

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO gilt als alt, wer das 65. Lebensjahr vollendet hat. Die Weltbevölkerung war noch nie so alt wie heute und die Zahl der über 65-Jährigen ist von 4% 1950 auf fast 7% im Jahr 2000 angestiegen und für 2050 wird ein Anteil von 18% vorhergesagt. Der Erdteil mit der ältesten Bevölkerung und dem schnellsten Alterungsprozess weltweit ist Europa. Im Jahr 2000 betrug der Anteil der über 65-Jährigen 13% gegenüber 12% in Nordamerika. Dieser Anteil wird in Europa bis zum Jahr 2050 um 115% und in Nordamerika um 75% steigen.

In Deutschland und auch in den USA wird von einem geriatrischen Patienten erst ab einem Alter von 70 Jahren gesprochen. Innerhalb eines Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung in Deutschland verdoppelt und schon heute ist jeder 3. definitionsgemäß alt. Vorausgesetzt, die jetzige Entwicklung setzt sich fort, werden in 70 Jahren 50% der Bevölkerung mehr als 60 Jahre alt sein. Diese demografische Entwicklung bedeutet für die jetzige aber auch für die zukünftige Generation eine ungeheuerere Herausforderung nicht nur auf rentenpolitischem, ökonomischem sowie soziologischem Gebiet, sondern auch im medizinischen, speziell unfallchirurgischen und orthopädischen Bereich. Nach Hochrechnungen wird die Zahl z. B. der Schenkelhalsfrakturen im Jahr 2010 auf 135 pro 100 000 Einwohner von jetzt 90 pro 100 000 Einwohner ansteigen. Vor diesem eindeutigen demografischen Hintergrund wird die Alterstraumatologie langsam zum größten Schwerpunkt unseres operativen Alltags werden. Neue Implantate, z. B. LISS, haben sich insbesondere bei alten Patienten mit schwerer Osteoporose bewährt. Neben der Weiterentwicklung



von Implantaten wird die Indikationsstellung, die Risikoerfassung, die Prävention von Verletzungen und die Vorbeugung und Beherrschung von Komplikationen und die Dokumentation des Outcomes für uns einen wesentlichen Aufgabenbereich darstellen. Ziel dieser Ausgabe des OP-Journals ist es, die zukünftigen Entwicklungen im Hinblick auf die Frakturhäufigkeit, mögliche Präventionsmaßnahmen, die Behandlung der Osteoporose und die Versorgung der Frakturen in Abhängigkeit von ihrer Lokalisation darzustellen. Jeder einzelne Beitrag zeigt das Spektrum dessen auf, was wir heute in Deutschland unseren Patienten anbieten können.

Wir haben uns dabei aber auch immer zu fragen, ob alles was möglich ist, auch sinnvoll ist und wir werden uns dafür einsetzen müssen, dass alterschirurgische Eingriffe mit ihren speziellen Risikokonstellationen auch auf der Erlösseite entsprechend besser abgebildet werden.

Ihre

Hans-Jörg Oestern,  
Celle

Andreas Wentzensen,  
Ludwigshafen

Karl Heinrich Winker,  
Erfurt