

PATH Newsletter

AUSGABE 18 | 2025



Inhalt

- 2** Impressum
- 3** Editorial
- 4** Mammografie-Screening senkt Sterblichkeit
- 6** Den Tumor noch genauer erkennen!
Neues aus der Forschung mit Proben der PATH Biobank
- 8** Palliativversorgung –
so viel mehr als Hilfe in den letzten Wochen
- 10** HPV – der unterschätzte Krebsverursacher –
auch bei Männern
- 12** Schottland hat den Gebärmutterhalskrebs besiegt!
Warum klappt das in Deutschland nicht?
- 14** Unterstützung per App wirkt!
Trotz Metastasen – weniger Fatigue,
bessere Lebensqualität und längere Überlebenszeit
- 18** Neuigkeiten aus der Krebsforschung
Kongress-Berichterstattung ASCO 2024
- 20** Wie geht es eigentlich anderen Krebskranken?
Leben mit metastasierendem Brustkrebs
- 22** Diagnose – Angst – Aufbruch!
Wie Psychoonkologie Frauen zu neuer Kraft verhilft
- 23** Unser Dank an alle PATH Frauen
- 24** Zielgerichtet gegen die Erkrankung
Neue Studiendaten vom ASCO 2025 –
Spielen Alter und Rückfallrisiko eine entscheidende Rolle?
- 28** Ehrenamt im Alter tut gut!
- 29** Apropos Ehrenamt:
Der PATH-Vorstand sucht Verstärkung



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

Impressum

Herausgeber: Stiftung PATH –
Patients' Tumor Bank of Hope
Postfach 750729
81337 München
www.stiftungpath.org
info@stiftungpath.org
Tel. 089 78067848

Rückmeldungen an das
PATH-Büro München:
Dr. Franziska Sommermeyer
Wissenschaftliche Leiterin der Biobank
sommmermeyer@path-biobank.org

Dr. Kathrin Lerchl
Wissenschaftskoordinatorin
der Biobank
lerchl@path-biobank.org

Redaktion: Ulla Ohlms
Vorsitzende der Stiftung PATH –
Patients' Tumor Bank of Hope
ohlms@stiftungpath.org

Layout: Patricia Müller, weitekreise.de
Lektorat: Uta Dingethal

Vielen Dank

AN ALLE SPENDER*INNEN

Für großzügige Spenden danken wir insbesondere

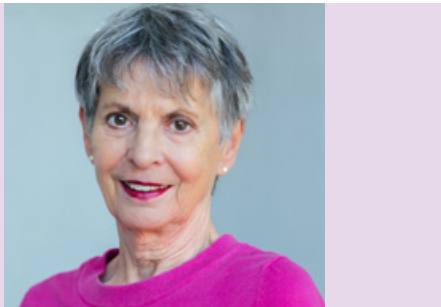
Rainer Womelsdorf, Roche Pharma AG, Lieselotte Herwig, Martin Heinemann, Marianne Stevens, Joachim und Renate Steinseifer, Familie Busatta. Ihre Spenden sind eine schöne Wertschätzung unserer ehrenamtlichen Arbeit!

Gut zu wissen für zukünftige Spender*innen:

Bei Spenden bis zu 300 Euro reicht dem Finanzamt der Überweisungsbeleg. Für höhere Beträge schicken wir Ihnen gern eine Spendenbescheinigung.

Bildnachweis: Wenn nicht anders angegeben, stammen alle Abbildungen und Fotos von den Autorinnen / Interviewten / Abgebildeten. Titelbild Shutterstock, S. 3 DKFZ / NCT / Christoph Leib, S. 6, S. 23 und S. 28 Sandra Wolf Fotografie, S. 9, S. 11, S. 16 und S. 26 Getty Images / Unsplash, S. 12 ChatGPT, S. 29 Kateryna Hliznitsova / Unsplash, S. 30 George Dagerotip / Unsplash, S. 31 Mr Mockup / weite Kreise

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe PATH-Frauen,



Ulla Ohlms
Vorsitzende
Stiftung PATH

diesmal falle ich mit der Tür ins Haus: Auf Seite 29 finden Sie eine »Stellenanzeige«. Einen hochdotierten Posten haben wir da allerdings nicht zu vergeben. Vielmehr suchen wir eine Mitstreiterin für den Vorstand, eine ehrenamtliche Mitstreiterin. Und ja, im PATH-Vorstand arbeiten wir ehrenamtlich. Es könnte diese Mischung aus Sinnstiftung und toller Teamarbeit sein, die uns so einen Spaß und die Vorstandsfunktion attraktiv macht. Interessiert?

Jetzt eine ernste Nachricht: In den nächsten 20 bis 30 Jahren wird die Zahl der Krebserkrankungen rapide ansteigen. Das wundert nicht mit Blick auf Gesellschaften wie unserer mit hohem Altersdurchschnitt, schließlich ist Krebs eine Alterserkrankung. Aber auch junge, einkommensschwache Länder kann es hart treffen. Bis 2050 werden die Krebsraten weltweit um 77 Prozent und die krebsbedingten Todesfälle um 90 Prozent ansteigen, prognostiziert ein internationales Forschungsteam in JAMA Network Open.¹ Prof. Dr. Michael Baumann, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg spricht von 65 Millionen Krebstoten zwischen 2020 und 2040 weltweit.

Können wir uns durch eine »richtige« Lebensführung komplett vor einer Krebserkrankung schützen? Eher nicht. Wie wäre es sonst möglich, dass Kinder, die noch gar nicht »falsch« leben konnten, an Krebs erkranken? Trotzdem wissen wir, dass Krebs über die Lebenszeit durch vielerlei Faktoren, durch Lebensstil, durch liebgewordene Gewohnheiten getriggert wird. Da ist in erster Linie das Rauchen zu nennen. Ungesunde Ernährung, Übergewicht, Alkoholkonsum und Bewegungsmangel schließen sich an. Wenn sich hier etwas deutlich zurückschrauben ließe, hätten wir schon viel gewonnen. Krebsprävention ist angesagt!

Hier im Heft zeigen wir Ihnen zwei ganz einfache Formen der Krebsprävention: Die HPV Impfung und das Mammografie Screening. Ja, es geht darum zu verhindern, dass Krebs überhaupt erst auftritt oder dass er sich unbemerkt im Körper verbreitet. Erneut werben wir auf Seite 10 für die HPV-Impfung. Sie verhindert Gebärmutterhalskrebs und übrigens auch Krebs im Rachenraum bei Männern. Eine weitere Form der Krebsprävention ist das Mammografie-Screening. Hiermit kann Brustkrebs in sehr frühem Stadium erkannt und dann meist mit einer wenig belastenden Therapie geheilt werden.

Auch Michael Baumann, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), rückt das Thema Prävention stärker in den Fokus. Durch die Kombination von Primärprävention und Früherkennung könnten sogar 60 Prozent aller Krebstodesfälle vermieden werden, sagte er. Dieses ungehobene Potenzial der Prävention stehe in keinem Verhältnis zum Benefit durch neue Therapien oder Medikamente. »Wir müssen die Effekte aber endlich auf die Straße bringen«, fordert er.²

Dem angstmachenden und oft falsch verstandenen Begriff »palliativ« kann unsere Vorstandsfrau Doris Schmitt im Interview mit Dr. Johann Ahn das Bedrohliche nehmen. Nein, es geht nicht vorrangig um die letzten Wochen im Leben. Johann Ahn, Palliativmediziner in der Charité, erläutert sehr eindrücklich, dass Auftrag und Ziel von Palliativversorgung die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit lebensbedrohenden Erkrankungen ist. Ich kenne übrigens einige Freundinnen, die die Betreuung auf einer Palliativstation genossen haben und gestärkt wieder nach Hause gegangen sind.

Mit herzlichen Grüßen

Ihre Ulla Ohlms

¹ 2024; DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.43198

² Ärzteblatt März 2024

Mammografie-Screening erfolgreich!

STERBLICHKEIT DEUTLICH GESENKT



»Wenn noch mehr anspruchsberechtigte Frauen ihr Mammografie-Screening-Angebot wahrnehmen, könnten wir die Brustkrebssterblichkeit bundesweit weiter senken.«

Prof. Dr. med. Andreas Schneeweiss
Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie

Seit das Mammografie-Screening 2005 in Deutschland eingeführt wurde, hat es Streit und Kritik um dieses Instrument der Brustkrebsfrüherkennung gegeben. Radiologen warnten vor »Massenuntersuchungen«, andere fürchteten, dass falsch-positive Ergebnisse die gescrreen-ten Frauen in Todesängste versetzt. Und wieder andere hielten die Strahlenbelastung für zu hoch.

Die Einführung des deutschen Mammografie-Screenings erfolgte spät im internationalen Vergleich. Während europäische Nachbarländer, insbesondere die skandinavischen Staaten, bereits in den 1980er- und 1990er-Jahren entsprechende Programme eingeführt hatten, wurde das organisierte Mammografie-Screening in Deutschland erst im Jahr 2005 bundesweit gestartet und war erst 2009 flächendeckend umgesetzt. Zeit für eine Bilanz.

»Das vor 20 Jahren eingeführte Mammografie-Screening-Programm für Frauen von 50 bis 69 Jahren trägt deutlich zur Verringerung der Brustkrebssterblichkeit bei.« Das ist das Ergebnis einer Studie, die am 9. Juli 2025 von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken in Berlin vorgestellt wurde. Unter den Frauen, die an dem Screening teilnahmen, gingen die Brustkrebs-Todesfälle demnach zwischen 20 und 30 Prozent zurück. Für die Untersuchung wurden Daten aus den Jahren 2009 bis 2018 ausgewertet.

»Die Studienergebnisse sind eine sehr gute Nachricht für alle Frauen in Deutschland, die eine Einladung zum Mammografie-Screening erhalten. Die Frauen können darauf vertrauen, dass eine Teilnahme nachweislich von Nutzen ist – sie ermöglicht Früherkennung und erhöht die Heilungschancen. Daher mein Appell an alle Frauen, die angeschrieben werden: Nehmen Sie die Einladung an«, so die Ministerin.¹

Deutlicher Rückgang der Brustkrebs-Todesfälle

Auch die Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS) unterstrich die Wirksamkeit des Mammografie-Screenings. Die wissenschaftliche Auswertung zeige eindrucksvoll, dass die Teilnahme am Screening die Brustkrebssterblichkeit deutlich senkt. Damit sei bestätigt, was die Wissenschaft seit Jahren beobachtet: Brustkrebsfrüherkennung rettet Leben! »Diese Daten sind ein wichtiger Erfolg für alle Beteiligten. Als Fachgesellschaft, die sich der interdisziplinären Versorgung von Patientinnen mit Brusterkrankungen widmet, sehen wir in diesen Ergebnissen eine klare Bestätigung für die Relevanz strukturierter Früherkennungsangebote« – so Prof. Andreas Schneeweiss, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie.²

Für viele Frauen und für die ersten Brustkrebsaktivistinnen, zu denen sich auch die Autorin dieses Artikels zählt, ist das eine späte Genugtuung.

Immer wieder mussten sie / wir gegen Anti-Screening Medienkampagnen ankämpfen. Alle paar Jahre titelten die großen Zeitschriften mit der Screening Kritik als Aufmacher. Das Thema verkaufte sich gut, und verunsicherte die Frauen.

Früher Start in Skandinavien

Vor allem Schweden und die Niederlande galten als Vorreiter des organisierten Mammografie-Screenings. In Schweden begann man bereits in den 1980er-Jahren mit Pilotprojekten, die sehr früh auf Wirksamkeit und Qualität überprüft wurden. Die skandinavischen Programme waren gut organisiert, stärker qualitätsgesichert und wurden begleitend evaluiert. So konnte dort der Nutzen – Senkung der Brustkrebssterblichkeit – früher nachgewiesen werden. Das hat die politische Akzeptanz gefördert.

Zögerliche Umsetzung in Deutschland

In Deutschland dagegen waren die Widerstände gegen ein flächendeckendes Screening-Programm groß. Jahrzehntelang wurde die Mammografie als diagnostisches Verfahren nur bei konkretem Verdacht (getasteter Knoten) eingesetzt, nicht aber als routinemäßige Früherkennungsuntersuchung. Die Debatte war langwierig und kontrovers. Widerstände kamen u. a. von Teilen der Ärzteschaft, insbesondere von Radiologen, die Qualitätssicherungsvorgaben oder wirtschaftliche Einbußen fürchteten.

Auch frauenpolitische Gruppen äußerten vereinzelt Skepsis gegenüber einem Programm, das gesunde Frauen regelmäßig einem potenziell belastenden Verfahren unterziehe.

Kritiker und Querschüsse

Zu den prominentesten Kritikern zählte der dänische Wissenschaftler Peter C. Gøtzsche, Mitbegründer des nordischen Cochrane-Zentrums in Kopenhagen. Gøtzsche sorgte mit seiner Analyse zum (Nicht-)Nutzen des Mammografie-Screenings international für Aufsehen. Er argumentierte, die Sterblichkeits-senkung durch das Screening werde überschätzt und die Schäden – Überdiagnosen und Überbehandlungen – kaum thematisiert. Seine Publikation »Mammography Screening: truth, lies and controversy« (2012) war ein deutliches Plädoyer gegen das etablierte Screening-Paradigma. Gøtzsches Position führte zu erheblichen Kontroversen auch innerhalb der Cochrane Collaboration. Schließlich wurde Gøtzsche 2018 aus dem Cochrane Governing Board ausgeschlossen. Eine Publikation in verschwörungstheoretischer Anmutung mag dazu beigetragen haben.

Der Weg in Deutschland

Auch in Deutschland gab es vereinzelt Stimmen aus der wissenschaftlichen Community, die sich kritisch äußerten. Die Diskussion um »Überdiagnosen« (also die Erkennung von Tumoren, die niemals symptomatisch geworden wären) wurde hierzulande spät, dann aber intensiv geführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesgesundheitsministerium mussten eine Balance finden zwischen öffentlicher Erwartung, medizinischer Evidenz und ökonomischen Erwägungen. Er fiel zugunsten des Screenings aus.

Mit der flächendeckenden Einführung und der konsequenten Qualitätssicherung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie ab 2005 gelang es, ein strukturiertes, evidenzbasiertes Programm zu etablieren. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden seither alle zwei Jahre schriftlich zur Untersuchung eingeladen.

Das Programm wurde im Verlauf mehrfach evaluiert und optimiert – unter anderem durch digitale Technologien und neue Aufklärungsmaterialien. Inzwischen wurde auch das Alter der Frauen, die zum Mammografie Screening eingeladen werden, auf 75 Jahre erweitert.

Brustkrebs ist die bei weitem häufigste Krebsursache bei Frauen. Etwa jede achte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens daran. Im Jahr 2022 sind laut Zentrum für Krebsregisterdaten rund 18.500 Frauen daran gestorben.

Da geht noch mehr! Zu wenig Frauen nehmen Mammografie-Screening in Anspruch

Krankenkassen und Berufsverbände der Fachärzte beklagen, dass nur rund die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen am Screening teilnehmen. Daten der Barmer Ersatzkasse zufolge nahmen in den Jahren 2021 und 2022 rund 53 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen am Mammografie-Screening teil. In den Jahren 2011 und 2012 gingen noch 59 Prozent zur Röntgenuntersuchung (Ärztezeitung 28. Juni 2024).

Auch die Deutsche Krebshilfe ermuntert die Frauen: »Das gesetzliche Programm zur Brustkrebsfrüherkennung trägt erfolgreich dazu bei, dass weniger Frauen an dieser häufigen Krebsart sterben müssen. Eine großartige Entwicklung, die auch mit den immer besseren therapeutischen Möglichkeiten Hand in Hand geht«, sagt Gerd Nettekoven, Vorstand der Deutschen Krebshilfe. »Die aktuelle Studie zeigt eindeutig den hohen Nutzen der Untersuchung – die derzeit aber nur etwa die Hälfte der Frauen in Anspruch nehmen.«

Mit Hinweis auf die jetzt klar belegte Verringerung der Brustkrebssterblichkeit von 20 bis 30 Prozent wirbt Prof. Schneeweiss dafür, dass deutlich mehr Frauen zum Screening gehen sollen. Schneeweiss ist einer der führenden Brustkrebsspezialisten in Deutschland. Als Leiter der Sektion Gynäkologische Onkologie am NCT in Heidelberg weiß er, dass früh erkannter Brustkrebs besser heilbar ist. »Wenn noch mehr anspruchsberechtigte Frauen ihr Mammografie-Screening-Angebot wahrnehmen, könnten wir die Brustkrebssterblichkeit bundesweit weiter senken.«²

»Die aktuelle Studie zeigt eindeutig den hohen Nutzen der Untersuchung.«

Gerd Nettekoven
Vorstand
Deutsche Krebshilfe

Roll Back in den USA

Aktuell können wir – auch in dieser Frage – ein Rollback in den USA beobachten. Die MAHA Bewegung, »Make America Healthy Again« unterstützt den Gesundheitsminister Robert F. Kennedy in seiner Impfskepsis und seinen unwissenschaftlichen Behauptungen. MAHA ist eine lose Allianz aus Wellness-Influencern, Impfzweiflern und Kritikern der etablierten Medizin. Sie propagiert eine naturheilkundliche Lebensweise und wendet sich u. a. gegen konventionelle Brustkrebs-Screenings wie Mammografie. Diese seien giftig oder schädlich. Alex Clark, eine einflussreiche Wellness-Influencerin innerhalb des MAHA-Spektrums, hat sich öffentlich kritisch über Mammografien geäußert. »Mammografien machen Frauen kränker«, so eine Interviewpartnerin dieser Frau. Wir wissen, wie schnell sich Meinungen, Unwahrheiten aus solchen Kanälen verfestigen. Alex Clark vertritt in Podcast- und Social-Media-Auftritten die Überzeugung, dass standardisierte medizinische Studien zu Medikamenten und Ernährung manipuliert oder korrupt seien – sie will eine »befreite« Wissenschaft ohne Pharma-Interessen.³

Ulla Ohlms

¹ Bundesministerium für Gesundheit, 9. Juli 2025

² Pressemitteilung DGS »Brustkrebssterblichkeit könnte weiter gesenkt werden«, Juli 2025

³ Washington Post, »Alex Clark and the rise of the conservative wellness warrior«, 4. November 2024 und »Mammograms Make Women Sicker« the real Alex Clark, Youtube

Den Tumor noch genauer erkennen!

NEUES AUS DER FORSCHUNG MIT PROBEN DER PATH BIOBANK



»Wir sind stolz, dass die PATH Biobank mit mehr als 700 Tumorproben und zugehörigen Daten einen wichtigen Beitrag zur erfolgreichen retrospektiven Validierung dieser innovativen Untersuchungsmethode leisten konnte.«

Dr. Kathrin Lerchl
Wissenschaftskordinatorin der Stiftung PATH

Für Brustkrebspatientinnen ist es entscheidend, schnell und zuverlässig zu wissen, welche Art von Brustkrebs sie haben und welche Behandlung ihnen am besten helfen kann.

Dabei ist die histopathologische Bestimmung der »Marker« (z. B. Hormonrezeptoren und der HER2 neu-Rezeptor) zentral für die Therapieplanung. Leider zeigen sich bei herkömmlichen Untersuchungsmethoden immer wieder Ungenauigkeiten. Manchmal gibt es auch widersprüchliche Ergebnisse. Die Firma MultiplexDX hat jetzt eine innovative Methode namens »mFISHseq« entwickelt, um die histopathologische Brustkrebs-Diagnose zu verbessern. Tumorproben und Daten aus der PATH Biobank haben dabei geholfen. MultiplexDX konnte im Januar 2025 ihre Forschung in der renommierten Fachzeitschrift »Nature Communications« veröffentlichen.

Was ist »mFISHseq« und was macht die Methode so besonders?

Diese neue Methode kombiniert mehrere moderne Labortechniken, um das Brustkrebsgewebe besonders genau, besonders gezielt zu untersuchen: Sie analysiert vier klassische Biomarker (die Hormonrezeptoren, HER2, Ki67), aber nicht nur daraufhin, ob sie im Tumor vorkommen, sondern auch, wo genau sie im Tumor sitzen.

So können definierte, interessante Regionen (tumorreine Gewebeabschnitte) mittels Hochleistungs-RNA-Analysen ausgewertet werden. Wichtige Eigenschaften des Tumors können auf diese Weise genauer untersucht werden, da die Ergebnisse nicht durch gesunde oder entzündliche Zellen verfälscht werden.

Das bedeutet: Die Methode erkennt deutlich genauer, welche Art von Brustkrebs vorliegt – selbst dann, wenn der Tumor sehr heterogen, also räumlich unterschiedlich aufgebaut ist (z. B. in einem Teil hormonrezeptorpositiv, im anderen nicht).

Was bringt das konkret für Patientinnen?

mFISHseq kann die Diagnostik verbessern und Fehldiagnosen vermeiden, indem die Methode wichtige Eigenschaften des Tumors genauer erkennt als bisher möglich. Zudem erhöht die Methode das Verständnis für Mischformen. Tumore, die bisher als »nicht klar zuzuordnen« galten oder bei denen verschiedene Untersuchungen zu unterschiedlichen Ergebnissen führten, können mit mFISHseq besser klassifiziert werden.

Auch für die personalisierte Therapieplanung könnte die Methode herangezogen werden:

Zum einen sollen mFISHseq Therapien zielgerichteter möglich sein, indem Patientinnen identifiziert werden, die besonders gut auf bestimmte Therapien ansprechen könnten – etwa auf Immuntherapien oder sogenannte Antikörper-Wirkstoff-Konjugate. Zum anderen kann sie einen Beitrag zur Vermeidung unnötiger Therapien leisten. Durch bessere Zuordnung von Patientinnen in die Gruppe mit niedrigem Risiko könnte man in diesen Fällen ggf. auf aggressive Therapieelemente verzichten.

Was bedeutet das für die Zukunft der Brustkrebsbehandlung?

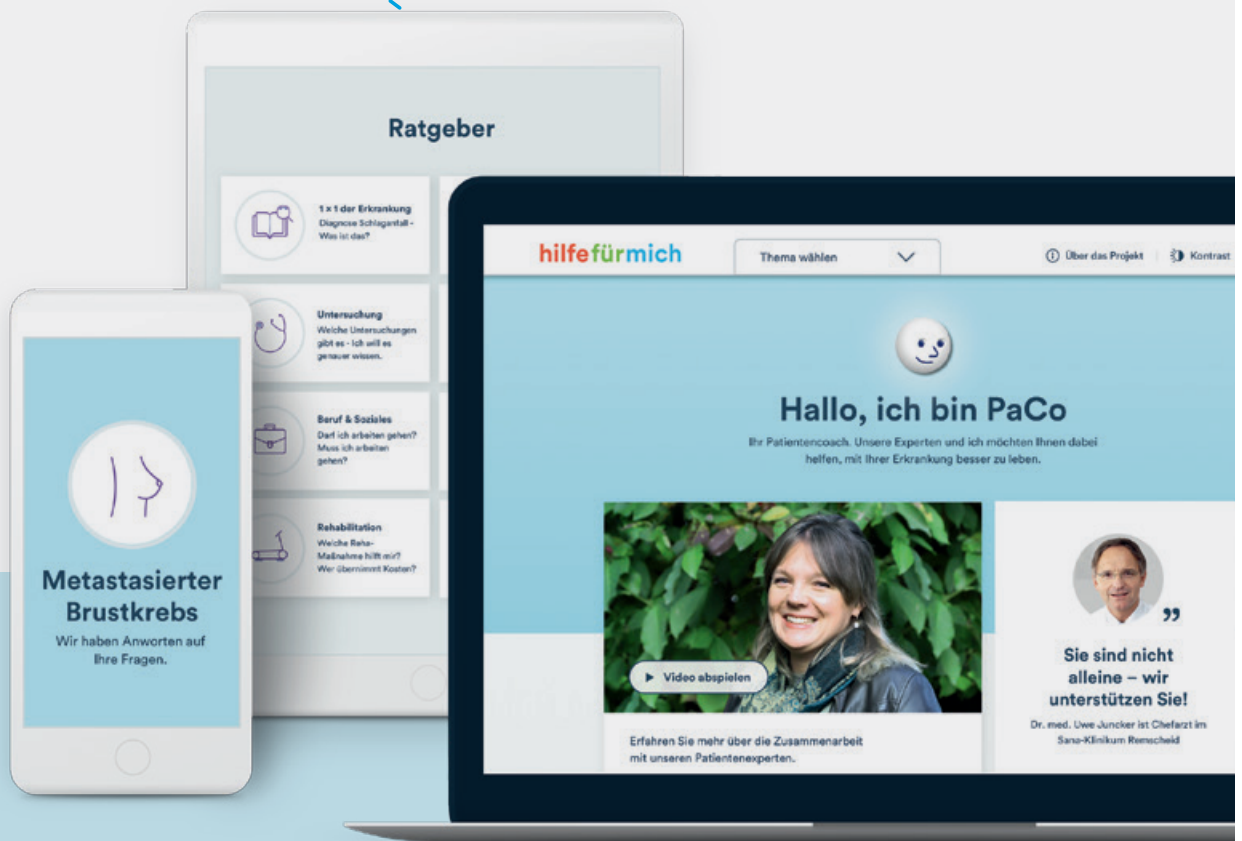
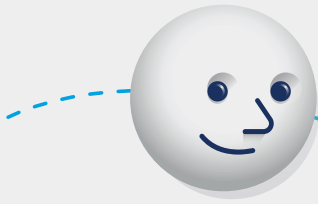
Die Arbeit zeigt: Wenn man Tumore präziser untersucht, kann man Therapieentscheidungen zielgerichteter treffen, sowohl im Hinblick auf die Wirkung als auch auf die Vermeidung von Nebenwirkungen. Die Methode ist besonders wertvoll bei unklaren oder widersprüchlichen Fällen, die es leider häufiger gibt als man denkt. Noch ist mFISHseq vor allem in der Forschung im Einsatz. Aber die Ergebnisse zeigen ein großes Potenzial – und könnten in Zukunft dazu beitragen, Diagnostik und Therapieplanung für Brustkrebspatientinnen entscheidend zu verbessern.

Kathrin Lerchl

Quelle: Paul et. al, Nature Communications.
2. Januar 2025

hilfe für mich

Krankheit. Orientierung. Unterstützung.



Der Online-Wegweiser

bei metastasiertem Brustkrebs:
Informationen für Patienten und Angehörige.

www.hilfuermich.de



Palliativversorgung

SO VIEL MEHR ALS HILFE IN DEN LETZTEN WOCHEN



»Die Palliativversorgung stellt zu jedem Zeitpunkt die Lebensqualität der Betroffenen in den Mittelpunkt und unterstützt damit echt personalisierte Krebsmedizin.«

Dr. med. Johann Ahn

Leiter des Onkologischen Palliativmedizinischen Zentrums der Charité

Doris C. Schmitt, Vorstand Stiftung PATH, im Gespräch mit Dr. med. Johann Ahn, Hämato-Onkologe, Palliativmediziner und Leiter des Onkologischen Palliativmedizinischen Zentrums der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Wie können wir den Begriff »palliativ« mit den Betroffenen verständlich kommunizieren?

Danke für diese zentrale und wichtige Frage! Meinen Kolleginnen, Kollegen und mir begegnet tagtäglich das Missverständnis, dass es bei der Palliativversorgung allein um die Versorgung sterbender Menschen geht. Sterbebegleitung kann Teil einer Palliativversorgung sein, aber ist es nicht ausschließlich! Auftrag und Ziel von Palliativversorgung sind die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit lebensbedrohenden Erkrankungen und ihren An- und Zugehörigen. Und das ist ein Anspruch, den wir nicht nur am Lebensende haben, sondern zu jedem Zeitpunkt der Behandlung.

Seit der Pionierarbeit von Professor Jennifer Temel von 2010 sprechen wir bei der Behandlung von Krebskranken von Wert und Wichtigkeit einer zeitgerechten Integration der Palliativversorgung in die onkologischen Behandlungsverläufe. Mit zeitgerechter Integration ist gemeint, dass die Palliativversorgung allen Krebskranken unabhängig vom Stadium ihrer Erkrankung und unabhängig von Heilbarkeit und Prognose angeboten werden kann.

Ausschlaggebend für das Angebot sind Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen. Die Palliativversorgung soll die Erkrankten mit ihren Kernkompetenzen bestmöglicher Symptomlinderung und exzellenter Kommunikation unterstützen. Genauso wichtig ist die praktische Koordinationsexpertise an den Versorgungsschnittstellen, stationär zu ambulant und umgekehrt.

Wie reagieren Ihre Patienten, wenn Sie sich als Palliativmediziner vorstellen?

Sehr häufig ist das ein Schreckmoment, und ich spüre Misstrauen. Mal ausgesprochen, mal non-verbal stehen die Fragen im Raum: Warum sind Sie hier? Worum wird es in unserem Gespräch gehen? Dann muss ich erst einmal erklären, dass ich nicht der Sterbemediziner und wir nicht das Sterbeteam der Klinik sind. Ich erkläre, dass unser Palliative Care-Team ein offenes Ohr für alle Sorgen und Nöte hat. Dann geht es um die konkret belastenden Themen der Patientinnen und Patienten und oftmals auch um die Fragen und Sorgen der Angehörigen. Im dritten Schritt versuchen wir Linderung und Unterstützung anzubieten oder zu vermitteln.

Viele Ärzte scheuen sich zum Zeitpunkt der Diagnose einer nicht heilbaren Erkrankung den Begriff »palliativ« zu verwenden und sprechen lieber von einer »fortgeschrittenen Erkrankung«. Wie ehrlich darf man überhaupt mit Krebspatienten sprechen, die keine Heilungschancen mehr haben?

Eine pauschale Antwort auf diese Frage finde ich schwierig. Da sind Menschen in ihrem Informationsbedarf unglaublich unterschiedlich. Aber persönlich habe ich sehr gute Erfahrung mit empathischer Ehrlichkeit gemacht. Damit meine ich, auf keinen Fall Inkurabilität (Nichtheilbarkeit) zu verheimlichen. Über genauere Prognosen informiere ich nur auf expliziten Wunsch – sofern Prognostizierung überhaupt möglich ist. Rückfragen sind hilfreich, denn die Patientinnen und Patienten können selbst sagen, wie viel Information sie wünschen.

In Situationen, in denen keine krebserkrankten Therapien mehr angeboten werden können, finde ich es wichtig, nicht von einer »palliativen« oder gar »hochpalliativen« Situation zu sprechen, in der »nichts mehr getan werden kann«. Vielmehr sollte das Ziel »Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität« betont werden und – ganz wahrhaftig – die Palliativversorgung als Mittel angeboten werden, dieses Ziel zu erreichen.

Was können wir tun, um Missverständnisse und Fehlinterpretationen auszuräumen? Wie können wir besser aufklären?

Wieder eine so wichtige Frage! Solange die Begriffe »palliativ« und »Palliativversorgung« im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft nur mit Tod und Sterben und dem passiven »Nichts-mehr-tun-können« in Verbindung gebracht werden, ist den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen ihr Erschrecken nicht zu verdenken.



Eine der großen Errungenschaften in der Versorgung von Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung ist die Palliativversorgung (Palliative Care).

Ein Team aus Fachärzten, speziell qualifizierten Pflegekräften und weiteren Berufsgruppen wie Sozialarbeiterinnen, Psychologen, Psychoonkologinnen, Seelsorgern und Physiotherapeuten steht den Patienten für eine individuelle und gezielte Behandlung zur Seite.

Leider wird der Begriff »Palliativ« oft falsch kommuniziert bzw. interpretiert. Palliativstation und Hospiz landen oft in »einem Topf« – meist als Endstationen und Orte fürs Sterben. Palliativdienste werden als Ankündigende des baldigen Versterbens missverstanden.

Als hilfreich erlebe ich im Alltag, wenn Betroffene, die mit den Strukturen der Palliativversorgung gute Erfahrungen gemacht haben, ihre Erfahrungen teilen. Ganz praktisch: Wenn die Bettnachbarin, die mein Team und ich schon im Palliativdienst mitbetreuen, Positives über unsere Arbeit berichtet, kann das die erschrockene »Palliative-Care-Unerfahrene« entspannen. Auch wenn eine Selbsthilfegruppe die Palliativversorgung und deren zielgerichtete Integration unterstützt, können Kontaktängste gemindert und frühzeitig Unterstützung angeboten werden.

Aber nicht nur patientenseitig müssen Missverständnisse abgebaut werden. Auch von Behandelnden – onkologisch und nicht-onkologisch – müssen Palliativversorgung und die Versorgung am Lebensende richtig verstanden und nicht gleichgesetzt werden. Häufig zögern Behandlungsteams es hinaus, die bedürftigen Patientinnen und Patienten beim Palliativ-Team vorzustellen. Man denkt, beim Patienten würden Hoffnung und Vertrauen zerstört, wenn nur das Wort »palliativ« fällt. Oft werden uns Menschen mit den Worten vorgestellt, dass onkologisch nichts mehr für sie getan werden kann. Die integrierte Palliativversorgung gelingt dann nur mit viel Aufklärung und Verständnis für den Widerstand der Betroffenen, die sich als »Aufgegebene« verstehen.

Die Palliativversorgung könnte so viel mehr Krebserkrankte und ihr Umfeld deutlich früher im Krankheits- und Behandlungsverlauf unterstützen und stärken, wenn sie nicht als Widerspruch zu oder gar Gegensatz von krebspezifischer Behandlung verstanden würde.

Im Vergleich zu früher – welche Vorteile bietet die palliative Versorgung heute?

Der größte Vorteil ist das gegenwärtige Verständnis von integrierter Palliativversorgung als niederschwelliges und kooperatives Angebot vor, während und nach einer Krebsbehandlung. Die Palliativversorgung stellt zu jedem Zeitpunkt die Lebensqualität der Betroffenen in den Mittelpunkt und unterstützt damit echt personalisierte Krebsmedizin.

Anders ausgedrückt: Sie sollte selbstverständlicher Teil des Behandlungswerkzeugkastens sein, um die individuellen Patienten- und Behandlungsziele von Krebserkrankten zu erreichen.

Wo wird palliative Versorgung angeboten?

Es braucht nicht immer direkt die Spezialisten. Onkologische Behandlungsteams sollten zunächst fähig sein oder befähigt werden, grundsätzliche palliativmedizinische Kompetenzen in die Behandlung einfließen zu lassen: Symptomlinderung, Kommunikation und eine gute Überleitung in den ambulanten oder stationären Sektor können Patientinnen und Patienten mit gutem Recht von ihren Behandelnden erwarten.

Diese Basiskompetenzen nennt man »allgemeine Palliativversorgung«.

Sind Symptome jedoch durch das onkologische Team nicht ausreichend behandelbar oder Belastungen so komplex, dass zusätzliche Expertise benötigt wird, stehen verschiedene Angebote von »spezialisierter Palliativversorgung« zur Verfügung. Im Krankenhaus sind das Palliativstationen und Palliativdienste. Ambulant können Palliativsprechstunden oder die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) helfen. Diese unterstützen und versorgen die Kranken und ihre Angehörigen zuhause. Ambulant und stationär – also sektoren-übergreifend – bieten Hospiz- und Begleitdienste Unterstützung und Entlastung von Patientinnen und Patienten und ihrem Umfeld an.

Ob und welche Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung den Patientinnen und Patienten in ihrer Stadt oder Region zur Verfügung stehen, informiert am umfassendsten der »Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland« (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de). Dieser wird laufend durch die Palliativversorgenden aktualisiert.



HPV – der unterschätzte Krebsverursacher

AUCH BEI MÄNNERN



»Eine der wirksamsten Maßnahmen zur Förderung der HPV-Impfung wäre eine klare und proaktive ärztliche Kommunikation in der Praxis.«

Dr. Nobila Ouédraogo
Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Dr. Nobila Ouédraogo, DKFZ, Krebsprävention, antwortet auf Fragen von Ulla Ohlms, Vorstand Stiftung PATH.

Generell gilt, dass es gegen Krebs (noch) keine Impfungen gibt. Aber es gibt eine Ausnahme – Gebärmutterhalskrebs lässt sich durch Impfung vermeiden. Warum steht das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg in so besonderer Weise für diese Errungenschaft?

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) steht in besonderer Weise für die HPV-Impfung – denn hier wurden zentrale wissenschaftliche Grundlagen für einen der bedeutendsten medizinischen Durchbrüche im Bereich der Krebsprävention gelegt. Der Virologe Prof. Harald zur Hausen konnte am DKFZ nachweisen, dass bestimmte Humane Papillomviren (HPV) – insbesondere die Typen HPV 16 und 18 – maßgeblich an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs beteiligt sind. Diese bahnbrechende Entdeckung in den 1970er- und 1980er-Jahren ebnete den Weg für die Entwicklung der ersten prophylaktischen HPV-Impfstoffe – und damit für eine wirksame Form der Krebsprävention durch Impfung.

Das DKFZ ist damit eine der wenigen Forschungseinrichtungen weltweit, von der man sagen kann: Hier begann die Geschichte der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – und gegen weitere HPV-assoziierte Tumoren.

Auch deshalb engagiert sich das DKFZ bis heute aktiv in der öffentlichen Aufklärung und gesundheitspolitischen Beratung zur HPV-Impfung – unter anderem durch den Krebsinformationsdienst und die Stabsstelle Krebsprävention.

Die Impfquoten bei Mädchen und Jungen in Deutschland sind im internationalen Vergleich erschreckend niedrig. Was sind die Gründe?

Es ist tatsächlich bedauerlich, dass in Deutschland weiterhin zu wenige Mädchen und Jungen gegen HPV geimpft sind. Besonders bei Mädchen hat sich die Impfquote in den letzten drei Jahren kaum verbessert. Dafür gibt es mehrere Ursachen:

■ **Mangelnde Aufklärung:** Viele Eltern und Jugendliche wissen nicht, wie wichtig die HPV-Impfung ist, wer sie erhalten sollte und welchen Schutz sie bietet. Das allgemeine Wissen über HPV ist in Deutschland vergleichsweise gering.

■ **Gesellschaftliche und rechtliche Hürden:** Impfskepsis, geringe Priorisierung des Themas sowie rechtlich komplexe Einwilligungsregelungen erschweren es, Jugendliche rechtzeitig zu impfen.

■ **Unzureichende Unterstützung:** Es fehlt an Ressourcen für Aufklärung und Impfangebote. Auch zivilgesellschaftliche Initiativen und mediale Aufmerksamkeit sind begrenzt – wodurch politischer Druck ausbleibt.

■ **Fehlende Systematik:** Es gibt weder persönliche Einladungen zur Impfung noch ein strukturiertes Impfprogramm, das die Zielgruppe der HPV-Impfung systematisch anspricht, wie es beispielsweise in Form von Schulimpfungen in anderen Ländern erfolgreich etabliert ist.

Sind andere Länder bei den Impfquoten nicht deutlich besser? Was machen sie anders? Wo liegen die Hindernisse in Deutschland?

Sie haben Recht: Einige europäische Länder erreichen deutlich höhere HPV-Impfquoten (über 80 Prozent) – darunter Schweden, Norwegen, Großbritannien, Spanien und Portugal. Erfolgsfaktoren sind unter anderem:

■ **Systematische Einladungen** (z. B. in Portugal): Eltern erhalten personalisierte Informationen und Erinnerungen zur Impfung – per Brief, SMS oder über digitale Gesundheitsportale.

■ **Schulbasierte Impfprogramme** (z. B. in Schweden, Norwegen, Großbritannien): Die Impfung wird direkt in den Schulen angeboten – niedrigschwellig, gut organisiert und mit hoher Akzeptanz.

■ Nationale Aufklärungskampagnen: Breitenwirksame Kommunikationsmaßnahmen, verständliche Informationsmaterialien und ergänzende Aufklärungsgespräche in Schulen oder Praxen stärken das Vertrauen und die Impfbereitschaft.

Welche Formen der Ermunterung zur HPV Impfung würden Sie als Experte den Kinderärzten, dem Gesundheitswesen empfehlen?

Zahlreiche Studien bestätigen, dass die Empfehlung durch medizinisches Personal nach wie vor als vertrauenswürdigste Informationsquelle gilt und einen entscheidenden Einfluss auf Impfentscheidungen hat. Dennoch zeigen Daten aus repräsentativen Befragungen von Eltern mit Kindern im Alter von 9 bis 14 Jahren sowie von medizinischem Personal in pädiatrischen Praxen in Deutschland (Erhebungsjahr 2023), dass weniger als die Hälfte der Eltern eine aktive ärztliche Empfehlung zur HPV-Impfung erhalten hat.

Daraus lässt sich ableiten, dass eine der wirksamsten Maßnahmen zur Förderung der HPV-Impfung eine klare und proaktive ärztliche Kommunikation in der Praxis wäre. Diese sollte möglichst früh ansetzen – beispielsweise im Rahmen der U-Untersuchungen ab dem 9. Lebensjahr. Die HPV-Impfung kann dabei gezielt angesprochen und als selbstverständlicher Bestandteil des regulären Impfkalenders vermittelt werden – vergleichbar mit etablierten Impfungen gegen Masern oder Tetanus.

Auch Männer sind betroffen. Über 50 Prozent der bösartigen Tumore in der Mundhöhle und im Rachenbereich sind auf HP-Viren zurückzuführen. Wie kommt es dazu?

Dass auch Männer von HPV-bedingten Krebserkrankungen betroffen sind, ist eine wichtige, jedoch häufig unterschätzte Tatsache. Besonders bösartige Schleimhauttumoren des Mundrachenraumes (Oropharynxkarzinome) stehen zunehmend mit Infektionen durch HPV in Zusammenhang.

Schätzungen zufolge erkranken in Deutschland jährlich rund 2.900 Männer an einem HPV-assoziierten malignen Tumor – etwa zwei Drittel davon (ca. 1.900 Fälle) entfallen auf Oropharynxkarzinome. Die Übertragung erfolgt hauptsächlich durch oralen Sexualkontakt. Auch der Kontakt mit infizierten Körperstellen – insbesondere bei kleinen Schleimhautverletzungen – kann zur Infektion führen.

Ein zentraler Risikofaktor für die Krebsentstehung ist eine persistierende (andauernde) HPV-Infektion, also das langfristige Verbleiben des Virus im Gewebe, ohne dass es vom Immunsystem eliminiert wird. Faktoren wie Rauchen und Immunsuppression begünstigen die Persistenz einer HPV-Infektion – und erhöhen damit das Risiko für die Entstehung HPV-assoziiierter Krebserkrankungen.

Ist in der Öffentlichkeit bekannt, dass Männer daran erkranken können und dass sie sich vorbeugend – durch Impfung – schützen können? Wenn ich bei ChatGPT nach den Ursachen frage, kommen all die bekannten Krebsrisiken (Rauchen, Alkohol, schlechte Zahnhygiene). Der wichtigste Grund aber – Infektion durch oralen Sex – wird nur als ein Merkmal unter vielen genannt. Ist das Thema tabubehaftet?

Sie sprechen da einen sehr wichtigen Punkt an! Ja, das Thema ist in der Öffentlichkeit nach wie vor unterbelichtet und teilweise tabuisiert. Das betrifft sowohl das Bewusstsein für HPV-bedingte Krebserkrankungen bei Männern als auch die offene Kommunikation über die Rolle oraler Sexualpraktiken bei der Virusübertragung.

In medizinischen Fachkreisen besteht Konsens darüber, dass Oralsex nach genitalem Kontakt eine bedeutende Rolle bei der sexuellen Übertragung von HPV spielt – insbesondere im Zusammenhang mit der Entstehung HPV-assoziiierter Oropharynxkarzinome. In der öffentlichen Kommunikation wird dieses Risiko jedoch bislang häufig vernachlässigt oder nicht ausreichend thematisiert.

Was wir hier brauchen, ist eine offene, sachliche und nicht moralisierende Kommunikation über HPV und seine Übertragungswege – auch im Zusammenhang mit oralen Sexualpraktiken.

Eine Studie in den USA fand, dass weniger als 20 Prozent der Männer wussten, dass HPV durch oralen Sex Rachenkrebs verursachen kann. Gibt es Zahlen für Deutschland? Sind Aufklärungskampagnen geplant, die sich ohne Verklemmtheit speziell an Männer wenden?

Während US-Studien zeigen, dass weniger als 20 Prozent der Männer wissen, dass HPV durch Oralsex Rachenkrebs verursachen kann, fehlen vergleichbare repräsentative Erhebungen für Deutschland. Allerdings deuten Experten darauf hin, dass das Bewusstsein für HPV-bedingte Risiken bei Männern auch hierzulande unzureichend ist. In Deutschland gibt es zwar verschiedene Aufklärungskampagnen zur HPV-Impfung, die sich auch an Männer richten. Kampagnen, die speziell auf Männer zugeschnitten sind, sind jedoch bislang kaum vorhanden.



Durch Schulimpfprogramme seit 2008 wurden in Schottland Impfquoten bis zu 90 Prozent erreicht, was zur nahezu vollständigen Eliminierung von Gebärmutterhalskrebs führte.

Schottland hat den Gebärmutterhalskrebs besiegt!

WARUM KLAPPT DAS IN DEUTSCHLAND NICHT?



»In Schottland werden die Schulimpfungen mit pfiffiger Öffentlichkeitsarbeit begleitet. In Deutschland werden Schulimpfungen scheinbar nicht einmal in Erwägung gezogen.«

Ulla Ohlms
Vorstand Stiftung PATH

Schottland war eines der ersten Länder, das die kostenlose Impfung gegen Humane Papillomviren, kurz HPV eingeführt hat.¹ Seit 2008 werden Mädchen in Schulen geimpft, seit fünf Jahren auch Jungen.

Jetzt zeigen Auswertungen von fast einer halben Million Datensätzen der staatlichen Gesundheitsbehörde, dass bei einer HPV-Impfung vor dem 14. Lebensjahr bisher keine einzige Frau an Gebärmutterhalskrebs erkrankt ist. Damit gilt dieser Krebs – übrigens die zweithäufigste Krebsart bei Frauen unter 45 – als nahezu vollständig ausgerottet.

Tim Palmer, Pathologe und Epidemiologe bei der staatlichen Gesundheitsbehörde erzählt in der 3sat Sendung Nano, wie überrascht er selbst von den tollen Ergebnissen seiner Studie war. »Wow! Und Wow!« Sie hätten alle Daten immer wieder umgedreht, geprüft – sie stimmten: Keine Erkrankungen und Vorstufen bei den Geimpften.²

Tatsächlich werden in Schottland die Schulimpfungen mit pfiffiger Öffentlichkeitsarbeit begleitet. Man sieht Werbung im Fernsehen, auf TikTok und auf all den Social-Media-Kanälen, die junge Mädchen nutzen. Dann, so Tim Palmer, entsteht eine Art Mitmach-Effekt, ein Peer-Einfluss, also »Ich will das auch haben!«

In Deutschland wird die Impfung von der STIKO, der Ständigen Impfkommision, den Kinderärzten, dem DKFZ und vielen wissenschaftlichen Experten empfohlen. Offensichtlich reicht das nicht. Die Impfquoten sind deutlich zu niedrig. Dass Schulimpfungen in Deutschland nicht angeboten werden, ist ärgerlich. Man hat den Eindruck, sie werden nicht mal in Erwägung gezogen. Sehr schade!

Ulla Ohlms

¹ Zur HPV-Impfung siehe auch das Interview mit Dr. Ouédraogo, DKFZ, in diesem Heft S. 10

² 3sat, Sendung Nano, »Schottland besiegt Gebärmutterhalskrebs mit HPV-Impfung«, 1. September 2025

AUFGESCHNAPPT

HPV – auch die Mundhöhle kann infiziert sein!

Bei Frauen kann neben dem Gebärmutterhals (Zervix) auch die Mundhöhle mit Humanen Papillon Viren infiziert sein.

Wie im Interview zur HPV-Impfung hier im Heft beschrieben, können HP-Viren nicht nur den Gebärmutterhals der Frau erreichen und dort Krebs auslösen – auch Männer sind im Hals- und Rachenraum durch diese Viren krebgefährdet.

In einer Metaanalyse aus Budapest konnte nachgewiesen werden, dass bei Frauen mit HPV an der Zervix auch der Mund-Rachen-Raum HPV positiv sein kann. Eine von acht Frauen hatte HPV gleichzeitig in beiden Regionen. Bei 13 Prozent der Frauen mit einem positiven Abstrich der Zervix fiel auch der Abstrich der Mundschleimhaut positiv aus. Hier ist dann auch Krebs in Mund-


höhle und Rachenraum möglich. Die veränderten Sexualgewohnheiten haben in den vergangenen Jahrzehnten zu einem deutlichen Anstieg von Krebserkrankungen geführt, die durch HPV ausgelöst werden.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, 2. August 2025

Krebs wirft Fragen auf.

Wir helfen dir auf der Suche nach Antworten.



 Das K Wort durchsuchen



Jetzt auch in Englisch, Türkisch,
Russisch, Ukrainisch und Serbisch

www.daskwort.de

Roche Pharma AG, Patient Partnership
Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland, © 2025

M-DE-00021724

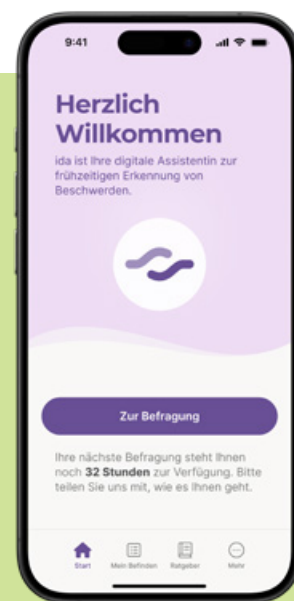
Unterstützung per App wirkt!

TROTZ METASTASEN – WENIGER FATIGUE, BESSERE LEBENSQUALITÄT UND LÄNGERE ÜBERLEBENSZEIT



»Am meisten überrascht hat uns der deutliche Überlebensvorteil: Reduktion der Sterblichkeit um 29 Prozent. Das spricht für das Potenzial von PRO B weit über die reine Symptomkontrolle hinaus.«

Prof. Dr. Maria Karsten
Geschäftsführende Oberärztin am Brustzentrum der
Charité-Universitätsmedizin Berlin



Im letzten PATH Newsletter hat Prof. Maria Karsten, Charité, ihre Studie »PRO B – Brustkrebs für Frauen in der metastasierten Situation« vorgestellt. Das Team um Frau Karsten hat eine Unterstützungs-App für diese Zielgruppe entwickelt und in einer großen klinischen Studie erprobt. Wir wissen, dass Patientinnen in dieser vulnerablen Situation Hilfe und Unterstützung brauchen, die über die Vergabe von Medikamenten hinausgeht.

Die PRO B Studie untersucht, wie Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs ihr Befinden selbst digital erfassen können (»Patient-Reported Outcomes«). Damit soll ihre Versorgungssituation verbessert werden. Über eine App beantworten sie regelmäßig Fragebögen zu Symptomen und Lebensqualität. Bei auffälligen Werten wird das Behandlungsteam automatisch informiert. Ziel ist es, Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, Fatigue (Erschöpfung) zu reduzieren und so die Lebensqualität zu erhöhen. Die Ergebnisse wurden im Dezember 2024 auf dem weltweit größten Brustkrebskongress, dem San Antonio Breast Cancer Symposium vorgestellt. Die Studie soll bei Erfolg in die Regelversorgung überführt werden.

Ulla Ohlms, Vorstand Stiftung PATH, fragt Prof. Maria Karsten von der Charité zu den Ergebnissen von Pro B

Im letzten Jahr konnten Sie PRO B an prominenter Stelle präsentieren. Was sind die wichtigsten Ergebnisse?

Unsere PRO B Studie zeigt, dass die Intervention (also die wöchentliche Befragung und Rückmeldung der Patientin per App) zu einer signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung der Fatigue nach sechs Monaten geführt hat – ein Effekt, der auch nach zwölf Monaten stabil blieb. Darüber hinaus war das Gesamtüberleben in der Interventionsgruppe höher: Die Intervention reduzierte die Sterblichkeit um beeindruckende 29 Prozent. Auch die Lebensqualität der Patientinnen konnte deutlich gesteigert werden, sowohl gemessen mit einem dafür validierten Fragebogen, dem EQ-5D-5L, als auch bei den qualitätsadjustierten Lebensjahren.

Besonders hervorzuheben ist, dass die neue Versorgungsform nicht nur wirksamer, sondern auch kosteneffizienter war: Sie führte zu geringeren Gesamtkosten bei gleichzeitigem Zugewinn an Lebensqualität.

Zudem wurde das PRO (Patient Reported Outcome)-Monitoring-System per App von Patientinnen und Behandlungsteams gut angenommen.

Wie wurde ihr Vortrag in San Antonio bei der internationalen Community von Brustkrebsexpertinnen und -experten aufgenommen?

Wir haben sehr positive Rückmeldungen erhalten. Direkt in San Antonio wurden sehr interessierte und gute Fragen gestellt, was ein echtes Interesse an den Studienergebnissen zeigte. Seitdem habe ich viele vertiefende Gespräche geführt, die uns signalisiert haben, dass viele Brustkrebsexperten und -expertinnen einen großen Mehrwert in den PRO B Ergebnissen sehen. Insbesondere auch, weil wir nicht nur einen wirklich positiven Effekt der Intervention für die betroffenen Patientinnen zeigen konnten, sondern zudem die Implementierung eines solchen Symptommonitorings (also die Rückmeldung per App) in der klinischen Routine validieren konnten.

Wir haben viele Erfahrungen gesammelt und während der Studie gemeinsam mit Patientinnen und Behandlungsteams Optimierungsmöglichkeiten evaluiert. Dadurch können wir nun mit Hochdruck daran arbeiten, ein digitales Symptom-monitoring auch in der Routineversorgung zur Verfügung zu stellen. Dies schätzen viele Kollegen und Kolleginnen sehr. Sie möchten die PROs gerne intensiver nutzen, um Ihre Patientinnen noch besser zu versorgen, benötigen aber hierfür auch die entsprechende Infrastruktur und Vergütung.

In der metastasierten, fortgeschrittenen Situation leiden viele Krebspatienten unter Erschöpfungssymptomen und Angstzuständen. Welche Änderungen in diesen Lebensqualitätsmerkmalen konnten Sie bei den Patientinnen mit PRO B feststellen?

Weil sehr viele Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs an Erschöpfungssymptomen leiden, haben wir in unserer Studie Fatigue als primären Endpunkt gewählt. Fatigue hat erhebliche Auswirkungen auf alle Aspekte des täglichen Lebens.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass das digitale Symptom-Monitoring nicht nur statistisch zu deutlich weniger Fatigue-Symptomen führte, sondern dass diese Reduktion auch klinisch relevant war. Somit hatte dieses Monitoring einen bedeutenden Einfluss auf das Wohlbefinden der Patientinnen in der Interventionsgruppe. Und dies über den gesamten Zeitraum von 12 Monaten, in denen wir die Patientinnen beobachteten. Den Frauen mit der PRO-B App ging es deutlich besser – physisch und psychisch!

Wir konnten ebenfalls erreichen, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Befragung nur alle drei Monate) eine deutlich bessere körperliche Funktionsfähigkeit über die ersten neun Monate der Studie hinweg aufwies. Das bedeutet, dass diese Patientinnen auch ihren Alltag besser meistern konnten, also längere Spaziergänge machen, leichter ihre Einkäufe tragen oder im Alltag weniger auf Hilfe etwa beim Anziehen oder Waschen angewiesen waren.

Was ist der Unterschied zwischen den bekannten gedruckten Fragebögen zum Patient reported Outcome und einer solchen App?

Der wesentliche Unterschied liegt in der Erhebungsmethode und der Flexibilität: Gedruckte Fragebögen sind papierbasiert und statisch. Die Ergebnisse können nicht unmittelbar genutzt werden, da sie erst ausgewertet werden müssen. Dafür fehlen im Klinikalltag Zeit und Ressourcen. Ehrlicherweise sind diese Fragebögen – wenn überhaupt – nur punktuell im Klinikalltag einsetzbar.

Eine App zur digitalen PRO-Erfassung ermöglicht hingegen kontinuierliche, orts- und zeitunabhängige Eingaben. Eine Patientin kann dies unabhängig vom Arztbesuch machen, wann immer sie Zeit und Energie dafür findet – zu Hause auf dem Sofa, im Bus auf der Heimfahrt nach der Chemotherapie, in der Mittagspause oder auf dem Spielplatz mit der Tochter. Denn viele unserer Patientinnen sind weiterhin berufstätig und haben familiäre Verpflichtungen.

Aufseiten des Behandlungsteams erlaubt ein digitales Monitoring per App automatische Auswertungen und eine schnelle Integration in die Versorgung. Das integrierte Alarmsystem bei kritischen Symptomen nimmt dem Behandlungsteam Arbeit ab und ermöglicht eine anlassbezogene Behandlung. Wir haben hierzu einen Algorithmus entwickelt, der immer auf die Werte der einzelnen Patientin bezogen ist und die Antworten der Patientin vor dem Hintergrund ihrer Vorwerte betrachtet. Wenn von uns definierte Grenzwerte überschritten werden – im Sinne einer Zunahme von Symptomen (z. B. Schmerzen, Luftnot, Durchfall) – löst dies automatisch einen Alarm aus, der an das Behandlungsteam geht. Deren Aufgabe ist es dann, die Patientin zu kontaktieren, um im direkten Gespräch zu klären was zu tun (oder ggf. auch nicht zu tun) ist.

Natürlich muss die Aufbereitung der Ergebnisse intuitiv und schnell verständlich sein, damit PROs die klinische Arbeit erleichtern. Basierend auf den Erfahrungen aus PRO B entwickeln wir derzeit eine verbesserte Lösung und holen dazu auch intensiv Feedback von Behandlungspersonal und Patientinnen ein.

Was hat Sie an den Ergebnissen der PRO-B Studie am meisten überrascht?

Am meisten überrascht hat uns der deutliche Überlebensvorteil in der Interventionsgruppe. Damit hatten wir in dieser Form nicht gerechnet, da die Studie ursprünglich gar nicht auf einen Überlebens effekt ausgelegt war. Umso bemerkenswerter ist es, dass sich ein signifikanter Unterschied im Gesamtüberleben gezeigt hat – mit Reduktion der Sterblichkeit um 29 (!) Prozent. Das spricht für das Potenzial dieses digitalen Symptom-Monitorings mit integriertem Alarmsystem über die reine Symptomkontrolle hinaus.

Wie wird dieses überzeugende Tool jetzt in die deutsche Versorgungspraxis umgesetzt?

Die abschließende Bewertung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der die PRO B Studie als Innovationsfonds-Projekt gefördert hat, steht noch aus. Hier wird geprüft, ob PRO B in die Regelversorgung aufgenommen wird. Dieser Prozess nimmt etwas Zeit in Anspruch.

Ich hatte ja aber bereits erwähnt, dass wir derzeit an einer eigenen technischen Lösung zum Symptom-Monitoring arbeiten, die PRO B langfristig in den Klinikalltag bringen soll. Wir sind derzeit in der Produktentwicklungsphase und werden voraussichtlich ab September in erste intensive Testphasen mit Patientinnen und Behandlungsteams gehen. Parallel dazu bauen wir unser Netzwerk an Brustzentren auf, die Interesse an der Implementierung dieses Symptom-Monitorings haben. Das sind zum einen Studienzentren, die bereits an PRO B teilgenommen haben und aufgrund der guten Erfahrungen das PRO-Monitoring gerne weiter und dauerhaft ihren Patientinnen anbieten möchten. Zum anderen fragen aber auch neue Brustzentren und Einrichtungen an, die von PRO B gehört haben und diese vielversprechende Möglichkeit auch ihren Patientinnen zugänglich machen möchten.

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Des Weiteren sind wir in Gesprächen mit Krankenkassen, wie wir PRO B nun gemeinsam im klinischen Alltag umsetzen können. Die bereits am Projekt beteiligten Krankenkassen unterstützen uns hier.

PRO B gibt den Patientinnen die Möglichkeit, bei Verschlechterung ihres Zustandes Hilfe von ihrem Brustzentrum zu erhalten – durch Anruf oder Notfallaufnahme. Gibt es schon Bedenken im Kreis der Brustzentren? (Personal fehlt)

Bedenken gab es schon einige. Allerdings konnten wir diese im Laufe der Studie bei den meisten Zentren ausräumen. Einige der Zentren waren am Anfang eher skeptisch. Aber am Ende der Studie gehörten sie zu den Zentren, die die meisten Frauen in die Studie eingeschlossen haben.

Anders als bei früheren Studien, bei denen PROs nur erhoben wurden, mussten die Behandlungsteams hier ja aktiv auf Alarme reagieren. Diese direkte Interaktion wurde meist als sinnvoll angesehen, weil sie Patientinnen gezielt unterstützen konnte – emotional, informativ und bei Nebenwirkungen. Auch wenn es nur selten zu konkreten Therapieanpassungen kam, halfen die Alarme dabei, Gespräche gezielter vorzubereiten oder administrative Abläufe anzustoßen.

Natürlich gab es auch Hinweise auf Grenzen, etwa dass PROs nur Momentaufnahmen liefern und kein ärztliches Gespräch ersetzen. Außerdem wurde regelmäßig der Wunsch geäußert, dass die Infrastruktur, also die Anwendung für das PRO-Monitoring, so benutzerfreundlich wie möglich sein sollte.

Selbstverständlich ist die Einführung eines neuen Tools im Klinikalltag zunächst eine zusätzliche Belastung. Dies berücksichtigen wir nun. Wir haben bereits viele Gespräche geführt und Daten gesammelt, um die Perspektive des Behandlungspersonals zu berücksichtigen. Wir haben uns jedoch sehr gefreut, dass die neue Versorgungsform von vielen Teams sehr positiv aufgenommen wurde – vor allem, weil sich die Kommunikation mit den Patientinnen verbessert hat, und diese sich sicherer und gut betreut fühlten. Das stimmt uns sehr zuversichtlich, dass wir PRO B auch in der Regelversorgung umsetzen können.

AUFGESCHNAPPT

Atemwegserkrankungen wecken Tumorzellen

Virusinfektionen an den Atemwegen wie Influenza oder COVID-19 könnten schlafende Brustkrebszellen in der Lunge aktivieren und die Entstehung von Metastasen begünstigen.

Darauf deuten tierexperimentelle Ergebnisse hin, die durch epidemiologische Daten gestützt werden, veröffentlicht in der renommierten Fachzeitschrift Nature.¹

Im Mausmodell kam es nach einer Infektion mit Influenza-A- oder SARS-CoV-2-Viren innerhalb weniger Tage zu einer massiven Vermehrung von »schlafenden« Tumorzellen in der Lunge. Bei den Mäusen mit Brustkrebs bildeten sich innerhalb von zwei Wochen Metastasen. Treibender Faktor war das Zytokin, das infektionsbedingt vermehrt ausgeschüttet wurde. Auch Monate nach Abklingen der Infektion blieben die Tumorzellen aktiv. Verantwortlich dafür war ein Mikromilieu in den Lungen der Mäuse, das sich nach der akuten Phase ausbildete und immunsuppressiv wirkte.

Die Zellen, die für die Ausschaltung von Tumorzellen verantwortlich sind, wurden gehemmt.

Kann man Erkenntnisse aus der Forschung mit Mäusen auf den Menschen übertragen? Ja, meint nicht nur Andreas Bergthaler, Leiter der Forschungsgruppe »Virale Pathogenese« am Forschungsinstitut für Molekulare Medizin der Österreichischen Akademie der Wissenschaften in Wien. »Die Studie liefert mechanistische Evidenz dafür, wie respiratorische Virusinfektionen disseminierte (verstreute) Krebszellen aufwecken können«, erklärt er. Besonders relevant sei, dass die IL-6-Signalwege zwischen Maus und Mensch hochkonserviert seien.

Das spricht dafür, dass die Befunde auch beim Menschen klinisch relevant sein könnten. Wenn ein bestimmtes Gen, Signalweg oder Protein als »hochkonserviert« bezeichnet wird, meint das: Dieses biologische Element kommt nicht nur bei Mäusen, sondern auch bei anderen Tieren (oft bis hin zum Menschen) in sehr

ähnlicher Form vor, weil es sich im Laufe der Evolution kaum verändert hat. Ihre Hypothese, dass Atemwegsinfektionen auch beim Menschen eine Metastasierung antreiben könnten, untermauern die Forscher zusätzlich mit Beobachtungsdaten aus der britischen UK Biobank und einer US-Kohorte von Brustkrebspatientinnen. »Unsere Daten deuten darauf hin, dass Krebsüberlebende nach viralen Atemwegsinfektionen ein erhöhtes Risiko für ein metastatisches Rezidiv haben könnten«, berichten die Autoren.

Es gibt aber auch vereinzelt Widerspruch von Epidemiologen. Das alles muss also noch gründlich erforscht werden.

Man kann aber als Botschaft mitnehmen: Lieber keine Viruserkrankung der Atemwege einfangen. Impfen gegen Grippe, Covid und RSV hilft!

¹ Deutsches Ärzteblatt, Februar 2025

brustkrebs.de

GEMEINSAM LEBEN

Mein Begleiter auf meinem Weg mit Brustkrebs



#brustkrebs.de



@brustkrebsde



IN ZUSAMMENARBEIT MIT
BRUSTKREBSPATIENTINNEN
ENTWICKELT

AstraZeneca 

DE-70896/2024

Neuigkeiten aus der Krebsforschung

KONGRESS-BERICHTERSTATTUNG ASCO 2024



»Personalisierte Diagnostik- und Therapieansätze werden immer wichtiger. Wir forschen u. a. an PATH-Tumoren. Diese Erkenntnisse können dazu beitragen, zielgerichtete Therapiekonzepte zu entwickeln.«

Dr. Verena Thewes
Molekularbiologin am NCT Heidelberg,
Leiterin des Teams »Translationale Diagnostikprogramme«
in der Sektion »Gynäkologische Onkologie«
von Prof. Andreas Schneeweiss.

Der ASCO Kongress (American Society of Clinical Oncology) ist mit circa 40.000 Teilnehmern der größte und einer der bedeutendsten Krebskongresse weltweit. Auf dem Jahrestreffen werden die Fortschritte in der Krebsforschung vorgestellt und diskutiert.

Durch ein PATH Reisestipendium konnte Dr. Verena Thewes am ASCO 2024 in Chicago teilnehmen. Im Folgenden berichtet die Leiterin und Projektmanagerin der onkologischen Brustkrebsstudien am NCT Heidelberg von den neuesten Studien, die bei dem Kongress vorgestellt wurden:

Früher Brustkrebs. NATALEE-Studie: Kombinationstherapie Ribociclib (CDK4/6 Inhibitor) + Aromatasehemmer bei Patienten mit frühem hormonrezeptorpositivem (HR+) und HER2-negativem Brustkrebs

Die Phase III NATALEE Studie vergleicht in der adjuvanten Situation (im Anschluss an die Operation) die Wirksamkeit der Kombinationstherapie aus Ribociclib (CDK4/6 Inhibitor) plus endokriner Therapie (Aromatasehemmer) mit einem alleinigen Aromatasehemmer beim frühen HR+/HER2- negativen Brustkrebs (Stadium II/III) mit einem erhöhten Rückfallrisiko.

Frühere Analysen hatten bereits gezeigt, dass dieses Vorgehen das Rückfallrisiko senken kann. Beim ASCO 2024 wurde nun der Fokus auf eine Patientengruppe ohne initialen Lymphknotenbefall gelegt. Im Einklang mit den Ergebnissen der gesamten Studienpopulation zeigte sich, dass auch Patientinnen ohne Lymphknotenbefall einen statistisch relevanten Vorteil von der Kombination Ribociclib und Aromatasehemmer beim krankheitsfreien Überleben hatten. Basierend auf diesen Studiendaten ist eine zeitnahe Zulassung in Deutschland zu erwarten.

Künstliche Intelligenz zur Risikoermittlung beim frühen Mammakarzinom

Neben innovativen Therapien wurden auch modernste diagnostische Ansätze im Bereich der Künstlichen Intelligenz (KI) vorgestellt, die eine Vorhersage zu der Prognose beim frühen HR+/HER2- Brustkrebs erlauben. In diesem Kontext wurde basierend auf einer KI Plattform ein prognostisches Modell anhand von großen Studien (WSG, PlanB u. ADAPT) mit 5.259 Patienten entwickelt. Dieses Modell zeigt an Routine-Gewebeschnitten in Zusammenschau mit klassischen klinischen Eigenschaften (z. B. Tumorstadium) den Krankheitsverlauf und das Rückfall-Risiko auf. Gegenwärtig werden solche Ansätze allerdings noch beforscht.

Sie unterstreichen das erhebliche medizinische Potenzial der Künstlichen Intelligenz als zusätzliche Entscheidungshilfe für die Wahl der optimalen Therapie (z. B. Vorgehen Chemotherapie).

**Metastasierter Brustkrebs
DESTINY-Breast06 Studie
Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd)
vs. Standard-Chemotherapie**

Als sogenanntes Late Breaking Abstract mit hoch-relevanten Studiendaten wurde die DESTINY-Breast06 Studie vorgestellt.

In der Studie wurde die Wirksamkeit des HER2 gerichteten Antikörper-Wirkstoff-Konjugats (ADC) Trastuzumab-Deruxtecan gegenüber einer Chemotherapie nach der Erstlinientherapie getestet. Bei einem ADC wird das Chemotherapeutikum mit einem Antikörper verknüpft. Dieser erkennt ein spezifisches Tumormerkmal (Biomarker ist hier HER2) und transportiert den Wirkstoff zielgenau zum Tumor.

In die Studie wurden Patienten mit metastasierten i) HR+/ HER2-low (IHC 1+ oder IHC2+ (nicht amplifiziert) oder ii) HR+/ HER2-ultralow (IHC 0 mit geringer Färbung auf der Zelloberfläche) Tumoren eingeschlossen.

Die Daten belegen, dass sich die Zeit bis zum Fortschreiten der Erkrankung sowohl bei niedrigem (low) als auch ultraniedrigem (ultralow) HER2-Tumormerkmalen deutlich verlängert. Mit dieser Studie erscheint ein neuer Therapiestandard am Horizont.

INAVO120 Studie: Kombinations-therapie aus Inavolisib + Palbociclib + Fulvestrant vs. Placebo + Palbociclib + Fulvestrant

Beim ASCO wurden auch erweiterte Daten zur INAVO120 Phase III Studie für Patientinnen mit fortgeschrittenem HR+/HER2-Brustkrebs und einer PI3KCA Mutation in der Erstlinientherapie vorgestellt. Bei diesem Therapieansatz wurden die Teilnehmerinnen stratifiziert. Die zielgerichtete Therapie erhielt nur die Untergruppe von Patientinnen, die über das entsprechende molekulare Merkmal (PI3KCA) verfügte. Die Ergänzung der Standardbehandlung aus CDK4/6 Inhibitor (Palbociclib) und endokriner Therapie (Fulvestrant) mit dem zielgerichteten PI3KCA Hemmer (Inavolisib) führte dazu, dass die Zeit bis zum Fortschreiten der Krankheit deutlich verlängert wurde. Diese Medikamentenkombination könnte zu einem neuen Therapiestandard werden.

Diagnostische Verfahren

Zusätzlich zu diesen praxisverändernden Therapiestudien, die häufig bereits eine Sub-Gruppierung basierend auf spezifischen Merkmalen des Tumors vornehmen, gewinnen personalisierte Diagnostik- und Therapieansätze an Bedeutung.

Zur Identifikation von molekular-genetischen Tumor-Merkmalen (Biomarkern) kommen auch Flüssigbiopsien (»Liquid Biopsies«) aus dem Blut zum Einsatz. Bei diesen ist in der Regel kein operativer Eingriff notwendig. Zudem haben sie im Gegensatz zu Gewebeproben den Vorteil, dass sie nicht nur Tumor-Merkmale einer Tumorerkrankung sondern auch Informationen aus Metastasen widerspiegeln. Ein weiterer Vorteil liegt in der Möglichkeit der mehrfachen Blutabnahme und damit der Abbildung des zeitlichen und räumlichen Verlaufs von Biomarkern, während Gewebebiopsien nur eine Momentaufnahme der aktuellen Tumorbilologie darstellen.

Diese Verfahren sind aktuell noch in der klinischen Erprobung. Einzelne Medikamente wie beispielsweise der neuartige antihormonelle Wirkstoff Elacestrant, haben jedoch bereits eine Zulassung beim HR+/HER2-, hormonsensiblen metastasierten Mammakarzinom. Das Medikament zeigt insbesondere Wirksamkeit, wenn eine Mutation im Östrogenrezeptor (ER) -Gen (=ESR1) vorliegt. Das kann über Flüssigbiopsien nachgewiesen werden.

In der IMAGE II Pilot-Studie wurde der generelle diagnostische Nutzen von Flüssigbiopsien im Vergleich zu konventionellen Gewebebiopsien beim metastasierten Mammakarzinom untersucht. Es konnte eine große Übereinstimmung zwischen Flüssigbiopsien und Gewebe in Bezug auf tumorbiologisch relevante Merkmale (z. B. ESR1, TP53, PI3K) gezeigt werden, was das Potenzial für weitere zukünftige Anwendungsgebiete der Flüssigbiopsien unterstreicht.

Exkurs: Nutzung von PATH Proben (ESR1 Mutationen). Die Biobank hilft!

Obwohl antihormonelle Therapien beim rezeptorpositiven Brustkrebs seit vielen Jahren erfolgreich eingesetzt werden, war lange Zeit nicht bekannt, warum sie bei manchen Frauen einfach versagen. Obwohl die Patientinnen Tamoxifen einnehmen, erleiden manchen Frauen Rückfälle. In einem Forschungsprojekt am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) wurden in den Jahren 2012 bis 2015 speziell Tumoren aus der PATH Biobank untersucht, die nach Versagen einer antihormonellen Therapie gewonnen wurden. Die Biobank der Stiftung PATH konnte von einzelnen PATH Gewebespendierenden sowohl Proben aus dem Primärtumor als auch aus dem Rezidiv nach Heidelberg liefern. Die PATH Proben wurden mittels modernster sogenannter Hoch-Durchsatz-Methoden untersucht, um das Tumorgenom zu entschlüsseln und die Ursachen des Therapieversagens (Resistenz) zu identifizieren.

Parallel zu einigen weiteren Forschergruppen weltweit, konnten in den PATH Tumoren, die nicht mehr auf eine antihormonelle Therapie ansprachen, die ESR1 Mutationen im Östrogenrezeptor Gen identifiziert werden. Die Entwicklung eines entsprechenden zielgerichteten Medikaments (wie z. B. Elacestrant) erfolgt mit einem Zeitversatz. Das Beispiel unterstreicht jedoch die Relevanz der Forschungserkenntnisse, die dann durch die Testung in klinischen Studien in die klinische Anwendung kommen.

Dr. Verena Thewes

AUFGESCHNAPPT

Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker

Gut beraten und versorgt durch eine Stammapotheke vor Ort

Im Juli 2024 waren laut Bundesministerium mehr als 20 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland 65 Jahre alt oder älter. Viele dieser Patienten haben mehrere Erkrankungen,

deren Medikamentierung unterschiedliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit sich bringen können. Um die Arzneimitteltherapie besonders sicher zu gestalten, bieten viele Apotheken individuelle Medikationsberatungen zum Umgang mit den verschriebenen Medikamenten an.

Tipp: Lassen Sie sich in Ihrer Stammapotheke vor Ort in die Kundenkartei eintragen. So kann das Apothekenteam alle verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Medikamente, die Sie einnehmen, erfassen und überprüfen.

Deutsches Gesundheitsportal, 27. August 2025

Wie geht es eigentlich anderen Krebskranken?

LEBEN MIT METASTASIERENDEM BRUSTKREBS



»Ich wünsche mir, dass sich gesellschaftliche Vorstellungen über Krebskranke ändern. Ich wünsche mir mehr Teilhabemöglichkeiten, damit wir uns ins Leben stürzen können.«

Claudia Mohr berichtet über ihren Weg von der ersten Diagnose über Behandlung, Wiedereingliederung und Frühverrentung zum ehrenamtlichen Engagement.

Wie alles begann

Im März 2009 war ich 30 Jahre alt, ich stand mitten im Leben, habe mich in Beruf und Freizeit gestürzt. Mit 30 plant man Kinder und Karriere. Bei mir war das anders: Ich war seit Monaten erschöpft und fragte die Kollegen im Scherz, ob das mit 30 normal sei. Manchmal musste ich alle Kräfte zusammenziehen, um nach Hause zu kommen. Auch hatte ich einen Knoten in der Brust getastet, den meine Ärzte als gutartig einstufen – zweifelsfrei. Weder war ich in der Risikogruppe der bekannten Brustkrebsgene, noch im üblichen »Krebsalter«.

Als sich die Haut an der Brust einzog, wurde ich ins Brustzentrum überwiesen. Eine erkämpfte Darmspiegelung hatte nichts ergeben. Aber irgendetwas war da! Im Spätsommer 2009 – fast war ich erleichtert – hörte ich den Satz »Sie haben Brustkrebs!«. Die Odyssee war beendet.

Mit 31 plötzlich Brustkrebs

Ich war schockiert und niedergeschlagen, ich war am Boden. Warum mir das passiert war, habe ich nie gefragt. Aber ich habe gefragt, warum mein Brustkrebs so lange nicht erkannt wurde. Auf solche Fragen gibt es keine Antworten. Weg damit! Schließlich war viel zu tun: Vor der Operation wurde in einem Kinderwunschzentrum eine Eizellentnahme durchgeführt. Ja, ich wollte noch Kinder haben! Das war immer mein Wunsch neben drei Stiefkindern aus der ersten Ehe meines Mannes. Das geht auch nach der Therapie noch, dachte ich.

Nach der Operation eine gute Nachricht – der Krebs war nicht fortgeschritten, aber viele Lymphknoten waren befallen. Nun war ich Risikopatientin. Eine Chemotherapie schloss sich an. Während dieser Zeit bemerkte ich auf meinem Rücken ein weißes, 1 Cent-großes Mal. Beunruhigt von meiner schlechten Erfahrung ließ ich es entfernen. Kurz vor Weihnachten 2009 dann das Ergebnis: Es war eine Absiedlung vom Brustkrebs, eine Hautmetastase. Eine sehr ernste Sache, lebensverkürzend, sagt man. So etwas habe sie bisher nur im Lehrbuch gesehen, strahlte mich meine Hautärztin an.

Instinktiv begann ich, im Negativen das Positive zu sehen. Während andere metastasierte Patientinnen mit Knochen-, Leber- oder Lungenmetastasen miteinander »verglichen« wurden, wollte ich mich nicht mit anderen vergleichen. Nur eine kleine Metastase. Ich deutete die Hiobsbotschaft ins Positive um. Dann gibt es keine düstere Prognose für mich. Ich kann meine Geschichte selbst schreiben. Einige der Ärzte fanden diese Sichtweise nicht gut, eine andere Ärztin motivierte mich: »Sie haben eine Chance. Nutzen Sie diese. Bleiben Sie wachsam! Treiben Sie Sport!« Ab dann Rohkost, Yoga und lange Spaziergänge. Ich machte alles richtig.

Nach der Bestrahlung plante ich meinen Weg zurück ins Leben. Antihormon- und Antikörpertherapie standen jetzt auf der Tagesordnung. Ich hatte wieder mehr Kraft, ging in die Reha, und fuhr mit meinem Mann nach Italien. Das Leben war schön und ich fühlte mich stark.

Zurück ins Leben nach Krebs

Die Rückkehr ins Arbeitsleben gestaltete sich zunächst einfach. Da ich als Grafikerin bei einem großen Berliner Verlag nicht mehr im Spätdienst arbeiten konnte, machte ich die Wiedereingliederung in einer anderen Abteilung. Meine Kräfte musste ich gut einteilen. Aber es ging, auch mit Unterstützung meines Arbeitgebers. Nach der Wiedereingliederung dann wieder in Vollzeit. Geschafft!

Parallel dazu fiel ich in eine Gefühlswelt aus Zweifeln. Das engmaschige Netz der Behandlung war nun weiter geworden. Mit den Ärzten gab es nur noch wenig Kontakt. Manchmal fühlte ich mich verloren und stellte mir Fragen: Rückkehr ins Leben, wie geht das eigentlich? Kommunikation mit dem Arbeitgeber über Krebs? Gehört das Thema Krebs zur Arbeit? Kann ich die 34 Jahre bis zur Altersrente durchstehen? Werde ich den Krebs jemals abhaken können?

2011 ging ich zur Beratung bei der Berliner Krebsgesellschaft. Jemand musste mir meine Fragen doch beantworten. Parallel wollte ich eine Selbsthilfegruppe gründen. Ich bekam Antworten und die Adresse von Sabine, ebenfalls junger Cancer Survivor. Wir verstanden uns auf Anhieb und gründeten die Selbsthilfe »Leben nach Krebs!« (LnK!). Mit neun jungen Menschen aus unserer schnell wachsenden Gruppe gründeten wir einen Verein. Bis heute sind wir Experten für die Rückkehr ins Arbeitsleben nach Krebs, für Cancer Survivorship, für bessere Sichtbarkeit von

Langzeit- und Spätfolgen wie Fatigue. Ehrenamt und Austausch tun gut, viele Freundschaften haben sich ergeben. LnK! war Pionier mit der ersten Workshopreihe »Zurück ins Arbeitsleben nach Krebs«. Früh haben wir erkannt, dass es zu wenig Hilfen gibt und gerade junge Betroffene Orientierung und konkrete Angebote brauchen.

Fünf Jahre nach der Ersterkrankung wurde 2014 bei mir eine Fatigue nach Krebs diagnostiziert. Die bald folgende Berentung fiel mir schwer. Meine Arbeit hatte mir Selbstverwirklichung, Entwicklungsmöglichkeiten und Orientierung geboten. Mit dem Eintritt in die Erwerbsminderungsrente zogen mein Mann und ich nach Baden-Baden, woher ich stamme. Die Hoffnung: Wenn wir das quirlige Berlin verlassen, kann sich die Fatigue bessern.

Erneut metastasiert

Nach dem Umzug wurde das Thema Kinderwunsch präsenter. Deshalb musste ich mich gründlich untersuchen lassen. Im Sommer 2016 kam die nächste Hiobsbotschaft. Ich war wieder metastasiert, diesmal in der Lunge. Es waren unzählige, kleine Metastasen, die mir Atemnot verursachten. Einige wenige, kleinere Knochenmetastasen kamen dazu.

Glücklicherweise kam ich in eine Studie, in der einer der ersten Antikörper-Wirkstoff-Konjugate gegeben wurde. Es half drei schöne Jahre. In vollständiger Remission war ich nie. Ich lebe seit 2016 mit Metastasen und konstant erhöhtem Tumormarker. Dieser wird bei Brustkrebs mitunter als wenig aussagekräftig beurteilt. Zu unzuverlässig sei der Wert und wird daher nur in Kombination mit Bildgebung und körperlichen Schmerzen hinzugezogen. Bei mir ist er zuverlässig. Schon Wochen vorher können wir sehen, wenn sich da etwas regt.

Sehr lange halfen mir Antihormontherapien. Leider mutiert mein Krebs seit 2023 schneller. Scheinbar ist er so flexibel wie ich, mit dem Unterschied, dass er nur phasenweise erschöpft ist. Ich bin es öfter, muss meine Kraft gut einteilen und auf vieles verzichten. 2023 habe ich Lebermetastasen bekommen. Ich bin den Mediziner:innen dankbar, dass viel geforscht wird, um uns Patienten zu helfen. Ich wünsche mir nichts mehr als dauerhaften Stillstand. Ich habe gelernt, dass ich auch mit meinen unerwünschten Untermietern eine gute Lebensqualität habe. Therapien erhalte ich fortwährend. Ich hatte über die Jahre mehrere unangenehme Ereignisse wie eine Pleurakarzinose. Aus all dem bin ich gut herausgekommen. Die chronische Fatigue ist mein Dauerbegleiter. Meine Ärzte, mein Team, mein Mann unterstützen mich. Dafür bin ich dankbar.

Mein Wissen gebe ich gerne weiter: bei meinem Verein und der Frauenselbsthilfe Krebs, wo ich Gründungsmitglied im Online-»Netzwerk Leben mit Metastasen« bin. Bis 2020 gab es deutschlandübergreifend kein Angebot für metastasierte Frauen. Dabei sind wir viele, die länger und länger überleben. Auch bin ich im Patientenforschungsrat NCT Berlin, um mich noch besser einbringen zu können. Denn die Metastasierung steht mehr und mehr im Fokus, und wir Betroffenen sollten dringend mitsprechen.

Vergangenes Jahr fragte mich eine metastasierte Mit-Patientin: »Siehst du dich als Cancer Survivor? Ich nicht.« Ich war erstaunt: Wer oder was sollten fortgeschritten Erkrankte denn anderes sein als Krebsüberlebende? Dank der zielgerichteten Medikamente (über)leben viele lange bei guter Lebensqualität, können sich um Kinder oder pflegebedürftige Angehörige kümmern oder weiter berufstätig sein. Ich wünsche mir, dass sich gesellschaftliche Vorstellungen über Krebskranke ändern. Ich wünsche mir mehr Teilhabemöglichkeiten, damit wir uns ins Leben stürzen können. Auch wir wollen unseren Beitrag zu einer funktionierenden Welt leisten. Nicht in der Rolle als Kranke, sondern als Arbeitnehmer, Partner, Freunde, Ehrenamtliche, Vater / Mutter ... das Leben ist facettenreich.

Claudia Mohr

AUFGESCHNAPPT

Seltener Alzheimer nach Brustkrebs?

Dass nach einer Brustkrebsbehandlung Einbußen der Denkleistung auftreten können, wird seit langem vermutet. Ob aber ein Zusammenhang zwischen dem Überleben einer Brustkrebserkrankung und der Alzheimerdemenz besteht, ist bislang unklar. Auch die Rolle der Krebstherapie ist nicht geklärt.

Eine erstaunliche Entdeckung machten jetzt Wissenschaftler in Korea. Sie untersuchten das Risiko für einer Alzheimer-Erkrankung bei Brustkrebspatientinnen im Vergleich zu Kontrollpersonen ohne Krebserkrankung. Dafür wurden Daten der koreanischen Krankenversicherung zwischen 2010 und 2016 ausgewertet. Die Studie betrachtete bei Patientinnen Brustkrebsdiagnose, Operation, Chemotherapie oder Bestrahlung und ermittelte die Häufigkeit einer Alzheimer-Erkrankung.

Überlebende einer Brustkrebserkrankung haben nach dieser retrospektiven Kohortenstudie mit 70.000 Patientinnen für bis zu fünf Jahre ein niedrigeres Risiko für eine Alzheimer-Erkrankung. Dies wurde besonders für Frauen ab 65 Jahren festgestellt und schien mit Bestrahlungen zusammenzuhängen. Weitere Studien müssen die Mechanismen klären, die diesem Zusammenhang zugrunde liegen.

Quelle: Deutsches GesundheitsPortal / HealthCom, 10. September 2025

Diagnose – Angst – Aufbruch!

WIE PSYCHOONKOLOGIE FRAUEN ZU NEUER KRAFT VERHILFT



»Wer sich auf den äußeren wie inneren Prozess einlässt, kann psychisch gestärkt aus der Erkrankung hervorgehen.«

Ute Petereit-Tjabben

Psychoonkologin in der Frauenklinik Sana Klinikum Offenbach

Eine Krebsdiagnose reißt die Betroffene aus dem gewohnten Leben. Die persönliche Belastungsgrenze wird überschritten. Alles Gewohnte wird infrage gestellt – das eigene Überleben, der Körper, der Alltag, die Familie.

Die psychoonkologische Beratung setzt genau hier an – in einer Ausnahmesituation voller Ängste, Unsicherheiten und seelischer Verletzlichkeit. Sie bietet einen Raum, in dem Gedanken und Gefühle offen ausgesprochen werden dürfen – ohne Scham, ohne Angst vor Verletzungen. Denn jedes gesprochene Wort kann das Gefühlschaos ordnen, kann befreiend sein. In zertifizierten Brustzentren eines Krankenhauses muss eine psychoonkologische Betreuung für jede Krebspatientin angeboten werden. Die Fragen, mit denen Patientinnen in die Beratung kommen, ähneln sich oft: Werde ich überleben? Wie sage ich es meinen Kindern, wie meinen Eltern? Wie werde ich die Behandlung verkraften? Was passiert mit meiner Arbeit? Wie gehe ich mit Angehörigen um – und wie mit mir selbst?

Die Therapie nicht als Feind, sondern als Helfer, als Freund begreifen

Die soziale Ordnung beginnt zu wanken und häufig befinden sich Patientinnen noch zusätzlich in einem Gedankenkarussell. Hilfreich ist es zu verstehen, dass es darum geht, nicht nur die medizinische Behandlung überstehen zu wollen, sondern diese auch mitzugestalten. Auch wenn medizinische Behandlungen von außen gesteuert sind, kann jede Patientin durch Wissen und Verstehen aktiv dazu beitragen, eine eigene Haltung zu

gewinnen. Die Therapie soll nicht als Feind, sondern als Helfer betrachtet werden. Diese Neubewertung – die Behandlung als »Helfer« oder sogar »Freund« zu sehen – kann Halt geben und den Umgang mit Nebenwirkungen erleichtern. Hier beginnt ein zentraler Aspekt: die Selbstwirksamkeit. Um Stress und Ängste zu reduzieren, gelten, neben der psychoonkologischen Beratung, Atem- und Körperübungen und geleitete Imaginationsreisen als spezielle Techniken, die sich zur Verarbeitung der Erkrankung bewährt haben. Hierbei ist es Ziel, Unsicherheiten von Frauen in Resilienz (psychische Widerstandskraft) und innere Stärke umzulenken.

Ein weiteres häufig angesprochenes Thema von Patientinnen ist es, das Gefühl zu haben, Opfer der Krankheit und des Krankenhaussystems zu sein. In der psychoonkologischen Beratung geht es darum, dieses Gefühl und diese Gedanken hinterfragen zu dürfen und festzustellen: Ich bin erwachsen, ich darf, ich kann und ich muss Entscheidungen treffen. Das ist oft ein erster Schritt, um sich auch aus festgefahrenen inneren Strukturen zu befreien und einen anderen Umgang mit störenden Gedanken zu bekommen.

Kommunikation spielt eine weitere zentrale Rolle. Viele Patientinnen trauen sich nicht, offen mit Angehörigen, Ärzt*innen oder Freund*innen zu sprechen. Gleichzeitig verändert die Diagnose oft soziale Beziehungen. Die Krebserkrankung bringt nicht selten auch eine Rollenveränderung mit sich – etwa, wenn eine Mutter plötzlich nicht mehr die

starke, alles tragende Figur der Familie sein kann. Im Hinblick auf Partner und Kinder, kann dies zu inneren Konflikten führen. Hier ist es notwendig, die eigene Rolle neu zu definieren und altersgerechte Kommunikation mit den Kindern zu ermöglichen. Alte Freunde können sich distanzieren, neue Freundschaften können entstehen. Es kommt darauf an, von wem man sich wirklich verstanden fühlt. Mitunter gibt es Missverständnisse – denn Außenstehende, die Krebs nicht erlebt haben, wissen oft nicht, wie sie sich verhalten sollen. Hier geht es weniger um »richtige« Worte, sondern um ein Gefühl des Angenommenseins.

Nutzen Sie die psychoonkologische Beratung!

Wer sich auf den äußeren wie inneren Prozess einlässt, kann psychisch gestärkt aus der Erkrankung hervorgehen. Die Patientin entdeckt dabei auch manchmal neue Seiten an sich – und kann, im Rückblick auf ihre eigene Kraft, stolz sein. Einige berichten später von einer tiefen Dankbarkeit und einem neu entstandenen Lebensgefühl. Lassen Sie mich zum Schluss noch diese Empfehlung geben: Machen Sie von der Möglichkeit Gebrauch, mindestens ein psychoonkologisches Gespräch zu nutzen! Denn am Ende der Behandlung berichten viele Patientinnen von einer tiefgreifenden Veränderung: Sie haben mehr Authentizität und mehr Klarheit gewonnen, ihr Leben anzugehen. Einige sagen sogar: »Ich bin ein neuer Mensch geworden.«

Ute Petereit-Tjabben

Unser Dank an alle PATH-Frauen

FÜR IHRE AKTIVE UNTERSTÜTZUNG UNSERER ARBEIT



»Liebe PATH-Frauen, wir möchten DANKE sagen, für Ihr Feedback, für die Beantwortung unserer Fragebögen.«

Dr. Kathrin Lerchl, Dr. Franziska Sommermeyer
Stiftung PATH

Im Juni haben Sie unseren Fragebogen zum Krankheits- und Therapieverlauf nach Ihrer Brustkrebsoperation erhalten.

Viele haben schon geantwortet, und dafür danken wir Ihnen sehr. Ihre Antworten, Ihre »Praxisberichte« helfen, dass Brustkrebs besser verstanden werden kann. Sie können dazu beitragen, dass neue Untersuchungsverfahren und neue Behandlungsmethoden für diese Krankheit entwickelt werden.

Einige von Ihnen haben auch die Möglichkeit genutzt, Unklarheiten beim Fragebogen mit uns, mit dem Team des PATH-Büros telefonisch zu besprechen.

Dabei entstehen oft sehr schöne Gelegenheiten zum netten, vertraulichen Gespräch – mit Einblick in ganz unterschiedliche Themen, die Ihnen am Herzen liegen. Wir freuen uns sehr über diesen persönlichen Austausch.



**EIN
ZWEITER
BLICK**

Eine neue
HER2-Perspektive

HER2-STATUS BEIM METASTASIIERTEN BRUSTKREBS

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

 Daiichi-Sankyo

AstraZeneca 

Zielgerichtet gegen die Erkrankung

NEUE STUDIENDATEN VOM ASCO 2025 –

SPIELEN ALTER UND RÜCKFALLRISIKO EINE ENTSCHEIDENDE ROLLE?



»Neuere Studiendaten weisen darauf hin, dass manche Therapien auch in höherem Alter sicher und wirksam sind. Trotzdem kann das nicht grundsätzlich auf alle betroffenen Frauen übertragen werden.«

Dr. med. Christian Maurer
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
NCT Heidelberg

Doris C. Schmitt, Vorstand Stiftung PATH, im Gespräch mit Dr. med. Christian Maurer, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Abteilung für Gynäkologische Onkologie, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg.

Zahlreiche Daten aus der klinischen Forschung wurden beim ASCO, dem weltweit größten Krebskongress in Chicago, vorgestellt. Die Diagnose Brustkrebs ist bei Frauen immer noch die Nummer eins bei den Krebserkrankungen. Allein in Deutschland erkranken jährlich mehr als 70 000 Frauen. Trotz intensiver Forschung ist es immer noch nicht gelungen, allen Frauen ein krankheitsfreies Überleben nach Operation und Therapie zu garantieren.

Herr Dr. Maurer, betrachtet man jedoch die Behandlungserfolge der letzten zehn Jahre, geben die Überlebensdaten doch sehr viel Hoffnung, dass sich das sowohl für Patientinnen mit früher als auch mit fortgeschrittener Erkrankung ändern könnte. Wie teuer muss dieses Überleben hinsichtlich Nebenwirkungen und Zusatzerkrankungen erkaufte werden?

Spielen dabei das Alter und das Wiedererkrankungsrisiko eine entscheidende Rolle?

Auf dem diesjährigen ASCO wurden sehr vielversprechende Ergebnisse zum Mammakarzinom vorgestellt, die mehr oder weniger auch direkte Auswirkungen darauf haben, wie wir unsere Patientinnen behandeln. Beginnen wir mit der metastasierten, fortgeschrittenen Erkrankungssituation.

Die ersehnten ersten Ergebnisse der DESTINY-Breast09 Studie wurden gezeigt. Diese Studie vergleicht den bisherigen Standard bestehend aus einem Taxan und den beiden Antikörpern Trastuzumab und Pertuzumab mit dem Antikörper-Wirkstoffkonjugat (ADC) Trastuzumab-Deruxtecán (T-DXd) in Kombination mit Pertuzumab als erste Therapielinie bei Patientinnen mit fortgeschrittenem, HER2-positiven Brustkrebs. Unter dem ADC konnte die Zeit bis zum Fortschreiten der Erkrankung deutlich verlängert werden. Sie lag bei knapp 41 Monaten im experimentellen Arm und bei etwa 27 Monaten im Standardarm.

Allerdings erkaufte man sich das mit mehr Nebenwirkungen. Unter dem ADC zeigte sich häufiger Übelkeit und Erschöpfung.

Unter Fatigue litten knapp 50 Prozent der Patientinnen. Hinzu kommt, dass die Studienpatientinnen nicht unbedingt den Patientinnen in unserem klinischen Alltag entsprechen. Die meisten Patientinnen in der Studie waren jünger als 65 Jahre. Auch dürften weniger relevante Begleiterkrankungen vorgelegen haben. Zu bemerken ist noch, dass die Patientinnen T-DXd nur für eine begrenzte Zeit bekommen haben (im Schnitt für 22 Monate), die Erkrankung schritt jedoch im Median (einem statistischen Mittelwert) erst deutlich später fort. Ich lese daraus, dass man individuell die Dauer der Therapie – orientiert an Nebenwirkungen und der Lebensqualität – anpassen kann und nicht einfach blind die Therapie fortführen sollte.

Zusammenfassend stellt T-DXd eine sehr wirksame Therapie bereits in der ersten Linie dar. Ich sehe es aber nicht als unbedingten Standard für jede Patientin an.

Auch beim triple-negativen Mammakarzinom (TNBC) drängen die ADCs in die erste Therapielinie. Auf dem ASCO wurden die Daten der ASCENT-04 Studie vorgestellt, die beim PD-L1-positiven Tumor das ADC Sacituzumab-Govitecan mit einer klassischen Chemotherapie jeweils in Kombination mit Pembrolizumab vergleicht. Auch hier konnte die Zeit bis zum Fortschreiten der Erkrankung mit dem ADC verlängert werden (etwa 11 gegenüber 8 Monate). Gleiches gilt für das PD-L1-negative TNBC, auch wenn wir die Daten hierzu noch nicht gesehen haben.

Die Nebenwirkungen unter Sacituzumab-Govitecan stellen sich etwas anders dar als unter der klassischen Chemotherapie. Insbesondere Durchfall tritt deutlich häufiger auf, eine periphere Neuropathie, also eine Störung der Nerven, die zu Taubheitsgefühlen, Kribbeln oder Schmerzen vor allem in den Armen und Beinen führt, kommt seltener vor. Auch in dieser Studie waren die meisten Patientinnen jünger als 65 Jahre.

Das sind hoffnungsvolle Studiendaten, die zeigen, dass der metastasierte Brustkrebs heute deutlich zielgerichteter behandelt werden kann. Die betroffenen Frauen leben wesentlich länger. Jedoch müssen Arzt und Patientin die Nebenwirkungen im Blick haben und gemeinsam entscheiden, inwieweit der Nutzen gegenüber dem Risiko für die jeweilige Patientin passt. Können diese zielgerichteten Therapieoptionen auch beim frühen Brustkrebs eingesetzt werden?

Beruhend auf dem Erfolg der ADCs in der fortgeschrittenen Situation, werden diese jetzt zunehmend in der frühen Erkrankungssituation untersucht. Das Ziel hierbei liegt u. a. in einer Erhöhung der Heilungsraten. Mit Trastuzumab Emtansin haben wir schon ein ADC, das im Falle eines Tumorrestes nach neoadjuvanter Chemotherapie (also Therapie vor Operation) in Kombination mit Trastuzumab / Pertuzumab bei Patientinnen mit frühem, HER2-positiven Mammakarzinom fest etabliert ist. Mit Trastuzumab Emtansin konnte das Rückfallrisiko gesenkt und auch das Überleben der Patientinnen verbessert werden. Hinzu kommt, dass dieses ADC recht gut verträglich ist.

Ergebnisse zu den neueren ADCs in der frühen Erkrankungssituation stehen noch aus, auch wenn wir bereits eine positive Pressemeldung gehört haben: T-DXd (gefolgt von einer Standard-Chemotherapie) in der Neoadjuvanz bei Patientinnen mit HER2-positivem Mammakarzinom erhöht die Rate an pathologischen Komplettremissionen. Der Pathologe findet im OP-Präparat also seltener einen Tumorrest. Die genauen Ergebnisse bleiben abzuwarten, bevor man hier Schlüsse ziehen kann. Mit Spannung werden auch die Ergebnisse zu T-DXd und Sacituzumab-Govitecan bei Patientinnen mit einem Tumorrest und somit erhöhtem Rückfallrisiko nach einer neoadjuvanten Chemotherapie erwartet.

Ich möchte betonen, dass wir insbesondere beim HER2-positiven Mammakarzinom in der frühen Erkrankungssituation auch ohne ADCs in den letzten Jahren sehr gute Erfolge erzielen konnten. Auch eine Deeskalation der Therapie (also eine Verminderung der Behandlungsintensität, beispielsweise eine verkürzte Chemotherapie) können wir in bestimmten Situationen durchführen, ohne das Rückfallrisiko zu erhöhen. Auch hierzu gab es interessante Daten auf dem diesjährigen ASCO. Ein gängiger Therapiestandard ist ein Schema bestehend aus Docetaxel, Carboplatin, Trastuzumab und Pertuzumab. Daten der neoCARHP-Studie deuten darauf hin, dass wir zumindest im Stadium II Carboplatin in der Neoadjuvanz einsparen können.

Wie sehen die Fortschritte beim hormonrezeptorpositiven Mammakarzinom aus?

Beim hormonrezeptorpositiven, HER2-negativen Tumor wurden auf dem ASCO die Überlebensdaten der INAVO120-Studie gezeigt. Bei Patientinnen mit einem fortgeschrittenen Mammakarzinom, das bereits unter oder kurz nach Ende der adjuvanten Hormontherapie (also Therapie nach der Operation) zurückgekommen ist, konnte bei vorliegender PIK3CA-Mutation (einer bestimmten genetischen Veränderung im Tumor) durch die Hinzunahme des PIK3CA-Inhibitors Inavolisib zu der Standardtherapie aus Fulvestrant und Palbociclib das Überleben um 7 Monate verlängert werden. An Nebenwirkungen sind hier vor allem Entzündungen im Mundraum, Durchfall und Erhöhung des Blutzuckerspiegels zu nennen.

Eine enge Betreuung der Patientinnen – zumindest zu Beginn der Therapie – ist unerlässlich.

Kommen wir zum frühen, hormonrezeptorpositiven, HER2-negativen Mammakarzinom. Schon seit längerer Zeit haben wir eine Zulassung für den CDK 4/6-Inhibitor Abemaciclib in Kombination mit einer Hormontherapie bei Patientinnen mit einem hohen Rückfallrisiko. Im letzten Jahr kam die Zulassung für Ribociclib, einen anderen CDK 4/6-Inhibitor hinzu.

Etwa 27–37 Prozent und 46–57 Prozent der Patientinnen mit einem Stadium II bzw. III Mammakarzinom bekommen leider innerhalb von 20 Jahren einen Rückfall der Erkrankung. Entsprechend wurde die NATALEE Studie geplant und – im Gegensatz zur monarchE-Studie, die Abemaciclib untersucht hat, – an einem deutlich größeren Patientenkollektiv, das eben auch ein nicht zu vernachlässigendes Rückfallrisiko hat, getestet. Und diese Studie war positiv. Auch Patientinnen ohne einen Lymphknotenbefall hatten mit Ribociclib ein geringeres Rückfallrisiko. Für Ribociclib sehen wir, dass ein Nutzen unabhängig vom Alter vorliegt, also beispielsweise auch bei Patientinnen > 60 Jahren. Natürlich ist eine solche Therapie, verglichen mit einer alleinigen Hormontherapie, mit mehr Nebenwirkungen verbunden. Die gute Nachricht ist, dass eine Reduktion der Dosis, die aufgrund von Nebenwirkungen vorgenommen wird, nicht zu einem Wirkverlust führt.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass es in den letzten Jahren sehr große Fortschritte in der Behandlung des Mammakarzinoms gab und weitere Verbesserungen zu erwarten sind. Insbesondere die ADCs haben die Therapielandschaft revolutioniert und werden unsere Leitlinien in der nächsten Zeit wahrscheinlich weiter maßgebend beeinflussen und auch ändern. Allerdings bringen die ADCs zum Teil neue, auch schwere Nebenwirkungen mit sich. Insbesondere ältere Patientinnen mit Begleiterkrankungen sind oft nicht repräsentativ in klinischen Studien vertreten. Gerade deshalb sind Real-World Daten zunehmend von Interesse und wichtig.

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Für die Auswahl der individuell richtigen Therapie bedarf es einer genauen Beurteilung der Patientin, eine Entscheidung muss gemeinsam getroffen werden. Es gibt aus Patientensicht unterschiedliche Prioritäten, die es zu berücksichtigen gilt. Eine enge Arzt-Patientinnen Beziehung ist essentiell – das gilt nicht nur für die Therapie mit ADCs oder klassischer Chemotherapie, sondern auch für die orale Tumorthherapie, also einer Therapie in Tablettenform. Ein großer Prozentsatz von Frauen nimmt die Hormontherapie beim frühen Mammakarzinom nicht konsequent ein oder bricht diese sogar ab. Wir wissen, dass dadurch das Rückfallrisiko ansteigt. Um dem vorzubeugen, brauchen wir einen engen Kontakt zur Patientin und müssen bei Nebenwirkungen beraten.

Wie wir von Ihnen erfahren, gibt es auch beim frühen Brustkrebs, vor allem beim hormonrezeptorpositiven, weitere Therapieoptionen. Es ist nicht nur der eine Wirkstoff, sondern die Kombination mehrerer Wirkstoffe, die Brustkrebs noch besser heilen bzw. das Fortschreiten der Erkrankung hinauszögern können. Sehr hoffnungsvoll ist die Nachricht, dass es heute mehrere Möglichkeiten gibt, die Nebenwirkungen abzumildern. Patientinnen erfahren eine bessere Lebensqualität, die sie in der Einhaltung der empfohlenen Behandlung unterstützt.

Sie haben völlig recht! Wichtig ist das ehrliche Gespräch zwischen Patientin und Arzt. Auch wir in der Patienten Community erleben immer wieder, dass Patientinnen manchmal zögern, ihre Erfahrungen mit Erkrankung und Therapie offen anzusprechen. Die Abbruchrate bei der Tabletteneinnahme, vor allem beim frühen Brustkrebs, ist immer noch hoch.

Warum Tabletten, die einen Rückfall verhindern sollen, nicht nach ärztlicher Empfehlung eingenommen werden, wird oft verschwiegen. Diese Daten (Real World Data) benötigen aber Mediziner und Forschung, um Nebenwirkungen noch besser einzugrenzen und somit das Gesamtüberleben noch erfolgreicher zu ermöglichen.

Wir leben heute wesentlich länger, aber leider auch mit mehr Begleiterkrankungen. Neuere Studiendaten weisen darauf hin, dass manche Therapien auch in höherem Alter sicher und wirksam sind. Trotzdem kann das nicht grundsätzlich auf alle betroffenen Frauen übertragen werden. Deshalb ist das offene Gespräch zwischen Arzt und Patientin so wichtig und nicht zu ersetzen mit Internet & Co.

AUFGESCHNAPPT

Es muss nicht immer Joggen sein.

Dass Bewegung und Sport gut für die Gesundheit sind, ist eine Binsenweisheit. Dass Sport den Rückfall der Krebserkrankung verhindern kann, wissen leider nicht alle.

Groß ist bei diesem Thema die Angst, den Krebspatienten würde ein strenges Sportprogramm mit 60 (!) Minuten intensiver körperlicher Aktivität verordnet. Täglich 60 Minuten. Wer das Stöckchen so hoch hält wie die Deutsche Krankenversicherung (DKV) in ihrem Gesundheitsreport, der erreicht nur, dass Viele müde abwinken. Da fängt man doch gar nicht erst an.¹

Da beruhigt der Blick auf eine große norwegische Langzeitstudie. Hier wurden chronische Rückenschmerzen in den Blick genommen.

Je mehr die beobachteten Studienteilnehmer (Bewegungssensor an Oberschenkel und unterem Rücken) das Gehen, also heilsames Laufen, praktizierten, desto geringer wurden die Rückenschmerzen. Der Schrittzähler erwies sich als gutes Kontrollinstrument.²

Auch wenn hier nicht das bessere Überleben nach Krebs untersucht wurde, ist doch anzunehmen, dass tägliche Gehaktivitäten sich auch darauf positiv auswirken. Gehen ist eine einfach zugängliche und kostenlose Bewegungsform. Man kann noch heute anfangen!

¹ Deutsche Krankenversicherung (DKV) in ihrem Gesundheitsreport, 4. August 2025

² »Heilsames Laufen. Mehr Gehen, weniger Rückenschmerzen«, Tagesspiegel 19. Juni 2025





Krebs: Was nun?

**Krebs wirft viele Fragen auf.
Gemeinsam finden wir Antworten.**

Nach der Diagnose Krebs hat man vor allem eines im Kopf: unendlich viele Fragen. Wir von MSD tun unser Bestes, um Antworten zu geben. Mit unserer Forschung – aber auch mit unserem Verständnis für Ihre Bedürfnisse.



Erfahren Sie mehr darüber, wie unsere Forschung Patienten Mut machen kann, auf www.immunonkologie.de

MSD Sharp & Dohme GmbH
Levelingstraße 4a, 81673 München

**# GEMEINSAM
ANTWORTEN
FINDEN**

DE-NON-04428

Ehrenamt im Alter tut gut!

WENIGER DEPRESSION - MEHR SINN: WIN-WIN IM EHRENAMT



»Seit meiner Brustkrebserkrankung engagiere ich mich ehrenamtlich für die Forschung in diesem Bereich.

Ich habe dabei viel gelernt, viele Freundschaften geschlossen und viel bewirkt.«

Ulla Ohlms
Vorstand Stiftung PATH

Forschungsergebnisse aus den USA deuten darauf hin, dass ältere Menschen, die sich ehrenamtlich engagieren, seltener niedergeschlagen sind und seltener depressive Symptome zeigen.

Eine Auswertung der »Longitudinal Research on Aging Drivers«-Studie der Columbia University in New York ergab: Ältere Erwachsene, die sich ehrenamtlich engagierten, hatten eine um 43 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit, an Depressionen zu leiden. An der Untersuchung nahmen 2.990 ältere Menschen im Alter von 65–79 Jahren teil. Der positive Effekt zeigte sich unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand – selbst Personen mit einer früheren Depression profitierten.¹

In Deutschland zeigt sich ein ähnlicher Zusammenhang zwischen Ehrenamt und Zufriedenheit wie in den USA: Laut einer Untersuchung des Deutschen Zentrums für Altersfragen fühlen sich engagierte ältere Menschen weniger einsam. Das ist besonders bei Frauen der Fall. Ehrenamt – sei es als Vorlesepatin, als Helfer im Sportverein oder Mitarbeiterin in der Kleiderkammer – bietet demnach Sinn, Struktur, soziale Kontakte und Anerkennung. Auch Verluste im persönlichen Umfeld können so aufgefangen und abgemildert werden.²

Für Menschen, die gerade aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, kann ein Ehrenamt stabilisierend wirken.

Die Zahl der Älteren mit Ehrenamt steigt in Deutschland stetig. 2023 war bereits jede fünfte Person in der zweiten Lebenshälfte aktiv beteiligt – so viele wie nie zuvor. Freiwilliges Engagement ist weit mehr als eine sinnvolle Beschäftigung – es kann auch einen wichtigen Beitrag zur psychischen Gesundheit älterer Menschen leisten. »Personen, die ein Ehrenamt ausüben, fühlen sich weniger sozial ausgeschlossen als Personen, die nicht ehrenamtlich tätig sind.«³

Laut der Weltgesundheitsorganisation leben weltweit über 1,4 Milliarden Menschen über 60 Jahre mit einer steigenden Zahl an Depressionserkrankungen – oft begünstigt durch chronische Krankheiten und fehlende soziale Unterstützung. Studien wie die der Columbia University unterstreichen daher die Bedeutung von Freiwilligenarbeit als mögliche »nicht-medikamentöse Prävention«. Also: Ran an das Ehrenamt!

Gründe für die positive Wirkung ehrenamtlicher Arbeit

— Soziale Teilhabe: Regelmäßiger Kontakt zu anderen und das Gefühl, gebraucht zu werden, können Einsamkeit vorbeugen.

— Struktur im Alltag: Ehrenamtliche Aufgaben schaffen einen festen Rahmen, ähnlich wie früher der Beruf.

— Sinn und Anerkennung: Viele Engagierte berichten, dass sie durch ihre Tätigkeit Wertschätzung erfahren und das Gefühl haben, etwas Sinnvolles zu tun.

Fachleute betonen jedoch, dass nicht abschließend geklärt ist, ob Ehrenamt Depressionen aktiv verhindert, oder ob vor allem gesunde, sozial aktive Menschen eher zu freiwilliger Arbeit neigen. Gleichwohl: Angesichts der alternden Gesellschaft ist es ein Handlungsfeld, das sowohl für Individuen als auch für die öffentliche Gesundheit zunehmend relevant wird.

Ulla Ohlms

¹ Apotheken Umschau, Januar 2025, Longitudinal Research on Aging Drivers (LongROAD) Studie, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York

² Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) deutscher alterssurvey, Heft 04/2024, S. 4

³ Weltgesundheitsorganisation (WHO) – globale Daten und Einschätzung zu Depressionen bei älteren Menschen

Apropos Ehrenamt

UNSER PATH-VORSTAND BRAUCHT DEMNÄCHST VERSTÄRKUNG



Wir stellen uns eine Frau vor, die Krebs selbst erlebt hat, an Krebsforschung interessiert ist und Lust auf eine anspruchsvolle, sinnstiftende Aufgabe in einem gut-gelaunten Team hat. – Aber auch Mitarbeiter*innen aus Klinik, Niederlassung und Industrie, die sich auf den Ruhestand vorbereiten oder ihn bereits genießen, würden wunderbar in unser Team passen.

Wir können ja mal drüber sprechen.

Ulla Ohlms und Doris C. Schmitt
ohlms@stiftungpath.org



AUFGESCHNAPPT

Hilft Gürtelrose-Impfung gegen Demenz?



»Die Impfung gegen Gürtelrose könnte das Demenzrisiko senken, vor allem bei Frauen.«

Webseite der Universität Heidelberg, April 2025
»Epidemiologische Studie zeigt: Impfung gegen Gürtelrose könnte das Risiko, an Demenz zu erkranken senken.«

Die Impfung gegen Gürtelrose könnte das Risiko, an Demenz zu erkranken senken – vor allem bei Frauen.

Wissenschaftler der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, der Universität Mainz, dem SAFE Leibniz Institut Frankfurt, der Wirtschaftsuniversität Wien, und der Stanford Universität, USA, haben walisische Gesundheitsdaten von älteren Menschen untersucht.

Dabei haben sie festgestellt, dass für den Nachbetrachtungszeitraum von sieben Jahren bei den Menschen, die eine Gürtelrose-Impfung erhielten, die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, um 20 Prozent geringer ausfiel als bei Nichtgeimpften. Die Ergebnisse sind im renommierten Fachjournal »Nature« veröffentlicht worden.

Vor allem Frauen profitieren! Ein wichtiges Ergebnis der Studie war, dass der Schutz vor Demenz durch die Impfung bei Frauen viel stärker zu sein scheint als bei Männern.

»Frauen haben im Durchschnitt eine stärkere Antikörperreaktion auf eine Impfung. Und wir wissen auch, dass sowohl Gürtelrose als auch Demenz bei Frauen häufiger vorkommt als bei Männern.«

Quelle: Website der Universität Heidelberg, April 2025 »Epidemiologische Studie zeigt: Impfung gegen Gürtelrose könnte das Risiko, an Demenz zu erkranken senken.«

AUFGESCHNAPPT

Krebs bei Kindern noch besser heilbar



»Jedes Kind, das geheilt werden kann, stimmt uns glücklich und macht deutlich, dass unsere Anstrengungen im Kampf gegen den Kinderkrebs wirken und wir weitermachen müssen.«

Martin Spranck

Geschäftsführer der Deutschen Kinderkrebsstiftung

Die Überlebenschancen für Kinder und Jugendliche mit Krebs haben sich weiter verbessert. Dies geht aus dem Jahresbericht 2022 des Deutschen Kinderkrebsregisters hervor.

Demnach liegt die 15-Jahres-Überlebensrate heute bei 84 Prozent. 2018 hatte sie noch bei 82 Prozent gelegen. »Jedes Kind, das geheilt werden kann, stimmt uns glücklich und macht deutlich, dass unsere Anstrengungen im Kampf gegen den Kinderkrebs wirken und wir weitermachen müssen«, sagt Martin Spranck, Geschäftsführer der Deutschen Kinderkrebsstiftung.

Der Kinderkrebsstiftung zufolge erkranken jährlich rund 2 300 Kinder und Jugendliche in Deutschland neu an Krebs. Es leben gleichzeitig auch rund 50.000 sogenannte Survivor, also Überlebende von Kinderkrebs in Deutschland.

In den 1950er- und 1960er-Jahren galt Krebs bei Kindern als Todesurteil. Damals konnten nur rund 10 bis 20 Prozent der betroffenen Kinder und Jugendlichen geheilt werden.

Diese Verbesserung der Heilungschancen geht auf die intensive Krebsforschung zurück.

Auch die kontinuierliche Forschungsförderung der Deutschen Kinderkrebsstiftung mit rund 120 Mio. Euro an Fördergeldern (seit der Gründung 1995) für die Kinderkrebsforschung hat dazu beigetragen.

Quelle: www.kinderkrebsstiftung.de

AUFGESCHNAPPT

Kein erhöhtes Demenzrisiko durch Computerarbeit

Endlich ohne Reue sitzen!

Über eine aktuelle Metaanalyse berichtet das Deutsche Gesundheitsportal. Die Autoren durchsuchten zehn Kohortenstudien. Die Analyse konnte zeigen, dass sitzendes Verhalten das Demenzrisiko um 17 Prozent erhöht.

Schaut man allerdings auf das sitzende Verhalten beim Fernsehkonsum, dann liegt das Demenzrisiko bei 31 Prozent.

Die vor dem Computer verbrachte Zeit hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Demenzrisiko.

Ein sitzender Lebensstil erhöht also das Demenzrisiko, insbesondere das Sitzen beim Fernsehkonsum. Bildschirmzeit vor dem Computer zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit Demenz. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass die Art des sitzenden Verhaltens das Demenzrisiko beeinflusst.

Besonders lange inaktive Zeiten vor dem Fernseher sollten im Sinne der Gesundheit überdacht werden. Arbeit am Computer ist ja oft mit Denken verbunden, und das scheint gesund zu sein.

Quelle: Deutsches Gesundheitsportal, 6. Oktober 2025 »Macht viel Sitzen dement?«

Neue Website für die Stiftung PATH



Schon seit Jahren wollten wir unsere Website »aufräumen« und neu gestalten: klarer, ansprechender und gezielter für diejenigen, die wir erreichen wollen – Patientinnen und Forschende.

Zum neuen Jahr wird die neue Fassung von www.path-biobank.org online gehen. Herzlichen Dank an dieser Stelle an Novartis für die großzügige Unterstützung! Über Rückmeldungen und Anregungen aus der PATH Community freuen wir uns!

AUFGESCHNAPPT

Rascher Verzicht aufs Rauchen verlängert Überleben

Wer nach einer Krebsdiagnose sofort mit dem Rauchen aufhört, kann sein Leben im Schnitt um zwei Jahre verlängern.

Das sagen die Zahlen einer US-Studie, die untersucht hat, wie sich ein Raucherentwöhnungsprogramm auf das Überleben von Krebspatienten ausgewirkt hat. JAMA Oncology (2024; DOI: 10.1001/jamaoncol.2024.4890)

Das Raucherentwöhnungsprogramm am MD Anderson Cancer Center besteht aus einer Reihe von individuellen Beratungsterminen, die vorwiegend online stattfinden, sowie einer mehrwöchigen medikamentösen Therapie.

Die Auswertung der Studie zeigt: Der Verzicht auf das Rauchen bringt Vorteile bei allen Krebserkrankungen – selbst bei Lungenkrebs.

Je schneller die Entwöhnung gemacht wird, desto größer ist der Benefit. Es empfiehlt sich also, bei Krebsdiagnose nicht zu sagen, »Ach, jetzt ist doch alles egal!«, sondern zu handeln. Weg vom Rauchen hin zu mehr Lebensqualität und längerem Überleben!


Quelle: Ärzteblatt 12. November 2024

„Kann **ICH** mein **RÜCKFALL- RISIKO** bei Brustkrebs **SENKEN?**“

Werden auch Sie
#DRANBLEIBERIN.



Informieren Sie sich bei hormonrezeptor-positivem, HER2-negativem Brustkrebs über Ihr individuelles **Rückfallrisiko** und die Chancen von **zielgerichteten Therapien**, um gemeinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt Ihr Risiko für einen Rückfall zu senken.

 leben-mit-brustkrebs.de/rueckfallrisiko

ICH BLEIB' DA DRAN!

