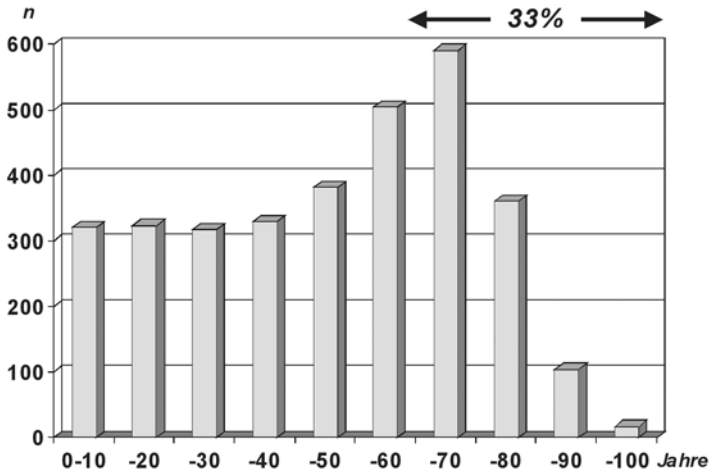

Chirurgie im Alter

Volker Schumpelick, Stefan Willis

Innerhalb eines Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung verdoppelt, schon heute ist jeder Dritte definitionsgemäß alt, und in 50 Jahren werden 50 Prozent der Bevölkerung mehr als 60-jährig sein. Diese demographische Entwicklung bedeutet für die Zukunft eine Herausforderung nicht nur auf rentenpolitischem, soziologischem oder ökonomischem Gebiet, sondern auch für die Medizin und speziell für die Chirurgie, insofern als die Therapie von Patienten im höheren Lebensalter eine zunehmende Rolle spielen wird. Neben Erkrankungen der Herz-Kreislauf- und Atmungsorgane ist es vor allem die Therapie von Verletzungen und von malignen Tumoren, die beim alten Menschen den Chirurgen erforderlich machen. Sieht man von der Kinderchirurgie und von der akuten Traumatologie ab, so wird zukünftig das Gros der Patienten der operativen Medizin bedürfen und die Chirurgie, ob wir es wollen oder nicht, mehr und mehr zur Alterschirurgie werden.

Exemplarisch sei in diesem Zusammenhang auf den geradezu exponentiellen Anstieg der Frakturhäufigkeit im Alter hingewiesen. Aufgrund des schlechteren Sehvermögens, verlangsamter Reflexe und auch aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nimmt die Sturzrate im Alter deutlich zu. Bei der gleichzeitigen physiologischen Minderung des Mineralsalzgehalts des Knochens ergeben sich häufig komplizierte Frakturen mit deutlich schlechterer Heilungstendenz als bei jungen Verletzten. Hieraus erklärt sich die Zunahme prothetischer Operationen z. B.

Abb. 1: Operative Eingriffe an der Chirurgischen Klinik der RWTH Aachen 2002/2003 (n = 3245)



des Hüftgelenks – ein Trend, der in Zukunft weiter zunehmen wird. Eine Analyse der operativen Eingriffe der Jahre 2002 und 2003 an unserer Klinik zeigt, dass bereits jetzt 33 Prozent aller Eingriffe bei über 60-Jährigen durchgeführt werden (Abb. 1). Im Jahr 2050 werden die über 65-Jährigen fast zwei Drittel der Bevölkerung ausmachen und die über 75-Jährigen mehr Krankenhausfälle darstellen als Populationen jüngerer Alters.

Neben der Anzahl spielt natürlich auch die Art der chirurgischen Eingriffe eine wesentliche Rolle in der Alterschirurgie. Die Aufschlüsselung der an unserer Klinik in den Jahren 2002 und 2003 durchgeführten viszeralchirurgischen Wahleingriffe zeigt, dass bei Patienten jenseits des 60. Lebensjahres die schweren Operationen mit Abstand überwiegen, während Operationen im mittleren Lebensabschnitt am häufigsten mittelschwer und in der Kindheit

meist leicht sind. Da sich in den letzten Jahren die Operationstechniken, die Anästhesie und auch die intensivtherapeutischen Möglichkeiten ständig verbessert haben, findet sich in der Literatur weitgehend übereinstimmend die Einschätzung, dass das Alter allein kein Hinderungsgrund für eine Operation ist und auch große Eingriffe sicher durchzuführen sind, weshalb die Indikation für ausgedehntere Eingriffe inzwischen auf das achte und neunte Lebensjahrzehnt ausgedehnt wird.

Tab. 1: Morbidität und Mortalität großer Operationen im Alter

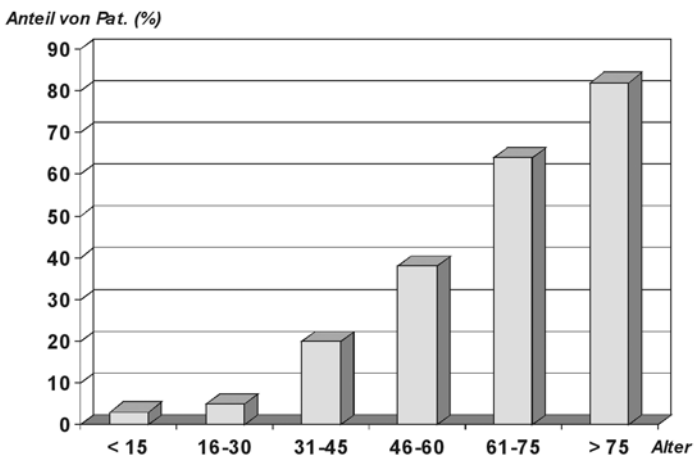
	Mortalität		Morbidität	
	< 80 Jahre	> 80 Jahre	< 80 Jahre	> 80 Jahre
Aortenaneurysma Kazmers 1988	4,1 %	8,3 %	45 %	48 %
Speiseröhrenresektion Adam 1996	10 %	16 %	36 %	38 %
Magenresektion Blair 2001	6 %	0 %	37 %	25 %
Gallenblasenentfernung Paganini 2002	0 %	1,3 %	12 %	14 %
	< 70 Jahre	> 70 Jahre	< 70 Jahre	> 70 Jahre
Bauchspeicheldrüsenresektion Senninger 1999	4 %	4 %	35 %	18 %
Leberresektion Fong 1995	4 %	4 %	40 %	42 %
Dickdarmresektion Friess 2003	7 %	3 %	35 %	47 %

Es gibt inzwischen eine Reihe gut dokumentierter retrospektiver Daten, welche den sicheren und effektiven Einsatz größerer Operationen auch bei Patienten im hohen Alter belegen: Große retrospektive Kohortenstudien weisen dies für den abdominalen Aortenersatz bei Aneurysma, für Ösophagus-, Magen-, Pankreas-, Leber- und Dickdarmresektionen bei nur gering erhöhter oder gleich bleibender Morbidität nach (Tabelle 1).

Eine teilweise erhöhte perioperative Sterblichkeit war in Multivariaten-Analysen nicht auf das Alter allein, sondern auf gleichzeitig vorhandene andere Risikofaktoren zurückzuführen. Dies belegt die Analyse unserer Patienten, in der sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und der Häufigkeit von Risikofaktoren nachweisen lässt (Abb. 2).

Dass die Ergebnisse von Operationen erheblich von prä-existenten Komorbiditäten zum Zeitpunkt der Operation

Abb. 2: Risikofaktoren und Alter (Chirurgische Klinik der RWTH Aachen, n = 3245)

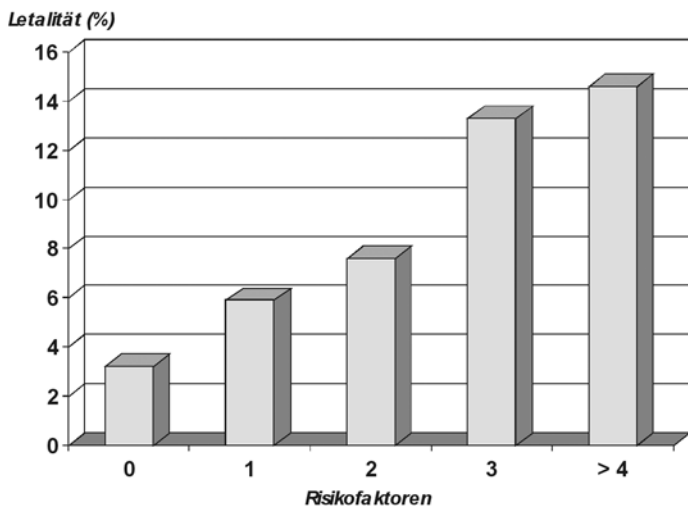


und nicht ausschließlich vom Alter beeinflusst werden, konnte anhand der Daten von 1026 konsekutiven Patienten, die zum Zeitpunkt der Operation älter als 65 Jahre waren, an unserer Klinik nachgewiesen werden. Nur 25 Prozent der Patienten wiesen keine Vorerkrankungen auf. Als Begleiterkrankungen dominierten kardiovaskuläre Erkrankungen mit 46 Prozent. Es folgten Hypertonie mit 29 Prozent, pulmonale Erkrankungen mit 19 Prozent und die Blutzuckererkrankung mit 16 Prozent. Im Durchschnitt wiesen die 65- bis 69-Jährigen 1,1 Risikofaktoren, die 70- bis 74-Jährigen 1,34 Risikofaktoren, die 75- bis 79-Jährigen 1,52 und die über 80-Jährigen 1,41 Begleiterkrankungen auf.

Bei Patienten ohne Risikofaktoren war die Sterblichkeit am geringsten, während sie bei solchen mit vier oder mehr Begleiterkrankungen deutlich höher lag (Abb. 3). Das kalendarische Alter eines Patienten hat einen deutlich geringeren Einfluss auf den postoperativen Verlauf und das Auftreten von Komplikationen als das biologische Alter, d. h. die Anzahl der Begleiterkrankungen. Dementsprechend sind bei der Indikationsstellung zu einer Operation die Erfassung der Risikofaktoren und eine darauf abgestimmte optimale Vorbereitung der Patienten unumgänglich.

Wenn man bedenkt, dass bei älteren Menschen häufig ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium bzw. mehrere Komorbiditäten vorhanden sind, so liegt es auf der Hand, dass das Ziel der Behandlung sich immer häufiger in Richtung Palliation verschiebt, deren Ziel in allererster Linie die Lebensqualität ist. Daher muss das oberste Ziel der Alterschirurgie ein komplikationsfreier Verlauf sein, ohne den dieses Ziel nur schwerlich erreicht werden kann. Gute Ergebnisse in der Alterschirurgie sind allerdings nicht ohne entsprechenden Einsatz und Aufwand möglich. Aufgrund der kritischeren Risikokonstellation benötigen Patienten im höheren Alter eine längere Vorbereitungszeit vor der Operation, eine intensive Zuwendung und Beob-

Abb. 3: Alterschirurgie – Operationssterblichkeit (chirurgische Klinik der RWTH Aachen, n = 1026 Patienten > 65 Jahre)



achtung unmittelbar nach der Operation sowie mehr Zeit zur Rekonvaleszenz. Dies verursacht immense Kosten auf dem Krankensektor, wobei die Kosten der poststationären Rehabilitation sowie der notwendigen vermehrten Pflege noch nicht mit eingeschlossen sind.

Ferner muss der betriebswirtschaftliche Aspekt der Behandlung hochbetagter Patienten unter dem derzeit gültigen Fallpauschalenentgelt-System kritisch angesprochen werden. Das DRG-System kann die behandlungsbedürftigen Zusatzerkrankungen von Patienten im höheren Lebensalter nur bedingt durch die Einstufung in eine höhere Erlösgruppe vornehmen. Die durch die regelhafte Multimorbidität verursachten Zusatzaufwendungen, insbesondere die der Intensivüberwachung und -pflege, erzielen unter DRG-Bedingungen derzeit keine aufwandsadäquaten Erlöse. Wenn es in Deutschland weiterhin eine Chirurgie

ohne Altersgrenzen geben soll, dann müssen die dazu notwendigen Ressourcen erst noch zur Verfügung gestellt werden. Unter rein ökonomischen Aspekten können daher die Möglichkeiten in der chirurgischen Versorgung älterer Menschen durchaus als Belastung betrachtet werden, unter medizinischen Aspekten hat der alte Mensch das gleiche Recht auf eine optimale Behandlung wie der jüngere, unabhängig von den anfallenden Kosten.

Fazit: Fernab aller gesundheitspolitischen und moralisch-ethischen Aspekte kann festgestellt werden, dass aufgrund der demographischen Entwicklung die Alterschirurgie exponentiell zunehmen wird. Bereits heute stellt sie einen wesentlichen Teil der chirurgisch-operativen Tätigkeit dar und die Ergebnisse belegen, dass auch große Operationen bei alten Patienten mit ähnlichem Risiko wie bei jüngeren Patienten durchgeführt werden können. Entscheidend für die Indikationsstellung sind die Risikofaktoren des jeweiligen Patienten, nicht sein nominelles Alter. Gegenwärtig hat ein 90-Jähriger eine Lebenserwartung von 5 Jahren, ein 80-Jähriger von 8 Jahren und ein 70-Jähriger von 15 Jahren. Dies lässt erlauben, dass das Alter allein kein Entscheidungskriterium bei der Wahl der Therapie sein darf.