



Prof. Dr. med.
Thomas Cerny



Prof. Dr. med.
Richard Herrmann



Prof. Dr. med.
Urs Martin Lütolf

Was bedeutet eine älter werdende Bevölkerung für die Onkologie?

Im August 2013 fanden in der Schweiz zwei Tagungen statt, die sich mit den Konsequenzen der Veränderung der Alterspyramide beschäftigten, zunächst eine gesundheitspolitische Tagung in Interlaken, dann das World Demographic and Ageing Forum in St. Gallen. Dies hat mich veranlasst, mir wieder einmal die Frage zu stellen, was die Alterung der Bevölkerung für uns Onkologen bedeutet bzw. was sich damit für die onkologische Praxis ändert. Zunächst einmal ist es klar, dass die Zahl der Krebserkrankungen zunehmen wird. Aus den Zahlen des Bundesamtes für Statistik lässt sich dies leicht ablesen.

- Ab welchem Alter müssen wir unsere interdisziplinären Therapiekonzepte anpassen?
- Gibt es genügend wissenschaftliche Evidenz für den Nutzen „angepasster“ Therapiekonzepte?
- Unterscheiden sich die Therapieziele älterer Patienten von denen der jüngeren?

Ab welchem Alter ist man alt? Wir wissen natürlich, dass es kein fixes Alter gibt, von dem an man in die Gruppe „elderly and frail“ gesteckt werden kann, auch wenn das bisweilen in Studien noch passiert. Das Problem besteht darin, dass, wie auch immer man versucht, eine Studiengruppe zu definieren, ob nach Alter oder Leistungsfähigkeit oder Organfunktion, immer ein heterogener Haufen entsteht. Das statistische Ergebnis einer solchen Studie dann auf einen individuellen Patienten anzuwenden ist häufig eine Herausforderung. Dennoch führt kein Weg vorbei an der systematischen Erforschung des Nutzens onkologischer Therapien bei Patienten, die altersbedingte Einschränkungen aufweisen. Wichtige Voraussetzung für die Bewertung von Ergebnissen solcher Studien ist eine sehr sorgfältige Stratifizierung nach der Qualität und dem Grad der Einschränkung.

Ich kann mich gut daran erinnern, als man in Tumorkonferenzen Therapieempfehlungen gegen einen kurativen Ansatz gab alleine aufgrund des Alters nach dem Motto, der Patient oder die Patientin hätten mit 75 Jahren ihr Leben ja eigentlich schon gelebt, obwohl sie statistisch gesehen ohne die Krebserkrankung noch eine mediane Lebenserwartung von vielleicht 10 Jahren hatten. Wahrscheinlich geht man diese Fragen mit mehr Sensibilität an, wenn man selbst älter wird.

Zwei Punkte scheinen mir hier sehr wichtig:

- Keine Empfehlungen oder Entscheidungen ausschliesslich am grünen Tisch.
- Einbeziehung des Patienten unter Berücksichtigung seiner eigenen Lebensplanung und -ziele idealerweise zusammen mit einer wichtigen Bezugsperson wie Ehegatten oder Kind.

Es gibt Menschen in fortgeschrittenem Alter, die durchaus eine adjuvante Chemotherapie beim Kolonkarzinom wünschen und die möglicherweise damit verbundenen Belastungen akzeptieren und Gleichaltrige, die sich das nicht zutrauen oder auch den Anspruch nicht haben, sondern sich bewusst dem Schicksal ergeben.

Die Betreuung von älteren Patienten mit weiteren gesundheitlichen Einschränkungen ist eine zusätzliche Herausforderung für uns Onkologen: Zunächst müssen wir uns ein gutes Bild verschaffen über Begleiterkrankungen, Organfunktionen, Funktion der Sinnesorgane, Mobilität, kognitive Fähigkeiten, psychischen Zustand. Diese Erkenntnisse sollten dann die Basis sein dafür, in welcher Weise die stadiengerechte Therapieempfehlung gegebenenfalls angepasst werden müsste und welche Einschränkungen des Therapieergebnisses daraus resultieren könnten. An diesem Punkt braucht es dann gemeinsam mit dem Patienten und seiner Vertrauensperson ein Gespräch mit Abwägung von möglichem Nutzen und Belastung, an dessen Ende eine gemeinsame Entscheidung über den einzuschlagenden Weg steht. Offenheit und Ehrlichkeit sind hier unverzichtbar und eine Entscheidung des Patienten gegen eine von uns vorgeschlagene Therapie ist keine Entscheidung gegen uns als Person.

Die Gesellschaft und die Politik müssen sich darauf einstellen, dass durch die Verschiebung der Alterspyramide der Bedarf an onkologischer Betreuung steigen wird. Einerseits steigt die Zahl der Krebserkrankungen, andererseits erfordert die Betreuung älterer Patienten mehr Zeit. Die Besonderheiten von onkologischen Therapien bei älteren Menschen müssen weiter sorgfältig erforscht werden. Da dies in der Regel bei der Entwicklung neuer Krebsmedikamente nicht passiert, sollten bei der Zulassung neuer Medikamente dem Hersteller entsprechende Auflagen gemacht werden.

Prof. Dr. med. Richard Herrmann, Basel