



Pressekonferenz
Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und der
PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

Inhalt

- DGU- und DGG-Presseeinladung vom 11.09.2018
- DGU- und DGG-Pressemitteilung vom 26.09.2018
- Factsheet: Begriffe, Zahlen und Fakten
- Hintergrundinformationen PROFinD-Studie
- Redemanuskripte von Professor Dr. Jürgen M. Bauer, Professor Dr. Clemens Becker, Professor Dr. Ulrich Liener, Professor Dr. Joachim Windolf, Professor Dr. Ursula Lehr
- Lebensläufe der Referenten
- Übersichtskarte AltersTraumaZentrum DGU®
- DGU- und DGG-Pressemitteilung Sturzprävention vom 18.09.2018

Weitere Information:

- Das Weißbuch Alterstraumatologie und die vollständigen Presseunterlagen stehen unter www.dgu-online.de zum Download zur Verfügung.

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda und Swetlana Meier
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: 030/340 60 36 -06 oder -16
E-Mail: presse@dgou.de

Torben Brinkema
i. A. der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
Pressesprecher
medXmedia Consulting KG
Nymphenburger Str. 19
80335 München
Tel.: 089/230 69 60 21
E-Mail: presse@dggeriatrie.de



Berlin, 11.09.2018

Einladung zur Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und der PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie

Überlebensrate älterer Patienten nach Hüftbruch ist deutlich höher bei Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmediziner

Frakturen älterer Menschen über 65 Jahre (Alterstraumatologie) spielen eine immer wichtigere Rolle in der Notfallversorgung und damit in der Unfallchirurgie. Die Hüftfraktur, auch Oberschenkelhalsbruch genannt, ist die mit Abstand am häufigsten im Krankenhaus behandelte Fraktur. Die Sterblichkeit nach diesem Knochenbruch ist erheblich, viele Patienten verlieren ihre Selbstständigkeit und müssen in eine Pflegeeinrichtung einziehen. Um dieser medizinischen, sozialen und ökonomischen Herausforderung zu begegnen und die Versorgung zu verbessern, entstehen zunehmend Kooperationen, bei denen Unfallchirurgen und Geriater vertrauensvoll zusammenarbeiten und eine strukturierte und vor allem interdisziplinäre Therapie anbieten.

Dass sich die Sterblichkeit mit dieser Form der Zusammenarbeit deutlich senken lässt, belegen nun aktuelle Ergebnisse der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie „Prävention, Therapie und Rehabilitation osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen“ (PROFinD), die auf der Pressekonferenz präsentiert werden. Zudem wird das gerade erschienene Weißbuch Alterstraumatologie erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt: Es enthält die nationalen Empfehlungen von Unfallchirurgen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Geriatern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) für die Therapie von Verletzungen im Alter.

DGU und DGG fordern, diese Erkenntnisse in ganz Deutschland zügig und flächendeckend umzusetzen. Die DGU unterstützt das mit ihrem Zertifizierungsverfahren AltersTraumaZentrum DGU®, das ebenfalls vorgestellt wird.

Die ehemalige Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Frau Professor Ursula Lehr, und Stellvertretende Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) geht auf die medizinische Versorgung im hohen Alter aus Sicht von Senioren ein.

Die Pressekonferenz findet statt am:

Mittwoch, 26. September 2018, 11 – 12 Uhr

Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1-2

Schiffbauerdamm 40

10117 Berlin

Es sprechen zu folgenden Themen:

Begrüßung

und

1. Zahlen und Fakten: Gesellschaftliche und ökonomische Relevanz der Alterstraumatologie

Professor Dr. Joachim Windolf, DGU-Präsident und Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie der Universitätsklinik Düsseldorf

und



Professor Dr. Jürgen M. Bauer, Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und Ärztlicher Direktor des Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg

2. Geriater und Unfallchirurgen senken die Sterblichkeit bei Hüftbrüchen durch ihre enge Zusammenarbeit: Vorstellung der Ergebnisse der Studie „Prävention, Therapie und Rehabilitation osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen (PROFinD)“

Professor Dr. Clemens Becker, Chefarzt der Abteilung für Geriatrie, Alterstraumatologisches Zentrum und Klinik für Geriatriische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart.

3. Rasch operieren, schnell mobilisieren, gefährliche Medikamentenkombination und das Delir vermeiden sowie die Therapiequalität messbar machen: Vorstellung des Weißbuchs

Alterstraumatologie, Initiative AltersTraumaZentrum DGU® und AltersTraumaRegister DGU®

Professor Dr. Ulrich Liener, Leiter der DGU-Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie und Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Marienhospital Stuttgart

4. Gesund altern und die Selbstständigkeit erhalten: Alterstraumatologie in die Regelversorgung integrieren

Frau Prof. Ursula Lehr, Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit a.D., stellvertretende Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), ehemalige Direktorin des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg

Presse-Akkreditierung für die Pressekonferenz:

Susanne Herda und Swetlana Meier
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: 030/340 60 36 -06 oder -16
E-Mail: presse@dgou.de

Torben Brinkema
i. A. der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
Pressesprecher
medXmedia Consulting KG
Nymphenburger Str. 19
80335 München
Tel.: 089/230 69 60 21
E-Mail: presse@dggeriatrie.de

Die Presseunterlagen stehen nach der Pressekonferenz zum Download bereit unter:
www.dgu-online.de

Sollten Sie die Pressemitteilungen der Fachgesellschaften (DGOU, DGU, DGOOC) künftig nicht mehr erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender E-Mail-Adresse ab: presse@dgou.de



Pressemitteilung von DGU und DGG zur Pressekonferenz am 26. September 2018

Vorstellung Weißbuch Alterstraumatologie

Unfallchirurgen und Altersmediziner fordern Unterstützung bei der Therapie älterer Sturzpatienten

Berlin, 26.09.2018: Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) haben heute auf einer Pressekonferenz in Berlin das Weißbuch Alterstraumatologie vorgestellt. Es führt die wichtigsten Schritte einer guten Versorgung von älteren Patienten mit Knochenbrüchen auf. Kern der Behandlungsempfehlungen ist die Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmedizinern in einem multiprofessionellen Team. Damit lässt sich laut einem aktuellen Studienergebnis die Sterblichkeit älterer Patienten nach einem Oberschenkelhalsbruch um mehr als 20 Prozent senken. Daher fordern beide Fachgesellschaften unter anderem die Übernahme ihrer Empfehlungen in die Regelversorgung. „Aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen rasanten Zunahme von Altersbrüchen müssen auch die Strukturen in der Alterstraumatologie mitwachsen“, betont DGU-Präsident Professor Dr. Joachim Windolf, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie der Universitätsklinik Düsseldorf.

Die Hüftfraktur, auch Oberschenkelhalsbruch genannt, ist die mit Abstand am häufigsten im Krankenhaus behandelte Fraktur. Das Durchschnittsalter dieser Patienten liegt bei über 82 Jahren. Der Unfall kann tödlich enden: 10 Prozent der Patienten sterben innerhalb der ersten 30 Tage nach ihrem Sturz. Bis zu 20 Prozent verlieren ihre Selbstständigkeit und müssen im Folgejahr in eine Pflegeeinrichtung einziehen. „Diese dramatische Mortalitätsrate müssen wir senken“, sagt DGG-Past-President Professor Dr. Jürgen M. Bauer, Ärztlicher Direktor am Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg.

Das Ergebnis der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie „Prävention, Therapie und Rehabilitation osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen“ (PROFinD) zeigt das enorme Verbesserungspotential für Deutschland: Arbeiten Unfallchirurgen, Altersmediziner (Geriatrer), Physiotherapeuten sowie Sozial- und Pflegedienst in einem Team zusammen, sinkt die Sterblichkeit um mehr als 20 Prozent. „Diese multiprofessionelle Zusammenarbeit verbessert die Überlebensrate unsere Patienten drastisch“, sagt Professor Dr. Clemens Becker, Chefarzt der Abteilung für Geriatrie und Klinik für Geriatrie Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart.

Aufgrund international vorliegender Erfahrungen haben die DGU und die DGG mit ihren Zertifizierungsinitiativen AltersTraumaZentrum DGU® (ATZ-DGU) und Alterstraumatologisches Zentrum DGG (atz-DGG) bereits seit 2014 damit begonnen, die im Weißbuch Alterstraumatologie enthaltenen Empfehlungen umzusetzen. Aktuell sind bereits über 100 Kliniken als Alterstraumazentrum zertifiziert. In diesen Kliniken werden unter anderem folgende Anforderungen erfüllt:

- Versorgung des Knochenbruchs innerhalb von 24 Stunden
- Behandlung durch ein multiprofessionelles Team
- Behandlung nach genau festgelegten Therapiestandards
- Behandlung der Begleiterkrankungen
- Anwendung einer spezifischen auf das Alter der Patienten angepassten Schmerztherapie



- Anwendung spezieller schonender OP-Techniken, die eine unmittelbare Vollbelastung nach der Operation erlauben
- Durchführung einer frühzeitigen Mobilisation, um einem weiteren Abbau des Allgemeinzustandes der Patienten entgegen zu wirken
- Durchführung einer intensiven Rehabilitation unmittelbar nach der Operation

So soll verhindert werden, dass bei alten Menschen die OP-Strapazen zu einer Verschlechterung des ohnehin schon oftmals sehr eingeschränkten Allgemeinzustandes führen und die Gefahr der dauerhaften Pflegebedürftigkeit droht. „Nur durch eine strukturierte Versorgung können Patienten rasch operiert werden, gefährliche Medikamentenkombinationen vermieden und die Delirrate gesenkt werden. Unser Ziel ist, die Selbstständigkeit und damit die Selbstbestimmung unserer Patienten zu erhalten“, sagt Professor Dr. Ulrich Liener, Leiter der DGU-Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie und Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Marienhospital Stuttgart.

Die ATZ-DGU sind verpflichtet, ihre Daten in das AltersTraumaRegister DGU® (ATR-DGU) einzupflegen. Das an die internationale Forschung angepasste ATR-DGU soll zukünftig zeigen, an welchen Stellen die Behandlungsqualität für die hochbetagten Unfallpatienten noch weiter verbessert werden kann.

Aus den von Unfallchirurgen und Altersmedizinern gewonnenen Kenntnissen und den in die Zukunft gerichteten Vorleistungen ergeben sich vier Forderungen von DGU und DGG an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Leistungsträger:

- **Behandlung von Verletzungen im Alter durch ein multiprofessionelles Team zur Regelversorgung machen**
Die gemeinsame Versorgung von Patienten durch Unfallchirurgen und Altersmediziner (Geriatern) sowie das interprofessionelle Management verbessern nachweislich die Ergebnisse. Der entsprechende Mehraufwand durch diese ganzheitliche Versorgung, welcher sich direkt in der Verbesserung des Therapieerfolgs niederschlägt, muss entsprechend vergütet werden.
- **Qualitätssicherung und Forschung fördern durch nationales Fraktur-Register**
Relevante Altersverletzungen müssen in einem nationalen Register erfasst werden. So können Versorgungsprozesse ausgewertet und der Therapieerfolg dargestellt werden. Nur ein unabhängiges nationales Register erlaubt auf der Basis von wissenschaftlichen Daten die Weiterentwicklung der Behandlungsverfahren und den Vergleich von Behandlungsergebnissen.
- **Knochenbrüche vermeiden durch Sekundärprävention**
Die hohe Anzahl von Altersbrüchen muss durch eine konsequentere medikamentöse Osteoporose-Therapie gesenkt werden. Denn der überwiegende Teil der Patienten mit einem Hüftbruch hat bereits in den Jahren zuvor eine Fraktur erlitten, die durch Osteoporose bedingt ist. Dazu müssen Strukturen geschaffen werden, die die flächendeckende Sekundärprävention unmittelbar nach dem ersten Bruch sicherstellen.
- **Behandlungsergebnis verbessern durch geriatrische Frührehabilitation**
Die geriatrische Frührehabilitation verbessert nachweislich das Behandlungsergebnis. Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (Urteil B1 KR 19/17 R vom 19.12.2017) gefährdet die frührehabilitative Komplexbehandlung durch nicht praktikable und medizinisch unangemessenen Vorgaben. Um eine einschneidende Verschlechterung der medizinischen Versorgung und Erhöhung der Mortalität zu vermeiden, sind Korrekturen der Vorgaben



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE



notwendig.

Die Bereitstellung geriatrischer Versorgungsstrukturen in der Medizin fordert auch die Gerontologin Prof. Ursula Lehr, ehemalige Direktorin des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg und stellvertretende Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). Sie sagt: „Die interdisziplinäre Behandlung, wie sie in den alterstraumatologischen Zentren durchgeführt wird, muss zur Regelversorgung werden.“

Download von Pressemappe und Weißbuch Alterstraumatologie unter:

www.dgu-online.de

www.dggeriatrie.de

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda, Swetlana Meier

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) e.V.

Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin

Telefon: +49 (0)30 340 60 36 -06 oder -00

Telefax: +49 (0)30 340 60 36 01

E-Mail: presse@dgou.de

www.dgu-online.de

Torben Brinkema

i. A. der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Pressesprecher

medXmedia Consulting KG

Nymphenburger Str. 19

80335 München

Tel.: 089/230 69 60 21

E-Mail: presse@dggeriatrie.de

Sollten Sie die Pressemitteilungen der Fachgesellschaften (DGOU, DGU, DGOOC) künftig nicht mehr erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender E-Mail-Adresse ab: presse@dgou.de



Pressekonferenz
Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und der
PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

Begriffe, Zahlen und Fakten im Überblick

- Alterstraumatologie, so bezeichnen Unfallchirurgen und Altersmediziner (Geriatern) die Therapie von Verletzungen beim betagten Patienten.
- Die gemeinsame Behandlung durch Unfallchirurgen und Altersmediziner wird als Orthogeriatric bezeichnet.
- In Deutschland werden derzeit mehr als 400.000 alterstraumatologische Frakturen pro Jahr stationär behandelt¹.
- Die Hüftfraktur ist die am häufigsten im Krankenhaus behandelte Fraktur – das Durchschnittsalter dieser Patienten liegt bei über 82 Jahren¹.
- Das Frakturrisiko nimmt mit dem Alter zu. Aufgrund des demografischen Wandels rechnen DGU- und DGG-Experten mit einer Zunahme osteoporotischer Frakturen: bis 2030 bzw. 2050 Zunahme der Frakturen um 37 Prozent bzw. 78 Prozent (eigene Hochrechnung)¹.
- Frakturen haben schon jetzt eine hohe ökonomische Relevanz. DGU- und DGG-Experten rechnen in den nächsten Jahren mit einem starken Anstieg der Kosten, die durch Frakturen verursacht werden¹.
- Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Oberschenkelhalsbruch liegt in Deutschland bei 10 Prozent². Weitere 10 bis 20 Prozent verlieren ihre Selbstständigkeit und müssen im Folgejahr in eine Pflegeeinrichtung einziehen^{3,4}.
Mit höherem Alter steigt dieses Risiko deutlich und ist mit dem Risiko nach Schlaganfall vergleichbar. Nur 40 bis 60 Prozent der Patienten erreichen nach einer hüftgelenksnahen Oberschenkelfraktur ihr vorheriges Ausgangsniveau³.
- Das Ergebnis der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie „Prävention, Therapie und Rehabilitation osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen“ (PROFinD) belegt: Bei Patienten, die in einer Alterstraumatologie behandelt wurden, war die 30-Tage-Mortalität um 20 Prozent niedriger. (Publikation im Deutschen Ärzteblatt in Planung, voraussichtlich 4. Quartal 2018)
- Seit dem Start der Initiative im Jahr 2014 wurden 77 Kliniken als AltersTraumaZentrum DGU® in Deutschland und in der Schweiz zertifiziert⁵. (Stand: September 2018)



Quellen:

¹ Ulrich Christoph Liener, Clemens Becker, Kilian Rapp: *Weißbuch Alterstraumatologie*, 1. Auflage 2018

² Müller-Mai CM, Schulze Raestrup US, Kostuj T, Dahlhoff G, Günster C, Smektala R. *Einjahresverläufe nach proximalen Femurfrakturen: Poststationäre Analyse von Letalität und Pflegestufen durch Kassendaten. Unfallchirurg. 2015 Sep;118(9):780-94.*

³ Dyer SM, Crotty M, Fairhall N, Magaziner J, Beaupre LA, Cameron ID, Sherrington C; *Fragility Fracture Network (FFN) Rehabilitation Research Special Interest Group. A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. BMC Geriatr. 2016 Sep 2;16:158.*

⁴ Rapp K, Rothenbacher D, Magaziner J, Becker C, Benzinger P, König HH, Jaensch A, Büchele G. *Risk of Nursing Home Admission After Femoral Fracture Compared With Stroke, Myocardial Infarction, and Pneumonia. J Am Med Dir Assoc. 2015 Aug 1;16(8):715.e7-715.e12.*

⁵ <http://www.alterstraumazentrum-dgu.de/de>, Stand September 2018

Einfluss des geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Managements auf die Sterblichkeit nach proximaler Femurfraktur

Hintergrundinformation zu den bei der Pressekonferenz am 26.09.2018 präsentierten Ergebnissen

- Prof. Kilian Rapp, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Abteilung für Geriatrie Klinik für Geriatrische Rehabilitation
- Prof. Clemens Becker, Abteilung für Geriatrie Klinik für Geriatrische Rehabilitation Zentrum für Alterstraumatologie
- Prof. Hans-Helmut König, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
- Dr. Gisela Büchele, Universität Ulm, Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie
- Prof. Dietrich Rothenbacher, Universität Ulm, Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie

Zusammenfassung

Das Risiko, an einer proximalen Femurfraktur innerhalb von 30 Tagen zu versterben, war um 22% niedriger, wenn die Patientinnen* gemeinsam von Geriaterinnen und Unfallchirurginnen betreut wurden (geriatrisch-unfallchirurgisches Ko-Management). Dies zeigte sich bei Frauen und Männern, unterschiedlichen Altersgruppen und Patientinnen mit und ohne Pflegebedarf. In die Analysen wurden mehr als 55.000 Patientinnen mit einer proximalen Femurfraktur aus 841 Krankenhäusern aus dem ganzen Bundesgebiet eingeschlossen. Die proximale Femurfraktur ist die häufigste Fraktur alter Menschen und führt für die Betroffenen oft zu weitreichenden Folgen wie Pflegebedürftigkeit oder Tod. Sie kann deshalb als „Indexfraktur“ betrachtet werden. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Qualität der Versorgung in der Alterstraumatologie durch eine gemeinsame Betreuung von Geriaterinnen und Unfallchirurginnen deutlich verbessert werden kann. Es handelt sich bei der Untersuchung um die weltweit größte Analyse der Fragestellung.

Einführung

Frakturen nach Stürzen („Niedrigenergietraumen“) verursachen eine hohe Krankheitslast in Deutschland. Sie betreffen überwiegend alte und sehr alte Menschen. Über 400.000 Frakturen werden derzeit in Deutschland bei dieser Gruppe älterer Menschen im Krankenhaus behandelt. Prototyp ist hierbei die Fraktur des proximalen Femurs (umgangssprachlich, aber nicht korrekt „Oberschenkelhalsbruch“ genannt, siehe unten). Aufgrund der demographischen Veränderung wird die Anzahl in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Dies stellt die unfallchirurgischen Abteilungen zunehmend vor Probleme. Diese Patientinnen leiden häufig unter einer Vielzahl von Begleiterkrankungen (Multimorbidität) und sie nehmen deshalb eine Reihe unterschiedlicher Medikamente ein (Polypharmazie). Die Behandlung dieser Patientinnen ist komplex und erfordert nicht nur die operativ-unfallchirurgische, sondern die internistisch-geriatrische Expertise. Aus diesem Grund werden ältere Frakturpatientinnen zunehmend gemeinsam von Unfallchirurginnen und Altersmedizinerinnen (Geriatrinnen), die über ein multiprofessionelles Team verfügen, behandelt. Dies wird als unfallchirurgisch-geriatrisches Co-Management bezeichnet. Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser hat bisher eine der beiden häufigsten Kooperationsformen etabliert. Seit 2014 wurden in Deutschland mehr als 100 „Alterstraumatologische Zentren“ zertifiziert. Dies erfolgte meist in mittleren bis großen Krankenhäusern, die eine gemeinsame Betreuung der Patientinnen in einer Abteilung vorsehen. Die zweite Gruppe sind Krankenhäuser, die möglichst früh Patientinnen aus der Unfallchirurgie in eine Geriatrische Hauptabteilung verlegen. In einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Konsortium (PROFinD 2) wurde von den o.g. Projektpartnern untersucht, ob ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management in Deutschland einen Einfluss auf die Sterblichkeit nach einer proximalen Femurfraktur in den ersten Tagen und Wochen hat.

Methoden

Studienpopulation

In die Analysen wurden alle Patientinnen eingeschlossen, die bei der AOK in Deutschland versichert sind. Weitere Kriterien waren ein Mindestalter von 80 Jahren und eine Krankenhausbehandlung zwischen 01.01.2014 und 31.03.2016 aufgrund einer proximalen Femurfraktur (ICD-10: S72.0 und S72.1). Die Daten wurden durch das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) zur Verfügung gestellt (Wissenschaftlicher Leiter Dipl. Math. Herr C. Günster).

Ergänzende Erklärung

- Es wurden nur Patientinnen über 80 Jahre eingeschlossen, da es sich hierbei per definitionem um „geriatrische Patientinnen“ handelt. Die Hypothese war, dass diese Patientinnen in besonderem Maße von einem geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Management profitieren sollten.

* aus dem Grund einer einfacheren Lesbarkeit wird im Text durchgehend die weibliche Form verwendet. Gemeint ist damit aber sowohl die männliche als auch die weibliche Form.

- Der Begriff „proximale Femurfraktur“ wird umgangssprachlich häufig auch als Bruch des Schenkelhalses bezeichnet. Das ist allerdings nicht ganz korrekt. Tatsächlich werden neben Schenkelhalsfrakturen auch pertrochantäre Femurfrakturen (dt. Rollhügel) zu den proximalen Femurfrakturen gerechnet.

Einflussparameter

Krankenhäuser wurden danach klassifiziert, ob dort ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management stattgefunden hat oder nicht. Ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management lag dann vor, wenn eine Zertifizierung als „Alterstraumatologisches Zentrum“ vorlag oder unmittelbar vor dem Abschluss stand, oder wenn anhand der Routinedaten ersichtlich war, dass im entsprechenden Krankenhaus geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS8-550) durchgeführt wurden. Krankenhäuser (und die dort behandelten Patientinnen) mit weniger als 80 proximalen Femurfrakturen pro Jahr wurden ausgeschlossen.

Verglichen wurden die Krankenhäuser, in denen ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management verfügbar war, mit den Krankenhäusern, in denen ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management nicht verfügbar war. Patientinnen, die aufgrund einer Verlegung einen Wechsel von einer Behandlungsform zu einer anderen hatten („geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management“ zu „kein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management“ und umgekehrt), wurden in der Analyse ausgeschlossen.

Ergänzende Erklärung

- Geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management bedeutet mehr als die Anwesenheit von zwei Fachärzten während der Kernarbeitszeit. Es handelt sich um ein interprofessionelles geriatrisches Team mit einer Ärztin (Geriatrin) und Therapeutinnen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie), die an der Behandlung der Patientinnen mit proximaler Femurfraktur werktätig beteiligt sind. Es erhalten nicht alle Patientinnen mit proximaler Femurfraktur automatisch eine „frührehabilitative Komplexbehandlung“. Es ist aber davon auszugehen, dass bei Vorhandensein eines geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Managements alle Patientinnen von deren Infrastruktur und Expertise profitieren.
- Um die Vergleichbarkeit der Krankenhäuser zu verbessern, wurden Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen (im Schnitt weniger als 80 proximalen Femurfrakturen pro Jahr - diese Zahl wurde mit der Fachgesellschaft DGOU vorab festgelegt) ausgeschlossen. Da nur Daten von AOK-Versicherten vorlagen, wurde von deren Marktanteil auf die Gesamtfallzahl geschlossen.

Zielparameter

Es wurde die Sterblichkeit (Mortalität) 30, 60, 90 und 180 Tage nach proximaler Femurfraktur bestimmt.

Statistik

Verglichen wurden die Krankenhäuser, in denen ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management verfügbar war, mit den Krankenhäusern, in denen ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management nicht verfügbar war. Dabei wurden alle Patientinnen eingeschlossen, die den oben formulierten Einschlusskriterien genügten, unabhängig davon, ob sie letztlich eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS8-550) erhalten hatten. Die Analysen wurden für folgende Parameter adjustiert: Alter, Geschlecht, Pflegestufe, im Pflegeheim lebend, (unfall-) chirurgische Fallzahl (Anzahl proximaler Femurfrakturen pro Jahr), Huber Medikamenten-Score (als Surrogatmaß für die Comorbidität), Zeitraum zwischen Krankenhausaufnahme und operativer Versorgung.

Es wurde zudem untersucht, ob bestimmte Gruppen (Männer oder Frauen, eine bestimmte Altersgruppe oder Patientinnen mit oder ohne Pflegebedürftigkeit) in besonderem Maße von einem geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Management profitieren.

Um den Einfluss zeitlicher Trends auszuschließen, wurden alle proximalen Femurfrakturen aller eingeschlossenen Krankenhäuser zwischen 01.01.2014 und 30.06.2016 für die Analysen verwendet, auch wenn die Zertifizierung eines „Alterstraumatologischen Zentrums“ oder eine erstmalige geriatrische Frühkomplexbehandlung erst während dieses Zeitraums erfolgte.

Ergänzende Erklärung

- Die Analysen wurden adjustiert. Hierdurch wird der Einfluss eventueller Strukturunterschiede (z.B. unterschiedliche Geschlechtsverteilung) der zu vergleichenden Gruppen statistisch berücksichtigt und korrigiert.

Ergebnisse

In die Analysen wurden mehr als 55.000 Patientinnen mit einer proximalen Femurfraktur eingeschlossen. Davon waren 79% Frauen, das Durchschnittsalter betrug 87 Jahre. Etwas mehr als 60% der analysierten Patientinnen wurden in Krankenhäusern mit geriatrisch-unfallchirurgischem Co-Management behandelt, bei knapp 40% war diese Versorgungsform nicht verfügbar (Tabelle 1).

Das Risiko zu versterben war in der Gruppe ohne geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management während der ersten 6 Wochen deutlich höher als in der Gruppe mit geriatrisch-unfallchirurgischem

* aus dem Grund einer einfacheren Lesbarkeit wird im Text durchgehend die weibliche Form verwendet. Gemeint ist damit aber sowohl die männliche als auch die weibliche Form.

Co-Management (Abbildung 1). Die rohen Raten der 30-Tage Sterblichkeit (Mortalität) betragen 13,1% in der Gruppe ohne geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management und 10,1% in der Gruppe mit geriatrisch-unfallchirurgischem Co-Management. Die adjustierte 30-Tage Sterblichkeit (Mortalität) war in der Gruppe mit geriatrisch-unfallchirurgischem Co-Management um 22% niedriger (Ratio 0,78; 95% Konfidenzintervall 0,74 bis 0,82) (Abbildung 2). Die Differenz der Sterblichkeit blieb fast unverändert über das erste halbe Jahr nach Fraktur bestehen (Abbildung 2). Eine geringere Sterblichkeit in der Gruppe mit geriatrisch-unfallchirurgischem Co-Management zeigte sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern, bei unterschiedlichen Altersgruppen (80-85 Jahre; 86 Jahre und älter) und bei Patientinnen mit und ohne Pflegebedarf. Die Reduktion der Mortalität war in den Gruppen, die an sich eine besonders hohe Sterblichkeit aufweisen, noch stärker ausgeprägt (Männer, höhere Altersgruppe, Pflegebedürftigkeit).

Diskussion

Unsere Analysen zeigen, dass ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management die Sterblichkeit nach proximaler Femurfraktur hochsignifikant reduziert. So war etwa die 30-Tage Sterblichkeit um mehr als 20% verringert. Würde man ein Gesundheitssystem, in dem jede Patientin mit einer proximalen Femurfraktur im Rahmen eines geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Managements versorgt wird, einem Gesundheitssystem ohne geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management gegenüberstellen, so wäre für Deutschland jedes Jahr mit einem Unterschied von 4000 Todesfällen als Folge einer proximalen Femurfraktur zu rechnen. Da in den Krankenhäusern mit geriatrisch-unfallchirurgischem Co-Management vermutlich nur ein Teil der Patientinnen eine optimale Behandlung in Form einer frührehabilitativen Komplexbehandlung erhielt, liegt das Potential vermutlich noch höher als es die von uns ermittelten Ergebnisse nahelegen. Dies gilt vermutlich in noch höherem Maße für die Krankenhäuser mit kleinen Fallzahlen, die von uns gar nicht berücksichtigt wurden.

Ein wesentlicher Grund für den gefundenen Vorteil eines geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Managements ist die verbesserte Versorgung bei medizinischen Problemen in der Kernarbeitszeit. Derzeit sind die operativ tätigen Ärzte in der Zeit von 8:00 bis 15:00 Uhr im OP und der Notaufnahme so beschäftigt, dass die Probleme auf den Stationen erst mit einer Zeitverzögerung bearbeitet werden können. Die daraus resultierenden Nachfragen und Konsile liegen dann oft außerhalb der Kernarbeitszeit der anderen Disziplinen und werden folglich oft erst am nächsten Arbeitstag oder nach dem Wochenende bearbeitet. Ein weiterer Grund dürfte darin liegen, dass das Management der multimorbiden vulnerablen Patientinnen mittlerweile so kompliziert ist, dass es das Fachwissen einer operativen Disziplin bei weitem übersteigt. Beispiele sind die Behandlung mit komplexen Blutverdünnungsmitteln, komplizierte Parkinsonbehandlungen oder mehrfach behandelte Diabetikerinnen, die perioperativ keine Tabletten einnehmen können.

Unlängst publizierte Beobachtungsstudien aus Ländern wie Dänemark (Kristensen et. al. 2016), Großbritannien (Hawley et. al. 2016) und Australien (Zeltzer et. al. 2014) zeigten ebenfalls einen

* aus dem Grund einer einfacheren Lesbarkeit wird im Text durchgehend die weibliche Form verwendet. Gemeint ist damit aber sowohl die männliche als auch die weibliche Form.

Rückgang der Sterblichkeit, wenn ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management verfügbar war. Zudem liegen klinische randomisiert-kontrollierte Studien mit allerdings kleineren Fallzahlen vor. Werden deren Ergebnisse gepoolt (sogenannte Meta-Analysen), so wird auch dort ein Rückgang der Sterblichkeit in Folge eines geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Managements gefunden (Moyet et. al. 2018).

An unseren Daten besticht der große Datensatz. Dadurch steigen die Sicherheit der Ergebnisse und deren Aussagekraft. Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass es sich um eine Beobachtungsstudie handelt. Bei Beobachtungsstudien besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass nicht alle Störvariablen vollständig erfasst werden und damit das Ergebnis potentiell verändert werden könnte („residuelles Confounding“).

Ausblick

Unsere Analysen konzentrierten sich auf die Sterblichkeit nach proximaler Femurfraktur. Inwieweit ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management andere Parameter wie Pflegebedürftigkeit und Pflegeheimaufnahme beeinflusst, wird in den nächsten Monaten mit Hilfe desselben Datensatzes analysiert werden. Ob auch Patientinnen mit anderen Frakturtypen wie Becken- oder Wirbelkörperfrakturen von einem geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Management profitieren, ist eine relevante Frage für die Zukunft. Zudem wird zu untersuchen sein, ob die neuen Versorgungsformen auch das Risiko von Folgefrakturen verringern können (Sekundärprävention).

Die jetzige Analyse beschränkt sich auf die Unfallchirurgie. Es sollte dringend überlegt werden, ob die Beobachtungen nicht für alle operativen Disziplinen gelten. Es ist denkbar, dass auch Abdominalchirurgie, Herzchirurgie, Thorax- und Gefäßchirurgie von einem ähnlichen Teamansatz profitieren würden.

Literatur

Kristensen PK, Thillemann TM, Søballe K, Johnsen SP. Can improved quality of care explain the success of orthogeriatric units? A population-based cohort study. *Age Ageing*. 2016 Jan;45(1):66-71.

Hawley S, Javaid MK, Prieto-Alhambra D, Lippett J, Sheard S, Arden NK, Cooper C, Judge A; REFReSH study group. Clinical effectiveness of orthogeriatric and fracture liaison service models of care for hip fracture patients: population-based longitudinal study. *Age Ageing*. 2016 Mar;45(2):236-42.

Zeltzer J, Mitchell RJ, Toson B, Harris IA, Ahmad L, Close J. Orthogeriatric services associated with lower 30-day mortality for older patients who undergo surgery for hip fracture. *Med J Aust*. 2014 Oct 6;201(7):409-11.

Moyet J, Deschasse G, Marquant B, Mertl P, Bloch F. Which is the optimal orthogeriatric care model to prevent mortality of elderly subjects post hip fractures? A systematic review and meta-analysis based on current clinical practice. *Int Orthop*. 2018 Apr 24.

Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Patientencharacteristika

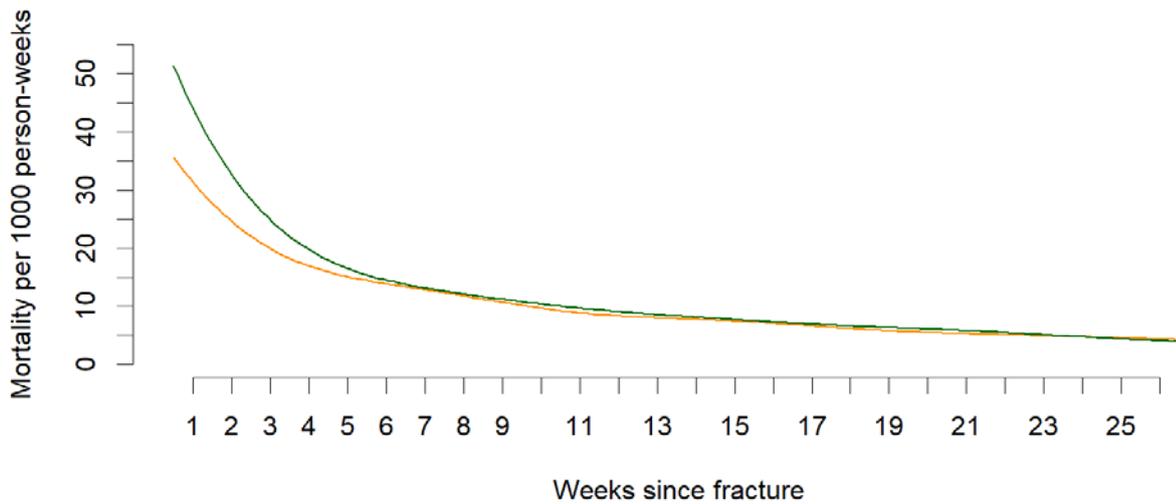
	geriatrisch- unfallchirurgisches Co- Management	Kein geriatrisch- unfallchirurgisches Co- Management
Anzahl, N	34259	21287
Frauen, N (%)	27229 (79,5%)	16888 (79,3%)
Alter (Jahre), MW (SD)	87,0 (4,5)	87,2 (4,6)
Medikamenten-basierter Komorbiditäts- Score*, MW (SD)	4,1 (1,9)	4,2 (1,9)
Pflegestufe, N (%)		
- nein	13414 (39,2%)	8004,6%)
- ja	20845 (60,8%)	13283 (62,4%)
Zeit bis zur Operation (Tage), N (%)		
- 0	11063 (32,3%)	7452(35,0%)
- 1	13732 (40,1%)	8686(40,8%)
- 2	3496 (10,2%)	2020(9,5%)
- ≥ 3	2299 (6,7%)	1461 (6,9%)
Nicht zuzuordnen	3669 (10,7%)	1668 (7,8%)
Aufenthaltsdauer im Akutkrankenhaus (Tage) [†] , Median	18,0	13,0

MW (SD): Mittelwert (Standardabweichung)

* Huber-Score

[†] Ohne stationäre Rehabilitation

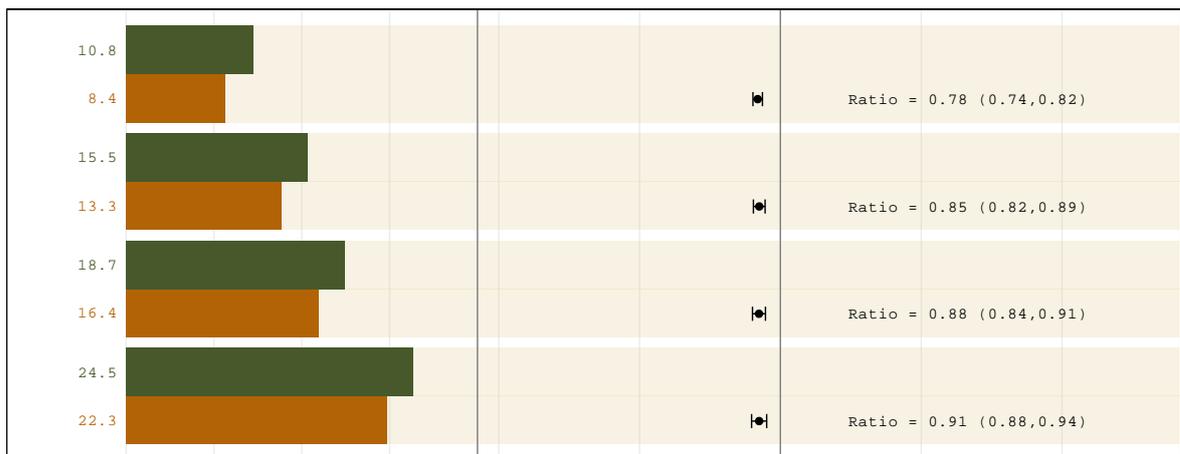
Abbildung 1: Sterberisiko in der Gruppe ohne geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management (grün) und mit geriatrisch-unfallchirurgischem Co-Management (gelb) nach proximaler Femurfraktur in Abhängigkeit von der Zeit



Adjustiert für Alter und Geschlecht

* aus dem Grund einer einfacheren Lesbarkeit wird im Text durchgehend die weibliche Form verwendet. Gemeint ist damit aber sowohl die männliche als auch die weibliche Form.

Abbildung 2: kumulative Sterblichkeit (Mortalität) 30, 60, 90 und 180 Tage nach proximaler Femurfraktur in den Gruppen ohne geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management (grün) und mit geriatrisch-unfallchirurgischem Co-Management (gelb)



Adjustiert für Alter, Geschlecht, Pflegestufe, im Pflegeheim lebend, (unfall-) chirurgische Fallzahl, Huber Medikamenten-Score, Zeitraum zwischen Krankenhausaufnahme und operativer Versorgung

* aus dem Grund einer einfacheren Lesbarkeit wird im Text durchgehend die weibliche Form verwendet. Gemeint ist damit aber sowohl die männliche als auch die weibliche Form.



Statement von Professor Dr. Joachim Windolf

DGU-Präsident und Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie der Universitätsklinik Düsseldorf
anlässlich der Pressekonferenz

„Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und
der PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie“
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

Zahlen und Fakten: Gesellschaftliche und ökonomische Relevanz der Alterstraumatologie

„Gesundheit im Alter bedeutet vor allem den Erhalt der selbstbestimmten Mobilität, der Basis für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben mit eigenen Zielen.“

Hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen und zu erhalten ist ein besonders wichtiges individuelles und gesellschaftliches Ziel. Gesundheit im Alter bedeutet vor allem den Erhalt der selbstbestimmten Mobilität, der Basis für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben mit eigenen Zielen.

Gerade diese Mobilität im Alter wird jedoch durch die überaus große Zahl von Verletzungen, besonders von Knochenbrüchen, beeinträchtigt oder sogar definitiv aufgehoben. Das sogenannte Alterstrauma trifft nach Schätzungen in Deutschland 720.000 Patienten pro Jahr, davon werden 400.000 Patienten stationär behandelt. Stürze und Sturzfolgen zählen zu den bedeutendsten Krankheitsbildern im Alter. Besonders einschneidend ist die Verletzung der unteren Extremität, und hier insbesondere die Fraktur des hüftgelenknahen Oberschenkelknochens (Pertrochantere Femurfraktur, Schenkelhalsfraktur). Dieser Frakturtyp ist die zweithäufigste Diagnose nach der Herzinsuffizienz bei Frauen über 65 Jahren. Frauen sind wegen der häufig bestehenden Osteoporose am häufigsten betroffen, auch schon bei einfachen Stürzen. Die stationäre Behandlung dieser Traumata bei Patienten über 70 Jahren hat vom Jahr 2006 auf 2016 um 27 Prozent zugenommen. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist in kürzerer Zeit für diese Verletzung mit einer Verdoppelung der Zahlen zu rechnen. Die Frakturen im Alter insgesamt werden bis zum Jahr 2030 um 30-40 Prozent zunehmen, anhand der jetzt bekannten Fakten ist bei unveränderter Situation (ungenügende Versorgung und Behandlung der Osteoporose) mit einer Zunahme bis 2050 um 78 Prozent zu rechnen.

Es ist offensichtlich, dass das oben erwähnte Mobilitätsziel durch solche Verletzungen im Alter nachhaltig gestört wird. Für die Frakturen des hüftgelenknahen Oberschenkelknochens gibt es hierzu ausreichende Zahlen.



Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Oberschenkelhalsbruch liegt in Deutschland bei 10 Prozent. Weitere 10-20 Prozent verlieren ihre Selbständigkeit und müssen im Folgejahr in eine Pflegeeinrichtung einziehen. Nur 40-60 % der Patienten erreichen nach einer hüftgelenknahen Oberschenkelfraktur ihr vorheriges Aktivitätsniveau.

Diese beschriebenen Verletzungen stellen die Unfallchirurgie schon jetzt und in nächster Zukunft zunehmend vor besondere Herausforderungen, vergleichbar mit den Anforderungen, die zur Versorgung von Schwerstverletzten existieren.

Daher haben sich Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) mit diesem Thema in den letzten Jahren intensiv beschäftigt. Als Arbeitsvorlage konnte der bereits beschrittene Weg zur Optimierung der Versorgung von Schwerverletzten in Deutschland dienen. Auch die Versorgung der älteren Patienten stellt besondere Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität. Nach Ergebnissen der Literatur folgert beim Alterstrauma eine deutlich bessere Ergebnisqualität, wenn man die Versorgung strukturiert, standardisiert und primär interdisziplinär zusammen mit den Spezialisten zur Versorgung der vielen Erkrankungen im Alter (Geriatern) angeht. Um dies zu erreichen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zusammen ein Weißbuch mit den entsprechenden Anforderungen verfasst. Zur Qualitätssicherung wird auch hier - wie bei der Versorgung der Schwerverletzten - ein Register, das AltersTraumaRegister DGU®, eingeführt, das kontinuierlich die Qualität der Versorgung in den einzelnen Kliniken aber auch im Vergleich mit anderen Kliniken (Benchmarking) darstellen kann.

Wir werden Ihnen heute die Ergebnisse einer aktuellen Studie zum Outcome von Patienten mit hüftgelenknahen Oberschenkelfrakturen, das Weißbuch Alterstraumatologie und das AltersTraumaRegister DGU® vorstellen.

(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin, 26.09.2018)



Statement von Professor Dr. Jürgen M. Bauer

Past-President der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und Ärztlicher Direktor des Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg anlässlich der Pressekonferenz
„Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und
der PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie“
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

**Gemeinsam zum Wohle des älteren Patienten – Zur gesellschaftlichen Relevanz der
Alterstraumatologie**

„Das (...) interdisziplinäre Behandlungskonzept, das Pflegende, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten sowie weitere Berufsgruppen (u.a. Diätassistenten, Orthopädiemechaniker etc.) einbezieht, gestattet es, den drohenden Funktionsverlust in einem hohen Prozentsatz zu verhindern und die Rückkehr in das häusliche Milieu zu sichern.“

Deutschland altert in einem dramatischen, nie dagewesenen Umfang, welcher die Gesellschaft mit großen Herausforderungen im Sozial- und Gesundheitswesen konfrontiert. So prognostiziert das Statistische Bundesamt, dass sich der Anteil der über 80-Jährigen an der Bundesdeutschen Gesamtbevölkerung bis 2050 verdoppeln wird. Gerade diese Bevölkerungsgruppe ist in hohem Maße durch den Verlust ihrer Selbständigkeit bedroht, welcher zu einem gesteigerten Unterstützungsbedarf und zur Pflegebedürftigkeit führt. Sowohl aus individueller als auch aus gesellschaftlicher Sicht gilt es daher, die Autonomie im höheren Lebensalter zu bewahren, gerade auch in Anbetracht eines sich weiter verschärfenden Mangels an Pflegepersonal.

In Deutschland werden gegenwärtig mehr als 400.000 alterstraumatologische Frakturen pro Jahr stationär behandelt. Die Mehrzahl derselben ist Folge eines Sturzes. Gemäß einer 2014 vom Robert-Koch-Institut vorgelegten Untersuchung gehören sturzbedingte Verletzungen zu den fünf wichtigsten Ursachen für einen Verlust an qualitätsadjustierten Lebensjahren¹.

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Oberschenkelhalsbruch liegt in Deutschland bei 10 Prozent. Weitere 10-20 Prozent verlieren ihre Selbständigkeit und müssen im Folgejahr in eine Pflegeeinrichtung einziehen. Mit höherem Alter steigt dieses Risiko deutlich und ist mit dem Risiko nach Schlaganfall vergleichbar. Das Durchschnittsalter der Personen mit Schenkelhalsfraktur liegt bereits jetzt bei 82 Jahren.



Im höheren Alter steigt das Risiko für das Vorliegen von Multimorbidität und Polypharmazie sowie für das Auftreten von geriatrischen Syndromen wie Frailty (unzureichend übersetzt mit Gebrechlichkeit), Demenz oder Mangelernährung. Aus dem Zusammenwirken dieser Krankheitsphänomene resultiert eine deutlich erhöhte Behandlungskomplexität, die auch bei vielen alterstraumatologischen Patienten anzutreffen ist. Daten aus benachbarten europäischen Ländern zeigen, dass von Unfallchirurgen und Geriatern gemeinsam behandelten Patienten die 30-Tage- und die Ein-Jahres-Mortalität um mehr als 25 Prozent gesenkt werden konnten³. Zudem wurde in einer sehr profunden Arbeit aus Norwegen belegt, dass die frühe Einbeziehung geriatrischer Behandlungsprinzipien zu besseren funktionellen Ergebnissen führt.

In den letzten Jahren ist es in Deutschland gelungen, die Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie auf eine Weise zum Wohle des älteren Traumapatienten zu entwickeln, die aufgrund ihrer fachübergreifenden Qualität in der deutschen Krankenhauslandschaft als durchaus einmalig zu bezeichnen ist. Sie vereint die besonderen Qualitäten der beiden Fächer auf ideale Weise: Das hohe technische Wissen um die bestmögliche Frakturversorgung beim älteren Patienten auf Seiten der Unfallchirurgie und die Expertise um die Komplexität der medizinischen Versorgung des älteren Patienten auf Seiten der Geriatrie. Das daraus resultierende interdisziplinäre Behandlungskonzept, das Pflegende, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten sowie weitere Berufsgruppen (u.a. Diätassistenten, Orthopädiemechaniker etc.) einbezieht, gestattet es, den drohenden Funktionsverlust in einem hohen Prozentsatz zu verhindern und die Rückkehr in das häusliche Milieu zu sichern. Ein weiterer Fokus der Teambehandlung liegt auf der Prävention weiterer Sturzereignisse, denn der größte Risikofaktor für das Auftreten einer weiteren Fraktur ist eine stattgehabte Fraktur. Wenngleich die alterstraumatologische Zusammenarbeit von Unfallchirurgie und Geriatrie noch nicht flächendeckend zur Verfügung steht, hat sie bereits heute eine beträchtliche Verbreitung in Deutschland erreicht. Zukünftig gilt es nun zunächst dieser Kooperation ihre Finanzierung sichern sowie sie seitens ihrer Verfügbarkeit weiterzuentwickeln.

(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin, 26.09.2018)

Quellen:

¹Plass D, Vis T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H, Krämer A: Trends in disease burden in Germany – Results, implications and limitations of the Global Burden of Disease Study. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 629-38.



²Rapp K, Rothenbacher D, Magaziner J, Becker C, Benzinger P, König HH, Jaensch A, Büchele G. Risk of Nursing Home Admission After Femoral Fracture Compared With Stroke, Myocardial Infarction, and Pneumonia. *J Am Med Dir Assoc.* 2015; 16(8): 715.e7-715.e12.

³Hawley S, Javaid MK, Prieto-Alhambra D, Lippett J, Sheard S, Arden NK, Cooper C, Judge A; REFReSH study group. Clinical effectiveness of orthogeriatric and fracture liaison service models of care for hip fracture patients: population-based longitudinal study. *Age Ageing.* 2016 Mar;45(2):236-42.

⁴Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, Lydersen S, Halsteinli V, Saltnes T, Lamb SE, Johnsen LG, Saltvedt I. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015 Apr 25;385(9978):1623-33.



Statement von Professor Dr. Clemens Becker

Chefarzt der Abteilung für Geriatrie und Klinik für Geriatrische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses
Stuttgart

anlässlich der Pressekonferenz

„Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und
der PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie“
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

**Geriatern und Unfallchirurgen senken die Sterblichkeit bei Hüftbrüchen durch ihre enge
Zusammenarbeit: Vorstellung der Ergebnisse der Studie „Prävention und Rehabilitation
osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen (PROFinD)“**

*„Die Patienten, die in einer Alterstraumatologie behandelt wurden, hatten eine 30-Tage-Mortalität,
die um mehr als 20 Prozent niedriger lag als bei Patienten, die ohne Ko-Management behandelt
wurden. Damit können mehr als 2.000 Todesfälle vermieden werden.“*

Derzeit werden jährlich mehr als 400.000 ältere Menschen nach einem Sturz in ein deutsches Krankenhaus eingewiesen. Die häufigste Einweisungsdiagnose ist ein Bruch des Oberschenkels mit 150.000 Krankenhauseinweisungen. Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei mehr als 82 Jahren. Die meisten Patienten haben mehrere Begleiterkrankungen, die eine aufwändige Behandlung einschließlich der Narkose und Operation erforderlich machen. Die Sterblichkeit nach einem Oberschenkelbruch ist erheblich. Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Oberschenkelhalsbruch liegt in Deutschland bei mehr als 10 Prozent. Mehr als 10 Prozent der überlebenden Patienten müssen derzeit in ein Pflegeheim umziehen. Die Prognose der Erkrankung hat sich in den 10 Jahren bis 2014 kaum verbessert.

Im Jahr 2015 veröffentlichten erstmals Kollegen aus Trondheim, Norwegen eine randomisierte klinische Studie in der Zeitschrift Lancet (Prestmo et al.), die zeigen konnte, dass eine teamorientierte Behandlung durch Unfallchirurgen, Geriater, Physiotherapeuten und andere Gesundheitsfachberufe die Ergebnisse der älteren Patienten drastisch verbessern konnten. Im Ausland wird dies als Orthogeriatie bezeichnet. In Deutschland ist der Begriff Alterstraumatologie gebräuchlich. Dies veranlasste ein Forscherteam aus Stuttgart (Prof. Becker und Prof. Rapp), Ulm (Prof. Rothenbacher) und Hamburg (Prof. König) die Versorgungssituation in Deutschland zu überprüfen. Die Forschungsarbeiten wurden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Forschungsverbünde Muskuloskeletale Erkrankungen finanziert und im Forschungsverbund PROFinD2 durchgeführt.



Seit 2014 wurden in Deutschland mehr als 100 alterstraumatologische Zentren gegründet. An vielen Krankenhäusern wird eine Kooperation zwischen der Altersmedizin und der Unfallchirurgie etabliert. Im Rahmen der DRG-Systematik ist die Durchführung einer koordinierten Frührehabilitation mit einem Ko-Management möglich. Bislang war in Deutschland unklar, ob diese Behandlung sinnvoll und effektiv ist. Weiterhin ist umstritten, ob diese Behandlung zukünftig die Regelbehandlung für ältere Menschen mit Oberschenkelfrakturen sein sollte.

Das Hauptziel der PROFinD2-Arbeitsgruppe war es, zu untersuchen, ob eine Senkung der Mortalität durch die Kooperation der o.g. Berufsgruppen möglich ist. Für diese Fragestellung wurden Daten des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen/AOKs (WiDO) aus den Jahren 2014 bis 2016 genutzt. Diese enthalten mehr als 100.000 Datensätze. Ausgewertet wurden Daten aller Patienten, die zum Erkrankungszeitpunkt mindestens 80 Jahre alt waren. Verglichen wurden alle Patienten, die eine gemeinsame unfallchirurgisch-geriatrische Behandlung unter Beteiligung der therapeutischen Berufe erhalten haben. Eingeschlossen wurden alle Abteilungen, die eine alterstraumatologische Abteilung haben und eine koordinierte Frührehabilitation durchführen. Grundlage dafür ist die Abrechnung der OPS 8.550. Dies ist die Kodierung der koordinierten und vom MDK geprüften Frührehabilitation.

Insgesamt konnten beim Vergleich der Gruppen jeweils mehr als 30.000 Patienten eingeschlossen werden. Die Mortalität der Gruppen wurde kontinuierlich über sechs Monate verfolgt. Wie international üblich, wurden die Rohdaten und adjustierte Daten ausgewertet. Bei der Adjustierung werden Faktoren statistisch mit berücksichtigt (u.a. Alter, Geschlecht), die eine Veränderung der Daten hervorrufen könnten (sog. Confounder).

Die Patienten, die in einer Alterstraumatologie behandelt wurden, hatten eine 30-Tage-Mortalität, die um mehr als 22 Prozent niedriger lag als bei Patienten, die ohne Ko-Management behandelt wurden. Der Effekt ließ sich unverändert nach sechs Monaten nachweisen. Aus Sicht der Versorgungsforschung wird dies als erheblich betrachtet.

Die Sterblichkeit konnte von 12,7 Prozent auf unter 10 Prozent gesenkt werden. Stürze gehören laut dem Robert-Koch-Institut zu den wichtigsten Krankheitsgruppen, die die Lebensqualität älterer Menschen einschränken.



Die Studie ist ein herausragendes Beispiel für Versorgungsforschung und hat auf Grund der Datenquelle und der Größe der Stichprobe eine hohe externe Validität. International handelt es sich um die bislang größte Studie zu dieser Fragestellung.

In Australien und England wurden ähnliche Ergebnisse mit kleineren Stichproben festgestellt. Die Daten wurden in den letzten Monaten den Fachgesellschaften, Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband präsentiert. Ab Herbst 2019 erfolgt die Präsentation auf verschiedenen Kongressen und in Publikationen.

Aus Sicht der Forschergruppe erscheint es dringend geboten, die Alterstraumatologie als Regelversorgung für ältere Menschen zu etablieren. Die Probleme und Lösungsansätze werden im Weißbuch Alterstraumatologie vorgestellt. Die Fachgesellschaften sind in den Prozess eng einbezogen. Der GBA und der GKV-SV beraten derzeit die o.g. Themen. Im Vorfeld der BPK wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) über die Ergebnisse informiert.

Neben der Therapie im Krankenhaus müssen auch die Prävention und Rehabilitation besser berücksichtigt werden.

(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin, 26.09.2018)



Statement von Professor Dr. Ulrich Liener

Leiter der DGU-Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie und
Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Marienhospital Stuttgart
anlässlich der Pressekonferenz

„Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und
der PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie“
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

Rasch operieren, schnell mobilisieren, gefährliche Medikamentenkombinationen und das Delir vermeiden sowie den Therapieerfolg messbar machen: Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie, der Initiative AltersTraumaZentrum DGU® und des AltersTraumaRegister DGU®

„In mehreren großen wissenschaftlichen Untersuchungen, zuletzt auch in Deutschland, konnte gezeigt werden, dass eine interprofessionelle Behandlung der Patienten durch ein Team – bestehend aus Unfallchirurgen, Altersmediziner, Physiotherapie, Sozialdienst und Pflege – zu einer deutlichen Verbesserung der Ergebnisse in Bezug auf die Rückkehr in das alte soziale Umfeld, Verringerung der Komplikationen und vor allem zu einer Verringerung der Sterblichkeit führt.“

Die Bedeutung von Verletzungen im Alter ist enorm. Es erleiden jährlich mehr Patienten osteoporotische Frakturen als Herzinfarkte und Schlaganfälle zusammen. Neben den für die Gesellschaft in Zukunft kaum mehr zu tragenden Kosten für Akutversorgung und Pflege ist der Verlust der selbstständigen Lebensführung für die Patienten einschneidend und gravierend. In mehreren großen wissenschaftlichen Untersuchungen, zuletzt auch in Deutschland, konnte gezeigt werden, dass eine interprofessionelle Behandlung der Patienten durch ein Team – bestehend aus Unfallchirurgen, Altersmediziner, Physiotherapie, Sozialdienst und Pflege – zu einer deutlichen Verbesserung der Ergebnisse in Bezug auf die Rückkehr in das alte soziale Umfeld, Verringerung der Komplikationen und vor allem zu einer Verringerung der Sterblichkeit führt. Ebenfalls ist zu erwarten, dass mit der Verbesserung der Versorgung eine Kostensenkung verbunden sein wird. Aufgrund der Problematik war es notwendig, wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für die Behandlung von Verletzungen im Alter aufzuzeigen. Diese finden sich jetzt erstmalig im Weißbuch Alterstraumatologie zusammengefasst.

Vor dem Hintergrund der dramatischen demografischen Entwicklung und in Anbetracht der deutlichen Überlegenheit einer gemeinsamen Behandlung der Patienten durch Unfallchirurgen und



Altersmediziner ergeben sich Forderungen, die mit dem Ziel einer deutlichen Verbesserung der Versorgung verbunden sind:

1. Strukturierte Regelversorgung von Verletzungen im Alter gemeinsam durch Unfallchirurgen und Altersmediziner (Geriatern)

Die gemeinsame interdisziplinäre Versorgung von Patienten durch Unfallchirurgen und Geriatern sowie das interprofessionelle Management während des stationären Aufenthaltes verbessert nachweislich die Ergebnisse. Wie in „Stroke Units“ zur Behandlung des Schlaganfalls erfolgt die Versorgung der Patienten leitliniengerecht und nach standardisierten Behandlungsprotokollen, welche die individuelle Situation des Patienten berücksichtigen. Nur durch eine strukturierte Versorgung können Patienten rasch operiert werden, gefährliche Medikamentenkombinationen vermieden werden und die Delirrate gesenkt werden. Dieser interprofessionelle Ansatz wird in den Alterstraumazentren umgesetzt. Der entsprechende Mehraufwand durch diese ganzheitliche Versorgung, welcher sich direkt in der Verbesserung des Therapieerfolgs niederschlägt, muss entsprechend vergütet werden.

2. Messung des Behandlungserfolgs in einem nationalen Register

Die flächendeckende Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität ist essentiell um den Therapieerfolg darzustellen. Nur ein unabhängiges nationales Register erlaubt die Weiterentwicklung der Behandlungsverfahren und den Vergleich der Behandlungsergebnisse auf der Basis von wissenschaftlichen Daten. Ziel muss daher sein, die relevanten Altersverletzungen – wie den Oberschenkelbruch – in einem nationalen Register zu erfassen.

3. Senkung der Anzahl von osteoporotischen Folgefrakturen durch flächendeckende Sekundärprävention

Der überwiegende Teil der Patienten mit hüftgelenksnahen Oberschenkelbrüchen hat bereits in den Jahren zuvor eine osteoporotische Fraktur erlitten. Durch eine flächendeckende Sekundärprävention, das bedeutet durch die Einleitung einer Osteoporosetherapie unmittelbar nach der ersten osteoporotischen Fraktur, lässt sich nachweislich die Rate von Folgefrakturen und die Sterblichkeit deutlich senken (1). Aufgrund der Relevanz der Folgefrakturen müssen Strukturen geschaffen werden, die diese flächendeckende Sekundärprävention sicherstellen.

4. Korrektur der unangemessenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes



Die geriatrische Frührehabilitation verbessert nachweislich das Behandlungsergebnis. Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gefährdet die frührehabilitative Komplexbehandlung durch unpraktikable und medizinisch wenig sinnvolle organisatorische Vorgaben. Um eine einschneidende Verschlechterung der medizinischen Versorgung und Erhöhung der Mortalität zu vermeiden, sind Korrekturen der Vorgaben unbedingt angezeigt.

(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin, 26.09.2018)

Quelle

¹ *Huntjens et al, Fracture liaison service: impact on subsequent nonvertebral fracture incidence and mortality. J Bone Joint Surg Am. 2014 (4):e29*



Statement von Professor Dr. Ursula Lehr

Ministerin a.D.,

Stellvertretende Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)
anlässlich der Pressekonferenz

„Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und
der PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie“
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

**Gesund altern und die Selbstständigkeit erhalten: Alterstraumatologische Zentren in die
Regelversorgung integrieren**

*„Die interdisziplinäre Behandlung, wie sie in den alterstraumatologischen Zentren durchgeführt wird,
muss zur Regelversorgung werden!“*

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) begrüßt sehr, dass sich die Orthopädie und die Unfallchirurgie seit 2014 verstärkt der Geriatrie (bzw. Gerontologie als umfassender Dachwissenschaft) zuwendet. Bereits 1967 bei der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie hat der erste Präsident, der Mediziner Rene Schubert, auf die Notwendigkeit der Interdisziplinarität hingewiesen.

Leider hat die Geriatrie in Deutschland sehr schwer Fuß gefasst und wird von den meisten Universitäten in Deutschland auch heute noch nicht so anerkannt wie beispielsweise die Pädiatrie – oder auch die Geriatrie in England, der Schweiz und den USA. Die Erkenntnisse erfolgreicher Rehabilitation, die ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit – auch mit den verschiedensten therapeutischen Richtungen – gar nicht möglich wären, haben sich nur sehr schwer durchgesetzt. Ich habe sehr darum gekämpft, dass 1995 im ersten Pflegegesetz der Grundsatz hereinkam „Rehabilitation vor Pflege“, den man noch erweitern müsste „Prävention und Rehabilitation vor Pflege und auch bei Pflege“. Doch in vielen Fällen wurde er überhaupt nicht beachtet, bei Heimbewohnern meistens gar nicht („Sie waren ja schon versorgt.“).

Der Demografiekongress der Gesundheitsstadt Berlin (Senator Ulf Fink) diskutierte im letzten Jahr in einem Forum „Pflegebedürftigkeit – ein fortschreitender, sich stets verstärkender Prozess“. Die Vorstellung ist weit verbreitet: „einmal pflegebedürftig, immer pflegebedürftig“, wie auch „Pflegebedürftigkeit gehört zum hohen Alter nun einmal dazu.“



Als mögliche Gründe für eine Progression der Pflegestufen lassen sich herausarbeiten und durch Forschungen belegen „Funktionen, die nicht geübt werden, verkümmern!“:

1. Fehlende oder mangelnde Prävention, Reduzierung körperlicher, geistiger und sozialer Aktivitäten
2. Nicht beachtete (sonstige) Krankheiten oder Einschränkungen – fehlende Behandlung durch Fachärzte
3. Nicht-Ausschöpfen der Reha-Möglichkeiten, – auch seitens der gerontologisch/geriatriisch nicht geschulten Ärzte und Therapeuten
4. „Überversorgung, Überbehütung“ seitens der Familie oder auch im Heim (dort aus Zeitmangel der Pflegekräfte) führt zur Reduzierung der Selbstständigkeit
5. Evtl. systembedingte Gründe; finanzielle und andere Vorteile entfallen bei zunehmender Selbstständigkeit.

Die BAGSO – als Dachorganisation von rund 120 Seniorenverbänden – setzt sich ein für ein gesundes Älterwerden, für den Erhalt der Selbstständigkeit und für eine hochwertige gesundheitliche Versorgung. Die vorgelegten Studienergebnisse sind eindeutig und können aus unserer Sicht nur eine Konsequenz haben: Die interdisziplinäre Behandlung, wie sie in den alterstraumatologischen Zentren durchgeführt wird, muss zur Regelversorgung werden!

(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin, 26.09.2018)

Lebenslauf: Professor Dr. med. Joachim Windolf



**Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie der Universitätsklinik Düsseldorf**

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte

- Posttraumatische Immundefhlregulation
- Frakturheilung im knöchernen Defekt- /Infektmodell
- Experimentelle und klinische Studien in der Handchirurgie
- Versorgungsforschung

Klinischer Werdegang

- seit 2005 Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf
- 2001 – 2005 Stellvertretender Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- 1999 – 2001 Kommissarischer Geschäftsführer der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt
- 1986 – 1999 Assistenzarzt und Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt

Wissenschaftlicher Werdegang

- seit 2005 Universitätsprofessur der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 2001 – 2005 Universitätsprofessur am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- 1996 Habilitation im Fach Chirurgie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main
- 1986 Promotion im Fach Radiologie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main
- 1979 – 1985 Studium der Humanmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Fachqualifikationen

- 2017: Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und Balneologie
- 2006: Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie
- 2006: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 1997: Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- 1995: Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- 1993: Fachkundenachweis Rettungsdienst
- 1993: Facharzt für Chirurgie

Mitgliedschaften und Ehrenämter

2018	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
2018	Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
seit 2017	Hochschulrat der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
seit 2013	Beirat der AOTrauma Deutschland
seit 2012	Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
seit 2008	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
2013	Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
2012 – 2015	Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
2005 – 2011	Leiter der Sektion Handchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
2005 – 2009	DRG-Beauftragter und Leiter der Arbeitsgemeinschaft DRGs der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
1998 – 2005	Mitglied der Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen

Weitere Mitgliedschaften:

- Akademie der AOTrauma Deutschland
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie (DAHTH)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI)
- Kooperatives Rheumazentrum Rhein-Ruhr
- Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU)
- Vereinigung der Nordwestdeutschen Chirurgen
- Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen

Stand: 2018

Lebenslauf: Professor Dr. med. Jürgen M. Bauer



Past-President der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und Ärztlicher Direktor des Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg

Jürgen M. Bauer ist seit September 2016 Inhaber der von der Robert Bosch Stiftung geförderten W3-Professur für Geriatrie an der Universität Heidelberg sowie Ärztlicher Direktor des AGAPLESION Bethanien Krankenhauses Heidelberg. Zuvor war er Direktor der Universitätsklinik für Geriatrie und Leiter des Geriatriischen Zentrums in Oldenburg.

Nach Abschluss des Studiums der Humanmedizin und Promotion zum Dr. med. an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg 1988 folgten der Abschluss der Facharztausbildung für Innere Medizin 1996, für Gastroenterologie 2001, für Ernährungsmedizin 2004 und für Klinische Geriatrie 2009 sowie die Habilitation in der Inneren Medizin 2011, letztere an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität.

In seiner wissenschaftlichen Tätigkeit beschäftigt sich Jürgen M. Bauer schwerpunktmäßig mit der Pathophysiologie und Therapie der beiden geriatrischen Syndrome Frailty und Sarkopenie. Ferner forscht er an technischen Assistenzsystemen für ältere Patienten sowie zu Patientenpräferenzen bei Polypharmazie. Sein besonderes Interesse gilt zudem der Beziehung zwischen Ernährung und Funktionalität im Alter.

Von 2007-2015 war Jürgen M. Bauer Vorstandsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Geriatrie (EUGMS). Von September 2016 bis September 2018 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Seit 2010 ist er Mitglied des wissenschaftlichen Beirats von ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) und seit 2015 der IOF (International Osteoporosis Foundation). Er ist ferner Vorsitzender der Arbeitsgruppe Sarkopenie der Europäischen Gesellschaft für Geriatrie und Präsident des Jahreskongresses der Europäischen Gesellschaft für Geriatrie (EuGMS), welcher vom 10.-12. Oktober 2018 in Berlin stattfinden wird.

Lebenslauf: Professor Dr. med. Clemens Becker



Chefarzt der Abteilung für Geriatrie und Klinik für Geriatrische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart

Beruflicher Werdegang

- 2000 Habilitation, Universität Ulm
- 1995 Promotion, Universität Heidelberg
- 1983 Approbation, Universität Giessen

Position und Anstellung

- 2012- Professor Gesundheitswissenschaft und Sportwissenschaft, Universität Stuttgart
- 2003- Chefarzt Geriatrie, RBK, Akademisches Krankenhaus der Universität Tübingen
- 1995-2003 Oberarzt, Geriatrie, Bethesda, Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm
- 1993-1994 Psychiatrisches Krankenhaus Giessen, Akademisches Krankenhaus der Universität Giessen
- 1984-1992 Facharztausbildung Innere Medizin

AUSZEICHNUNGEN

- 2013 Schöller Preis
- 2006 Wilhelm Woorth Preis
- 2005 Qualitätsförderpreis Baden-Württemberg
- 2004 Qualitätsförderpreis Baden-Württemberg

Lehre

- 2003- Geriatrie Medicine, Medizinische Fakultät, Universität Tübingen
- 2008- Gerontologie (Master Online Course), Universität Stuttgart

Supervision von Abschlussarbeiten Masterarbeiten und Doktora

- Supervision von Habilitationen (8)
- Supervision von Doktorarbeiten (18)
- Masterarbeiten (15)

Forschungsförderungen (Projekte > 500,000 €)

2017-2020 Comparison of a Group-delivered and Individually Delivered Lifestyle-integrated Functional Exercise (LiFE) Program in Older Persons (LiFE-is-LiFE), Federal Ministry of Education and Research, Role: Co-Principal Investigator

2015-2017 PreventIT (Early risk detection and prevention in ageing people by self-administered ICT-supported assessment and a behavioural change intervention delivered by use of smartphones and smartwatches) H 2020, Role: Work package lead - EU

2015-2019 Prevention and Rehabilitation of Osteoporotic Fractures in Persons with Disadvantages 2 (PROFinD 2 - BMBF)

2015-2017 LongFall –Sustainability of fall prevention in nursing homes in Bavaria

2013-2016 Prevention of Falls Network for Dissemination (ProFouND - EU)

2011-2014 FARSEEING—FALL Repository for the design of Smart and self-adaptive Environments prolonging INdependent living”, FP7-ICT-2011-7

2010-2013 Prevention and Rehabilitation of Osteoporotic Fractures in Persons with Disadvantages 1 (PROFinD 1 - BMBF)

2012-2013 Health effects of cold indoor environments (ICE)

2007-2010 The Bavarian Fall and Fracture Prevention Project in nursing homes in Bavaria

Konferenzen mit Organisation

2015-2018 European Falls Festival - Chair

2014 Chairman, trinational conference on Orthogeriatrics (Alterstraumatologie)

2012 Chairman, national conference on fall prevention

2012 Scientific committee, Joint World Congress of ISPGR and Gait & Mental Function

Mitgliedschaften

European Academy for Medicine of Ageing, Deutsche Gesellschaft Geriatrie und Gerontologie, Gerontological Society of America, DGG

Jury Activities

Commonwealth Fund, Harkness Fellowship Program, Deutscher Alterspreis

Journal Peer Reviews and Editorial Boards

Editorial board: Ageing Clinical and Experimental Research, BMC Geriatrics

Peer Reviews: NEJM, Lancet, BMJ, JAGS, PONE and others

Peer Review Funding bodies

ZONW, NHS, MRC, BMBF, Signapore Ministry of Research, others

Publikationen

- > 250 Artikel (peer-reviewed journals)
- h-index: 47 (Google scholar)
- Citations: > 10,000 (Google scholar)
- 12 Book chapters (e.g. Oxford Textbook of Geriatric Medicine)
- > 200 Präsentationen bei Tagungen

Zehn Publikationen (Beispiele)

- **Becker C**, Kron M, Lindemann U, Sturm E, Eichner B, Walter-Jung B, Nikolaus T. Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(3):306-313.
- **Becker C**, Cameron ID, Klenk J, Lindemann U, Heinrich S, König H-H, Rapp K. Reduction of femoral fractures in long-term care facilities: the Bavarian fracture prevention study. *PLoS One.* 2011;6(8):e24311. doi:10.1371/journal.pone.0024311.
- **Becker C**, Schwickert L, Mellone S, Bagala F, Chiari L, Helbostad JL, Zijlstra W, Aminian K, Bourke A, Todd C, Bandinelli S, Kerse N, Klenk J. Proposal for a multiphase fall model based on real-world fall recordings with body-fixed sensors. *Z Gerontol Geriatr.* 2012;45(8):707-715. doi:10.1007/s00391-012-0403-6.
- **Becker C**, Chiari L. What videos can tell us about falling. *The Lancet.* October 2012. doi:10.1016/S0140-6736(12)61724-3.
- Zieschang T, Schwenk M, **Becker C**, Uhlmann L, Oster P, Hauer K. Falls and Physical Activity in Persons With Mild to Moderate Dementia Participating in an Intensive Motor Training: Randomized Controlled Trial. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2017 Jun 16. doi: 10.1097/WAD.0000000000000201
- **Becker C**, Lord S R, Studenski S A, Warden S J, Fielding R A, Recknor C P, Hochberg M C, Ferrari S L, Blain H, Binder E F, Rolland Y, Poiradeau S, Benson C T, Myers S L, Hu L, Ahmad Q I, Pacuch K R, Gomez E V and Benichou O, on behalf of the STEADY Group. Myostatin antibody (LY2495655) in older weak fallers: a proof-of-concept, randomised, phase 2 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015, Published online October 27, 2015, doi: 10.1016/S2213-8587(15)00298-3
- Büchele G, **Becker C**, Cameron ID, König HH, Robinovitch S, Rapp K. Predictors of Serious Consequences of Falls in Residential Aged Care: Analysis of More Than 70,000 Falls From

Residents of Bavarian Nursing Homes. J Am Med Dir Assoc. 2014 Aug;15(8):559-63. doi: 10.1016/j.jamda.2014.03.015. Epub 2014 May 11

- Rapp K, **Becker C**, Cameron ID, König HH, Büchele G. Epidemiology of Falls in Residential Aged Care: Analysis of More Than 70,000 Falls From Residents of Bavarian Nursing Homes. J Am Med Dir Assoc. 2012
- **Becker C**, Cameron ID, **Klenk J**, **Lindemann U**, Heinrich S, König HH, **Rapp K**. Reduction of Femoral Fractures in Long-Term Care Facilities: The Bavarian Fracture Prevention Study. PLoS ONE 2011; 6(8): e24311. doi:10.1371/journal.pone.0024311
- Lamb SE, **Becker C**, Gillespie LD, Smith JL, Finnegan S, Potter R, **Pfeiffer K**, taxonomy investigators. Reporting of complex interventions in clinical trials: development of a taxonomy to classify and describe fall-prevention interventions. Trials 2011, 12:125 doi: 10.1186/1745-6215-12-125.

Stand: 2018

Lebenslauf: Professor Dr. med. Ulrich Liener



Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Marienhospital Stuttgart

Beruflicher Werdegang:

- 2014 Physikalische Therapie und Balneologie
- 07/2011 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Ulm
- Seit 07/2009 Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte, Marienhospital Stuttgart
- 2006 Europäisches Facharztexamen EBSQ Traumatology
- 2006 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2005 Oberarzt der Abteilung für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinik Ulm
- 2003 Habilitation im Fach Unfallchirurgie an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, Thema: „Immunologische Reaktionen nach experimentellem Thoraxtrauma“
- 2003 Reisestipendium der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese Deutschland (AO)
- 2003 ATLS-Provider (ATLS = Advanced Trauma Life Support)
- 2003 Schwerpunkt Unfallchirurgie
- 2000 Facharzt für Chirurgie
- 1994 – 2000 Facharzt Ausbildung an der Universitätsklinik Ulm; klinische Tätigkeit in der Abteilung für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie

- 1994 Promotion, Thema: „Differenzierte operative Therapie infektiöser Spondylitiden“
- 1994 Approbation
- 1988 – 1994 Studium der Humanmedizin an den Universitäten Gießen und Ulm

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der DGU
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE)
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)
- Bundesverband der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte
- Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese Deutschland (AO)

Gutachter wissenschaftlicher Zeitschriften:

- Der Unfallchirurg
- Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Injury
- Archives of Orthopaedic and Trauma Surge

Stand: 2018

Lebenslauf: Prof. Dr. phil. Dr. h. c. mult. Ursula Lehr



Ministerin a. D., Stellvertretende Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren Organisationen (BAGSO)

- Diplom-Psychologin
- Großes Verdienstkreuz mit Stern des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschlands
- Forschungen im Bereich der Entwicklungs- und Sozialpsychologie und der Gerontologie, ältere Arbeitnehmer, demografischer Wandel

1930	geb. in Frankfurt am Main
	Studium der Psychologie und Philosophie an den Universitäten Frankfurt und Bonn
1954	Promotion
1968	Habilitation (Forschungen „Frau und Beruf“)
1972 – 1975	Lehrstuhl Univ. Köln
1975 – 1986	Lehrstuhl Univ. Bonn
1986 – 1998	Lehrstuhl für Gerontologie Univ. Heidelberg
seit 2001	Prof. an der Europa-Universität in Yuste/Extramadura in Spanien
1988 – 1991	Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
1991 – 1994	Mitglied des Deutschen Bundestages
1988	Ehrenpromotion der Universität Fribourg/Schweiz und
2009	Ehrenpromotion der Universität Vechta
seit 1994	Korrespondierendes Mitglied der Österreichischen Akademie der Wissenschaften
seit 1998	Korrespondierendes Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig
1973	Max Bürger Preis der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie (DGG, später DGGG)

Pressekonferenz

„Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und der PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie“
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

- | | |
|-------------|--|
| 2006 | Ignatius Nascher-Preis der Stadt Wien für Geriatrie |
| 1974 – 1977 | Vizepräsidentin der DGG |
| 1997 – 1998 | Präsidentin der DGGG |
| 2004 – 2008 | Präsidentin der Vereinigung der ehemaligen Mitglieder des Deutschen Bundestages und des Europäischen Parlaments e.V. |
| seit 2009 | Vorsitzende der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren Organisationen) |
| seit 2015 | stellvertretende Vorsitzende der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren Organisationen) |

Stand: 2018



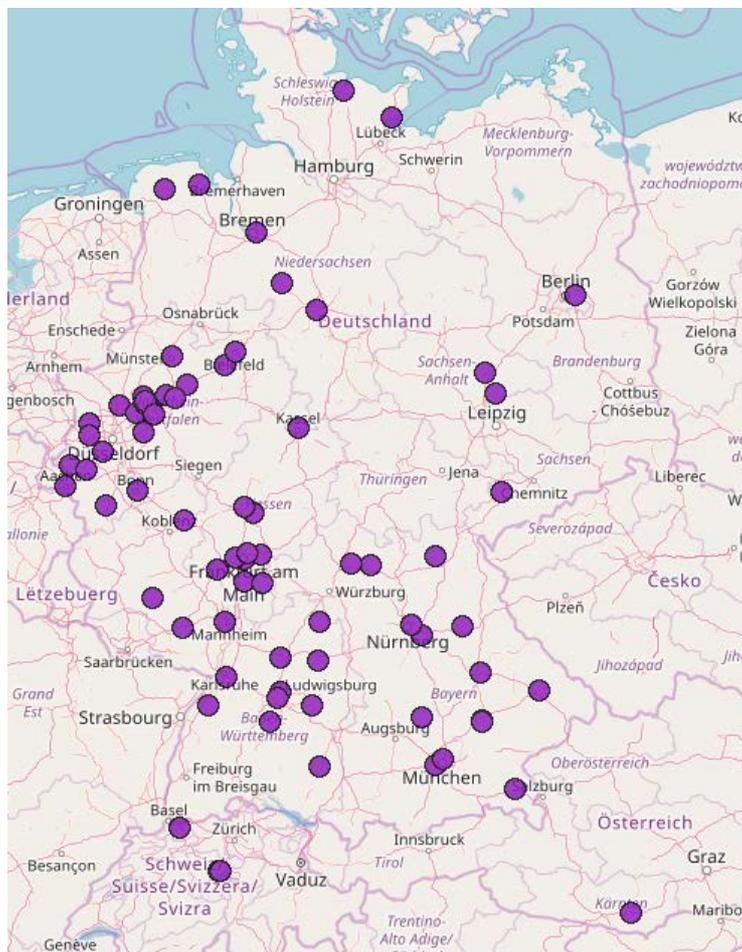
Pressekonferenz

Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und der PROFinD-Studie zur Versorgung älterer Menschen in der Unfallchirurgie
am 26.09.2018 von 11 bis 12 Uhr in Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

Folgendes Bildmaterial steht im Zusammenhang mit der Berichterstattung zum Thema Alterstraumatologie/AltersTraumaZentrum DGU® zum Download auf www.dgu-online.de zur freien Verfügung:

Übersichtskarte der Zentren

Anzahl: Derzeit sind 77 Kliniken als AltersTraumaZentrum DGU® zertifiziert (Stand: September 2018)
Copyright: AUC – Akademie der Unfallchirurgie



Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda und Swetlana Meier
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: 030/340 60 36 -06 oder -16
E-Mail: presse@dgu.de



Pressemitteilung von DGU und DGG

Tag der älteren Generation am 1. Oktober 2018

Fitness für Senioren: Kraft- und Balanceübungen vermindern Sturzgefahr

Berlin, 18.09.2018: Anlässlich des Tags der älteren Generation am 1. Oktober 2018 geben die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) Tipps zur Vermeidung von Stürzen im hohen Alter. Denn bereits ab dem 50. Lebensjahr nehmen Balance, Muskelkraft, Ausdauer und Beweglichkeit ab, sodass mit zunehmendem Alter das Risiko steigt, zu stürzen und sich dabei zu verletzen. Senioren können dem entgegenwirken: mit gezieltem Training von Kraft und Balance. Dennoch werden derzeit in Deutschland jährlich mehr als 400.000 ältere Menschen nach einem Sturz im Krankenhaus behandelt, häufig wegen einer Hüftfraktur. Wie die medizinische Versorgung in diesem Fall aussieht, erläutern Experten der DGU und DGG auf einer Pressekonferenz am 26. September 2018 in Berlin.

Jeder Dritte über 65 Jahre stürzt mindestens einmal pro Jahr, bei den über 80-Jährigen sogar fast jeder Zweite (1). Laut Robert Koch-Institut passieren mehr als die Hälfte der Sturzunfälle bei Personen ab 60 Jahre zu Hause oder in der unmittelbaren Umgebung, zum Beispiel im Garten oder in der Garage. „Die häufigsten Ursachen sind eine schwache Muskulatur und Probleme mit der Balance. Aber auch Seh- und Höreinschränkungen oder Medikamente, die die Reaktionsfähigkeit einschränken, tragen dazu bei“, sagt DGU-Präsident Professor Dr. Joachim Windolf, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie der Universitätsklinik Düsseldorf.

Um Verletzungen durch Stürze zu vermeiden, ist es wichtig, auch im Alter eine gute körperliche Fitness zu erhalten. „Schon mit einem einfachen Gleichgewichts- und Krafttraining kann die Sturzgefahr erheblich gemindert werden“, erklärt Professor Dr. Clemens Becker, Leiter der Bundesinitiative Sturzprävention. Der Chefarzt der Abteilung für Geriatrie und Klinik für Geriatriische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart ergänzt: „Häufige Stürze verursachen auch hohe Kosten für Operationen und anschließende Rehabilitation. Maßnahmen zur Prävention wirken sich also nicht nur positiv auf die individuelle Lebensqualität aus, sondern entlasten auch das Gesundheitssystem.“

Generell ist jede Art von Aktivität und Bewegung sinnvoll, auch wenn es sich dabei nicht um ein spezielles Training handelt. „Entscheidend ist es, aktiv zu bleiben“, betont Professor Dr. Ulrich Liener, Leiter der DGU-Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie und Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Marienhospital Stuttgart. Er ergänzt: „Wer sicher auf den Beinen ist, fällt nicht so schnell hin.“

Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Altersmediziner (Geriatern) geben Tipps für Übungen, die Senioren in ihren Alltag einbauen können, um Balance und Kraft zu trainieren und so Stürze zu verhindern. Für den schnellen Überblick eignet sich das Poster „Sicher auf den Beinen – Stürze vermeiden“.

Regelmäßige Bewegung im Alltag:

- Spazierengehen und Wandern
- Treppensteigen
- Tanzen gehen
- Täglich Balanceübungen durchführen, zum Beispiel auf einem Bein stehen und Zähne putzen.



- Täglich Kraftübungen durchführen, zum Beispiel wiederholt gegen eine Wand drücken (Wandliegestütz).

Neues ausprobieren:

- Tai Chi (chinesische Bewegungsübungen)
- Kegeln
- Boule spielen

Aktiv werden:

- Regelmäßiges Kraft- und Balance-Training mindestens zwei oder drei Mal pro Woche allein oder in der Gruppe, auch im Herbst und Winter – gut ist, wenn regelmäßiges Muskeltraining bei älteren Menschen zum Alltag gehört wie essen und trinken. Ein ausführliches Übungsprogramm inklusive Übungstagebuch finden Interessierte in der Broschüre „Das Übungsprogramm – Fit und beweglich im Alter“

Weitere Tipps und Hilfen aus der Broschüre „Einführung in die Sturzprävention“:

- Unfallquellen im Heim beseitigen: Zu Hause für gute Beleuchtung sorgen und auf dicke Teppiche und andere Stolperfallen, wie herumliegende Gegenstände, verzichten.
- Warnzeichen ernst nehmen: Beeinträchtigen Seh- und Hörprobleme sowie Schwindel den Alltag, sollte der Arzt aufgesucht werden.
- Gute Ernährung: Auf einen ausgeglichenen Vitamin D- und Kalziumhaushalt achten. Das stärkt die Knochengesundheit.

Download Informationsmaterial für Patienten:

Broschüre: „Gleichgewicht und Kraft – Einführung in die Sturzprävention“

Broschüre: „Gleichgewicht und Kraft – Das Übungsprogramm“

Plakat: „Sicher auf den Beinen – Stürze vermeiden“

Referenzen:

1) Fall incidence in Germany: results of two population-based studies, and comparison of retrospective and prospective falls data collection methods, Kilian RappEmail et al., <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-105>

Terminhinweis:

Pressekonferenz

Überlebensrate älterer Patienten nach Hüftbruch ist deutlich höher bei Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmediziner

Mittwoch, 26. September 2018, 11 – 12 Uhr

Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1-2

Schiffbauerdamm 40

10117 Berlin

Programm

Bitte akkreditieren Sie sich für die Pressekonferenz unter: presse@dgou.de

Akkreditierung und Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda, Swetlana Meier

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) e.V.



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE



Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 340 60 36 -06 oder -00
Telefax: +49 (0)30 340 60 36 01
E-Mail: presse@dgou.de

Torben Brinkema
i. A. der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
Pressesprecher
medXmedia Consulting KG
Nymphenburger Str. 19
80335 München
Tel.: 089/230 69 60 21
E-Mail: presse@dggeriatrie.de

Sollten Sie die Pressemitteilungen der Fachgesellschaften (DGOU, DGU, DGOOC) künftig nicht mehr erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender E-Mail-Adresse ab: presse@dgou.de