

# DER BEHANDLUNGSVERLAUF BEI HR-POSITIVEM/HER2-NEGATIVEM BRUSTKREBS IM FRÜHSTADIUM: BEWÄHRTE PRAKTIKEN FÜR KOMMUNIKATION UND GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

[www.medscape.org/collection/hr-her-ebc-german](http://www.medscape.org/collection/hr-her-ebc-german)

## Segment 1: Der Patientin mit Hormonrezeptor-positivem/HER2-negativem Brustkrebs im Frühstadium ihr Rezidivrisiko mitteilen

**Karen Drucker, NP, RN:** Hallo und herzlich willkommen bei diesem Medscape-Mikrokapitel mit dem Titel „Der Patientin mit Hormonrezeptor-positivem/HER2-negativem Brustkrebs im Frühstadium ihr Rezidivrisiko mitteilen“. Mein Name ist Karen Drucker. Ich arbeite als Nurse Practitioner in der Abteilung für Brustmedizin am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York City in den USA. Mein Gesprächspartner ist Giuseppe Curigliano, ein medizinischer Onkologe an der Universität Mailand in Italien. Wie wird das Rezidivrisiko bei Hormonrezeptor-positivem/HER2-negativem Brustkrebs im Frühstadium derzeit bewertet, Giuseppe?

**Giuseppe Curigliano, MD, PhD:** Vielen Dank, Karen, für diese Frage. Das Risiko wird anhand des klinischen als auch das genomischen Risiko bewertet. Zum klinischen Risiko gehören das T-Stadium des Tumors, die Größe des Tumors und die Knotenbeteiligung. Desweiteren kann das klinische Risiko auch mit der Ki-67-Bewertung beurteilt werden, die in der Regel ein prognostischer Biomarker ist. Je höher der Ki-67-Wert ist, desto höher ist das Risiko eines Rezidivs. Um das klinische Risiko besser zu verstehen, muss man an den zusammengesetzten Risikoscore denken, der von den ForscherInnen der BIG [Breast International Group] 1–98 vor 10 Jahren veröffentlicht wurde. In diesem zusammengesetzten Score wurden das T-Stadium, das N-Stadium, die Knotenbeteiligung, Ki-67 und die Expression von Östrogenrezeptor und Progesteronrezeptor berücksichtigt. Je größer der Tumor, je höher die Knotenbeteiligung, je höher der Ki-67-Wert, desto höher das Risiko. Eine andere Art von Risiko ist das genomische Risiko. Eine Patientin mit hohem Rezidiv-Score, die postmenopausal ist, sollte als Hochrisikopatientin betrachtet werden, und deshalb schlagen wir eine Chemotherapie vor. Die Integration des klinischen Risikos und des genomischen Risikos kann also dazu beitragen, der Patientin besser zu erklären, warum die Behandlung eskaliert werden muss.

**Frau Drucker:** Giuseppe, wie kann man den Patientinnen das Risiko eines Rezidivs so vermitteln, dass sie es wirklich verstehen und es ihnen hilft, ihre Behandlungsentscheidungen zu treffen?

**Dr. Curigliano:** Ich glaube, auf die gleiche Art und Weise, auf die wir das Risiko gemeinsam im Behandlungsteam besprechen. Wenn ich also der Patientin eine Behandlung vorschlage, setze ich mich mit ihr zusammen und erkläre ihr, dass sie einen großen Tumor hat und viele Knoten betroffen sind. Ihr Tumor hat einen sehr hochgradig proliferativen Index. Deshalb schlage ich vor, die Behandlung zu eskalieren, wenn man all diese Merkmale – große Tumorgroße, starke Knotenbeteiligung, hoher Ki-67-Wert oder hoher genomischer Score – zusammennimmt. Bei einer solchen Patientin schlage ich in der Regel eine Chemotherapie vor und danach eine endokrine Therapie, die über 5 bis 10 Jahre verlängert werden kann. Bei einem Hochrisikoprofil empfehle ich, Abemaciclib mit einer endokrinen Standardtherapie über 2 Jahre zu kombinieren. Die Patientinnen verstehen das Risikokonzept wirklich, denn ein größerer Tumor mit Knotenbeteiligung kann ihnen das Risiko deutlich vor Augen führen. Und in der Regel führt dieses Verständnis dazu, dass sie sich besser an den Behandlungsplan halten. Karen, ich habe noch eine Frage an Sie. Wie vermitteln Sie den Patientinnen das Risiko eines Rezidivs, und gibt es irgendetwas, das ich von einer Nurse Practitioner wie Ihnen lernen kann, um es besser zu machen?

**Frau Drucker:** Vielen Dank. Wenn ich diese Gespräche führe, versuche ich in der Regel, mich mehr auf die positiven Aspekte der Risikominderung zu konzentrieren. Ich versuche nicht, das Risiko eines erneuten Auftretens zu verringern, sondern aufzuzeigen, was man tun kann, um ein erneutes Auftreten zu verhindern. Und dazu kann man Daten heranziehen, die gezeigt haben, dass das Hinzufügen bestimmter Therapien oder die längere Einnahme von Therapien zu besseren Ergebnissen führt und man so einen größeren Überlebensvorteil hat. Ich versuche also, mich bei den Patientinnen mehr darauf zu konzentrieren, welche Möglichkeiten wir mit diesen neuen Therapien haben, um das Ergebnis zu verändern. Mehr oder weniger ist das der Versuch, den Patientinnen das Wissen zu vermitteln, dass neuere Daten und Studien es wirklich ermöglicht haben, die Überlebensrate von Frauen mit Brustkrebs zu erhöhen, insbesondere bei Hochrisiko-Brustkrebs. Und so konzentriere ich mich auf das Positive: Dies sind Dinge, die Sie tun können, um Ihr Ergebnis zu ändern. Dies ist eine Chance, die wir haben. Es ist also eher positiv zu werten. Und was die OnkologInnen betrifft – ich weiß nicht genau, wie Sie praktizieren, aber ich bin sicher, Sie sind ein wunderbarer Onkologe. Aber ich denke, dass wir alle, die wir im Gesundheitswesen tätig sind, generell besser zuhören sollten, den Patientinnen wirklich zuhören sollten, um zu erfahren, was sie zu sagen haben und wie sie sich fühlen, und dass wir die Gespräche auf die einzelne Person zuschneiden und versuchen sollten, auf ihre Bedürfnisse einzugehen, um unsere Kommunikation mit den Patientinnen so zu verbessern. Vielen Dank.

**Dr. Curigliano:** Danke sehr, Karen. Was wir also tun müssen, ist, der Patientin positives Feedback zu geben. Und die wichtigste Botschaft für mich ist, den Patientinnen zuzuhören. Danke sehr, Karen. Vielen Dank auch an das Publikum. Ich danke Ihnen, dass Sie sich dieses Medscape-Mikrokapitel angeschaut haben; bitte fahren Sie fort, die folgenden Fragen zu beantworten.

## Segment 2: Besprechung von Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungsergebnissen

**Karen Drucker, NP, RN:** Hallo und herzlich willkommen bei diesem Medscape-Mikrokapitel mit dem Titel „Besprechung von Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungsergebnissen“. Ich bin Karen Drucker und arbeite als Nurse Practitioner in der Abteilung für Brustmedizin am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York City in den USA. Meine Gesprächspartnerin ist heute Dr. Sara Hurvitz, Professorin für Medizin an der UCLA [University of California, Los Angeles] in Los Angeles, Kalifornien, USA. Sara, können Sie einige der aktuellen Behandlungsmöglichkeiten für Patientinnen mit Hormonrezeptor-positivem, HER2-negativem Hochrisiko-Brustkrebs im Frühstadium erläutern?

**Sara A. Hurvitz, MD, FACP:** Klar, Karen. Es ist schön, heute hier zu sein, und es gibt doch Einiges auf dem Gebiet des ER-positiven (Östrogenrezeptor-positiven) Hochrisiko-Brustkrebses zu besprechen. In letzter Zeit haben sich so viele Veränderungen ergeben. Wir verfügen über Daten, die zum Beispiel den Einsatz der Ovarialsuppression als Zusatz zur endokrinen Therapie bei jüngeren Frauen mit ER-positivem Brustkrebs im Frühstadium und hohem Risiko unterstützen. Wir verfügen jetzt auch über Daten, die den Einsatz des CDK-4/6-Inhibitors Abemaciclib bei Patientinnen mit besonders hohem Risiko für ein Wiederauftreten der Krankheit unterstützen. Die Daten der monarchE-Studie zeigen, dass das Rezidivrisiko bei Patientinnen, die Abemaciclib über einen Zeitraum von zwei Jahren adjuvant einnehmen, um etwa 30 % reduziert wird. Das ist ziemlich phänomenal – eine enorme Veränderung in der Fähigkeit, die Ergebnisse für Patientinnen zu beeinflussen, die ein hohes Risiko für ein Wiederauftreten der Krankheit haben. Es steht jetzt eine zusätzliche Option für Patientinnen zur Verfügung, die Träger einer *BRCA*-Mutation in der Keimbahn sind und an ER-positivem Brustkrebs im Frühstadium, aber mit hohem Risiko leiden – dank der Verfügbarkeit von Olaparib. Olaparib ist ein PARP-Inhibitor [Poly(adenosindiphosphat-Ribose)-Polymerase], der seit einem Jahr in der adjuvanten Therapie eingesetzt wird, basierend auf der OlympiA-Studie, die eine Verbesserung des krankheitsfreien Überlebens für Patientinnen zeigt, die diesen Inhibitor anwenden.

Wir befinden uns also in einer wirklich interessanten Zeit. Und dann gibt es noch viele klinische Studien, die sich damit befassen, diese Daten bezüglich der Verwendung einer erweiterten adjuvanten Therapie mit endokriner Therapie – d. h. über einen Zeitraum von mehr als 5 Jahren – zu ergänzen. Es handelt sich also um ein sich sehr schnell entwickelndes Gebiet. Die gute Nachricht ist, dass wir jetzt mehr Möglichkeiten für unsere Patientinnen haben, die ein hohes Risiko für ein metastatisches Rezidiv aufweisen.

Wenn Sie mit einer Patientin über die Behandlung mit Abemaciclib oder Olaparib sprechen, die an einem ER-positiven Hochrisiko-Brustkrebs erkrankt ist, wie gehen Sie dann an die Diskussion über die Pros und Contras mit ihr heran?

**Frau Drucker:** Nun, ich versuche, mich auf den Nutzen der Therapie zu konzentrieren, der offensichtlich darin besteht, die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs zu verringern. Ich versuche also, über die Vorteile zu sprechen und darüber, dass wir die Ergebnisse verändern können, auch wenn es vielleicht ein bisschen schwierig und keine leichte Sache ist. Und es gibt keine Garantie, aber wenn wir es schaffen, das Ergebnis zu ändern, kann dies womöglich einen Unterschied bei der Prävention von metastasierendem Brustkrebs ausmachen. Ich versuche also immer, mich auf das Positive zu konzentrieren, aber ich mache ihnen auch klar, dass wir es versuchen sollten. Sie haben das Sagen. Sie treffen die endgültige Entscheidung darüber, ob Sie eine Therapie fortsetzen wollen oder nicht. Lassen Sie es uns also versuchen. Lassen Sie uns versuchen, die Nebenwirkungen in den Griff zu bekommen. Lassen Sie uns versuchen, die bestmögliche Lebensqualität für Sie zu erhalten. Und wenn wir das nicht hinkriegen, wenn wir nicht in der Lage sind, das zu tun, dann haben Sie immer noch die Möglichkeit, zu sagen: Ich werde hier aufhören und meine bestehenden anderen Optionen nutzen. Ich möchte also sicherstellen, dass die Patientinnen das Gefühl haben, die Situation unter Kontrolle zu haben.

**Dr. Hurvitz:** Ja, die Befähigung der Patientinnen ist ein so wichtiger Bestandteil der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Diese Entscheidung selbst zu treffen oder mitzutragen ist meiner Meinung nach sehr wichtig. Ich glaube, das sind wichtige Punkte. In meiner eigenen Praxis habe ich festgestellt, dass die Patientinnen mit dem höchsten Risiko in der Regel diejenigen sind, die wirklich motiviert sind, einen größeren Teil der Belastung in Bezug auf die Toxizität hinzunehmen, und diejenigen mit einer grenzwertigen Hochrisikokrankheit sind diejenigen, die in der Regel sorgfältiger darüber nachdenken, ob die absolute Risikoreduktion für sie die Toxizität wert ist oder nicht. Diese

Gespräche sind in der Tat sehr individuell und nehmen in der Klinik viel Zeit in Anspruch, sind aber sehr wichtig.

Deshalb wollte ich Sie fragen: Wie besprechen Sie in Ihrer Praxis die Nebenwirkungen dieser Wirkstoffe mit Ihren Patientinnen?

**Frau Drucker:** Das ist eine wichtige Diskussion, denn die endokrine Therapie kann eine Menge Nebenwirkungen für die Patientinnen mit sich bringen. Die zusätzliche Gabe von Abemaciclib oder Olaparib verstärkt diese Nebenwirkungen und kann für manche Patientin eine Herausforderung darstellen. Die häufigste Nebenwirkung von Abemaciclib ist Durchfall. Ich würde sagen, dass dies wahrscheinlich ganz oben auf der Liste steht. Daher bereiten wir die Patientinnen unmittelbar vor Beginn der Behandlung darauf vor, stellen sicher, dass sie Loperamid zur Hand haben, und versuchen, sie anzuleiten, wann sie damit beginnen sollten, wann sie uns anrufen sollten und wie sie für ausreichend Flüssigkeitszufuhr sorgen können. Außerdem führen beide Medikamente zu Erschöpfung. Olaparib und Abemaciclib verstärken die Erschöpfung. Wir stellen daher sicher, dass die Patientinnen sich dessen bewusst sind und damit rechnen, damit sie sich davon nicht abschrecken lassen, aber wir ermutigen sie auch, sich sofort an uns zu wenden, wenn die Erschöpfung stärker wird, damit wir sie wirklich beraten können, in der Hoffnung, dass sie das Medikament nicht einfach absetzen. Ich glaube, dass die Menschen mehr Selbstvertrauen haben, wenn sie wissen, was sie erwartet.

**Dr. Hurvitz:** Ganz richtig. Das sind fantastische Punkte. Ich stimme zu, dass Durchfall die lästigste Nebenwirkung von Abemaciclib ist. Gewarnt bedeutet gewappnet zu sein, sage ich immer. Wenn man sich im Vorfeld viel Zeit für die Patientin nimmt und sie über diese Nebenwirkung aufklärt, trägt dies stark dazu bei, ihr Auftreten frühzeitig zu erkennen und abzumildern. Die Inzidenz von Neutropenie ist bei Abemaciclib etwas geringer als bei den anderen CDK-4/6-Inhibitoren, aber es ist trotzdem wichtig, die Patientinnen zu informieren. Wenn sie besonders starken Durchfall haben und Fieber entwickeln, würden wir sie wahrscheinlich etwas aggressiver behandeln und sie für ein großes Blutbild einbestellen, um sicherzustellen, dass es ihnen gut geht.

Ich möchte Ihnen dafür danken, dass Sie heute diesen Abschnitt mit mir gestaltet haben, Karen. Und ich möchte unserem Publikum dafür danken, dass es sich dieses Medscape-Mikrokapitel angesehen hat. Bitte bleiben Sie noch kurz dabei und beantworten Sie die folgenden Fragen.

### **Segment 3: Unerwünschte Ereignisse – Was müssen die Patientinnen wissen?**

**Giuseppe Curigliano, MD, PhD:** Hallo und herzlich willkommen bei diesem Medscape-Mikrokapitel mit dem Titel „Unerwünschte Ereignisse – Was müssen die Patientinnen wissen?“ Ich bin Giuseppe Curigliano, medizinischer Onkologe. Ich arbeite an der Universität Mailand und am Europäischen Institut für Onkologie in Mailand, Italien. Meine Gesprächspartnerin ist Karen Drucker, die als Nurse Practitioner in der Abteilung für Brustmedizin am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York in den USA arbeitet.

Unser Gesprächsthema sind die Nebenwirkungen von Abemaciclib. Bei der Einnahme von Abemaciclib als adjuvante Behandlung kann es zu Durchfall kommen. 83 % der Patientinnen berichten über Durchfall. Andere Nebenwirkungen stehen im Zusammenhang mit Neutropenie und Erschöpfung. Olaparib hat in der adjuvanten Behandlung andere Arten von Nebenwirkungen. An

erster Stelle steht Übelkeit bei 57 % der Patientinnen, Erschöpfung bei 40 % der Patientinnen und außerdem Anämie.

Ich meinerseits glaube, dass die Patientin eine wirklich wichtige Rolle beim Management von Nebenwirkungen spielen muss. Natürlich muss man die Patientinnen umfassend aufklären, sie über mögliche Toxizitäten informieren und ihnen erklären, was zu tun ist, wenn eine Nebenwirkung auftritt, und sie über Zentren und telemedizinisch überwachen. Jetzt habe ich eine Frage an Sie, Karen. Sie wissen, dass das Management von Toxizität in der Regel eine spezifische Aufgabe von Krankenschwestern und Krankenpflegern ist. Ihr Berufsstand spielt dabei eine wirklich entscheidende Rolle. Meine Frage an Sie lautet also: Wie gehen Sie bei Ihren Patientinnen mit dem Management von unerwünschten Ereignissen um, und was müssen die Patientinnen wissen? Ich danke Ihnen, Karen.

**Karen Drucker, NP, RN:** Hallo, vielen Dank. Zunächst einmal muss ich sagen, dass Aufklärung das A und O ist. Man kann die Menschen nicht genug aufklären, sowohl mit schriftlichen als auch mit mündlichen Informationen, und zwar insofern, als sie diese Informationen am besten aufnehmen können. Sie können die Patientinnen fragen, wie sie am besten lernen. Ich denke, dass Patientinnen wirklich wissen müssen, was sie erwartet, welche Nebenwirkungen zu erwarten sind. Ich kann nicht jede mögliche Nebenwirkung ansprechen, aber man kann sicherlich über die häufigsten Nebenwirkungen sprechen und besprechen, was am wahrscheinlichsten zu erwarten ist und welche Maßnahmen erforderlich sind, damit sie vorbereitet sind. Wenn man weiß, dass ein Medikament Durchfall verursachen kann, sollte man Antidiarrhoika vorrätig haben, denn man möchte nicht, dass sie erst in den Laden gehen müssen, um sie zu besorgen. Gleiches gilt für Antiemetika. Und sie müssen sich sicher fühlen, dass sie sich mit ihren Fragen stets an Sie wenden können, denn wir alle wissen, wie überwältigend eine Krebsdiagnose und die medizinischen Begriffe sein können, und oft ist man in der ersten Phase nicht wirklich aufnahmefähig. Die Patientinnen sollten also wissen, wie sie mit Ihnen in Kontakt treten können, um Fragen zum Management der Nebenwirkungen zu stellen.

**Dr. Curigliano:** Können Sie mir ein Beispiel dafür geben, wie man mit Durchfall bei Abemaciclib umgeht?

**Frau Drucker:** Nun, der erste Schritt wäre, Loperamid zu Hause zu haben und es ab Beginn des Durchfalls, also nach dem ersten auffälligen Stuhlgang, anzuwenden. In der Regel sage ich den Leuten, dass sie, wenn sie einen [losen Stuhlgang] haben, es erst einmal dabei belassen können, es sei denn, dieser ist ziemlich intensiv, dann sollten sie mit den Antidiarrhoika beginnen. Und auch die Ernährung, die BRAT-Diät [Bananen, Reis, Apfelmus, Toast], und die Aufklärung darüber, welche Lebensmittel man essen sollte und welche nicht, sowie die Flüssigkeitszufuhr sind bei Durchfall extrem wichtig.

**Dr. Curigliano:** Karen, können Sie erklären, wie man mit den Nebenwirkungen von Olaparib umgeht?

**Frau Drucker:** Erschöpfung ist eine sehr häufige Nebenwirkung. Deshalb versuche ich in der Regel, den Patientinnen beizubringen, dass sie bei ihren Aktivitäten Prioritäten setzen sollten. Wenn man erschöpft ist und an einem Tag nur wenig schafft, sollte man den Dingen, die einem am wichtigsten sind, Priorität einräumen. Und außerdem: Bewegung. Bekanntermaßen können leichte Übungen die Erschöpfung lindern, aber man muss auch dafür sorgen, dass die Betroffenen verstehen, dass sie Erschöpfung melden sollten. Denn wir müssen die Erschöpfung richtig einschätzen: Wie viel ist noch in Ordnung? Denn wenn jemand wegen Erschöpfung bettlägerig wird, dann ist das ein Problem. Außerdem ist bekannt, dass Anämie eine Nebenwirkung von Olaparib sein kann. Man sollte also sicherstellen, dass die Erschöpfung nicht durch eine extreme Anämie verursacht wird. Es gibt auch

GI-Probleme [Magen-Darm-Probleme] mit Olaparib. Daher sollten die Patientinnen sowohl Antidiarrhoika als auch Antiemetika zur Verfügung haben. Und natürlich müssen sie darüber aufgeklärt werden, wann Antidiarrhoika verwendet werden sollten und wann Durchfall gemeldet werden muss. Ich denke, es ist wichtig, dass die Patientinnen wissen, wann sie es wirklich melden müssen, und dass sie darauf achten, dass sie ausreichend trinken und mit uns in Kontakt bleiben.

**Dr. Curigliano:** Ich danke Ihnen vielmals. Die Aufklärung der Patientinnen ist also entscheidend. Natürlich brauchen wir ein multidisziplinäres Team, Flüssigkeitszufuhr und Loperamid bei Durchfall, und dann jede Art von Unterstützung bei der durch Olaparib ausgelösten Anämie. Abschließend möchte ich mich bei Karen für diese großartige Diskussion und bei Ihnen für das Anschauen dieses Medscape-Mikrokapitels bedanken. Bitte bleiben Sie noch kurz dran und beantworten Sie die folgenden Fragen.

#### **Segment 4: Überwachung von Patientinnen unter Therapie – Erkennen von Patientinnen, bei denen das Risiko eines Behandlungsabbruchs besteht**

**Sara A. Hurvitz, MD, FACP:** Hallo und herzlich willkommen bei diesem Medscape-Mikrokapitel mit dem Titel „Überwachung von Patientinnen unter Therapie – Erkennen von Patientinnen, bei denen das Risiko eines Behandlungsabbruchs besteht“. Ich bin Sara Hurvitz, Professorin für Medizin an der UCLA in Los Angeles, Kalifornien, USA. Meine Gesprächspartnerin ist Karen Drucker, die als Nurse Practitioner in der Abteilung für Brustmedizin am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York in den USA arbeitet. Herzlich willkommen, Karen.

**Karen Drucker, NP, RN:** Vielen Dank.

**Dr. Hurvitz:** Es gibt jetzt so viele verschiedene Therapien, die Patientinnen mit Hochrisiko-Brustkrebs im Frühstadium und ER-positivem Brustkrebs erhalten können, mit zwei relativ neuen Zulassungen in diesem Bereich, Abemaciclib und Olaparib. Wann immer wir unseren Patientinnen neue Therapien anbieten können, treten natürlich auch Toxizitäten auf, vor denen wir die Patientinnen warnen und auf die wir sie überwachen müssen. Karen, ich hatte gehofft, Sie könnten uns einige wichtige Überwachungsstrategien erläutern, die Sie in Ihrer eigenen Praxis für Patientinnen anwenden, die zum Beispiel mit Abemaciclib beginnen.

**Frau Drucker:** Klar. Im Allgemeinen bitten wir Patientinnen, die mit Abemaciclib behandelt werden, unabhängig von den Toxizitäten in den ersten Monaten uns alle zwei Wochen aufzusuchen, damit das große Blutbild kontrolliert werden kann. Manchmal sehen wir sie nicht persönlich, aber wir überprüfen auf jeden Fall das Blutbild und machen wahrscheinlich zumindest einen telemedizinischen Termin mit ihnen, und dann folgen persönliche Besuche in bestimmten Abständen. Das ist also eine Möglichkeit. Wir ermutigen sie auch, uns anzurufen. Wir geben ihnen ziemlich strenge Richtlinien vor, aus welchen Gründen sie anrufen sollen, wenn sie zum Beispiel mehr Durchfall haben, wenn sie nicht in der Lage sind, damit umzugehen, oder wenn sie übermäßig erschöpft sind. In der Regel haben Patientinnen, die diese Medikamente einige Monate lang eingenommen haben und sie gut vertragen, danach keine großen Probleme mehr. In der Vergangenheit haben wir diese Medikamente natürlich auch bei Metastasen eingesetzt, sie sind also jetzt nicht neu für uns.

**Dr. Hurvitz:** Ja, sie sind neu für die Patientinnen, aber nicht für uns. Und Sie haben angesprochen, dass es wirklich wichtig ist, regelmäßig mit den Patientinnen Kontakt aufzunehmen, um

sicherzustellen, dass sie die Therapie gut vertragen. Ihr Blutbild und ihre Leberfunktion können sehr gut aussehen, aber sie können zum Beispiel an Durchfall leiden. Ich frage mich also, ob Sie Ihre Patientinnen persönlich empfangen, wenn sie in den ersten zwei Monaten alle zwei Wochen zu Ihnen kommen, oder vereinbaren Sie Telefongespräche mit ihnen oder lassen Sie sie einfach selbst anrufen?

**Frau Drucker:** Alles trifft zu. Wir rufen an. Wir wissen, dass wir uns nicht nur darauf verlassen können, dass die Patientinnen uns anrufen, auch wenn wir ihnen erzählen, dass sie uns bei besorgniserregenden Symptomen jederzeit und jeden Tag anrufen sollen. Aber ich gehe bei jedem Termin die Medikamente durch und überprüfe, wie sie eingenommen werden, um sicherzugehen, dass sie die richtige Dosis und in der richtigen Häufigkeit einnehmen usw. Das ist für mich nicht selbstverständlich, also frage ich sie: „Können Sie mir sagen, wie Sie das Medikament einnehmen?“ Und so weiter.

Ich achte auch darauf, ob die Nachbestellung rechtzeitig erfolgt. Wenn ich feststelle, dass sie keinen Medikamentennachschub abgeholt haben und es schon zwei Monate her ist, könnte ich fragen: „Oh, mir ist aufgefallen, dass Sie Ihre Tabletten nicht nachgefüllt haben. Nehmen Sie sie richtig ein?“ Und auch hier gilt es, den Zeitplan zu überprüfen und sicherzustellen, dass die Patientinnen keine Probleme haben, den empfohlenen Zeitplan einzuhalten, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.

**Dr. Hurvitz:** Eine meiner Strategien besteht darin, bei der ersten Verschreibung eines neuen Wirkstoffs nur ein Rezept für einen Monat auszustellen und keine Nachfüllpackungen zu verschreiben. Dadurch wird die Patientin gezwungen, sich mit mir in Verbindung zu setzen, wenn sie sich in diesem ersten Monat nicht ohnehin bei mir gemeldet hat, bevor ich ihr beispielsweise ein Rezept für 90 Tage ausstelle. Das ist ein bisschen aufwändig für mich, aber so kann ich sicherstellen, dass sie sich tatsächlich melden und mit mir in Kontakt bleiben.

Der Einsatz von Olaparib ist auch in unserer Praxis in der adjuvanten Behandlung relativ neu. Sehen Sie die Patientinnen häufig und überwachen Sie sie auch bei der Verwendung dieses neuen Mittels auf bestimmte Symptome?

**Frau Drucker:** Ja. Wohl nicht alle 2 Wochen, aber auf jeden Fall einmal im Monat, denn wir haben viele Fälle von Anämie und auch von Erschöpfung. Wir bleiben also auch mit diesen Patientinnen in engem Kontakt. Ihr Blutbild muss möglicherweise nicht so oft kontrolliert werden. Und ich denke, dass die Nebenwirkungen bei den meisten Patientinnen etwas geringer ausfallen. Aber wir können definitiv viele Fälle von Erschöpfung feststellen. Und wir wissen natürlich, dass die Patientinnen nicht gerne sehr müde sind. Wir müssen also versuchen, sie zu ermutigen, das Medikament weiter einzunehmen, und ihnen helfen, die Erschöpfung zu bekämpfen.

**Dr. Hurvitz:** Das ist ein so wichtiger Punkt. Wir müssen bedenken, dass diese Patientinnen fast alle bereits eine Chemotherapie hinter sich haben, wenn sie mit einem dieser Wirkstoffe beginnen. Sie wurden operiert und haben vielleicht eine Strahlentherapie hinter sich. Viele von ihnen sind sehr müde. Sie werden eine endokrine Therapie erhalten, und sie sind es leid, diese Art von intensiver Therapie zu durchlaufen. Und jetzt stehen sie vor 1 bis 2 weiteren Jahren der Therapie, durch die sie sich ausgelaugt fühlen können. Ich denke, dass Sie wirklich gute Punkte ansprechen, und die Erschöpfung und die Nebenwirkungen, die sie erleben, können ihre Fähigkeit, sich an die Medikation zu halten, beeinträchtigen.

Mir ist aufgefallen, dass einige Patientinnen, die ihre Medikamente nicht einnehmen, dies ihrem Behandlungsteam gegenüber verschweigen, weil sie ihre ÄrztInnen nicht enttäuschen wollen. Ich denke also, dass die offene Kommunikation mit Ihren Patientinnen und die Überwachung der

Nachfüllungen ihrer Medikamente und die Aussage, dass es in Ordnung ist, bei Schwierigkeiten die Dosis zu reduzieren oder die Dosis auszusetzen, eine so wichtige Komponente der Gesundheit ist.

Vielen Dank, Karen, für diese großartige Diskussion heute. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass wir beginnen, neue Therapien wie diese in die Behandlung dieser Patientinnen einzubeziehen. Und vielen Dank an unser Publikum, das sich dieses Medscape-Mikrokapitel angesehen hat. Bitte bleiben Sie noch kurz dabei und beantworten Sie die folgenden Fragen.

## Segment 5: Telemedizin in der klinischen Praxis

**Sara A. Hurvitz, MD, FACP:** Hallo und herzlich willkommen bei diesem Medscape-Mikrokapitel mit dem Titel „Telemedizin in der klinischen Praxis“. Ich bin Sara Hurvitz, Professorin für Medizin an der UCLA in Los Angeles, Kalifornien, USA. Meine Gesprächspartnerin ist Karen Drucker, die als Nurse Practitioner in der Abteilung für Brustmedizin am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York in den USA arbeitet. Herzlich willkommen, Karen.

**Karen Drucker, NP, RN:** Vielen Dank.

**Dr. Hurvitz:** Wir haben nun schon fast drei Jahre lang mit der COVID-Pandemie zu tun, die unser Leben und auch die Art und Weise, wie wir Medizin praktizieren, so stark verändert hat. Ich weiß, dass wir in meiner eigenen Praxis an der UCLA vor dem Beginn der COVID-Pandemie nur sehr begrenzte Möglichkeiten hatten, telemedizinische Termine mit PatientInnen in unserer Gegend oder außerhalb unseres Staates oder sogar im Ausland durchzuführen. Im Zuge der COVID-Pandemie haben wir jedoch Methoden entwickelt, um unter Einhaltung des HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) einer noch größeren Zahl von PatientInnen außerhalb der Region Los Angeles telemedizinische Versorgung anzubieten. Ich wollte von Ihnen, Karen, wissen, ob Sie auch diese Erfahrung gemacht haben und ob telemedizinische Termine inzwischen zum Alltag in Ihrer Praxis gehören oder nicht.

**Frau Drucker:** Ja, ich stimme Ihnen zu. Vor COVID haben wir nie telemedizinische Termine durchgeführt. Wir haben natürlich mit PatientInnen am Telefon gesprochen, was natürlich nicht abgerechnet werden kann und kein eigentlicher Termin ist. Aber die Telemedizin hat die Lage wirklich stark verändert. Telemedizinische Termine werden zwar niemals persönliche Besuche und die Möglichkeit ersetzen, PatientInnen persönlich zu empfangen und zu untersuchen und sie von Angesicht zu Angesicht zu sehen, aber auch wenn sich die COVID-Pandemie beruhigt hat, stellen wir fest, dass der Anwendungsbereich dafür enorm ist. Vor allem, weil nicht alle PatientInnen in unserer Nähe wohnen: Manche PatientInnen haben einen weiten Anfahrtsweg, sodass sie wirklich den ganzen Tag für einen Besuch brauchen. Wenn wir also eine Patientin nicht unbedingt persönlich untersuchen müssen, aber ihr Blutbild, ihre Toxizitäten usw. überprüfen wollen, ist die telemedizinische Behandlung eine wunderbare Möglichkeit. Selbst wenn wir sie nicht für jedermann nutzen, gibt es, wie ich schon sagte, PatientInnen, für die es viel schwieriger ist, in die Stadt zu kommen.

So können wir die Menschen in ihrer eigenen Wohnung in einer angenehmen Umgebung viel besser beurteilen. Manchmal lernt man eine andere Seite der PatientInnen kennen, wenn sie zu Hause sind. Ich denke also, dass es zwar Grenzen gibt, weil man eine Person nicht wirklich untersuchen kann. Aber ich denke, die Telemedizin wird sich durchsetzen, denn sie bietet viele Vorteile. Und die Überwachung von Nebenwirkungen und Toxizitäten ist mithilfe der Telemedizin wirklich gut möglich.

**Dr. Hurvitz:** Das stimmt. Und ich möchte noch kurz darauf eingehen, was es bedeutet, PatientInnen in ihrer häuslichen Umgebung zu sehen. Mir hat das die Augen geöffnet. Es ist fast so, als ob man einen Patienten im Kittel im Krankenhaus nur als Patienten ansieht, und wenn man einen Patienten in der Klinik sieht, dann ist er in Ihre Klinik gekommen, sitzt auf Ihrem Behandlungsstuhl und ist ganz allein auf sich gestellt. Aber wenn man einen Patienten in seiner Wohnung sieht, umgeben von seiner Familie und seinen persönlichen Dingen, wenn man sieht, ob er im Bett liegt, ob er den Videotermin vom Bett aus macht oder vom Sofa oder vom Tisch aus, dann kann man aus diesen sozialen Hinweisen eine Menge schließen. Das wirkt sich auch auf meine Fähigkeit aus, sie nicht nur als Patienten zu sehen, sondern als Menschen, die mit ihrer eigenen Welt interagieren, und das hat mir irgendwie gefallen. Dadurch können auch mehr Familienmitglieder in die Termine einbezogen werden, was meiner Meinung nach sehr hilfreich ist. Denn manchmal fügen sie Dinge hinzu, wie: „Du hast vergessen, dass du letzte Nacht viel Durchfall hattest, warum erwähnst du das nicht?“ In der Praxis hingegen müssen wir die Zahl der Begleitpersonen begrenzen. Dadurch gibt es nur wenige Fürsprecher auf der Seite der Patienten. Was sind die Nachteile? Haben Sie irgendwelche Nachteile erlebt?

**Frau Drucker:** Ja, natürlich. Ich meine, manchmal ist es offensichtlich, dass nicht jeder so gut mit Technik umgehen kann. Auch unser System fällt manchmal aus. Die PatientInnen sind manchmal nicht in der Lage, sich gut vor die Kamera zu positionieren, oder das Bild bei Ihnen oder bei uns ist schlecht, oder man sieht ihr Gesicht nicht sehr gut. Das ist also durchaus manchmal ein Problem. Außerdem gibt es einige PatientInnen, die gar nicht mehr kommen wollen, weil die Telemedizin für sie so viel einfacher ist und nicht ihren ganzen Tag in Anspruch nimmt. Aber wir ziehen es vor, sie in gewissen Abständen persönlich zu empfangen, weil wir wissen, dass unsere Beurteilungen über die Telemedizin nur begrenzt möglich sind. Natürlich können wir keine körperliche Untersuchung durchführen und so weiter. Die Telemedizin hat also ihre Stärken und ihre Grenzen. Und auch wenn wir heute viel mehr wieder so praktizieren, wie wir es vor COVID getan haben, denke ich, dass die Telemedizin auf Dauer Bestand haben wird und dass es einige großartige Möglichkeiten gibt, PatientInnen zu beurteilen.

**Dr. Hurvitz:** Ja, da stimme ich zu. Ich denke, es ist ein Instrument, das uns erhalten bleiben wird, und es handelt sich dabei um einen der Lichtblicke der Pandemie, weil es uns ermöglicht, PatientInnen zu erreichen, die Schwierigkeiten haben, in die Klinik zu kommen, für das Parken oder den Transport zu bezahlen, die in ländlichen Gebieten leben usw. Es gibt also auch positive Aspekte, und ich glaube, dass wir weiterhin damit zu tun haben werden.

Vielen Dank, Karen, für dieses sehr interessante Gespräch, und vielen Dank an unser Publikum, das sich dieses Medscape-Mikrokapitel angesehen hat. Bitte bleiben Sie noch kurz dabei und beantworten Sie die folgenden Fragen.

*Die Übersetzung dieser Mitschrift wurde redigiert.*

### **Besondere Hinweise zu Geltungsbereich und Verwendung**

Dieses Dokument ist nur für Schulungszwecke bestimmt. Für die Lektüre dieses Dokuments werden keine CME-Credits (Continuing Medical Education bzw. ärztliche Fortbildung) vergeben. Wenn Sie an diesem Fortbildungsangebot teilnehmen möchten, besuchen Sie bitte [www.medscape.org/viewarticle/983635](http://www.medscape.org/viewarticle/983635)

Bei Fragen zum Inhalt dieser Fortbildungsmaßnahme wenden Sie sich bitte an deren Anbieter unter [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net).

Für technische Unterstützung kontaktieren Sie bitte [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net)

Die oben vorgestellte Fortbildungsmaßnahme kann simulierte, fallbasierte Szenarien beinhalten. Die in diesen Szenarien dargestellten PatientInnen sind fiktiv, und ein Zusammenhang mit einem tatsächlichen PatientInnen ist nicht beabsichtigt und sollte auch nicht hergestellt werden.

Das hier präsentierte Material spiegelt nicht notwendigerweise die Ansichten von Medscape, LLC, oder von Unternehmen wider, die Bildungsprogramme auf [medscape.org](http://medscape.org) unterstützen. In diesen Materialien werden möglicherweise therapeutische Produkte besprochen, die nicht von der US-amerikanischen Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde (US Food and Drug Administration, FDA) zugelassen sind, sowie Off-Label-Anwendungen von zugelassenen Produkten. Vor der Anwendung der besprochenen therapeutischen Produkte sollte eine qualifizierte medizinische Fachkraft konsultiert werden. Die Leser sollten alle Informationen und Daten überprüfen, bevor sie Patienten behandeln oder die in dieser Fortbildung beschriebenen Therapien anwenden.

Medscape Education © 2022 Medscape LLC

Medscape Education