.

Um 10.54 Uhr ging es für die Geher/Walker an den Start. Rund 1.680 Walker machten sich auf die zwei Kilometer lange Strecke entlang des Mainufers. Nach dem Startschuss durch Bürgermeisterin Ebeling sprinteten 25 Minuten später auch die Läufer los.

400 Brustkrebsbetroffene in ihren rosa T-Shirts standen für den Mut und für das Leben. Auf der gesamten Strecke und am Zieleinlauf wurden die Läuferinnen und Walker lautstark von den Moderatoren und von zahlreichen Zuschauern angefeuert und mit kräftigem Applaus unterstützt.

Laufen Sie 2009 mit uns! Im „Stiftung-PATH-Team“

Setzen Sie gemeinsam mit uns ein Zeichen! Schaffen Sie mit uns in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein für diese lebensbedrohliche Krankheit. Laufen Sie mit, werden Sie ein Teil der Bewegung und erleben Sie, wie viel Energie und Lebensfreude bei diesem Ereignis mobilisiert werden.

Beim 10. Lauf am 27. September 2009 in Frankfurt möchten wir mit einem PATH-Lauf-Team starten. Wir laden Sie herzlich ein mitzumachen. Es gibt auch ein Startfeld für Teilnehmerinnen, die walken möchten. Für jede körperliche Konstitution ist etwas dabei. Die Strecke ist mit fünf Kilometern für die Läufer und mit zwei Kilometern für die Walker auch für Nichttrainierte gut zu bewältigen. Wir freuen uns auf ein gemeinsames Erlebnis.

Dies ist nicht der New-York-Marathon! Mitmachen, dabei sein und Spaß haben – darum geht es! Und darum, sich als Teil der Brustkrebsbewegung zu fühlen.

Ulla Ohlms, Doris Schmitt und Tobias Anzeneder laufen sich bereits warm!

Wenn Sie mitmachen wollen, schicken Sie uns einen Brief mit Ihren Kontaktdaten. Sie können uns auch gerne anrufen oder eine E-Mail senden (Kontaktdaten siehe Impressum). Als Brustkrebsbetroffene erhalten Sie auf Wunsch T-Shirt und Kappe in Pink und sind herzlich eingeladen zum Frühstück im „Survivor“-Zelt. KOMEN lädt Sie außerdem nach dem Lauf zum traditionellen „Gruppenfoto in Pink“ ein.

Übrigens: Es findet noch ein weiterer KOMEN Race for the Cure® statt: am 13.9.2009 in Meppen.



Follow-up oder was PATH gern von Ihnen wissen möchte



Die PATH-Patientinnen sind vor einiger Zeit oder auch erst kürzlich operiert worden und haben ihr Tumorgewebe in der PATH-Tumorbank eingelagert. Die ersten Gewebe- und (Blut-)Serumproben haben wir bereits 2004 auf Eis gelegt. Inzwischen sind die notwendigen Informationen der meisten PATH-Patientinnen in eine gut gesicherte Datenbank aufgenommen worden. Das sind Daten zum Tumortyp, zur Operation und zur empfohlenen Behandlung mit Chemotherapie, Bestrahlung, Antikörpertherapie, antihormoneller Therapie. Natürlich können die Daten durch moderne Verschlüsselung nicht unbefugt zurückverfolgt werden! Das Gewebe ist bei uns gut und sicher aufgehoben. Wir wollen die Gewebeproben, die bei uns eingefroren sind, möglichst bald der Krebsforschung zur Verfügung stellen. Dazu brauchen wir aber mehr Informationen.

In unserem ersten Newsletter 2008 haben wir erläutert, warum es für PATH so wichtig ist, von den Patientinnen alles zu ihrer Krankheit zu erfahren. Wir arbeiten für PATH, weil wir dazu beitragen wollen, dass die Krebsforschung neue Medikamente und Behandlungsmethoden entwickelt. Wir wollen, dass möglichst alle Patientinnen dauerhaft von Brustkrebs geheilt werden. Bis dahin bedarf es in der Forschung noch einiger Anstrengungen. Wir hoffen sehr, dass unsere PATH-Frauen gesund geblieben sind. Aber vielleicht hat sich der Krebs zurückgemeldet und einige Patientinnen sind erneut in Behandlung. Das möchten wir wissen, denn die Wissenschaft forscht gerade an solchen Krebserkrankungen, die auf die erste Behandlung nicht zufriedenstellend angesprochen haben.

Follow-up?! Gibt es das auch auf Deutsch?

Im März haben wir mit den schriftlichen und telefonischen Nachfragen begonnen – das nennt man in der Fachwelt „Follow-up“. Was ist das? Ganz einfach: Wir möchten der Erkrankung unserer Patientinnen, ihrem Tumor, nachspüren. Wir wollen wissen, ob der Brustkrebs gut auf die Behandlung reagiert hat oder ob er zurückgekommen ist.

Ja, wie gern würden wir „Follow-up“ in deutscher Sprache ausdrücken. Aber da stehen uns nicht viele Begriffe zur Verfügung.

Sie klingen komisch: z. B. „Nachführungssystem“, „Wiedervorlage“, „Nachfass-System“. Bleiben wir lieber beim englischen Begriff. Wir verfolgen den Krebs – im wahrsten Sinne! Wir haben zunächst diejenigen Patientinnen angeschrieben, deren Gewebe schon lange bei uns eingefroren ist. Kurz danach haben wir angerufen und dabei festgestellt, wie angenehm die telefonische Kontaktaufnahme war. Keine Frau war irritiert und abweisend, keine fühlte sich durch unsere Nachfragen belästigt, keine war misstrauisch oder verärgert. Im Gegenteil. Wir wurden freundlich empfangen, es haben gute und interessante Gespräche stattgefunden. Wir haben Neues erfahren und nette Frauen kennengelernt. Danke!

Was wollen wir von den PATH-Patientinnen wissen? Und warum?

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

Am besten kann uns der behandelnde Arzt für Frauenheilkunde (Gynäkologie, Gynäkologische Onkologie) oder der Onkologe über den Krankheitsverlauf Auskunft geben. Damit der Arzt uns informieren darf, muss er von der Schweigepflicht entbunden werden. Das können nur die Patientinnen mit einer Einverständniserklärung tun.

Wir setzen unsere Follow-up-Anrufe kontinuierlich fort und freuen uns auf die Gespräche mit Ihnen.

Ulla Ohlms

Über die Freuden des Spendens. Wir brauchen Ihre Hilfe!

Es wird viel darüber geforscht und nachgedacht, was Menschen glücklich macht. Wir wissen: Glück hat mit Beziehungen zu tun, mit Gesundheit, mit sozialen Kontakten, mit Zufriedenheit in Beruf und Familie. Und sicher auch mit Geld. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Menschen, die für einen guten Zweck spenden, ein positives Selbstgefühl haben. Der Akt des Spendens erfüllt mit Freude und Genugtuung und zeigt, dass man auch in einer anonymen Welt etwas bewirken kann. Im letzten Jahr haben Sie, liebe Patientinnen und andere Menschen, an PATH gespendet. Es standen Geburtstagsfeiern und

Jubiläen unter dem „Spende für PATH“-Motto. Der Wunsch nach großen Blumensträußen, nach Aufstockung des heimischen Weinvorrats oder nach lustig gefalteten 20-Euro-Scheinen wurde abgelöst von der Idee, die Gäste um etwas Sinnvolles zu bitten. In den Geburtstagsfeiern verzichteten Gastgeber und baten um Spenden für PATH.

Darüber haben wir uns sehr gefreut!

Sehr bewegend war die Spendenaktion von Anne R. Die Geschenke zu ihrem Abschied als Schulleiterin hat sie auf PATH „umgeleitet“. Es kamen erstaunliche 3.235 Euro zusammen!

Kurze Zeit später starb unsere Unterstützerin an den Folgen ihrer Brustkrebserkrankung und PATH war wieder im Blick. Diese starke, beeindruckende Frau wollte keine Kränze und Blumen, sondern den letzten Gruß der Kollegen, der Freunde und Angehörigen an PATH weitergeben. Sie wollte einen Beitrag dazu leisten, dass die molekularbiologische Forschung an besonders aggressiven Brustkrebstypen vorangetrieben wird. Anlässlich der Trauerfeier wurden für PATH 2.200 Euro zusammengetragen. Das hat uns sehr beeindruckt und mit großer Dankbarkeit erfüllt.

Wir brauchen Ihre Hilfe auch weiterhin!

Auch in diesem Jahr sind wir wieder auf Spenden angewiesen. An dem folgenden „Wunschzettel“ können Sie ablesen, für welche Anschaffungen wir Mittel brauchen.

1. Wir liebäugeln mit einem **Stickstoffbehälter**, mit dem Gewebeproben aus den Truhen der Kliniken zu den Krebsforschern transportiert werden können. Dieser Behälter erinnert an die alten blechernen Milchkanne aus Kinderzeiten. Er kostet allerdings deutlich mehr, nämlich rund **5.000 Euro**.

2. Ein anderes Projekt, für das wir Geld suchen, ist die Erneuerung der **IT-Infrastruktur** im PATH-Büro. Die PCs müssen aufgerüstet werden, Netzwerke müssen neu geschaltet und gestöpselt werden. Und schließlich verlangen Datensicherheit, Verschlüsselungen und Virenschutz eine kräftige Auffrischung. Auch wenn die Arbeiten von unserem Vorstandsmitglied Carmen Waldner ehrenamtlich erledigt werden, so fallen an Sachkosten doch immerhin **1.500 Euro** an.

3. Unser kleines Büro ist noch nicht komplett. Zur **Büroeinrichtung** fehlen noch Dinge wie Kopierer, Briefwaage, zwei Bürostühle und Magnetwände. Dafür sind schätzungsweise **900 Euro** erforderlich.

4. In Sachen Fortbildung werden Mitglieder des Vorstands und der Projektleiter wieder wichtige **Kongresse zum Thema (translationale) Forschung und Brustkrebstherapie** besuchen. Dafür benötigen wir jährlich ca. **3.000 Euro pro Person**.

Impressum Newsletter PATH

Herausgeber:

Stiftung PATH – Patienten-Tumorbank der Hoffnung
Postfach 31 02 20
86063 Augsburg
Tel. 0821/907 63 69
Fax 0821/907 63 72
info@stiftungpath.org

PATH-Büro München
Tobias Anzeneder, Arzt, Projektleiter
Schäftlarnstr. 62
81371 München
Tel. 089/7806 78 48

Redaktion:

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

Layout:

pluspool • UNTERWEGER

EBV:

Helmut Gass Medientechnik

Lektorat:

Jutta Kühn