

Projekt: „Das geriatrisch-onkologische Behandlungskonzept des KH der Elisabethinen Linz“

Eingereicht von: A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz
Department Akutgeriatrie
4020 Linz, Fadingerstraße 1

Kontaktperson: Dr. Hendrik Koller
Tel. 0732/7676-63505
e-mail: hendrik.koller@elisabethinen.or.at
<http://www.elisabethinen.or.at>

KURZBESCHREIBUNG

Ältere Menschen mit einer neu aufgetretenen Tumorerkrankung weisen häufig eine Reihe zusätzlicher Erkrankungen und Problemkreise auf, welche oft über das Ausmaß einer üblichen medizinischen Versorgung hinausgehen. Für den behandelnden Onkologen stellt der ältere Krebspatient aufgrund der oft vielschichtigen Probleme eine besondere Herausforderung dar. Während jüngere Patienten neben der Krebserkrankung in der Regel nur wenige zusätzliche medizinische Probleme aufweisen, können Zusatzerkrankungen (wie etwa **sogenannte geriatrische Syndrome** - z.B. Inkontinenz, Demenz, Stürze, Polypharmazie o.ä.) und der Allgemeinzustand des älteren Patienten das Alltagsleben stark beeinflussen und die Behandlungsmöglichkeiten deutlich einschränken.

Das geriatrisch onkologische Behandlungskonzept des Krankenhauses der Elisabethinen Linz stellt eine gemeinsame Anstrengung der Internen Medizin I. – Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie - und der Akutgeriatrie der Elisabethinen Linz zur Verbesserung der Behandlung von älteren Krebspatienten dar mit dem **Ziel, ältere Patienten von einer Krebstherapie bestmöglich profitieren zu lassen**, indem neben einer adäquaten onkologischen Behandlung zusätzlich bestehende typisch geriatrische Problembereiche erfasst und entsprechend behandelt werden, um einen optimalen Therapieerfolg für diese Patienten zu sichern.

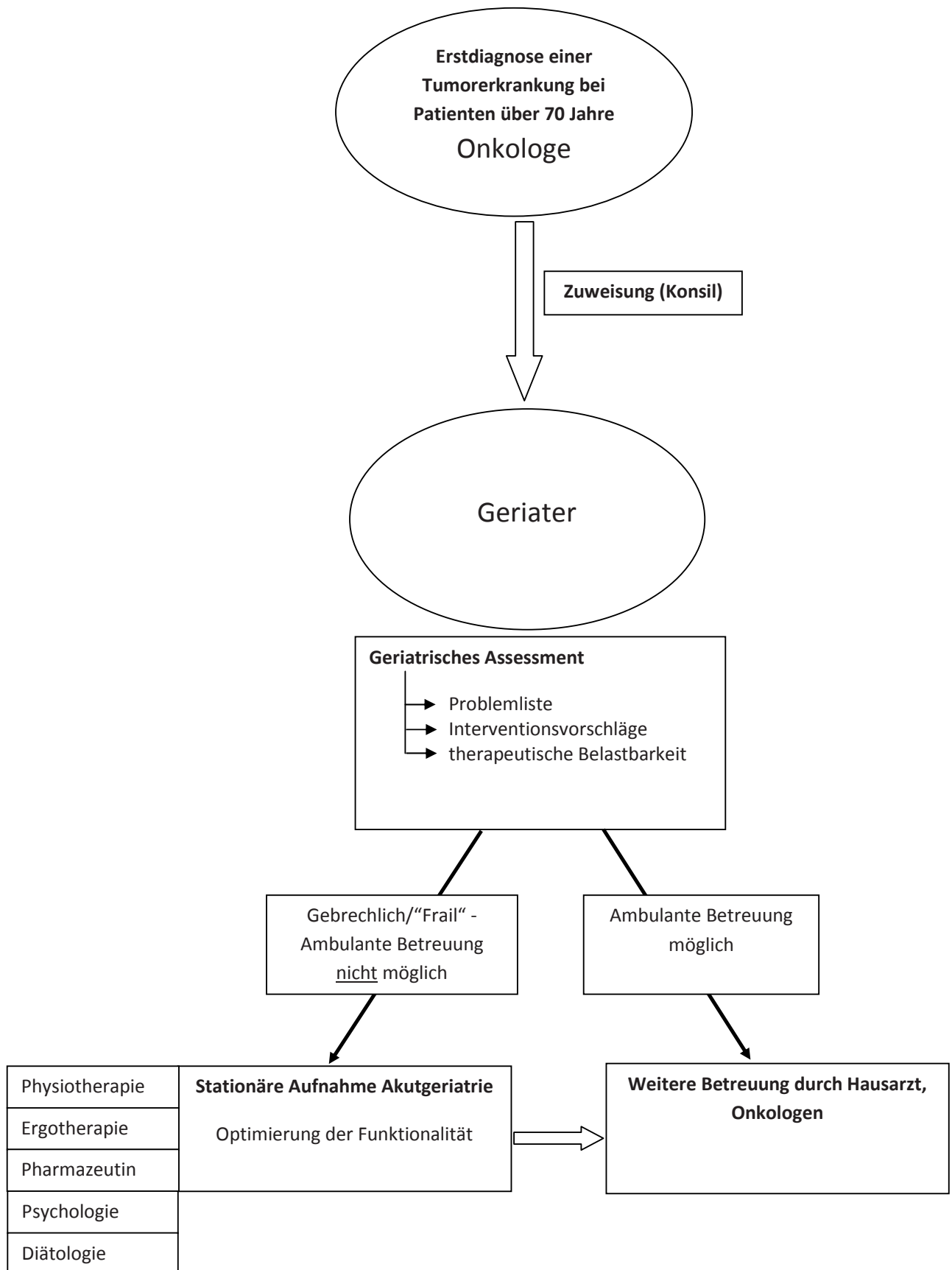
Kernbereich des geriatrisch-onkologischen Behandlungskonzeptes ist die **Durchführung eines geriatrischen Assessments** bei älteren Tumorpatienten (über siebzig Jahre) durch einen Geriater. Dieses beinhaltet neben der Erfassung sozio-demographischer Daten (Wohnort, soziale Situation, vorhandene Hilfsdienste ect.) eine Überprüfung alltagsrelevanter Fähigkeiten der Patienten (sog. „einfache und erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens“), des Ernährungszustandes, der Medikation, von Begleiterkrankungen, kognitiven Fähigkeiten sowie eine funktionelle Testung mittels standardisierter Tests. Basierend auf dem Assessment erstellt der Geriater eine konsiliäre Stellungnahme bezüglich vorhandener geriatrischer Problembereiche (in Form einer „Problemliste“); einen Behandlungsvorschlag bezüglich des weiteren Vorgehens; eine Stratifizierung nach antizipierter therapeutischer Belastbarkeit („GoGo“, „Slow Go“ oder

„NoGo“); die Bestimmung des Vorliegens von Gebrechlichkeit/„Frailty“, einem spezifisch geriatrischen Syndroms, welches mit erhöhter Mortalität, Morbidität, frequenten Krankenhausaufenthalten und häufiger Institutionalisierung in Pflegeheime einhergeht und bei dessen Vorliegen geriatrische Behandlungsaspekte stark in den Vordergrund treten.

Die weiteren Behandlungsschritte leiten sich von einem standardisierten Interventionsplan ab (siehe Beilage - Tabelle 1. Geriatrisch-onkologisches Assessment und Interventionsplan). Während bei vielen Patienten durch eine entsprechende Adaptierung des Therapieplans eine ambulante Behandlung möglich ist, wird älteren vulnerablen Patienten eine stationäre Aufnahme auf der Akutgeriatrie zur **Optimierung der Funktionalität angeboten** (siehe Abbildung 1. Das geriatrisch-onkologische Behandlungskonzept des KH der Elisabethinen Linz). Auf der Akutgeriatrie kann dann mit Hilfe der interdisziplinären Teams (Physiotherapie, Ergotherapie, klinische Pharmazeutin, Psychologie, Diätologie) auf die jeweiligen Problembereiche intensiv eingegangen werden, um eine sichere Rückkehr nach Hause zu ermöglichen.

Zusammengefasst stellt unser geriatrisch-onkologisches Behandlungskonzept ein **in Österreich derzeit einzigartiges Therapiekonzept** dar, welches speziell für die komplexen Anforderungen zur Behandlung älterer Tumorpatienten entwickelt wurde und weit über das bisher übliche Angebot hinausreicht. Dieses multimodale Betreuungskonzept nimmt somit eine **Vorreiterrolle für eine moderne Tumorbehandlung älterer Patienten in Österreich** ein und erlaubt dem behandelnden Onkologen neben der onkologischen Erkrankung auf typische Problembereiche des älteren Menschen gezielt einzugehen und eine umfassende Betreuung für dieser Patientengruppe anzubieten, um letztendlich eine größere Patientenzufriedenheit wie auch Patientensicherheit zu erreichen.

Abbildung 1. Das geriatrisch-onkologische Behandlungskonzept des Krankenhauses der Elisabethinen Linz



Projekterläuterungen

a. Problemanalyse, Ausgangspunkt des Projektes:

Krebserkrankungen stellen neben kardiovaskulären Erkrankungen die häufigste Todesursache in Österreich dar. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der stetig zunehmenden Lebenserwartung sind insbesondere ältere Menschen von Krebserkrankungen betroffen. Mehr als die Hälfte aller Erstdiagnosen einer Krebserkrankung werden bei Patienten über siebzig gestellt, und es ist zu erwarten, dass dieser Trend auch in den nächsten Jahren anhalten wird (demographischen Schätzungen zufolge werden 2030 mehr als 20% der Bevölkerung älter als 65 Jahre alt sein). Im Vergleich zu jüngeren Patienten weisen ältere Patienten eine 11-fach höhere Prävalenz und eine 16-fach höhere Mortalitätsrate auf.

Geriatrische Patienten weisen oft zahlreiche Komorbiditäten und Einschränkungen auf – Demenz, Delir, Seh- oder Hörstörungen, Gang- und Balanceprobleme, Malnutrition, Inkontinenz, Depressio, Osteoporose, Schlafstörungen und vieles mehr – welche die onkologische Behandlung beeinträchtigen und zu einem vermehrten Auftreten von Nebenwirkungen, Komplikationen, Mortalität und schlechterer Lebensqualität führen können. Andererseits kann auch die onkologische Therapie bereits bestehende Komorbiditäten negativ beeinflussen.

Das geriatrisch-onkologische Behandlungskonzept des Krankenhauses der Elisabethinen entsteht aus der Konsequenz der hohen Prävalenz von Krebserkrankungen im höheren Lebensalter.

b. Konzeptidee, neue Qualität, Anspruch des Projektes:

In der Geriatrie hat sich zur Erfassung dieser spezifisch geriatrischen Problembereiche ein sogenanntes geriatrisches Assessment etabliert. Oft auch als „Endoskop des Geriaters“ bezeichnet, besteht es aus einer Reihe einfach durchzuführender Tests, welche vom Geriater oder einem Mitglied eines multi-professionellen Teams vorgenommen werden. Neben dem Erkennen typischer geriatrischer Syndrome erlaubt das geriatrische Assessment eine valide Einschätzung von Belastbarkeit und Funktionalität des Patienten. International hat sich diese Vorgehensweise beim älteren, gebrechlichen Patienten als Standard etabliert und stellt mittlerweile einen bewährten Ansatz in der Diagnostik und Betreuung älterer Patienten dar.

Durch den Einsatz eines geriatrischen Assessments beim älteren Tumorpatienten wird die klassisch onkologische Therapie um eine individuelle problemorientierte geriatrische Betreuung erweitert. Zusätzlich soll das geriatrische Assessment dem Onkologen helfen, anhand der Einschätzung der Funktionalität des Patienten Rückschlüsse auf die therapeutische Belastbarkeit zu ziehen und die onkologische Therapie entsprechend zu modifizieren.

Im Rahmen einer stationären Aufnahme an die Akutgeriatrie kann auf die speziellen funktionellen und medizinischen Probleme mit Hilfe der interdisziplinären Teams (Physiotherapie, Ergotherapie, klinische Pharmazeutin, Psychologie, Diätologie) eingegangen werden mit dem Ziel, ältere Patienten von einer Krebstherapie bestmöglich profitieren zu lassen.

c. Praktische Umsetzung, Erfahrungen, Auswirkungen

Die Aufnahme in das geriatrisch-onkologische Betreuungsprogramm erfolgt mittels Zuweisung (Konsil) an den Geriater. Mit Hilfe des geriatrischen Assessments werden typische

Problembereiche älterer Patienten beleuchtet und je nach bestehenden Defiziten in eine sogenannte „geriatrische Problemliste“ aufgenommen. Aus den erhobenen Defiziten ergeben sich in weiterer Folge spezifische Therapieempfehlungen, ergänzt noch durch eine Einschätzung des Geriaters bezüglich therapeutischer Belastbarkeit. Je nach Befundlage erfolgt die weitere Betreuung ambulant oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes auf der Akutgeriatrie. Die dabei verwendeten Testverfahren sind international validiert, die empfohlenen Maßnahmen des Behandlungsplans auf entsprechender Evidenz basierend (Seite 14, Tabelle 1. „**Geriatrisch onkologisches Assessment und Interventionsplan**“).

Die bisher gesammelten klinischen Erfahrungen beruhen auf 20 Patienten, die von März bis August 2010 in unser Programm eingeschlossen und deren demographische Daten und Testergebnisse in Form eines **Posterabstracts** erstellt wurden.

Zusammengefasst handelt es sich dabei um eine Gruppe von 20 Patienten über siebzig Jahre (13 Frauen, 7 Männer, Durchschnittsalter 76 Jahre), bei denen im Mittel 2,5 Interventionsempfehlungen aufgrund des durchgeführten geriatrischen Assessments ausgesprochen wurden, wobei über 50% der Patienten drei oder mehr Behandlungsvorschläge erhielten. Die häufigsten Behandlungsempfehlungen bzw. Interventionsvorschläge bezogen sich auf die Medikation (23%), Funktionalität (21%) und eine psychiatrische Begutachtung (19%), gefolgt von diätologischer Begleitung (15%), neurokognitiver Evaluation (15%), Aktivierung mobiler Dienste (3%) und Inkontinenzabklärung (1%).

Acht Patienten (40%) wurden zusätzlich als Gebrechlich/„Frail“ anhand des Assessments stratifiziert.

d. Strukturelle Gegebenheiten und finanzielle Auswirkungen, Übertragbarkeit:

Eine unabdingbare Voraussetzung für die Durchführung eines geriatrisch-onkologischen Assessments ist die enge Kooperation zwischen dem Geriater und dem primär betreuenden Arzt, d.h. dem Onkologen.

Das geriatrische Assessment besteht zum Großteil aus Testverfahren, welche in der geriatrischen Praxis täglich Anwendung finden und mit keinen zusätzlichen Kosten verbunden sind, da die angewandten Testinstrumente frei von Lizenzgebühren zugänglich sind und keine zusätzlichen Material- oder Gerätekosten anfallen. Die Durchführung und Dokumentation eines geriatrischen Assessments dauert ca. 20 Minuten, eine zusätzliche Einschulungsphase ergibt sich nicht. Eine ev. stationäre Aufnahme und die damit verbundenen zusätzlichen Kosten erscheinen in Anbetracht der möglichen Folgen für den einzelnen Patienten (wie etwa Stürze, häufigere Krankenhausaufenthalte, familiäre Belastung, Morbidität und Mortalität) gerechtfertigt; wir planen eine Kostenanalyse im Rahmen einer Audit etwa ein Jahr nach Projektbeginn. Bei entsprechenden Ressourcen (Abteilungen, Personal) kann das Projekt ohne wesentlichen Aufwand auch auf andere Einrichtungen übertragen werden.

TABELLE 1. GERIATRISCH-ONKOLOGISCHES ASSESSMENT UND INTERVENTIONSPLAN

Teilbereich	Testinstrument	Massnahmen
Funktioneller Status	ADL (Katz) IADL (Brody)	Ergotherapie, Physiotherapie, Hilfsdienste, Überleitungspflege
Soziale Situation	Angehörige, Wohnsituation, Hilfsdienste	Hilfsdienste, Überleitungspflege
Ernährungssituation	BMI, Gewichtsverlust über 3kg in den letzten 3 Monaten, Mini Nutritional Assessment ©	Vorstellung Diätologie, Behandlung reversibler medizinischer oder sozialer Faktoren (Isolation, Prothesenprobleme ect.), Essen auf Rädern, Zusatznahrung „Allin“ ect., Verlaufskontrolle
Medikation	Beers Kriterien, Polypharmazie, Medication Appropriateness Assessment ©	Überprüfung der Indikation, Absetzen/Umstellen/Dosisreduktion; Medikamentenvorbereitung/Dispenser empfohlen
Geriatrische Syndrome Sturz	Sturzereignis in den letzten 12 Monaten Get up&Go	Sturzassessment, Physiotherapie (Gang/Muskel/Gleichgewichtstraining), Hilfsmittelvaluierung, Medikamentenrevision Wohnraumevaluierung, Vitamin D, Orthostasetest
Geriatrische Syndrome Schmerzen		Beginn/Revision Schmerzmedikation, physikalische Massnahmen, Verlaufskontrolle, Schmerzambulanz
Geriatrische Syndrome Depressio	Geriatrische Depressionsskala (GDS) ©	Psychiatrische Vorstellung, Beginn/Umstellung einer medikamentösen Therapie, Psychologie, ggf. körperliche Aktivität
Geriatrische Syndrome Inkontinenz		Einlagen, Biofeedback o.ä., medikamentöse Therapie
Geriatrische Syndrome Cognitive Testung	Mini Cog ©	Weiterführende Abklärung – MMSE ©, CCT, Folsäure, Vit. B 12, Neurologische Vorstellung
Funktionelle Testung	Hand/Schulterfunktion Get up& Go, Chair rising Test	Hilfsmittel, Physiotherapie, Ergotherapie
Frailty Screening	Frailty Kriterien n. Fried	Stationäre Aufnahme zur Optimierung funktioneller Defizite; Frühzeitige Physio/Ergotherapie zum ADL/Gang/Muskeltraining zur Vermeidung einer Institutionalisierung bei neuerlichen Aufenthalt