Unfallchirurg 2020 · 123:579

<https://doi.org/10.1007/s00113-020-00832-4>

Online publiziert: 17. Juni 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

C. Krettek¹ · T. Mittlmeier² · W. Mutschler³¹ Unfallchirurgische Klinik, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland² Abt. für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland³ Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum der LMU München, München, Deutschland

COVID-19-Pandemie: Was wissen wir – was können wir empfehlen?

Ein Kommentar der Herausgeber

Kommentar zum Beitrag

Mahlke L, Flohé S, Matthes G et al. (2020) Chirurgie in der SARS-CoV-2-Pandemie. Empfehlungen zum operativen Vorgehen. Unfallchirurg. <https://doi.org/10.1007/s00113-020-00830-6>

Über das Management von Patienten in Zeiten der COVID-19-Pandemie wurde in den letzten Wochen weltweit viel geschrieben, es wurden Analysen erhoben und Empfehlungen gegeben. Einige Mitglieder der Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der DGU haben sich nun entschlossen, verschiedene Aspekte bei der Versorgung unserer Patienten aus unfallchirurgischer Sicht zusammenzufassen und zu bewerten. Die Herausgeber von *Der Unfallchirurg* wertschätzen und unterstützen diese Initiative.

Der Artikel spiegelt im Wesentlichen allgemeine Empfehlungen bei infektiösen Patienten wider. Jedes Krankenhaus ist bereits verpflichtet, einen entsprechenden Hygieneplan vorzuhalten. Viele der dargestellten Aspekte wie z. B. die persönliche Schutzausrüstung sind ohnehin durch die allgemeinen Hygieneempfehlungen z. B. durch die AWMF-Leitlinie zu OP-Kleidung und Patientenabdeckung gut geregelt und breit kommuniziert.

Weitergehende Empfehlungen sind aber nicht nur aufgrund der dünnen Evidenzlage und kurzen „Informationshalbwertszeit“ eher problematisch. So musste beispielsweise einiges von dem, was zum COVID-19-Thema an anderer

Stelle zu lesen war, im Verlauf revidiert, modifiziert oder zurückgenommen werden. Beispielsweise können die teils divergierenden Empfehlungen zu Mund-Nasen-Schutz und FFP-2/FFP-3-Masken durch den Artikel nicht aufgehoben werden, denn das jeweilige innerklinische Vorgehen hat sich in aller Regel an den hausinternen behördenabgestimmten Hygieneplänen zu orientieren.

Es stellt sich auch die Frage der Praktikabilität des in dem Artikel dargestellten Schockraummanagements. Insbesondere bei Schockraumaktivierung aufgrund von B-Kriterien bei wachen Patienten ohne Verdacht auf eine COVID-19-Infektion widerspricht das im Artikel dargestellte Vorgehen den Hygieneplänen vieler Kliniken. Es stellt sich die Frage, ob man da nicht abgestufte und differenziertere Empfehlungen geben sollte. Bei intubierten Patienten kann ein solches Vorgehen prinzipiell sinnvoll sein, wobei die derzeitigen Infektionszahlen und Empfehlungen vieler Fachgesellschaften und Institute die im Artikel dargestellte Schlussfolgerung nicht zulassen.

Grundsätzlich gilt auch in COVID-19-Pandemie-Zeiten: Der Selbstschutz des Behandlungsteams muss immer gesichert sein. Man würde sich aber wünschen, dass z. B. Teile der Empfehlungen zur operativen Versorgung besser durch Fakten gestützt würden. So sind Statements wie „... die Indikation zur Tracheotomie ist extrem restriktiv zu stellen ...“ oder „... falls bei langzeitbeatmeten Patienten eine Tracheotomie unumgänglich ist, ist die offene der Punktionstracheotomie vorzuziehen ...“ nicht

durch belastbare Daten gedeckt. Soll wirklich das Risiko der Aerosolproduktion bei vorhandenen Möglichkeiten des persönlichen Schutzes durch adäquate Schutzausrüstung den Ausschlag geben über die Therapieindikation? Oder muss nicht vielmehr wie bei jedem ärztlichen Handeln die klinische Notwendigkeit für eine Maßnahme das entscheidende Kriterium sein? Wir alle wissen, dass beatmete Patienten mitunter enorm von einer Tracheotomie profitieren, die sehr sicher und zeitsparend auf der Intensivstation per Punktion durchgeführt werden kann.

Letztendlich muss die Frage, wie weitgehend und zielführend der Artikel in der unübersichtlichen Landschaft teils divergierender Empfehlungen sein kann, von jedem Leser in seinem spezifischen Umfeld selbst bewertet und beantwortet werden. Wir, als Herausgeber, freuen uns jedenfalls auf eine angeregte Diskussion.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C. Krettek

Unfallchirurgische Klinik, Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland
krettek.christian@mh-hannover.de

Interessenkonflikt. C. Krettek, T. Mittlmeier und W. Mutschler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.