



## Festhalten? Loslassen? Begleiten!

Ärzte WocheAusgabe 38/2018 | Seite 2 | 20. September 2018  
Auflage: 20.411 | Reichweite: 59.192

DigiClip für Boltzmann

## Standpunkte



© Ines Baier // JOKER / picture alliance

# Festhalten? Loslassen? Begleiten!

**Ageism.** Maximaltherapien werden geriatrischen Patienten oft in wohlmeinender Absicht vorenthalten. Ob ethische Überlegungen mehr Gewicht haben als eine reine Nutzen-Analyse, darüber scheiden sich die Geister.

Für Freunde der deutschen Sprache ist Ageism nur ein weiterer Anglizismus, der hierzulande an Bedeutung gewinnt. Im Wortsinn geht es um eine geistige Ausrichtung, die sich mit dem Altern beschäftigt. Und das kommt nicht von ungefähr: Wir leben in einer jugendverliebten Welt. Das wiederum führt zur Ausgrenzung älterer Menschen. Die soeben 60 Jahre alt gewordene Sängerin Madonna, Teenie-Idol der 80er-Jahre, setzt sich öffentlichkeitswirksam gegen eine

Diskriminierung aufgrund des Lebensalters ein, die vor allem Frauen betreffe. „In that respect we still live in a very sexist society“, sagte sie 2015 dem *Rolling-Stone*-Magazin.

In der Medizin bedeutet Ageism, das Ausgrenzen alter Menschen aus Diagnostik und Therapie. In Österreich gibt es zwar keine Altersbegrenzungen für Operationen und Therapien, dafür wird häufig eine Überversorgung alter Menschen gegen Lebensende kritisiert, wie in der onkologischen Geriatrie. Ist nun aber – wenn

alten Patienten „in wohlwollender Absicht“ aggressive Therapien vorenthalten werden – von Ageism zu sprechen? Darüber gehen die Expertenmeinungen auseinander. „Die Annahme, dass alte Patienten eher auf Maximaltherapie verzichten und eine Behandlung wählen, die die Lebensqualität vor die Lebenszeit stellt, weil sie ‚ihr Leben gelebt haben‘, lässt sich so nicht mit empirischen Untersuchungen belegen“, meint Prof. Dr. Eva

Winkler, Uniklinikum Heidelberg. Es sei aus ethischer Sicht ein fragwürdiges Vorgehen, wenn Entscheidungen gegen die Standardtherapie ohne den Patienten und ohne geriatrisches Assessment getroffen werden. Dr. Claudia Wild, LBI-HTA, hält dem entgegen: „Bei ehrlicher Aufklärung zum tatsächlichen Nutzen vieler onkologischer Therapien, wären diese auch nicht wünschenswert.“

Isabella Csokai



Claudia Wild

„Keine Therapie bis zum bitteren Ende hat nichts mit Ageism zu tun.“



Eva Winkler

„Studien belegen Ageism in der Behandlung onkologischer Patienten.“



Günther Loewit

„Alte Menschen werden diskriminiert, weil sie nicht alt werden dürfen.“

## Wir haben keine onkologische Unterversorgung

„Angemessene Versorgung in der Medizin bedeutet, dass nicht nur der absolute Nutzen von medizinischen Interventionen – Evidenz aus klinischen Studien – für die Entscheidungsfindung zugunsten beziehungsweise gegen eine Behandlung herangezogen wird. Sondern auch der Gesundheitsstatus des Patienten und Komorbiditäten sowie Patientenpräferenzen. Da ältere Menschen häufig einige Begleiterkrankungen haben und / oder einen schlechteren Allgemeinzustand mitbringen als jüngere onkologische Patienten, sind hochtoxische Medikamente mit vielen Nebenwirkungen oft nicht indiziert und – bei ehrlicher Aufklärung zum tatsächlichen Nutzen vieler onkologischer Therapien – auch nicht erwünscht. Mit einem ein-dimensionalen Blick könnte das als ‚Diskriminierung/Ageism‘ interpretiert werden. Adäquater erscheint mir aber der Terminus ‚angemessene Versorgung‘, weil eine Therapie bis zum bitteren Ende wenig (nichts) mit Ageism zu tun hat. In den Umsatzzahlen zu onkologischen Medikamenten ist Österreich immer noch an der Spitze europäischer Länder. Die einen sehen das als innovationsfreundlich, die anderen – zu denen ich gehöre – als unkritischen Umgang mit ebendiesen Medikamenten. Aus ersten Analysen (NÖ: ‚Therapien am Lebensende bei Krebserkrankungen‘, F. Fuchs in *WMW* 2017) zeigt sich, dass bei mehr als 60 Prozent aller verstorbenen Krebspatienten der Tod im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eintritt. Besonders bemerkenswert ist, dass rund ein Viertel der Patienten moribund aufgenommen wird und innerhalb von zwei Tagen verstirbt. 95 Prozent der über 65-jährigen sterben nicht auf einer Palliativstation. Im internationalen Vergleich ergeben sich für Österreich nur mittelmäßige bis schlechte Ergebnisse gemessen mit den Indikatoren ‚systemische Therapien‘ und ‚Aufnahme in der Akutversorgung‘ zwei bis vier Wochen vor dem Lebensende. Das LBI-HTA führt derzeit weitere österreichweite Datenanalysen durch, die eine ähnliche Fragestellung haben. Aus den genannten Informationen ist nicht von einer onkologischen Unterversorgung auszugehen. Das Ziel der Versorgung von Krebspatienten am Lebensende muss sein, ihnen solange wie möglich die größtmögliche Lebensqualität zu erhalten und unnötige aggressive Therapien zu vermeiden.“ ■

PD Dr. Claudia Wild, Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment (LBI-HTA), Mitglied im Onkologie-Beirat des Gesundheitsministeriums

## Schlechterer Behandlung und Überlebensdaten

„Altersdiskriminierung in der Geriatrie klingt zunächst paradox, da Krebs eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist und 65 Prozent der Patienten bei Diagnosestellung älter als 65 Jahre sind (Kagan 2008). Doch belegen eine Vielzahl von Studien der vergangenen 30 Jahre eine altersbasierte Diskriminierung in der Onkologie: Alte Patienten werden weniger sorgfältig gescreent, weniger systematisch gestaged, erhalten seltener den Standard an operativer, neoadjuvanter oder adjuvanter Therapie und sind in klinischen Studien auch durch Alterslimits systematisch unterrepräsentiert.

Therapien werden alten Patienten häufig nicht aus schlechter, sondern in wohlwollender Absicht vorenthalten. Dieser ‚wohlmeinende Ageism‘ kann sowohl das Verhalten der Angehörigen prägen oder auch den Therapeuten – unbewusst oder bewusst. Behandlungsoptionen werden dem alten Patienten nicht angeboten, weil sie als zu invasiv oder belastend beurteilt werden, obwohl die zugrunde liegenden Bedenken nicht durch ein objektives Assessment evaluiert wurden. Oder die Dosis von Medikamenten ‚aus dem Gefühl heraus‘ reduziert, ohne dass sich das durch Organfunktionseinschränkungen oder Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten begründen lässt. Dies ist nicht nur aus medizinischer Sicht ein Vorgehen, das nicht dem Therapiestandard in der Behandlung älterer onkologischer Patienten entspricht, denn mittlerweile gibt es gut etablierte geriatrische Testinstrumente, die das funktionelle Alter des Patienten sehr viel besser beschreiben, als die klinische Einschätzung des Onkologen (Hurria et al. 2006).

Es ist aus ethischer Sicht ein fragwürdiges Vorgehen, wenn Entscheidungen gegen die Standardtherapie ohne den Patienten getroffen werden, weil dann wird in paternalistischer Weise ein Stereotyp des alten Menschen bedient, der sein Leben gelebt hat und nun nicht unnötig durch Behandlung belastet werden soll. Die daraus resultierende Unterversorgung führt zur schlechteren Behandlung und Überlebensdaten von älteren Patienten. Zudem sind Menschen, die den Ageism selbst wahrnehmen, unzufriedener mit der Qualität der Behandlung, berichten höhere Schmerzlevel sowie eine schlechtere psychische Verfassung (Mandelblatt et al. 2003; Rose et al. 2000).“ ■ (Quelle: Ebert, Härtel, Wedding (Hrsg.): *Geriatrische Onkologie*. Springer Verlag 2018)

Prof. Dr. Eva Winkler, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Uniklinikum Heidelberg

## Viele leben trotz Polypragmasie

„Emanzipation und Binnen-I, Gendern, Intersexualität und Transgender, und jetzt Ageism: Plötzlich überholen uns die Begriffe möglicher weltanschaulicher Verfehlungen rechts und links sicher geglaubter zwischenmenschlicher Pfade. Plötzlich weiß niemand mehr, wie mit dem Mitmenschen umzugehen wäre. Einzig und allein das Wort ‚Respekt‘ verliert zunehmend seinen Platz im gemeinsamen Leben und in der öffentlichen Wahrnehmung. Während Gesellschaften früher alte Menschen geehrt haben, weil es wenige gab, werden heute die Kinder geehrt, weil es wenige gibt. Man muss kein Helseher sein um zu sehen, dass wenig Kinder mit vielen Alten nur schlecht zu-recht kommen werden. Viele Kinder hatten hingegen mit wenigen alten Menschen keine Schwierigkeiten. Das beginnt bei den Pensionen und reicht bis zur Pflege.

Diskriminierend ist auf jeden Fall, wenn Kindern jeder Stolperstein aus dem Weg geräumt wird und sie der Möglichkeit beraubt werden, Frustrationstoleranz zu erlernen. Weil ihnen die verweigerte Auseinandersetzung mit Grenzen und Wirklichkeit die Möglichkeit auf Lebenstüchtigkeit nimmt. Oder ist das Wort tüchtig auch schon anrüchig? Für Medizin und Pharmaindustrie sind alte Menschen ein Segen. Man muss nur das Alter an sich zur Krankheit erklären und schon eröffnet sich das größte Betätigungsfeld, das die Medizin je hatte. Mit jedem neu dazu gewonnenen statistischen Lebensjahr explodieren zusätzliche Diagnosen und deren Therapiekosten. Wenn die letzten Lebensmonate im Gesundheitssystem gleich hohe Kosten verursachen wie das ganze Leben zuvor, so spricht das eine eindeutige Sprache.

Ja, alte Menschen werden diskriminiert. Weil sie nicht alt werden dürfen. Und weil sie am Ende ihres Lebens nicht sterben dürfen. Weil es würdelos ist, wenn 86-jährige Patienten am Tag ihres Todes noch eine letzte Chemotherapie verabreicht bekommen. Um die Angehörigen zu beruhigen, oder weil die Medizin glaubt, der Unsterblichkeit des Menschen schon nahe gekommen zu sein. Viele alte Menschen leben trotz der medikamentösen Polypragmasie, aber nicht wegen ihr. Hören wir also den alten Menschen wieder zu, und fragen wir sie nach ihren Bedürfnissen. Kommen wir als Gesellschaft doch wieder zur Besinnung, und erziehen wir junge Menschen zu lebensfähigen Individuen, damit es wieder ein gesundes Gleichgewicht zwischen Alt und Jung gibt.“ ■

Dr. Günther Loewit, Allgemeinmediziner in Marchegg, Autor