

Die Auswirkungen der „Alterspyramide“ auf Unfallchirurgische Kliniken

■ F. Hahn

Zusammenfassung

Der steigende Anteil von alten und sehr alten Menschen in unserem Land (wie in den meisten Industriestaaten) zeigt Wirkung in allen Bereichen des Sozialstaats: Krankenversicherung, Sozialhilfe, Rente, Pflegeversicherung. Besonders im Gesundheitswesen ist ein Zielkonflikt absehbar zwischen steigendem Therapiebedarf der alten Mitbürger und dem politischen Willen zur strikten Kostenbegrenzung. Von der Arbeitsgruppe „Alterstraumatologie“ der Deutschen Sektion der AOI wurde nach wegweisenden Vorstudien für die Jahre 1995 und 1996 eine differenzierte Erhebung

des stationären Krankengutes nach Altersklassen für die Jahre 1988, 1993 und 1998 durchgeführt. Daraus konnten repräsentative und valide Daten gewonnen werden, die eine gute Basis für politische Argumentation, Planen und Handeln in der Unfallchirurgie darstellen können. Die wichtigste Erkenntnis daraus ist, dass es nicht genügen wird, künftige Kapazitäten der unfallchirurgischen Kliniken den demographischen Daten nur analog anzupassen. Vielmehr müssen die unfallchirurgischen Kliniken Deutschlands aufgrund dieser Aufhebungen mit überproportionaler Zunahme der alten und hochbegabten Verletzten rechnen.

Demographischer und sozialer Hintergrund

Die demographische Zunahme der alten und sehr alten Menschen in den vergangenen 2 Dekaden (durch Steigerung der Lebenserwartung) ist ein weltweites Phänomen hauptsächlich in den Industriestaaten, aber auch sogar in den geburtsstarken Entwicklungsländern [1]. Diese gesellschaftliche Situation vom Ausmaß eines Naturereignisses ist erstmalig in der Menschheitsgeschichte und ohne historisches Vorbild [2, 3].

Die betroffenen alten und sehr alten Mitbürger, ihre Familien (soweit noch vorhanden) und das gesamte Gemeinwesen scheinen schlecht darauf vorbereitet zu sein.

Die Gesundheitspolitik, die Krankenkassen und die Rentenanstalten finden offenbar kein bündiges Konzept für die

nahe und die ferne Zukunft. Traditionelle Werte des Alters (Erfahrung, Weisheit, Würde) drohen von der Bürde der Krankheiten und Behinderungen, von Versorgungsproblemen und drohenden Generationenkonflikten in den Hintergrund gedrängt zu werden (Abb.1).

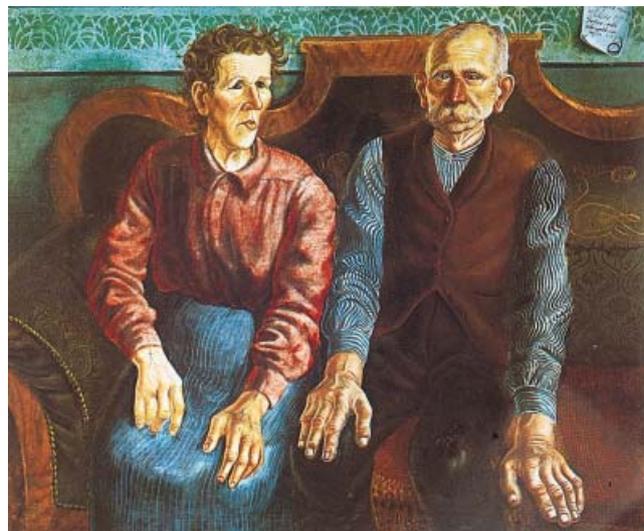


Abb.1 Otto Dix: Die Eltern des Künstlers (1924) [6].

Alterstraumatologie

Die Unfallchirurgie als integraler Bestandteil unserer Gesellschaft ist in mehrfacher Hinsicht von der Alterspyramide betroffen. Der Anteil und die Zunahme von alten und hochbetagten Patienten am unfallchirurgischen Krankengut wird im Folgenden dargestellt. Der sich einbürgernde Begriff „Alterstraumatologie“ (wohl aus der angelsächsischen Literatur) bezeichnet die unfallchirurgische Konzentration auf die quantitative und qualitative Aufgabenstellung ohne Anspruch auf ein separates Fachgebiet. An qualitativen Begleitphänomenen sind Multimorbidität, der Mangel an Familie und die hohen Kosten (lange Verweildauer, Anschlusspflege, Hilfsmittel) hervorzuheben (die den Sparzwängen der Gesundheitspolitik zuwider laufen). Die wissenschaftlichen Beiträge zur Alterstraumatologie waren bisher im Vergleich z.B. zur Kindertraumatologie in den gängigen unfallchirurgischen Lehrbüchern sowie in den Fach-Zeitschriften gering repräsentiert (0,5–4%). Eine deutschsprachige Buch-Monografie über Alterstraumatologie gibt es noch nicht [4].

Epidemiologie

a) Pilotstudien

Die Arbeitsgruppe „Alterstraumatologie“ der Deutschen Sektion der AO-International hat für die Jahre 1995 und 1996 Umfragen zur Epidemiologie der Alters-traumatologie an deutschen Kliniken durchgeführt [3]. Dabei zeigte sich eindeutig, dass die 65–74-jährigen sowie die über 75-jährigen Patienten in den unfallchirurgischen Kliniken überproportional zu ihren demografischen Durchschnittswerten vertreten sind. An einer Klinik waren im Jahre 1996 sogar 47% der Patienten über 65 Jahre (Anteil an der Gesamtbevölkerung in den Bundesländern 20–25% in gleichem Zeitraum). In Mittelstädten waren der Anteil der über 75-Jährigen mit 15% deutlich höher als in Großstädten (12%). 90% der Fallpauschalenpatienten mit hüftnahen Frakturen waren über 65 Jahre alt.

Deutliche Unterschiede in der Zusammensetzung des Krankengutes und der Altersstruktur ergaben sich zwischen Unikliniken und Stadtkliniken gleicher Versorgungsstufen: distale Radiusfrakturen und einfache Beckenringfrakturen kommen in der Uniklinik kaum stationär vor, in der Stadtklinik aber haben sie stationär einen Anteil von 7% bzw. 5% mit Alterspräferenz über 65 von 67% bzw. 85%. Das Problem der Alleinstehenden (über 50% Einpersonenhaushalte in Großstädten!) scheint sich mit dem Alterwerden zu potenzieren!

b) Umfrage „88-93-98“

Auf der Basis der oben genannten Erhebungen wurde von der AO-Arbeitsgruppe eine repräsentative Umfrage an unfallchirurgischen Kliniken in allen 16 Bundesländern durchgeführt.

Material und Methode

Der an die unfallchirurgischen Kliniken versandte Fragebogen enthielt eine Differenzierung in 10-Jahres-Altersgruppen, die sich im Gegensatz zu den zuvor verwendeten „kassenmäßigen“ Entlassstatistiken (über 65 Jahre, über 75 Jahre) leichter mit den demographischen Daten der statistischen Landes- und Bundesämter vergleichen ließen. Die Validität der alterstraumatologischen Tracerdiagnosen: hüftnahe Frakturen, Humerusfrakturen und distalen Radiusfrakturen, fand Verwendung. Da die Datenlage in dem

Tab. 1 Unfallchirurgische Statistik

	Frequency	Prozent
Versorgungsstufe		
maximal	9	37,5
zentral/Schwerpunkt	10	41,7
Regel	5	20,8
Frequency Missing = 1		

Tab. 2 Krankenhausgrößen

	n	Maximum	Q3 (75%)	Median	Q1 (25%)	Minimum
Einwohner (in TSD)	24	3800	490	166	71	18
Bettenzahl KH	24	1400	859	544	337	165
UCHI Bettenzahl	25	202	84	60	52	33

Tab. 3 Operierte Patienten pro Jahr und Altersklasse

Altersklasse	Jahr	n	Maximum	Q3 (75%)	Median	Q1 (25%)	Minimum
61–70 Jahre	88	21	215	131	85	50	20
	93	24	300	161	115	74	38
	98	24	431	265	186	133	69
71–80 Jahre	88	21	200	108	93	45	8
	93	24	353	149	104	51	20
	98	24	467	230	164	113	54
81–90 Jahre	88	21	149	73	48	37	7
	93	24	227	121	64	46	12
	98	24	290	155	114	72	31
91–100 Jahre	88	21	25	11	9	4	0
	93	24	41	24	11	4	2
	98	24	67	30	19	15	3
> 100 Jahre	88	21	2	0	0	0	0
	93	24	2	0	0	0	0
	98	24	3	0	0	0	0

Tab. 4 Gesamtfallzahlen

	Jahr	n	Maximum	Q3 (75%)	Median	Q1 (25%)	Minimum
Fallzahl UCHI	88	17	6426	2083	1393	1105	600
	93	21	7483	2527	1887	1342	817
	98	22	8126	2972	2023	1540	961
Operationen gesamt	88	22	2157	1733	1113	861	150
	93	24	2857	1780	1404	937	462
	98	25	3304	2209	1653	1293	714

Zeitraum von 1988 bis 1998 in den deutschen Krankenhäusern in Ost und West sehr unterschiedlich war (politische und EDV-Änderungen!), wurden als einzige durchgängige und verlässliche Datenquelle die Operationsbücher erachtet, die allerdings per Hand sehr zeitaufwendig ausgewertet werden mussten. Für diesen fleißigen, gewissenhaften und hohen Arbeitseinsatz ist allen an der Studie beteiligten Kliniken besonders zu danken.

Von 50 angeschriebenen Kliniken schickten 25 Kliniken aus allen 16 Bundesländern zeitgerecht einen auswertbaren Fragebogen zurück.

Alle Versorgungsstufen und Krankenhausgrößen waren repräsentativ vertreten (Tab. 1 u. 2). Bei $\frac{2}{3}$ der antwortenden unfallchirurgischen Kliniken bestand eine Kooperation mit einer geriatrischen Rehabilitationsklinik.

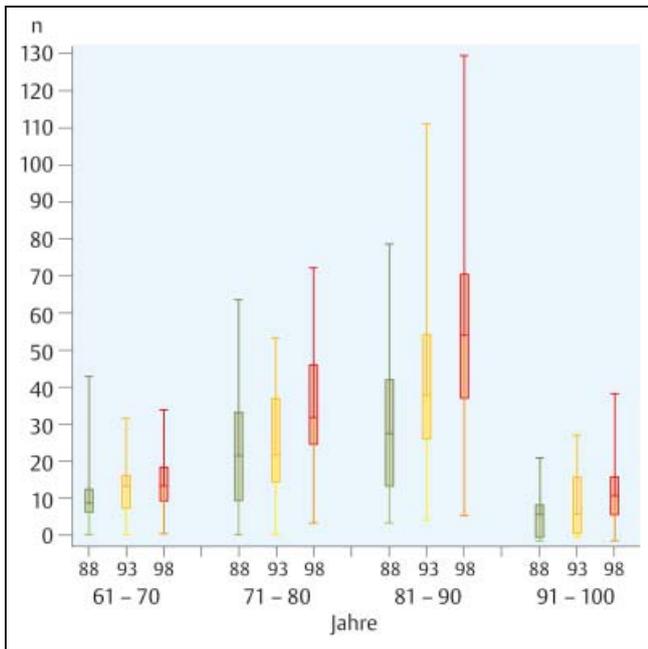


Abb. 2a Hüftnahe Frakturen pro Jahr und Altersklasse/pro Klinik.

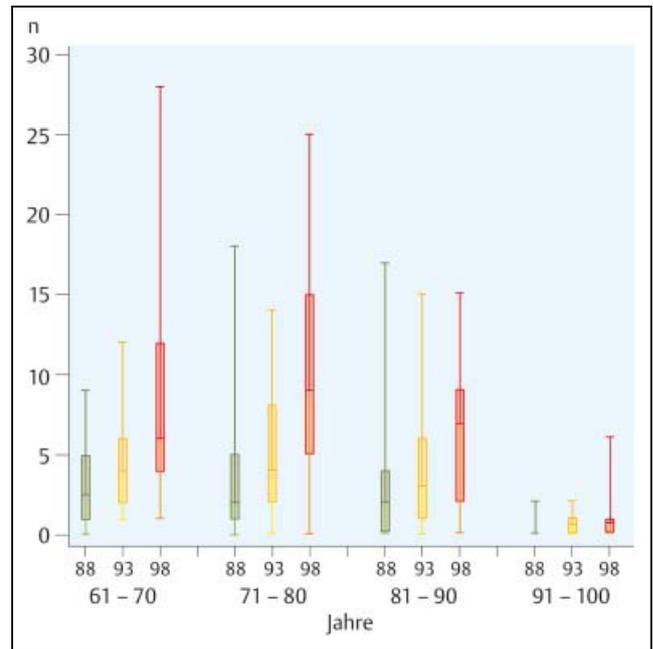


Abb. 2b Humerusfrakturen pro Jahr und Altersklasse.

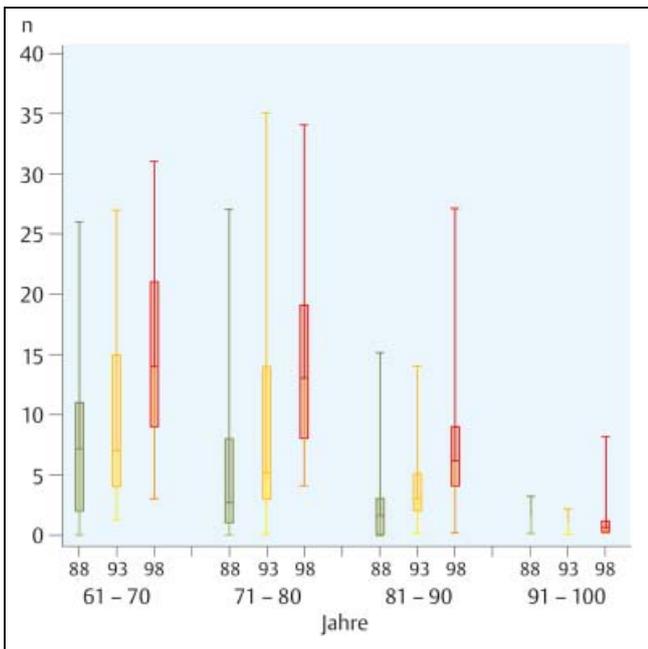


Abb. 2c Distale Radiusfrakturen pro Jahr und Altersklasse.

Steigerung aller Altersgruppen über 60 Jahre durchgängig und enorm innerhalb von 10 Jahren zwischen 10% und 43%.

Die Abb. 2a – c geben das gleiche Phänomen für die ausgewählten Tracerdiagnosen (hüftnahe Frakturen, Humerusfrakturen und Radiusfrakturen) der stationären unfallchirurgischen Patienten wieder: Sowohl im Durchschnitt als auch in den Maxima zeigen die Patienten über 60 Jahre mit den genannten Frakturen kontinuierliche Steigerung mit kleineren Verschiebungen zwischen den Altersgruppen.

Die Abb. 3a u. b zeigen, dass die Zunahme des unfallchirurgischen stationären Krankengutes 1993 und 1998 prozentual wesentlich stärker ausfiel als die demographischen Daten der Bevölkerung dargestellt am Beispiel der demographischen Entwicklung in Baden-Württemberg.

Ergebnisse

Die Auswertung des umfangreichen Zahlenmaterials (107 814 stationäre Patienten, davon 99 135 Operationen) erfolgte am Institut für klinische Dokumentation der Universität Ulm.

In Tab. 3 sind wiedergegeben die stationären unfallchirurgischen Patienten der Altersgruppen über 60 Jahre aus den Jahren 1988, 1993 und 1998. Sowohl im Durchschnitt als auch in den Minima

und Maxima sind in allen Altersklassen die Steigerungen durchgängig und erheblich. In Prozenten ausgedrückt sind 5-Jahres-Steigerungen zwischen 10 und 46% sowie die 10-Jahres-Steigerungen zwischen 25 und 190%.

Da in allen beteiligten Kliniken auch eine Steigerung der Gesamtfallzahl zu verzeichnen war (Tab. 4), ist es ratsam die Zunahme des alterstraumatologischen Krankengutes, um diese Gesamtfallzahl zu bereinigen. Aber auch dann ist die

Zusammenfassung und Ausblicke

Die Zunahme der über 60-jährigen Patienten in deutschen Kliniken ist in allen Altersgruppen erheblich überproportional zur an sich schon besorgniserregenden demographischen Entwicklung.

Hochgerechnet auf die kommenden 2 Jahrzehnte sind für metaphysäre Frakturen in den unfallchirurgischen Kliniken jährliche Zuwachsraten von 5% und mehr zu befürchten. Diese Zuwachsraten werden fast ausschließlich aus alten und hochbetagten Patienten bestehen. Diese

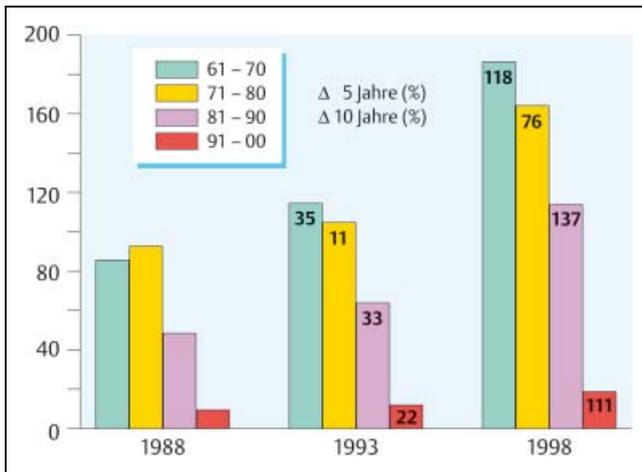


Abb. 3a Durchschnittliche Fallzahl UCHI (25 Kliniken) in Altersklassen.

Prophylaktische Weichenstellungen in der Sturzminderung oder Vermeidung sind von unfallchirurgischer Seite anzuregen und mitzugestalten.

Die Unfallchirurgie in Deutschland muss mit dem gesamten Gewicht ihrer Erfolge und Erfahrungen für die angemessene Versorgung der Verletzten jeden Alters kämpfen. Die Finanzierung dieser wichtigen Zukunftsaufgabe wird ein Prüfstein für die Wertachtung der Ethik in unserer Gesellschaft sein.

(Mitglieder der AO Arbeitsgruppe „Alterstraumatologie“: Hahn, Häring; Hoellen; Meeder, Östern; Prokop, Rahmanzadeh, Strube, Sturm, Suren, Veihelmann).

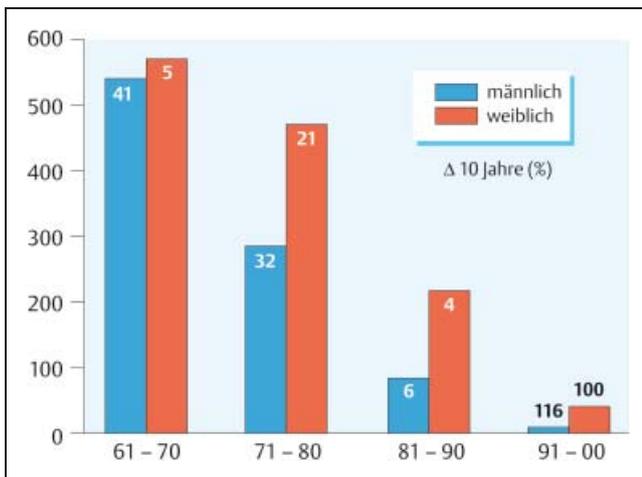


Abb. 3b Bevölkerung 1998 in Baden-Württemberg.

Unfallchirurgische Kliniken der Umfrage 1988/93/98: Aalen, Backnang, Berlin (2), Bremen, Dessau, Detmold, Dresden, Flensburg, Fritzlär, Fürth, Hamburg, Heilbronn, Kiel, Köln, Leipzig, Ludwigshafen, Magdeburg, München, Münster, Neubrandenburg, Neumarkt, Osnabrück, Rostock, Stralsund, Traunstein.

Literatur

- 1 Leisinger KM. Zeitbombe Mensch“ Süddeutsche Zeitung vom 25./26. Sept, 1999
- 2 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg „Jahrbuch für Statistik und Landeskunde“ 1997/98
- 3 Bundesamt für Statistik (Wiesbaden) „Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik“ 1997/1998
- 4 Kenneth JK, Zuckerman JD. (Ed) Fractures in the Elderly, Lippincott 1998
- 5 Hahn F. „Epidemiologie der Alterstraumatologie“ DAO – Aktuell 1999
- 6 Lexikon der Kunst, Karl Müller Verlag, Erlangen 1994

Patienten benötigen längere Verweildauer und intensiven Pflegeaufwand. Die Risikohäufung dieses Krankengutes lässt schwerwiegende Heilungskomplikationen auf internistischem, neurologischem, abdominalchirurgischem und urologischem Fachgebiet erwarten. Die Kostendeckung dieses Therapieaufwandes durch die Fallpauschalen war bisher nicht gewährleistet (Unterdeckung der Traumaendoprothetik versus Arthroendoprothetik!). Ob dies künftig mit Risi-

koausgleichen bei den „DRG's“ gelingen wird, ist noch nicht gesichert.

Von unfallchirurgischer Seite muss deshalb gezielte Information für Politik und Öffentlichkeit betrieben werden.

Die unfallchirurgischen Kliniken können selbst durch Kooperation mit geriatrischen Rehakliniken und den ambulanten Diensten zur Risikominderung und Kostendämpfung beitragen.

Prof. Dr. med. F. Hahn
Chefarzt

Chirurgische Klinik II
Hand- und Wiederherstellungs-
chirurgie am Ostalb-Klinikum
Im Kälbesrain 1
73430 Aalen