

## **Transkript Podcast:**

### **Vorsorge ist Fürsorge: Brustkrebs frühzeitig erkennen (2) – Szenario positiver Befund**

#### S.V. (Sabrina Volkmann, Allianz):

Herzlich willkommen zum zweiten Teil unseres Themas Vorsorge ist Fürsorge: Brustkrebs frühzeitig erkennen. Sie hören den Allianz Gesundheits Talk, der Podcast der Allianz privaten Krankenversicherung rund um Gesundheit, Prävention und Geschichten, die bewegen.

Mein Name ist Sabrina Volkmann und neben mir sitzen erneut meine Kollegin Angela von Barga und unser Gast, Frau Prof. Dr. Nadia Harbeck. In unserem zweiten Teil werden wir über Einflussfaktoren sprechen und über Behandlungsmöglichkeiten. So vom Wissen ins Tun aus der Forschung von eben fragen sich viele, wie sie jeden Tag etwas dazu beitragen können, wenn jetzt zum Beispiel die Diagnose gestellt wurde, welche Einflussfaktoren unterstützen. Und ich denke da tatsächlich erst mal an körperliche Aktivität auch. Wie beeinflusst denn regelmäßige Bewegung den Fortschritt der Genesung? Oder gibt es auch Unterschiede, zum Beispiel wenn eine Frau schon in der Menopause ist?

#### N.H. (Nadia Harbeck):

Ja, es gibt wenig, was man selber tun kann, was wirklich nachgewiesenermaßen die Heilungschancen verbessert. Aber Sport und Bewegung ist sicherlich einer der wichtigsten Faktoren. Hier gibt es gute Studien, dass Sport nach der Brustkrebs Diagnose wirklich auch die Heilungschancen verbessert. Und natürlich auch vorher, wenn wir noch nicht erkrankt sind, ist ein gesunder Body Mass Index, regelmäßig Sport und Bewegung, das ist das, was man selber tun kann, um möglichst gesund zu bleiben.

#### S.V.:

Jetzt ist Bewegung die eine Stellschraube, Ernährung sicherlich auch eine weitere gute Stellschraube. Da können wir jetzt natürlich ganz viel drüber reden, vor allem seit es Social Media gibt, explodiert ja alles rund um Ernährung. Vielleicht konzentrieren wir uns auf das Wesentliche.

Gibt es denn Ernährungsmuster, die zum einen vielleicht zu einem geringeren Brustkrebs Risiko führen oder auch eben die gut sind, wenn jetzt die Diagnose gestellt wurde?

#### N. H.:

Vielleicht kann man sagen Es gibt keine Krebs Diät. Also es gibt nichts, was ich in meinem Leben ändern kann. Eine Diät, die ich machen kann, dass ich keine Krebserkrankung bekomme. Das ist schon mal ganz wichtig. Und auch wenn man Krebs hat, gibt es keine Diät, mit der man den Krebs irgendwie aushungern oder selber bekämpfen kann. Ich glaube, da wird auch viel mit den Ängsten von Patienten versucht, Geld zu verdienen. Und da muss man ganz klar sagen, man kann Tumoren nicht aushungern. Die letzte Zelle im Körper, die sich noch gut ernährt, ist die Tumorzelle, weil die einfach darauf genetisch fixiert sind, zu überleben. Und deswegen kann man nicht durch den Verzicht auf Kohlenhydrate, auf Zucker, auf was auch immer man da im Internet lesen kann, Krebstherapie betreiben.

Aber es gibt natürlich eine gesunde Ernährung, die wir alle machen sollten. Und man ist heute auch der Meinung, dass die mediterrane Ernährung zum Beispiel auch mit Olivenöl eine sehr gesunde Kost ist. Aber es gibt jetzt keine spezielle Krebs Diäten. Es gibt auch nichts, worauf ich verzichten muss, wenn ich es gerne esse oder zu mir nehme. Weder auf Fleisch noch auf Alkohol. Alles in Maßen und glaube ich so, wie man sich normal mit seiner Familie auch ernährt, dass das ist ausreichend. Aber ich sehe viele Krebs Patienten, die dann panisch werden und denken, sie müssten jetzt irgendwie ihre Ernährung groß umstellen, müssten auf all die Dinge verzichten, die einem auch lieb geworden sind. Ich glaube, man muss auch Kraft, man braucht viel Kraft für eine Krebstherapie. Und ich glaube, man sollte dann nicht so neben Baustellen aufmachen, sondern einfach gesunde Ernährung, ausgewogene Ernährung, Obst und Gemüse. Was was in den regelmäßigen Ernährungs Ratgebern auch von der Bundesregierung oder so empfohlen wird. Das ist absolut ausreichend.

A.V.B. (Angela von Bargaen, Allianz):

Ja, ich würde da gerne noch mal rein. Also ich glaube, das ist noch mal wichtig zu betonen. Also diese gesunde Ernährung, die ausgewogene Ernährung, die wir insgesamt empfehlen, die eben zwar alles erlaubt, aber wie Sie es schon gesagt haben, in Maßen. Also Alkohol wirklich sehr selten und dann sehr bewusst genossen ist okay. Aber es kann eben nicht sozusagen der tägliche Konsum sein, insbesondere wenn er dann auch noch ein bisschen mehr ist. Und ich glaube, das ist wichtig zu sagen.

Nicht ja, eben nicht Aushungern eines eines Krebses oder eine Krebs Diät, sondern diese ausgewogene Ernährung, die wir unser Leben lang eigentlich machen sollen, ist manchmal schwerer als gedacht. Aber das wäre eine gute Voraussetzung neben der regelmäßigen Bewegung, dem guten Schlaf. Ich glaube, das ist auch noch mal so ein Thema. Ist natürlich auch extrem schwer, wenn man eine eine Therapie gerade hat, dann wirklich auch den guten Schlaf zu finden. Aber ich glaube, das ist auch so ein elementares Thema, gut zu schlafen.

N.H.:

Ja, ich glaube, also Schlaf ist ganz wichtig, eben auch für uns alle. Und da sollte man natürlich dann als Krebspatient auch besonders darauf achten. Und natürlich Noxen im Alltag sind schlecht. Und wenn wir schon bei Noxen sind, rauchen ist sowieso schlecht. Ist jetzt nicht der direkte Zusammenhang zu Brustkrebs, wie zum Beispiel zu manchen Arten des Lungenkrebses, aber dennoch Nikotin ist ein Zellgift und das schadet uns. Und also rauchen, wenn es irgendwie geht, sollte man nicht machen. Dann Alkohol, wie gesagt, eingeschränkt. Aber ich möchte auch nicht, dass meine Patienten ihren Spaß am Leben verlieren. Und wenn es ein Familienfest gibt und da wird mit Champagner angestoßen, dann bin ich die Letzte, die sagt, sie darf das nicht tun.

S.V.:

Ja, und schlafen ist natürlich auch oft mit Stress zusammen. Wir kennen das alle im Alltag. Wir haben Termine, wir haben Druck und dadurch entsteht dann auch der Schlafmangel zum Beispiel.

Also Stress, kurz gesagt, ist sicherlich auch nicht hilfreich. Gibt es da denn aktuelle Studien auch, was Stress angeht im Hinblick auf die Diagnose oder auch im Vorfeld?

N.H.:

Nein, also man glaube sogar unsere Psychoonkologen glauben nicht mehr an die Krebspersönlichkeit. Das ist ja das, was viele Frauen, wenn sie mit der Diagnose konfrontiert werden, sagen: Ja, da war Stress im Leben und deswegen ist der Krebs jetzt entstanden. Das ist sicherlich so nicht richtig.

Und das wird auch von den Psychoonkologen so nicht nicht unterstützt. Aber natürlich Stress führt zu Dingen, die dann schlecht sind für die Gesundheit. Man schläft weniger, man man macht wenig Sport, man nimmt sich wenig Zeit für sich selber und das sind die Dinge im Alltag, glaube ich, die sollten wir alle so ein bisschen in die Balance bringen. Und das gilt natürlich für Gesunde und das gilt für Krebspatienten ganz besonders. Und ich glaube, dass die Tumorerkrankung selber dann ein zusätzlicher Stressfaktor ist und dann braucht man, muss man einfach in seinem Leben ein bisschen sortieren und sagen, was ist wichtig, was ist jetzt nicht so wichtig? Viele Patienten können auch erst mal aus dem Arbeitsprozess rausgehen, weil sie ein Angestelltenverhältnis haben, weil die Arbeitgeber sagen, es ist besser, wenn sie mal ein halbes Jahr dann den Ersatz planen können, als wenn jemand versucht zu kommen und schafft es dann doch nicht. Aber auch Selbstständige, die müssen weiterarbeiten oder arbeiten in der Regel auch weiter. Und da muss man einfach gucken, dass das so gestaltet ist, dass trotzdem die Freiraume bleiben für die Gesundheit, für die Therapie. Man braucht viel Kraft für die Therapie und das natürlich auch letztlich für die Familie. Und das muss man alles irgendwie versuchen, dann unter einen Hut zu bringen.

A.v.B.:

Genau, also Sie hatten gerade für mich ein Stichwort genannt, was super wichtig ist, das Thema Psycho-Onkologie. Da würde ich gerne nachher noch mal drauf zukommen, weil eigentlich würde ich gerne noch mal vertiefen. Wirklich das Thema Therapie hat mir gesagt, wirklich zu sagen, was sind dann verschiedene Therapieoptionen?

Man weiß einfach, es ist eine personalisierte Therapie. Es ist nicht die Gießkanne über jede Frau und teilweise Mann, sondern es ist sehr personalisiert. Können Sie da so verschiedene Ansätze uns noch mal skizzieren?

N. H.:

Ja, ich meine, die Brustkrebstherapie hat sich, glaube ich, über die letzten 20, 30 Jahre komplett geändert. Früher hat man den Tumor raus operiert und dann hat man sich überlegt, was machen wir jetzt noch? Heute ist das zum Teil falsch, den Tumor sofort zu entfernen, weil wir bei bestimmten Subtypen, bei dem HER2-Wachstumsfaktor getriebenen Brustkrebs, aber auch bei der sogenannten dreifach negativen Erkrankung, also weder auf Hormone empfindlich noch auf den Wachstumsfaktor HER2, da machen wir vor der Operation eine Chemotherapie mit einer biologischen Antikörpertherapie oder Immuntherapie dazu und schauen dann, wie sprechen die Tumorzellen darauf an? Und wenn dann bei der Operation kein Tumor mehr übrig ist, dann kann man nach der Operation noch so eine Haltungstherapie machen. Und wenn noch Tumorzellen übrig geblieben sind, dann wissen wir, die Therapie war noch nicht ausreichend und muss noch mal eine Schippe drauflegen und würden dann nach der Operation noch mal etwas mehr an medikamentöser Therapie verabreichen auch.

Also insofern, deswegen ist es wichtig, dass der Tumor nicht entfernt wird. Und bei der Hauptdiagnose, dass der Hormon empfindliche, HER2-negative Brustkrebs, etwa 70 Prozent unserer Patientinnen, da haben wir in Deutschland jetzt angefangen, dass wir vier Wochen vor der Operation schon die Anti-Hormon-Therapie geben, die wir dann im Anschluss als sozusagen vorbeugende Therapie auch empfehlen. Und dann können wir sehr schön im operierten Tumor sehen, wie die Wachstumsfraktion ist.

Und wenn die zehn Prozent oder weniger ist, dann sagen wir, dass ein gutes endokrines ansprechen. Dann können wir der Anti-Hormon-Therapie auch besser trauen und müssen eventuell keine Chemotherapie zusätzlich einsetzen. Das sind Fortschritte aus großen Studien der letzten Jahre, die wir hier in Deutschland gemacht haben mit der Westdeutschen Studiengruppe.

Und für dieses Adapt-Studienprogramm haben Frau Professor Nitz und ich ja auch den Deutschen Krebspreis vor zwei Jahren bekommen. Das heißt, das ist was, was wir aus Forschung in Deutschland unmittelbar wieder in den Alltag zurückgebracht haben und was den Patienten heute nützt, die zu uns kommen.

#### A.v.B.:

Ich glaube, das kann man nochmal betonen. Also es gibt so viel Forschung auf dem Thema und es ist ein stetig besser und ja eigentlich schon höher, weiter, schneller, wenn man das mit anderen Worten ausdrückt, weil es wird zielgerichteter. Und das hatten wir schon im ersten Teil. Also Sie nehmen da ja ein aus, wirklich die Angst zu sagen, es ist so viel möglich. Und wenn man frühzeitig entdeckt, dann haben wir so viele Therapieoptionen heute, dass wirklich auch eine Heilung möglich ist. Ich glaube, das ist auch nochmal wichtig zu sagen.

#### N.H.:

Ja, also Heilung ist in etwa 80 Prozent unserer Patientinnen möglich und wir können das natürlich auch am Ende der Therapie für die Frauen quantifizieren, sagen Heilungschancen liegen bei 95 Prozent liegen etwas geringer und wir rechtfertigen ja auch weitere Therapie Schritte damit, dass wir sagen, ist noch ein gewisses Restrisiko da. Das kann man jetzt nochmal etwas verringern. Und da tut sich unglaublich viel und das macht es auch so faszinierend auf diesem Gebiet zu arbeiten, weil wir eben sehen, wie viel für die Patienten passiert.

Und wir werden jetzt im Oktober den großen europäischen Krebs Kongress in Berlin sozusagen werden wir Gastgeber sein aus Deutschland. Und da werden Studien vorgestellt, wo die Heilungschancen nochmal verbessert werden im Vergleich zu dem, was wir schon wissen mit zusätzlichen Medikamenten. Und ich glaube, das ist wirklich im Moment eine gute Zeit für Patienten, weil wir eben besser geworden sind in dem, was wir anbieten können und was die Heilungschancen dann letztlich auch betrifft.

#### S.V.:

Ich finde den Gesprächsfluss super von Ihnen beiden. Ich möchte nur noch mal ganz kurz für unsere Hörerinnen und Hörer zusammenfassen. Was umfasst die psycho-onkologische Unterstützung genau?

Vielleicht in ganz wenigen Worten, damit alle auch das Gleiche verstehen.

### N.H.:

Also psycho-onkologische Unterstützung ist die zusätzliche Einbindung von Psychotherapeuten mit einer onkologischen Weiterbildung in die Behandlung der Patientinnen. Das ist was, was ein Angebot ist an den zertifizierten Brustzentren, was viele Frauen leider erst mal ablehnen und sagen Nee, brauche ich nicht, weil sie kommen in einer starken familiären Bindung zu uns haben guten Freundeskreise. Und ich sage meinen Patientinnen immer: Schauen Sie es einfach mal an. Sprechen Sie einmal mit der Kollegin, kostet nichts und schauen Sie mal, ob die Chemie stimmt, weil Brustkrebs ist ja eine Erkrankung, da bleibt immer so ein gewisses Restrisiko. Wir wissen bei den hormonempfindlichen Brustkrebsfällen kommt die Hälfte der Rezidive erst nach fünf Jahren. Da kann man nicht nach fünf Jahren sagen: boah, das war es jetzt, sondern da ist immer noch so eine gewisse Restunsicherheit. Manchmal kann man mit der gut umgehen im Leben und manchmal braucht man eben ein bisschen Unterstützung. Das ist wie so Wellen, manchmal sind so auf und ab. Und wenn man mal so in einem Tief ist, dann braucht man Mechanismen, dass man da alleine wieder rauskommt. Und wenn es alleine nicht geht, dann ist es keine Schande, sondern dann braucht man professionelle Hilfe. Und deswegen, glaube ich, ist die Anbindung an die Psychoonkologie wichtig. Wir können in der Klinik nur den ersten Schritt leisten. Die Kollegen können informieren, können akute Belastungssituationen schon abfangen, aber ihnen dann den Patienten auch vermitteln, wenn mal was ist, könnt ihr euch melden oder da in der bei euch in Wohnortnähe wäre die und die Praxis, wo ihr euch dann hinwenden könnt. Und ich glaube, das ist wichtig, dass man einfach so ein Rettungsanker hat. Ob man den dann braucht, weiß man nicht. Aber wenn er da ist, glaube ich, lebt es sich besser.

### A.v.B.:

Ich würde das bestärken, weil ich würde es Teil der Therapie auch sehen. Wirklich nicht nur das, was so initial in den Gedanken kommt, sondern wirklich diese psychische Komponente nicht zu klein einschätzen. Und sie haben recht. Das wird ja sehr initial während der initialen Behandlung eigentlich angeboten. Und dann ist es manchmal schon noch zu früh. Man ist noch in einem anderen Setting. Man macht noch überhaupt Diagnosebewältigung. Und aber ich würde auch unsere Hörerinnen und Hörer wirklich dazu animieren, sich auch an uns zu wenden, also an die Allianz zu wenden, weil wir haben da durchaus auch Angebote zur Unterstützung, wenn man irgendwie sagt: Ne jetzt ist es doch zu schwierig geworden oder ich komme wieder an der Situation in meinem Leben vorbei, wo noch was anderes auftritt in der Familie und so weiter. Und das einfach sagt: So und jetzt habe ich aber diese Kraft, an der Stelle nicht sich da noch Unterstützung zu holen. Also auch das Gleiche gilt. Ehrlich gesagt für eine Anschluss Heilbehandlung, wo man auch nochmal Möglichkeit hat, sich auszutauschen mit anderen Betroffenen, aber auch wieder schöne Bewältigungsstrategien an die Hand bekommt, weil es ist ein Auf und Ab, wie sie es beschrieben haben. Es gibt gute Phasen. Ich weiß aber, wenn man kurz vor der Mammografie steht oder Nachsorge Mammografie, dann kommt der Gedanke natürlich wieder. Also hoffentlich ist alles gut. Und dann ist man wieder so ein bisschen in diesem Karussell. Und da gibt es gute Möglichkeiten, dort schnell wieder rauszukommen oder eben es zu bewältigen.

N.H.:

Ja, ich glaube, das ist ganz wichtig, weil man ja auch als Frau wieder in die Familie zurückgeht, in den Beruf zurückgeht und dann auch wenig Verständnis hat, wenn es einem mal nicht so gut geht. Weil die für die Erkrankung ist für alle anderen schon ganz weit weg. Und deswegen glaube ich, ist wichtig, dass man sich dann auch Hilfe holt, die jetzt nicht so nah an einem emotional dran ist, wo man einfach mal von außen so einen gewissen Blick gerichtet bekommt.

Es gibt ja auch sehr niederschwellige Angebote. Es gibt zum Beispiel Apps wie Pink, die ja auch in der Nachsorge nach der Erkrankung eingesetzt werden können mit so kleineren verhaltenstherapeutischen Programmen drauf. Und für manche Frauen ist das ausreichend und einfach noch mal so ein bisschen im Alltag wieder sich konzentrieren auf sich selber. Und also insofern auch so eine App ist sehr hilfreich. Und die kann ja auch verschrieben werden.

A.v.B.:

Genau, also das wollte ich gerade betonen, liebe Hörerin. Die App Pink ist eine sogenannte digitale Gesundheitsanwendung, eine App auf Rezept und die ist bei uns auch voll erstattungsfähig. Und genau das empfehlen wir auch.

Das kann eine wunderbare Unterstützung sein, weil dort eben auch noch mal ein paar Informationen aufbereitet werden, die man in Ruhe nachlesen kann. Genau, ich wollte bei der Diagnostik oder beziehungsweise bei der Therapie noch mal auf einen ganz wichtigen Punkt kommen. Und zwar zum einen natürlich in einem zertifizierten Brustzentrum. Das glaube ich, würde ich jetzt mal sagen, ist gekauft. Da muss man hin. Da gibt es keine Alternativen. Und auch diese Sicherheit, wie Sie gesagt haben, ist in der Forschung passiert so viel. Und wichtig ist ja, diese Therapie entscheidet ja nicht eine Ärztin oder ein Arzt alleine, sondern es gibt ja die Funktion des Tumorboards. Vielleicht können Sie das noch mal erzählen. Das ist ja wirklich breit besetzt und hat einen breiten Blick.

N.H.:

Ja, also noch mal zu den zertifizierten Brustzentren. Das ist ja was, was wir in Deutschland flächendeckend haben. So um die 250 sind es.

Und wir müssen jedes Jahr unsere Ergebnisqualität offenlegen, müssen also zeigen, was haben wir gemacht? Wie viele Patienten haben wir behandelt? Haben wir die ausreichende Erfahrung?

Aber dann gibt es auch so ein paar Fragen, zum Beispiel in der bestimmten Patientenkollektiv, wie viel Chemo haben wir da indiziert, wo man genau weiß, das darf nicht mehr als so und so viel sein oder wie viel Brust erhaltende Operationen haben wir durchgeführt, dass man versucht, eben auch so Benchmarks zu setzen, dass man sieht, ist man so wie die meisten Zentren oder hat man so gewisse Abweichungen? Und wenn es Abweichungen gibt, kann das ja auch mal durch eine bestimmte Art von Patientenkollektiv bedingt sein.

Das kann man dann wiederum erklären. Aber als Patient weiß ich dann, das ist ein Zentrum mit einer guten Ergebnisqualität. Die haben auch qualitätssichernde Maßnahmen, dass sie in der laufenden Therapie immer das Allerbeste abrufen. Und was wir auch anbieten, sind Studien. Das ist auch ganz wichtig. Wir hatten vorhin über Studien gesprochen, die die Therapielandschaft in Deutschland verändert haben.

Und ein Qualitätsmerkmal sind auch Studien, weil man eben dort versucht, Fortschritt zu erzielen, aber gleichzeitig den Standard sozusagen immer anzubieten. Also das zum zertifizierten Brustzentrum und ein wichtiger Bestandteil eines zertifizierten Brustzentrums sind eben diese Tumorboards, sind interdisziplinär. Da sitzen alle Kollegen an einem Tisch.

Häufig ist das heute virtuell, weil jeder ja sehr in seinem Alltag beschäftigt ist und man bespricht dann die einzelnen Patienten, die man am Zentrum betreut und legt gemeinsam fest, was der richtige Therapieplan ist. Dann sind die Operateure mit dabei, die Strahlentherapeuten, die Kollegen, die die medikamentöse Therapie verantworten. Pathologen sind dabei, falls es bestimmte Fragen noch zur Diagnose gibt.

Und dann wird gemeinsam das beste Therapiekonzept für die einzelne Patientin festgelegt. Und dann kann man sich aus Patientensicht auch darauf verlassen, dass da ganz viele kluge Augen drauf geschaut haben und dass das die bestmögliche Therapie ist.

S. V.:

Interessant auf jeden Fall. Ich würde sagen, wir schauen noch mal einen Schritt weiter, nämlich zu anderen Therapiemöglichkeiten, nämlich der komplementären Behandlung. Was verstehen denn unsere Hörerinnen und Hörer darunter?

Und ist es überhaupt sinnvoll als Ergänzung oder in manchen Teilen auch riskant?

N.H.:

Ja, also Komplementärmedizin bedeutet ja vom Namen her ergänzend quasi zur Schulmedizin. Das heißt, man bietet zusätzliche Dinge an. Das können irgendwelche Atemübungen sein, können Entspannungsübungen sein.

Das können aber auch Medikamente sein. Und da muss man wirklich sagen, eigentlich brauchen wir in Deutschland bei einer gesunden Ernährung nicht mehr viel Zusätzliches. Man sollte das wirklich gut besprechen.

Denn alles, was wir zusätzlich einnehmen und vielleicht so kaufen im Drogeriemarkt oder in der Apotheke so über den Tresen, das kann auch interferieren mit Medikamenten, die wir anbieten in der Behandlung von Brustkrebs. Und das kann zum Teil dazu führen, dass Medikamente schneller abgebaut werden. Dann wirken sie kürzer oder dass die länger im Körper verbleiben, weil die naturheilkundlichen Therapien über dasselbe Abbauenzym sozusagen verstoffwechselt werden.

Und das kann dann dazu führen, dass Medikamente zu lange im Körper bleiben und eben auch zu Nebenwirkungen führen. Das heißt, man sollte alles, was man zusätzlich macht, gut abstimmen mit den behandelnden Ärzten und sich einen vielleicht einen Therapeuten suchen, der eben das auch akzeptiert, dass man eben gut abgestimmte Dinge tut. Und wenn man das Gefühl hat, man möchte noch zusätzlich was machen und es nicht schädlich ist für die Therapie, dann bin ich da auch ganz offen.

Aber ich arbeite am liebsten mit Kollegen zusammen, die eben da auch Rückfragen stellen und dann eben sagen: Nee, in dieser Phase der Therapie konzentrieren wir uns jetzt ganz auf das, was die Klinik anbietet, und dann können wir unterstützend noch das und das machen. Und dann ist es manchmal auch eine reine, sagen wir mal, Entscheidungsfrage: Möchte man zusätzlich noch eine Misteltherapie zum Beispiel machen, die ja nicht die Heilungschancen verbessert, aber vielleicht die Lebensqualität verbessert?

Und das kann man ja dann mit den Komplementärmedizinerinnen in aller Ruhe besprechen. Aber das Wichtigste ist die Offenheit und nix machen, was nicht gemeldet wird an den Arzt, der die Therapie im Brustzentrum führt. Weil es kann manchmal aufgrund von Wechselwirkungen dann zu unerwünschten Therapienebenwirkungen kommen.

Und das ist ja das, was wir vermeiden wollen. Und nochmal, man muss auch aufpassen, auch zum Beispiel Zusatzmineralstoffe oder Selen braucht es vielleicht gar nicht. Wenn der Selenspiegel gut ist, muss man nicht noch zusätzlich Selen nehmen.

Und früher zum Beispiel kann mich noch gut erinnern, haben wir eine Zeit lang immer hoch dosiert, war Vitamin E was, was viele Patienten genommen haben. Dann hat man festgestellt, das schützt nicht nur die normalen Zellen, das schützt auch die Tumorzellen vor der Therapie. Und das ist ja was, was wir gar nicht wollen. Also insofern sich ein Komplementärmediziner suchen, der genug über die Schulmedizin weiß, dass er da zusätzlich agiert, aber eben nicht Dinge sozusagen wechselwirken, die dann vielleicht eher schädlich sind.

S.V.:

Gibt es denn Informationsquellen oder sagen Sie wirklich einfach zum Behandler gehen oder der sich eben am besten damit auskennt? Oder gibt es vielleicht auch eine Internetseite, wo man sich informieren kann oder besser nicht informieren sollte?

N.H.:

Ja, also Internetseiten zum Beispiel von Patientenorganisationen Brustkrebs Deutschland ist eine sehr, sehr gute Organisation, die da viel Angebote hat, viel auch über Therapienebenwirkungen informiert, auch Beratungssprechstunden hat. Aber natürlich in anderen Regionen in Deutschland, ich weiß, in Augsburg ist, glaube ich, Mamazone sehr, sehr verbreitet.

Also da gibt es viele Patientenorganisationen, wo man sich schon mal informieren kann und die wiederum dann auch Komplementärmediziner empfehlen können, wenn das nicht im Brustzentrum auch schon passiert. Viele Brustzentren haben solche Sprechstunden oder arbeiten mit Kollegen zusammen. Und wie gesagt, das Beste, was man tun kann, zusätzlich ist Sport und Bewegung und nicht unbedingt noch die zusätzliche Einnahme von Mineralstoffen.

A.v.B.:

Das habe ich auch schon gehört. Also zu sagen, wenn man jetzt gerade während der Therapie, wo es darum geht, ja die Zellen, die Bösen zu zerstören, sozusagen, wenn man dann aber quasi einen Zellschutz nimmt, dann ist das gar nicht so sinnvoll. Das haben Sie jetzt noch einmal bestätigt mit der Vitamin-E-These.

N.H.:

Und es gibt auch Studien, zum Beispiel zu Therapien, die Neuropathien behandeln sollen, wo man festgestellt hat, das tut es gar nicht so gut, wie es angepriesen war oder wie es vom Verständnis der Wirkung des Medikaments vielleicht erwartet hätte. Das heißt, wir haben auch zum Beispiel bei den deutschen Leitlinien von der AGO, die man über [ago-online.de](http://ago-online.de) auch, gibt es auch Patientenseiten dazu. Und da gibt es auch ein ganzes Kapitel über Komplementärmedizin.

Und da ist eigentlich die Evidenz sehr gut erst einmal charakterisiert. Ist es was, das man machen kann, aber nicht machen muss? Oder ist es was, wovon eher abgeraten wird?

Auch da könnte man zum Beispiel nachschauen, wenn man sich informieren möchte. Das wird einmal im Jahr auch neu überarbeitet, diese Leitlinie, sodass man da immer auf dem neuesten Stand ist. Und wie gesagt, viel, was eigentlich für ein Laien sinnvoll erscheint, hat aber nie gezeigt, dass es das wirklich auch beim Patienten erreichen kann an Medikamenten.

Und natürlich ist das auch ein großes Geschäftsgebiet, wo auch, wie gesagt, viel Geld verdient wird mit der Angst von Patientinnen. Und da muss man, glaube ich, schon ein bisschen kritisch auch sein.

S.V.:

Richtiger Punkt. So, bevor wir zum Abschluss über operative Entscheidungen sprechen, möchte ich gerne noch auf einen ja auch sehr alltagsrelevanten Punkt zu sprechen kommen, nämlich das Lymphödem. Woran erkennen denn Patientinnen früh ein mögliches Lymphödem?

Oder welche Maßnahmen gibt es auch zur Prävention, die sie empfehlen würden in der Praxis?

N.H.:

Also Lymphödem ist heute, hat nicht mehr den Stellenwert, den es vor 10, 15 Jahren hatte. Das muss man ganz ehrlich sagen. Wir haben die Radikalität der Operation in der Achselhöhle sehr zurückgefahren.

Es gibt heute sogar einen Großteil von Patientinnen, da wird überhaupt nicht mehr geguckt nach Lymphknotenbefall. Wir haben auf den Wächter-Lymphknoten verzichtet oder können wir verzichten heute bei den klassischen Tumoren, die aus dem Screening kommen. Das heißt, Frauen ab 50 mit Tumoren bis zu zwei Zentimeter, günstige Tumorbiologie und klinisch kein Verdacht auf Lymphknoten. Das ist ein Großteil unserer Patientinnen, die gar nicht mehr an der Achselhöhle operiert werden. Das heißt, Gott sei Dank ist das Lymphödem was, was heute deutlich seltener geworden ist. Sollte es auftreten, zum Beispiel nach einer Achselhöhlen-Operation und dann vielleicht noch zusätzlicher Bestrahlung, ist es ganz wichtig, dass man es früh erkennt.

Das merkt man daran, dass die Ringe plötzlich nicht mehr gut vom Finger gehen, dass die Hand auf der Seite dick wird, dass der Arm dick wird und dann eben mit vorbeugenden Maßnahmen beginnen. Lymphdrainage, Kompressionsstrümpfe, damit es ja gar nicht zu einem dauerhaft dicken Arm kommt oder der möglichst nicht stark ausgeprägt ist. Das heißt, Dinge vermeiden, die den Arm dick werden lassen, weil man, was einmal da ist, geht nicht mehr zurück.

Aber und dann, wie gesagt, vorbeugende Maßnahmen wie Kompressionsstrümpfe oder auch therapeutische Lymphdrainage. Und damit kriegt man das, glaube ich, heute ganz gut in den Griff. Und wie gesagt, das ist extrem selten geworden und man darf heute keine Angst mehr haben vor solchen Komplikationen, weil wir einfach die Operationsradikalität auch deutlich zurückgenommen haben.

A.v.B.:

Ich glaube sowieso, wenn man jetzt auch an die Therapie guckt, also eine Bestrahlung, die ja auch sehr fokussiert mittlerweile ist, wo früher, ich komme ja aus dem Klinischen, also aus der Pflege, aus der onkologischen Pflege auch, da hat man

schon einfach immer noch mal mehr an der Haut gesehen. Das ist heute auch viel besser, dass das im Griff bekommen wird, weil man viel zielgerichteter ist. Ich glaube, da sind wir wieder an dem am Anfang.

Wir haben heute eine viel zielgerichtete Therapie. Also jede Frau, die dann Bestrahlung kriegt, wird dann, wenn sie sich dann unterhält, vielleicht in der Selbsthilfegruppe oder so feststellen. Jeder hat unterschiedliche Muster.

Die eine hat 26, die andere hat 32 Bestrahlung bekommen und auch im durchaus anderen Setting mit Booster, ohne Booster.

Also es gibt so eine Vielfalt und ich glaube, das kann man auch sagen, es ist heute, dadurch, dass es so gut dosiert ist, auch bei der Chemotherapie, ich will jetzt nicht sagen, es gibt keine Nebenwirkungen, aber man hat sie heute doch durchaus besser im Griff, weil es viel zielgerichteter ist.

#### N.H.:

Ja, wir haben ja vorhin auch über das Tumorboard gesprochen und genau dafür ist es ja auch da.

Wir machen ja zwei Tumorboards. Wir machen ein Tumorboard zu Beginn der Erkrankung, dass man einfach sieht, was ist denn der richtige Weg der Therapie und dann machen wir eins noch mal nach der Operation, wenn wir den Tumor entfernt haben und dann wird auch noch mal festgelegt, muss bestrahlt werden, wenn ja, welche Art der Bestrahlung, welche Organe müssen bestrahlt werden, ist es nur die Brust oder muss man zum Beispiel auch Lymphabflusswege bestrahlen und da sind wir heute auch schon sehr viel weniger radikal als früher. Das heißt, wenn zum Beispiel ein Tumor vor der Operation mit Chemotherapie versorgt wurde und dann ist kein Tumorrest mehr übrig geblieben bei der Operation, dann kann man heute eventuell auch schon auf die Bestrahlung der Lymphknoten verzichten, auch wenn man das früher gemacht hätte.

Also man orientiert sich auch am Ansprechen auf andere Therapie Modalitäten und versucht dann so wenig wie nur irgendwie möglich noch zu machen. Also das ist, glaube ich, auch ein ganz wichtiger Punkt, dass wir heute mit weniger mehr erreichen.

#### A.v.B.:

Und damit auch mit weniger Nebenwirkungen, weil ich glaube, das ist ja auch so das Thema.

Natürlich, da hört man viel und es ist auch nicht so, dass man keine Nebenwirkungen hat, aber erst mal sind sie nicht mehr so stark und man kriegt sie sehr gut gemanagt auch. Natürlich dann auch wieder neue Medikamenten, die zum Beispiel bei der Übelkeit, bei der Chemotherapie auch injiziert sind oder auch faszinierend, was es heute in der Hautpflege gibt, weil wenn man dann doch bei der bestrahlten Brust vielleicht sowas wie einen Sonnenbrand hat, dann kann man heute so viele Möglichkeiten.

#### S.V.:

Was sicher auch seltener vorkommt, ist die Mastektomie, was aber immer noch sehr in den Köpfen verankert ist, wenn man auf das Thema Brustkrebs kommt.

Manchmal ist ja doch medizinisch sinnvoll, stellt sich die Frage, wie funktioniert denn das mit einer Rekonstruktion? Welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten sind danach auch zu bedenken oder welche Unterstützung gibt es dann natürlich auch?

N.H.:

Ja, also viele Frauen haben ja auch so den Reflex, wenn ich alles weg mache, dann werde ich wieder ganz gesund und ich glaube, das ist ganz wichtig zu sagen, das Ausmaß der Operation verbessert nicht die Heilungschancen, sondern wir können heute wirklich optimale Heilungschancen erreichen, wenn wir nur den Tumor entfernen und einen kleinen, gesunden Randsaum drumherum und mehr zu operieren. Also verbessert eben nicht die Heilungschancen. Ich glaube, das ist ganz, ganz wichtig und wenn wir uns darüber klar sind, dann kann man natürlich diskutieren, wann muss eine Mastektomie trotzdem erfolgen.

Das ist immer dann, wenn zum Beispiel der Tumor sehr verstreut in der Brust ist und man nicht sagen kann, der ist in einem Bereich in dem kann ich sicher gut entfernen, denn wir wollen ja auf gar keinen Fall Tumorzellen zurücklassen, wenn es irgendwie geht. Das sieht man meistens schon vor der Therapie. Also auch, wenn man vor der Operation noch eine Chemotherapie macht, kann man das schon festlegen.

Dann sagen wir, das Ausmaß ist so groß, dass wir trotzdem dann um die Entfernung der Brust nicht herumkommen. Aber das ist heute sehr selten geworden. Ich würde sagen, dass wir über 80 Prozent unserer Patienten brusterhaltend operieren können. Dann würde man vielleicht noch eine Mastektomie empfehlen, wenn es sich um diesen entzündlichen Brustkrebs handelt, wo eben auch in den Lymphspalten noch Tumorzellen drin sind. Da macht man vorher eine Chemotherapie und dann würde man trotzdem die Haut, also wenn es auch den Hautmantel weitestgehend entfernen. Für die meisten Patientinnen kann man, wenn die Brustdrüse komplett entfernt werden muss, einen Wiederaufbau anbieten.

Und wir machen das heute eigentlich auch immer gleichzeitig. Das heißt, wir versorgen dann die Brust mit einer Implantat Chirurgie und die sozusagen Autologen-Rekonstruktionsmaßnahmen, die ja deutlich länger sind. Also wenn man zum Beispiel freien Lappen macht, Muskelgewebe vom Bauch oder so nimmt. Da bin ich kein besonders großer Freund davon, das bei der ersten Operation schon zu machen, weil oft ist es so, dass man ja erst mal sicherstellen muss, dass wirklich aller Tumor entfernt ist und genau schauen muss. Und wenn ich dann eine längerstündige Rekonstruktionsoperation habe und dann hinter sich feststellt, dass noch Tumor zurückgeblieben ist, ist das kein gutes Ergebnis. Und deswegen machen wir gerne die Implantatchirurgie und dann kann man immer noch, wenn einem das kosmetische Ergebnis nicht gefällt, in einem zweiten Schritt noch mit einem Muskelgewebe das dann wieder rekonstruieren.

S.V.:

Vielen Dank. Vielleicht noch was zum Abschluss, was würden Sie gerne unseren Hörerinnen und Hörern mitgeben?

N.H.:

Ja, vielleicht zwei Dinge. Zum einen keine Angst vor der Früherkennung. Gehen Sie zur Vorsorge. Früherkennung ist der erste Schritt zur Heilung bei Brustkrebs. Und für die meisten, die zur Früherkennung gehen, wird Brustkrebs ja auch nie ein Thema sein.

Also haben Sie keine Angst. Machen Sie Ihre Mammografie alle zwei Jahre. Machen Sie die erforderlichen Untersuchungen.

Und wenn es zu dieser Diagnose kommen sollte, dann haben Sie auch keine Angst. Wir sind heute so viel besser geworden, als wir früher waren, was die Therapie

angeht. Gehen Sie in ein zertifiziertes Brustzentrum und dort wird Ihnen gut geholfen werden.

Und vielleicht, was für mich noch ein ganz wichtiger Punkt ist, die rasche Operation ist nicht immer der beste Weg zur Heilung, sondern es ist das bestmögliche Therapiekonzept. Und wenn vor der Operation noch Medikamente gegeben werden müssen, dann hat das seinen Grund und macht dann die Heilungschancen noch mal besser. Aber wie gesagt, Brustkrebs ist kein Notfall.

Sie haben immer Zeit, sich alles gut zu überlegen. Und das Allerwichtigste ist, bleiben Sie gesund.

S.V.:

Das sind doch super abschließende Worte.

Vielen Dank an Sie, Frau Professor Harbeck.

Ja, das war unser Allianz Gesundheits-Talk zum Thema Vorsorge ist Fürsorge.

Brustkrebs frühzeitig erkennen in zwei Teilen.

Zuerst der Blick in die Forschung und im Anschluss im zweiten Teil haben wir die Einflussfaktoren und die Behandlungsmöglichkeiten gesprochen.

A.v.B.:

Und wenn Sie Fragen haben oder unsicher sind, sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt und nutzen Sie die Angebote der zertifizierten Brustzentren. Und ganz wichtig, dieser Podcast ersetzt keine medizinische Beratung.

Er soll Orientierung geben und den Weg zu guter Vorsorge erleichtern.

S.V.:

Ja, wir bedanken uns noch mal sehr herzlich bei Ihnen, Frau Professor Dr. Nadia Harbeck für die klaren Einordnungen und wertvollen Hinweise und natürlich auch bei Ihnen, liebe Hörerinnen und Hörer, fürs Dabeisein. Das waren Angela von Barga und Sabrina Volkmann von der Allianz privaten Krankenversicherung.

Sie hörten den Allianz Gesundheits-Talk, den Podcast rund um Gesundheit, Prävention und Geschichten, die bewegen. Wir freuen uns, wenn Sie diesen Podcast einer Person, die Ihnen wichtig ist, weiterempfehlen. Bleiben Sie gesund und bis zum nächsten Mal.