

Geriatrisches Assessment in der Onkologie

Welche Screening-Tools sind sinnvoll und praktikabel?

Onkologische Therapie im Alter birgt besondere Herausforderungen: Im Spannungsfeld zwischen einer Übertherapie mit vermehrter Toxizität auf der einen und einer Untertherapie mit Verringerung der möglichen Überlebenszeit auf der anderen Seite gilt es, den für den Patienten optimalen Mittelweg zu finden. Ein geriatrisches Assessment bringt hier klare Vorteile.

Adela Žatecky

Bei individualisierten Therapieentscheidungen gibt es viele Faktoren zu berücksichtigen – auch das Alter. Da allerdings Menschen gleichen Alters grosse Unterschiede in der Fitness aufweisen können und es bisher auch noch keinen Marker für das biologische Alter gibt, erfordert dieser Einflussfaktor eine differenzierte Betrachtung, so PD Dr. Friedemann Honecker vom Tumor- und Brustzentrum (ZeTuP) St. Gallen anlässlich der interdisziplinären Fortbildungsplattform onko.geriatrie. Nach seiner Erfahrung fällt die Einschätzung, ob zu viel oder zu wenig therapiert wird, bei den verschiedenen Akteuren im therapeutischen Setting meist unterschiedlich aus: Während es bei Onkologen überwiegend die Untertherapie ist, die thematisiert wird, ist bei den Hausärzten eher die Übertherapie das Thema.

In einer entsprechenden Untersuchung haben sich diese unterschiedlichen Sichtweisen bestätigt: Die älteren Tumorpatienten wurden zuerst einem Onkologen vorgestellt, dann einem Geriater, und nach dessen Feedback wurden die Onkologen erneut um ihre Empfehlung gebeten (1). Dabei ergab sich in 21 Prozent der Fälle eine Therapieänderung. Weniger überraschend war, wie Honecker betonte, die Richtung dieser Änderungen: Bei 80 Prozent war die Therapie anschliessend weniger intensiv als ursprünglich vor-

geschlagen. Zudem brachte die geriatrische Beurteilung auch eine Reihe von Managementaspekten, wie beispielsweise eine therapiebegleitende Physiotherapie, ins Rollen.

Studien versus Realität

Immer dann, wenn es um Objektivierung geht, stellt sich die Frage nach den Ergebnissen von Studien. Doch gerade diese bleiben bei älteren Patienten die passenden Antworten schuldig. Denn ältere Patienten weisen häufig Komorbiditäten auf und sind aufgrund der meist straffen Ein- und Ausschlusskriterien in den Studien unterrepräsentiert. Es sind allerdings genau diese Komorbiditäten, die im klinischen Alltag eine grosse Bedeutung haben.

Dass ältere Patienten nicht in Studien aufgenommen werden, liegt häufig nicht einmal am Patienten, sondern am Behandler, so die Erfahrung von PD Dr. Ulrich Wedding, Leiter der Abteilung für Internistische Onkologie und Palliativmedizin am Universitätsklinikum Jena. Selbst wenn keine Komorbiditäten vorliegen, wird den älteren Patienten seltener eine Teilnahme an Studien angetragen. Wie Wedding auf dem onkogeriatrischen Workshop weiter berichtete, muss man davon ausgehen, dass die Studienpatienten im Durchschnitt etwa zehn Jahre jünger sind als Patienten mit der entsprechenden Krebserkrankung in der Gesamtbevölkerung.

Studiendaten zur Krebstherapie bei älteren Patienten sind also rar – daran hat sich trotz der Bemühungen von geriatrischen Fachgesellschaften nichts geändert, bemängelte Wedding. Klar ist aber auch, dass die Daten von jüngeren Patienten nicht einfach übertragbar sind und der Gesundheitszustand der älteren Patienten berücksichtigt werden muss. Um diesen möglichst zuverlässig zu beurteilen, sollte zusätzlich zur Einschätzung des Arztes ein geriatrisches Assessment herangezogen werden. Dafür gibt es in der onkologischen Versorgung laut Wedding drei wesentliche Argumente:

- ❖ Es entdeckt Veränderungen, die der klinischen Routine mit Anamneseerhebung und körperlicher Untersuchung entgehen.
- ❖ Diese Veränderungen sind prädiktiv für schwere Toxizitäten und für das Überleben.
- ❖ Es kann somit zu einer Änderung der Therapieplanung führen.

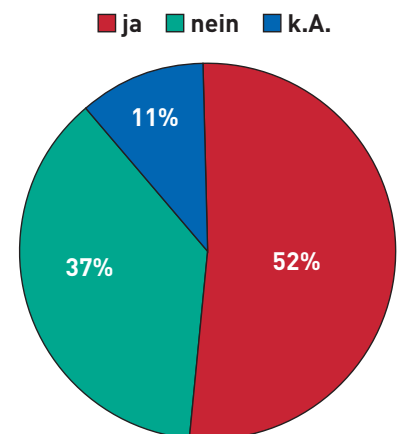


Abbildung: Befragung der teilnehmenden Ärzte des IN-GHO®-Registers: «Hat die Durchführung eines Assessments Ihre Einschätzung der Therapierbarkeit eines Patienten beeinflusst?» Quelle: Vortrag PD Dr. Honecker



NACHGEFRAGT

Interdisziplinäre Fortbildungsplattform fachtag onko.geriatrie im November

Umfassendes Bild über die Probleme der älteren Patienten mit Krebs

Interview mit dem Ko-Organisator Prof. Miklos Pless

Am fachtag onko.geriatrie geht es auch in diesem Jahr wieder um die Herausforderungen der geriatrischen Onkologie (Programm siehe *Kasten*). Die wissenschaftliche Leitung teilen sich Prof. Dr. med. Miklos Pless, Leiter des Tumorzentrums am Kantonsspital Winterthur, Prof. Dr. med. Jörg Beyer, Leitender Arzt Universitätsspital Zürich, und der niedergelassene Onkologe PD Dr. med. Friedemann Honecker, ZeTuP St. Gallen, sowie Anita Margulies, BSN RN, Onkologie Fachpflege, Universitätsspital Zürich. Prof. Pless verrät, warum es sich lohnen kann, dabei zu sein.

Der Kongress onko.geriatrie findet im November zum zweiten Mal statt. Was erwartet die Teilnehmer?

Prof. Miklos Pless: Grundsätzlich gibt es immer mehr ältere Patienten, die immer fitter sind und in das Alter kommen, in dem man Krebs bekommt – und diese machen schon jetzt den Grossteil unserer Kundschaft aus. Die Erkenntnisse, auf deren Basis wir behandeln, beruhen aber auf Studien, in denen das Durchschnittsalter der Patienten um 10 bis 15 Jahre unter dem der besagten Patienten liegt. Unklar ist, ob und wie weit man die Behandlungskonzepte aus diesen Studien so

einfach auf unsere älteren Patienten übertragen kann. Aufgrund zusätzlicher Krankheiten und verminderter physischer Reserven können betagte Patienten schneller in eine Schadensituation kommen, wenn man sie nach Standardschemata behandelt. Erschwerend kommt hinzu, dass auch das Alter kein sicheres Kriterium für eine Therapieentscheidung darstellt. Es gibt hier sehr grosse Unterschiede: sowohl sehr fitte 80-Jährige als auch sehr unfitte 70-Jährige. Hier spielt das geriatrische Assessment eine wichtige Rolle, auf die wir im Rahmen der Veranstaltung näher eingehen wollen.

Welche weiteren Aspekte der Veranstaltung sollten hier erwähnt werden?

Neben dem geriatrischen Assessment, unserem Hauptthema, beleuchten wir insbesondere die Probleme dieser Patienten mit der Mobilität und der Multimorbidität sowie die interdisziplinären Behandlungsoptionen. Schliesslich werden auch die wichtigsten Höhepunkte des 15. Jahreskongresses der International Society of Geriatric Oncology besprochen. Wir wollen ein umfassendes Bild über die vielfältigen Probleme der älteren Patienten mit Krebs liefern.

Die Onkogeriatrie ist ein zunehmend wichtiges Thema. Obwohl das Informationsbedürfnis gross ist, gibt es bis anhin

nur wenige Möglichkeiten, sich zu informieren. Das gute Feedback der letztjährigen Teilnehmer hat uns bestärkt, den Fachtag wieder durchzuführen. Anstelle von Dirk Kienle, der aus beruflichen Gründen nicht mitmachen kann, sind in der wissenschaftlichen Leitung neu Prof. Jörg Beyer vom USZ und Dr. Friedemann Honecker vom ZeTuP St. Gallen dabei. Dr. Honeckers Spezialgebiet ist die geriatrische Onkologie. Ausserdem haben wir auch Anita Margulies gewinnen können; sie ist eine ausgewiesene Pflegeexpertin und hilft, das multidisziplinäre Element in der Betreuung der Patienten zu beleuchten.

Wir freuen uns auch in diesem Jahr auf ein spannendes Programm und den interdisziplinären Austausch.

Herr Prof. Pless, herzlichen Dank für das Interview!

Das Gespräch führte Christine Mücke.

Interdisziplinäre Fortbildung onko.geriatrie
21. November 2015, 8.50 bis 17.30 Uhr
Giesserei, Birchstrasse 108, 8050 Zürich-Oerlikon
Credits: eingereicht bei SGIM/SGAM/SGMO
Kosten (inklusive Unterlagen):
Fr. 290.–/Fr. 210.– (ermässigt)

Experten aus allen Gebieten der geriatrischen Onkologie werden in Workshops und Vorlesungen neueste Erkenntnisse und Fragestellungen diskutieren. Weitere Informationen und Online-Anmeldung unter: www.onko.geriatrie.ch

Diese Vorteile konnten mittlerweile in entsprechenden Studien belegt werden. Als Beispiel präsentierte Honecker Auswertungen aus dem IN-GHO®-Register, das die Daten von älteren Tumorpatienten (≥ 70 Jahre) erhebt. Hier wurden bei der Eingangsuntersuchung insgesamt sechs Assessment-Instrumente miteingefasst. Eine erste Auswertung der Pilotphase mit den Daten von 220 Patienten hat bereits gezeigt, dass die Einschätzung der Therapiefähigkeit durch den behandelnden Arzt respektive das geriatrische Assessment sehr unterschiedlich ausfallen kann. So haben die Ärzte zunächst 69 Pro-

zent der Patienten keinerlei Einschränkung attestiert; nach dem geriatrischen Assessment waren es nur mehr 26,7 Prozent. Diese Differenz hat offenbar auch die Ärzte beeindruckt: Dazu befragt, sagten über drei Viertel, dass ihnen das Vorgehen neue Erkenntnisse zur Beurteilung ihrer Patienten gebracht oder zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ihrer geriatrischen Patienten beigetragen habe. Auf die Frage «Hat die Durchführung eines Assessments Ihre Einschätzung der Therapierbarkeit eines Patienten beeinflusst?» antworteten 52 Prozent mit «Ja» (*Abbildung*).

Was sagen die Fachgesellschaften?

Wie sieht es mit der Durchführbarkeit eines solchen Assessments in der klinischen Routine aus? Mit dieser Frage haben sich sowohl die European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) als auch die Internationale Gesellschaft für Geriatrische Onkologie (SIOG) auseinandergesetzt und entsprechende Empfehlungen publiziert (2, 3). In dem Konsensus-Statement der SIOG wird empfohlen, mit einem geriatrischen Assessment bei onkologischen Patienten die folgenden Bereiche abzudecken:

Tabelle:

G8-Screening

Zuordnung im MNA	Aspekt	Punktwert der möglichen Antworten
A	Hat die Nahrungsaufnahme in den letzten 3 Monaten infolge Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken abgenommen?	0 = Nahrungsaufnahme stark reduziert 1 = Nahrungsaufnahme moderat reduziert 2 = Nahrungsaufnahme normal
B	Gewichtsabnahme in den letzten 3 Monaten?	0 = Gewichtsabnahme ≥ 3 kg 1 = weiss nicht 2 = Gewichtsabnahme 1–3 kg 3 = keine Gewichtsabnahme
C	Mobilität	0 = kann nur sitzen oder liegen 1 = steht auf, geht aber nicht nach draussen 2 = geht nach draussen
E	Neuropsychologische Probleme	0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz oder Depression 2 = keine psychologischen Probleme
F	Body-Mass-Index (BMI)	0 = BMI < 19 1 = $19 \leq$ BMI < 21 2 = $21 \leq$ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23
H	Medikamenteneinnahme ≥ 3 Präparate?	0 = ja 1 = nein
P	Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands im Vergleich zu Gleichaltrigen	0,0 = weniger gut 0,5 = weiss nicht 1,0 = gleich gut 2,0 = besser
-	Alter	0 = > 85 1 = 80–85 2 = < 80
Gesamt-Score		0–17

Das G8-Screening kann schnell durchgeführt werden. Es besteht aus 7 ausgewählten Fragen des Mini Nutritional Assessment (MNA) und berücksichtigt als 8. Punkt das Alter. Aus den Einzelpunktwerten wird der Gesamtscore (0–17) ermittelt. Der Cut-off-Wert für Gebrechlichkeit liegt bei < 14 (übersetzt und modifiziert nach Bellera et al. [4]).

- ❖ funktioneller Status
- ❖ Komorbiditäten
- ❖ kognitive Funktion
- ❖ mentaler gesundheitlicher Status
- ❖ Fatigue
- ❖ soziale Situation und Unterstützung
- ❖ Ernährungssituation
- ❖ Vorliegen geriatrischer Syndrome.

Wie Wedding betonte, liegen für alle diese Parameter Studiendaten vor, die deren prognostische Relevanz belegen. Aus Gründen der Durchführbarkeit wird ein zweistufiges Vorgehen vorgeschlagen: Der erste Schritt ist ein Screening mit einem kurzen Instrument, um Patienten ohne Defizite herauszufiltern – diese benötigen kein weitergehendes

Screening. Nur Patienten mit Defiziten werden dann einem eingehenderen geriatrischen Assessment unterzogen. Das alles abdeckende und schnell durchführbare Screening- und Assessment-Instrument ist leider noch nicht gefunden, wie beide Referenten betonten. Doch es gibt so etwas wie einen Favoriten: Als einfaches und praktikables Screening-Tool wird sowohl von der SIOG als auch von der EORTC im Wesentlichen das G8-Screening empfohlen, wie Wedding weiter berichtete (siehe *Tabelle*). Denn es gibt relativ gute Belege für die Effektivität dieses Tools in der prognostischen Abschätzung. Daher hat die EORTC auch entschie-

den, das G8-Screening bei allen über 70-jährigen Patienten, die in Studien aufgenommen werden, obligatorisch durchzuführen.

Dessen praktische Bedeutung betonte auch Honecker, denn das «Konglomerat an Fragen» decke unterschiedliche Bereiche ab. Die Evaluation des G8-Screenings habe gezeigt: Wenn die Patienten 14 oder weniger der insgesamt 17 möglichen Punkte aufweisen, dann ist das Überleben bereits deutlich beeinträchtigt – die 14 Score-Punkte gelten denn auch als Cut-off-Wert für Gebrechlichkeit (4). Diese Patienten sollten mit weiteren Tools eingehender untersucht werden.

Kasten:

Wissenschaftliches Programm am fachtag onko.geriatrie 2015

ab 08.00	Registrierung
08.50–09.00	Begrüssung Chefarzt Prof. Dr. med. Miklos Pless Prof. Dr. med. Jörg Beyer PD Dr. Dr. med. Friedemann Honecker
09.00–09.45	Vortrag: MDS/Leukämie Prof. Dr. med. Jakob Passweg, M.S.
09.45–10.30	Vortrag: Treating malignant lymphoma in the elderly (Vortragssprache Englisch) Prof. Dr. med. Michele Ghilmini
10.30–10.00	Pause
11.00–11.45	Vortrag: Radiotherapie Prof. Dr. med Matthias Guckenberger
11.45–12.30	Vortrag: Polymedikation bei Senioren Dr. Dorothee Dartsch
12.30–13.30	Mittagspause
13.30–14.15	Vortrag: Palliative Care Chefarzt Dr. Roland Kunz

Parallel-Wokshops

14.15–14.45	WS 1 – Geriatrisches Assessment PD Dr. Dr. med. Friedemann Honecker
	WS 2 – Mammakarzinom: Fallbeispiele
14.45–15.15	WS 3 – Mobilität bei geriatrischen PatientInnen Martina Schmocker, MSc
	WS 4 – Prostatakarzinom: Fallbeispiele Prof. Dr. med. Jörg Beyer
15.15–15.45	Pause
15.45–16.15	WS 1 – Geriatrisches Assessment PD Dr. Dr. med. Friedemann Honecker
	WS 2 – Mammakarzinom: Fallbeispiele
16.15–16.45	WS 3 – Mobilität bei geriatrischen PatientInnen Martina Schmocker, MSc
	WS 4 – Prostatakarzinom: Fallbeispiele Prof. Dr. med. Jörg Beyer
16.45–17.30	Vortrag: Highlights SIOG Chefarzt PD Dr. med. Ulrich Wedding
ca. 17.30	Verabschiedung und Ende der Veranstaltung Chefarzt Prof. Dr. med. Miklos Pless Prof. Dr. med. Jörg Beyer PD Dr. Dr. med. Friedemann Honecker

Programmänderungen vorbehalten!

Wichtig und lohnenswert ist es aber auch, den Patienten nach seiner Selbsteinschätzung zu fragen, ergänzte Honecker: «Der Patient kennt sich selbst, er ist schon durch schwierige Zeiten in seinem Leben gegangen.» Daher könne er sich durchaus in einer schwierigen Situation auch selbst einschätzen. Die Frage nach der Selbsteinschätzung hat darüber hinaus eine prospektive Komponente: Ein Patient, der sich selbst für belastbar erklärt, ist auch eher bereit, Belastungen auf sich zu nehmen.

Fazit

«Ein geriatrisches Assessment beziehungsweise Screening bildet den Patienten multidimensional ab und er-

gänzt den klinischen Blick», so das Fazit Honeckers. Die Ergebnisse des Assessments sind prognostisch relevant für die Therapierbarkeit, Toxizität und Frühmortalität sind unabhängig vom Alter des Patienten. «Es geht bei all diesen Empfehlungen nicht darum, irgendwelchen Patienten Therapien vorzuenthalten, sondern darum, mit dem Patienten zu einer Einschätzung zu kommen, welche für ihn in seiner gesundheitlichen Situation die adäquate Therapie ist», betonte Wedding. ❖

Adela Žatecky

Quelle:
Interdisziplinäre Fortbildungsplattform onko.geriatrie 2014, Zürich-Oerlikon

Literatur:

1. Caillet P et al.: Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. *J Clin Oncol* 2011; 29(27): 3636–3642.
2. Wildiers H et al.: International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014; 32(24): 2595–2603.
3. Decoster L et al.: Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. *Annals of Oncology* 2015; 26(2): 288–300.
4. Bellera CA et al.: Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Annals of Oncology* 2012; 23: 2166–2172.