



## DMP-Brustkrebs jetzt bis zu zehn Jahre



### LINK

Das DMP im Überblick: <https://hausarzt.link/yjLvR>

Statt fünf können Frauen künftig bis zu zehn Jahre am Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs teilnehmen. Die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus dem April tritt zum 1. Oktober in Kraft. Er hatte das DMP Brustkrebs gemäß neuer Leitlinien aktualisiert. So soll nun bei Indikation für eine tumorspezifische Systemtherapie geprüft werden, ob diese vor oder nach einer Operation erfolgen kann. Aufgenommen wurden die Vorgaben zum Einsatz einer endokrinen Therapie (Tamoxifen und/oder Aromatasehemmer): Diese soll jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus erhalten und soll mindestens fünf Jahre dauern. Nach individueller Risi-

ko-Nutzen-Abwägung kann man sie auf bis zu zehn Jahre ausdehnen. Patientinnen sollen informiert werden, dass dies ihre Fertilität beeinträchtigen kann, eine Verhütung aber dennoch nötig ist. Besteht ein Kinderwunsch, können sie zu fertilitätserhaltenden Maßnahmen beraten werden. Erweitert hat der G-BA die Vorgaben zur Nachsorge. Damit sollen Patientinnen besser unterstützt werden, die oft über Jahre laufenden Therapien - mit Anti-östrogenen oder adjuvante Therapien - einzuhalten und mit Neben- und Folgewirkungen besser umzugehen, erklärt Dr. Regina Klakow-Franck vom G-BA. Die Nachsorgeuntersuchungen sollen in den ersten drei Jahren vierteljährlich, im vierten und fünften

Jahr halbjährlich und dann jährlich erfolgen. Bei Bedarf kann man die Nachsorge auch intensivieren. Explizit soll man die Patientin auch auf das Thema „Sexualität“ ansprechen. Bei den Folgewirkungen weist das DMP besonders auf Osteoporose, Klimakterisches Syndrom, Kardiotoxizität und Lymphödem hin. Die Ernährung und körperliche Aktivität betreffend heißt es: Ärzte sollen zu körperlicher Aktivität raten; Krafttraining mit dem betroffenen Arm steigert nicht das Risiko für ein Lymphödem. Patientinnen sollen sich gesund und ausgewogen ernähren sowie Übergewicht vermeiden. Ob spezielle Diäten den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen, sei nicht ausreichend belegt. (jvb)

## ACS: Neue Leitlinien erhöhen Blutungsrisiko

Die letzten Änderungen an internationalen Leitlinien zur Therapie beim akuten Koronarsyndrom (ACS) sind für Patienten offenbar schlechter als erhofft: Nach einer beim Europäischen Kardiologenkongress veröffentlichten Studie hat der Wechsel von Clopidogrel auf neuere P2Y12-Hemmer keine Vorteile gebracht. Im Gegenteil ist sogar die Zahl der Blutungen gestiegen. In der CHANGE-DAPT-Studie haben die Kardiologen um Clemens von Birgelen aus Enschede konsekutiv über 2.000 ACS-Patienten, die eine perkutane Koronarintervention (PCI) brauchten, auf eine duale Plättchenhemmung (DAPT) mit Clopidogrel oder Ticagrelor eingestellt. Die Ticagrelor-Patienten waren etwas älter und hatten seltener eine transfemorale PCI. Der primäre Endpunkt (Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall oder schwere Blutungen) wurde unter Ticagrelor nach einem Jahr häufiger erreicht als unter Clopidogrel (7,8 vs. 5,1 Prozent; HR 1,53; p=0,02). Laut dem Studienautor ergab sich unter Ticagrelor nicht der erhoffte Vorteil bei den Ischämien. Jedoch war das Risiko für schwere Blutungen mehr als verdoppelt (2,7 vs. 1,2 Prozent; adj. HR 2,75; p=0,01). Diese Daten stehen im Widerspruch zu Studien wie PLATO und TRI-



TON: Auf deren Basis haben Prasugrel und Ticagrelor Clopidogrel in den ACS-Leitlinien etwas in den Hintergrund gedrängt. Auch dort waren die Blutungsrisiken erhöht, jedoch wurden mehr Ischämien verhindert. Die im Frühjahr 2017 vorgestellte TOPIC-Studie verwirrt das Bild noch mehr: Dort konnte ein „Switch“ von Clopidogrel auf die neueren Substanzen das Blutungsrisiko reduzieren. Nun steht eine lebhafte Debatte ins Haus. (nös)

*EuroIntervention 2017; EIJ-D-17-00634*