Unfallchirurg 2019 · 122:748–749
<https://doi.org/10.1007/s00113-019-00706-4>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019

Eric Hesse

Institut für Molekulare Muskuloskelettale Forschung, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
 München, Planegg-Martinsried, Deutschland

Brauchen wir neue Versorgungsstrukturen in der Unfallchirurgie?

Veränderte Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft

Unsere Gesellschaft verändert sich in vielerlei Hinsicht. Dazu zählt, dass die Lebenserwartung steigt und wir länger leben. Dies sind grundsätzlich gute Ausichten. Mit dem demografischen Wandel geht jedoch auch einher, dass viele ältere und teilweise hochbetagte Menschen eine maligne oder chronische Krankheit erleiden. Zudem bedürfen hochbetagte Patienten eines besonderen pflegerischen und ärztlichen Umgangs. Deshalb stellt sich die Frage, ob die Strukturen innerhalb der Unfallchirurgie zur Versorgung dieser Patienten bereits auf dem aktuellsten Stand sind, oder ob Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

In letzter Zeit wurden viele Fortschritte zur besseren Versorgung hochbetagter Patienten in der Unfallchirurgie erreicht. Zu nennen ist z. B. die Implementierung standardisierter und an Qualitätskriterien orientierter alterstraumatologischer Zentren. Bestandteil dieser Zentren ist eine geriatrische Mitbehandlung, damit auf die speziellen Bedürfnisse der hochbetagten Patienten fachgerecht eingegangen werden kann. Dies ist eine sehr positive und erfolgreiche Entwicklung, die auch auf andere Aspekte im Zusammenhang mit der Behandlung alter Menschen übertragen werden könnte.

In alterstraumatologischen Zentren werden viele Patienten aufgrund einer Fraktur behandelt. In den meisten Fällen haben sich diese Frakturen infolge eines Traumas niedriger Energie oder sogar ohne ersichtliches Trauma ereignet. Der Grund dafür ist eine altersbedingte

Abnahme der Knochenmasse und der Knochenstruktur, eine Osteoporose. Die Osteoporose zählt zu den Volkskrankheiten und betrifft Männer und Frauen. Gerade im fortgeschrittenen Stadium bei hohem Alter und Vorliegen von Komorbiditäten kann eine Osteoporose zu Fragilitätsfrakturen führen. Fragilitätsfrakturen gehen oft mit einer sehr hohen Morbidität und Mortalität einher, insbesondere kurz nach ihrem Auftreten, und haben deshalb äußerst negative Auswirkungen auf die betroffenen Patienten. Erfreulicherweise wurden im Bereich der operativen Versorgung dieser Frakturen deutliche Verbesserungen erzielt. Neue Implantate und Verfahren wurden entwickelt, die an das hohe Alter der Patienten und an den mechanisch wenig belastbaren Knochen angepasst sind und mit denen sich gute chirurgische Ergebnisse erzielen lassen. Was leider oft vergessen wird, ist, dass, abgesehen von einer Osteoporose auf dem Boden eines primären Hyperparathyreoidismus, die Therapie der Osteoporose als Systemerkrankung keine chirurgische, sondern eine medikamentöse ist. Dies bedeutet, dass nach der Frakturversorgung die Behandlung nicht abgeschlossen sein kann, sondern die Therapie der Grunderkrankung beginnen muss.

Zur medikamentösen Behandlung der Osteoporose steht eine Reihe sehr potenter Medikamente zur Verfügung (z. B. Bisphosphonate, Denosumab, Teriparatid), die das Frakturrisiko bis teilweise über 60 % reduzieren. Leider finden

die bedürftigen Patienten und die sehr wirksamen Medikamente in den meisten Fällen und aus verschiedenen Ursachen nicht zueinander. Dies führt, insbesondere in Deutschland, zu einer eklatanten Versorgungslücke. Diese bedingt, dass Patienten mit einer Fragilitätsfraktur keine Behandlung der Grunderkrankung erhalten und deshalb einem deutlich erhöhten Risiko für Folgefrakturen mit oft tödlichen Konsequenzen ausgesetzt sind. Aus diesem Grund sollte darüber nachgedacht werden, ob für diese Patienten im Sinne einer qualitätsorientierten und evidenzbasierten Medizin eine Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgungsrealität gegeben ist.

Ein sehr gutes und im Ausland bereits seit längerem und erfolgreich angewandtes Vorgehen ist eine strukturierte und standardisierte poststationäre Anbindung dieser Hochrisikopatienten an niedergelassene Ärzte. Auf Deutschland übertragen könnte es sich um besonders qualifizierte Ärzte handeln, die auf der Grundlage der S3-Leitlinie des Dachverband Osteologie (DVO) eine Diagnostik und Behandlung der Knochenstoffwechselerkrankung vornehmen [1]. Dadurch könnte eine Verbesserung der Versorgung unfallchirurgischer Patienten zügig erreicht und nachhaltig sichergestellt werden. Dies könnte zu einer maßgeblichen Senkung des Risikos für Folgefrakturen und der damit verbundenen Morbidität und Sterblichkeit dieser Patienten führen. Deshalb brauchen wir auch

in Deutschland derartige Versorgungsstrukturen.

Das Leitthema dieser Ausgabe widmet sich verschiedenen Aspekten rund um Patienten mit Osteoporose. Diesbezüglich werden auch Chancen und Herausforderungen im Zusammenhang mit der Etablierung intersektoraler Frakturnetzwerke im stationären und im niedergelassenen Bereich betrachtet. Die Artikel dieses Leitthemas sollen dazu beitragen darüber nachzudenken, ob Patienten mit Fragilitätsfrakturen über eine sehr gute Frakturversorgung hinaus weitergehende und sich an der Krankheitsursache orientierende Behandlungsoptionen angeboten werden können.

Ihr

Eric Hesse

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Dr. Eric Hesse
Institut für Molekulare
Muskuloskelettale Forschung,
Klinikum der Ludwig-
Maximilians-Universität
München
Fraunhoferstr. 20,
82152 Planegg-Martinsried,
Deutschland
Eric.Hesse@med.uni-
muenchen.de

Interessenkonflikt. E. Hesse ist Referent und/oder Berater für die Firmen Amgen, Eli Lilly, UCB, Binding Site, Clementia und AgNovos.

Literatur

1. http://www.dv-osteologie.org/uploads/Leitlinie%202017/Finale%20Version%20Leitlinie%20Osteoporose%202017_end.pdf

Suchen Sie noch mehr zum Leitthema?

Die Zeitschrift **Operative Orthopädie und Traumatologie** bietet Ihnen fundierte Informationen zu bewährten und neuen Operationstechniken der Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie. In den aufwendig illustrierten Beiträgen werden die Operationsverfahren Schritt für Schritt vorgestellt.

Passend zum Leitthema „Versorgung von Osteoporosepatienten“ in dieser Ausgabe können Sie sich in der OOT z.B. über folgende Operationstechniken informieren:

- Minimalinvasive Osteosynthese dislozierter proximaler Humerusfrakturen
Wirbel R, Knorr V, Saur B et al (1999) Oper Orthop Traumatol 11:44-53
- Perkutane Osteosynthese der proximalen Oberarmfraktur
Aschauer E, Resch H, Hübner C (2007) Oper Orthop Traumatol 19: 276-293
- Minimal invasive Reposition und innere Stabilisierung osteoporotischer Wirbelkörperfrakturen
Hillmeier J, Meeder PJ, Nöldge G et al (2003) Oper Orthop Traumatol 15:343-362
- Osteosynthese von per- und subtrochantären Femurfrakturen mit dem proximalen Femurnagel
Sehmisch S, Rieckenberg J, Dresing K (2013) Oper Orthop Traumatol 25:63-84
- Stabilisierung sub- und peritrochantärer Femurfrakturen mit dem PFNA®
Büttner O, Styger S, Regazzoni P et al (2011) Oper Orthop Traumatol 23:357-374
- Minimally invasive periprosthetic plate osteosynthesis using the locking attachment plate
Kammerlander C, Kates S, Wagner M et al (2013) Oper Orthop Traumatol 25:398-410
- Internal fixation of fractures of the proximal humerus with the MultiLoc nail
Hessmann M, Nijs S, Mittlmeier T et al (2012) Oper Orthop Traumatol 24:418-431
- Trochanteric fragility fractures
Neuerburg C, Mehaffey S, Gosch M et al (2016) Oper Orthop Traumatol 28:164-176

Mit **e.Med** – den maßgeschneiderten Fortbildungsabos von Springer Medizin – haben Sie Zugriff auf alle Inhalte von SpringerMedizin.de. Sie können schnell und komfortabel in den Zeitschriften Ihres Fachgebietss recherchieren und auf alle Inhalte im Volltext zugreifen.

Weitere Infos zu e.Med finden Sie auf springermedizin.de unter „Abos“