



## Tumorerkrankungen im Alter

### Ziele und Aktivitäten der neuen Initiative IN-GHO



**Welche Besonderheiten sind bei der Therapie älterer Tumorpatienten zu berücksichtigen? Was können Fachärzte und Hausärzte, aber auch Pflegekräfte und Angehörige tun, um der besonderen Situation dieser Patienten gerecht zu werden. Diese Fragen standen im Mittelpunkt eines DGHO-Symposiums\*, in dem zugleich mit IN-GHO, der Initiative für geriatrische Hämatologie und Onkologie, eine viel versprechende „Antwort“ auf diese Fragen gegeben wurde. Über die Ziele und Aktivitäten der neuen Initiative sprachen wir mit Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.**

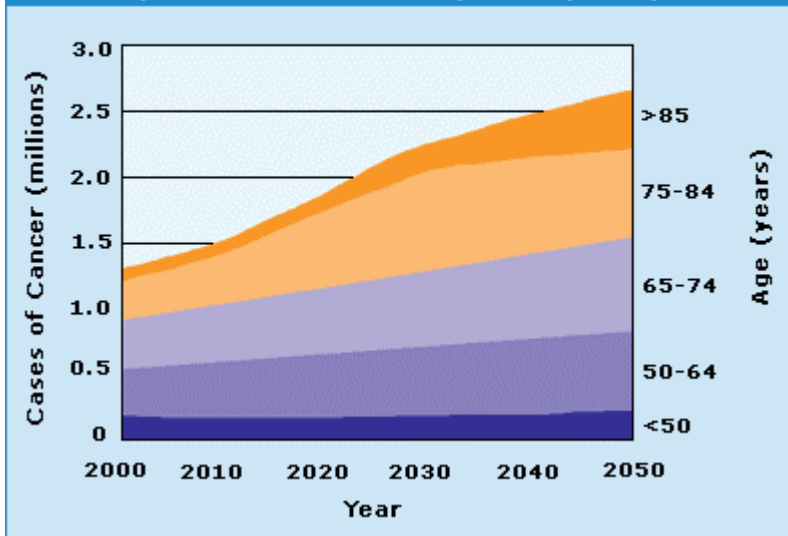


**Herr Professor Bokemeyer, dass wir uns in Zukunft auf immer mehr ältere Tumorpatienten einstellen müssen, wird schon seit längerem prognostiziert. Aber wie sieht es heute aus, welche Rolle spielen geriatrische Patienten derzeit in der Hämatologie und Onkologie?**

Krebs ist ja vor allem eine Erkrankung des älteren Menschen. Schon heute wird die Hälfte aller Tumorerkrankungen bei Menschen über 65 Jahren diagnostiziert, und mehr als 50% der Tumoren dieser Patienten befinden sich bereits in einem fortgeschrittenen oder metastasierten Stadium. Mit 60% überproportional hoch ist daher der Anteil der tumorbedingten Todesfälle in dieser Altersgruppe.

Und – wie Sie schon sagen: Die Zahl der älteren und besonders der sehr alten Patienten mit Krebs wird zukünftig noch gravierend steigen.

**Abb. 1: Vor allem die Zahl alter und betagter Tumorpatienten wird zukünftig zunehmen (nach Edwards BK et al., Cancer, 2002)**



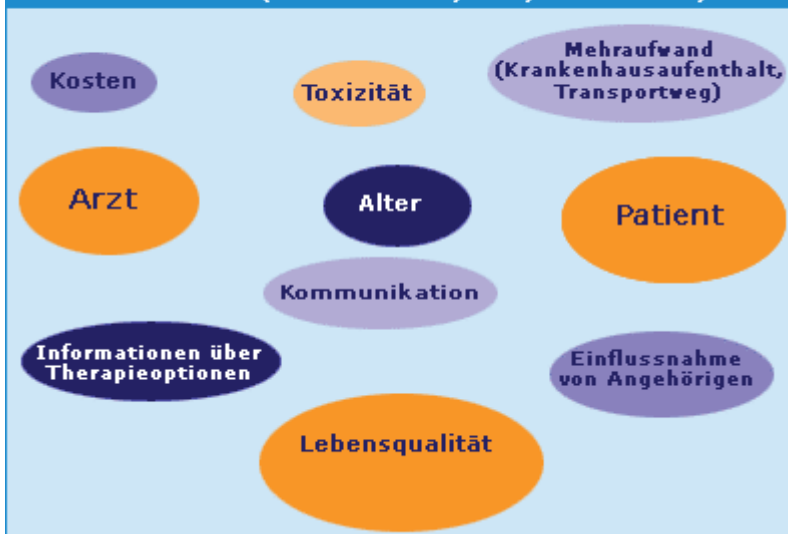
**Welche Aspekte sollte der Arzt bei der Behandlung des älteren Tumorpatienten besonders beachten?**

Den älteren Tumorpatienten als solchen gibt es eigentlich nicht. Ältere Tumorpatienten stellen vielmehr eine sehr heterogene Gruppe dar. Bei gleichem kalendarischen Lebensalter sehen wir Patienten, die noch äußerst vital sind, aber auch solche, die schon recht gebrechlich sind. Dies hat natürlich auch Auswirkungen auf die Therapiefähigkeit der Patienten. Neben dem Allgemeinzustand besonders wichtig sind hier eventuell bestehende Komorbiditäten, mögliche Veränderungen in den Organfunktionen (z.B. eine veränderte Knochenmarkreserve) und der Verstoffwechslung von Medikamenten sowie nicht zuletzt die mentale und kognitive Leistungsfähigkeit dieser Patienten.

**Werden diese Besonderheiten älterer Tumorpatienten heute angemessen vom Arzt berücksichtigt? Welche Faktoren beeinflussen die Therapieentscheidungen?**

Derzeit basiert die Therapieentscheidung des Arztes sehr stark auf seinem eigenen Erfahrungshorizont. Die Entscheidungsfindung ist dann leider oft mehr oder minder eine „Bauchentscheidung“, die von ganz unterschiedlichen Faktoren abhängt. Das kann von der reinen Kostenseite bis hin zur Einflussnahme von Angehörigen reichen. Untersuchungen zeigen aber auch, dass ältere Patienten häufiger eine Therapie wünschen, als es die Angehörigen oder wir Therapeuten vermuten.

**Abb. 2: Faktoren mit Einfluss auf die Therapieentscheidung bei geriatrisch-onkologischen Patienten (nach Bokemeyer C, DGHO 2005)**



**Ein Problem bei der Therapie älterer Tumorpatienten ist ja oft, dass es für diese Patientengruppe keine Studiendaten gibt. Worauf führen Sie diese Defizite zurück?**

Tatsache ist, dass zur Zeit nur sehr wenige ältere oder alte Patienten in klinische Studien aufgenommen werden. Ob dies nun daran liegt, dass diese Patientengruppe nicht für Studien geeignet ist – oder umgekehrt – viele Studien nicht für ältere Patienten geeignet sind? Beides ist sicher korrekt.

Betrachtet man die Studienlandschaft genauer, so kann man zahlreiche Barrieren entdecken, die den Einschluss älterer Patienten in onkologisch-hämatologische Studien erschweren. Da ist in erster Linie natürlich das Studiendesign mit teils recht restriktiven Einschlusskriterien, dann aber auch mögliche Vorbehalte des behandelnden Arztes, der vielleicht einen erhöhten Dokumentationsaufwand fürchtet oder sich in seiner Therapiefreiheit eingeschränkt sieht. Barrieren gibt es aber auch auf Seiten der Patienten, die klinischen Studien oft generell skeptisch gegenüber stehen. Oder die räumliche Entfernung zum nächsten Zentrum, in dem eine geeignete Studie läuft, ist einfach zu weit – besonders natürlich für ältere Tumorpatienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

**Abhilfe kann hier sicher die Intensivierung der geriatrisch-onkologischen Forschung bringen. Welche Ziele sehen Sie da an erster Stelle?**

Zunächst einmal müssen wir die individuellen Patienten viel besser als bisher klassifizieren. Dazu benötigen wir mehr Daten, um die altersabhängige Organfunktion des einzelnen Patienten charakterisieren zu können. Bei der medikamentösen Therapie brauchen wir mehr Daten zur Pharmakodynamik und vor allem mehr Daten zur Pharmakokinetik im Alter. Wir brauchen aber auch mehr Informationen zum Einfluss bestehender Komorbiditäten und anderer altersbedingter Einschränkungen auf das Therapieergebnis im Einzelfall. Zudem müssen wir mehr zum Stellenwert von Supportivmaßnahmen bei alten Patienten wissen und ganz wichtig: Wir müssen Therapiestandards für geriatrisch-onkologische Patienten erarbeiten und diese – durch kontinuierliche Fortbildung – unseren Kollegen in der täglichen Praxis vermitteln.

**Hier will ja nun zukünftig die Initiative IN-GHO\*\* die medizinischen Fachkreise unterstützen. Was ist das Besondere an dieser Initiative?**

Alle an dieser Initiative Beteiligten haben ein wichtiges Ziel vor Augen: Sie wollen das Bewusstsein für die Besonderheiten älterer Menschen schärfen und darauf basierend die Therapie der geriatrisch-onkologischen Patienten verbessern. Dabei richtet sich IN-GHO nicht nur an den behandelnden Facharzt, sondern ebenso an die Hausärzte, Pflegekräfte, Kostenträger und das Umfeld der Patienten.

Alle Personen, die mit älteren Tumorpatienten befasst sind, sollen in die Lage versetzt werden, den individuellen Patienten mit seinen spezifischen Bedürfnissen besser zu verstehen, um so unter rationalen Gesichtspunkten die beste Therapieoption auswählen zu können.

**Welche Ärzte engagieren sich zur Zeit in der Initiative IN-GHO?**

Ich freue mich besonders, dass wir für dieses Projekt viele Ärzte, die schon Erfahrungen in der geriatrischen Onkologie haben, gewinnen konnten.

**Abb. 3: Mitglieder der Initiative IN-GHO (nach Bokemeyer C, DGHO 2005)**

Prof. Dr. med.	Bokemeyer	UKE – Medizinische Klinik und Poliklinik II Onkologie und Hämatologie	Hamburg
Dr. med.	Freier	Onkologische Schwerpunktpraxis	Hildesheim
Dr. med.	Friedrich	Marienhospital Heme Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation	Herne
PD Dr. med.	Hartung	Universitätsklinik Rostock Abteilung Hämatologie und Onkologie	Rostock
Dr. med.	Honecker	UKE – Medizinische Klinik und Poliklinik II Onkologie und Hämatologie	Hamburg
Prof. Dr. med. Dr. rer. physiol.	Kolb	St. Bonifatius-Hospital Fachbereich Geriatrie	Lingen (Ems)
Dr. med.	Otremba	Onkologische Praxis Oldenburg	Oldenburg
Prof. Dr. med.	Pientka	Marienhospital Heme Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation	Herne
Prof. Dr. med.	Späth-Schwabe	Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Vivantes Klinikum Spandau, Klinik für Hämatologie, Onkologie und Gastroenterologie - Palliativmedizin	Berlin
Dr. med.	Wedding	Friedrich Schiller Universität ät Hämatologie und Onkologie, Gastroenterologie, Hepatology, Infektologie	Jena
Prof. Dr. med.	Wendt	Friedrich Schiller Universität ät Abteilung Strahlentherapie	Jena

Damit haben wir jetzt eine interdisziplinäre Gruppe, die eine umfassende Betrachtung der geriatrischen Onkologie ermöglicht. Die Onkologie erhält auf diese Weise den neuen Fokus „geriatrische Onkologie“.

#### Welche Angebote werden im Rahmen von IN-GHO zur Verfügung gestellt?

Wir planen unter anderem folgende Aktivitäten:

- Fortbildung von Onkologen, Hausärzten und medizinischen Pflegekräften,
- Entwicklung von unterstützenden Maßnahmen für Fachärzte und Hausärzte,
- Weiterentwicklung geriatrischer Assessments – nun für ältere Krebspatienten,
- Generierung von Impulsen für die Weiterentwicklung von Standards im Sinne von Praxishinweisen.

Daneben ist der kontinuierliche Ausbau des Webportals [www.in-gho.de](http://www.in-gho.de) vorgesehen. Hier finden sich aktuelle Informationen zum Thema Krebs im Alter, Assessments und Guidelines, Praxistipps, Erfahrungsberichte und Kasuistiken sowie ein Veranstaltungskalender zu relevanten Kongressen. In einem regelmäßigen Newsletter, der sich an Hämatologen, Onkologen und Hausärzte wendet, werden wir die speziellen Aspekte des älteren Tumorpatienten zusätzlich vertiefen.



#### Eine der Maßnahmen möchten wir noch herausgreifen: Welches Ansinnen steht hinter dem IN-GHO-Patientenregister?

Das Patientenregister bildet die empirische Datenbasis, mittels der wir die bestehenden Assessments optimieren wollen. Das Patientenregister

- dokumentiert die heutige Behandlungswirklichkeit geriatrischer Krebspatienten,
- evaluiert die Besonderheiten und Bedürfnisse älterer Tumorpatienten,
- erfasst die Kooperationen verschiedener Fachgruppen und Pflegeeinrichtungen,
- ermöglicht die Entwicklung praxisingerechter geriatrischer Assessments und Therapieempfehlungen und
- fördert die Aufklärung von Fachkreisen, Politikern und Kostenträgern über die wachsende Bedeutung der geriatrischen Hämatologie und Onkologie.

Wir starten das IN-GHO-Patientenregister zunächst als Pilotprojekt am UKE-Hamburg in Kooperation mit einigen Ärzten der NIO Niedersachsen. Nach einer Optimierung soll dann voraussichtlich März 2006 der bundesweite Start erfolgen. Dabei planen wir die Aufnahme von 2500 bis 3000 Patientenverläufen aus allen Bereichen der Hämatologie und Onkologie. Dadurch erwarten wir uns eine recht genaue Abbildung der gegenwärtigen Versorgungsstruktur.

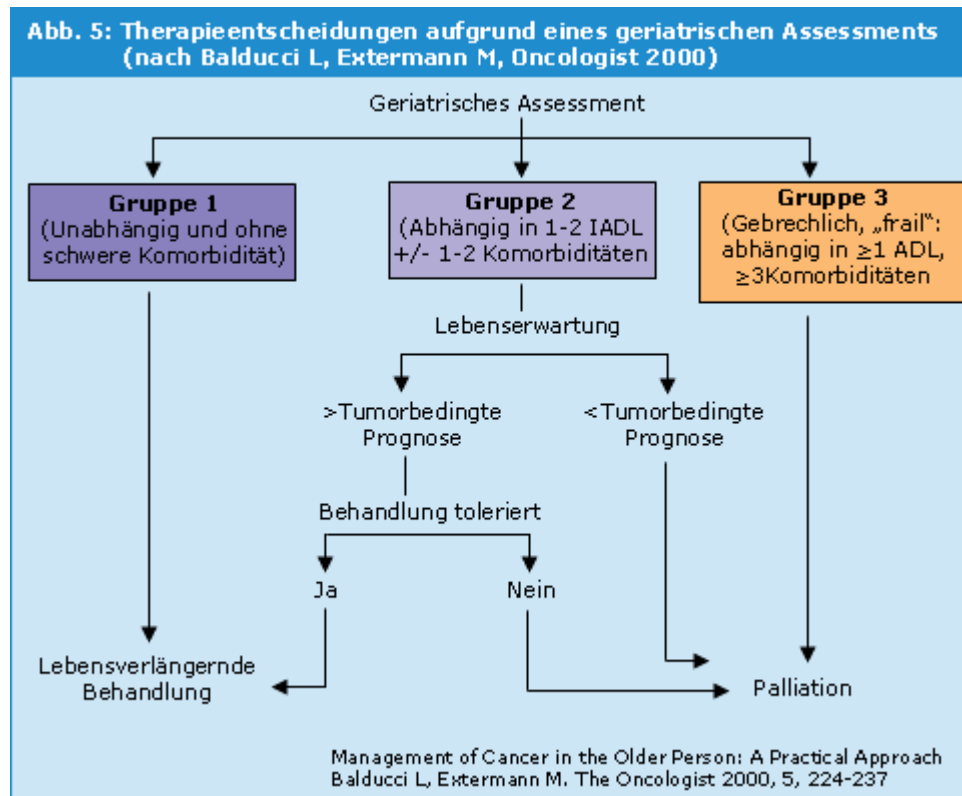
#### Können Sie uns abschließend noch sagen, welchen Nutzen ein geriatrisches Assessment hat?

Bei älteren Patienten unterscheiden wir drei Gruppen:

- Gruppe 1: Diese Patienten sind unabhängig und haben keine schweren Komorbiditäten
- Gruppe 2: Diese Patienten benötigen Hilfe in 1 bis 2 instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL); zusätzlich können sie unter 1 bis 2 Komorbiditäten leiden.
- Gruppe 3: Diese Patienten sind gebrechlich („frail“), benötigen Hilfe bei mindestens 1 Aktivität des täglichen Lebens (ADL) und leiden unter mindestens 3 Komorbiditäten.

Während die Therapieentscheidungen bei Patienten der Gruppen 1 und 3 im Prinzip relativ einfach sind, muss bei Patienten der Gruppe 2 zunächst genau abgewogen werden, welches Therapieziel – lebensverlängernde Behandlung oder reine Symptomkontrolle – verfolgt werden soll. Hier bietet ein geriatrisches Assessment eine rationale Basis für

die Therapieentscheidung und damit zugleich mehr Sicherheit für den behandelnden Arzt.



\* Satellitensymposium „Der geriatrische Patient in der Hämatologie und Onkologie – eine Herausforderung im klinischen Alltag“, 2. 10. 2005, unterstützt von Ortho Biotech, Division of Janssen-Cilag GmbH, im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie in Hannover.

\*\* IN-GHO – Initiative für geriatrische Hämatologie und Onkologie wird von Ortho Biotech, Division of Janssen-Cilag GmbH, unterstützt.

(dc)

Das Interview wurde ermöglicht mit freundlicher Unterstützung von



Ortho Biotech  
Division of Janssen-Cilag GmbH  
Raiffeisenstraße 8  
41470 Neuss  
[www.orthobiotech.de](http://www.orthobiotech.de)

Copyright © 2005

Die Texte sollen und können die individuelle Beurteilung und Empfehlung des Arztes nicht ersetzen. Sie können dem Leser lediglich eine Orientierungshilfe bieten und ihm zum informierten Partner des Arztes machen. Eine Verwendung der Inhalte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist nur nach ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung gestattet.