

Interview mit Prof. Dr. med. Dr. rer. physiol. Gerald Kolb, Bonifatius Hospital Lingen.

14. November 2020

„Das geriatrische Assessment ist ein wichtiger Teil des Tumorboards“

Aufgrund des demographischen Wandels ist davon auszugehen, dass die Inzidenzrate der Krebs-erkrankungen bei älteren Menschen steigen wird. Dennoch sind ältere Tumorpatienten in onkologischen Therapiestudien häufig unterrepräsentiert. Um den Gesundheitszustand und gesundheitliche Defizite - und damit das Behandlungsrisiko - älterer Tumorpatienten besser erfassen zu können, empfiehlt sich in der geriatrischen Onkologie ein geriatrisches Assessment. Dieses ist ein wichtiges Instrument zur Risiko-Erkennung und Prognoseabschätzung sowie zur Beurteilung klinisch relevanter Ressourcen und Einschränkungen von älteren und gebrechlichen Menschen. Diese Screening-Tools tragen wesentlich dazu bei, die Therapie in der onkologischen Geriatrie zu optimieren und sowohl eine Über- als auch Untertherapie zu vermeiden. Daher sollte das geriatrische Assessment grundsätzlich in ein Tumorboard integriert werden. JOURNAL ONKOLOGIE sprach darüber mit Prof. Dr. Dr. Gerald Kolb, Lingen.



Prof. Dr. Dr.
Gerald Kolb,
Bonifatius Hospital Lingen

Das geriatrische Assessment ist ein wichtiges Tool in der geriatrischen Onkologie. Daher wird dieses Screening auch als ein Teil des Tumorboards diskutiert. Sollten Geriater Teil interdisziplinärer Tumorboards sein bzw. werden?

Für die adäquate Therapiewahl und Risiko-Nutzen-Einschätzung spielt neben den klinischen, genetischen und molekularbiologischen Befunden immer auch die „funktionelle Betrachtung“ des Patienten eine entscheidende Rolle. Daher sollte das geriatrische Assessment in die onkologische Entscheidungsfindung integriert werden. Dies trägt wesentlich zur Verbesserung der Behandlung älterer Patienten mit Krebserkrankungen bei.

Die Funktionsanalyse des Assessments ist prinzipiell belastbar und damit hinsichtlich

Risikoabschätzung und Prognose grundsätzlich vergleichbar mit den heutzutage unabdingbaren bio-chemischen, tumorgenetischen und anderen Parametern der modernen personalisierten Betrachtung.

Vielfach befinden sich gut ausgestattete onkologische Abteilungen mit Maximalversorgung jedoch vor allem in größeren Kliniken, geriatrische Abteilungen dagegen eher in kleineren Krankenhäusern, sodass es hier wenige Überlappungen gibt, was eine effektive Zusammenarbeit erschwert.

Darüber hinaus sind ältere Krebspatienten, obwohl sie ein zunehmendes Patientenkontingent darstellen, in Therapiestudien – allgemein, nicht nur in den onkologischen – immer noch unterrepräsentiert. Das liegt daran, dass die Studiendesigns unserer Therapiestudien oft nicht zu älteren Patienten passen. Man müsste daher ggf. die Studienentwürfe anders gestalten und formulieren.

Gibt es besonders wichtige Assessment-Instrumente, die bei Tumorpatienten in aller Regel genutzt werden sollten?

Ich empfehle ein mehrstufiges Verfahren beginnend mit einem Basis-Assessment. Daraus kann dann im Einzelfall ein spezialisiertes Assessment abgeleitet werden.

Inwiefern können die Ergebnisse eines geriatrischen Assessments die Therapieempfehlungen im Rahmen eines Tumorboards möglicherweise beeinflussen?

In Registerstudien konnte tatsächlich bereits gezeigt werden, dass die funktionelle Betrachtung des geriatrischen Assessments Einfluss auf die Therapieauswahl, Eskalation oder Deeskalation der Behandlung hat. Es ist auch bekannt, dass die Therapieempfehlung im Tumorboard durch die Ergebnisse eines geriatrischen Assessments in etwa 30% der Fälle anders ausfällt als ohne diese Informationen.

Allerdings werden bei älteren Patienten die Funktion und der Morbiditätsstatus mithilfe eines geriatrischen Assessments oftmals gar nicht erhoben, sondern es wird eher das numerische Alter eines Patienten zur Behandlungsprognose herangezogen anstelle des Funktionsstatus inklusive Mobilität und Kognition. Das erscheint einfacher, ist aber eben nicht zielführend.

Wie kann ein geriatrisches Assessment flächendeckend und effektiv in die onkologische Entscheidungsfindung bzw. in Tumorboards einbezogen werden?

Optimal ist ein fixes und bereits erprobtes Format wie z.B. das Tumorboard. Dies wird dauerhaft jedoch nur gelingen, wenn die Durchführung des Assessments und die Beratung der Kolleginnen und Kollegen im Tumorboard über eine entsprechende Kodierung und Kalkulation der dazu erforderlichen Ressourcen in den Kalkulationshäusern nach einer entsprechenden Kalkulationsphase über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) auch zu einer ökonomischen Berücksichtigung führt.

Zudem könnte das geriatrisch geschulte Personal verschiedene Aufgaben übernehmen, wie beispielsweise die Durchführung des Assessments und die technische Assistenz zur Vorbereitung der Besprechung im Tumorboard, um den Arbeitsfluss zwischen dem geriatrischen Assessment

und dem Tumorboard effizienter zu gestalten.

Welche Vorgehensweise empfiehlt in diesem Zusammenhang die Arbeitsgruppe Geriatrische Onko-logie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)?

An den Kliniken, in denen sowohl geriatrische als auch onkologische Fachabteilungen etabliert sind, sollten sich Kooperationen entwickeln. Geeignete Kalkulationshäuser sollten diese Ko-operationen dann in die Kostenkalkulation integrieren und somit Kalkulationsdaten für das INEK generieren, idealerweise mit Unterstützung des Bundesverbandes Geriatrie, der im Bereich Kalkulation über ausreichend Erfahrung verfügt.

Es sollte auch klar kommuniziert werden, dass das geriatrische Assessment keine Konkurrenz zur bestehenden personalisierten Medizin mit molekularpathologisch unterstützter Entscheidung im Tumorboard ist, sondern vielmehr eine sinnvolle Ergänzung. So können damit unter anderem auch eine teure Übermedikation oder eine ineffiziente Untertherapie deutlich reduziert, im Idealfall sogar vermieden werden.

Generell sollte die Diagnostik möglichst immer auf mehreren Ebenen erfolgen, um die klinische Situation umfassend bewerten zu können. Hierfür eignen sich Assessment-Verfahren als ein Zusammenspiel verschiedener, sich ergänzender Testverfahren eben sehr gut. Das Potenzial des geriatrischen Assessments ist noch lange nicht ausgeschöpft und gewinnt in der modernen Medizin und besonders in der Onkologie immer mehr an Bedeutung, da die durchschnittliche Lebenserwartung in fast allen Industrieländern steigt und mit dem Alter auch das Krebsrisiko – umso wichtiger ist daher das hilfreiche Instrument des geriatrischen Assessments – für eine personalisierte Medizin mit Ansehen der Person.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Dr. Astrid Heini