Unfallchirurg 2010 · 113:44
DOI 10.1007/s00113-009-1701-3
Online publiziert: 9. Dezember 2009
© Springer-Verlag 2009

Redaktion
W. Mutschler, München

S. Ruchholtz
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie,
Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg

Zeitliche Verzögerung während der Schockraumversorgung und ihr Einfluss auf das Outcome

Kommentar zum Beitrag

Wutzler S et al. (2010) Zeitintervalle während und nach Schockraumversorgung. Eine Analyse anhand des Traumaregisters der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Unfallchirurg, DOI s00113-009-1700-4

Mit mehr als 42.000 prospektiv erfassten Patienten stellt das Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie eines der stärksten „Arbeitspferde“ der Versorgungsforschung an schwerverletzten Patienten in unserem Land dar. Zahlreiche Publikationen sind in den vergangenen Jahren auf Basis der Traumaregisterdaten entstanden. Auch in der vorliegenden Untersuchung wurde das Register für eine retrospektive Analyse genutzt.

Ziel dieser Untersuchung waren die Behandlungszeiten in der frühen klinischen Versorgungsphase. Herr Wutzler und seine Koautoren glauben auf Basis ihrer Ergebnisse aufzeigen zu können, dass in den teilnehmenden Kliniken für besonders schwerverletzte Patienten (ISS ≥ 16) ein „zeitliches Optimierungspotenzial nach Beendigung der diagnostischen Modalitäten im Schockraum“ vorliegt.

Nun ist den Autoren für ihre sorgfältige Analyse einer besonders zeitkritischen Phase zu gratulieren. Auch ist es ein wesentliches Ziel des Traumaregisters der DGU, im Rahmen eines Qualitätsmanagements Schwachstellenanalysen durchzuführen, um, wie von den Autoren hervorgehoben, „Optimierungspotenzial“ aufzuzeigen.

Auf der anderen Seite muss hinterfragt werden, ob solchermaßen komplexe Behandlungsabläufe wie die Versorgung besonders schwerverletzter Patienten

alleine auf Basis weniger Werte zur primären Röntgendiagnostik, zum Abschluss der Schockraumversorgung und zur Aufnahme in einem weiteren Behandlungssegment erfolgen können.

Denn es steht außer Zweifel, dass in der Zeitphase zwischen dem Abschluss der Behandlung und der Diagnostik im Schockraum und dem nächsten Behandlungssegment relevante zeitliche Verzögerungen entstehen können. Um dem Anspruch einer sorgfältigen und wissenschaftlichen Analyse gerecht zu werden, erscheinen jedoch die vorliegenden Daten wenig weiterführend. Die von Herrn Wutzler und den Koautoren angesprochene (unklare) Phase mit „Optimierungspotenzial“ beinhaltet üblicherweise relevante therapeutische (z. B. Thoraxdrainage, Transfusion und Stabilisierung der Vitalparameter) oder diagnostische (z. B. Röntgen von Extremitäten mit potenziellem Frakturverdacht) Schritte. Es muss deshalb bei einem großen Anteil dieser schwerverletzten Patienten davon ausgegangen werden, dass es medizinisch relevante Gründe für diese „Zeitverzögerung“ von ca. 12–32 min zwischen dem Ende der orientierenden radiologisch-sonographischen Basisdiagnostik mit/ohne weiterführende CT-Diagnostik bis zur weiterführenden Behandlung im OP oder auf der ICU gab.

Weiterhin wurden bei der Analyse die unterschiedlichen Diagnostikmodalitäten (primäres Ganzkörper-CT im oder nahe zum Schockraum bzw. primäre radiologisch-sonographische Basisdiagnostik und dann Ganzkörper-CT) nicht berücksichtigt, was einen entscheidenden Unterschied bei der Beurteilung der Zeiten ausmacht. Somit entstand am Ende der

Arbeit die Beschreibung eines Zeitintervalls, dessen klinische Relevanz und möglicherweise berechnete oder unberechnete zeitliche Verzögerung nicht beurteilbar ist. So ist es letztendlich auch nicht verwunderlich, dass die gefundenen zeitlichen Verzögerungen keinen Einfluss auf das Outcome hatten.

Aus den besagten Gründen sollte auch in Zukunft bei der Beschreibung eines zeitlichen oder diagnostischen/therapeutischen „Benchmarkings“ bei Schwerverletzten auf eine klare Verbindung zwischen Indikation (Eingangskriterium) und direkt zugeordneter Maßnahme geachtet werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. S. Ruchholtz
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie,
Universitätsklinikum Gießen und Marburg,
Standort Marburg
Baldingerstraße, 35043 Marburg
kunzendo@med.uni-marburg.de