PLASTISCHE/ÄSTHETISCHE CHIRURGIE 01.12.2012

Plastische und Ästhetische Chirurgie im demographischen Wandel

Die massive Verschiebung in der Alterspyramide der Bundesrepublik Deutschland, wird in unserem Land, ähnlich wie im übrigen Europa, zu einer Abnahme der Bevölkerungszahl mit gleichzeitig deutlicher Zunahme der älteren Bevölkerung führen. Selbst wenn es über regionale Unterschiede nicht überall zu diesem Effekt kommt, wird sich doch als Nettoeffekt eine überproportionale Vermehrung der älteren Menschen manifestieren. Meistens orientiert sich die Eingrenzung an der beruflichen Altersgrenze von rund 65 Jahren. Dieser Beitrag widmet sich daher vorrangig dieser Patientengruppe.

Die Ursachen des demographischen Wandels sind offenkundig:

- niedrige Geburtenrate
- Zunahme der Lebenserwartung
- Regionale Veränderungen durch Wegzug junger Mensch bei Verbleiben älterer Menschen (insbesondere Ostdeutschland)
- Positiver Wanderungseffekt mobiler älterer Menschen mit hoher Vitalität auch im fortgeschrittenen Alter, z. B. in Metropolen

Trotz der zu erwartenden Anstiege in den älteren Bevölkerungsgruppen dank der verbesserten Lebensbedingungen ist parallel mit einer Zunahme altersassoziierter Erkrankungen zu rechnen. Dies betrifft nicht nur Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose, sondern auch Demenzerkrankungen. Auch ist mit multimorbiden Patienten in vermehrter Anzahl zu rechnen, sodass sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich eine Zunahme der Behandlungsnotwendigkeiten erwartet wird.

Demographie und Plastische Chirurgie

Während die demographischen Veränderungsprozesse hohe infrastrukturelle Anforderungen an die gesamte medizinische Versorgung in der Breite stellen, ergeben sich für das Fachgebiet der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie vor allem Herausforderungen hinsichtlich der Erkrankungsschwere und der altersassoziierten Begleiterkrankungen.

Betrachtet man die zu erwartende Entwicklung der Belegungstage im Krankenhaus, muss man bei den über 65-jährigen Patienten mit einer Verdopplung der Behandlungstage für bösartige Neubildung rechnen, etwas geringer für die Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes neben Verletzungen und Vergiftungen.

Für die Ästhetische Chirurgie ergeben Umfragestatistiken, dass lediglich 9,2 Prozent der Operierten 61 Jahre und älter sind, während sich die Mehrheit der Patienten, die sich einem solchen Eingriff unterziehen, jünger als 50 Jahre sind.

Insoweit lässt sich für das Fachgebiet der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie folgende Voraussage treffen:

Eine moderate Zunahme bei elektiven ästhetischen Eingriffen, insbesondere der sogenannten „wunscherfüllenden Chirurgie“, die bei älteren Menschen ohnehin nur weniger als ein Viertel der insgesamt durchgeführten Eingriffe umfasst.

Bei Erkrankungen mit therapiebedürftigem medizinischem Krankheitswert ist dagegen mit einer Zunahme entsprechender Erkrankungen, die das Fachgebiet der Plastischen Chirurgie betreffen, zu rechnen. Dies betrifft Malignome, die nach einer Primär- und Multimodalbehandlung einer plastischen Wiederherstellung bedürfen (Hauttumore, Therapiefolgen solider Organtumore, Strahlenulzerationen und Resthöhlen). Daneben sind vermehrt Folgebehandlungen bei Gefäßerkrankungen (venöse und arterielle Ulzerationen), Verletzungen wie Verbrennungen und Durchliegegeschwüre bei pflegebedürftigen alten Patienten zu erwarten.

Indikationsstellung und Risikomanagment

Für die Wahl entsprechender Operationsverfahren, die gerade in der Plastischen Chirurgie hohe Komplexität erreichen können, – ein Beispiel hierfür ist die mikrovaskuläre rekonstruktive Chirurgie – sind die erwarteten statistischen Überlebenszeiten betagter Patienten verstärkt zu berücksichtigen. Daher bedürfen diese Patienten einer sorgfältiger indikatorischen Abklärung, unter Berücksichtigung der Belastungen im höheren Lebensalter. Die assoziierte Komorbidität erfordert ein besonderes Risikomanagement. In vielen Fällen handelt es sich um elektive Eingriffe zur Verbesserung der Lebensqualität oder Verbesserung der pflegerischen Situation.

Leider ist in den höheren Altersgruppen bei Verbrennungen mit einem drastisch Abfall der Überlebenswahrscheinlichkeit der über 60-Jährigen zu rechnen, sodass ein besonderes Augenmerk in der Prävention von Verbrühungen und Verbrennungen bei älteren Menschen erforderlich ist.

Bei betagten Patienten in der Plastischen Chirurgie ist ein sorgfältiges Risk-assessment erforderlich, um Patienten ab der ASA-Stufe 3, die schwere Allgemeinerkrankungen, wie z. B. koronare Herzerkrankungen aufweisen, durch operative Eingriffe nicht zu gefährden. Die Altersstatistik der eigenen Klinik, die ein Maximalversorgungsspektrum im universitären Kontext bietet, zeigt, dass die über 65-Jährigen Patienten bereits ein Viertel des Patientenaufkommens ausmachen. Eigene Untersuchungen zur Morbidität und Mortalität bei komplexen aufwändigen mikrovaskulären Rekonstruktionen bei Patienten mit über 70 Jahren zeigen, dass in über 40 Prozent der Fälle periphere arterielle Verschlusskrankheiten vorhanden waren, in knapp 20 Prozent ein Diabetes mellitus und in 50 Prozent Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Malignome. Diese Erkrankungsprävalenz war statistisch signifikant häufiger als bei den darunter liegenden Altersgruppen anzutreffen. Die Operationsergebnisse zeigen in der Literatur für komplexe plastische Rekonstruktionen keine schlechteren Ergebnisse als bei jüngeren Patienten. Dies betrifft insbesondere die Verlustrate an freien Gewebetransplantationen, die keine Korrelationen mit Altersgruppen und Diagnosen zeigte. Demnach ergeben sich erhöhte Anforderungen an das perioperative Patientenmanagement, um die perioperative Mortalität, die in der Literatur zwischen 0 und 9,1 Prozent liegt, weiter zu reduzieren.

Fazit

Zusammenfassend stellt der Demographiewandel eine große Herausforderung auch für das Fachgebiet der Plastischen Chirurgie dar. Die Altersgruppe über 75 Jahre verzeichnet signifikant erhöhte postoperative Komplikationen, die sich vor allem im Bereich der Nebenerkrankungen und der Lebensalter assoziierten Morbidität abspielen. Die zu erwartenden höheren Risikogruppen gemäß der ASA-Klassifikation bedürfen eines konsequenten Risiko- und Komplikationsmanagements. Nach aktuellem wissenschaftlichen Stand ergibt sich jedoch keine signifikante Risikoerhöhung bei fehlenden medizinischen Komorbiditäten. Damit sollte der alte Mensch bei fehlenden Nebenerkrankungen nicht von den Fortschritten der Plastisch-Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie ausgenommen werden.

Literatur

[1] Herold C, Gohritz A, Meyer-Marcotty, M et al Is There an Association between Comorbidities and the Outcome of Microvascular Free Tissue Transfer? J Reconstr Microsurg 2011;27:127–132.

[2] Özka Ö, Özgentas E, Islamoglu K, et al, Experiences with microsurgical tissue transfers in elderly patients , Microcsurgery .2005, 25:390-395

[3] Osterkamp R, Bevökerungsentwicklong in Deutschland bis 2050- Demographische und ökonomische Konsequenzen für die Alterschirurgie. Chirurg, 2005, 76:10-18

[4] Protschka J, Längeres Leben, horrende Kosten? DÄB , 2011 108 Heft 37:1595

Vogt P. M. Plastische und Ästhetische Chirurgie im demografischen Wandel. Passion Chirurgie. 2012 Dezember; 2(12): Artikel 02_06.