

Pressegespräch
Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und Orthogeriatric
16. Februar 2022

Mediziner stellen neue Versorgungsansätze für die Behandlung von Knochenbrüchen und den Einsatz künstlicher Gelenke bei älteren Menschen vor

Inhalt

- Einladung
- DGOU- und DGG-Pressemitteilung vom 16. Februar 2022
- Redemanuskripte von Professor Dr. Clemens Becker, Professor Dr. Ulrich Liener, Professor Dr. Rainer Wirth, Professor Dr. Dieter Wirtz
- Lebensläufe der Referenten
- Übersichtskarte AltersTraumaZentren

Weitere Information

- Das Weißbuch Alterstraumatologie und Orthogeriatric und die vollständigen Presseunterlagen stehen unter www.dgou.de und www.dggeriatrie.de zum Download zur Verfügung.

Kontakt für Rückfragen:

Swetlana Meier
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 340 60 36 -16 oder -00
E-Mail: presse@dgou.de
www.dgou.de

Torben Brinkema
i. A. der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)
Pressesprecher
medXmedia Consulting KG
Nymphenburger Str. 19
80335 München
Tel.: 089/230 69 60 49
E-Mail: presse@dggeriatrie.de

EINLADUNG ZUM ONLINE-PRESSEGESPRÄCH AM 16.02.2022

Weißbuch Alterstraumatologie und Orthogeriatric erschienen: Mediziner stellen neue Versorgungsansätze für die Behandlung von Knochenbrüchen und den Einsatz künstlicher Gelenke bei älteren Menschen vor

Berlin, 02.02.2022: Die Zahl älterer Menschen steigt stetig, daher braucht es neue Konzepte der orthopädisch-unfallchirurgischen Behandlung, Rehabilitation und Prävention. Das jetzt erschienene Weißbuch Alterstraumatologie und Orthogeriatric der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) zeigt den Weg auf zu einer optimalen medizinischen Behandlung des Bewegungsapparates älterer Menschen und definiert die dafür nötigen Standards.

Im Rahmen des Pressegespräches stellen wir die Erfolge, die Fortsetzung sowie Erweiterung des Weißbuchs Alterstraumatologie vor. Dieses hat nach der Erstveröffentlichung 2018 bereits zu signifikanten Veränderungen in der Versorgung älterer Menschen geführt.

Im jüngsten [WHO-Bericht](#) zum Thema Unfälle älterer Menschen wird darauf hingewiesen, dass eine deutliche Zunahme der Verletzungen älterer Menschen erwartet wird. Gleichzeitig erhalten viele hochbetagte Menschen ein künstliches Gelenk, um länger mobil und selbstbestimmt zu leben. Das zeigt die Herausforderung, die Gesundheitssysteme auf eine älter werdende Bevölkerung auszurichten.

Wir laden Sie herzlich ein zu einem Pressetermin am 16. Februar 2022

Teil 1: 11 bis 12 Uhr - Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und Orthogeriatric inkl. Fragerunde

Teil 2: 12 bis 13 Uhr - Vertiefendes Hintergrundgespräch zu Fachfragen

Ihre Gesprächspartner sprechen zu folgenden Themen:

1. Demografischer Wandel: Bekommen alte Menschen heute bereits die bestmögliche orthopädisch-unfallchirurgische Behandlung? Wo stehen wir und wo wollen wir hin?

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

2. Multimorbidität, Medikamentencocktails und Delir: Welche Besonderheiten gibt es bei der Versorgung älterer Menschen?

Professor Dr. Rainer Wirth, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und Direktor der Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation des Marien Hospitals Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

3. Versorgung von Oberschenkelhalsbrüchen: Die Überlebensrate älterer Patienten und Mobilität nach Hüftbruch ist besser bei strukturierter Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmedizinern. G-BA Beschluss 2021 und welche Fortschritte gab es seitdem?

Professor Dr. Clemens Becker, Leiter der Unit Digitale Geriatrie, Universitätsklinik Heidelberg
Forschungsleiter, Mobilise-D, Robert-Bosch-Gesellschaft für Medizinische Forschung, Stuttgart

4. Mobil im Alter: Einsatz von künstlichen Hüftgelenken speziell angepasst an die Bedürfnisse älterer Menschen. Gezielte Vorbereitung auf die Operation, besondere Behandlungsmethoden und Nachbehandlung stationär und ambulant.

Professor Dr. Dieter Wirtz, Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn

Die Veranstaltung findet online per Zoom statt. Die Zugangsdaten für das Pressegespräch erhalten Sie per E-Mail nach Ihrer Akkreditierung. Schicken Sie dazu bitte eine Nachricht an:

presse@dgou.de oder **presse@dggeriatrie.de**.

Gerne senden wir Ihnen auf Wunsch vorab auch den Link zum Download des Weißbuchs zu.

Kontakt:

Swetlana Meier

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und 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 e. V. (DGG)

Pressesprecher

medXmedia Consulting KG

Nymphenburger Str. 19

80335 München

Tel.: 089/230 69 60 49

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

Pressemitteilung von DGOU und DGG

Weißbuch Alterstraumatologie und Orthogeriatric erschienen

Orthopäden und Unfallchirurgen starten mit Altersmedizinern den Aufbruch in eine optimierte Versorgung älterer Menschen

Berlin, 16.02.2022: Das neu erschienene Weißbuch Alterstraumatologie und Orthogeriatric zeigt den Weg auf zu einer besseren medizinischen Behandlung des Bewegungsapparates bei älteren Menschen. Es definiert Strukturen und Prozesse bei der Versorgung von Altersbrüchen und erstmals auch für planbare Eingriffe – wie das Einsetzen von künstlichen Hüftgelenken. „Das neue Weißbuch soll Entscheidungsträgern in Medizin und Politik Fakten an die Hand geben, um die Versorgung unserer alternden Gesellschaft sicherzustellen. Letztendlich entscheidet die soziale Gemeinschaft, wie viel Lebensqualität im Alter erreichbar und finanzierbar ist“, sagt DGOU-Vizepräsident Prof. Dr. Dieter C. Wirtz. Der Leitfaden wurde von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) erstellt.

In Deutschland werden pro Jahr derzeit mehr als 400.000 Altersbrüche behandelt. Eine vergleichbar große Anzahl an Patienten wird darüber hinaus mit orthopädischen Erkrankungen im Alter von mindestens 80 Jahren oder älter als 70 Jahren mit mehreren Krankheiten stationär betreut. Die Herausforderung: eine bestmögliche medizinische Betreuung bei Verletzungen, Verschleiß oder Erkrankungen des Knochen- und Bewegungsapparates, um die Lebensqualität von Senioren und Seniorinnen zu erhöhen und Folgeerkrankungen abzuwenden. Dabei müssen die körperlichen Besonderheiten älterer Menschen noch stärker Beachtung finden. „Ältere Menschen sind nicht einfach nur altgewordene Erwachsene, die an einer zunehmenden Zahl von Krankheiten leiden, sondern Menschen mit sehr unterschiedlichem Stoffwechsel und einer sehr eigenen Physiologie, die durch eine besonders hohe Anfälligkeit für Infektionen, Verletzungen und Komplikationen gekennzeichnet ist“, sagt Prof. Dr. Rainer Wirth, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG).

„Eine altersgerechte Behandlung erfordert Kooperationsmodelle beziehungsweise sogenannte geriatrische Co-Management-Modelle. Diese wurden speziell für ältere Menschen bereits bei der Versorgung von Knochenbrüchen eingeführt, insbesondere bei der Versorgung von Patienten mit Oberschenkelhalsbrüchen“, sagt Prof. Dr. Clemens Becker, Mitherausgeber und DGG-Experte. Damit lässt sich laut Studienergebnissen die Sterblichkeit älterer Patienten um mehr als 20 Prozent senken. „Grundsätzlich ist die Behandlung von Erkrankungen am Bewegungsapparat bei älteren Menschen nur durch die eng verzahnte Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen möglich. Experten aus der Orthopädie und Unfallchirurgie, Altersmediziner sowie Fachleute aus Anästhesie und Pflege- und Therapieberufen müssen den alten Menschen ganzheitlich behandeln“, sagt Prof. Dr. Ulrich Liener, stellvertretender Leiter der Sektion Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Das ist auf Grundlage eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2021 für die Unfallchirurgie bereits gesetzlich verankert. Ziel ist, bis 2025 überall interdisziplinäre und interprofessionelle Einheiten unter der Leitung von Orthopäden, Unfallchirurgen und Altersmedizinern zu schaffen.

Nun müssen entsprechende Regelungen auch für planbare Eingriffe – wie den Einsatz von künstlichen Gelenken folgen. Neben der verzahnten Behandlung unterschiedlicher Fachdisziplinen gilt es, den zeitlichen Planungsvorlauf aktiv zur Vorbereitung des Patienten zu nutzen, um ihn in einen bestmöglichen körperlichen Zustand zu versetzen. Es müssen nicht nur Infektionen, Herzrhythmusstörungen vor der Operation festgestellt und behandelt werden, sondern auch die Medikation und der Stoffwechsel müssen optimiert werden. Auch der Betreuung nach einer

Operation sollte noch eine größere Bedeutung beigemessen werden, um das OP-Ergebnis langfristig zu verbessern und die Komplikationsrate zu mindern.

Zeitliche Planbarkeit beim Einsatz von künstlichen Gelenken nutzen

Vor der Operation:

- optimierte Einstellung der Medikamente
- optimierte frühzeitige Schmerztherapie
- Hemmung der Blutgerinnung durch Gabe von gerinnungshemmenden Medikamenten
- Steigerung der Patientensicherheit durch Stärkung der körpereigenen Blutreserven
- Vermeidung von Flüssigkeitsverlust und weitere Maßnahmen

Behandlung während der Operation:

- Der gealterte und weniger feste Knochenapparat erfordert geeignete Behandlung und Operationstechniken.
- Bestehende Erkrankungen, die Medikation sowie die körperliche Verfassung des Erkrankten müssen berücksichtigt werden.

Nachbehandlung nach einer Operation:

- Die Nachbehandlung muss individuell für den Patienten angepasst werden.
- Sie sollte sowohl stationär als auch deutlich häufiger ambulant stattfinden, wo dies möglich ist.

Auf die Herausforderungen einer interdisziplinären Zusammenarbeit sind viele Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte jedoch noch nicht optimal vorbereitet, belastbare Strukturen sind häufig nicht vorhanden. Auch die Vor- und Nachbehandlung muss strukturell verbessert werden, da sie derzeit noch erhebliche Defizite und Lücken aufweist. Das zu ändern, ist die Herausforderung für die nächsten Jahre, um die bestmögliche orthopädisch-unfallchirurgische Behandlung älterer Menschen sicherzustellen.

Weitere Informationen:

[Download Pressemappe](#) zum Pressegespräch am 16.02.2022: Weißbuch Alterstraumatologie und Orthogeriatric erschienen: Mediziner stellen neue Versorgungsansätze für die Behandlung von Knochenbrüchen und den Einsatz künstlicher Gelenke bei älteren Menschen vor

Kontakt für Rückfragen:

Swetlana Meier
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 340 60 36 -06 oder -00
E-Mail: presse@dgou.de

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

Statement von Professor Dr. Ulrich Liener

Stellvertretender Leiter der DGU-Sektion Alterstraumatologie und Leiter der Klinik für
Orthopädie und Unfallchirurgie Marienhospital Stuttgart
anlässlich der Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und Orthogeriatric
16. Februar 2022

Demografischer Wandel: Bekommen alte Menschen heute bereits die bestmögliche orthopädisch-unfallchirurgische Behandlung? Wo stehen wir und wo wollen wir hin?

Welche Herausforderungen und zukünftige Entwicklungen sind zu erwarten?

Die Bedeutung von Verletzungen im Alter ist enorm. So erleiden jährlich ca. 700.000 Patienten Knochenbrüche infolge von Knochenschwund (Osteoporose), die meistens von einem Sturz ausgelöst werden. Da das Risiko von Knochenbrüchen mit dem Alter zunimmt, ist in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung mit einer drastischen Zunahme an osteoporotischen Frakturen zu rechnen. Hochrechnungen zufolge wird die Anzahl der Frakturen bis 2030 bzw. 2050 um 21 Prozent bzw. 57 Prozent zunehmen. Bei Hüftfrakturen muss sogar von einer Zunahme von 70 Prozent ausgegangen werden, sollte es nicht gelingen, das Frakturrisiko deutlich zu senken. Obwohl die Sterblichkeit (Mortalität) bei Hüftfrakturen in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist, liegt die 12-Monats-Sterblichkeit der gebrechlichen Patienten weiterhin bei ca. 25 Prozent. Häufig verlieren die Patienten die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung. Etwa 30 Prozent der Patienten werden nach einer Hüftfraktur im Rahmen der Pflegeversicherung erstmalig als pflegebedürftig eingestuft. Aufgrund des demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass die Kosten für die Versorgung von osteoporotischen Frakturen in den kommenden Jahren überproportional ansteigen werden. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass die gesellschaftlichen Versorgungskosten in Deutschland von ca. elf Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 14 Milliarden Euro im Jahr 2030 ansteigen werden. Die zu erwartenden Herausforderungen an unser Gesundheitssystem werden in Anbetracht dieser Entwicklungen und des bereits bestehenden Personal- und Fachkräftemangels enorm sein. Es bedarf daher neuer Ansätze, um weiterhin eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Wo stehen wir?

In mehreren großen wissenschaftlichen Untersuchungen 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. Aufgrund dieser Erkenntnisse initiierte die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie ein Zertifizierungssystem zur Etablierung von AltersTraumaZentren DGU®, in welchen die oben genannten Behandlungsgrundsätze umgesetzt sind. Mittlerweile existieren in Deutschland 130 dieser Schwerpunkt- und Exzellenzzentren für die Behandlung von Altersverletzungen. Der Gesetzgeber hat durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) seinerseits medizinisch sinnvolle aber organisatorisch aufwendige Vorgaben für die Behandlung von hüftgelenksnahen Frakturen erlassen. So müssen Patienten seit 2021 innerhalb von 24 Stunden operativ versorgt werden und durch einen Altersmediziner mit behandelt werden. Ebenfalls muss am Wochenende eine Physiotherapie erfolgen. Diese medizinisch sinnvollen Vorgaben führen jedoch zu einer wesentlichen Erhöhung des Aufwands, welche bislang nicht durch eine entsprechende Vergütung der Behandlungskosten gedeckt ist.

Wo wollen wir hin?

Ziel aller Maßnahmen ist der Erhalt der flächendeckenden Versorgung und einer weiteren Steigerung der Versorgungsqualität. Hierzu sind folgenden Maßnahmen notwendig:

Nutzung und Ausbau der Netzwerkstrukturen der flächendeckenden TraumaZentren der DGU

Die von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) aufgebaute Netzwerkstruktur der TraumaZentren hat zu einer flächendeckenden Sicherung der Versorgung von schwerverletzten Patienten geführt. Diese Strukturen können zukünftig auch für die Versorgung von älteren Patienten und die zukünftige telemedizinische, begleitende Beratung genützt werden.

Weiterer Ausbau der AltersTraumaZentren

Aufgrund der zukünftigen demografischen und gesellschaftlichen Herausforderungen ist ein weiterer Ausbau der Anzahl der AltersTraumaZentren notwendig, um in Analogie zu den Stroke Units eine flächendeckende Versorgung nach derzeitigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand und auf hohem Niveau zu gewährleisten. Durch die Zentren erfolgt im Rahmen eines Registers bereits jetzt auch die flächendeckende Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität, um den Therapieerfolg auf der Basis von wissenschaftlichen Daten weiterzuentwickeln.

Senkung der Anzahl von osteoporotischen Folgefrakturen durch flächendeckende

Sekundärprävention mit medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen

Der überwiegende Teil der Patienten und Patientinnen mit hüftgelenksnahen Oberschenkelfrakturen hat bereits in den Jahren zuvor eine osteoporotische Fraktur erlitten. Durch eine flächendeckende

Sekundärprävention – das bedeutet durch die Einleitung einer Osteoporosetherapie und Sturzprävention unmittelbar nach der ersten osteoporotischen Fraktur – lässt sich nachweislich die Rate von Folgefrakturen und die Sterblichkeit deutlich senken. Aufgrund der Relevanz von Folgefrakturen müssen Strukturen geschaffen werden, die diese flächendeckende Sekundärprävention sektorenübergreifend sicherstellen. Beispiele hierfür sind Disease-Management-Programme, die Sturzprävention im Rahmen des Präventionsgesetzes und des Leitfadens Prävention sowie Fracture Liaison Services.

Sicherung der Versorgung durch Anpassung der Vergütung

In Anbetracht des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels ist davon auszugehen, dass sich die Zahl der Krankenhäuser, die weiter an der Akutversorgung teilnehmen, in den kommenden Jahren deutlich reduzieren wird. Zugleich wird aber die Anzahl der zu versorgenden Patienten drastisch ansteigen. Zusätzlich führen die medizinisch korrekten Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu deutlich erhöhten Kosten in der Akutversorgung. Diese Mehrkosten werden bisher nicht abgedeckt. Es bedarf daher einer signifikanten Verbesserung der Erlössituation, um die Aufwendungen der Kliniken zu refinanzieren. Andernfalls droht ein Fehlanreiz, sich nicht mehr an der Versorgung zu beteiligen.

(Es gilt das gesprochene Wort, 16.02.2022)

Statement von Professor Dr. Rainer Wirth

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und
Direktor der Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation des Marien Hospital Herne –
Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
anlässlich der Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und Orthogeriatric
16. Februar 2022

**Multimorbidität, Medikamentencocktails und Delir: Welche Besonderheiten gibt es bei der
Versorgung älterer Menschen?**

Ältere Menschen sind nicht einfach nur altgewordene Erwachsene, die an einer zunehmenden Zahl von Krankheiten leiden, sondern Menschen mit einem sehr unterschiedlichen Stoffwechsel, einer sehr eigenen Physiologie, die insbesondere durch eine ausgeprägte Vulnerabilität gekennzeichnet ist. Dies bedeutet, eine vermeintlich unbedeutende Ursache kann schwerwiegende Folgen nach sich ziehen, wie der berühmte Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt. Diese Vulnerabilität des alten Menschen, die wir in der Geriatrie Frailty, im Sinne von Fragilität, nennen, gilt es frühzeitig zu erkennen und bei der Therapie jeglicher Erkrankung zu berücksichtigen.

Immobilität und Mangelernährung bei älteren Patienten vermeiden

Beispielsweise verlieren gesunde ältere Menschen im Mittel etwa ein Prozent ihrer Muskelmasse und vier Prozent ihrer Muskelkraft pro Jahr. Das verschafft ihnen bei immobilisierenden Erkrankungen leider eine andere, deutlich schlechtere Ausgangslage. So konnten beispielsweise 2019 Kouw et al. in einer Studie zeigen, dass ältere Menschen in den ersten sechs Tagen nach einem elektiven Hüftgelenkersatz vier Prozent der Muskelmasse des gesunden Beines verlieren. Das ist der Effekt von vier Jahren Alterung auf die Muskulatur durch sechs Tage Immobilität. In einer ähnlichen Studie konnte meine Arbeitsgruppe zeigen, dass dieser Effekt der krankheitsbedingten Immobilität durch Mangelernährung, also eine unzureichende Kalorienaufnahme, quasi verdoppelt wird. Daher gilt es, Immobilität und Mangelernährung bei den alten Patienten, die ohnehin altersbedingt eine geringere Muskulatur aufweisen, so gut wie möglich zu vermeiden, was wir mit dem vorgestellten Konzept der Alterstraumatologie und Orthogeriatric tun.

Risiko für Delir reduzieren

Aber dies ist nur einer von vielen Aspekten, der zeigt, dass die optimale medizinische Versorgung betagter Patienten besondere Konzepte benötigt. Frisch operierte Patienten benötigen in der Regel

eine Schmerztherapie. Nicht jeder ältere Patient verträgt die unterschiedlichen Schmerzmittel gleich gut und schon gar nicht so gut wie jüngere Erwachsene. Aufgrund von Vorerkrankungen und anderer medikamentöser Therapien bestehen häufig Kontraindikationen für bestimmte Schmerzmittel. Das falsche Schmerzmittel oder die falsche Dosierung können sehr leicht zu einem akuten Verwirrtheitszustand, einem sogenannten Delir, beitragen, welches die Prognose des Patienten massiv verschlechtert und schwierig zu behandeln ist. Das Delir ist ein anderes Beispiel für das Phänomen des Tropfens, der das Fass zum Überlaufen bringen kann. Eine scheinbar harmlose Elektrolytentgleisung, eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr, bestimmte Arzneimittel und vieles mehr können zur Entstehung dieser für die Menschen oft katastrophalen Erkrankung beitragen. Wir wissen heute, dass ein solches Delir bei etwa 30 Prozent aller Patienten mit hüftgelenksnahen Frakturen auftritt und zu einer Verdopplung der Pflegeheimweisungen und der 30-Tages-Sterblichkeit führt. Wahrscheinlich lässt sich nicht jedes Delir verhindern, doch haben Studien gezeigt, dass die Rate dieser akuten Verwirrtheitszustände durch gute Konzepte und eine altersgerechte Patientenbetreuung deutlich reduziert werden kann.

Diese Risiken gilt es frühzeitig zu erkennen und bei der Behandlung zu berücksichtigen. In diesen Themenfeldern ist der Chirurg, der im OP einen hervorragenden Job macht, eben nicht der Spezialist, sondern bedarf der Unterstützung durch Geriater, die auf die Vorbeugung und Behandlung dieser Erkrankungen spezialisiert sind.

Fazit

- Alte Patienten sind durch eine starke Vulnerabilität gekennzeichnet.
- Diese Vulnerabilität (Frailty) führt häufig zu Komplikationen während der Behandlung.
- Die entsprechenden Risiken (Delir, Muskelverlust, Verlust der Mobilität, Arzneimittelnebenwirkungen, u. a.) müssen frühzeitig erfasst und in das Behandlungskonzept einbezogen werden.

(Es gilt das gesprochene Wort, 16.02.2022)

Statement von Professor Dr. Clemens Becker

Leiter der Unit Digitale Geriatrie, Universitätsklinik Heidelberg
Forschungsleiter, Mobilise-D, Robert-Bosch-Gesellschaft für Medizinische Forschung, Stuttgart
anlässlich der Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und Orthogeriatric
16. Februar 2022

Versorgung von Oberschenkelhalsbrüchen: Die Überlebensrate älterer Patienten und Mobilität nach Hüftbruch ist besser bei strukturierter Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmedizinern. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Beschluss 2021 und welche Fortschritte gab es seitdem?

Hintergrund

Im Jahr 2020 wurden im Deutschen Ärzteblatt Zahlen von uns vorgelegt, die bei mehr als 50.000 Patienten gezeigt haben, dass durch eine geregelte Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgen und Geriatern die Sterblichkeit um 20 Prozent gesenkt werden kann. Vor diesem Hintergrund hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, dass diese Versorgungsform zur Regelversorgung werden soll. Dies wurde rechtsgültig im Bundesanzeiger bekannt gegeben. Die Übergangsfristen gelten bis 2025. Bereits jetzt haben sich vielen Abteilungen auf den Weg gemacht. Der optimale Weg hierfür sind die zertifizierten alterstraumatologischen Zentren. Die Einjahresmortalität in Deutschland beträgt derzeit 25 Prozent, in England 30 Prozent. Es gibt auch Länder wie Frankreich, die noch besser abschneiden. Dort wollen wir hin. Dies wird im Weißbuch weiter ausgeführt.

Epidemiologie und Kosten

Das Statistische Bundesamt berichtet über eine Zunahme der alterstraumatologischen Verletzungen. Diese Veränderungen sind demografiebedingt erklärbar. Sie deuten aber auch darauf hin, dass die Primär- und Sekundärprävention in Deutschland unzureichend ist. Dies betrifft die Osteoporosetherapie genauso wie die Umsetzung der Sturzprävention, die im Rahmen der G7-Präsidentschaft durch die französische Regierung adressiert werden soll. Neben der Zunahme der Verletzungen von derzeit fast 500.000 Verletzungen mit stationärer Einweisung wird eine Verschiebung der sturzbedingten Verletzungen beobachtet. Vor allem Stürze, bei denen ältere Menschen mit dem Gesäß oder Rücken aufprallen, nehmen zu. Becken- und Wirbelkörperfrakturen sowie Schädelhirntraumata zeigen eine drastische Zunahme. Diese hat eine kürzlich aus Regensburg vorgelegte Untersuchung gezeigt. Dies ist der Grund, warum wir diese Verletzungen im neuen

Weißbuch breiter erklärt haben. Derzeit werden mehrere Milliarden Euro für die Behandlung ausgegeben. Die Behandlung der Folgekosten ist aus gesellschaftlicher Sicht ebenfalls sehr hoch. Die Mehrkosten für die bessere Therapie sind sehr gut angelegt, weil damit Pflegebedarf und Heimeinweisungen vermieden werden.

Verbesserung der Selbstständigkeit durch Co-Management

Die Operation und die perioperative Betreuung sind wichtig (siehe Statements von Prof. Liener und Prof. Wirth). Ab dem zweiten Tag ist es dann wichtig, dass das Training beginnt. Unsere Untersuchungen in Deutschland zeigen, dass in den Bundesländern, wo eine besonders gute geriatrische Rehabilitation stattfindet, die Heimeinweisungen um 25 Prozent niedriger liegen als in den Bundesländern, in denen nach der kurzen Akutbehandlung keine weitere Rehabilitation durchgeführt wird. Auch diese Daten wurden publiziert und vorgestellt und werden im BMG beraten.

COVID-19 und Unfälle

Die Pandemie hat unterschiedliche Auswirkungen auf das Unfallgeschehen. Die meisten der genannten Unfälle sind innerhäuslich. Daher hat die Pandemie relativ geringe Auswirkungen auf das Unfallgeschehen älterer Menschen. Neue Untersuchungen zeigen aber, dass relativ viele Patienten mit COVID-19 und Frakturen in die Kliniken eingewiesen wurden. Deren Mortalität war sehr hoch. Weiterhin erwarten wir durch die Pandemie eine Verschlechterung der körperlichen Aktivität großer Teile der Bevölkerung. Diese „pandemische Dekonditionierung“ wird möglicherweise mittelfristig zu einer drastischen Zunahme der Frakturen als Folge der neuromuskulären Inaktivität führen. Es ist daher sehr wichtig, mit Sportvereinen, Fitnessstudios und Personal Trainern darüber nachzudenken, wie man in der Post-Omikron-Phase wieder fit wird.

(Es gilt das gesprochene Wort. Stuttgart, 16.02.2022)

Statement von Professor Dr. Dieter Wirtz

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn
anlässlich der Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und Orthogeriatric
16. Februar 2022

Mobil im Alter: Einsatz von künstlichen Hüftgelenken speziell angepasst an die Bedürfnisse älterer Menschen

Was erwartet uns „orthopädisch“ in den nächsten 20 Jahren?

- Das Bevölkerungswachstum in Deutschland von 2015 bis 2050 beträgt ein Mehr an über 70-Jährigen um 46 Prozent.
- Muskuloskelettale (MSK) Erkrankungen machen 30 Prozent und muskuloskelettale Verletzungen machen zehn Prozent aller „years lived with disability“ (YLWD) aus (zusammen 40 Prozent).
- Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind MSK-Erkrankungen und Verletzungen die häufigste Ursache für stationäre Behandlungen in deutschen Krankenhäusern (1,72 Millionen Patienten wegen MSK in 2019 von 19,3 Millionen insgesamt).
- 64 Prozent aller Frauen über 75 Jahre und 46 Prozent aller Männer über 75 Jahre leiden an MSK-Erkrankungen; am häufigsten unter Arthrose von Hüft- und Kniegelenk, Osteoporose oder Rückenschmerzen.
- In 20 Jahren erwarten uns ein erhöhtes Patientenaufkommen und höhere Multimorbidität.

Was braucht unsere Bevölkerung?

- Menschen brauchen ihre Mobilität.
- Durch orthopädische Erkrankungen (Hüft- und Kniearthrose, Wirbelsäulenverschleiß) ist der Mensch im höheren Alter deutlich eingeschränkt in seiner Mobilität und Eigenständigkeit.
- Durch die fehlende Teilhabemöglichkeit am sozialen Leben vereinsamen die Menschen.
- Wir wollen und müssen also etwas tun, um der älteren Generation ein lebenswertes Altern zu ermöglichen
- Wenn das Operationsrisiko vertretbar ist, bringt ein Kunstgelenk oder eine Operation an der Wirbelsäule wieder die gewünschte und notwendige Mobilität und Lebensqualität.
- Bewegungsfähigkeit gerade im Alter verringert das Risiko an anderen Erkrankungen, zu versterben; Bewegungsfähigkeit wirkt sich positiv auf das Herz-Kreislauf-System, auf

Bluthochdruck und auf Diabetes aus und ist essenzieller Bestandteil der Behandlung der Osteoporose.

- Es gibt für die Indikationsstellung zur Operation keine Altersgrenze. Das gilt insbesondere für den künstlichen Ersatz des Hüftgelenkes.
- Letztendlich ist es nicht die eine besondere Operationstechnik, sondern die besondere Behandlung vor, während und nach der Operation, die der Patient oder die Patientin im höheren Alter benötigt.
- Es braucht eine besondere Versorgungsstruktur für solche „Risikopatienten“.

Was ist das Besondere an der Orthogeriatric

- Ein „alter Mensch“ ist nicht gleichbedeutend mit einem geriatrischen Patienten.
- Orthogeriatrische Patienten sind definiert durch eine orthopädische Hauptdiagnose (wie Arthrose des Hüft- oder Kniegelenkes), aufgrund derer sie behandelt werden. Sie sind entweder mindestens 80 Jahre alt oder 70 Jahre und älter mit gleichzeitigem Vorliegen von mindestens zwei geriatrischen Erkrankungen wie Demenz, Mangelernährung, Inkontinenz, chronische Schmerzen, Gebrechlichkeit, Dehydratation, etc.
- Der Anteil orthogeriatrischer Patienten mit risikobehafteten Zusatzerkrankungen liegt derzeit bei Hüftendoprothesen um die 20 Prozent, Tendenz steigend; bei Prothesenwechsel-Operationen sogar bei 40 Prozent.
- Der wesentliche Unterschied des orthogeriatrischen Patienten zum MSK-Verletzten im Alter über 70 Jahren ist, dass man Zeit hat vor der Operation, diesen vorzubereiten.

Was müssen wir für den orthogeriatrischen Patienten tun?

- Für dieses Patientenkollektiv braucht es geriatrische Kompetenz mit einem umfangreichen Assessment und einem individuell abgestimmten Fallmanagement, insbesondere in der Phase vor der Operation:
 - optimierte Einstellung der Medikamente,
 - Abklärung kardialer Erkrankungen,
 - optimierte frühzeitige Schmerztherapie,
 - Überbrückung von Antikoagulationstherapien,
 - Patient Blood Management,
 - Dekubitusprophylaxe,
 - präoperative Physiotherapie zur Gangschulung (Prehabilitation),
 - kognitive Schulung zur Delirvermeidung (siehe aktuelle PAWEL-Studie)
 - ausreichende Hydratation,

- Therapie von Unterernährung, etc.
- Auch die peri- und postoperative Phase muss optimal gestaltet werden: räumlich, personell, organisatorisch => Team aus orthopädischem Operateur, Geriater, Altenfachpflege, Physiotherapie/Ergotherapeut.
- Letztendlich: Zentren sind die Zukunft.
- Aber das kostet Geld und ist im derzeitigen DRG-System nicht abgebildet.
- Nach Auswertungen der Barmer Ersatzkasse sind die stationären Fallkosten bei orthogeriatrischen Patienten bei Hüft- und Knieprothesen zwischen 20 und 30 Prozent höher als in der gleichen Altersgruppe ohne entsprechende geriatrische Komorbidität.
- Letztendlich entscheidet die soziale Gesellschaft, wie viel Lebensqualität im Alter erreichbar bzw. finanzierbar ist.
- Die Mobilität älterer Patienten ist nicht zu diskutieren.
- Orthopädische Chirurgie bringt Lebensqualität bis ins hohe Alter, es gibt auch und gerade für kranke alte Menschen gute Lösungen, möglichst risikominimiert Mobilität und Schmerzarmut wieder zu erlangen.
- Dass Altern eines der Hauptprobleme unserer Gesellschaft ist, hat auch die WHO erkannt: das aktuelle Jahrzehnt steht derzeit unter der Überschrift „Decade of Healthy Aging“, verbunden mit der WHO-Empfehlung: „Integrated Care of older People“ (ICOPE).

Modell orthogeriatrischer Zusammenarbeit:

Das neue Weißbuch soll vor allem dazu dienen, politischen Entscheidungsträgern die Fakten an die Hand zu geben, die Versorgung unserer alternden Gesellschaft (Babyboomer) sicherzustellen. Letztendlich entscheidet die soziale Gesellschaft, wie viel Lebensqualität im Alter erreichbar bzw. finanzierbar ist. Die Strukturkonzepte im Sinne einer integrierten interdisziplinären interprofessionellen Versorgung liegen vor.

(Es gilt das gesprochene Wort, 16.02.2021)

Curriculum vitae Prof. Dr. Ulrich Christoph Liener



Prof. Dr. med. Ulrich C. Liener, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Seit 2009 Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Marienhospital Stuttgart sowie Leiter des Alterstraumazentrums (DGU) und Osteologischen Schwerpunktzentrums (DVO) am Marienhospital Stuttgart. 2014 bis 2019 Leiter, seit 2020 stellvertretender Leiter der Sektion Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Mitglied der Leitlinienkommission "Leitlinie Therapie der Osteoporose", Mitherausgeber des Weißbuchs "Orthogeriatric und Alterstraumatologie".

Beruflicher und Akademischer Werdegang

2011	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
2009	Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Zentrum für Schwerbrandverletzte, Marienhospital Stuttgart
2003	Habilitation und Verleihung der Venia Legendi für das Fach Unfallchirurgie an der medizinischen Fakultät Ulm
1994	Promotion
1994	Approbation
1988- 1994	Studium der Humanmedizin an den Universitäten Gießen und Ulm

Qualifikationen

- Osteologe DVO (2019)
- Manuelle Medizin (2018)
- Physikalische Therapie und Balneologie (2014)
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (2006)
- EBSQ Traumatology (2006)
- Notfallmedizin (2004)
- ATLS Provider (2003)
- Schwerpunkt Unfallchirurgie (2003)
- Facharzt für Chirurgie (2000)

Mitgliedschaften

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

Gutachter wissenschaftlicher Zeitschriften

- Der Unfallchirurg
- Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Injury
- Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery
- Patient Safety in Surgery

Publikationen

Goggle Scholar:

https://scholar.google.com/scholar?hl=de&as_sdt=0%2C5&q=ulrich+liener&btnG=

Stand 02/2022

Pressetermin

Curriculum Vitae - Kurzform

Persönliche Daten:

Name: Univ.-Prof. Dr. med. Rainer Wirth

Anschrift beruflich: Marien Hospital Herne
Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation
Lehrstuhl für Geriatrie der Ruhr-Universität Bochum
Hölkeskampring 40
44625 Herne

Telefon-Nr.: Sekretariat: 02323-499-2401

Email: rainer.wirth@elisabethgruppe.de
rainer.wirth@rub.de



Prof. Wirth ist Jahrgang 1962 und hat an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf Humanmedizin studiert. Nach Promotion und Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin wechselte Prof. Wirth an eine internistische Oberarztstelle, wo er die klinische Geriatrie kennenlernte und 2001 eine geriatrische Ausbildung mit Erlangung der Zusatzbezeichnung Geriatrie abschloss. Von 2001 bis 2016 war er Chefarzt der Abteilung für Akutgeriatrie am Marien Hospital Borken. Nach Erlangung weiterer Zusatzbezeichnungen wie Palliativmedizin und Physikalische Therapie habilitierte er sich dann 2012 an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg im Fach Innere Medizin. Im Jahre 2016 übernahm er die Position als Direktor der Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation im Marienhospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum und damit auch den Lehrstuhl für Geriatrie an der Ruhr-Universität Bochum. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind die Ernährung und Stoffwechsel im Alter, Muskelverlust (Sarkopenie) und Schluckstörungen. Seit September 2021 ist Prof. Wirth Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG).

Publikationsverzeichnisse:

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7265-0163>

Google Scholar: <https://scholar.google.de/citations?user=KCeEXNAAAAAJ&hl=de>

Stand: 02/2022

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 Theo und Friedl 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 für 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, Singapore 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, Poiraudou 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: 02/2022

Lebenslauf: Prof. Dr. Dieter C. Wirtz, Past-Präsident der DGOU und DGOOC



Prof. Dr. Dieter C. Wirtz (*1967) war in den Amtsjahren 2020 und 2021 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2006 Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn sowie seit 2008 Geschäftsführender Direktor des Chirurgischen Zentrums der Universität Bonn. Zudem ist Wirtz seit 2016 Präsidiumsmitglied der DGOU-Sektion AE – Deutsche Gesellschaft für Endprothetik. Darüber hinaus vertritt er die DGOU als Nationaldelegierter in der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT).

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte

- Gelenkerhaltende Korrekturoperationen an Becken, Hüft- und Kniegelenk
- Primär- und Revisionsendoprothetik der großen Gelenke
- Biologische Rekonstruktion knöcherner Defekte
- Diagnostik und Therapie periprothetischer Infektionen
- Interface- und Grenzflächenforschung bei Implantaten

Klinischer Werdegang

seit 2008

Geschäftsführender Direktor, Chirurgisches Zentrum, Universitätsklinikum Bonn

seit 2006

Klinikdirektor, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Bonn

08/2005-10/2006

Stellvertretender Klinikdirektor, Orthopädische Universitätsklinik Aachen

09/2003-10/2006

Leitender Oberarzt, Orthopädische Universitätsklinik Aachen

07/1999-08/2003

Oberarzt, Orthopädische Universitätsklinik Aachen

12/1994-06/1999

Assistenzarzt, Orthopädische Universitätsklinik der RWTH Aachen

07/1994-12/1994

Assistenzarzt, Chirurgische Klinik des Klinikums Wiesbaden

01/1993-06/1994

Arzt im Praktikum, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Katharinenhospital Stuttgart

Akademischer Werdegang

seit 2006

W3-Professur, Lehrstuhl für Unfallchirurgie/Orthopädie, Universität Bonn

2006

apl-Professur, RWTH Aachen

2001

Habilitation, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen

1993

Promotion, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen

1992

Approbation

1986-1992

Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen

Fachqualifikationen

- Weiterbildungsermächtigung für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, sowie Spezielle Orthopädische Chirurgie
- Weiterbildungsermächtigung für Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin im Verbund 12 Monate
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (2006)
- Gesundheitsökonom dipl. (2005 Deutschen Akademie für Betriebswirtschaftslehre der Heilberufe, Köln)
- Rheumatologie (2005)
- Spezielle Orthopädische Chirurgie (2003)
- Physikalische Therapie (2003)
- Facharzt für Orthopädie (1998)
- Chirotherapie (1997)
- Sportmedizin (1997)
- Strahlenschutz (1994)

Ehrenämter, Mitgliedschaften und Auszeichnungen

Ehrenämter:

- 2020+2021: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- 2020+2021: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Mitglied des Executive Comitee (EC) des Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)
- Nationaldelegierter der DGOU in der EFORT (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology)

- Präsidiumsmitglied der AE (Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik/ Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik)
- Mitglied der Zertifizierungskommission EndoCert®
- Kommissionsmitglied in der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein
- Mitglied des Sachverständigenbeirats „Versorgungsmedizin“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
- Herausgeber der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (Z Orthop Unfall), Thieme-Verlag
- Mitherausgeber der Zeitschrift für Operative Orthopädie und Traumatologie (Oper Orthop Traumatol), Springer-Verlag
- Mitherausgeber der Zeitschrift „Der Orthopäde“, Springer-Verlag
- Mitherausgeber der Zeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie up2date“, Thieme-Verlag

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU)
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU)
- Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE)
- Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AOTrauma)
- Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DCGOU)

Auszeichnungen:

- Edgar-Ungeheuer-Preis 2019, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, München
- Top Mediziner 2011–2021, Ärzteliste Fokus, Hüftchirurgie
- Top Mediziner 2019–2021, Ärzteliste Fokus; Kniechirurgie
- DKOU-Posterpreis 2011, Deutscher Orthopäden-und Unfallchirurgenkongress, Berlin
- Themistokles-Gluck-Preis 2007
- Wilhelm-Roux-Preis 2005
- ASG-Fellowship 2004 der DGOOC
- Posterpreis 2003 der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin
- AE-Forschungspreis 2002
- Themistokles-Gluck-Preis 2001
- AE-Reise-Stipendium 2000 zum „Current Concepts in Total Joint Replacement 2000“, Orlando, USA
- HIP-Preis 1999 beim Kongress „Chirurgie de la Hanche - Hip Surgery, Developments & Future prospects“, Toulouse, France
- Wilhelm-Roux-Preis 1998
- Posterpreis 1998 des Norddeutschen Orthopädenkongresses, Leipzig
- SICOT Traveling Award 1998 zum 9th SICOT Trainees Meeting in Kopenhagen 1998
- Posterpreis 1994 der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie 1994

Bonn, 06.02.2022

Prof. Dr. Dieter C. Wirtz

Pressegespräch
Vorstellung des Weißbuchs Alterstraumatologie und Orthogeriatric
16. Februar 2022

Übersichtskarte der Zentren

Derzeit bestehen 129 zertifizierte Alterstraumazentren. (Stand: Februar 2022)
Copyright: AUC – Akademie der Unfallchirurgie

