Komplikationsmanagement bei Infektionen und Dekubitus

Berichterstattung

Von der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) wurden Infektionen und Dekubitalulzera im Behandlungsverlauf als besonders verfahrensverlängernde und damit auch kostenintensive Faktoren identifiziert. Im 2. Hauptthema der 33. Unfallmedizinischen Tagung wurde durch die Vortragenden und Vorsitzenden versucht, eine durchgehend erkennbare Problemdarstellung zu geben und Lösungsansätze vorzustellen.

Vortrag 1

Die Sitzung begann mit einer Präsentation von Herrn Dr. Heppert, Ludwigshafen, zu den posttraumatischen bzw. postoperativen Infektionen. Der Vortragende fokussierte auf 2 wesentlichen Forderungen:

1. Infektionen sollte man nicht „aussitzen“, sondern konsequent behandeln.
2. Die Formulierung einer Behandlungsstrategie und das Vorgehen nach gesicherten Prinzipien sind unabdingbar.

Zu Punkt 1. Das Vorliegen bzw. die Entwicklung eines Infekts, gerade bei liegenden Implantaten, ist vorbehaltlos zu erkennen und zu dokumentieren. Die konsequente weitere Behandlung darf nicht aufgeschoben oder durch nichtzielführende Maßnahmen verzögert werden; in diesem Zusammenhang sind die zunehmend ohne grundlegende Behandlungsstrategie genutzten, vielfach wiederholten Vaku-

umtherapien zu beklagen. Hier wurden durch die GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) in letzter Zeit offensichtlich Anreize gesetzt, die auch in eine falsche Richtung gehen können. Überdies gibt es Hemmnisse des Chirurgen, eingetretene Infektionen für sich selber einzugestehen („erkennen – bekennen – handeln“).

Zu Punkt 2. Das Vorgehen bei gesichertem Infekt muss einer formulierten Strategie folgen. Diese wiederum muss sich nach dem Dreiklang richten:

- radikales Débridement,
- Entfernung aller Implantate,
- sorgfältiger und spannungsfreier Verschluss der vorbereiteten Wunde bzw. des Defektes.

Pathophysiologisch ist der Frühinfekt als relativer Notfall zu begreifen; die chirurgischen Grundlagenkenntnisse sprechen dafür, den Infekt früh, d. h. vor dem Wirksamwerden von Konsolidierungsmechanismen des Infektgeschehens am Gewebe-Implantat-Interface chirurgisch anzugehen. Die konsequente Sanierung erfordert immer auch eine Entfernung aller eingebrachten Implantate. Der zur Deckung von entstandenen Weichteildefekten eingesetzte Muskellappen gehört zur ersten „line of defense“ und darf nicht als letzte denkbare Maßnahme aufgespart werden.

Dr. Heppert berichtete abschließend über die Möglichkeiten der Verwaltung,

solche Probleme im Heilverfahren zu erkennen [repetitive Vakuumtherapie, überlanges Heilverfahren (HV), Infektdauer von 2–4 Wochen, freiliegendes Implantat] und stellte Kompetenzzentren für septische Chirurgie als Hilfen für andere Kliniken bei oben genannten Verläufen vor. Die Erstellung eines Weißbuches für den Problemkreis ist in Arbeit.

Vortrag 2

Das Eingangsthema wurde von Herrn Dr. Bigliari, Ludwigshafen, um das Dekubitalulkus erweitert (neulateinisch von decumbere: sich hinlegen, oder decubare: liegen). Die Grade des Dekubital Schadens reichen von der leichten Rötung bis zur tief reichenden Nekrose mit Knochen- und Organbeteiligung. 95% aller Dekubitalschäden liegen bei Patienten mit Querschnittlähmungen vor, und bei diesen stehen sie – nach dem rezidivierenden Harnwegsinfekt – an der zweiten Stelle der hierbei zu erwartenden Komplikationen.

Pathophysiologisch ist der Druck auf die Auflagefläche („kein Dekubitus ohne Druck“) der zentrale Primärschaden. Quantifizierbar sind Drücke von 22–40 mmHg (die auf den Prädispositionsstellen liegend leicht überschritten werden) und Zeiten >2 h. Zum Druck gesellen sich lokale (Feuchtigkeit, unpassende Hilfsmittel usw.) und systemische [Anämie, Diabetes mellitus, AVK (arterielle

Verschlusskrankheit) usw.] Schadensvermittler sowie eine Fülle von risikoverstärkenden Faktoren (Hygiene, Alkohol, Kleidung, Nikotin, Exsikkose, Alter, Bewusstseinstrübung usw.).

Prädilektionsstellen für Dekubitalschäden sind:

- der sakrale Bereich (26%),
- die Sitzbeinregion (38%) und
- die Region der Trochanteren (23%).

Das Robert Koch-Institut (RKI) schätzt das jährliche Neuaufkommen behandlungsbedürftiger Dekubitalschäden in Deutschland auf 400.000/Jahr ein. Diese Zahlen – zusammen mit den Kostenschätzungen von sicher >1.000.000.000 EUR/Jahr decken sich mit Angaben aus den USA.

Die (beste) Therapie des Dekubitalschadens ist die Prophylaxe. Sie besteht aus der Schulung (von Patient und betreuender Person), die auf der Lagerung des betroffenen Patienten fokussiert.

Vortrag 3

Der im obigen Abschnitt letztgenannte Aspekt wurde von Frau Dietmann, Tübingen, aufgenommen, die das Konzept der AG (Arbeitsgemeinschaft) Dekubital-screening der DGUV vorstellte: Dieses fußt auf dem Ziel, 50% der Kosten durch standardisierte Pflege und Prophylaxe einzusparen.

Die Risikogruppen unter den Patienten bilden die Querschnittsgelähmten, die dauerhaft Pflegebedürftigen nach SGB (Sozialgesetzbuch) und die Patienten, die zuvor bereits einmal aufgrund eines Dekubitalschadens behandlungsbedürftig waren.

Das Screening beginnt mit einem standardisierten Fragebogen an die Patienten (18 Fragen), wobei die Konsequenz der Auswertung die Beratung durch den D-Arzt (Durchgangsarzt) und/oder der Besuch mit einer Pflegefachberatung sind.

Vortrag 4

Der letzte Beitrag von Herrn Feddern, Wiesbaden (DGUV), griff wiederum den letztgenannten Aspekt der Identifikation von Risikopatienten und deren strukturierten Versorgung auf: Die Kosten der

Dekubitalschäden betragen bis zu 1/5 der Behandlungskosten der davon betroffenen Fälle.

Dekubitalschäden und Infekte sind als die (vermeidbaren) Kostentreiber erkannt. Die mit der Überwachung des HV betraute Verwaltung verfügt über alle Steuerungsinstrumente, um ein aktives Fallmanagement bei den erkannten Risikopatienten durchsetzen zu können.

Resümee

Die Sitzung zeigte einen wichtigen und kostenintensiven – und historisch alten – Problemkreis im HV auf, der in der Zukunft nicht nur „verwaltet“ werden soll, sondern zu dessen „Gestaltung“ Lösungsansätze vorliegen, deren proaktive Anwendung jetzt in Angriff genommen wird.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Obertacke
Orthopädisch-Unfallchirurgisches Zentrum,
Universitätsmedizin Mannheim,
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim
udo.obertacke@umm.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Horch RE, Nord D, Augustin M et al (2008) Economic aspects of surgical wound therapies. *Chirurg* 79:518–525
2. Leffmann C, Anders J, Heinemann A et al (2002) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 07/02, Themenheft 12 Dekubitus. Robert Koch-Institut, Berlin
3. Sculco TP (1995) The economic impact of infected joint arthroplasty. *Orthopedics* 28:871–873

Zusammenfassung · Abstract

Trauma Berufskrankh 2010 · 12[Suppl 3]:
254–255
DOI 10.1007/s10039-009-1562-6
© Springer-Verlag 2009

U. Obertacke

Komplikationsmanagement bei Infektionen und Dekubitus. Berichterstattung

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird ein Überblick der Vorträge des 2. Hauptthemas der 33. Unfallmedizinischen Tagung in Baden-Baden am 17. und 18.10.2009, Komplikationsmanagement bei Infektionen und Dekubitus, gegeben. Insgesamt gesehen zeigte die Sitzung einen wichtigen und kostenintensiven Problemkreis im Heilverfahren auf, zu welchem inzwischen Lösungsansätze vorliegen, die zukünftig umgesetzt werden sollten.

Schlüsselwörter

Heilverfahren · Infektion · Dekubitus ·
Komplikationsmanagement · Kosten

Management of complications associated with infections and decubitus. Conference report

Abstract

This contribution provides an overview of the lectures addressing management of complications associated with infections and decubitus, which was the second main topic of the 33rd Conference on Trauma Medicine held in Baden-Baden on 17 and 18 October 2009. On the whole the session pointed out an important and cost-intensive issue in therapy for which there are now approaches available that should be implemented in the future.

Keywords

Therapy · Infection · Decubitus · Management
of complications · Costs