

Best Ager plus – Veränderte Ansprüche der Patienten

Durch moderne Implantate, bessere Nachbehandlung und zielgerichtete Empfehlungen zur Prophylaxe kann die Unfallchirurgie inzwischen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, den wachsenden Ansprüchen an Mobilität und Schmerzfreiheit von Best Agern plus immer besser gerecht zu werden.

Dr. Andreas Gather und Prof. Dr. Paul Alfred Grützner, BG Klinik Ludwigshafen

Laut statistischem Bundesamt ist die Zahl der Menschen im Alter ab 67 Jahre zwischen 1990 und 2018 um 54% gestiegen und wird von nun 15,9 Mio. bis 2039 auf mindestens 21 Mio. ansteigen. Auch die Erwerbssituation der 60- bis 64-Jährigen hat sich massiv verändert. Der Anteil Erwerbstätiger ist von 35% (2008) auf 60% (2018) gestiegen. Aber auch jenseits des Renteneintrittsalters hat sich der Anteil der Erwerbstätigen in kurzer Zeit mehr als verdoppelt. „Best Ager plus“ bezieht sich auf eine Altersgruppe, die über 60 Jahre alt und meist im Ruhestand ist, teilweise aber nach dem Übergang in die Altersrente noch einer Erwerbstätigkeit nachgeht und zudem physiologisch und psychisch fit und unternehmungslustig ist. Auch wenn das biologische Alter oft niedriger wirkt, so zeigt sich häufig eine nachlassende Knochenqualität/Osteopenie, im fortgeschrittenen Stadium dann Osteoporose. Gemeinsam mit anderen Faktoren wie einer verringerten Reaktionszeit und einer Veränderung der Muskelstruktur führt dies zu einer höheren Verletzungsgefahr, auch bei Bagatellunfällen. Andererseits führt das weiterhin aktive Leben, beispielsweise das Fahren mit dem E-Bike, die (wieder) entdeckte Leidenschaft zum Motorradfahren oder die allgemein sportliche Aktivität, zu einer erhöhten Unfallgefahr. Studien zeigen, dass die Knochenqualität insbesondere bei Frauen durch die hormonellen Einflüsse bereits vor dem 60. Lebensjahr die kritische Frakturschwelle überschritten hat. Dadurch sehen wir eine steigende Zahl an Knochenbrüchen am Handgelenk, der Hüfte, der Wirbelsäule oder im Bereich einliegender Prothesen.

Geriatrischer Patient

In Deutschland nimmt die Anzahl Alterstraumatologischer Zentren zu. Diese in den verschiedenen Versorgungsstufen spezialisierten Einrichtungen verbessern



Dr. Andreas Gather



Prof. Dr. Paul Alfred Grützner

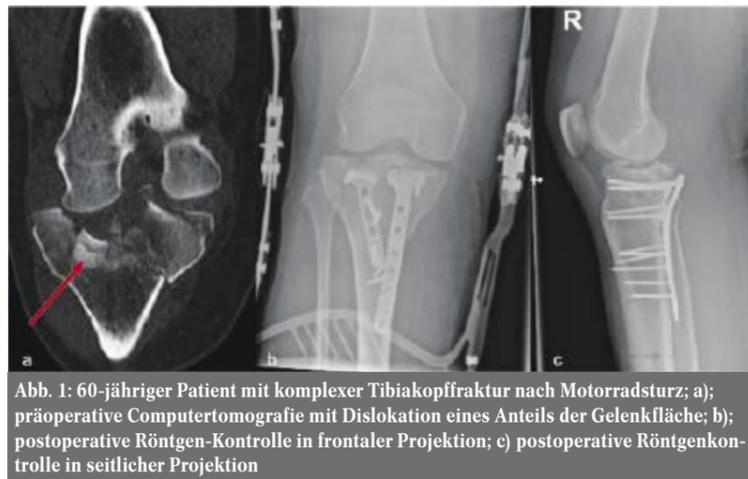


Abb. 1: 60-jähriger Patient mit komplexer Tibiakopffraktur nach Motorradsturz; a); präoperative Computertomografie mit Dislokation eines Anteils der Gelenkfläche; b); postoperative Röntgen-Kontrolle in frontaler Projektion; c) postoperative Röntgenkontrolle in seitlicher Projektion

nachweislich das mittel- und langfristige Therapieergebnis geriatrischer Patienten nach einem Knochenbruch. Durch die Zusammenarbeit von Geriatern, Unfallchirurgen und einem großen nicht-ärztlichen Team wie Physio- und Ergotherapeuten oder speziell geschulten Pflegekräften kann unmittelbar auf die spezifischen Belange dieser Patientengruppe eingegangen werden. Best Ager jedoch profitieren in den allermeisten Fällen nicht von diesen spezialisierten Einrichtungen, da sie die Einschlusskriterien in Bezug auf das Alter oder die Multimorbidität nicht erfüllen.

Das Patientenkollektiv der Best Ager (plus) hat berechtigterweise einen hohen Anspruch an die körperliche Funktion nach stattgehabter operativer oder konservativer Behandlung. Das Ausgangsaktivitätslevel in gehobenem Alter ist höher, die Reisefreudigkeit größer, sodass die soziale Integration nach erlittenem Unfall ganz maßgeblich davon abhängt, ob zur nahezu ungehinderten körperlichen Aktivität zurückgefunden werden kann, wofür die Nachbehandlung eine ganz entscheidende Rolle spielt. Eine lückenlose hochfrequente physiotherapeutische Beübung ist im Vergleich zur operativen Versorgung mindestens ebenso relevant.

Lücke im Versorgungssystem

In der Praxis aber auffallend ist immer wieder eine Lücke im Versorgungssystem bei Patienten, bei denen eine Vollbelastung

unmittelbar postoperativ noch nicht möglich ist. Auch diese Verletzungen profitieren von einer unmittelbaren intensiven Physio- und Ergotherapie im Rahmen einer stationären Rehabilitation. Aufgrund der strengen Vorgaben der Renten- und Krankenversicherungen sind diese Patienten zunächst aber nicht Reha-fähig und müssen in eine Einrichtung zur Kurzzeitpflege oder werden zu Hause gepflegt. Dies führt zu einer erheblichen Unterversorgung in der Therapie der operierten Extremität und des gesamten Organismus, insbesondere geht das Erreichte in Bezug auf Muskelaufbau und Beweglichkeit verloren. Diese als Reha-Lücke bezeichnete Situation ist bei gesetzlich unfallversicherten Patienten nicht vorhanden und führt so letztlich zu einem besseren Gesamtergebnis.

Prophylaktische Maßnahmen

Die prophylaktischen Maßnahmen für Frauen und Männer im „besten Alter“ sind begrenzt, aber dennoch wirksam, wenn sie richtig und rechtzeitig eingeleitet werden. An erster Stelle steht die nicht-medikamentöse Prophylaxe mit Bewegung, Krafttraining und insgesamt sportlicher Aktivität. Hier hat sich eine deutliche Verbesserung oder zumindest die verlangsamte Verschlechterung der Knochenqualität gezeigt. Als medikamentöse Prophylaxe ist die Zufuhr von Vitamin D am weitesten verbreitet. Durch die Abnahme der Fähigkeit der Haut, Vitamin D zu

bilden, ist die Unterversorgung mit diesem Vitamin, welches für die Knochenfestigkeit essenziell ist, im Alter noch höher als bei der übrigen Bevölkerung, bei der die Blutkonzentration an Vitamin D nur 60% ausgelastet ist. Insbesondere aber die Sekundärprophylaxe nach einer Fraktur ist entscheidend, um nicht in eine Spirale aus Stürzen und Frakturen zu geraten. Bild 3 zeigt die Frakturschwelle bei Männern und Frauen in Abhängigkeit des Alters und der Knochenmasse und zeigt, wie früh die Prophylaxe eingeleitet werden sollte. Hier hat die Nachsorge und langfristige Betreuung durch den niedergelassenen Facharzt und Hausarzt eine entscheidende Bedeutung.

Neue Versorgungsmöglichkeit

Die unfallchirurgische Versorgung von verletzten oder schwer verletzten Patienten hat in den vergangenen 20 Jahren eine enorme Entwicklung durchlebt. Die Algorithmen der initialen Versorgung haben sich weiterentwickelt, was zu einer geringeren Rate an übersehenen Verletzungen führt. Ebenso führen neue Implantate zu einer verbesserten operativen Versorgung, insbesondere am osteoporotischen Knochen. Dies hat eine frühere Freigabe zur Beübung zur Folge und damit eine wesentlich früher wiedererlangte Lebensqualität. Dies wird den veränderten, das heißt hohen Ansprüchen an die Mobilität und die Schmerzfreiheit der Best Ager gerecht. Bild 1 und 2 zeigen komplexe Knochenbrüche am oberen Unterschenkel mit Beteiligung des Kniegelenkes. Die Versorgung erfolgte im Fall 1 über einen Zugang von der Kniekehle aus, im Fall 2 über mehrere Zugänge innen, außen und von hinten am Kniegelenk. Durch die modernen Platten und die Wiederherstellung der Gelenkfläche am Knie sind die Voraussetzungen für eine schmerzarme oder -freie Vollbelastung im Verlauf geschaffen. Ein zweiter wichtiger Aspekt sind verbesserte Nachbehandlungsregime. Durch die Möglichkeit der früheren Belastbarkeit oder zumindest der früheren Beübbarkeit einer Extremität ist die Ausgangssituation, wenn die Belastung freigegeben wird, besser. Somit verkürzt sich die Phase der beruflichen und sozialen Integration.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Anspruchshaltung von Best Agern plus hoch ist, dies aber teilweise im Kontrast zur körperlichen Fitness und Knochenqualität steht. Trotz dieser Tatsache kann die Unfallchirurgie durch moderne Implantate, bessere Nachbehandlungsregime und zielgerichtete Empfehlungen zur medikamentösen oder nicht-medikamentösen Prophylaxe dazu beitragen, den hohen Ansprüchen doch zumindest in großen Teilen gerecht zu werden. Best Ager plus profitieren in den allermeisten Fällen nicht von neuen Zentrumsstrukturen wie dem Alterstraumatologischen Zentrum, da sie keine Geriatrie-typischen Symptome aufweisen. Die konservative oder operative



Abb. 2: 67-jährige Patientin mit komplexer proximaler Unterschenkelfraktur nach Sturz mit dem E-Bike; a) präoperative Aufnahme

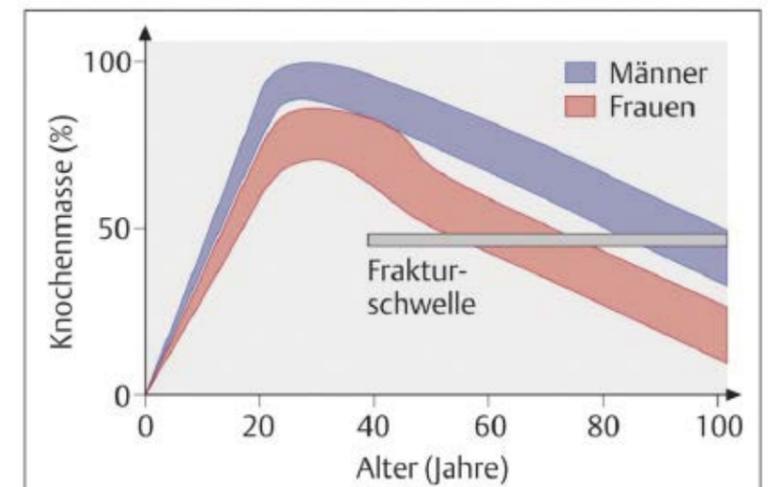


Abb. 3: Frakturschwelle bei Männern und Frauen in Abhängigkeit des Alters und der Knochenmasse [Hausmann WE. Osteoporose, die Geißel der Frau? [Diplomarbeit]. Graz: Medizinische Universität Graz; 2017]

Herangehensweise muss dabei trotzdem immer auf den Patienten zentriert sein und darf die Anspruchshaltung nicht außer Acht lassen. Das Alter oder die Knochenqualität allein entscheiden sicher nicht die Wahl nach dem Therapieregime. Dies geschieht in enger Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

Die epidemiologischen Veränderungen zeigen, dass die Patientengruppe in einem Alter zwischen 50 und 70 Jahren in den kommenden Jahren ansteigen wird. Dies sollte ein noch stärkeres Engagement in der Forschung mit sich bringen, um auch die ökonomischen Folgen abzumildern. Aktuell werden allein die Behandlungskosten der proximalen Femurfraktur in Deutschland auf ca. 2,5 Mrd. € geschätzt.

Können wir die veränderten Ansprüche der Patienten in jedem Alter erfüllen? Diese Frage ist nicht eindeutig mit Ja oder Nein zu beantworten. Zunächst

kann festgestellt werden, dass sich die Ansprüche tatsächlich verändert haben und Strategien entwickelt wurden, um diesen gerecht zu werden. Ausschlaggebend sind letztlich aber die gute Gesamtkonstitution des Patienten vor dem Unfall, die Möglichkeit der guten Rekonstruktion der Verletzung und die optimale Nachbehandlung. Dies ist nur durch die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit im Traumazentrum mit alterstraumatologischer Kompetenz und die langfristige Betreuung durch den niedergelassenen Arzt zu gewährleisten. Wenn diese Faktoren erfüllt sind, kann man auch die Ansprüche des Patienten erfüllen.