

Einfluss geriatrischer Therapiemaßnahmen auf das geriatrische Assessment bei alten Tumorpatienten – Abschlussdaten der retrospektiven Datenanalyse

G. Röhrig¹, L. Malich¹, J. Franklin², R.J. Schulz¹

¹Lehrstuhl für Geriatrie der Universität zu Köln, ²Institut für Medizinische Statistik, Informatik, Epidemiologie Universität zu Köln

Einführung

Untersuchungen zum Einfluss geriatrischer Therapiemaßnahmen (geriatrische Komplexbehandlung, GKB) auf das geriatrische Assessment (GA) älterer Tumorpatienten sind bisher rar^{1,2}, während die Einflussnahme des GA auf Therapieentscheidungen in der Onkologie zunehmend betrachtet wird.^{3,4} Diese monozentrische Studie vergleicht retrospektiv die Ergebnisse des GA älterer Tumorpatienten vor und nach Durchführung einer GKB. Als Kontrollgruppe dienen Daten geriatrischer Patienten ohne onkologische Erkrankung.

Material und Methoden

Daten von Patienten, die sich im Jahr 2009 einer GKB von etwa 21 Tagen unterzogen, wurden retrospektiv ausgewertet. Verglichen wurden die Ergebnisse des GA von Aufnahme und Entlassung (Barthel Index (BI), Mini Mental Status Test (MMST), Esslinger Transferskala (ETS), Tinetti Test (POMA), Timed up and go Test (TUG), Geriatrische Depressions Skala (GDS), Clock Test (CDT)). 195 Patienten mit einer hämato-onkologischen Haupt- oder Nebendiagnose wurden erfasst, bestehend aus 54,9 % (107) Frauen und 45,1 % (88) Männern mit mittlerem Alter von 79 Jahren (56 – 94 Jahre). Die Kontrollgruppe ohne onkologische Erkrankung schließt 196 Patienten ein, 69,9 % (137) Frauen und 30,1 % (59) Männer, mit mittlerem Alter von 81 Jahren (57-105 Jahre). Die Auswertung erfolgte anhand des T-Tests für verbundene und unverbundene Stichproben.

Ergebnisse

In beiden Kollektiven konnte in allen erhobenen Assessmenttests mit Ausnahme der GDS statistisch eine signifikante Verbesserung zwischen Aufnahme- und Entlasswert nachgewiesen werden. Der GDS-Test zeigte eher eine Stagnation und verfehlte die Signifikanz in beiden Patientengruppen mit $p = 0,8$ im onkologischen und $p = 0,9$ im nicht-onkologischen Patientenanteil. ($p < 0,05$, 2-seitiger T-Test für verbundene Stichproben, Signifikanzniveau 95%, Konfidenzintervall KI95)

Hämato-onkologisches Kollektiv:

BI KI95 (15,8; 20,3), MMST KI95 (0,7; 1,7), ETS KI95 (-1,0; -0,6), POMA KI95 (2,8; 4,2), TUG KI95 (-8,2; -4,6), CDT KI95 (-0,5; -0,2), GDS KI95 (-0,4; 0,3)

Nicht-onkologisches Kollektiv:

BI KI95 (16,2; 20,2), MMST KI95 (1,0; 1,8), POMA KI95(2,5; 3,6), TUG KI95 (-10,3; -5,9), CDT KI95 (-0,5; -0,2), GDS KI95 (-0,3; 0,3)

Der T-Test für unverbundene Stichproben zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen onkologisch und nicht-onkologischen Patienten, weder im Ausmaß der jeweiligen GA-Entwicklung zwischen Beginn und Ende der GKB noch in den einzelnen GA-Tests zum Zeitpunkt der Aufnahme oder Entlassung.

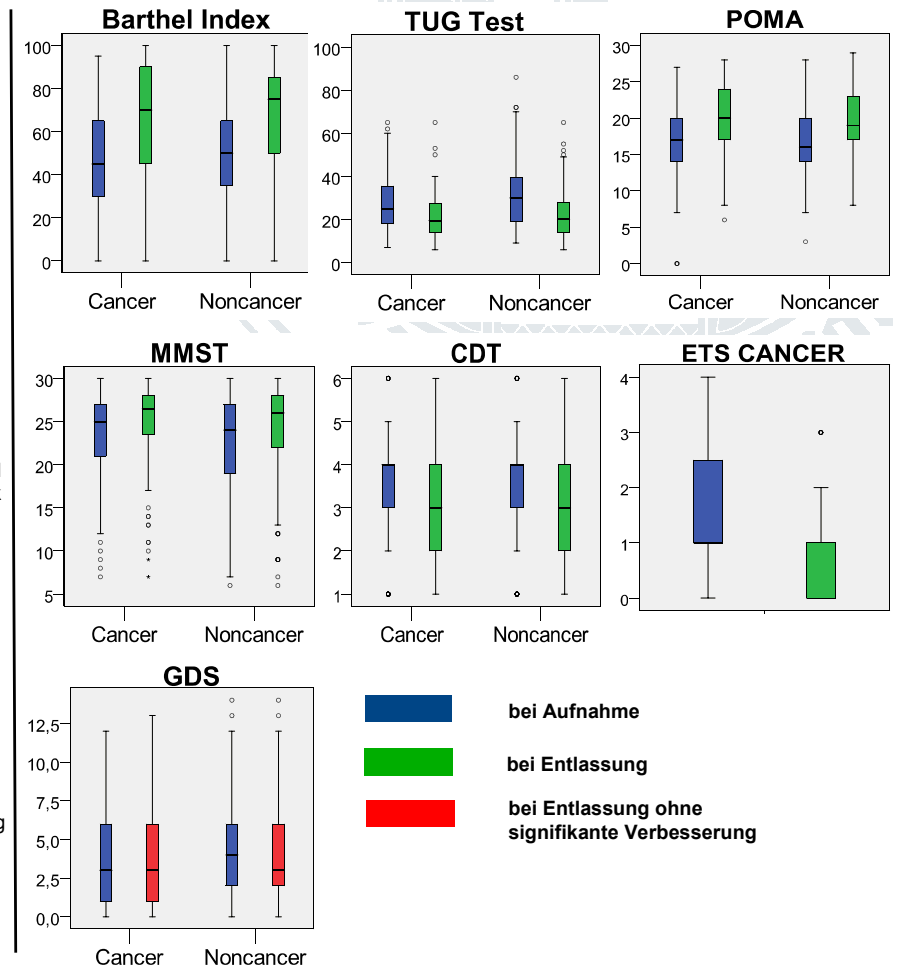
Schlussfolgerung

Das multidimensionale GA weist eine Effektivität der GKB zur Wiederherstellung der klassischen Alltagskompetenzen nach:

Der Pflegebedarf sinkt, kognitive Fähigkeiten nehmen zu, posturale Stabilität sowie Gangsicherheit und Gehstrecke werden optimiert. Die psychische Verfassung verschlechtert sich nicht durch den Krankenhausaufenthalt. Dies trifft sowohl auf nicht-onkologische wie auch geriatrisch-onkologische Patienten zu, die trotz onkologischer Erkrankung und laufender Therapie ebenfalls förderbar sind. Alter ist somit keine Kontraindikation für onkologische Therapiemaßnahmen - entscheidend für das Profil des geriatrisch onkologischen Patienten ist die Abbildung durch das multidimensionale GA, auf welches im Rahmen einer GKB positiver Einfluss genommen werden kann.

Ausblick

Geriatrisch-onkologische Patienten profitieren von der GKB, was die Durchführung onkologischer Therapien bei alten Patienten begünstigen kann. Die GKB sollte auch als geeignete Alternative zur rein onkologischen Reha in Betracht gezogen werden. Möglicherweise bedarf es an Ausbau der neuropsychologischen und psychoonkologischen Betreuung in der Geriatrie. Zudem wäre künftig beim GA onkologischer Patienten zur Unterstützung des BI die Handkraftmessung sinnvoll.



1. Baulmanns et al: Sarcopenia and functional decline: pathophysiology, prevention and therapy. Acta Clin Belg. 2009 Jul-Aug;64(4):303-16
 2. Resnick et al: Nursing home resident outcomes from the Res-Care intervention. J Am Geriatr Soc. 2009 Jul;57(7):1156-65.
 3. Maas et al: Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology. Eur J Cancer. 2007 Oct;43(15):2161-9. Epub 2007 Sep 12.
 4. Extermann et al: A comprehensive geriatric intervention detects multiple problems in older breast cancer patients. Crit Rev Oncol Hematol. 2004 Jan;49(1):69-75.

