



Onkologische Patienten höheren Alters sollten nach objektiven Kriterien untersucht und individuell behandelt werden.

Alter ist keine Diagnose

Wie das geriatrische Assessment Ageismus vermeidet

Katharina Stölzel

Unter Ageismus in der medizinischen Versorgung versteht man die altersbedingte Diskriminierung oder Vernachlässigung älterer Patienten. Was geht Ihnen beispielsweise durch den Kopf, wenn ältere Patienten in Ihre Sprechstunde kommen und über eine ständig tropfende Nase, Hyposmie, viel Sekret, Schwindel, Dysphagie oder Dysphonie berichten? Zusätzlich müssen Sie noch jeden zweiten Satz lauter wiederholen. Das kostet den Behandler und den Patienten viel Zeit und Nerven, doch es lohnt sich, genau hinzuschauen. Denn ein strukturiertes und sorgfältiges geriatrisches Assessment ist eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie Älterer – das gilt im Besonderen für onkologische Patienten.

Noch vor einigen Jahrzehnten wurden ältere Menschen auch im Gesundheitswesen geduldet und als „Oma“ oder „Opa“ bezeichnet. Derartige Umgangsweisen sind heutzutage erfreulicherweise nicht mehr üblich. Ein unterschwelliger Ageismus ist jedoch immer noch präsent: Nach den Angaben einer türkischen Studie, die eine Umfrage unter 448 Assistenzärzten an der Universität Pamukkale durchführte, ergab sich mittels Erhebung des Ageismus

durch die Fraboni-Skala ein Anteil von 20,1 % der Assistenzärzte, der sich altersdiskriminierend äußerte [1, 2]. In einem systematischen Review der Universität Yale konnte anhand der Auswertung von 422 Studien in 45 Ländern und auf allen sechs Kontinenten Ageismus nachgewiesen werden. Dieser führt in 95,5 % der betroffenen älteren Patienten zu einem schlechteren Gesundheitsstatus. Zudem wurde in 49 Studien belegt, dass ältere Patienten häufig von Studien und

klinischer Forschung ausgeschlossen werden [3].

Ageismus zu überwinden ist also nach wie vor relevant, zumal heute mehr als die Hälfte der Personen mit neu diagnostizierter Krebserkrankung (bezogen auf ein Jahr) älter als 70 Jahre ist [4]. In Bezug auf die Behandlung und die Beurteilung der Therapierbarkeit von älteren Patienten mit onkologischen Erkrankungen gab es in den letzten Jahren viele Veränderungen. So wird die Thera-

pie von Kopf-Hals-Karzinomen heute nicht pauschal ausgewählt, sondern erfordert eine sorgfältige und objektive Begutachtung der meist älteren Patienten hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes. Und das hat einen sinnvollen Hintergrund. Denn Altersdiskriminierung bzw. Ageismus in der Onkologie erfolgt häufig unbewusst und entsteht aus gut gemeinten Entscheidungen und dem Versuch, eine Überdiagnostik und Übertherapie zu vermeiden. Aus Angst vor Nebenwirkungen werden viele onkologische Patienten höheren Alters trotz hoher Überlebensraten oft nicht leitliniengerecht behandelt [5], und die Patienten tragen die oft schwerwiegenden Folgen dieser Unterversorgung. Dabei sind über 70 % der Überlebenden eines Tumorleidens über 65 Jahre alt. Ältere Personen dominieren also auch die Populationen in onkologischen Studien, und es ist gut belegt, dass viele Therapien bei älteren Patienten eine vergleichbar gute Wirkung zeigen wie bei jüngeren Patienten. Ein höheres Alter ist folglich kein automatisches Ausschlusskriterium für eine onkologische Therapie. Stattdessen ist der individuelle funktionelle Status entscheidend.

Frailty

Um Ageismus vorzubeugen, sollten ältere Patienten also grundsätzlich nicht nur nach ihrem Alter, sondern auch nach ihrer „Frailty“ beurteilt werden (**Box 1**) [6]. Die strukturierte Erfassung der Frailty hilft zeitökonomisch und budgetorientiert zu handeln. Jüngste Studien haben gezeigt, dass eine strukturierte Erfassung von Frailty mittels eines multidimensionalen geriatrischen Assessments (GA) mit anschließender Anpassung der Therapie und Behandlung individueller Frailty-Faktoren die Häufigkeit und Schwere ungünstiger Therapie-Endpunkte reduzieren kann.

Multidimensionales Geriatrisches Assessment

Ziele des GA sind:

- die individuelle Einschätzung der Therapierbarkeit,
- die Anpassung der Behandlung an den funktionellen Status und
- die Vermeidung von Unter- oder Übertherapie.

Box 1: Frailty

Frailty ist ein geriatrisches Syndrom, das durch eine allgemein erhöhte Anfälligkeit älterer Menschen gegenüber exogenen Stressfaktoren (Überlastung, Unruhe, Erkrankungen) gekennzeichnet ist.

Von Frailty spricht man, wenn drei der folgenden fünf Symptome vorliegen:

- unbeabsichtigte Gewichtsabnahme > 5 kg/Jahr
- Abnahme der Körperkraft
- subjektiv empfundene Erschöpfung
- reduzierte Ganggeschwindigkeit
- reduzierte allgemeine Aktivität

GA bei onkologischen Patienten

Neuere Leitlinien der American Society of Clinical Oncology (ASCO) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) enthalten entsprechende Handlungsempfehlungen. Nachdem in den letzten Jahren verschiedene Assessments publiziert und favorisiert wurden, kann man in der S3 Leitlinie „Umfassendes Geriatrisches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment CGA) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten“ und in der Leitlinie der ASCO für onkologische geriatrische Patienten ein einheitliches Vorgehen wiederfinden [7, 8].

Ein Kernelement des GA ist der speziell für ältere Krebspatienten entwickelte G8-Fragebogen (Zusatzmaterial online: **Tab. 1**). Er fragt das Patientenalter sowie sieben weitere Items ab und kann im

Wartezimmer verteilt und vom Patienten ggf. mithilfe einer Begleitperson oder der Arzthelferin ausgefüllt werden. Nur wenn beim G8-Fragebogen 14 oder weniger der maximal 18 Punkte erreicht werden, folgt das praktische geriatrische Assessment (PGA, Zusatzmaterial: **Abb. 1**). Es enthält 20 Fragen, einschließlich der Frage nach Komorbiditäten und Gewicht. Auch diese Fragen können eigenständig vom Patienten, mit Begleitperson oder Arzthelferin ausgefüllt werden. Hier schließen sich noch ein Mini-Cog (ein kurzer Kognitionstest) und ein Gehstest an. Die Auswertung ist in sieben Domänen gegliedert, die getrennt betrachtet und bei Bedarf der Intervention zugänglich gemacht werden müssen. Diese sind der physische Status, Aktivitätsstatus, sozialer Unterstützungsstatus, Komorbidität und Polypharmazie, emotionaler Status, nutritiver Status und kognitiver Status (**Abb. 2**).

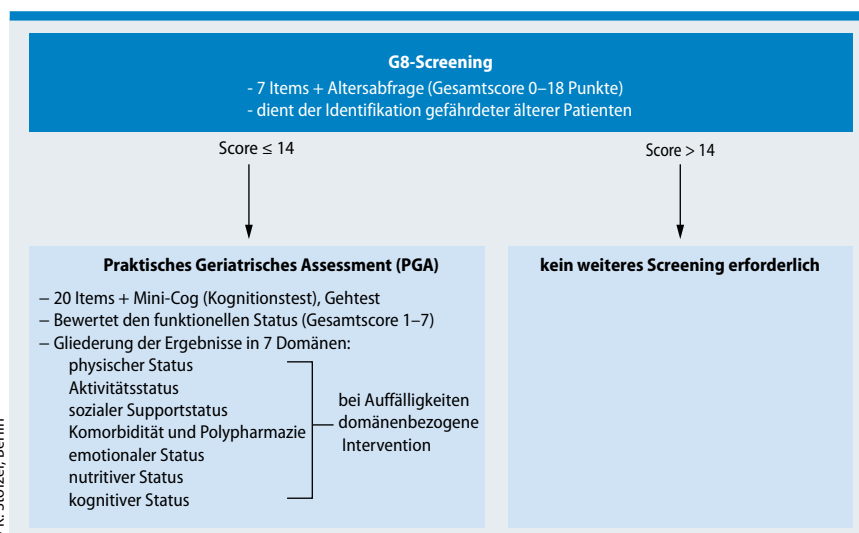


Abb. 2: Geriatrisches Assessment im onkologischen Setting

Tab. 2: Besonderheiten des nutritiven Status bei Kopf-Hals-Tumoren

Aspekt	Folge
Tumorage und -therapie	Erschwerte Nahrungsaufnahme, Schluckstörungen
Prävalenz von Mangelernährung	20–94 % (bei Diagnosestellung bereits 50 % betroffen)
Folgeprobleme	Dysphagie, Sarkopenie, Aspirationspneumonie, Therapieversagen

Bedeutung der Ernährung im onkologischen GA

Der Ernährungsstatus ist eine Kerndimension des PGA. Mangelernährung ist bei Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen mit einer Prävalenz, die zwischen 20 % und 94 % liegen kann, sehr verbreitet [9]. Etwa die Hälfte aller Patientinnen und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren sind schon bei der Diagnosestellung mangelernährt, und die Therapie verschlimmert diesen Zustand häufig noch weiter [10]. Liegen vor der Behandlung Sarkopenie und Mangelernährung vor, erhöht sich das Risiko für postoperative Komplikationen, und es verringert sich

die Überlebensrate während der Radiochemotherapie.

Eine perioperative Standardernährungstherapie kann die Häufigkeit von postoperativen Komplikationen, Mortalität, Anastomoseninsuffizienz und postoperativer Pneumonie reduzieren sowie Krankenhausaufenthalte verkürzen [11]. Diese positiven Effekte wurden auch bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative Mangelernährung beobachtet. Obwohl eine Metaanalyse von 19 Studien, darunter eine zu Kopf-Hals-Karzinomen, für diese Patientengruppe allein aufgrund der geringen Studienzahl nicht schlüssig war, zeigte

sie für das Kollektiv, das aus Patienten mit Gastrointestinal- oder Kopf-Hals-Tumoren bestand, eine mögliche Reduktion postoperativer Komplikationen insgesamt (Risk Ratio [RR] 0,78) und infektiöser Komplikationen (RR 0,67) [11]. Die Autoren schlussfolgerten, dass allen Patientinnen und Patienten mit gastro-intestinaler oder Kopf-Hals-Tumorerkrankung, unabhängig von dem präoperativen Ernährungszustand, eine Standardernährungstherapie in der klinischen Praxis angeboten werden sollte, um postoperative Komplikationen zu reduzieren.

Beim nutritiven Status von Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen sind jedoch mehrere besondere Aspekte zu beachten, da diese Krebserkrankungen und ihre Behandlungen die Nahrungsaufnahme erheblich beeinträchtigen können [10, 12] (Tab. 2). Unter anderen sind bei dieser Patientengruppe eine adäquate Ernährungsberatung sowie Schluckrehabilitation und Mundpflege vor, während und nach der Behandlung wichtig, um Dysphagie und Aspirationspneumonie vorzubeugen oder zu behandeln [13]. Die Leitlinien der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) geben konkrete Empfehlungen für die Energie- und Proteinzufuhr bei älteren Menschen, die auch für Kopf-Hals-Karzinom-Patienten relevant sind, insbesondere diejenigen mit Sarkopenie und Dysphagie [11].

Multidisziplinäre Versorgung

Ein effektives Management älterer Patienten, das den GA-Richtlinien folgt, erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen und somit einen multidisziplinären Ansatz (Abb. 3). Auf diese Weise können Komplikationen und Mortalität reduziert werden. Im Bereich der Alterstraumatologie wurde zum Beispiel gezeigt, dass ein geriatrisches Komplexmanagement die Krankenhausletalität von 9 auf 2 % senken und die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation von 29 auf 18 Stunden verkürzen kann [14].

Bei Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen ist in der onkologischen Prähabilitation und Rehabilitation aufgrund der sarkopenischen Dysphagie, der Mangelernährung und der oralen Frailty die

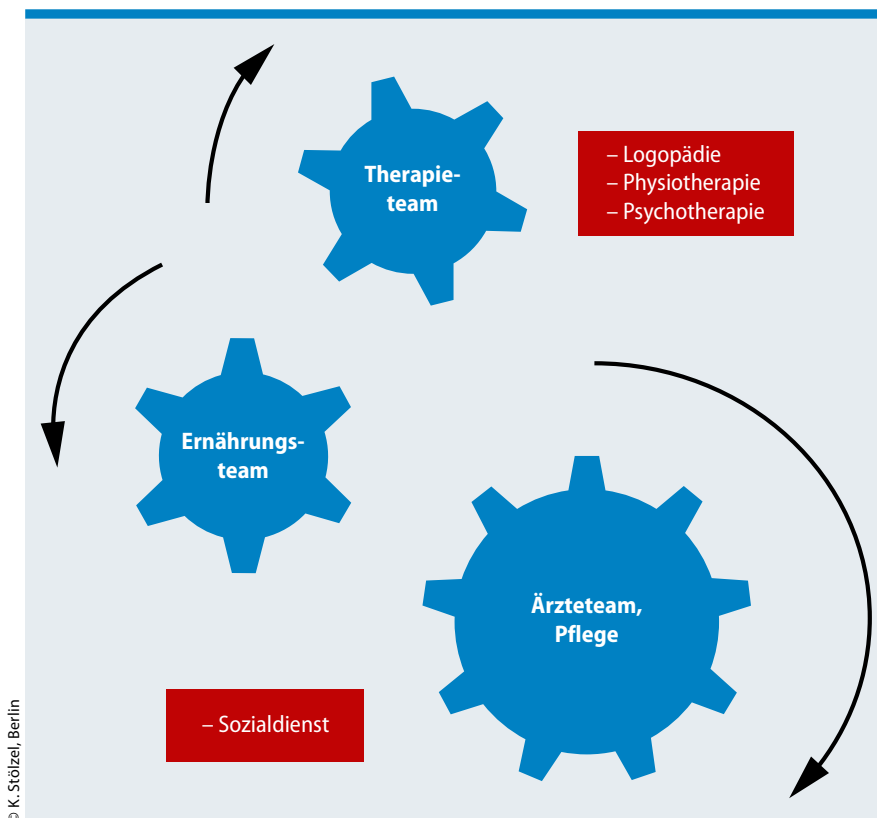


Abb. 3: Anwendung des geriatrischen Assessments (GA) im Rahmen einer interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit

Einbeziehung von logopädischen, ernährungstherapeutischen und zahnmedizinischen Fachkräften besonders wichtig, um eine qualitativ allumfassende Behandlung zu garantieren und Kosten aufgrund einer längeren gesundheitlichen Rekonvaleszenz zu minimieren.

Fazit für die Praxis

- Es wird prognostiziert, dass die Zahl der Kopf-Hals-Karzinom-Fälle bei über 65-Jährigen bis zum Jahr 2030 voraussichtlich von 19.000 (2010) auf 31.000 ansteigen wird [15].
- Das Lebensalter ist ein unabhängiger Risikofaktor für Kopf-Hals-Karzinome.
- Durch Anwendung eines einheitlichen GA (G8, PGA) kann Ageismus vermieden werden.
- Der nutritive Status hat bei Kopf-Hals-Karzinomen eine besonders hohe Bedeutung.
- Multidisziplinäre Versorgungskonzepte senken das Komplikations- und Mortalitätsrisiko älterer Patienten. In der Versorgung älterer Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen sind eine logopädische, ernährungstherapeutische und zahnmedizinische Versorgung von zentraler Bedeutung.
- Die flächendeckende Umsetzung des GA bei Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen ist noch mangelhaft. Gründe dafür sind die Knappheit an personellen und zeitlichen Ressourcen sowie mangelndes Bewusstsein für die Bedeutung des GA.

Zusatzmaterial online



Tabelle 1 und Abbildung 1 unter <https://doi.org/10.1007/s00060-025-9421-z> in der Online-Version dieses Beitrags.

Literatur

1. Uzun SU et al. Beyond the stethoscope: ageism in white coats and resident physicians' preferences for elderly patient care. *Psychogeriatrics*. 2024;24:1305-12
2. Ozel Bilim I et al. The psychometric properties, confirmatory factor analysis, and cut-off value for the Fraboni scale of ageism (FSA) in a sampling of healthcare workers. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57: 9-19
3. Chang ES et al. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15:e0220857
4. Goede V et al. Frailty in Oncology: Updated Recommendations for Clinical Practice. *Dtsch Med Wochenschr*. 2024;149:1009-14
5. Lenzen-Schulte M et al. Geriatrische Onkologie: Warum es sich lohnt, ältere Krebskranke intensiv zu behandeln. *Dtsch Arztebl International*. 2024;121:240-4
6. Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-56
7. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG). S3-Leitlinie „Umfassendes Geriatrisches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten“. AWMF-Registernummer: 084-003. Stand 2024
8. Dale W et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2023;41:4293-312
9. Koehl P et al. Geriatrische Traumatologie. *CME*. 2023;20:63-74
10. De Sire A et al. Sarcopenic Dysphagia, Malnutrition, and Oral Frailty in Elderly: A Comprehensive Review. *Nutrients*. 2022;14:982
11. Sagawa M et al. Perioperative or combined preoperative and postoperative standard nutrition therapy for patients with head and neck or gastrointestinal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr ESPEN*. 2025;67:567-77
12. Cervenka BP et al. Head and Neck Cancer and the Elderly Patient. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51:741-51
13. Ishii R et al. Treatment of elderly patients with head and neck cancer in an aging society: Focus on geriatric assessment and surgical treatment. *Auris Nasus Larynx*. 2024;51:647-58
14. Koehl P et al. Geriatrische Traumatologie. *CME*. 2023;20:63-74
15. Chiu BL et al. Aging in the United States: Opportunities and Challenges for Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51:697-704

© Axel Kirchhof, UKE



Prof. Dr. med. Katharina Stölzel
Helios Klinikum Berlin-Buch, Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin
Katharina.Stoelzel@helios-gesundheit.de

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.