

FAQ: PARP-Inhibitoren (Olaparib & Niraparib)

Vorbemerkung

Diese FAQ fasst Informationen aus den offiziellen Fachinformationen (EMA-Zulassung, Beipackzettel) und aktuellen Leitlinien zusammen und ergänzt sie durch häufig berichtete Erfahrungswerte aus der Praxis. Sie ersetzt keine ärztliche Beratung. PARP-Inhibitoren müssen von Ärzt:innen mit Erfahrung in der Krebstherapie verschrieben und überwacht werden.

1. Wie nehme ich Olaparib und Niraparib ein?

Das sagt die Fachinformation

Olaparib (Lynparza): Zweimal täglich im Abstand von ca. 12 Stunden (z. B. 8 Uhr und 20 Uhr), unabhängig von den Mahlzeiten. Die Kapseln bzw. Tabletten sollen im Ganzen mit Wasser geschluckt werden.

Niraparib (Zejula): Einmal täglich zur gleichen Zeit, bevorzugt abends, unabhängig von den Mahlzeiten. Die Kapseln sollen im Ganzen geschluckt werden.

Startdosis:

- Olaparib: In der Regel 2x300 mg täglich (insgesamt 600 mg). Die Startdosis ist immer gleich - das Körpergewicht spielt bei Olaparib keine Rolle. Dosisanpassungen erfolgen bei Olaparib ausschließlich aufgrund von Nebenwirkungen.
- Niraparib: 300 mg täglich (bei Körpergewicht unter 77 kg oder niedrigen Blutplättchen zu Therapiebeginn wird häufig mit 200 mg gestartet). Bei Niraparib kann die Startdosis also bereits gewichtsbasiert angepasst werden.

Aktueller Stand der Forschung (01/2026)

Individualisierte Startdosis bei Niraparib:

Die PRIME-Studie (2023) hat die individualisierte Startdosis bei Niraparib wissenschaftlich untersucht: Patientinnen mit Körpergewicht ≤ 77 kg oder Thrombozytenzahl $< 150.000/\mu\text{L}$ erhielten von Anfang an 200 mg statt 300 mg täglich. Das Ergebnis: deutlich bessere Verträglichkeit bei gleicher Wirksamkeit. Interessanterweise benötigten trotz dieser bereits reduzierten Startdosis noch 40% der

Patientinnen weitere Dosisanpassungen - meist in den ersten 4 Wochen aufgrund von Blutbildveränderungen.

Hintergrund der Dosierung:

PARP-Inhibitoren wurden ursprünglich in möglichst hohen Dosen entwickelt, um eine maximale "PARP-Trapping"-Aktivität zu erreichen. Neuere Forschungsdaten zeigen jedoch, dass auch niedrigere Dosen therapeutisch ausreichend wirksam sind. Obwohl die Datenlage gut ist, fehlen prospektive randomisierte Studien - diese wären ethisch problematisch, da man Patientinnen bewusst höheren Nebenwirkungsraten aussetzen müsste.

Praktische Konsequenz

Wenn deine Ärzt:in bei Niraparib mit 200 mg statt 300 mg startet (basierend auf Gewicht oder Thrombozytenzahl), entspricht dies dem aktuellen Stand der Forschung und ist keine "Unterdosierung", sondern eine evidenzbasierte Anpassung für bessere Verträglichkeit. Bei Olaparib gibt es diese gewichtsbasierte Startdosis nicht - hier wird immer mit 2x300 mg begonnen, und Anpassungen erfolgen nur bei Nebenwirkungen.

Quellen:

- Li N et al. (2023). PRIME Study - individualisierte Niraparib-Startdosis.
<https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2807034>
- Wang D et al. (2024). Real-world study Olaparib und Niraparib.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12091628/>

Praxiserfahrung:

Obwohl die Fachinformation "unabhängig von Mahlzeiten" angibt, berichten viele Betroffene, dass die Einnahme zusammen mit Nahrung deutlich verträglicher ist:

Bewährt hat sich: Einnahme mit Joghurt, Kefir oder Dickmilch. Die cremige Konsistenz legt sich schützend um die Magenschleimhaut und kann Übelkeit reduzieren.

Niraparib: Die abendliche Einnahme direkt vor dem Schlafengehen kann helfen, die Übelkeit zu "verschlafen". Manche bevorzugen aber auch die Einnahme nach dem Mittagessen, um Nebenwirkungen tagsüber mit Ablenkung besser bewältigen zu können.

Olaparib: Die konsequente Einhaltung des 12-Stunden-Rhythmus ist wichtig für stabile Wirkspiegel.

Wichtig: Die Tabletten müssen nicht nüchtern eingenommen werden.

Bei vergessener Einnahme:

- **Olaparib:** Wenn weniger als 6 Stunden seit der üblichen Einnahmezeit vergangen sind, die Dosis noch einnehmen. Sind mehr als 6 Stunden vergangen, diese Dosis auslassen und zur nächsten regulären Zeit weitermachen.
- **Niraparib:** Wenn die vergessene Einnahme am selben Tag bemerkt wird, noch einnehmen. Am nächsten Tag normal weitermachen. Keine doppelte Dosis einnehmen.

2. Welche Wechselwirkungen zu Medikamenten und Nahrungsmitteln muss ich beachten?

Das sagt die Fachinformation:

Nahrungsmittel:

Grapefruit, Pomeranze (Bitterorangen), Sternfrucht: Diese Früchte hemmen bestimmte Enzyme (CYP3A4), die für den Abbau von PARP-Inhibitoren zuständig sind. Dadurch können die Wirkspiegel im Blut stark ansteigen und Nebenwirkungen verstärkt auftreten. Diese Früchte und ihre Säfte müssen während der gesamten Therapie komplett gemieden werden.

Medikamente:

Johanniskraut (*Hypericum perforatum*): Beschleunigt den Abbau von PARP-Inhibitoren und senkt die Wirkspiegel. Kann die Wirksamkeit der Therapie reduzieren. Darf nicht gleichzeitig eingenommen werden.

Starke CYP3A4-Hemmer (erhöhen Wirkspiegel): z. B. Ketoconazol, Itraconazol, Clarithromycin, Ritonavir. Wenn möglich vermeiden oder Dosisanpassung erforderlich.

Starke CYP3A4-Induktoren (senken Wirkspiegel): z. B. Rifampicin, Phenytoin, Carbamazepin. Sollten vermieden werden.

Praxiserfahrung:

Vorsicht bei pflanzlichen Präparaten: Johanniskraut ist in vielen rezeptfreien Mitteln enthalten (z. B. Laif, Jarsin, manche Schlaf- oder Beruhigungsmittel).

Grapefruit kann versteckt in Säften, Smoothies, Marmeladen oder als Aromastoff enthalten sein.

Wichtig: Sprecht alle neuen Medikamente (auch rezeptfreie wie Erkältungsmittel, Schmerzmittel), Nahrungsergänzungsmittel oder Naturheilmittel vor der Einnahme mit eurem onkologischen Team ab. Manche Präparate (z. B. Ginseng, Safran) können hormonähnliche Wirkungen haben.

3. Welche typischen Nebenwirkungen können auftreten und was kann helfen?

Das sagt die Fachinformation:

Sehr häufige Nebenwirkungen (bei mehr als 10% der Patientinnen): Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Appetitlosigkeit, Geschmacksstörungen, Fatigue (Erschöpfung), Kopfschmerzen, Schwindel, Anämie (niedriger Hämoglobinwert), Thrombozytopenie (niedrige Blutplättchen), Neutropenie (niedrige weiße Blutkörperchen), Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen. Bei Niraparib zusätzlich: erhöhter Blutdruck, Schlafstörungen, Herzklopfen.

Zeitverlauf: Viele Nebenwirkungen sind in den ersten 2 bis 4 Wochen am stärksten und bessern sich dann häufig von selbst.

Praxiserfahrung:

Übelkeit und Erbrechen

Die ersten 2 bis 4 Wochen sind oft am schwierigsten, danach wird es bei vielen deutlich besser.

Was häufig hilft:

- Einnahme mit Joghurt, Kefir, Dickmilch oder einer Scheibe Brot
- Mehrere kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt
- Ingwertee (frischen Ingwer aufbrühen)
- Antiemetika vom Arzt (z. B. MCP-Tropfen, Vomex, Ondansetron)
- Bei Niraparib: Einnahme abends vor dem Schlafengehen
- Akupressur-Bänder
- Gerüche vermeiden, die Übelkeit auslösen

Fatigue (Erschöpfung)

Wird sehr häufig berichtet und oft als sehr belastend empfunden.

Was häufig hilft:

- Leichte Bewegung (20-30 Minuten Spaziergang, sanftes Yoga). Das klingt paradox, hilft aber nachweislich besser als komplette Schonung
- Energiemanagement: Pausen bewusst einplanen, Prioritäten setzen
- Kurze Power-Naps (maximal 20 Minuten)
- Sich nicht überfordern

Schlafstörungen (besonders bei Niraparib)

Innere Unruhe, erhöhte Herzfrequenz, Einschlaf- oder Durchschlafprobleme.

Was kann helfen:

- Einnahmezeitpunkt anpassen (manche vertragen mittags besser als abends)
- Bei anhaltend erhöhter Herzfrequenz (über 110/min): Ärztlich abklären, ggf. Betablocker
- Entspannungstechniken, Schlafhygiene
- Bessert sich häufig nach 4 bis 8 Wochen

Gelenkschmerzen und Muskelschmerzen:

Häufig berichtet, besonders morgens "steife Gelenke". Schwer von Wechseljahresbeschwerden zu unterscheiden.

Was häufig hilft:

- Morgendliche Dehnübungen
- Wärme (Wärmflasche, warmes Bad)
- Regelmäßige Bewegung
- Bei starken Schmerzen: Schmerzmittel nach Rücksprache

Durchfall

Besonders bei Olaparib.

Was häufig hilft:

- Ausreichend trinken
- leicht verdauliche Kost
- bei Bedarf Loperamid nach Rücksprache.

Verstopfung

Was häufig hilft:

- Ballaststoffreiche Ernährung
- ausreichend trinken
- Bewegung
- bei Bedarf Macrogol (Movicol).

Wichtig: Bei starken Bauchschmerzen oder länger als 3 Tage anhaltender Verstopfung sofort ärztlich abklären (Risiko für Darmverschluss).

Blutbildveränderungen

Anämie, Thrombozytopenie, Neutropenie sind sehr häufig. Regelmäßige Kontrollen erforderlich.

Bei sehr niedrigen Werten: Therapiepause oder Bluttransfusion notwendig.

Blutdruck (besonders bei Niraparib)

Erhöhter Blutdruck ist häufig.

Wichtig: Regelmäßig selbst messen, falls Auffälligkeiten (morgens/abends), Werte protokollieren. Bei Anstieg Onkologie informieren, häufig werden Blutdrucksenker verschrieben.

Trockene oder gereizte Augen

Häufig berichtet.

Was häufig hilft:

- Künstliche Tränen mehrmals täglich (z. B. Hylo-Gel, Bepanthen Augentropfen).
- Zusätzlichen Zug meiden
- Brille/Sonnenbrille tragen

Geschmacksveränderungen

Kommen vor, bessern sich meist nach einigen Wochen bis Monaten.

4. Meine Ärzt:in sagt, ich muss die Dosis reduzieren. Wirkt mein Medikament dann noch richtig?

Das sagt die Fachinformation und Leitlinie

Dosisreduktionen sind ein ausdrücklich vorgesehenes Instrument im Nebenwirkungsmanagement. Das Ziel ist, dass die Patientin die Therapie langfristig und dauerhaft fortsetzen kann. Eine niedrigere Dosis, die durchgehalten wird, ist therapeutisch wertvoller als eine hohe Dosis mit häufigen Unterbrechungen oder Abbruch.

Wichtiger Unterschied zwischen Niraparib und Olaparib:

- **Niraparib:** Dosisanpassungen können aus zwei Gründen erfolgen: 1) als individualisierte Startdosis basierend auf Körpergewicht (≤ 77 kg) oder Thrombozytenzahl ($< 150.000/\mu\text{L}$), und 2) aufgrund von Nebenwirkungen im Therapieverlauf.
- **Olaparib:** Dosisanpassungen erfolgen ausschließlich aufgrund von Nebenwirkungen. Das Körpergewicht spielt bei Olaparib keine Rolle - die Startdosis ist immer 2x300 mg täglich.

Aktuelle Forschung (Stand 01/2026):

Die aktuelle Studienlage zeigt, dass Dosisreduzierungen bei PARP-Inhibitoren sehr häufig erforderlich sind und die Wirksamkeit nicht beeinträchtigen. In klinischen Studien benötigten 66-71% der Patientinnen unter Niraparib (Standardstartdosis 300 mg täglich) eine Dosisreduzierung, während Real-World-Daten niedrigere Raten zeigen (23% bei Olaparib, 35% bei Niraparib).

Aufgrund dieser Erkenntnisse wird in der Praxis bei Niraparib mittlerweile häufig bereits mit einer individualisierten, geringeren Startdosis begonnen (200 mg statt 300 mg bei Körpergewicht ≤ 77 kg oder Thrombozytenzahl $< 150.000/\mu\text{L}$), auch wenn dies nicht überall offiziell in den Fachinformationen steht. Bei Olaparib gibt es diese gewichtsbasierte Startdosis nicht - hier werden Dosisanpassungen ausschließlich aufgrund von Nebenwirkungen vorgenommen.

Hintergrund der initial hohen Dosierung ist, dass PARP-Inhibitoren ursprünglich in höheren Dosen entwickelt wurden, um eine maximale PARP-Trapping-Aktivität zu erreichen - neuere Daten zeigen jedoch, dass auch niedrigere Dosen bei besserer Verträglichkeit wirksam sind. Trotz der guten retrospektiven Daten zur Wirksamkeit niedrigerer Startdosen werden diese noch nicht flächendeckend eingesetzt, da prospektive randomisierte Studien ethisch schwierig durchzuführen sind (Patient:innen müssten für höhere Nebenwirkungsraten randomisiert werden, obwohl bereits Daten für bessere Verträglichkeit vorliegen). Studien berichten, dass Patient:innen mit engmaschiger Betreuung und proaktivem Dosismanagement bessere Behandlungsergebnisse und niedrigere Abbruchraten erzielen.

Quellen:

- Friedlander M et al. (2023). Managing Adverse Effects Associated With Poly (ADP-Ribose) Polymerase Inhibitors. https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_390876
- Li N et al. (2023). PRIME Study - Niraparib individualisierte Startdosis. <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2807034>
- Wang D et al. (2024). Real-world study Olaparib and Niraparib. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12091628/>

Praxiserfahrung:

Dosisreduktionen sind sehr häufig und sollten nicht als Versagen gesehen werden:

- Olaparib: Standard ist 2x300 mg, viele nehmen dauerhaft 2x200 mg, 2x150 mg oder 2x100 mg. Eine Anpassung der Dosis erfolgt bei Olaparib ausschließlich aufgrund von Nebenwirkungen, nicht aufgrund des Körpergewichts.
- Niraparib: Standard ist 300 mg (bei unter 77 kg oder niedrigen Thrombozyten oft 200 mg Start), viele nehmen dauerhaft 200 mg oder 100 mg. Bei Niraparib kann die Dosis sowohl von Anfang an gewichtsbasiert angepasst werden als auch später aufgrund von Nebenwirkungen.

Aussagen aus onkologischen Zentren:

- "Nur 10 bis 20 Prozent vertragen die Höchstdosis dauerhaft ohne Probleme."
- "Wenn man heute mit den vorliegenden Daten die Medikamente neu zulassen würde, würde man wahrscheinlich mit niedrigeren Dosen starten."
- "Eine niedrigere Dosis über ein Jahr ist besser als drei Monate Höchstdosis mit Abbruch."

Perspektivwechsel:

Es ist kein Rückschlag, sondern das Einpegeln auf eure individuelle Verträglichkeitsdosis. Lebensqualität ist ein relevanter Therapiefaktor.

5. In welchen Situationen kann eine Dosisanpassung erwogen werden? Wann sollte ich das Thema bei meinem Arzt oder meiner Ärztin ansprechen?

Das sagt die Fachinformation:

Bei anhaltenden, belastenden Nebenwirkungen (z. B. Anämie, Übelkeit, Fatigue, Neutropenie, Thrombozytopenie) kann die Behandlung unterbrochen werden (bei Niraparib bis zu 28 Tage), anschließend mit reduzierter Dosis fortgeführt werden. Wenn Nebenwirkungen trotz 28-tägiger Pause nicht auf ein tolerierbares Maß zurückgehen, wird ein Absetzen erwogen.

Wichtig zu wissen:

- Bei Niraparib kann die Dosis bereits von Anfang an angepasst werden (200 mg statt 300 mg bei Körpergewicht ≤ 77 kg oder Thrombozytenzahl $< 150.000/\mu\text{L}$) und später aufgrund von Nebenwirkungen weiter reduziert werden.
- Bei Olaparib erfolgen Dosisanpassungen ausschließlich aufgrund von Nebenwirkungen - es gibt keine gewichtsbasierte Startdosis.

In den Fachinformationen sind klare Dosisanpassungsempfehlungen nach Schweregrad der Nebenwirkungen aufgeführt:

- Grad 1-2 (mild-moderat): Häufig Fortführung möglich, ggf. symptomatische Behandlung
- Grad 3 (schwer): Therapieunterbrechung bis zur Besserung auf Grad 0-1, dann Wiederaufnahme mit reduzierter Dosis
- Grad 4 (lebensbedrohlich): Therapieunterbrechung, oft dauerhaftes Absetzen erforderlich

Aktueller Stand der Forschung (01/2026):

Die Forschung bestätigt zunehmend, dass frühzeitiges und proaktives Dosismanagement zu besseren Behandlungsergebnissen führt. Real-World-Studien von 2024 zeigen, dass Patientinnen mit strukturiertem Nebenwirkungsmanagement und festen Ansprechpersonen niedrigere Therapieabbruchraten und bessere Prognosen haben.

Timing von Dosisanpassungen:

Die PRIME-Studie zeigte, dass die mediane Zeit bis zur ersten Dosisreduzierung bei Niraparib nur 29 Tage betrug - selbst bei bereits reduzierter Startdosis. Das bedeutet: Frühe Dosisanpassungen sind normal und kein Zeichen von "Versagen". Je früher Nebenwirkungen adressiert werden, desto besser ist die Therapieadhärenz langfristig.

Lebensqualität als Forschungsparameter:

Neuere Studien untersuchen zunehmend auch Patient-Reported Outcomes (PRO) und Lebensqualität, nicht nur "harte" medizinische Parameter wie Blutwerte. Die Forschung erkennt damit an, dass auch milde, aber dauerhafte Nebenwirkungen (Grad 1-2) die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen können - auch wenn sie medizinisch nicht "gefährlich" sind. Dies bestärkt Patientinnen darin, Lebensqualität als legitimen Grund für Dosisanpassungen anzusprechen.

Wichtige Erkenntnis:

Eine stabile, niedrigere Dosis über längeren Zeitraum ist therapeutisch wertvoller als kurzzeitige Höchstdosis mit anschließendem Abbruch - dies wird durch Real-World-Daten eindeutig bestätigt.

Quellen:

- Li N et al. (2023). PRIME Study.
<https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2807034>
- Wang D et al. (2024). Real-world study.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12091628/>
- Friedlander M et al. (2023). Managing Adverse Effects.
https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_390876

Praxiserfahrung:

Onkolog:innen achten primär auf Blutwerte (Ist es medizinisch gefährlich?) und Tumoransprechen (Wirkt das Medikament?). Die Lebensqualität (Kann ich noch arbeiten, am Leben teilnehmen?) wird manchmal unterschätzt. Hier müsst ihr manchmal selbst das Gespräch suchen.

Gute Gründe, das Thema Dosisanpassung proaktiv anzusprechen:

- **Der Dauer-Zustand:** Nebenwirkungen wie Übelkeit oder leichte Übelkeit sind zwar medizinisch nicht "gefährlich" (Grad 1-2), aber permanent da und belasten euch jeden Tag. Auch milde, aber dauerhafte Beschwerden sind ein legitimer Grund für eine Anpassung.
- **Die Alltagshürde:** Ihr müsst wegen Erschöpfung (Fatigue) Hobbys, Arbeit oder soziale Treffen komplett aufgeben. Ein Medikament soll das Leben verlängern, nicht das Leben verhindern. Wenn ihr nicht mehr einkaufen, kochen oder am sozialen Leben teilnehmen könnt, ist das ein wichtiges Signal.

- **Der Jo-Jo-Effekt:** Ihr müsst die Tabletten immer wieder komplett absetzen, weil die Blutwerte abstürzen, und dann wieder voll einsteigen. Oft ist eine stabile, niedrigere Dosis verträglicher als ständiges Ein- und Aussetzen.
- **Gewichtsverlust:** Ihr verliert durch Übelkeit oder Appetitlosigkeit stetig an Gewicht (mehr als 5 bis 10 Prozent des Ausgangsgewichts).
- **Ihr merkt, dass ihr es langfristig nicht durchhaltet:** Wenn ihr das Gefühl habt, die Therapie unter diesen Bedingungen nicht über Monate oder Jahre durchzustehen, ist das ein wichtiger Grund für ein Gespräch.

Formulierungshilfen für das Arztgespräch:

Viele haben Angst, als "wehleidig" zu gelten. Versucht es sachlich zu formulieren:

- "Ich möchte die Therapie unbedingt weitermachen, aber mit der aktuellen Lebensqualität halte ich das langfristig nicht durch. Können wir probieren, ob ich mit einer Stufe niedriger stabiler zurechtkomme?"
- "Mir ist bewusst, dass die volle Dosis Standard ist, aber ich liege den halben Tag flach und kann kaum noch arbeiten. Gibt es Spielraum für eine Anpassung?"
- "Die Blutwerte sind zwar noch im Rahmen, aber die Übelkeit ist seit Wochen durchgehend da. Kann ich probeweise auf eine niedrigere Dosis gehen?"

Wichtig: Eine Dosisreduktion bedeutet nicht, dass ihr aufgibt oder versagt. Es bedeutet, dass ihr gemeinsam mit eurem Team eine individuelle Lösung sucht, die für euren Körper und euer Leben funktioniert.

6. Welche Kontrollen werden unter der Behandlung mit Niraparib und Olaparib empfohlen?

Das sagt die Fachinformation:

Die Kontrollen dienen der Überwachung von Nebenwirkungen der PARP-Inhibitoren, insbesondere der Blutbildveränderungen (hämatologische Toxizität) und bei Niraparib des Blutdrucks.

Vor Therapiebeginn:

- Komplettes Blutbild mit Differenzialblutbild (Hämoglobin, Thrombozyten, Leukozyten, Neutrophile)
- Bei Niraparib: Blutdruckmessung

Während der Therapie - Blutbildkontrollen:

- **Olaparib:**
Erstes Jahr: Monatlich
Danach: Regelmäßig nach klinischer Notwendigkeit (häufig alle 4 bis 8 Wochen)
- **Niraparib:**
Erste 4 Wochen: Wöchentlich
Danach erstes Jahr: Monatlich
Danach: Regelmäßig nach klinischer Notwendigkeit

Bei Dosisreduktion oder nach Therapiepause wegen Blutbildveränderungen:

- Engmaschigere Kontrollen (initial wöchentlich), bis sich die Werte stabilisiert haben
- Dann schrittweise Verlängerung der Abstände

Niraparib - Blutdruckkontrollen:

Niraparib kann den Blutdruck erhöhen (häufige Nebenwirkung).

Regelmäßige Blutdruckmessungen werden empfohlen, entweder bei den Kontrollterminen in der Klinik oder durch Selbstmessung zu Hause.

Bei erhöhten Werten oder bei Patientinnen, die bereits vor Therapiebeginn erhöhten Blutdruck hatten: Engmaschigere Kontrollen und ggf. Blutdrucksenker.

Praktisch: Selbstmessung zu Hause (morgens und abends) gibt euch und dem Behandlungsteam einen guten Überblick. Werte notieren und zu den Terminen mitbringen.

Praxiserfahrung:

Startphase (erste 4 bis 8 Wochen):

Unabhängig von Erstlinie oder Rezidiv: In dieser Phase sind die Kontrollen am engsten, oft wöchentlich oder zweiwöchentlich.

Grund: Das Blutbild reagiert häufig in den ersten Wochen am stärksten. Frühzeitiges Erkennen von kritischen Werten (Thrombozyten unter 50.000, Hämoglobin unter 8 g/dl) ist wichtig.

Stabile Phase (nach den ersten Monaten):

Wenn sich die Werte stabilisiert haben und keine Dosisanpassungen mehr nötig sind:
Kontrollen in der Regel monatlich im ersten Jahr.

Viele Betroffene berichten von monatlichen Blutbildkontrollen über das gesamte erste Jahr.

Langzeittherapie (nach dem ersten Jahr):

Bei stabilen Werten oft Verlängerung auf alle 6 bis 8 Wochen möglich.

Im Rezidiv mit Langzeittherapie (über Jahre): Manche haben nur noch alle 2 bis 3 Monate Kontrollen, wenn die Werte durchgehend stabil sind.

Organisation:

Viele Kliniken bestehen anfangs darauf, dass die Blutabnahmen vor Ort gemacht werden ("wir wollen die Patientinnen sehen wegen Nebenwirkungen").

Nach der Stabilisierungsphase ist bei vielen Kliniken möglich: Blutabnahme beim Hausarzt, der die Werte an die Onkologie faxt/mailt. Persönlicher Termin in der Klinik dann nur noch alle 3 Monate oder bei Auffälligkeiten.

Das spart Zeit und Fahraufwand. Fragt aktiv danach, wenn die häufigen Klinikbesuche für euch sehr belastend sind.

Rückmeldung der Blutwerte:

Die Handhabung ist von Klinik zu Klinik unterschiedlich:

- **Blutabnahme vor dem Arzttermin:** Die Werte werden beim Termin besprochen. Bei auffälligen Werten wird direkt entschieden (Pause, Dosisreduktion, Transfusion).
- **Blutabnahme beim Hausarzt oder ohne direkten Arzttermin:** Die Werte werden in der Klinik gesichtet. Sofern die Werte auffällig sind (z. B. Thrombozyten kritisch niedrig, Hämoglobin stark abgefallen), werdet ihr kontaktiert oder erneut einbestellt. Bei stabilen Werten erhaltet ihr oft nur eine kurze Rückmeldung (Anruf, SMS, Mail) "alles in Ordnung, weiter wie bisher".

Fragt in eurer Klinik nach, wie das Procedere bei euch läuft und wann/wie ihr Rückmeldung bekommt.

Wichtige überwachte Werte:

- Hämoglobin (Hb): Zielwert über 8 g/dl, besser über 10 g/dl. Bei starkem Abfall: Therapiepause oder Bluttransfusion.
- Thrombozyten: Kritisch unter 50.000/ μ l (erhöhtes Blutungsrisiko). Oft werden schon bei Werten unter 75.000 bis 100.000 Dosisanpassungen vorgenommen.
- Neutrophile Granulozyten: Bei Neutropenie unter 1.000/ μ l erhöhtes Infektionsrisiko.

Unterschiede zwischen Erstlinie und Rezidiv:

Die Kontrollhäufigkeit richtet sich nicht primär danach, ob es Erstlinie oder Rezidiv ist, sondern nach:

- Zeitpunkt in der Therapie (Anfang vs. stabile Phase)

- Individueller Verträglichkeit und Blutbildreaktion
- Dosishöhe und -anpassungen

Im Rezidiv mit Langzeittherapie über Jahre können die Abstände zwischen den Kontrollen länger werden, wenn die Werte stabil bleiben.

Praktische Tipps:

Lasst euch eine Kopie der Blutwerte geben oder per Mail schicken. So habt ihr den Überblick über den Verlauf.

Wenn ihr unsicher seid, wie oft kontrolliert werden sollte: Fragt direkt nach dem Plan für die nächsten Monate.

Wichtig: Diese Kontrollen beziehen sich nur auf das Monitoring der PARP-Inhibitor-Nebenwirkungen. Die reguläre Tumornachsorge läuft parallel und unabhängig davon: Die Leitlinie sieht zum Therapiemonitoring bei PARP-Inhibitoren zusätzlich Kontrollen der Tumormarker und Bildgebungen vor. Die Häufigkeit wird in der Praxis unterschiedlich gehandhabt und erfolgt nach ärztlicher Einschätzung.

7. Wie lange werden Olaparib und Niraparib eingenommen?

Das sagt die Fachinformation und Leitlinie:

Die Therapiedauer hängt von mehreren Faktoren ab:

In der Erstlinie (nach der ersten Chemotherapie):

Bei R0-Resektion (tumorfrei operiert) und kompletter Remission:

- **Olaparib:** In der Regel 2 Jahre
- **Niraparib:** In der Regel 3 Jahre (bei Kombination mit Bevacizumab: Niraparib 3 Jahre, Bevacizumab 15 Monate)

Nach dieser Zeit wird die Therapie in der Regel beendet. Beobachtungsstudien zeigen, dass die Wirksamkeit über den Einnahmezeitraum hinaus anhält und eine längere Einnahme in dieser Situation keinen zusätzlichen Nutzen bringt.

Bei Resttumor (nicht R0-operiert) oder nicht kompletter Remission:

Eine längere Einnahme kann sinnvoll sein, auch in der Erstlinie.

Die Entscheidung wird individuell getroffen, abhängig von Tumorlast, Verträglichkeit und Ansprechen.

Streng genommen gilt als Resttumor, was nach 2 Jahren noch radiologisch (im CT/MRT) nachweisbar ist.

Im Rezidiv (nach erneutem Auftreten der Erkrankung):

Die Therapie wird in der Regel bis zum Fortschreiten der Erkrankung (Progress, neues Rezidiv) oder bis zu inakzeptablen Nebenwirkungen fortgeführt.

Es gibt keine feste zeitliche Obergrenze.

PARP-Inhibitoren können auch gegeben werden, wenn bereits in der Erstlinie ein PARP-Inhibitor genommen wurde. Häufig wird dann ein anderer gewählt (z. B. erst Olaparib, dann Niraparib oder umgekehrt). Auch die erneute Gabe desselben PARP-Inhibitors ist möglich (z. B. OREO-Studie: Olaparib auch nach vorheriger Olaparib-Therapie wirksam).

Unabhängig vom Mutationsstatus (BRCA/HRD):

PARP-Inhibitoren können sowohl bei BRCA-Mutation, HRD-positivem Status als auch bei BRCA-negativem/HRD-negativem Status gegeben werden (teilweise in Kombination mit Bevacizumab). Die Zulassungen und Empfehlungen sind komplex und werden ständig durch neue Studiendaten aktualisiert.

Praxiserfahrung:

Erstlinie mit R0-Resektion:

Viele berichten von "gemischten Gefühlen" beim Absetzen nach 2 bzw. 3 Jahren. Man fühlt sich mit dem Medikament irgendwie "sicherer", auch wenn man weiß, dass es keine Garantie ist.

Wichtig zu verstehen: PARP-Inhibitoren hindern vorhandene Krebszellen am Weiterwachsen. Nach 6 Zyklen Chemotherapie und 2 bis 3 Jahren Erhaltungstherapie sind nach medizinischer Einschätzung alle noch so kleinen Zellen vernichtet. Das Medikament verhindert nicht die Neubildung von Krebs, sondern hält bestehende Zellen in Schach.

Viele Betroffene haben nach dem Absetzen weiterhin Ruhe (in Selbsthilfegruppen wird von 4 bis 5 Jahren berichtet).

Erstlinie mit Resttumor:

Wenn nach der Chemotherapie noch Resttumorlast da war, kann eine längere Einnahme über die 2 bzw. 3 Jahre hinaus erwogen werden.

Dies sollte mit einem erfahrenen Gyn-Onkologen besprochen werden, idealerweise in einem spezialisierten Zentrum (Charité, KEM Essen, Unikliniken).

Manchmal lohnt sich eine Zweitmeinung zur Frage "Weitermachen oder Absetzen?" und zur Beurteilung der aktuellen Bildgebung.

Rezidiv:

Hier ist die Situation klarer: Die Therapie läuft, solange sie wirkt und verträglich ist.

Manche nehmen PARP-Inhibitoren über 4, 5 oder mehr Jahre.

Die Entscheidung wird regelmäßig überprüft (bei den Kontrolluntersuchungen). Diese regelmäßige Überprüfung ist wichtig, weil mit einer längeren Einnahmedauer auch das Risiko für Langzeitnebenwirkungen (z.B. bestimmte Blutkrebsarten) oder auch Resistenzbildungen steigen kann. Noch hat die Forschung die optimale Einnahmedauer in der Rezidivsituation nicht herausgefunden. Allerdings gibt es erste Hinweise aus Real-World-Daten: Wenn ihr Niraparib oder Olaparib in der Rezidivsituation schon länger als 5 Jahre ohne Rückfall nehmt, ist es für die Prognose (Rückfallwahrscheinlichkeit) kein Nachteil, wenn ihr ihn absetzen wollt oder sollt.

Haggstrom L, et al. Int J Gynecol Cancer 2024;34:1932–1939. doi:10.1136/ijgc-2024-005976

Bei Unsicherheit:

Holt euch eine Zweitmeinung ein, besonders wenn euer Onkologe/eure Onkologin wenig Erfahrung mit PARP-Inhibitoren hat.

Spezialisierte Zentren (z. B. Charité Berlin, KEM Essen, Universitätskliniken mit gynäkologischen Krebszentren) sind oft auf dem neuesten Stand der Studienlage und können individuell beraten.

Nach dem Absetzen:

Engmaschige Nachsorge bleibt wichtig (Blutbild, Tumormarker, Bildgebung).

Hört auf euren Körper. Bei unklaren Beschwerden, unerklärlichem Gewichtsverlust oder anhaltendem Völlegefühl: Sofort ärztlich abklären, nicht bis zum nächsten regulären Termin warten.

Tipp: schaut Euch das Meet-the-Expert-Video vom 15.1.2026 mit Prof. Felix Hilpert, Jerusalem Krankenhaus Hamburg, zur Anwendung von PARP-Inhibitoren an:

<https://youtu.be/L0cUzGN-c9w>