

Time Toxicity

THOMAS MAIBAUM

Obwohl viele von uns immer wieder Fachliteratur auf Englisch lesen, wird wohl den meisten der Begriff „Time Toxicity“ erst einmal Gedankenfalten auf die Stirn treiben.

Nichtsdestotrotz sollten wir dieses Wort durchaus mehr in unsere Entscheidungen mit einbeziehen, als wir es bisher tun.

Google übersetzt es formal als Zeittoxizität, ich würde eher von Zeitfressern oder Zeitverschwendung reden. Wie auch immer, keines der Worte ist wirklich gut, da sie auf uns suggestiv einwirken.

Bisher sind der Großteil der Studien, die dazu publiziert wurden (Pubmed listet aktuell 62 Artikel dazu), aus der Onkologie. Ich finde jedoch, dass auch andere Fächer darüber nachdenken sollten.

In einer aktuellen mexikanischen Studie¹ wird dargelegt, dass älteren Patientinnen und Patienten (>65J.), die eine Chemotherapie bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankungen bekamen, über 20% aller Tage bei Ärzten (ambulant wie stationär) verbracht haben. Je kränker die Patienten, je mehr Radiotherapie und je toxischer (giftiger) die Therapie war, desto mehr Tage verbrachten sie in ärztlicher Behandlung.

Das wäre ggfs. gar nicht so schlimm, wenn es sich nur um eine zehnminütige Konsultation pro Tag handeln würde. Kagalwalla et al. untersuchten die Zeit in ihrer onkologischen Ambulanz in Minnesota². Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Zeit 197 Minuten betrug, die die Patientinnen und Patienten für

eine einzige Konsultation brauchten. Integriert waren dabei Anfahrt, Parkplatzsuche, Wartezeiten, Labor und Konsultation. Das wären knapp 3,5h und dort sind Dinge wie Anziehen, Vorbereiten, Organisieren und Nachbereitung noch gar nicht enthalten. Diese Zeiten ließen sich ggf. nun wunderbar anders verbringen und jedem und jeder fällt da bestimmt Aktivitäten ein, die er oder sie lieber machen würde. Aber es ist ja oft genug nicht nur die Zeit der eigentlich Betroffenen: oft sind auch Angehörige involviert, die sich dafür frei nehmen (müssen) und so ggf. gleich mehrere Personen nicht ihrem gewohnten Tagesablauf folgen können. Auch könnten wir hier überlegen, ob dies volkswirtschaftliche Auswirkungen haben könnte. Kein Wunder, dass die Autoren und die Patientinnen deshalb von „Lost Days“ sprechen, auch wenn einige diese Tage vielleicht ganz und gar nicht als „lost“ empfinden.

Was wäre, wenn sich dies nun in deutlich besserer Lebensqualität oder deutlich längerem Überleben niederschlagen würde. Dies untersuchten Gupta et al. anhand von klassischen Therapien bei Gallenblasenkrebs und Glioblastom – einem sehr bösartigen Hirntumor – (zugegeben, Krebse mit einer sowieso extrem schlechten Prognose)³. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass mehr Tage in Kliniken für die Therapie verbracht wurden, als die nach Studien statistisch gewonnenen Lebenstage dazukamen. Und dies sogar bei den Patientinnen und Patienten, die nicht multimorbid waren oder Nebenwirkungen erfuhren.

Wenn dies nun alles in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit den betroffenen Patientinnen und Patienten beschlossen worden wäre, wäre auch das okay. Wie aber schon die (geringe) Anzahl von Publikationen andeutet, wird dieses Problem zumin-

1 Baltussen JC, Cárdenas-Reyes P, Chavarri-Guerra Y, Ramirez-Fontes A, Morales-Alfaro A, Portielje JEA, Ramos-Lopez WA, Rosado-Canto V, Soto-Perez-de-Celis E. Time toxicity among older patients with cancer treated with palliative systemic therapy. *Support Care Cancer*. 2024 Aug 30;32(9):621. doi: 10.1007/s00520-024-08844-1. PMID: 39212749.

2 Kagalwalla S, Tsai AK, George M, Waldoock A, Davis S, Jewett P, Vogel RI, Ganguli I, Booth C, Dusetzina SB, Rocque GB, Blaes AH, Gupta A. Consuming Patients' Days: Time Spent on Ambulatory Appointments by People With Cancer. *Oncologist*. 2024 May 3;29(5):400-406. doi: 10.1093/oncolo/oyae016. PMID: 38339991; PMCID: PMC11067814.

3 Gupta A, Eisenhauer EA, Booth CM. The Time Toxicity of Cancer Treatment. *J Clin Oncol*. 2022 May 20;40(15):1611-1615. doi: 10.1200/JCO.21.02810. Epub 2022 Mar 2. PMID: 35235366.

dest in den großen klinischen Studien nur sehr selten angesprochen oder berichtet.⁴ Meist ist es ja doch eher so, dass ein (Tumor) Board „entscheidet“, der Patient oder die Patientin angesichts einer durch ihn oder sie sehr bedrohlich empfundenen Situation überfordert ist und gar nicht gefragt wird oder nicht das Gefühl hat selber mitentscheiden zu können.

Betrachten wir dies aus der Perspektive der Behandler: Auch hier spielt die Komponente Zeit (und Personal, sowie andere Ressourcen wie Verfügbarkeit von Räumen und Technik) eine immer wichtigere Rolle. Jede Inanspruchnahme von Elementen des Gesundheitssystems können dann nicht durch andere Personen und Termine besetzt werden. Da aber Zeit und Personal nicht unbegrenzt zur Verfügung steht und stehen wird, ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung aller über diagnostische und therapeutische Maßnahmen umso wichtiger.

Nun gibt es sicherlich für sehr viele Menschen Gründe, warum man/frau eine sehr zeitaufwändige und belastende Therapie machen will: Man will jede Chance ergreifen und kämpfen; man will noch gewisse Daten erleben; man braucht die Bestätigung seiner Ärztin oder seines Arztes, dass alles okay ist; man erfährt Zuspruch und Ermutigung durch die anderen Patienten. Es wird auf Sorgen und Nöte eingegangen und damit dem Patienten auch wieder Kontrolle über das eigene Ich vermittelt, oder nur „kontrolliert“. Gerade oben genannte Aspekte lassen jedoch das Wort „Toxicity“ besonders suggestiv erscheinen.

Natürlich ist dies mit am deutlichsten in der Krebstherapie und hier am meisten bei fortgeschrittenen Tumoren und Menschen im fortgeschrittenen Alter, aber ein Onkologen Bashing ist aus meiner Sicht hier nicht angebracht.

Es gibt gute Hinweise darauf, dass eine Rhythmuskontrolle (Medikamentöse oder Elektrische Maßnahmen, um wieder einen physiologischen Sinusrhythmus zu erzielen) gegenüber einer Frequenzkontrolle (lediglich Kontrolle der Pulsfrequenz – ideal zwischen 60 und 80 Schlägen pro Minute – so dass sich die Patienten durch den gefühlten Herzschlag nicht belastet fühlen) bei Vorhofflimmern Überlebensvorteile bringt. Allerdings auch hier zu dem Preis deutlich häufigerer klinischer Konsultationen. Für junge, sonst gesunde Menschen kann das sicherlich sinnvoll sein, aber die meisten Patienten mit Herzrhythmusstörungen sind eben doch eher Menschen mit vielen Vorerkrankungen und im fortgeschrittenen Lebensalter.

Ein kleines Basaliom (ein semimaligner Hautkrebs) an der Stirn bei einem 80jährigen lässt sich meist recht erfolgreich klinisch beherrschen, allerdings auch hier zum Preis vieler Konsultationen und Sorgen beim Patienten.

Eine optimale Blutzuckereinstellung ist insb. mit den modernen closed-loop Systemen⁵ durch eine intensiviertere Therapie

deutlich besser steuerbar als mit einer fixen Einstellung mit Kurz- und Langzeitinsulin. Auch hier bedarf es aber deutlich mehr Zeit für Schulungen, Kontrollen und Anpassungen. Ob die vermeintlichen geringeren Folgeschäden des Diabetes dadurch diese Zeit für ältere Typ 2 Diabetiker aufwiegen, wird kaum untersucht oder diskutiert.

Die auch von mir bevorzugte Antikoagulation (Blutverdünnung) des nicht valvulären Vorhofflimmerns (der häufigsten behandlungsbedürftigen Herzrhythmusstörung) mit Phenprocoumon (ver)braucht durch die häufigen Blutkontrollen deutlich mehr Zeit bei Patientin und Behandler als die Therapie mit den neuen oralen Antikoagulantien, die diese Kontrollen kaum brauchen (aber u. a. sehr viel teurer sind). Diskutieren tue ich das mit meinen Patientinnen und Patienten nur sehr selten.

...

Unsere moderne Medizin hat mittlerweile so viele technische, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, dass sowohl den Behandelnden als auch den zu Behandelnden immer eine weitere Option dargestellt oder zumindest suggeriert wird. Dass all diese Optionen aber immer mit einem Zeitverlust für andere Aktivitäten verbunden sind und diese Zeit von allen Seiten deutlich unterschätzt wird, ist uns oft im Alltag nicht klar.

Es ist wirklich an der Zeit, die Diskussion der „Time Toxicity“ intensiver zu führen. Insbesondere mit den Menschen, die es am meisten betrifft: unsere Patientinnen und Patienten.

Thomas Maibaum

Ist Hausarzt aus Leidenschaft in Rostock und Gelbensande, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Präsidiumsmitglied der DEGAM; Vorstandsmitglied der Erinnerungs-, Bildungs und Begegnungsstätte Alt Rehse (ehemalige Führerschule der deutschen Ärzteschaft). Passionierter Vierblättrige Kleeblatt Sucher (und manchmal auch Finder). Korrespondenzadresse: Kolumbusring 61. 18106 – Rostock; email: thomasmaibaum1@gmail.com



Quelle: Autor

4 Quinn PL, Saiyed S, Hannon C, Sarna A, Waterman BL, Cloyd JM, Spriggs R, Rush LJ, McAlearney AS, Ejaz A. Reporting time toxicity in prospective cancer clinical trials: A scoping review. Support Care Cancer. 2024 Apr 8;32(5):275. doi: 10.1007/s00520-024-08487-2. PMID: 38589750.

5 Closed-Loop-Systeme bestehen aus einem Sensor zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) im Unterhautfettgewebe, einem Blutzuckermessgerät zur Kalibrierung des Sensors, einer Insulinpumpe sowie einem Computerprogramm, das die Steuerung der Pumpe übernimmt.