



IQWiG-Symposium 2017

Evidenzbasierung und Evidenzanwendung in der Altersmedizin:
wann und wie extrapoliert die Geriatrie?

Thiem U.

Geriatrie-Zentrum Haus Berge, Elisabeth-Krankenhaus Essen (EKE)

potenzielle Interessenkonflikte



Forschungsunterstützung

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
- Robert-Bosch-Stiftung, Forschungskolleg Geriatrie
- Forschungsförderung der Ruhr-Universität Bochum

Vortragstätigkeit

- Ärztekammern Westfalen-Lippe, Nordrhein & Bremen
- Universitätskliniken Frankfurt & Jena
- Fa. Medi Consult, Hamburg, & med update, Wiesbaden

Ehrenämter

-Vorstandsmitglied in der DGG bis 2016

Was ist ein geriatrischer Patient?



Abgrenzungskriterien der geriatrischen Fachgesellschaften (2004)

- 1. höheres Lebensalter, meist ≥ 70 Jahre, und
- 2. geriatrietypische Multimorbidität, z. B.
 - Mobilitätsstörung

- chronische Schmerzen
- Ernährungsstörung
- Dekubitalulzera
- kognitive Einschränkung
 sensorische Einschränkungen
- Depression

- Gebrechlichkeit ("frailty")

Inkontinenz

-Medikationsprobleme

Funktions- versus Defizit-Sicht



Beispiel: Patient mit Schlaganfall und Hemiparese

Defizit-Sicht:

Wie ausgeprägt ist die Hemiparese?

Wie ausgeprägt bleibt das (Rest-) Defizit?

→ taugliches Konzept bei multimorbiden, älteren Patienten?

Funktions- versus Defizit-Sicht



Beispiel: Patient mit Schlaganfall und Hemiparese

Funktionssicht:

Wie beeinträchtigt ist der Patient funktionell

(= physisch, psychisch, sozial)?

Was braucht der Patient zur Autonomie

(= Unabhängigkeit im Alltag)?

Geriatrisches Assessment



... dient der geregelten <u>Erfassung und Beurteilung</u> einzelner <u>funktioneller und psychosozialer Bereiche</u>

... erfüllt dabei verschiedene Zwecke:

- Beschreibung des Ist-Zustands
- Verlaufsdokumentation
- Abschätzung der Prognose

Geriatrischer Therapieplan



... orientiert sich am funktionellen Zustand des Patienten

... hat das Ziel, die *Selbständigkeit und Autonomie* des Patienten im Alltag wiederherzustellen, zu bessern oder zu erhalten

... bindet *unterschiedlichste Berufsgruppen* (Ärzte, Pflege, Therapeuten) *und Therapieformen* (medikamentös, nichtmedikamentös) ein

Das geriatrische Konzept



funktionelle Sicht:

erfordert die Beschreibung der alltagsrelevanten Funktionen und Fähigkeiten \longrightarrow geriatrisches Assessment

2. funktionsorientierte Therapie:

erfolgt nach Ergebnis des geriatrischen Assessments multimodal und multidisziplinär \longrightarrow therapeutisches Team



Ellis G, CDSR 2011, 7: CD006211; Ellis G, BMJ 2011, 343: d6553

- systematische Übersicht und Meta-Analyse von insgesamt 22
 randomisierten klinischen Studien mit 10.315 Patienten
- <u>Intervention</u>: geriatrisches Assessment und Team-Intervention
 - = geriatrisches Konzept
- Patienten: über 65jährigen Patienten, die ungeplant zur stationären Aufnahme kommen



Ellis G, CDSR 2011, 7: CD006211; Ellis G, BMJ 2011, 343: d6553

Chance, zuhause weiter zu leben

nach 6 Monaten

- ~ 25% größer für die Gruppe mit geriatrischem Konzept
- ~ 31% größer stationär-geriatrische Behandlung

nach 12 Monaten

- ~ 16% größer für die Gruppe mit geriatrischem Konzept
- ~ 22% größer für stationär-geriatrische Behandlung



Ellis G, CDSR 2011, 7: CD006211; Ellis G, BMJ 2011, 343: d6553

Chance, eine Heimversorgung zu verhindern

- nach 6 Monaten
 - ~ 28% größer für die Gruppe mit geriatrischem Konzept
- nach 12 Monaten
 - ~ 22% größer für die Gruppe mit geriatrischem Konzept



weitere Übersichten (mit und ohne Meta-Analyse) z. B.:

- Deschodt 2013 (BMC Med 2013):
 geriatrisches Konsultations-Team
- Bakker 2011 (BMC Qual Safety): stationär geriatrische Versorgung
- Van Craen 2010 (JAGS):
 "geriatric evaluation and management units" (GEMU)
- Bachmann 2010 (BMJ):
 postakute geriatrische Station mit orthogeriatrischer Reha
- Baztan 2009 (BMJ):"acute care for elders units" (ACE)

12



Einschränkungen / Forschungsbedarf:

- heterogene Versorgungssituationen
- <u>unterschiedliche Interventionskonzepte</u>:

teambasierte Interventionen

stations- / abteilungsbasierte Interventionen

zeitlich unterschiedlicher Beginn:

akut geriatrische Versorung

postakute, rehabilitativ-geriatrische Intervention

Extrapolation über Funktionalität



Onkologie bei älteren Patienten:

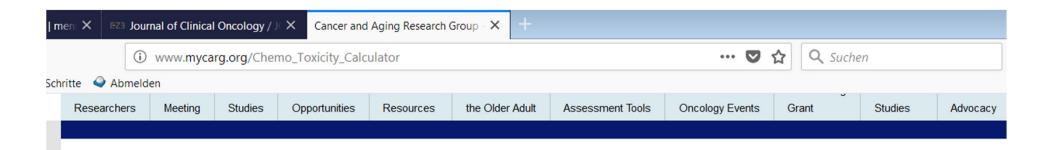
durchgängige Empfehlung zur

Durchführung des geriatrischen Assessments:

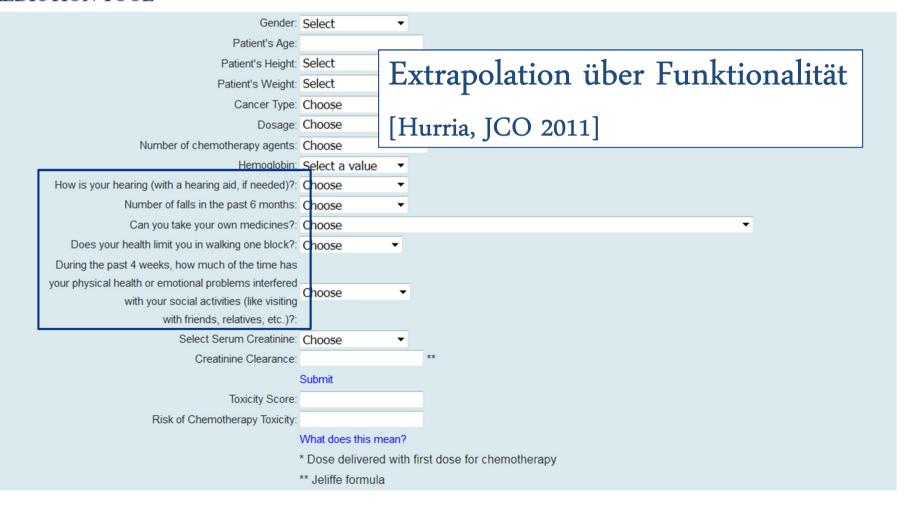
EORTC [Europ. Organisation for Research and Treatment of Cancer]

DGHO [Dt. Gesellschaft für Hämatologie / Onkologie]

SIOG [Int. Society of Geriatric Oncology]



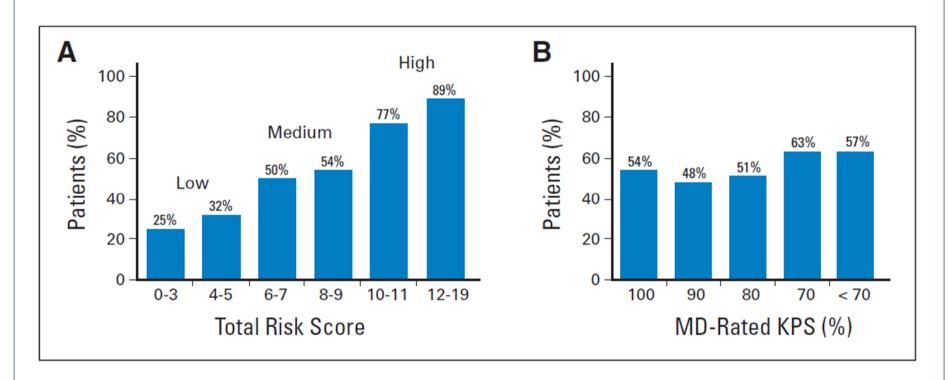
PREDICTION TOOL



Extrapolation über Funktionalität



[Hurria, JCO 2011]



ESOGIA-Studie



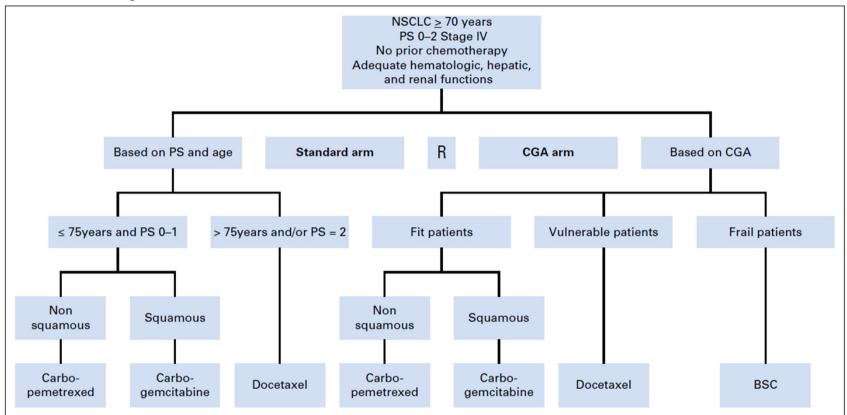
[Corre, JCO 2016]

- erste RCT zur Chemotherapie bei Älteren *mit differen- tiertem, assessment-basierten Therapiearm* (vs. "usual
 oncological treatment")
- 494 Patienten ≥ 70 Jahre mit nicht-kleinzelligem
 Bronchialkarzinom Stadium IV

ESOGIA-Studie



[Corre, JCO 2016]



ESOGIA-Studie



[Corre, JCO 2016]

ausgewählte Ergebnisse:

- kein Unterschied im Überleben (6,1 vs. 6,4 Monate)
- weniger intensive Chemotherapie in der Assessment-Gruppe, u. a. 23% vs. 0% "best supportive care"
- weniger Toxizität und toxizitätsverursachte Therapieabbrüche (4,8% vs. 11,8%)

Extrapolation über Funktionalität



Antihypertensive Therapie (bei Älteren):

neueste (US-amerikanische) Empfehlung zu Ziel-

Blutdruckwerten bei arterieller Hypertonie:

Senkung < 130 / 80 mmHg

(ACC / AHA Task Force Guideline 2017)



[SPRINT Research Group, NEJM 2015]

- RCT zur intensivierten Blutdruck-Senkung bei
 Erwachsenen ≥ 50 Jahre mit RR-Werten ≥ 130 mmHg
 systolisch und erhöhtem kardiovaskulären Risiko
- Vergleich der Ziel-RR-Werte < 120 vs. < 140 mmHg
- <u>primären Endpunkt</u>: Tod oder Herzinfarkt / Koronarsyndrom oder Schlaganfall oder Herzinsuffizienz



[SPRINT Research Group, NEJM 2015]

ausgewählte Ergebnisse:

- 9.361 Personen randomisiert
- Studienabbruch nach ca. 3,3 Jahren, weil
- signifikanter Unterschied im primären Endpunkt:

1,65% vs. 2,19%



[SPRINT Research Group, NEJM 2015]

ausgewählte Ergebnisse:

- mehr unerwünschte Wirkungen (UAW) in der intensivierten Gruppe:

Hypotension / Synkopen, Elektrolytstörungen,

Nierenversagen / verschlechterte Nierenfunktion

- kein Unterschied in der UAW nach Alter (75 Jahre)



[SPRINT Research Group, NEJM 2015]

Ausschlusskriterien:

- Diabetes mellitus
- Schlaganfall in der Vorgeschichte
- Orthostase-Reaktion (RR ≤ 110 mmHg im Test)



[SPRINT Research Group, NEJM 2015]

Ausschlusskriterien:

- bekannte kognitive Einschränkung / Demenz
- ungewollter Gewichtsverlust > 10% KG in 6 Monaten
- Lebenserwartung < 3 Jahre
 - → Kann SPRINT geriatrisch extrapoliert werden ?

[Supiano, JAGS 2016]

Fazit



- Das geriatrische Konzept aus funktioneller Sicht (geriatrisches Assessment) und funktionsorientierter Therapie (Team-Intervention) ist evidenzbasiert.
- 2. Das Paradigma "Funktionalität" scheint zur *Extra-* polation geeignet.
- 3. Trotzdem braucht es (natürlich!) weitere Evidenz, um die Extrapolation zu prüfen!



Kontaktdaten:

Priv.-Doz. Dr. Ulrich Thiem

Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Germaniastr. 1-3, 45356 Essen

Tel.: 0201 - 897 6222 / 6223

Email: u.thiem@contilia.de