media|doc
Wien, 24.11.2026
Auflage: 40668
SB: Gnant, Univ. Prof. Dr. Michael
Der Standard *

„Wir wollen niemanden überbehandeln“

Brustkrebs ist längst kein Todesurteil mehr. Operationen werden schonender, Therapien gezielter und individueller. Für eine umfassend gute Behandlung ist aber auch die Kommunikation mit den Betroffenen wichtig, betont Onkologe Michael Gnant.

Pia Kruckenhauser

Die Behandlung von Brustkrebs ist eine Erfolgsgeschichte. Die Sterblichkeit ist in den vergangenen 30 Jahren um rund ein Drittel zurückgegangen. Selbst wenn die Krebserkrankung bereits fortgeschritten ist, liegt die durchschnittliche Überlebensdauer mittlerweile bei sechs bis sieben Jahren, und oft sogar deutlich darüber. Für den Großteil der Betroffenen ist Brustkrebs schon lange kein Todesurteil mehr. Mittlerweile können rund 80 Prozent der Patientinnen nachhaltig geheilt werden.

Die wichtigsten Entwicklungen: Operationen sind weniger radikal, man bestrahlt deutlich kürzer, längst nicht mehr alle Betroffenen benötigen eine Chemotherapie. Durch neue Medikamente, die den Tumor, je nach Subtyp, stark verkleinern können, ist manchmal nicht einmal mehr eine Operation nötig.

Dass in dem Bereich so intensiv geforscht wurde und wird, hängt vor allem mit der Häufigkeit des Tumors zusammen. Jede achte Frau ist irgendwann in ihrem Leben mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert, es ist das mit Abstand häufigste Karzinom der Frau. „Im Grunde kennt jeder Mensch zumindest eine Frau mit Brustkrebs“, sagt Michael Gnant. Der Chirurg und Onkologe ist Professor an der Med-Uni Wien mit Spezialisierung auf chirurgische Onkologie. Sein langjähriger Schwerpunkt ist das Mammakarzinom, der medizinische Fachbegriff für Brustkrebs.

Fokus auf Patientinnen

Gnant hat in seiner Karriere bereits zahlreiche Studien initiiert und geleitet, die alle die Verbesserung der Behandlung zum Ziel haben – und zwar sowohl aus medizinischer als auch aus Patientinnensicht. „Ärztinnen und Ärzte haben oft andere vordergründige Prioritäten als die Betroffenen selbst. Die medizinisch spannenden Fragen sind nicht automatisch jene, die den Patientinnen am wichtigsten sind. In der Forschung muss deshalb auch das, was die Frauen im Alltag beschäftigt und wo sie Verbesserungsbedarf sehen, berücksichtigt werden.“

Ein wichtiger Erfolg ist hier die sogenannte Deeskalation in der Behandlung. „Patientinnen werden schon lange nicht mehr möglichst umfangreich operiert und dann womöglich noch bestrahlt. Die Behandlung wird immer individueller. Ein wesentlicher Bestandteil der Diagnose ist herauszufinden, welche Eingriffe und Therapien tatsächlich notwendig sind, um eine möglichst hohe Heilungschance zu erreichen“, erklärt Gnant. Ein weiterer Meilenstein ist die brusterhaltende Operation, die mittlerweile bei mehr als 80 Prozent der Betroffenen möglich ist. Auch ist inzwischen klar, dass man meist nur wenige Lymphknoten entfernen muss, oft sogar nur ein oder zwei. Das verbessert langfristig Beweglichkeit in Schulter und Arm, es gibt weniger postoperative Beschwerden.



GERALD STURM / PIXWORK

Michael Gnant (62) ist Chirurg und Onkologe an der Med-Uni Wien.

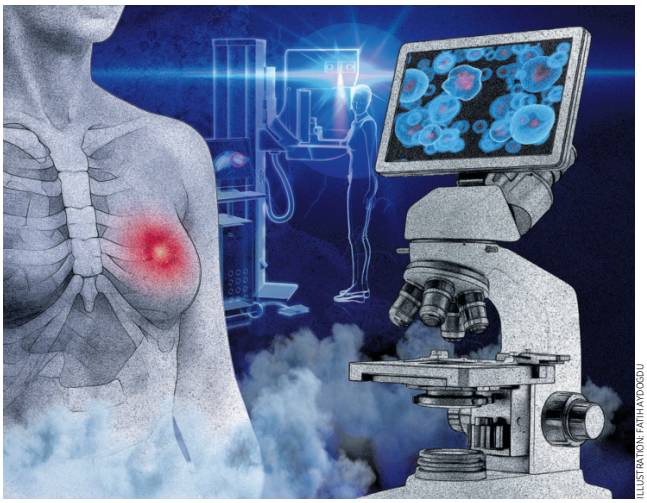

ILLUSTRATION: FATIHAYDOGDU

Wichtige Tumorboards

Auch die Chemotherapie – die viele Frauen als besonders belastend empfinden – ist mittlerweile deutlich seltener, nur etwa ein Drittel der Patientinnen benötigt sie überhaupt. Und sie ist oft auch viel zielgerichteter. Medikamenteninnovationen wie Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADCs) ermöglichen es etwa, dass das Therapeutikum direkt an den Tumor gebracht wird und nur dort seine Wirkung entfaltet, statt im ganzen Körper. „Man kann das vergleichen mit einem trojanischen Pferd. Die Chemotherapie ist sozusagen im Konjugat versteckt und kommt erst heraus, wenn sie im Inneren des ‚Feindes‘ ist“, erklärt Gnant.

Selbst die Strahlentherapie ist mittlerweile deutlich kürzer und schonender als noch vor einigen Jahren. Zudem bewirken Tumorboards, in denen Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Kliniken praktisch jeden Fall gemeinsam besprechen, dass die fachliche Qualität der Behandlung weiter steigt. Breast Care Nurses bringen zudem die Perspektive der Betroffenen ein. Gnant betont, wie wichtig das ist: „Wir stellen immer wieder fest, dass Patientinnen den Ärztinnen und Ärzten manche Dinge, die sie belasten, nicht erzählen. Mit den Pflegefachkräften wird darüber aber sehr wohl gesprochen.“

In weiterer Folge ist auch die Patientin in die Therapieentscheidungen eingebunden, damit ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden können. Dieses Shared Decision Making ist in Österreich mittlerweile gut etabliert.

Tumorboards sind dabei weit mehr als nur die Möglichkeit auf beste Expertise in der individuellen Behandlung. Sie schützen vor fachlichen Scheuklappen, sagt Gnant: „Die Onkologie ist mittlerweile so komplex, dass man sich im Grunde auf ein oder zwei Bereiche spezialisieren muss. Das birgt aber die Gefahr, dass sich die unterschiedlichen Disziplinen voneinander entfernen. Und dann würde die Qualität wieder sinken.“ Die interdisziplinäre Fallbesprechung hat zudem den Vorteil, dass man hierzulande die bestmögliche Behandlung bekommt – egal ob man in einem Brustgesundheitszentrum in Wien, in Güssing oder in Dornbirn ist.

Schließlich hebt Gnant potenzielle Verbesserungen durch künstliche Intelligenz hervor, etwa für die Planung von Bestrahlungen oder für die Befundung von Tumorgewebe in der Pathologie. „Hier sehen wir wirklich beeindruckende Ergebnisse. Gleichzeitig ist es wichtig, dass wir uns nicht auf die KI verlassen. Wir müssen Diagnosestellung, Befundung und mehr als Ärztinnen und Ärzte weiter erlernen und ständig trainieren, sonst ist irgendwann der menschliche Kontrollblick nicht mehr möglich.“

Genau richtig behandeln

Der Vorteil: Kann man administrative Tätigkeiten an die KI auslagern, bleibt wieder mehr Zeit für das medizinische Kerngeschäft: Die Beschäftigung mit den Patientinnen und Patienten.

▷ Fortsetzung auf Seite 18

Zum eigenen Gebrauch nach §42a UrhG. Anfragen zum Inhalt und zu Nutzungsrechten bitte an den Verlag.

▷ Fortsetzung von Seite 17

Das zahlt dann auch in das Ziel all dieser Innovationen ein: Die richtige Behandlung für die richtige Person finden. „Wir wollen niemanden überbehandeln. Aber noch viel weniger wollen wir jemanden unterbehandeln", betont Gnant. Genau in diese Kerbe schlägt auch die aktuell laufende ABCSG-Studie (Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group) zu hormonrezeptorpositivem Brustkrebs, der häufigsten Unterart beim Mammakarzinom. Ziel ist festzustellen, welche Patientinnen tatsächlich eine Chemotherapie benötigen – und wann eine Antihormontherapie ausreicht. Zahlreiche Brustkrebszentren in Österreich und international sind daran beteiligt.

Von diesen Fortschritten profitieren dabei alle. „Für Patientinnen bedeutet es weniger Behandlungstage, weniger Wege, weniger Beschwerden. Bei Ärztinnen und Ärzten werden Ressourcen frei. Und auch das Gesundheitssystem und die Gesamtwirtschaft können profitieren, vor allem wenn die Patientinnen noch im Arbeitsleben stehen. Durch schonendere Behandlung erholen sie sich besser und fallen nicht so lange aus", sagt der Onkologe.

Voneinander lernen

Das bedeutet nicht, dass im Bereich Brustkrebs bereits alles Nötige getan ist. Insbesondere in der Früherkennung gebe es noch Spielraum, betont Gnant. „Man kann das Mammakarzinom, anders als zum Beispiel Darmkrebs, nicht verhindern. Aber je früher man es entdeckt, desto besser kann man behandeln. Das Screeningprogramm ist an sich sehr gut. Es gibt aber Bevölkerungsgruppen, die wir mit den bisherigen Angeboten nicht erreichen. Das ist insbesondere in Wien eine Herausforderung."

Ein weiterer Punkt, in dem Gnant Verbesserungspotenzial sieht, ist die Arzt-Patienten-Kommunikation. „Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir uns bewusst machen, dass unsere Worte enorme Auswirkungen auf die Betroffenen haben können. Ein Gespräch kann Menschen dazu motivieren, eine Behandlung anzunehmen. Es kann aber auch Angst auslösen und dazu führen, dass sie sich zurückziehen. Dabei reichen oft schon Kleinigkeiten, um den entscheidenden Unterschied zu machen."

Auf sehr vielen Ebenen hat die Brustkrebsonkologie eine Vorreiterrolle: Weil schon früh umfassend geforscht wurde, konnte man Innovationen bei anderen Krebsarten anstoßen. Ein Beispiel dafür ist die neoadjuvante Therapie, die einen Tumor vor dem Eingriff verkleinern soll. Er lässt sich dann besser und vor allem schonender entfernen. Mittlerweile wird dieser Ansatz bei vielen weiteren Krebsarten genutzt.

Doch das geht natürlich in beide Richtungen. Gnant berichtet etwa von einer Behandlungs-Innovation bei einer bestimmten Form von Mastdarmkrebs, die dazu führt, dass man nicht mehr zwingend operieren muss. „Diese Idee wurde in der Fachwelt zunächst heftig kritisiert, hat sich mittlerweile aber durchgesetzt. Und nun prüfen wir den Ansatz bei bestimmten Tumoruntertypen des Mammakarzinoms."

Was bei einer Krebsart funktioniert, kann also womöglich auch bei einer anderen ein vielversprechender Ansatz sein. Gerade deshalb sei Interdisziplinarität so wichtig, betont Gnant: „Wir müssen über den Tellerrand der eigenen Disziplin hinausschauen und von anderen Fachgebieten lernen."

Zum eigenen Gebrauch nach §42a UrhG. Anfragen zum Inhalt und zu Nutzungsrechten bitte an den Verlag.