

Geriatrisch-urologisches Assessment als Basis des interdisziplinären Behandlungsplans

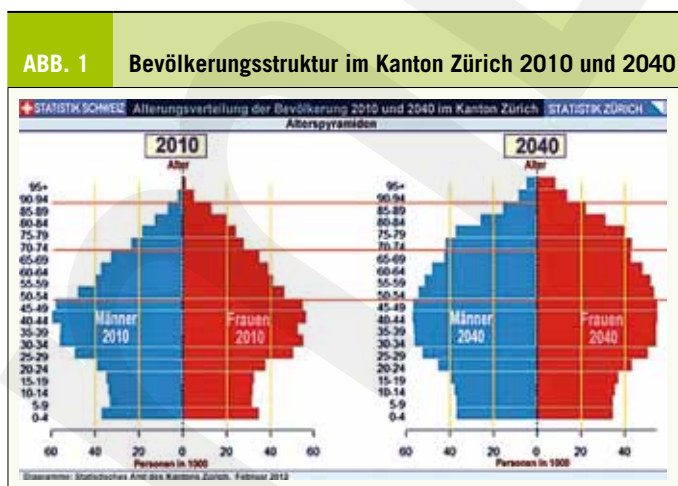
Geriatrische Urologie

Die Anzahl geriatrischer Patientinnen und Patienten steigt im Allgemeinen, ganz speziell aber auch in der Urologie deutlich an. Diese Patientinnen und Patienten sind sehr heterogen und haben spezielle medizinische Bedürfnisse. Bei den meisten liegen mehrere chronische Erkrankungen mit Einfluss auf diverse Gesundheitsdimensionen (körperlich, psychisch, funktionell, sozial) vor. Deren Erfassung, Quantifizierung und Integrierung in ein Gesamtbehandlungskonzept durch eine gezielte Kooperation zwischen Geriatrie und Urologie ist sinnvoll, wenn immer eine urologische Intervention zur Diskussion steht. Mittels multidimensionalem geriatrischem Assessment werden dabei insbesondere reversible Risikofaktoren mit möglichem negativem Einfluss auf den peri- und postoperativen Verlauf präoperativ erkannt und wenn immer möglich korrigiert. Das Gesamtbehandlungskonzept ist somit individualisiert und Über- aber auch Unterbehandlung können damit vermieden werden.

Aufgrund der demographischen Entwicklung zeigt sich eine zunehmende Alterung der Bevölkerung und der Anteil der Menschen im Alter von 75 Jahren und mehr ist in der Schweiz (vergleichbar mit der Entwicklung in anderen industrialisierten Ländern) der am schnellsten wachsende Bevölkerungsanteil überhaupt (1). Zur Veranschaulichung kann beispielsweise die Zunahme dieses Alterssegmentes im Kanton Zürich herangezogen werden, welche in den kommenden 30 Jahren beinahe 90% betragen wird (Abb. 1). Die Population dieser alten und hochaltrigen Menschen ist ausgesprochen heterogen und hat in der medizinischen Betreuung andere Bedürfnisse als jüngere Patienten.

Die korrekte Einschätzung des geriatrischen Patienten

In dieser Population muss die Behandlungsstrategie im Allgemeinen und eben auch ganz speziell in der Urologie dem Gesamtzustand und der Lebenserwartung des einzelnen Patienten angepasst werden. Die Überprüfung der Indikation und die Suche nach der



Dr. med. Martin H. Umbehrl
Zürich

geeigneten Intervention sind elementare Bestandteile in der optimalen Patientenbetreuung. Problematisch ist, dass Behandlungsentscheide vom Interventionalisten häufig nur erfahrungsbasiert gefällt werden. Bei sehr zurückhaltenden Behandlungsstrategien bei hochaltrigen Menschen besteht die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten unterversorgt werden, insbesondere dann, wenn sie neben dem fortgeschrittenen chronologischen Alter noch sehr fit sind. So liegt die Lebenserwartung eines 80-jährigen Mannes heute bei 8.4 Jahren (Anfangs der 80er Jahre betrug sie noch 6.2 Jahre) (2). Auf der anderen Seite besteht die Gefahr der Überversorgung, wobei die Behandlungsrisiken den möglichen Benefit unter Umständen weit übersteigen und es hier eine wichtige Aufgabe des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin ist, die modernen medizinischen Möglichkeiten der entsprechenden Situation anzupassen und unrealistische Vorstellungen auszuräumen. Wie aber sollen die Patientinnen und Patienten möglichst korrekt eingeschätzt werden und wie sollen Argumente für und eben auch gegen aktive Behandlungen quantitativ und qualitativ untermauert werden?

Analog zur Pädiatrie, welche sich den speziellen gesundheitlichen Bedürfnissen von Kindern widmet, ist die Geriatrie spezialisiert auf diejenigen von älteren und hochaltrigen Menschen. Bei dieser Patientenpopulation liegen meist zwei oder mehrere chronische Erkrankungen vor, welche auf mehrere Gesundheitsdimensionen (insbesondere die körperliche, psychische, funktionelle und soziale) Auswirkungen haben. Im multidimensionalen geriatrischen Assessment werden gerade diese verschiedenen Gesundheitsdimensionen erfasst. Hierdurch können primär unerkannte Ressourcen aber insbesondere auch Defizite identifiziert und entsprechende Massnahmen eingeleitet werden. Mit geeigneten und auch validierten Assessment-Instrumenten (3–5) können Patientinnen und Patienten so in verschiedene Leistungs- respektive Risiko-Gruppen eingeteilt werden (gesund und rüstig; eingeschränkt und verletzlich; gebrechlich und schwach) (6). Zudem kann das multidimensionale geriatrische Assessment in der präoperativen Risikostratifizierung und der Therapieplanung entscheidende Optimierungen in der Patientenbetreuung erbringen (15).

Die systematische Anwendung des geriatrischen Assessments durch den ungeübten Kliniker im Rahmen der Routineabklärungen übersteigt aber ohne jeden Zweifel die üblichen zeitlichen und personellen Ressourcen. Entscheidend ist zudem die Interpretation der Ergebnisse im klinischen Kontext. Deshalb ist die gezielte Kooperation mit den Experten der Geriatrie – gerade in der Urologie – ausgesprochen sinnvoll: urologische Probleme sind in dieser

Population sehr häufig, da die Prävalenz als auch die Inzidenz der urologischen Erkrankungen mit zunehmendem Alter steigen (7).

Geriatrische Urologie

Der Bedarf nach einer interdisziplinären geriatrisch-urologischen Abklärung und Behandlung dieser alten Patientinnen und Patienten wurde im Ausland bereits vor Jahren erkannt. So stellte Drach et al bereits 2003 fest, dass die Urologie als chirurgische Subdisziplin von dieser demographischen Entwicklung in ganz besonderem Masse betroffen ist mit einem sehr hohen und steigenden Anteil an geriatrischen Patienten (8). Trotz dieser Tatsache besteht ein Mangel an gesichertem Wissen aus Grundlagen-, aber auch klinischer Forschung für diese Subpopulation und es besteht diesbezüglich ein relevanter Aufholbedarf. In den USA wurden seither entsprechende Trainingsprogramme für urologisch tätige Ärztinnen und Ärzte etabliert und die diesbezüglichen Forschungsbemühungen für elektive Chirurgie im Allgemeinen (9) aber auch spezifisch für die Urologie (10–12) wurden mit Erfolg intensiviert. Zudem wurden spezifische Dienstleistungsangebote etabliert wie beispielsweise am Massachusetts General Hospital in Boston, USA (13) und eine eigene Fachgesellschaft (the Geriatric Urology Society) wurde im Jahre 2002 ins Leben gerufen.

Auch wenn der Einbezug von geriatrischem Wissen in der Urologie in der Schweiz noch Neuland ist, so ist das geriatrisch-chirurgische Co-Management anderorts bereits erfolgreich etabliert. Hier sind speziell die Altersfrakturzentren zu erwähnen, welche die Betreuung von betagten Trauma-Patientinnen und -Patienten nachweislich verbessern und auch kostenwirksam sind (14). Solche integrierten Versorgungsmodelle sind zum Beispiel am Stadtspital Waid, Universitätsspital Zürich und Basel zu finden. In Anlehnung an die guten Erfahrungen in der gemeinsamen Versorgung von geriatrischen Unfallverletzten, sollte deshalb optimaler Weise auch peri-interventionell ein geriatrisch-urologisches Co-Management erfolgen.

Der spezifische Bedarf der geriatrisch-urologischen Kooperation ist auch hierzulande erkannt (16, 17). Als erste Klinik in der Schweiz bietet die Klinik für Urologie des Stadtspitals Triemli in Kollaboration mit der Universitären Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid eine entsprechend geriatrisch-urologische Spezialsprechstunde an. Das Ziel dieses Dienstleistungsangebotes «Geriatrische Urologie» liegt in der optimalen interdisziplinären Betreuung von alten und hochaltrigen Patientinnen und Patienten, wobei sowohl Über- wie auch Unterbehandlung vermieden werden sollen. Ein möglichst individualisiertes Therapie- sowie Nachsorgekonzept wird hierzu entworfen. Dieses Programm trägt somit der demographischen Entwicklung und ihrer besonderen Bedeutung für die Urologie Rechnung.

Geriatrische Urologie am Stadtspital Triemli

Patientinnen und Patienten, welche in die geriatrisch-urologische Spezialsprechstunde kommen, werden gesondert von einem Urologen und Geriater beurteilt. Vom Urologen wird nach entsprechenden Abklärungen die urologische Diagnose gestellt und aufgrund dieser die verschiedenen Behandlungsoptionen definiert. Vom Geriater wird neben der internistisch-geriatrisch gewichteten Anamnese und klinischen Untersuchung auch ein multidimensionales geriatrisches Assessment durchgeführt. Ein wichtiges Ziel dabei ist, vor dem operativen Eingriff reversible Risikofaktoren, die einen negativen Einfluss auf das postoperative Ergebnis haben könnten,

zu identifizieren und sie wenn immer möglich zu korrigieren. Die erhobenen Befunde werden interdisziplinär besprochen und ein umfassendes Behandlungskonzept einschliesslich Vor- und Nachsorge entworfen. Abschliessend werden in einem gemeinsamen Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten und bedarfsweise in Anwesenheit der Angehörigen oder Bezugspersonen die Resultate bzw. Empfehlungen der interdisziplinären Abklärung diskutiert und ein individualisierter Therapieplan erstellt. Ein umfassender schriftlicher Bericht mit Beurteilung und Behandlungsempfehlungen schliesst die gemeinsamen Vorabklärungen ab. Kommt es zu einem operativen Eingriff, werden vorgängig die Kollegen der Anästhesie unter Einbezug der erhobenen Befunde zugezogen, um das perioperative Management von Beginn an zu optimieren.

Welche Patientinnen und Patienten qualifizieren für die Spezialsprechstunde Geriatrische Urologie am Stadtspital Triemli?

Zielpersonen für diese Spezialsprechstunde sind in der Regel Patientinnen und Patienten ≥ 75 Jahre mit relevanten funktionellen und/oder kognitiven Defiziten (z.B. Einschränkungen in Mobilität, Gedächtnis, Sehen respektive Hören, Ernährung etc.), bei welchen eine urologische Intervention zur Diskussion steht. Die Erfahrung zeigt aber, dass es oft schwierig einzuschätzen ist, wer am meisten von der sehr zeit- und personenintensiven Abklärung profitiert. Hier wird es zukünftig ein wichtiges Ziel sein, geeignete Triage-Instrumente zu entwickeln.

Dr. med. Martin H. Umbehr^{1*}

Med. pract. Marlis Nardi^{1,2}

Dr. med. Sacha Beck²

PD Dr. med. Michael Müntener¹

Dr. med. Daniel Grob²

* Korrespondierender Autor

¹ Klinik für Urologie, Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich

² Universitäre Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid Zürich
Tièchestrasse 99, 8037 Zürich
martin.umbehr@triemli.zuerich.ch

+ **Interessenkonflikt:** Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Der Anteil der alten und hochaltrigen Personen wird in den nächsten Jahrzehnten massiv zunehmen und damit auch die urologischen Probleme. Diese Population ist sehr heterogen und hat eigene medizinische Bedürfnisse
- ◆ Die Behandlungsstrategie muss dem Gesamtzustand und der Lebenserwartung angepasst werden. Durch eine gezielte Kooperation von Geriatrie und Urologie kann im Falle von urologischen Interventionen die Behandlung individualisiert und optimiert werden
- ◆ Um Fehlbehandlung in dieser Population zu minimieren ist ein prä-interventionelles geriatrisch-urologisches Assessment der Schlüssel. Dieses ist nutzlos, wenn daraus kein gemeinsam erarbeiteter Behandlungsplan entsteht. Die Umsetzung desselben muss in enger ärztlicher Zusammenarbeit Urologie und Geriatrie erfolgen, schliesst aber auch andere Dienste und Berufsgruppen mit ein

Literatur:

1. Statistik Schweiz; <http://raonline.ch/pages/edu/ur/chstat02a0801a.html>
2. Bundesamt für Statistik, BFS; <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>
3. Mohile S, Dale W, Hurria A et al.: Geriatric Oncology research to improve clinical care. *Nat Rev Clin Oncol.* 2012; 9(10): 571-78.
4. Beck S, Geser C, Grob D. Multidimensional geriatric assessment as clinical approach to the multimorbid patient in acute care. *Praxis (Bern 1994).* 2012 Dec 12;101(25):1627-32
5. Hurria A et al.: Developing a cancer-specific geriatric assessment: a feasibility study. *Cancer.* 2005; 104(9): 1998-2005.
6. Mohile SG, et al.: Association of a cancer diagnosis with vulnerability and frailty in older Medicare beneficiaries. *J Natl Cancer Inst.* 2009; 101(17): 1206-15.
7. Bundesamt für Statistik, BFS; <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/01.html>
8. Drach GW, Griebing TL: Geriatric Urology. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:S355-S358.
9. Oresanya LB, Lyons WL, Finlayson E: Preoperative Assessment of the Older Patient. A Narrative Review. *JAMA* 2014; 311: 2110-2120.
10. Morgan TM, Keegan KA, Barocas DA et al. Predicting the probability of 90-day survival of elderly patients with bladder cancer treated with radical cystectomy. *J Urol.* 2011; 186(3):829-834
11. Townsend NT, Robinson TN. Surgical Risk and Comorbidity in Older Urologic Patients. *Clin Geriatr Med.* 2015 Nov;31(4):591-601.
12. Goineau A, d'Aillières B, de Decker L et al. Integrating Geriatric Assessment into Decision-Making after Prostatectomy: Adjuvant Radiotherapy, Salvage Radiotherapy, or None? *Front Oncol.* 2015 Oct 15;5:227.
13. Geriatric Urology, Massachusetts General Hospital, Boston, United States of America; <http://www.massgeneral.org/urology/services/treatmentprograms.aspx?id=1377>
14. Prestmo A, Hagen G, Sletvold O et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015 Apr 25;385(9978):1623-33
15. Beck S, Büchi C, Lauber P et al. Perioperative risk assessment of geriatric patients undergoing noncardiac surgery. *Z Gerontol Geriatr.* 2014 Feb;47(2):90-4.
16. Münzer Thomas, Schmid Hans-Peter. Urologische Eingriffe bei Hochbetagten: Warum nicht? Wann doch? *Hausarztpraxis* 2016: Vol.11, Nr. 1
17. Umbehrr MH, Grob D, Kienle DL, Müntener M. Die Behandlung des Prostatakarzinoms bei betagten Patienten. *Schweizer Zeitschrift für Onkologie SZO* 2015; 2: 15-20.