

Geriatrisches Assessment

Integration ins Tumorboard

Als Instrument, Defizite und Ressourcen, aber auch Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken von älteren Patienten zu erfassen, ist das geriatrische Assessment bereits erprobt. Ziel ist nun, es auch zur Verbesserung der Behandlung älterer Patienten mit Krebserkrankungen zu nutzen.

Neue Therapien auf molekularer Basis ermöglichen aufgrund ihrer meist geringeren Toxizität und höheren Effektivität im Vergleich zur zytotoxischen Chemotherapie, dass immer mehr ältere, darunter auch hochaltrige Patienten einer kausalen Tumorthherapie zugeführt werden und davon profitieren können. Dies gilt sowohl hinsichtlich Lebensqualität als auch der Überlebenszeit.

Alter der Patienten wird selten berücksichtigt

Dennoch sind ältere Patienten in onkologischen Therapiestudien (1) unterrepräsentiert (2). Selbst dann, wenn ältere Patienten in Studien eingeschlossen werden, wird der Funktions- und Morbiditätsstatus mithilfe eines geriatrischen Assessment zumeist nicht erhoben (3, 4). Vielmehr entscheidet meist das numerische Alter über Art und Ausmaß der Therapie, sei sie systemisch (5) oder chirurgisch (6). Dabei zeigen eine Reihe von Registerstudien, dass der Funktionsstatus inklusive Mobilität und Kognition besser mit der Prognose korreliert als das numerische Alter (7; 8; 9). Assessments sagen dabei das klinische Outcome vorher. Für diese alte Hypothese der Geriatrischen Onkologie existieren immer mehr belastbare Daten entitätsübergreifend, aber auch entitätsgebunden (10–13, 7–8, 14–16).

Zudem gibt es konsentrierte Vorschläge zum Umfang und Einsatz eines solchen Assessments, durch Arbeitsgruppen (17, 18) und von Fachgesellschaften. Neben Therapieplanung und Abschätzung der Prognose geht es auch darum, Ansätze für geriatrische Interventionen zu identifizieren (19, 20). Bleibt die Frage, wie ein solches Assessment



Foto: CaroleGomez/istock

Ältere Patienten sind in onkologischen Therapiestudien häufig unterrepräsentiert.

in die onkologische Entscheidungsfindung integriert werden kann.

Ein etabliertes, wenn auch nicht durch randomisierte Studien bezüglich Aufwand und Ergebnis abgesichertes Format der Entscheidungsfindung und Risikostratifikationen in der Onkologie ist das sogenannte „Tumorboard“, das die beteiligten

Disziplinen an einen Tisch bringt und anhand radiologischer Befunde, Histologie/molekularer Diagnostik und weiterer Befunde die Empfehlungen für eine definierte Therapie ausspricht und mit Blick auf neu verfügbare Therapien auf molekularer Basis auch zu einer „personalisierten Empfehlung“ führt. „Personalized Medicine“ im besten Wortsinne impliziert aber auch, dass neben krankheitsbezogenen Kriterien durchaus auch jene, oft als „weich“ bezeichnete (patientenbezogene) Risikofaktoren, wie Patienten-„Fitness“ und „Performance-Status“ an Bedeutung gewinnen (21). Diese werden jedoch selten standardisiert erhoben oder beschränken sich oft auf eine grobe Einschätzung, obwohl Scores für die Risikoabschätzung bei älteren Patienten nur sehr begrenzte Aussagekraft haben und häufig überschätzt werden (22, 23).

„Personalisierte Medizin ohne Ansehen der Person“

Ein auf die Besonderheiten der älteren Patienten zugeschnittenes geriatrisches Assessment kommt außerhalb von Studien kaum und schon gar nicht in einem festen Format, wie dem Tumorboard, zum Einsatz (24). Dabei ist bekannt, dass die Therapieempfehlung im Tumorboard in Kenntnis der Ergebnisse eines Geriatrischen Assessments in nahezu einem Drittel der Fälle anders ausfällt als ohne diese Information (25). Diese Situation erscheint im Sinne der „Personalisierten Medizin“ unbefriedigend und ist zugespitzt auch bereits als „Personalisierte Medizin ohne Ansehen der Person“ bezeichnet worden.

Die Empfehlung muss demnach lauten, Informationen des geriatrischen Assessments in die Arbeit der

Tumorboards aufzunehmen und in der „Real-Life-Situation“ im Hinblick auf Kurz- und Langzeitüberleben auszuwerten. Es ist in der realen Behandlungssituation zu prüfen – entitätsübergreifend –, aber auch entitätsspezifisch (23). Ziel ist, neben der onkologischen Expertise eine geriatrische Expertise zur Verbesserung der Behandlung älterer Patienten mit Krebserkrankungen zu nutzen (26).

Hinsichtlich der zu verwendenden Assessment-Instrumente bestehen Vorschläge seitens nationaler und internationaler Gesellschaften, wie der SIOG (International Society of Geriatric Oncology) (27), aber auch der DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie) sowie von Fachgesellschaften aus der Schweiz und Österreich (Tabelle). Ressourcenschonend ist ein zwei- bzw. dreistufiges Vorgehen vorstellbar, beginnend mit einem Screening bei allen Patienten über 70 Jahren, um dann abgestuft ein differenziertes Assess-

ment bedarfsorientiert erfolgen zu lassen (28–30, 9).

Erfassung von Defiziten und Ressourcen

Das geriatrische Assessment ist genauso wie alle anderen Befunde, die zur Vorstellung in einem Tumorboard gehören, im Rahmen der vorgeschalteten Diagnostik zu erheben. Organisiert wird die Durchführung des Assessments idealerweise durch geschulte Pflegekräfte oder geriatrisch erfahrene Ärzte. Nahezu alle Assessmentverfahren sind in der Durchführung an Assistenzpersonal delegierbar (7). Die Bewertung des Assessments erfolgt im Tumorboard gemäß dem Schema von Hammermann und Balducci (31–33): Uneingeschränkt therapiebar (Gruppe 1), eingeschränkt therapierbar (Gruppe 2) und vulnerabel mit erheblichen Therapieeinschränkungen, vorzugsweise Beschränkung auf palliativmedizinische Betreuung (Gruppe 3).

Das Geriatrische Assessment ist keine Konkurrenz zur bestehenden

„personalized medicine“ mit molekularpathologisch unterstützter Entscheidung im Tumorboard, sondern eine sinnvolle Ergänzung, die sowohl den Tumor als auch den einzelnen Patienten hinsichtlich seiner alltagsrelevanten Defizite, aber auch Ressourcen präziser erfasst. Die Autoren* sind überzeugt, dass eine solche funktionsorientierte Betrachtung dabei helfen wird, sowohl teure und toxische Übertherapie als auch ineffektive und ressourcenbindende Untertherapie zu vermeiden

Prof. Dr. med. Gerald Kolb,

Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer,

Dr. med. Ulrich Wedding

*Gemeinsame Arbeitsgruppe „Geriatrische Onkologie“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie und der Deutschen Krebsgesellschaft unter Mitarbeit von Engelhardt, Monika; Stauder, Reinhard; Goede, Valentin; Honecker, Friedemann; Späth-Schwalbe, Ernst

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit2720
oder über QR-Code.



TABELLE

Entitätsübergreifender Assessmentvorschlag der AG Geriatrische Onkologie für Patienten mit maligner Erkrankung

Stufe 1:	Stufe 2:				Stufe 3:
Screening	Basisassessment – wenn Screening auffällig				Wenn geriatrische Intervention erfolgen sollen
Instrument	Domäne	Instrumente	Prädiktion von Toxizität	Prädiktion von Überleben	Instrumente
G8 Screening	Selbsthilfefähigkeit	ADL/IADL Score	+	+	ADL / IADL
	Mobilität	Timed-up-and-go-Test Handkrafttest	?	+	SPPB 4mWT Chair Rise Test 6-Minuten-Gehtest Tinetti I/II
	Ernährung	Fragen aus G8 Screening	+	+	MNA
	Kognition	MMSE Mini-Cog	+ ?	+ +	MoCa Demtect
	Depression	2-Fragen Test nach Whooley GDS-5	? ?	? +	GDS-15 PhQ-9
	Polypharmazie	Frage aus G8 Screening	?	+	pharmakologischer Review
	Komorbiditäten	CCI CIRS-G-Score		+	CCI CIRS-G-Score

Entitätsübergreifender Assessmentvorschlag der AG Geriatrische Onkologie (DGG/DGHO/ÖGHO/AIO) für Patienten mit maligner Erkrankung im Alter von 70 Jahren und älter vor Therapie/Therapieentscheidung, nach Friedrich et al. modifiziert und aktualisiert entsprechend AWMF-(Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften-)S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ (17). Die Assessmentinstrumente der Stufe 2 und 3 sind in der AWMF-S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ detailliert dargestellt.

ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, MMSE = Mini-Mental-Status Examination, GDS = Geriatric Depression Scale, CCI = Charlson Comorbidity Index, CIRS-G = Cumulative Illness Rating Scale Geriatric Version, SPPB = Short Physical Performance Battery, 4mWT = 4-Meter-Gehtest, MNA = Mini-Nutritional-Assessment, MoCa = Montreal Cognitive Assessment; PhQ = Patient Health Questionnaire

Zusatzmaterial Heft 27–28/2020, zu:

Geriatrisches Assessment

Integration ins Tumorboard

Als Instrument, Defizite und Ressourcen, aber auch Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken von älteren Patienten zu erfassen, ist das geriatrische Assessment bereits erprobt. Ziel ist nun, es auch zur Verbesserung der Behandlung älterer Patienten mit Krebserkrankungen zu nutzen.

Literatur

- Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, Coltman CA Jr, Albain KS: Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med* 1999; 341 (27): 2061–7.
- Hurria A, Dale W, Mooney M, Rowland J H, Ballman K V, Cohen H J, Muss H B, Schilsky R L, Extermann M, Schmadier K E, Mohile S G: Designing Therapeutic Clinical Trials for Older and Frail Adults With Cancer: U13 Conference Recommendations. *J Clin Oncol* 2014; 32: 2587–94.
- Kolb G, Rehmann P, Karbe-Voigt N, Wöstmann B: Are old patients not fit for clinical trials, or do clinical trials not fit to old patients? – A survey in 35 pharmaceutical companies. *European Geriatric Medicine (EGM)* 2015; 6: 354–7.
- Hamaker ME, Stauder R, van Munster BC: Exclusion of Older Patients From Ongoing Clinical Trials for Hematological Malignancies: An Evaluation of the National Institutes of Health Clinical Trial Registry. *The Oncologist* 2014; 19: 1–7.
- Singh R, Hellman S, Heimann R: The Natural History of Breast Carcinoma in the Elderly. *Cancer* 2004; 100: 1807–13.
- Ayanian JZ, Zaslavsky AM, Fuchs CS, Guadagnoli E, et al.: Use of adjuvant chemotherapy and radiation therapy for colorectal cancer in a population-based cohort. *J Clin Oncol* 2003; 21 (7): 1293–1300.
- Honecker F, Bokemeyer C, Kallischnigg G, Huschens S, Wedding U on behalf of the IN-GHO Advisory Board. Changes in items of a comprehensive geriatric assessment (CGA) during follow-up. Results from the IN-GHO® registry. *J Clin Oncol* 2014; 32 (suppl 15): abstr 9547.
- Honecker F, Wedding U, Kallischnigg G, Schroeder A, Klier J, Frangenheim T, Weißbach L: Risk factors for unplanned discontinuation of scheduled treatment in elderly patients with castration-resistant prostate cancer: results of the IBuTu study. *J Cancer Res Clin Oncol* 2018; 144: 571–7.
- Larocca A, Dold SM, Zweegman S, Terpos E, Wäsch R, D'Agostino M, Scheubeck S, Goldschmidt H, Gay F, Cavo M, Ludwig H, Straka C, Bringham S, Auner HW, Caers J, Gramatzki M, Offidani M, Dimopoulos MA, Einsele H, Boccardo M, Sonneveld P, Engelhardt M: Patient-centered practice in elderly myeloma patients: an overview and consensus from the European Myeloma Network (EMN). *Leukemia*. 2018 Aug; 32 (8): 1697–1712. doi: 10.1038/s41375-018-0142-9. Epub 2018 Apr 25. Review.
- Extermann M, Chen H, Cantor AB, et al.: Predictors of tolerance to chemotherapy in older cancer patients: A prospective pilot study. *Eur J Cancer* 2002; 38: 1466–73.
- Maione P, Perrone F, Gallo C, et al.: Pretreatment quality of life and functional status assessment significantly predict survival of elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer receiving chemotherapy: A prognostic analysis of the multi-center Italian lung cancer in the elderly study. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6865–72.
- Audisio RA, Ramesh H, Longo WE, et al.: Preoperative assessment of surgical risk in oncogeriatric patients. *Oncologist* 2005; 10: 262–8.
- Ramesh H, Pope D, Stotter A, et al.: Testing CGA components to predict 30 days surgery outcome in older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2006: S21.
- Engelhardt M, Domm AS, Dold SM, Ihorst G, Reinhardt H, Zober A, Hieke S, Baayen C, Müller SJ, Einsele H, Sonneveld P, Landgren O, Schumacher M, Wäsch R: A concise revised Myeloma Comorbidity Index as a valid prognostic instrument in a large cohort of 801 multiple myeloma patients. *Haematologica*. 2017 May; 102 (5): 910–21.
- Engelhardt M, Dold SM, Ihorst G, Zober A, Müller M, Reinhardt H, Hieke S, Schumacher M, Wäsch R: Geriatric assessment in multiple myeloma patients: validation of the International Myeloma Working Group (IMWG) score and comparison with other common comorbidity scores. *Haematologica*. 2016 Sep; 101 (9): 1110–9.
- Stauder R, Augschoell J, Hamaker ME, Koinig KA: Malnutrition in older patients with hematological malignancies at initial diagnosis – association with impairments in health status, systemic inflammation and adverse outcome. *HemaSphere*. 2019; 00:00. <http://dx.doi.org/10.1097/>
- Friedrich C, Kolb G, Wedding U, Pientka L. Comprehensive Geriatric Assessment in the Elderly Cancer Patient. *Onkologie* 2003; 26: 355–60.
- Leischker AH, Kolb GF: Geriatrisches Assessment. *Best practice onkologie* 2013; 8; 5: 42–54.
- Goede V, Wedding U: From geriatric assessment to geriatric intervention. *ONKOLOGIE* Volume: 25 Issue: 9 Special Issue: SI Pages: 776–83 Published: SEP 2019.
- Goede V, Stauder R: Multidisciplinary Care in the Hematology Clinic: Implementation of Geriatric Oncology. *J Geriatr Oncol*. 2019 May; 10 (3): 497–503. doi: 10.1016/j.jgo.2018.09.003. Epub 2018 Sep 18.
- Cherny NI, de Vries EG, Emanuel L, Fallowfield L, Francis PA, Gabizon A, Piccart MJ, Sidransky D, Soussan-Gutman L, Tziraki C: Words matter: distinguishing „personalized medicine“ and „biologically personalized therapeutics“. *J Natl Cancer Inst*. 2014 Oct 7; 106 (12).
- Kleber M, Ihorst G, Gross B, Koch B, Reinhardt H, Wäsch R, Engelhardt M: Validation of the Freiburg Comorbidity Index in 466 multiple myeloma patients and combination with the international staging system are highly predictive for outcome. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2013 Oct; 13 (5): 541–51.
- Engelhardt M, Ihorst G, Duque-Afonso J, Wedding U, Spät-Schwalbe E, Goede V, Kolb G, Stauder R, Wäsch R: Structured assessment of frailty in multiple myeloma as a paradigm of individualized treatment algorithms in cancer patients at advanced age. *Haematologica* 2020. doi:10.3324/haematol.2019.242958.
- Lane H, McLachlan S, Philip J: Pretty fit and healthy: The discussion of older people in cancer multidisciplinary meetings. *J Geriatr Oncol* 2019; 10: 84–8.
- Hamaker ME, Te Molder M, Thielen N, van Munster BC, Schiphorst AH, van Huis LH: The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions and outcome for older cancer patients – A systematic review. *J Geriatr Oncol*. 2018 Sep; 9 (5): 430–40. doi: 10.1016/j.jgo.2018.03.014. Epub 2018 Apr 7.
- Hamaker ME, van Huis-Tanja LH, Rostoft S: Optimizing the geriatrician's contribution to cancer care for older patients. *J Geriatr Oncol*. 2019 Jul 5. doi: S1879-4068(19)30126-2.
- Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M, Falandry C, Artz A, Brain E, Colloca G, Flamaing J, Karnakis T, Kenis C, Audisio RA, Mohile S, Repetto L, Van Leeuwen B, Milisen K, Hurria A: International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014 Aug 20; 32 (24): 2595–603. Review 10.1016/j.jgo.2019.06.018. [Epub ahead of print] Review.
- Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, 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: 288–300.
- Wedding U: Geriatrische Onkologie 2018; 24: 635–46.
- Droz J-P, Albrand G, Gillessen S, Hughes S, Mottet N, Oudard S, Payne H, Puts M, Zulian G, Balducci L, Aapro M: Management of Prostate Cancer in Elderly Patients: Recommendations of a Task Force of the International Society of Geriatric Oncology. *Eur Urol* 2017; <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.12.025>.
- Balducci L, Hardy CL, Lyman GH: Hematopoietic reserve in the older Cancer patient: Clinical and economic considerations: *Cancer Control, IMCC* 2000; 7 (6): 548–56.
- Hammerman D: Towards an understanding of frailty. *Ann Int med*. 1999; 130: 945–50.
- Röhrig G, Kolb G (2019) Wie lassen sich Ressourcen und Defizite bei älteren Tumorpatienten einschätzen? *InFo Hämatologie + Onkologie* 22 (12): 59–68.