

Christine Wittmann-Jennewein
Dr. med.

Klinische Versorgung und funktionelle Ergebnisse nach proximaler Femurfraktur bei über 65-Jährigen in Heidelberg 1994/95 und 1999/2000

Geboren am 17.11.1962 in Heidelberg
Reifeprüfung am 18.05.1982 in Sandhausen
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1986/87 bis SS 1993
Physikum am 17.08.1988 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Heidelberg
Staatsexamen am 06.05.1993 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater Herr Prof. Dr. med. P. Oster

Ziel der vorliegenden Arbeit war die vergleichende Beschreibung der klinischen Versorgung und der funktionellen Ergebnisse über 65jähriger Patienten mit hüftnaher Fraktur in Heidelberg. Dazu wurden die Daten zweier Untersuchungen, die im Abstand von 5 Jahren durchgeführt wurden, miteinander verglichen.

Die erste Studie erfasste hierbei retrospektiv als klinikinterne Qualitätssicherungsmaßnahme alle Patienten, die 1994/95 nach hüftnaher Fraktur im Bethanien-Krankenhaus Heidelberg behandelt wurden.

In der zweiten Erhebung (FRAIL-Studie) wurden 1999/2000 prospektiv alle über 65jährigen Patienten erfasst, die innerhalb von 12 Monaten mit hüftnaher Fraktur in einer der drei orthopädischen oder unfallchirurgischen Abteilungen Heidelbergs versorgt wurden.

Die 335 (1994/95) bzw. 331 (1999/2000) Patienten waren hinsichtlich der wesentlichen Basisdaten gut vergleichbar (Durchschnittsalter 83,2 bzw. 81,5 Jahre, Frauenanteil 86,9 % bzw. 81,3 %, Anteil Heimbewohner 20,3 % bzw. 23,8 %, Anteil demenzkranker Patienten 26,3 % bzw. 42,2 %). Wie in dieser Altersgruppe zu erwarten, war die Komorbidität hoch und die Häufigkeit von Komplikationen während des stationären Aufenthalts beträchtlich (z.B. Dekubiti 11,6 % bzw. 20,1 %).

Die funktionellen Ergebnisse waren unbefriedigend. Die Mehrzahl der Betroffenen büßte dauerhaft an Mobilität und Alltagskompetenz ein, die Mortalität 6 Monate nach Fraktur lag bei 15,2 % (1994/95) bzw. 19,9 % (1999/2000). Die mittlere stationäre Verweildauer hat sich

von 54,9 Tagen im Jahr 1994/95 auf 44,2 Tage 1999/2000 verkürzt. Dabei blieb die Verweildauer in den operativen Abteilungen mit 14,2 bzw. 15,4 Tagen konstant; die Verkürzung der Verweildauer erfolgte zu Lasten der Nachbehandlung. Trotz kürzerer Verweildauer ließen sich keine Unterschiede bezüglich der funktionellen Ergebnisse nachweisen. Verändert haben sich die Versorgungswege: wurde 1994/95 die Mehrzahl der Patienten von der operativen Abteilung in die Akutgeriatrie verlegt, so wurde 1999/2000 die Mehrzahl der Patienten direkt zur geriatrischen Rehabilitation verlegt.

Die Untersuchung bestätigt die schwerwiegenden Auswirkungen hüftnaher Frakturen auf Mobilität und Alltagskompetenz der Betroffenen. Der hohe Anteil vermeidbarer Komplikationen mit negativem Einfluss auf die funktionellen Ergebnisse unterstreicht die Wichtigkeit der frühestmöglichen Zusammenarbeit von Orthopädie/Unfallchirurgie und Geriatrie. Das case management muss an klinischen Schnittstellen verbessert werden. Ob durch die Einrichtung im Ausland erprobter orthogeriatrischer Spezialabteilungen auch hierzulande die Verweildauern verkürzt werden können, ohne dass sich die funktionellen Ergebnisse verschlechtern, bleibt nachzuweisen.

Die sich derzeit vollziehende Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRGs wird gravierende Veränderungen der klinischen Versorgungsstrukturen mit sich bringen. Beinhaltet dies auch eine Anpassung der Strukturen an die Bedürfnisse hochbetagter Patienten mit hüftnaher Fraktur, so ist diese Entwicklung auch als Chance zu begreifen.