

Krebs:
Neue Medikamente –
neue Hoffnung –
neue Herausforderungen

Presseinformation
29. Jänner 2013



Inhalt

1.	Herzlich willkommen – Einleitung	3
2.	Weltkrebstag 2013	4
3.	Krebs in Österreich: Daten & Fakten	5
4.	Neues aus dem Bereich der gastrointestinalen Tumore Univ. Prof. Dr. Gabriela Kornek	8
5.	Neues in der Hämatologie Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger	11
6.	Brustkrebs – erhöhte Heilungschancen durch neue Therapien Univ. Prof. Dr. Günther Steger	14
7.	Krebshilfe fordert einen nationalen Schulterschluss Prim. Univ. Prof. Dr. Paul Sevelda	17
8.	Zusammenfassung	20
9.	Pressefotos	23

Beilagen:

Presse-CD:

- Pressemappe
- Bilder in Druckqualität

Die in diesem Text verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

**Herzlich willkommen zum Pressegespräch
anlässlich des Weltkrebstages**

**„Neue Medikamente – neue Hoffnung –
neue Herausforderungen“**

Wann: Dienstag, 29. Jänner, 10.30 Uhr
Wo: AKH, Hörsaalzentrum, Ebene 8, Kursraum 23

Krebs hat sich in den letzten fünfzehn Jahren von einer tödlichen zu einer chronischen Erkrankung entwickelt. Dennoch verunsichern Kosten-Nutzen-Diskussionen über Präventionsmaßnahmen, Früherkennungsscreenings und neue Therapien Patienten und deren Angehörige. Anlässlich des Weltkrebstages (4. Februar) informieren ExpertInnen über sinnvolle Vorsorgemaßnahmen, neue Therapien und wichtige Begleitmaßnahmen, um die Sterblichkeit bei Krebs weiter zu reduzieren, die Lebensqualität der PatientInnen zu steigern und das Wissen zur Erkrankung bei allen Betroffenen zu erhöhen.

Auf dem Podium:

- **Univ. Prof. Dr. Gabriela Kornek**, Stellvertretende Leiterin der klinischen Abteilung für Onkologie, Medizinische Universitätsklinik Wien, Präsidentin des Vereins „Leben mit Krebs“:
„Neues aus dem Bereich der gastrointestinalen Tumore“
- **Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger**, Leiter der Klinischen Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie an der Medizinische Universitätsklinik Wien:
„Personalisierte Medizin in der Hämatologie – die Zukunft hat schon begonnen“
- **Univ. Prof. Dr. Günther Steger**, Programmdirektor für Mammakarzinom der Klinischen Abteilung für Onkologie, Medizinische Universitätsklinik Wien:
„Brustkrebs – erhöhte Heilungschancen durch neue Therapien“
- **Univ. Prof. Dr. Paul Sevelda**, Vorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im Krankenhaus Wien-Hietzing, Präsident der Österreichischen Krebshilfe:
„Ein Drittel der Krebserkrankungen wäre vermeidbar“

Moderation: **Barbara Stöckl**

Weitere Infos: www.leben-mit-krebs.at

Bilder zum heutigen Pressefrühstück finden Sie nach Veranstaltungsende unter:
<https://fotodienst.presstext.com/album/3154>

2. Weltkrebstag 2013:

Samstag, 4. Februar, ist Weltkrebstag. Aus diesem Grund finden an diesem Tag rund um den Globus Aktionen im Kampf gegen Krebs statt.

**Infoabend für Betroffene, Angehörige und Interessierte
am 1. Februar im Radiokulturhaus Wien:**

„Neue Medikamente – neue Hoffnung – neue Herausforderungen“

Krebs hat sich in den letzten fünfzehn Jahren von einer tödlichen zu einer chronischen Erkrankung entwickelt. Dennoch verunsichern Kosten-Nutzen-Diskussionen über Präventionsmaßnahmen, Früherkennungsscreenings und neue Therapien Patienten und deren Angehörige. Anlässlich des Weltkrebstages (4. Februar) informieren Experten über sinnvolle Vorsorgemaßnahmen, neue Therapien und wichtige Begleitmaßnahmen, um die Sterblichkeit bei Krebs weiter zu reduzieren, die Lebensqualität der Patienten zu steigern und das Wissen zur Erkrankung bei allen Betroffenen zu erhöhen. So findet am Freitag, 1. Februar 2013, ab 18 Uhr, im Radiokulturhaus des ORF Wien, Großer Sendesaal, Argentinierstraße 30a, 1040 Wien ein Infoabend für Patienten, Angehörige und alle Interessierten statt. Das Motto: „Neue Medikamente – neue Hoffnung – neue Herausforderungen“.

Auf dem Programm stehen Vorträge namhafter Experten: Univ. Prof. Dr. Gabriela Kornek berichtet über „Neues aus dem Bereich der Gastrointestinalen Tumore“, Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger über „Neues aus dem Bereich der Hämatologie“ und Univ. Prof. Dr. Günther Steger informiert über „Neues aus dem Bereich Brustkrebs“. Anschließend besteht die Möglichkeit, Fragen an die Experten zu stellen. Der Eintritt ist frei.

Weitere Infos: www.leben-mit-krebs.at

3. Krebs in Österreich: Daten & Fakten

Die moderne Krebsmedizin der letzten zehn Jahre hat Leben verlängert und Lebensqualität verbessert. In Österreich werden Betroffene nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen therapiert. Daher liegt unser Land im europäischen Vergleich unter den Top 5 Ländern mit den längsten Überlebensraten bei Krebs¹ und ist – neben Frankreich der Schweiz und den USA – führend in der Anwendung neuester Krebsmedikamente.²

Krebs ist nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Österreich. Jeder vierte Österreicher stirbt daran. Am häufigsten zum Tod führen Krebserkrankungen in der Lunge, im Magen, in der Leber, im Darm, in der Brust und im Gebärmutterhals. Rund ein Drittel der Krebsfälle könnte verhindert werden, beispielsweise durch die Vermeidung von Risikofaktoren wie Alkohol und Tabak, mehr Bewegung und ausreichend Sonnenschutz.

Enorme Fortschritte

Im letzten Jahrzehnt konnten bei einer Reihe von Tumorarten die Heilungsraten erhöht, die Überlebenszeit verlängert und die Lebensqualität verbessert werden. Das relative 5-Jahres-Überleben ist in Österreich signifikant gestiegen: 1985 überlebten 4 von 10 Krebspatienten länger als fünf Jahre, 2005 waren es bereits 6 von 10.³ Patienten haben frühen Zugang zu Studien mit modernsten Wirkstoffen: In Österreich sind z.B. 30 Prozent der Brustkrebs-Patientinnen in klinische Studien eingebunden. Patienten, die an Studien teilnehmen, leben erwiesenermaßen länger als andere.⁴ Dies gilt nicht nur für frühe, sondern auch für fortgeschrittene Tumorstadien (Abbildung 1 = Seite 6 bzw. ppt-Folie 7). Beispielsweise haben vor zehn Jahren Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs im Durchschnitt 22 Monate gelebt, heute leben sie fast dreimal so lange, nämlich 58 Monate.⁵

Heilung ist immer das oberste Ziel einer Tumortherapie. Da Krebserkrankungen jedoch äußerst komplex sind, ist dieses Ziel nicht bei jedem Betroffenen erreichbar. In diesen Fällen steht die Lebensverlängerung bei guter Lebensqualität im Vordergrund – hier konnten speziell durch moderne, sogenannte zielgerichtete Medikamente enorme Fortschritte erzielt werden.

Überschätzte Therapiekosten

Ungeachtet der erzielten Verbesserungen werden häufig die Therapiekosten für Krebspatienten deutlich überschätzt. So wurden laut Statistik Austria pro Kopf und Jahr 2009/10 in Österreich durchschnittlich 43 Euro für Krebsmedikamente ausgegeben, jedoch 373 Euro für Alkohol und Tabak. Die Gesundheitsausgaben Österreichs betragen 2010 gesamt 31,4 Milliarden Euro, jene für Krebsmedikamente 372 Millionen Euro (1,2 Prozent) (Abbildung 2).⁶

Die gesamten Spitalsausgaben Österreichs lagen 2010 bei 13,8 Milliarden Euro, die Ausgaben für Krebsmedikamente im stationären Bereich bei 237 Millionen Euro (1,7 Prozent).⁶ (Abbildung 3). Jeder fünfte Behandlungs-Euro in der stationären Krebsmedizin fließt in Krebsmedikamente.⁶

Arbeitsausfälle kosten mehr als Medikamente

Laut einer US-Studie aus dem Jahr 2010 ist Krebs die teuerste Krankheit, und zwar nicht aufgrund der Behandlungs-, sondern aufgrund der indirekten, wirtschaftlichen Kosten.⁷ Diese beliefen sich im Jahr 2008 auf weltweit 895 Milliarden US-Dollar – dies entspricht 1,5 Prozent der weltweiten Wirtschaftsleistung. Gerade diese indirekten Kosten – verursacht durch beispielsweise Todesfälle, Fehlzeiten im Beruf oder frühzeitige Pensionierung – werden häufig unterschätzt, machen jedoch bis zu 85 Prozent der Gesamtkosten aus.

Nur 15 Prozent sind direkte Kosten, die v.a. durch Medikamente, Spitalsaufenthalte oder Arztbesuche entstehen.

Fazit:

Die erzielten enormen Fortschritte sowie die Kostenkalkulationen belegen eindeutig, dass die moderne Krebsmedizin nicht nur für jeden einzelnen Patienten Vorteile bringt, sondern auch mit einem großen gesamtökonomischen Nutzen verbunden ist.

Literatur:

- 1 Frank R Lichtenberg (2005), Columbia University and National Bureau of Economic Research. In: Jönsson B, Wilking N (2005): A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs, Karolinska Institutet in collaboration with Stockholm School of Economics, Stockholm (Sweden);
- 2 Jönsson B, Wilking N (2007): A global comparison regarding patient access to cancer drugs. In: Annals of Oncology 18 (Supplement 3): iii31–iii48;
- 3 Statistik Austria, www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/ueberleben_mit_krebs/index.html, Stand: 13.10.2011;
- 4 Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group, www.abcs.org.at/abcs.org/html_patienten/vorteile.html, Stand: 19.12.2011;
- 5 Ergebnisoptimierung in der Therapie maligner Erkrankungen durch moderne Behandlungsstrategien: Einfluss auf die Überlebensdauer von PatientInnen mit Krebserkrankungen“, Positionspapier der Klinischen Abteilung für Onkologie der Klinik für Innere Medizin I (Leiter: Univ. Prof. Dr. Christoph Zielinski), Allgemeines Krankenhaus, Medizinische Universität Wien, Stand: März 2010; www.onkologie-wien.at/media/Positionspapier-Klinische-Abteilung-f%C3%BCr-Onkologie.pdf
- Krebsmedikamente in Österreich laut IPF, Durchschnitt 2009/2010, durch entsprechende Bevölkerungszahl laut Statistik Austria);
- 6 Institut für Pharmaökonomische Forschung, Daten 2010;
- 7 American Cancer Society (2010): The Global Economic Cost of Cancer;

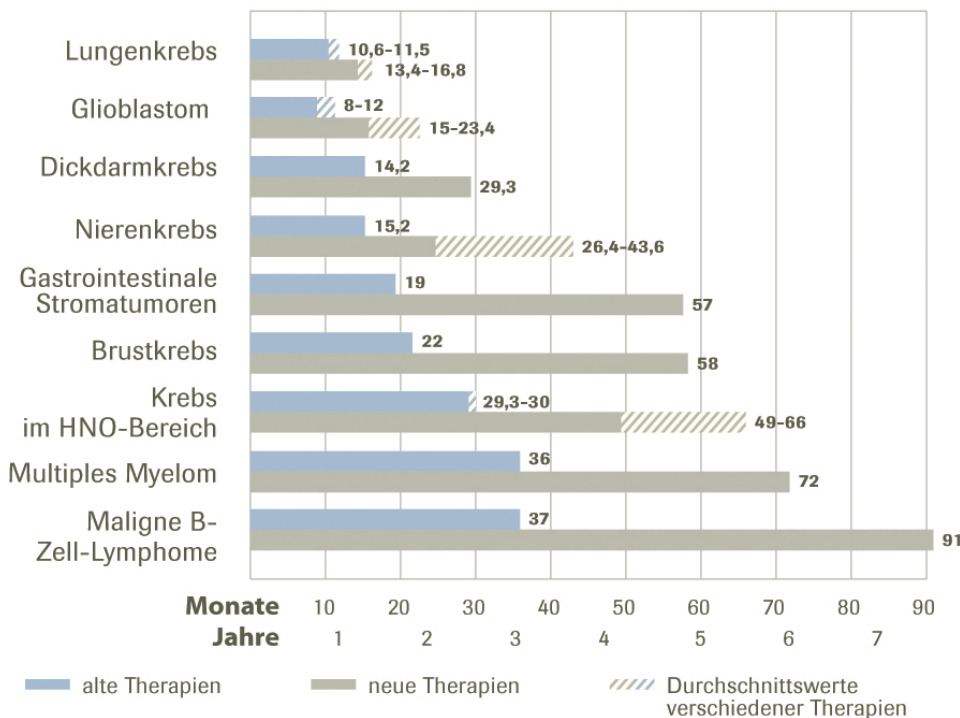
Abbildungen:

Abbildung 1:

Was moderne Medikamente bewirken
Medizinische Durchbrüche im letzten Jahrzehnt



Entwicklung der Gesamt-Überlebenszeit [Ø, in Monaten]
bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen im letzten Jahrzehnt



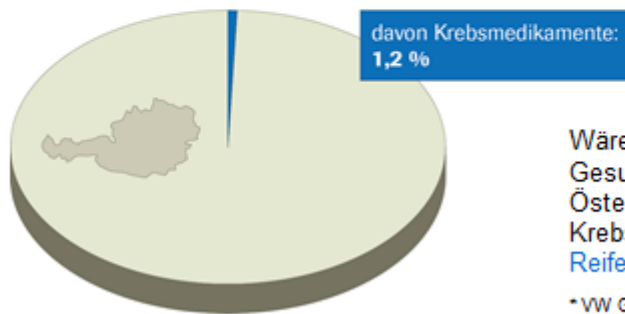
Vor zehn Jahren haben Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs im Durchschnitt 22 Monate gelebt. Heute leben sie fast dreimal so lang (Ø 58 Monate).

Abbildung 2:

Wie viel in Krebstherapie investiert wird *Was Krebsmedikamente in Österreich kosten*



Gesundheitsausgaben in Österreich:
31'438 Mio. € (= 31,4 Mrd. €)



Wären die Gesundheitsausgaben Österreichs ein VW Golf, wären Krebsmedikamente ein **günstiger Reifen mit Felge**.*

* VW Golf: ~ 17.000 €, günstiger Reifen: ~ 90 €, Felge: ~ 110

Daten 2010

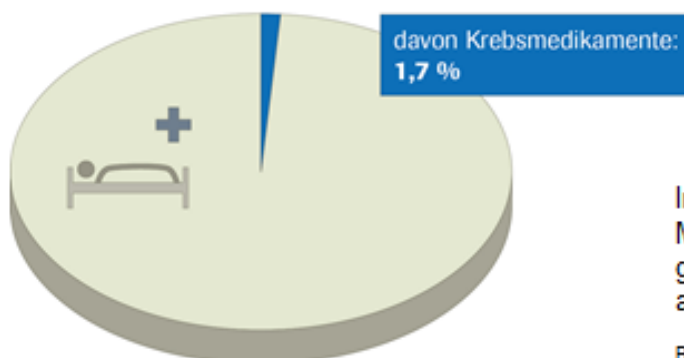
Abbildung 3:

Wie viel in Krebstherapie investiert wird *Krebstherapie kostet weniger, als man vielleicht denkt*



Spitalsausgaben in Österreich:
13'773 Mio. € (= 13,8 Mrd. €)

Basis: alle Spitäler in Österreich



Insgesamt machen Medikamente **5,7 %** der gesamten Spitalsausgaben aus.

Basis: österreichische Fondsspitäler

Daten 2010

4. Neues aus dem Bereich der gastrointestinalen Tumore

Univ. Prof. Dr. Gabriela Kornek, Stellvertretende Leiterin der klinischen Abteilung für Onkologie, Medizinische Universitätsklinik Wien, Präsidentin des Vereins „Leben mit Krebs“

www.leben-mit-krebs.at: erste online Krebsfortbildung mit „Spezialdiplom“ für Patienten und Ärzte



In der Behandlung von Tumoren des Verdauungstraktes wurden in den letzten Jahren vor allem bei Darmkrebs enorme Fortschritte erzielt. Beispielsweise kann heute bereits ein Drittel jener Patienten, die noch vor zehn Jahren als unheilbar galten, potenziell kurativ – also mit dem Ziel der Heilung – behandelt werden. Aber auch bei Tumoren des Magens, der Leber und der Bauchspeicheldrüse können die Betroffenen von neuen Entwicklungen profitieren.

Im letzten Jahrzehnt wurden zur Behandlung von Darmkrebs viele neue Medikamente in Infusions-, und teilweise auch Tablettenform entwickelt – von neuen Chemotherapeutika wie Irinotecan und Oxaliplatin oder Capecitabine bis zu den zielgerichteten Antikörpertherapien Cetuximab, Bevacizumab und Panitumumab. Speziell in den letzten fünf Jahren wurden wertvolle Erfahrungen vor allem über die optimale Abfolge sowie die ideale Kombination der zur Verfügung stehenden Therapien gesammelt, die in einer deutlichen Verbesserung der Behandlungsergebnisse resultieren. Hier nur einige Beispiele für neue Erkenntnisse:

- Die Anti-EGFR-Antikörper Cetuximab und Panitumumab erwiesen sich als besonders gut geeignet, einen Tumor vor seiner operativen Entfernung rasch und effizient zu verkleinern.
- Bei Therapieversagen unter einer Erhaltungstherapie mit Chemotherapie plus Bevacizumab ist es sinnvoll, nur das Chemotherapeutikum zu wechseln und denselben Antikörper weiterzugeben.
- Beschwerdefreie Patienten mit neu diagnostizierten, sicher inoperablen Metastasen profitieren eher von einer milden, gut verträglichen Behandlung eher als von einer aggressiven, potenziell nebenwirkungsreichen, Kombinationstherapie. Im Vordergrund steht hier die Lebensverlängerung bei möglichst guter Lebensqualität.
- Durch die Identifikation von Biomarkern lässt sich immer häufiger vorab das individuelle Ansprechen eines Patienten auf ein bestimmtes Medikament abschätzen, z.B. die KRAS-Mutation bei Cetuximab und Bevacizumab. Für eine zielgerichtete Therapie sind daher neben dem histologischen Befund auch molekulardiagnostische Analysen erforderlich.

Neue viel versprechende Therapieoptionen für fortgeschrittenen Darmkrebs sind der bereits zugelassene VEGFR-Trap Aflibercept sowie der kurz vor der Zulassung befindliche Tyrosinkinasehemmer Regorafenib. Weiters wird im Rahmen einer internationalen Phase-III-Studie unter österreichischer Beteiligung ein neues orales Chemotherapeutikum für ausbehandelte Patienten geprüft.

Deutliche Verbesserungen für Patienten

Dank der vielfältigen Erkenntnisse kann heute bereits etwa ein Drittel jener Patienten, die vor zehn Jahren noch als nicht heilbar galten und eine nur geringe Lebenserwartung hatten, potenziell geheilt werden. Aber auch unheilbare Patienten leben deutlich länger als früher. Eine Analyse an unserer Abteilung hat für Patienten, die niemals operabel wurden, ein medianes Überleben von über 37 Monaten ergeben – mehr als doppelt so

lang wie in klinischen Studien noch vor wenigen Jahren erreichbar war. Darüber hinaus konnten viele Patienten mittels Chemotherapie soweit gebracht werden, dass ihre Metastasen letztendlich doch chirurgisch entfernbar wurden. Diese Patienten leben im Durchschnitt fünf Jahre und länger (median 57 Monate).

Nicht mehr wegzudenken ist die Einrichtung der Tumorboards an großen Zentren wie dem AKH. Hier wird nicht nur jeder Patient mit neu diagnostiziertem Tumor interdisziplinär besprochen, sondern auch regelmäßig während der laufenden Behandlung, um die Therapiestrategien jeweils nach dem aktuellen Krankheitszustand zu optimieren. Bei Patienten mit metastasiertem Darmkrebs beginnen wir häufig eine lebensbegleitende Therapie, mitunter bietet jedoch ein überraschend gutes Ansprechen auch die Chance auf Heilung.

Auch die Operationsmethoden konnten in den letzten Jahren deutlich verbessert werden. Selbst ausgedehnte Leberoperationen sind bereits relativ komplikationsarm durchführbar. Viele Patienten müssen nur noch eine Woche im Krankenhaus bleiben. Dank innovativer Techniken lässt sich sogar ein Teil der Pfortader verschließen. Innerhalb weniger Wochen wächst neues Lebergewebe nach und der tumorbehaftete Rest der Leber kann entfernt werden.

Magenkrebs

Es häufen sich die Hinweise aus internationalen Studien, dass die Patienten am meisten profitieren, wenn sie drei Zyklen Chemotherapie bereits vor der Operation erhalten und weitere drei Zyklen danach.

Weiters sind im Bereich des Magenkarzinoms die ersten potenziellen Fortschritte mit Antikörpertherapie in Sicht. So wurde entdeckt, dass bei einem Teil der Magenkrebs-Patienten die bereits seit Jahren bei Brustkrebspatientinnen bekannte Her2/neu-Überexpression nachgewiesen werden kann. Etwa ein Viertel der metastasierten Her2/neu-positiven Magenkarzinom-Patienten profitiert demnach von dem für HER2-positiven metastasierten Magenkrebs zugelassenen Antikörper Trastuzumab. Derzeit wird untersucht, mit welchen Therapieschemen – vor und/oder nach der Operation – die besten Ergebnisse zu erzielen sind.

Bauchspeicheldrüsenkrebs

Die Prognose für Patienten mit Pankreaskarzinom ist bislang eher ungünstig. Neue Entwicklungen bieten nun erstmals Grund zur Hoffnung. So zeigte eine aktuelle Studie bei Patienten mit metastasiertem Pankreaskarzinom, dass der Zusatz eines neuen Medikaments (Nab-Paclitaxel) zur Standardchemotherapie eine deutliche Verlängerung der Zeit bis zum Fortschreiten der Erkrankung und des Gesamtüberlebens bewirkt. Mit der Zulassung dieses Präparates für diese Erkrankung ist mit Anfang 2014 zu rechnen, es ist jedoch in manchen österreichischen Zentren bereits verfügbar.

Weiters hat sich bestätigt, dass eine Mehrfachkombination von Zytostatika, die auch bei Darmkrebs zum Einsatz kommt (FOLFIRINOX: Oxaliplatin, Irinotecan und 5-FU), im Vergleich zur Standardtherapie Gemcitabine deutlich bessere Ergebnisse (verdoppelte Überlebenszeit, verdreifachte Ansprechrate) erzielen kann. Allerdings ist die Kombination nebenwirkungsreich und nur etwa der Hälfte der Patienten mit fortgeschrittenem Bauchspeicheldrüsenkrebs zumutbar. Hingegen ist die Dreifachkombination bei neu diagnostiziertem, nicht metastasiertem Pankreaskarzinom vor einer Operation zur Tumorverkleinerung mit guter Erfolgschance (30 Prozent versus 10 Prozent mit der bisherigen Standardtherapie) einsetzbar.

Leberzellkarzinom

Zur Behandlung von Leberkrebs steht bereits seit Jahren der Multikinasehemmer Sorafenib zur Verfügung, mit neuen Zulassungen ist trotz einiger laufender Studien in absehbarer Sicht nicht zu rechnen. Hier ist es besonders wichtig, bereits vorhandene Therapiestandards zu verfeinern und in den aktuellen Leitlinien zu etablieren. Dies gilt beispielsweise für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Onkologen,

Leberkrebspezialisten, Chirurgen und Röntgenfachärzten in Tumorboards als zentrale Voraussetzung für die optimale Durchführung lokaler Behandlungen wie der Hitzetherapie (Radiofrequenzablation) oder der Alkoholverabreichung in den Tumor. Damit lassen sich in vielen Fällen dauerhafte Stabilisierungen erreichen und etwa auch die Wartezeit auf eine Lebertransplantation gut überbrücken.

Zur Person

Univ. Prof. Dr. Gabriela Kornek

Programmdirektionen: Tumoren der Kopf-Hals-Region

Promotion: 26.11.1987 Facharzt datum: 01.02.1995

Habilitationsdatum: 17.11.1995 Additivfächer: Hämato-Onkologie

Positionen: Stellvertretende Leiterin und Qualitätsbeauftragte der Klinik für Innere Medizin I

Forschungsschwerpunkte:

HNO-Tumoren, Gastrointestinale Tumoren, klinische Studien

Publikationen:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/pubmed> (unter: kornek g)

153 Originalarbeiten, > 25 Buchkapitel / Übersichten, 1 Buch (Editor)

Auszeichnungen:

Best teacher of the month (Mai 2005)

Kontakt:

Tel. und Fax: 01/40400-5462

E-Mail: gabriela.kornek@meduniwien.ac.at

5. Neues in der Hämatologie

Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger, Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie, Universitätsklinik für Innere Medizin I, AKH Wien



Bislang wurde bei onkologischen Erkrankungen des Blutes und der Lymphdrüsen eine komplette Heilung unter Anwendung von nebenwirkungsreichen Chemotherapien angestrebt. Heute werden zunehmend innovative, individuell auf den Patienten maßgeschneiderte Therapien in Tablettenform zur Langzeitbehandlung chronischer Krebserkrankungen entwickelt. Heilung durch diese neuen Therapien ist bei vielen Erkrankungen natürlich das wichtigste Ziel. Andererseits kann das Therapieziel für manche Erkrankungen auf eine primäre Verbesserung der Lebensqualität und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bei gleichzeitiger guter Krankheitskontrolle neu definiert werden.

Hämatologie ist die Lehre bzw. Wissenschaft vom Blut und den blutbildenden Organen. Sie umfasst neben nicht-onkologischen Erkrankungen, wie Immun- und Autoimmunerkrankungen, Blutgerinnungsstörungen etc., auch den großen Bereich der bösartigen Erkrankungen des Blutes und der Lymphdrüsen, die Leukämien und Lymphomerkrankungen.

Verfeinerte Diagnostik

Die Hämatologie hat gegenüber der Onkologie – dem breiten Spektrum solider Tumore – den Vorteil, dass die Zellen des Blutes und des Knochenmarkes gut zugänglich sind. Daher wird besonders in der Hämatologie die genetische und molekularbiologische Diagnostik entwickelt und vorangetrieben. Beispielsweise wurde bereits im Jahr 2007 die erste Leukämie komplett in ihrem Genom durchsequenziert. Mittlerweile ist es schon Routine geworden, das Genom verschiedener Leukämien zu sequenzieren und daraus Informationen zu gewinnen, welche Subgruppen von Leukämieformen sich hinter der jeweiligen Leukämie tatsächlich verbergen. Diese verfeinerte Diagnostik wird zunehmend dazu dienen, die Auswahl der Therapie zu steuern. Denn parallel zu den wachsenden diagnostischen Erkenntnissen steigt die Zahl an Medikamenten, die diese genetischen Veränderungen (Mutationen) – also die mit den verschiedenen Subtypen von Leukämien und Lymphomen assoziierte Genexpression – gezielt angreifen (targeten).

Überfluss an Informationen

Die immer genauer werdende Diagnostik stellt die Mediziner jedoch auch vor völlig neue Herausforderungen. Sie können beispielsweise feststellen, dass bei einem einzelnen Patienten in einer Leukämie 20 Mutationen vorliegen – es kann jedoch sein, dass nur zwei oder drei dieser Mutationen die Erkrankung treiben, aber nicht bekannt ist, welche. Wenn gegen die falsche Mutation vorgegangen wird, verschwindet die Leukämie möglicherweise nur oberflächlich und es wird keine tatsächliche nachhaltige Heilung erreicht. Neben der Identifizierung der für das Tumorwachstum verantwortlichen Mutationen ist es notwendig, herauszufinden, welche der vielen neuen zielgerichteten Medikamente (Inhibitoren) – in nächster Zukunft werden 50 bis 100 neue Präparate verfügbar sein – exakt gegen die jeweiligen Mutationen wirken und diese dementsprechend selektiv einzusetzen. Dafür ist die Entwicklung elektronischer Tools erforderlich, die die Vielzahl an Daten aus der Sequenzierung auswerten und dem Arzt die Informationen darüber liefern, welches Medikament für welche Krebsform bzw. bei welchem Subtyp der Leukämie bei einem bestimmten Patienten wirkt.

Zunahme an Studien

Vom medizinischen Standpunkt aus gesehen ist also das komplizierteste Problem, jedem

Patienten die für ihn optimale Therapie zuzuordnen. Dafür werden mehr und kleinere Studien erforderlich sein, weil die Erkrankungen in immer kleinere Subformen differenziert werden können. Auch die Standards für Studien werden deutlich höher. Beispielsweise wird heute bei Patienten mit einem Leukämie-Rückfall akzeptiert, wenn ein Medikament eine Remissionsrate von 30 Prozent erzeugt. Das heißt umgekehrt, dass 70 Prozent der Patienten, die in diese Studie hineingehen, nicht ansprechen werden. Wenn man die Wirkung eines Medikaments besser vorhersagen kann, wird die Anforderung bezüglich der Ansprechrate steigen – vielleicht auf 60 Prozent. Das wird auch auf die Zulassung von Medikamenten massive Auswirkungen haben.

Ökonomische Auswirkungen

Vor dem Hintergrund, dass bereits ein einzelner Inhibitor monatliche Therapiekosten von ca. 4.000 Euro verursacht und möglicherweise mehrere Medikamente für einen Patienten erforderlich sein werden, wird diese Behandlung sicher teurer sein als Chemotherapie. Auf lange Sicht und gesamtökonomisch gesehen könnte sich dies jedoch aus verschiedenen Gründen durchaus rechnen: Die Inhibitorentherapie kann zu Hause in Tablettenform eingenommen werden. Hingegen muss sich jeder Patient pro Chemotherapie-Zyklus drei Wochen lang im Krankenhaus aufhalten. Darüber hinaus können die Patienten rasch in den Arbeitsprozess eingegliedert werden und eine gute Lebensqualität haben, was mit Chemotherapie kaum erreichbar ist. Um allen Menschen diese neuen Medikamente zur Verfügung stellen zu können, werden alle im Gesundheitswesen beteiligten Partner aufeinander zugehen müssen. Die Politik ist hier gefordert, gemeinsam mit der Pharmaindustrie sinnvolle Verhandlungen und Kompromisse zu suchen.

Lebensbegleitende Therapien

Die neuen Therapien verbessern bei den meisten hämatologischen Krebserkrankungen sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenszeit dramatisch. Dadurch erleben die Patienten häufiger die Entstehung von Sekundär malignomen. Dies wird häufig fälschlich auf eine höhere Nebenwirkungsrate der neuen Medikamente zurückgeführt, ist jedoch darin begründet, dass unter früher üblichen Behandlungen die meisten Patienten bereits vorher gestorben sind.

Durch die Etablierung neuer Inhibitoren wird die Lebensqualität weiter steigen, weil die Patienten keine Chemotherapie mehr brauchen, sondern einfach täglich ihre Tabletten schlucken.

Diese Neuerungen verändern auch die Zielsetzung der Therapie. Primäres Ziel war bisher die komplette Heilung. Dies wird bei akuten Leukämien oder aggressiven Lymphome vermutlich weiterhin so bleiben. Hingegen rückt bei manchen chronischen Formen eine gute Krankheitskontrolle bei exzellenter Lebensqualität ohne Chemotherapie in den Vordergrund. Der Patient nimmt jeden Tag seine Medikamente ein – unter Umständen lebenslang, wie beispielsweise ein Diabetiker – und lebt damit beschwerdefrei bei guter Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit. Dies gelingt beispielsweise bereits bei vielen Patienten mit chronisch myeloischer Leukämie, die früher in jedem Fall mittels Stammzelltransplantation behandelt werden musste.

Zur Person

Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger

geboren 1956 in Lienz, Tirol

verheiratet, 2 Kinder

Ausbildung:

1974-1982 University of Vienna Medical School

Berufliche Laufbahn:

derzeit Leiter der Klinischen Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie an der Medizinischen Universitätsklinik

1982-1990 Training in General Internal Medicine, University of Vienna Medical School
(Board certification: 07-08-90)
1984-1990 Specialized training in Hematology/Hemostaseology (Board certification: 28-05-1996)
1984-1986 Scientific projects in Hematology/Immunology
1986-1989 Howard Hughes Medical Institute, Washington University, St. Louis, MO, USA
(Prof. S.J.Korsmeyer) – Scientific projects: Molecular biology of lymphoma
1989 – present Group Leader - Div. of Hematology, University of Vienna: Oncogene
Laboratory. Scientific projects: Molecular biology of lymphoma and leukemia, mechanism
of chromosomal translocations
1989-2001 Clinical studies: Minimal residual disease in lymphoma and leukemia
1994 Habilitation: Molecular mechanisms of the t(14;18) translocation in lymphoma.
2001 – 2004 Director of Hematology Outpatient Service
2004 Professor of Hematology (Medical University of Vienna)
2004 – dato Head of the Division of Hematology and Hemostaseology

Weitere berufliche Aktivitäten

1998-1999 Postgradual Course in Medical Management
2000 Secretary of the Annual Meeting of the Austrian Society of Hematology and
Oncology
2001-2006 Organizer: Young Investigators Meeting of the Austrian Society of
Hematology and Oncology
2005- Editor of the Educational series of the Wiener Klinische Wochenschrift
2005-2010 Member of the Habilitations Commission (conservative) of the Medical
University of Vienna
2007-2010 Member of the academic senate of the Medical University of Vienna
2008- Section Editor, Annals of Hematology

Scientific Advisory Board of the Austrian Society of Hematology and Oncology (since
1993)
Strategy Commission of the German CLL Study Group (since 2001)
Protocol Committee of the German indolent NHL Study Group (since 1998)
Editorial Board: Leukemia (since 1996)
Annals of Hematology (since 2001)
Scientific Advisory Board of the International Society for Preventive Oncology (since
2001)
Chairman of the Basic Science Committee of the European Research Initiative in CLL
(ERIC) (since 2005)
Member of the Medical Advisory Board of the Austrian Stem Cell Registry (since 2005)
Data Monitoring and Safety Committee (DMSC) of the German low grade Lymphoma
group (GLSG) (since 2006)
Councillor of the European Haematology Association (since 2006)
President of the European Haematology Association (since 2009)
Board of the Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin (since 2011)
Vice-President of the Arbeitsgemeinschaft medikamentöse Tumortherapie (AGMT)

Forschungsgebiete

Molecular Hematology
Molecular Biology of Leukemias and Lymphomas
Minimal residual disease Molecular mechanism of chromosomal translocation
Chronic lymphocytic leukemia

Kontakt:

1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20,
Tel. 01/40400-4409, Fax 01/40400-4030
E-Mail: ulrich.jaeger@meduniwien.ac.at

6. Brustkrebs – erhöhte Heilungschancen durch neue Therapien

Univ.-Prof. Dr. Günther Steger, Programmdirektor für Mammakarzinom der Klinischen Abteilung für Onkologie, Medizinische Universitätsklinik Wien



Innovative Behandlungsstrategien ermöglichen einem Großteil der Brustkrebspatientinnen eine bessere Prognose: Bei vielen Betroffenen ohne Metastasierung konnten die Heilungschancen wesentlich erhöht werden. Bei Frauen, die bereits Metastasen entwickelt haben, kann die Überlebenszeit bei guter Lebensqualität deutlich verlängert werden.

Bei Brustkrebs werden hormonabhängige und hormonunabhängige sowie immunabhängige und immununabhängige Tumore unterschieden. Mittlerweile sind fünf verschiedene Untergruppen des Mammakarzinoms definiert, die spezifischen Therapiemaßnahmen – Chemotherapie und/oder Hormontherapie, Chemotherapie und /oder Immuntherapie – zugänglich sind.

Her2-positive Mammakarzinome

Besonders große Fortschritte wurden im letzten Jahr im Bereich der immunabhängigen, Her2-positiven Mammakarzinome erzielt, die etwa 15 bis 20 Prozent aller Brustkrebspatientinnen betreffen. Unter federführender Beteiligung Österreichs wurden klinische Studien mit zwei verschiedenen Immuntherapeutika – Medikamente auf Antikörperbasis – durchgeführt, deren positive Ergebnisse nun zu den entsprechenden Zulassungen führen. Sie stehen heimischen Brustkrebspatientinnen jedoch bereits derzeit im Rahmen sogenannter „Early Access“-Programme in einigen österreichischen Zentren zur Verfügung.

Der neue Antikörper Pertuzumab ist eine Ergänzung zur bereits seit vielen Jahren üblichen Kombination aus Chemotherapie plus Trastuzumab in der Metastasentherapie. In klinischen Studien konnte mit dieser Dreifach-Strategie eine Erhöhung der Ansprechrate sowie der Ansprechdauer um jeweils 50 Prozent realisiert werden. Unter Erstlinientherapie mit der traditionellen Chemo-Immuntherapie lag die Ansprechrate bei zirka 60 bis 70 Prozent, von der neuen Dreierkombination ist zu erwarten, dass 80 bis 90 Prozent der Patientinnen mit Tumorschrumpfen oder Stillstand der Metastasen ansprechen. Wie enorm die erzielten Therapiefortschritte tatsächlich sind, ist unter anderem daran ersichtlich, dass für metastasierte Patientinnen bis zur Jahrtausendwende ausschließlich Chemotherapie mit Ansprechraten von nur rund 20 Prozent zur Verfügung stand. Die mediane Überlebenszeit hat sich von damals sechs bis acht Monaten auf 48 bis 60 Monate unter der Dreifachkombination verfünf- bis versechsfacht. Dies bedeutet in der Realität, dass viele Patientinnen jahrelang unter der Therapie gut und symptomarm leben können.

Zusätzlich wurde mit der Substanz Trastuzumab-Emtansine ein weiterer therapeutischer Ansatz auf Basis des bereits seit Jahren etablierten Antikörpers Trastuzumab entwickelt. Er wurde mit einem zytostatischen Molekül verbunden und führt dieses an die Krebszelle heran. Das Zytostatikum wird erst intrazellulär freigesetzt – dies resultiert in einer hohen Wirksamkeit mit einer um 30 bis 50 Prozent verbesserten Prognose sowie in einer extrem guten Verträglichkeit. Im Vergleich zur traditionellen Taxan-Chemotherapie treten schwere Nebenwirkungen – v.a. hämatologischer Natur, also Blutzellen betreffend – praktisch nicht bzw. nur in geringer Ausprägung auf.

Diese beiden Entwicklungen werden – wie in Österreich dank exzellenter Vernetzung hoch engagierter Onkologen üblich – sehr rasch in die klinische Routine eingeführt und damit allen Patientinnen zur Verfügung stehen. Metastasierter Brustkrebs ist eine chronische Erkrankung, vergleichbar mit Diabetes, Rheuma oder Bluthochdruck – daher

benötigen alle Betroffenen eine lebensbegleitende Therapie. Diese erfolgt als Infusionen in einem Intervall von etwa drei Wochen, meist ambulant tagesklinisch.

Beide Substanzen werden derzeit in klinischen Studien auch zur Verhinderung von Metastasen geprüft. Ergebnisse werden in zwei bis drei Jahren vorliegen, wobei die Erwartungen optimistisch sind.

Hormonabhängige Tumore

60 Prozent aller Mammakarzinome sind hormonabhängig. Die Betroffenen werden seit 30 Jahren mit Antihormontherapien zur Verhinderung von Metastasen – gleichbedeutend mit einer Ausheilung der Krebserkrankung – behandelt. Als Goldstandard galt lange Zeit eine fünfjährige Therapie (Tabletten mit Tamoxifen oder Aromatasehemmern), basierend auf entsprechenden Studien aus den 1970er- und 1980er-Jahren, wonach eine über diese Zeitspanne hinaus verlängerte Behandlung keinen Benefit bringt.

Aktuelle Daten aus einer neuen Studiengeneration legen jedoch nahe, dass eine Verlängerung der adjuvanten, metastasenverhindernden Therapie auf bis zu zehn Jahre signifikante Vorteile bringt: Es wird davon ausgegangen, dass zusätzliche 20 bis 30 Prozent an Metastasen dadurch verhindert werden können. Sollten diese Ergebnisse auf dem Weltkrebskongress ASCO im Mai 2013 durch neue Daten bestätigt werden, was aus heutiger Sicht zu erwarten ist, wird sich die Therapieverlängerung sehr rasch als neuer Standard etablieren.

Forschungsbedarf

Nach wie vor großer Forschungsbedarf besteht bei triplenegativen Karzinomen. Diese sind weder hormon- noch immunabhängig, betreffen etwa 15 Prozent aller Brustkrebspatientinnen und können derzeit nach wie vor nur mit klassischer Chemotherapie behandelt werden. Die Betroffenen haben eine sehr schlechte Prognose mit einer medianen Überlebenszeit bei Auftreten von Metastasen von lediglich sechs bis acht Monaten. Global und unter Mitwirkung Österreichs wird hier intensive präklinische und klinische Forschung betrieben, um bessere therapeutische Möglichkeiten zu entwickeln.

Zur Person

Univ.-Prof. Dr. Günther Steger

geboren 1961 in Wien, verheiratet, 3 Kinder

Ausbildung

1979-1985 Studium der Medizin, Universität Wien, Österreich
12.7.1985 Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde (Universität Wien, Österreich)
1985-1991 Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin
1991-1992 Forschungsaufenthalt University of California in Los Angeles (UCLA)
1992 Ordinationsgründung
18.12.1993 Habilitation/Venia docendi für Innere Medizin
11.10.1995 Facharzt für Hämato-Onkologie

Berufliche Laufbahn

1997-2007 Onkologischer Berater des KH Krems
1998 Ausserordentlicher o Universitätsprofessor
10.1.2001 Programmdirektor für Adjuvante Therapien
Programmdirektor für Prädiktive Faktoren
2002-2007 Onkologischer Berater des KH Scheibbs

Mitgliedschaften

- 1986 Gesellschaft der Ärzte in Wien
- 1987 Österr. Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
Österr. Gesellschaft für Chemotherapie
Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (ABCSG-Vorstandsmitglied)
- 1989 European Society for Medical Oncology (ESMO)
- 1989 Member of the Scientific Board and Program Committee of the
"Cancer Club - University of Vienna"
- 1990 Österreichische. Krebshilfe
- 1993 American Society of Clinical Oncology (ASCO)
Österreichische. Gesellschaft für Senologie
- 2001 Editor Onkologie für „Universum Innere Medizin“ (Offizielles Journal der Österr.
Gesellschaft für Innere Medizin)
- 2005 Associate Editor „Breast Care“

Preise

- 1998 WolfgangDenk Preis Preis der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und
Onkologie
- 1994 Preis der „HOECHST-Stiftung“
- 1993 Preis der Österr. Gesellschaft für Senologie
- 1990 Preis der Österr. Gesellschaft für Chemotherapie

Klinische Studien

Seit 1992 multiple Klinische Studien als Principal Investigator, National Coordinating Investigator und Co-Investigator

Publikationen und Vorträge

Über 350 Originalarbeiten, Proceedings und Abstracts in peer-reviewten Journalen und über 800 nationale und internationale Vorträge für Mediziner, Patientinnen und Laien.

Kontakt:

Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Innere Medizin I
(früher Klinik für Chemotherapie)
Klinische Abteilung für Onkologie
Univ-Prof. Dr. Günther Steger
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

7. Krebshilfe fordert einen nationalen Schulterschluss

Univ. Prof. Dr. Paul Sevelde, Vorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im Krankenhaus Wien-Hietzing, Präsident der Österreichischen Krebshilfe:



Der diesjährige Weltkrebstag am 4. Februar wird weltweit unter dem Motto „Krebs – Wussten Sie ...“ begangen. Erklärtes Ziel ist es, mit den vier häufigsten Mythen rund um das Thema Krebs aufzuräumen und die Bevölkerung und die Politik über Fakten und notwendige Schritte zu informieren.

Mythos 1: Krebs ist eine reine Gesundheitsfrage

Faktum: Krebs ist keine reine Gesundheitsfrage. Abgesehen von dem Schock der Diagnose, der verständlichen Angst um die Gesundheit und dem menschlichen Leid, hat eine Krebserkrankung fast immer auch weitreichende wirtschaftliche und soziale Auswirkungen für Patient, Angehörige, Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Gesundheitssystem (z.B. Jobverlust, vorzeitige Pensionierung, Pflegebedarf, unzureichende Sozialversicherung bei Selbständigkeit etc.).

Mythos 2: Krebs ist eine Erkrankung älterer Menschen.

Faktum: Krebs trifft Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen. Jährlich erkranken in Österreich etwa 37.000 Menschen an Krebs. Bei Männern treten 16 Prozent aller Krebserkrankungen vor dem 55. Lebensjahr auf, bei Frauen sind es 23 Prozent. Es zeigt sich zwar eine deutliche Zunahme des Erkrankungsrisikos mit steigendem Alter, dennoch gibt es Krebsarten, die vorwiegend Kinder und junge Menschen treffen (z.B. Leukämie, Krebserkrankungen des lymphatischen Systems).

Mythos 3: Krebs ist ein Todesurteil

Faktum: Viele Krebsarten, die noch vor Jahren einem Todesurteil gleich kamen, können **heute aufgrund von implementierten Früherkennungsprogrammen und Fortschritten in der Therapie geheilt werden** oder das Leben der Patienten maßgeblich bei bestmöglicher Lebensqualität verlängert werden.

Mythos 4: An Krebs zu erkranken ist Schicksal

Faktum: Es gilt als erwiesen, dass 1/3 aller Krebserkrankungen durch entsprechende Maßnahmen vermieden werden könnten. Unter diese Maßnahmen fallen:

Gesunder Lebensstil. Ein gesunder Lebensstil (gesunde Ernährung, verantwortungsvoller Konsum von Alkohol, ausreichend Bewegung, Sonne ohne Reue) kann das Risiko einer Krebserkrankung reduzieren.

Nicht Rauchen. Rund eine Milliarde Menschen wird im 21. Jahrhundert durch das Rauchen ihr Leben verlieren. Es ist erwiesen, dass Rauchen für 71 Prozent aller Lungenkrebs-Todesfälle und 22 Prozent aller anderen Krebs-Todesfälle verantwortlich ist.

Infektionen. Jede sechste Krebserkrankung weltweit wird von Infektionen verursacht, die größtenteils vermeidbar oder behandelbar wären. Vor allem Infektionen durch Humane Papillomaviren (HPV), Bakterien wie Helicobacter pylori oder Hepatitis B- und C-Viren (HBV und HCV).

Früherkennung von Krebs.

Es ist erwiesen, dass Krebsfrüherkennungs-Programme wie das „Brustkrebs-Screening“ oder „Dickdarm-Screening“ in jenen Ländern, in denen diese Programme bereits etabliert sind, beachtliche Erfolge erzielen.

Österreichische Krebshilfe fordert einen nationalen Schulterschluss

Die Österreichische Krebshilfe appelliert an alle Verantwortlichen: „Die Fakten liegen auf dem Tisch: ein Drittel aller Krebserkrankungen sind vermeidbar. Wir brauchen einen überparteilichen, nationalen Schulterschluss, um alle Vorkehrungen zu schaffen, rasch jene Programme einzuführen, die sich in anderen Ländern bereits bewährt haben“, so Krebshilfe Präsident Univ. Prof. Dr. Paul Sevelda.

1. Nationale Programme zur Früherkennung von Brust- und Darmkrebs

Es ist ein „Meilenstein“ im heimischen Gesundheitswesen, dass nun endlich im Herbst 2013 das nationale Brustkrebs-Früherkennungsprogramm eingeführt wird. „Ganz wesentlich wird sein, dass Frauen in ganz Österreich über die Einführung dieses Programmes informiert UND motiviert werden, daran teilzunehmen“, so Sevelda. Unumstritten ist auch die Wichtigkeit eines nationalen Darmkrebs-Früherkennungsprogrammes. „Wir hoffen sehr, dass dies ebenfalls bald Realität wird, denn die Darmspiegelung ab dem 50. Lebensjahr kann Darmkrebs weitgehend vermeiden.“

2. HPV-Impfung in nationalen Impfplan aufnehmen

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat die HPV-Impfung in ihre allgemeinen Impfpfehlungen aufgenommen. Österreich ist das einzige Land Europas (EU 17), in dem es bis heute noch kein öffentliches HPV-Impfprogramm gibt oder ein solches beschlossen wurde. Daher gibt es auch keine österreichweite Regelung, was etwaige Zuschüsse zur Impfung betrifft. „Es ist uns völlig unverständlich, warum dies in Österreich noch nicht möglich ist. Wir appellieren daher seit Jahren wiederholt an die politisch Verantwortlichen, ein öffentliches und österreichweites HPV-Impfprogramm einzuführen“, so Sevelda.

3. Krebs darf nicht in die Armutsfalle führen

Krebspatienten müssen davor geschützt werden, durch die Erkrankung unverschuldet in finanzielle Not zu geraten. Dazu gehört u.a. auch die Einführung eines stufenweisen Wiedereinstieges in das Arbeitsleben nach Krebs. In Österreich ist für Krebspatienten der berufliche Wiedereinstieg so geregelt, dass sie sofort wieder voll (100 Prozent der Normalarbeitszeit) zu arbeiten haben. In anderen Ländern ist es möglich, stufenweise (über prozentuelle Arbeitszeit wie 30 Prozent, 50 Prozent etc.) wieder ins Arbeitsleben zurückzufinden, was die Gewöhnung an die Beanspruchung erleichtert und verhindert, dass der Arbeitnehmer womöglich schnell wieder ausfällt. „Man könnte den Eindruck gewinnen, dass Krebspatienten oft absichtlich einem ‚Dschungel‘ an Bürokratie ausgesetzt werden“, so Gabriela Mausser, Sprecherin der Krebshilfe-Beraterinnen. „Wie soll denn bitte beispielsweise ein Darmkrebspatient mit externem Darmausgang seinem Beruf als Lagerarbeiter sofort wieder zu 100 Prozent nachgehen? Es ist doch verständlich, dass hier ein Antrag auf Berufsunfähigkeit eingebracht wird. Bis zur Entscheidung über den Antrag vergehen oft Monate. Wovon soll der Patient in der Zwischenzeit leben?“, kritisiert Mausser. „Es braucht daher klare Regelungen zum stufenweisen Wiedereinstieg ins Berufsleben nach Krebs“, fordern die Krebshilfe-Beraterinnen.

Leben retten – Geld sparen

895 Milliarden Dollar – so hoch beziffert eine Studie aus 2010 die wirtschaftlichen Folgen von Krebs (für 2008). „Damit ist Krebs – auch aus wirtschaftlicher Sicht – ein weltweit sehr vielfältiges gesundheitliches Problem“, zeigt Krebsexperte Univ. Prof. Dr. Christoph Zielinski auf. „Wenn wir also alles erdenklich Mögliche tun, um Krebserkrankungen zu vermeiden oder frühest möglich zu erkennen und bestmöglich zu therapieren, dann können wir Menschenleben retten und ‚sparen‘. Dazu bedarf es einer gemeinsamen Anstrengung und dem nationalen und überparteilichen Schulterschluss, in die Vermeidung von Krebs, die Früherkennung, modernste Therapien und die Forschung zu investieren,“ appelliert Zielinski.

Zur Person

Primarius Univ. Prof. Dr. Paul Sevelda

geboren 1955 in Wien

Ausbildung:

1979 Promotion zum Dr. univ.med. an der Universität Wien

1983 „ius practicandi“ als praktischer Arzt

1983-1987 Ausbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe an der
1. Universitäts-Frauenklinik Wien

1984-1985, 1988-1989 Ausbildung an der Strahlenabteilung der I. und II.
Universitätsfrauenklinik

1989 Oberarzt an der I. Universitäts Frauenklinik,

1991 Medizinische Universität Wien, Universitätsdozent

1995 Universitätsprofessor der Medizin Universität Wien

1997 Primarius der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Hietzing

2000 Präsident der Österreichischen Krebshilfe

Spezialgebiete:

Brustkrebserkrankungen, Operative und medikamentöse Therapie von
Krebserkrankungen der Frau (Gebärmutter, Eierstöcke), Minimal invasive
Operationstechnik (Knopflochchirurgie), Krebsfrüherkennung und Vorsorge (HPV
Impfung)

Betreuungsangebot:

Brustoperationen, Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Ultraschall,
Urogynäkologie, Operative Gynäkologie, Wechselbeschwerden

Ehrenamtliche Funktionen/Mitgliedschaften

1989-1994 Sekretär der Österreichischen Krebshilfe

1994-2000 Vizepräsident der Wiener Krebshilfe

1996 Mitglied des Präsidiums "Kampf dem Krebs"

seit 2000 Präsident der Österreichischen Krebshilfe

Vorstand Karl Landsteiner Institut für gynäkologische Onkologie und Senologie

Mitglied des ORF-Gesundheitsbeirates (seit 2007)

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft „Qualitätssicherung Mammografie-Screening“ ÖBIG,
Gesundheit Österreich GmbH

Mitglied des Obersten Sanitätsrates der Republik Österreich (seit 2008)

Mitglied des Onkologiebeirates des Bundesministers für Gesundheit (seit 2009)

Mitglied des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie der
Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Mitglied der ÖGGG, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Mitglied der "Early Breast Cancer Trialists Study Group" der Universität Oxford

Mitglied der American Society of Clinical Oncology

Mitglied der European Society of Gynaecologic Oncology

Kontakt:

Ordination: 1010 Wien , Ebendorferstraße 3/11 (neben dem Rathaus)

Tel. 01/406 41 57, Termine nach Vereinbarung, keine Kassen

E-Mail: sevelda@aon.at

Pressekontakt:

Österreichische Krebshilfe

Doris Kiefhaber, Geschäftsführerin

Tel. 01/796 64 50-17

kiefhaber@krebshilfe.net

8. Zusammenfassung: Krebstherapie erzielt enorme Fortschritte

In der Krebsbehandlung wurden speziell im letzten Jahrzehnt bahnbrechende Entwicklungen realisiert. So konnte bei einer Vielzahl von Tumorarten das Leben verlängert und die Lebensqualität verbessert werden. Dies gilt speziell für Brustkrebs, onkologische Erkrankungen des Blutes und der Lymphdrüsen sowie Tumore des Verdauungstraktes.

Brustkrebs

„Innovative Behandlungsstrategien ermöglichen einem Großteil der Brustkrebspatientinnen eine bessere Prognose“, berichtet Univ. Prof. Dr. Günther Steger, Programmdirektor für Mammakarzinom der Klinischen Abteilung für Onkologie, Medizinische Universitätsklinik Wien: „Bei vielen Betroffenen ohne Metastasierung konnten die Heilungschancen wesentlich erhöht werden. Bei Frauen, die bereits Metastasen entwickelt haben, kann die Überlebenszeit bei guter Lebensqualität deutlich verlängert werden.“

Her2-positiven Mammakarzinome

Besonders große Fortschritte wurden im letzten Jahr im Bereich der immunabhängigen, Her2-positiven Mammakarzinome erzielt, die etwa 15 bis 20 Prozent aller Brustkrebspatientinnen betreffen. Positive Ergebnisse aus klinischen Studien unter federführender Beteiligung Österreichs führten kürzlich zur Zulassung zweier innovativer Immuntherapeutika:

Durch den Zusatz des neuen Antikörpers Pertuzumab zur etablierten Kombination aus Chemotherapie plus Trastuzumab in der Metastasentherapie kann eine Verdoppelung der Ansprechrate und der Ansprechdauer realisiert werden. Die mediane Überlebenszeit liegt damit bei 48 bis 60 Monaten. „Dies bedeutet, dass viele Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs jahrelang unter der Therapie gut und symptomarm leben können“, erklärt Prof. Steger.

Mit Trastuzumab-Emtansine wurde ein neuer therapeutischer Ansatz auf Basis des bereits etablierten Antikörpers Trastuzumab entwickelt. Er wurde mit einem zytostatischen Molekül verbunden und führt dieses an die Krebszelle heran. Das Zytostatikum wird erst intrazellulär freigesetzt – dies resultiert in einer hohen Wirksamkeit mit einer um 30 bis 50 Prozent verbesserten Prognose sowie in einer extrem guten Verträglichkeit. „Die beiden Entwicklungen werden sehr rasch in die klinische Routine eingeführt und damit allen Patientinnen zur Verfügung stehen“, so Prof. Steger.

Hormonabhängige Tumore

60 Prozent aller Mammakarzinome sind hormonabhängig. Aktuelle Daten legen nahe, dass bei diesen eine Verlängerung der Standardtherapie (Tabletten mit Tamoxifen oder Aromatasehemmern) zur Verhinderung von Metastasen – gleichbedeutend mit einer Ausheilung der Krebserkrankung – von bisher üblicherweise fünf Jahren auf bis zu zehn Jahre signifikante Vorteile (Verhinderung von zusätzlich 20 bis 30 Prozent Metastasen) bringt.

Hämatologische Krebserkrankungen

Bei onkologischen Erkrankungen des Blutes und der Lymphdrüsen sind entscheidende Entwicklungen in Richtung individuell maßgeschneiderter Therapiekonzeption im Gange. „Diese wird vor allem durch Fortschritte in der modernen genetischen und molekularbiologischen Diagnostik möglich“, betont Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger, Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie, Universitätsklinik für Innere Medizin I,

AKH Wien. Mittlerweile ist es bereits Routine, das Genom verschiedener Leukämien zu sequenzieren und daraus Informationen zu gewinnen, welche Subgruppen von Leukämieformen sich hinter der jeweiligen Leukämie verbergen und mit welchen Medikamenten sie zielgerichtet behandelt werden können. Diese dienen zunehmend dazu, die Auswahl der ständig steigenden Zahl an zielgerichteten Medikamenten zu steuern.

Die Neuerungen beeinflussen auch die Zielsetzung der Therapie. Bisher wurde primär die komplette Heilung unter Anwendung nebenwirkungsreicher Chemotherapien angestrebt. „Dies wird bei akuten Leukämien oder aggressiven Lymphome vermutlich weiterhin so bleiben“, so Prof. Jäger. „Hingegen rückt bei manchen chronischen Formen eine gute Krankheitskontrolle bei exzellenter Lebensqualität ohne Chemotherapie in den Vordergrund. Der Patient nimmt jeden Tag seine Medikamente ein – unter Umständen lebenslang – und lebt damit beschwerdefrei bei guter Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit.“

Tumore des Verdauungstraktes

Vor allem bei Darmkrebs und in geringerem Ausmaß auch bei Tumoren des Magens, der Leber und der Bauchspeicheldrüse wurden therapeutische Fortschritte erzielt.

Darmkrebs

Im letzten Jahrzehnt wurden viele Darmkrebs-Medikamente in Infusions-, und teilweise auch Tablettenform entwickelt – von neuen Chemotherapeutika wie Irinotecan und Oxaliplatin oder Capecitabine bis zu den zielgerichteten Antikörpertherapien Cetuximab, Bevacizumab und Panitumumab. „Speziell in den letzten fünf Jahren wurden wertvolle Erfahrungen vor allem über die optimale Abfolge sowie die ideale Kombination der vorhandenen Therapien gesammelt, die in einer deutlichen Verbesserung der Behandlungsergebnisse resultieren“, erklärt Univ. Prof. Dr. Gabriela Kornek, stellvertretende Leiterin der klinischen Abteilung für Onkologie, Medizinische Universitätsklinik Wien, Präsidentin des Vereins „Leben mit Krebs“. Große Vorteile haben zudem die Einrichtung von Tumorboards an großen Zentren sowie deutlich verbesserte Operationsmethoden gebracht. „Dank der vielfältigen Erkenntnisse kann heute bereits etwa ein Drittel jener Patienten, die vor zehn Jahren noch als nicht heilbar galten und eine nur geringe Lebenserwartung hatten, potenziell geheilt werden. Aber auch unheilbare Patienten leben deutlich länger als früher“, resümiert Prof. Kornek. Darüber hinaus wurden auch neue vielversprechende Therapieoptionen für fortgeschrittenen Darmkrebs entwickelt, die in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen werden.

Magenkrebs

Internationale Studien legen nahe, dass Patienten mit Magenkrebs am meisten profitieren, wenn sie drei Zyklen Chemotherapie bereits vor der Operation erhalten und weitere drei Zyklen danach. Weiters sind erste potenzielle Fortschritte mit Antikörpertherapie in Sicht, konkret mit dem bereits für HER2-positiven metastasierten Magenkrebs zugelassenen Antikörper Trastuzumab.

Bauchspeicheldrüsenkrebs

Die Prognose für Patienten mit Pankreaskarzinom ist bislang eher ungünstig. Neue Entwicklungen bieten nun erstmals Grund zur Hoffnung. So zeigte eine aktuelle Studie bei Patienten mit Metastasen, dass der Zusatz eines neuen Medikaments (Nab-Paclitaxel) zur Standardchemotherapie eine deutliche Verlängerung der Zeit bis zum Fortschreiten der Erkrankung und des Gesamtüberlebens bewirkt. Weiters hat sich bestätigt, dass eine Mehrfachkombination von Zytostatika, die auch bei Darmkrebs zum Einsatz kommt (FOLFIRINOX: Oxaliplatin, Irinotecan und 5-FU), im Vergleich zur Standardtherapie Gemcitabine deutlich bessere Ergebnisse (verdoppelte Überlebenszeit, verdreifachte Ansprechraten) erzielen kann.

Leberzellkarzinom

Zur Behandlung von Leberkrebs steht bereits seit Jahren der Multikinasehemmer Sorafenib zur Verfügung, mit neuen Zulassungen ist in absehbarer Sicht nicht zu rechnen. Hier ist es besonders wichtig, vorhandene Therapiestandards zu verfeinern und in den aktuellen Leitlinien zu etablieren. Dies gilt beispielsweise für die Zusammenarbeit von Onkologen, Leberkrebspezialisten, Chirurgen und Röntgenfachärzten in Tumorboards als zentrale Voraussetzung für die optimale Durchführung lokaler Behandlungen wie der Hitzetherapie (Radiofrequenzablation) oder der Alkoholverabreichung in den Tumor. Damit lassen sich in vielen Fällen dauerhafte Stabilisierungen erreichen und etwa auch die Wartezeit auf eine Lebertransplantation gut überbrücken.

9. Pressefotos

Für die redaktionelle Berichterstattung stellen wir Ihnen diese Bilder gerne honorarfrei zur Verfügung. Sie finden sie in drucktauglicher Qualität auf der beiliegenden CD.



Univ. Prof. Dr. Gabriela Kornek
© DeSt



Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger
© Stefan Zeitz



Primarius Univ. Prof. Dr. Paul Sevelda
© privat



Univ. Prof. Dr. Günther Steger
© Franz Pfluegl



Univ. Prof. Dr. Christoph Zielinski
© MedUni Wien



Nicht jeder ist ein Glückskind

Österreichische Lotterien unterstützen „Leben mit Krebs“

Gesundheit ist zweifelsohne das wertvollste Gut des Menschen. Doch wenn man auch noch so auf Gesundheit bedacht ist, fast jeden von uns trifft es mindestens einmal im Leben mehr oder weniger heftig. Wenn es das Schicksal besonders heftig meint, dann legt es die Diagnose „Krebs“ auf die Schultern eines Menschen und dessen Familie. Jährlich erkranken in Österreich etwa 38.000 Menschen an dieser Krankheit, Männer sind etwas häufiger betroffen als Frauen.

Trotz der enormen Wichtigkeit der Bewusstseinsbildung wird dieses Thema nach wie vor oft tabuisiert. Schließlich blickt niemand gerne der Tatsache ins Auge, dass Krebserkrankungen in Österreich, wie auch in vielen anderen Industriestaaten, die zweithäufigste Todesursache darstellen. Dabei kann mit den großen Fortschritten, die in der Krebsforschung in den letzten Jahren gelungen sind, viel zu einer deutlich gesteigerten Lebensqualität von PatientInnen beigetragen werden.

Die Österreichischen Lotterien sind sich dessen bewusst, dass es im Leben nicht nur Gewinner geben kann und sehen es gerade deshalb als ihre Aufgabe, besonders dort zu helfen, wo die Menschen vom Schicksal hart getroffen werden. Die Initiative „Leben mit Krebs“ ist seit ihrer Gründung im Jahr 2000 fixer Bestandteil des Gesundheits-Sponsorings der Österreichischen Lotterien.

Dipl.-Ing. Friedrich Stickler, Vorstandsdirektor der Österreichischen Lotterien betont: „Wir begleiten Univ.-Prof. Dr. Christoph Zielinski und sein Team von „Leben mit Krebs“ aus Überzeugung. Die Information über sinnvolle Vorsorgemaßnahmen, neue Therapien und wichtige Begleitmaßnahmen, um die Sterblichkeit bei Krebs weiter zu reduzieren, ist unglaublich wichtig. Moderne Behandlungsmethoden können die Lebensqualität von Krebspatienten deutlich steigern, und darum muss alles getan werden, damit Menschen in einer so schwierigen Phase ihres Lebens nachhaltig unterstützt werden.“

Rückfragehinweis:

Österreichische Lotterien
Corporate Communications, Tel.: 01/79070
Martin Himmelbauer, DW 1900
Gerlinde Wohlauf, DW 1920
www.win2day.at; www.lotterien.at