

SWR2 Wissen

## Operationen im hohen Alter

Sicherer als ihr Ruf?

Von Horst Gross

Sendung: Donnerstag, 13. August 2020, 8:30 Uhr

(Erstsendung: Mittwoch, 21. November 2018)

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Sonja Striegl

Produktion: SWR 2018

**Moderne OP- und Narkosetechniken garantieren heute eine sichere und fast risikofreie OP – selbst im hohen Lebensalter.**

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter [www.SWR2.de](http://www.SWR2.de) und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:  
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

---

### Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

### Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder [swr2.de](http://swr2.de)

### Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...  
Kostenlos herunterladen: [www.swr2.de/app](http://www.swr2.de/app)

## MANUSKRIFT

### **O-Ton 1 - Ältere Dame:**

Vertrauen, ne ... Das ist auch alles wunderbar, diese Operationen, die da gemacht werden und Sachen. Aber das eben auch vieles gemacht wird – also – was nicht nötig ist. Und ich würde mich jetzt nicht noch mal da auf den OP-Tisch legen.

### **Sprecherin:**

Mit ihren 91 Jahren ist diese Berliner Heimbewohnerin skeptisch geworden, was die Künste der modernen Medizin anbelangt. Neue Kniegelenke hatte man ihr empfohlen, wegen der schweren Arthrose. Aber was man da täglich in den Medien hört, wirkt nicht gerade vertrauenserweckend.

*Atmo: Zusammenschnitt Medien*

### **Sprecherin:**

Meldungen, die vielen Patientinnen und Patienten Angst machen. Dabei hat die moderne Medizin dem alten Menschen Erstaunliches zu bieten. Neue, schonende Operationsmethoden etwa, die auch im hohen Alter in Frage kommen. Eingriffe, die die Lebensqualität verbessern und das ohne wesentliche Risiken.

*Atmo: Kliniklärm*

**Ansage:** Operationen im hohen Alter – Sicherer als ihr Ruf? Eine Sendung von Horst Gross.

*Atmo: Klopfen, Patientenzimmer – Gemurmel, Patientin*

### **Sprecherin:**

Dieser 84-Jährigen macht eine Arthrose in der linken Hüfte schwer zu schaffen. Frieda Naumann hat sich für eine Operation entschieden, in der Klinik für Orthopädie und Endoprothetik der Uniklinik Leipzig. Sie setzt ihre ganze Hoffnung in ein künstliches Hüftgelenk. Egal, was in den Medien erzählt wird. Abgeraten von dem Eingriff haben nicht nur einige Verwandte. Sondern auch der Hausarzt fand, dass man sich in ihrem Alter nicht mehr unters Messer legt. Lange hat sie sich mit ihrer Tochter beraten:

### **O-Ton 2 - Patientin:**

Machst du das richtig? Du bist schon so alt. Aber so kann es auch nicht weitergehen. Du willst ja am Leben noch ein bisschen teilhaben. Willst dich ja nicht in die Ecke setzen und Oma spielen vollkommen. Das ist mir nicht gegeben.

### **Sprecherin:**

Zusammen mit ihrer Tochter hat sich Frieda Naumann die Uniklinik in Leipzig ausgesucht. Denn hier wird die Hüfte in einer besonders schonenden Technik operiert. Wenn alles gut geht, kann sie sofort nach dem Eingriff aufstehen, hat kaum Schmerzen und kann sich selbst versorgen. Der Klinikaufenthalt dauert knapp eine Woche. Das hat sie überzeugt.

**O-Ton 3 - Patientin:****Ich habe gesagt:**

Herr Professor ich will operiert werden. Das wird schon wieder gut werden. Du gibst die Hoffnung nicht auf.

**Sprecherin:**

Und Pläne für die nächsten Monate hat die 84-Jährige auch schon.

**O-Ton 4 - Patientin:**

Es kommt ja bald der Weihnachtsmann, nicht? Da wollen wir doch auf den Weihnachtsmarkt gehen.

**Sprecherin:**

Die orthopädische Klinik Leipzig lässt sich bei solchen Operationen auf kein unkalkulierbares Risiko ein. Die Ärzte prüfen genau, welche medizinischen Risiken bei den Hochbetagten bestehen. Nur nehmen sie heute mehr Patienten in die Auswahl als früher. Denn in Leipzig wird das Hüftgelenk minimal-invasiv operiert. Konkret heißt das: nur ein kleiner Hautschnitt, wenig Gewebeverletzung und intensive Schmerztherapie. Bei dieser Operationstechnik bluten die Patienten kaum, was ihr Herz schont und den Kreislauf. Bettruhe nach der OP ist nicht mehr notwendig. Für den alten Menschen die perfekte Operationstechnik. Professor Andreas Roth hat die Methode an der Leipziger Uniklinik etabliert.

**O-Ton 5 - Andreas Roth:**

Also an den ältesten Patienten, den ich operiert habe, kann ich mich sehr gut erinnern. Der ältere Herr war 94 Jahre alt. Der Patient hat seine Prothese bekommen und ist am nächsten Tag aufgestanden und hat uns gezeigt, dass er wirklich sehr gut mit der Prothese und auch mit der Operation zurecht kam. Eigentlich gibt es nach oben keine Grenze. Die älteste Patientin, die wir gerade jetzt entlassen haben, war 92 Jahre alt. Völlig fit. Für mich ganz erstaunlich. Und hat es sehr gut überstanden.

**Sprecherin:**

Die minimal-invasive Hüftchirurgie ist handwerklich anspruchsvoll und wird deshalb nur von wenigen Zentren angeboten. Doch immerhin wird in Deutschland schon jeder zehnte Hüftgelenkersatz wegen Arthrose nach dieser Methode operiert.

**O-Ton 6 - Andreas Roth:**

Die Kunst ist, den Muskel so darzustellen, dass man ihn nicht ablösen muss. Dass man in einer Muskellücke den Knochen trifft. Und die Prothese dann an der richtigen Stelle implantieren kann. Heute sind wir dahin zurückgekehrt, den Muskel nicht mehr abzulösen, was man zwischenzeitlich gemacht hat, weil wir entdeckt haben, dass der Patient viel schneller wieder auf die Beine kommt. Er hat weniger Schmerzen. Er braucht weniger Schmerzmittel.

**Sprecherin:**

Kein Vergleich zu dem, was den Patienten sonst bei einer Hüft-OP zugemutet wird.

**O-Ton 7 - Andreas Roth:**

Die Patienten ... Die sind schon etwas baff. Ich hatte jetzt eine Patientin, die kommt für die zweite Prothese. Und als ich ihr das erzählt hab, hat sie mich angelächelt, hat gesagt: Das kann nicht sein. Das letzte Mal habe ich Tage gelegen. Das hat mir so schlecht getan. Also: keine Toilette. Die Schwestern müssen kommen. Man ist abhängig in gewisser Weise. Das ist alles für die Patienten sehr anstrengend auch. Und diese Last nimmt man von den Patienten. Wenn sie überlegen, dass vor etwa 20 Jahren Patienten sechs Wochen stationär waren. Und jetzt sind wir bei sechs Tagen. Das ist schon ein Unterschied. Ich denke, es ist für den Patienten auch ein großer Fortschritt.

**Sprecherin:**

Nicht nur künstliche Gelenke werden mittlerweile minimal-invasiv operiert. Auch bei Eingriffen im Bauchraum steht heute diese schonende Operationsvariante ganz im Vordergrund. Ob Gallenblase, Leistenhernie oder Darm-OP: Die Patienten sollen möglichst sofort wieder auf die Beine kommen. Denn Bettruhe ist gerade im Alter gefährlich. Schnell kommt es da zu einer Lungenentzündung. Voraussetzung dafür, dass alles glatt läuft, ist aber die altersgerechte Vorbereitung.

**O-Ton 8 - Patientin:**

Da bin ich einen ganzen Tag hier gewesen. Alles untersucht. Nieren, alles was dazugehört.

**Sprecherin:**

Mit dem Ultraschall hat man ihr Herz vermessen, die Laborwerte kritisch geprüft und die Dosierung ihrer Medikamente nachjustiert. Ganz offen hat Frieda Naumann mit den Ärzten über die Chancen und Risiken des Eingriffs gesprochen. Denn trotz der schonenden OP-Methode können Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zurückbleiben. Deshalb muss im Vorfeld klar sein, wie ein Patient mit möglichen Komplikationen zurechtkommt. „Geriatrisches Assessment“ heißt diese, speziell auf die Bedürfnisse des alten Menschen abgestimmte, Operationsvorbereitung. An einigen Kliniken gehört sie zum Standard.

*Atmo: Müller-Werdan (Sprechstunde)*

**Sprecherin:**

Frau Professor Ursula Müller-Werdan lehrt Altersmedizin an der Berliner Charité. Sie forscht zu dem Thema und versorgt ältere Patienten vor einer OP.

*weiter Atmo Professor Müller-Werdan (Sprechstunde)*

**O-Ton 9 - Ursula Müller-Werdan:**

Man weiß ja, dass heute die Mehrzahl der Operationen tatsächlich bei Patienten über 65 Jahren durchgeführt wird. Und die älteren Menschen, und insbesondere die Alten und Hochbetagten, haben eben mehrere medizinische Probleme gleichzeitig, die häufig insgesamt dann zu einer Gebrechlichkeit führen. Und dieses Gebrechlichkeitssyndrom ist ein Risikofaktor für eine Operation.

**Sprecherin:**

Chirurgen sind Fachleute fürs Operieren. Für die komplexen Probleme des alten Menschen, seine Begleiterkrankungen und seine Gebrechlichkeit sind sie betriebsblind. Hier liegt die Domäne der Geriatrie. Nur diese Experten für den alten Menschen können beurteilen, welche Probleme in der Phase nach einer Operation zu erwarten sind. Ob der Eingriff Sinn macht oder nicht, das entscheidet natürlich der Patient. Doch die fachlichen Informationen, die der alte Mensch braucht, um Nutzen und Risiken individuell abzuschätzen, die liefert ihm der Altersmediziner.

**O-Ton 10 - Ursula Müller-Werdan:**

Die Lebensqualität ist genauso wichtig, wie die Lebensverlängerung. So dass ich schon der Meinung bin: Man muss wirklich alles ausreizen was geht, um zum Beispiel dieser bettlägerigen Frau, eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen. Ein autonomes Leben in ihrem Umfeld. Das wäre schon der Auftrag der Geriatrie.

**Sprecherin:**

Die geriatrische Begutachtung vor einer Operation umfasst nicht nur medizinische Aspekte.

**O-Ton 11 - Ursula Müller-Werdan:**

Man kann im Wesentlichen folgende Bereiche damit untersuchen: die kognitiven Fähigkeiten. Also zum Beispiel inwieweit der Patient schon eine beginnende, demenzielle Erkrankung hat. Dann die Mobilität. Also inwieweit der Patient noch beweglich ist. Sich selber helfen kann, zum Beispiel, wenn er auch gestürzt ist. Dann die Emotionalität. Also, inwieweit der Patient eine depressive Erkrankung hat, zum Beispiel. Die Selbsthilfefähigkeit. Also ob der Patient sich noch selbst anziehen kann. Auf die Toilette gehen kann. Und am Schluss auch noch die soziale Situation. Das sind so fünf Bereiche. Um eben solche Faktoren auch zu erfassen, wie Sturzrisiko.

**Sprecherin:**

Doch nicht nur schonende Operationsverfahren und geriatrische Betreuung verringern das Risiko für den alten Menschen. Auch die Anästhesie trägt Wesentliches dazu bei.

**Atmo: OP-Narkose****Sprecherin:**

Angst vor einer Narkose haben die meisten Patienten. Allerdings schätzen sie die Gefahren falsch ein. Das Risiko aus der Narkose nicht mehr aufzuwachen, ist praktisch null. Das gilt auch für Hochbetagte. Denn während der Narkose werden die Patienten so gut überwacht wie auf einer Intensivstation. Die wirkliche Narkosegefahr für den alten Menschen dagegen ist erst seit kurzem bekannt: Sein Gehirn reagiert sensibler auf Narkosemittel, als bisher vermutet. Unbemerkt kann es zur Überdosierung kommen. Die Folgen sind lang anhaltende Verwirrheitszustände nach der OP, Stürze und schwere Verletzungen.

**O-Ton 12 - Petra Bischoff:**

Überdosierungen würden dazu führen, dass man sich langsamer erholt und das ist eben auch der Grund, warum wir das monitoren wollen. Dass wir eben Hirnströme haben, dass die nicht komplett auf null gestellt werden. Das würde mit einer Überdosierung passieren.

**Sprecherin:**

Die Anästhesistin Prof. Petra Bischoff erforscht die „Narkosetiefe“. Dazu werden die elektrischen Aktivitäten des Gehirns, die sogenannten Hirnströme gemessen. Das Messverfahren ist völlig harmlos und ähnelt dem EKG bei der Herzüberwachung.

**O-Ton 13 - Petra Bischoff:**

Auf der Hautoberfläche wird ein Pflaster geklebt und über dieses Pflaster und eine Elektrode kann man diese Hirnströme ableiten.

**Sprecherin:**

Ausgewertet wird die elektrische Aktivität des Gehirns, auch EEG genannt, in einem kleinen Computer. Aber gelingt es tatsächlich mit dieser Methode Verwirrtheitszustände nach der OP, das sogenannte Delir, zu verhindern?

**O-Ton 14 - Petra Bischoff:**

Die Daten sagen ja. D. h. alle Patienten, die eine EEG-Messung während einer Operation bekommen haben, haben eine weniger häufigere Delirrate.

**Sprecherin:**

Doch noch nicht alle Kliniken wenden das Verfahren routinemäßig an. Es lohnt sich also, wenn Patienten oder Angehörige im Narkosevorgespräch an diesem Punkt selbstbewusst nachhaken.

**O-Ton 15 - Petra Bischoff:**

Es ist natürlich ein Mehraufwand. Das muss man sagen. Apparativ. Das ist nicht teuer. Das ist nicht das Problem. Aber man muss die Geräte verfügbar haben und man muss es lesen können. Also ich würde immer ein gutes Gefühl haben jemanden in eine Klinik zu schicken, die sich um dieses Problem auch kümmert. Weil, das zentrale Organ der Anästhesie, ist das Hirn. Und das soll natürlich so schonend und so gut wie möglich behandelt werden. Operation gelungen aber Patient nachher verwirrt, das wäre ja ein Delir, das ist eben nicht das Ziel.

*Atmo: Patientin wird abgeholt*

**Sprecherin:**

An der Leipziger Orthopädie wird es für Frau Naumann ernst. Schwester Connie macht die Patientin bereit für den Eingriff.

*Atmo: Abholung zur OP / Es geht jetzt in den OP. ... Ja ich bin bereit. ... OP-Hemd haben sie ja schon an ...*

*Atmo: Flur Fahrstuhl Tür*

**Sprecherin:**

Die 84-jährige Patientin hat sich vor der Operation genau informiert und vertraut ihren Ärzten. Aber auch ein Blick in die offiziellen Statistiken des neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hätte eventuelle Zweifel zerstreuen können.

**Zitator:**

Im Jahr 2017 haben in Deutschland 175.000 Patienten aufgrund der altersbedingten Gelenksabnutzung ein künstliches Hüftgelenk erhalten. Im Durchschnitt dauert dieser Eingriff 68 Minuten. Obwohl 50 Prozent der Patienten schwerwiegende Begleiterkrankungen mitbrachten, kam es nur in zwei bis drei Prozent der Fälle zu ernsthaften Komplikationen. Die Sterblichkeit während des gesamten Krankenhausaufenthalts betrug 0,37 Prozent. Das entspricht praktisch dem normalen Sterberisiko in dieser Altersgruppe. Für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks weist die Statistik vergleichbare Ergebnisse aus.

**Atmo: OP****Sprecherin:**

In der Leipziger Klinik ist der Eingriff in vollem Gang. Prof. Roth bereitet den Hüftknochen für die künstliche Hüfte vor. Mit einer Fräse hat er das alte Gelenk entfernt. Auf dem OP-Tisch liegt schon die neue Hüfte aus Metall – etwa 30 Zentimeter lang. Nun wird sie durch den nur knapp 10 Zentimeterlangen Hautschnitt in die richtige Position bugsiiert. Währenddessen passt der Anästhesist am Kopfende auf, dass es Frau Naumann dabei gut geht. Blutdruck, EKG, Körpertemperatur und natürlich auch die Hirnströme werden kontinuierlich überwacht. Die Stimmung im OP ist entspannt, denn es läuft alles nach Plan.

**O-Ton 16 - Andreas Roth:**

Früher hat man 20 – 30 Zentimeter aufgeschnitten. Das macht man heute nicht mehr. Man weiß auch, dass die Länge des Hautschnittes, zum Beispiel die Größe der Wunde, die Länge der Operation, mit der Infektionsrate korreliert. Und da sind wir natürlich ganz hart dran, das zu vermeiden. Aber es gibt dann auch natürliche Grenzen und da soll man nicht zu ehrgeizig sein. Das haben wir auch gelernt.

**Sprecherin:**

Das neue Hüftgelenk ist mittlerweile im Oberschenkelknochen verankert. Damit Frau Naumann nach der Operation keine Schmerzen hat, wird das gesamte OP-Gebiet mit einem lokalen Betäubungsmittel unterspritzt. Gut geplant und routiniert durchgeführt, ist der Einbau einer künstlichen Hüfte ein Eingriff ohne wesentliche Risiken. Ist die Versorgung von alten Menschen in unseren Kliniken also vielleicht doch viel besser, als viele es vermuten? Oder ist die minimal-invasive Hüftchirurgie nur eine positive Ausnahme? Diese Fragen sind relevant, denn mittlerweile ist jeder achte in Deutschland operierte Patient 80 Jahre oder älter.

**Atmo: Kongress Eröffnung Vortrag**

**Sprecherin:**

Auf dem Deutschen Anästhesiekongress 2018 in Nürnberg hat Professor Mark Coburn von der Uniklinik Aachen eine neue europäische Studie vorgestellt. Es geht um alte Menschen, die sich **bei einem Sturz** den Schenkelhals brechen und dann operiert werden. Während nach einer **geplanten Hüftoperation** nur etwa jeder 300. Patient aufgrund von Komplikationen im Krankenhaus verstirbt, sieht es bei der Hüft-OP nach einem Sturz ganz anders aus. Nach diesem Eingriff verstirbt jeder zehnte Operierte während des Klinikaufenthalts. Professor Coburn und sein Team sind den Ursachen im Rahmen eines Forschungsprojektes auf der Spur.

**O-Ton 17 - Mark Coburn:**

Ich leite im Moment ein europäisches Projekt, wo wir genau in 200 Zentren in Europa gucken: Wie ist eigentlich das Outcome der Über-80-Jährigen? Nicht nur bei der Schenkelhalsfraktur, wo wir recht gute Daten haben. Sondern gerade Augenheilkunde. Kleiner Eingriff. Hals-Nasen-Ohren. Oder was auch immer. Weil, es gibt keine Daten, die das gut zeigen.

**Sprecherin:**

Kann es sein, dass auch nach anderen Operationen wesentlich mehr ältere Patienten sterben als bisher vermutet. Ein schlimmer Verdacht, dem Professor Coburn und sein Team nun auf den Grund gehen. Denn in Deutschland gibt es, außer für die Hüft- und Knie-Endoprothesen keine systematischen Daten zum Operationserfolg beim alten Menschen. Das eigentliche Problem für ältere und gebrechliche Patienten zeichnet sich dabei schon ab: Je länger der Krankenhausaufenthalt dauert, umso riskanter wird er.

**O-Ton 18 - Mark Coburn:**

Und es ist nicht so, dass diese Patienten dann während der Operation oder der Narkose versterben. Das sind meistens kardiale oder pulmonale Komplikationen. Lungenentzündung, Lungenembolie. Die dann auftreten und die zu Komplikationen führen können. Das sind aber auch die Patienten, die meist viele Begleiterkrankungen haben. Und das ist auch für uns der Anlass, um gemeinsam Strategien zu entwickeln, um diese Patienten optimal zu versorgen.

**Sprecherin:**

Am Patienten selbst kann es kaum liegen, denn Operation und Narkose sind ja bereits überstanden. Medizinisch gesehen sind die Betroffenen während der anschließenden Krankenhausbehandlung in der gleichen Situation wie vorher im Heim oder in der häuslichen Umgebung. Aber warum ist dann die Sterblichkeit in der Klinik so hoch? Der Aachener Anästhesist Professor Coburn hat bereits einen Verdacht.

**O-Ton 19 - Mark Coburn:**

Wir haben einen Pflegemangel. Wir haben zum Teil auch einen Ärztemangel. Aber der Pflegemangel ist gravierender. Und um eben Patienten optimal, egal in welchem Alter, betreuen zu können, brauchen wir mehr Ressourcen. Und das ist wirklich die große Herausforderung, die zu bekommen. Sich drum kümmern um den Patienten. Das ist eigentlich einer der wichtigsten Aspekte, insbesondere im Alter. Und das kommt oft in der klinischen Routine zu kurz.

**Sprecherin:**

Die gebrochene Hüfte lässt sich nicht minimal-invasiv operieren. Deshalb dauert der Krankenhausaufenthalt für diese Patienten wesentlich länger und ist mit dauerhaften Phasen der Bettruhe verbunden. Probleme, wie etwa eine Lungenentzündung, drohen. Schon die ersten Anzeichen von Komplikationen müssen deshalb erkannt werden. Aber das ist der wunde Punkt an unseren Kliniken.

**Atmo:** *Pressekonferenz Eröffnung***Sprecherin:**

Auf einer Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wurden im September 2018 weitere brisante Daten präsentiert. Erstmals erklärt eine von der Bundesregierung finanzierte und den Ortskrankenkassen unterstützte wissenschaftliche Erhebung, warum alte und gebrechliche Menschen in unseren Krankenhäusern – teilweise – ein Risiko eingehen.

**Weiter Atmo:** *Pressekonferenz***O-Ton 20 - Clemens Becker:**

Wir haben derzeit bei älteren Menschen etwa 400 – 450.000 Krankenhauseinweisungen. 40 Prozent davon ist das typische Beispiel Oberschenkelhalsbruch. Also die häufigste Verletzung, die zu einer Krankenhauseinweisung führt.

**Sprecherin:**

Professor Dr. Clemens Becker ist Geriater am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart und Mitautor des Forschungsprojekts. Am Beispiel Schenkelhalsbruch wollten die Forscher ergründen, was in deutschen Kliniken schief läuft.

**Weiter O-Ton 20 - Clemens Becker:**

Von diesen Patienten ist es so, dass derzeit nach einem Monat zehn Prozent der Patienten verstorben sind. Das ist vergleichbar mit den großen anderen Krankheitsgruppen: Schlaganfall, Herzinfarkt usw. Also das ist ein großes Problem, das weiter wächst durch die Demografie. Wir müssen also Prävention, vor allem aber auch richtige Behandlung machen.

**Sprecherin:**

Im Rahmen von Modellprojekten werden bereits in rund 100 deutschen Kliniken ältere Patienten nach der Operation vornehmlich von Altersmedizinern betreut. Haben Patienten, die in einem solchen interdisziplinären Konzept versorgt werden, bessere Chancen? Das war die zentrale Frage dieses Forschungsprojekts.

**O-Ton 21 - Clemens Becker:**

Wir haben aus Deutschland aus den Jahren 2014 bis 2016 insgesamt 50.000 Patienten analysiert. Ungefähr die Hälfte wurde in konventioneller, klassischer Behandlung eben entsprechend betreut. Und die anderen wurden eben in diesen neuen, interdisziplinären Kooperationsformen betreut. Die Ergebnisse sind, wenn man so will drastisch oder auch erschreckend.

Wir haben damit in dieser Form nicht gerechnet. Wir sehen eben, dass durch diese integrierte, interdisziplinäre Versorgung über 20 Prozent der Todesfälle vermeidbar waren. Aus meiner Sicht ist das eine glasklare Botschaft: Das ist der Weg, den wir beschreiten müssen. So muss behandelt werden. Wir können damit weit mehr als 2000 Todesfälle pro Jahr in Deutschland vermeiden, wenn wir das konsequent umsetzen.

**Sprecherin:**

Tausende Patienten versterben in deutschen Kliniken nach der Operation frühzeitig, weil die Nachsorge nicht optimal läuft. Schuld an diesen Missständen ist offenbar auch der wirtschaftliche Druck, der auf den Kliniken lastet. Die Chirurgen haben keine Zeit mehr für ihre Patienten. Und das knappe Pflegepersonal klagt über Dauerstress.

**O-Ton 22 - Clemens Becker:**

Momentan ist es so, dass die meisten Operateure morgens um acht die Station verlassen und nachmittags um 3 Uhr 30 oder 4 Uhr zurückkommen. In der Zeit wird operiert oder in der Notaufnahme gearbeitet. In der Zeit, der Kernarbeitszeit, brauchen sie jemand auf Station. Und das ist die Zeit, wenn man so will, des Altersmediziners oder -medizinerin. In der Zeit brauchen sie jemand der vor Ort eben mit den Patienten Visite macht. Mit den Angehörigen spricht. Mit dem Team spricht und die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen trifft. Wenn sie das am Frühabend oder am Freitagnachmittag machen, dann passiert in der Regel eben lange nichts. Und das Problem ist sozusagen damit nicht zu lösen.

**Sprecherin:**

Und im schlimmsten Falle verstirbt dann der Patient an den Folgen eines zu spät erkannten Organversagens.

**O-Ton 23 - Clemens Becker:**

Es ist definitiv kein Schicksal. Viele dieser Krankheiten und Probleme sind behandelbar. Und dafür brauchen wir eben ein integriertes gemeinsames Management, was eben die Altersmedizin und die Unfallchirurgie zusammenbringt. Dass die Probleme sofort erkannt werden und nicht erst zwei oder drei Tage später. Und sofort behandelt werden. Und dann kann man enorme Erfolge erzielen.

**Sprecherin:**

Die Studie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie hat einiges in Bewegung gesetzt. Mittlerweile arbeiten Gesundheitspolitiker an finanziellen Konzepten. Der Stuttgarter Geriater Clemens Becker ist davon überzeugt, dass sich die Versorgung alter und gebrechlicher Menschen in unseren Krankenhäusern demnächst grundlegend ändern wird.

**O-Ton 24 - Clemens Becker:**

In der operativen Medizin bei älteren Menschen brauchen wir eine völlig andere Arbeitsorganisation. Wir brauchen ein Team, ein interdisziplinäres Team. Genau wie wird das in der Geburtshilfe haben. Oder im OP, wo Anästhesisten und Chirurgen zusammenarbeiten. Auf den Stationen brauchen wir eben Altersmediziner und

Chirurgen, die diese ersten Tage, rund um die Operation steuern und entsprechend betreuen.

**Sprecherin:**

Kliniken, die sich diesen Herausforderungen stellen, machen zudem eine interessante Entdeckung: Altersgerechte Medizin ist gar nicht so teuer. Denn Patienten mit Komplikationen haben längere Behandlungszeiten und blockieren so die Betten. Doch noch fehlt es vielerorts am entsprechenden Problembewusstsein. Da bleibt den Patienten und Angehörigen nur eins: Sich sehr genau auszusuchen, welcher Klinik man sich anvertraut. Gerade wenn mit einem längeren Klinikaufenthalt zu rechnen ist, sind kritische Fragen zur Versorgungsqualität auf der Station durchaus angebracht. Im Zweifel hilft auch ein Blick auf die Homepage der Klinik.

**O-Ton 25 - Clemens Becker:**

Sie erkennen das, auf jeder Webseite, ob eine altersmedizinische Behandlung eben vorhanden ist, eine Hauptabteilung. Und ob im Zweifelsfalle eben ein altersunfallchirurgisches Zentrum vorhanden ist. Das sind die Dinge, die sie erkennen können.

*Atmo: Kaffee kommt*

**Sprecherin:**

In Leipzig hat Frieda Naumann ihre Operation gut überstanden. Am Tag danach sitzt die 84-Jährige schon am Kaffeetisch und strahlt:

**O-Ton 26 - Patientin:**

Das hätte ich nicht gedacht. Das sage ich ihnen ganz ehrlich. Hätte nicht gedacht, dass das so gut geht. Die Familie war da. Hat sich gefreut, dass ich wieder so weit in Ordnung gekommen bin.

**Sprecherin:**

Kann sie schon mit ihrer neuen Hüfte laufen?

**O-Ton 27 - Patientin:**

Ich bin nachher abends aufgestanden und gelaufen. Aber nun. Und da bin ich ein bisschen hin und her marschiert. Und dann bin ich eine richtige Runde heute früh gegangen. Und dann bin ich wieder ins Bett.

**Sprecherin:**

Schon in wenigen Tagen wird Frieda Naumann eine Frührehabilitation machen und danach nach Hause gehen. In ihrem Fall war die Entscheidung zur Operation also goldrichtig. Geklappt hat es allerdings nur, weil sie ihren eigenen Kopf durchgesetzt hat. Und darauf ist sie zurecht stolz, findet auch ihr Arzt Professor Andreas Roth:

**O-Ton 28 - Andreas Roth:**

Was die Patienten von der Operation abhält, ist gar nicht so selten, dass sie zu einem Kollegen gehen und der ihnen dann sagt: Na ja, in ihrem Alter macht man das nicht mehr oder man kann das in ihrem Alter nicht mehr machen. Das höre ich gar nicht so selten. Und häufig sind es dann die Angehörigen, die Kinder oder die

Enkelkinder, die sagen: Ja, wir suchen noch mal eine Möglichkeit, wir holen uns noch mal Rat. Und genau betrachtet sieht man dann, dass man den Patienten sowohl operieren kann, als auch den Patienten mit einer Prothese versorgen kann.

**Sprecherin:**

Denn ein hohes Alter ist kein Hindernisgrund für eine Operation. Moderne Narkosetechniken garantieren höchste Sicherheit. Die minimalinvasiven Operationstechniken sorgen dafür, dass sich die Patienten schnellstmöglich wieder erholen. Viele Eingriffe gehen heute sogar ambulant, die früher zu wochenlangen Klinikaufenthalten geführt haben. Und wer einen längeren Krankenhausaufenthalt plant, dem bieten Kliniken, die eine geriatrische Mitbetreuung gewährleisten, eine altersgerechte Patientenversorgung. Kritische Nachfragen von Patienten und Angehörigen zur Versorgungsqualität nach der Operation sind allerdings angebracht. Denn noch längst ist in unserem Gesundheitssystem nicht alles optimal auf die Bedürfnisse des alten Menschen abgestimmt.

\* \* \* \* \*