

„Die goldenen Stunden der Sepsis“: Statements aus der ÄKBV-Projektgruppe

Die Sepsis ist inzwischen eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Dennoch wird sie immer noch unterschätzt und daher oft zu spät erkannt und nicht rechtzeitig behandelt. Um das zu ändern, hat der ÄKBV auf Initiative des Vorstandsmitglieds Jan Hesse vor gut einem Jahr eine Projektgruppe „Die Goldenen Stunden der Sepsis“ ins Leben gerufen. In den vergangenen Monaten haben die Mitglieder dieser Gruppe – Vertreter aus verschiedenen Versorgungsbereichen – Kriterien definiert, die es ermöglichen, eine Sepsis ohne Laboruntersuchungen zu diagnostizieren bzw. zumindest zu vermuten. Außerdem wurden Strategien entworfen, wie die Wahrnehmung der Sepsis als häufige, bedrohliche und zeitkritische Erkrankung erhöht werden könnte (siehe Artikel S. 3/4 in diesem Heft). Die MÄA befragte einzelne Mitglieder dieser Projektgruppe stellvertretend für die Bereiche „Hausärztliche Versorgung“, „Rettungsdienst“, „Zentrale Notaufnahmen“ und „Intensivstationen“ zur Bedeutung der Sepsis aus der Sicht ihres jeweiligen Bereiches.

Hausärztlicher Bereich: Dr. Oliver Abbushi

„Wie der Initiator des Sepsis-Projektes des ÄKBV, Jan Hesse, beschrieben hat, wird die Sepsis häufig zu spät erkannt. Er sieht als Intensivmediziner, wie schwer die Behandlung von Sepsispatienten ist, bei denen eine Diagnose nicht frühzeitig gestellt wurde.

Am anderen Ende der Behandlungskette stehen wir Hausärzte. Wir bestreiten zusammen mit einigen Facharztkollegen den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Wir sehen die Patienten häufig als erste zu Hause und wir haben die große Verantwortung, über das Procedere zu entscheiden. So wie ich es zuletzt erlebt habe: Ein Patient mit vermeintlicher Grippe. Hohes Fieber, Gliederschmerzen und Schüttelfrost. Einzig auffällig waren deutliche, für ihn völlig untypische Gedächtnislücken. Das Ergebnis in der Klinik: Sepsis als Folge einer Prostatastanzie in der Vorwoche.

Es ist uns wichtig, das Krankheitsbild der Sepsis ins Gedächtnis zu rufen, die Verdachtsdiagnose oder die Differenzialdiagnose auf die Einweisung zu schreiben und einen möglichst zügigen Transport in die Klinik zu veranlassen. So können wir dazu beitragen, für unsere Patienten möglicherweise folgenschwere, unnötige Verzögerungen zu vermeiden.

Die in unserer hochprofessionell besetzten Projektgruppe erarbeiteten Kriterien sind absolut praxistauglich und sollten allen Kolleginnen und Kollegen zugänglich gemacht werden. Dabei werden die KVB und der Bayerische Hausärzterverband tatkräftig mithelfen.“

Rettungsdienst: Thomas Huppertz

„Obwohl die Sepsis inzwischen zu den häufigsten Todesursachen gehört, wird sie immer noch stiefmütterlich behandelt. Gerade im präklinischen Bereich gibt es Defizite beim Wissen um die Sepsis-Diagnostik. Zwar wird eine Lungenentzündung oder ein anderer Infekt sehr wohl erkannt, aber die Sepsis, die manchmal damit einhergeht, wird nicht wahrgenommen. Kommt ein betroffener Patient dann mit ‚schlechtem Allgemeinzustand‘ in die Zentrale Notaufnahme, führt das möglicherweise zu Reihenuntersuchungen, die Zeit in Anspruch nehmen. Wenn man erst nach vier Stunden darauf kommt, dass der Patient eine Sepsis haben könnte, hat man schon viel Zeit verloren.

Bei der Berufsfeuerwehr gebe ich Fortbildungen für Rettungsassistenten und Notärzte. Dort berichten viele Teilnehmer, dass sie schon einmal einen Patienten mit einer Infektion und mit schlechtem Allgemeinzustand eingeliefert haben, ohne an eine Sepsis zu denken. Erstens haben viele Präkliniker die Sepsis einfach nicht ‚auf der Festplatte‘, zweitens fehlt auch häufig die Disziplin, Diagnosekriterien wie die Atemfrequenz oder die Körpertemperatur standardmäßig zu überprüfen. Wenn wir in den Fortbildungen bei Übungen mit Simulationspuppen, bei denen man die

Atemfrequenz einstellen kann, die Teilnehmer die Atemfrequenz schätzen lassen, sehen wir, dass man sich zwischen 15 und 25 gewaltig verschätzt. Eine Atemfrequenz von 25 muss wirklich ausgezählt werden, da muss man sich disziplinieren.

Aus Sicht des Rettungsdienstes ist für mich die wichtigste Botschaft der Sepsis-Arbeitsgruppe: Man muss immer auch an die Möglichkeit einer Sepsis denken und sie mithilfe der Kriterien wahrnehmen, die wir in unserer Arbeitsgruppe definiert haben (SIRS-Kriterien). Nur so kann man wichtige Zeit gewinnen, um die Patienten präklinisch auf das richtige Gleis zu stellen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Dokumentation. In der Präklinik ist noch schwierig, eine Sepsis schnell und eindeutig zu dokumentieren, weil z.B. auf dem DIVI-Protokoll (dem Standard für die Dokumentation im Notarzdienst) die Sepsis noch nicht als eigener Punkt aufgeführt ist. Man muss im Moment die Verdachtsdiagnose anhand der Punkte ‚Temperatur‘, ‚Atemfrequenz‘, ‚Herzfrequenz‘ und mit einem handschriftlichen Vermerk ‚Verdacht auf Sepsis‘ darstellen. Da könnte man über eine Verbesserung nachdenken.“

Zentrale Notaufnahmen: Prof. Dr. Christoph Dodt:

„Die Behandlung der schweren Sepsis ist ein Staffellauf um das Leben der Patienten. Die Übergabe wichtiger Informationen zwischen den einzelnen Gliedern der Rettungskette – dem kassenärztlichen Notdienst, dem Rettungsdienst und den Notärzten und der Notaufnahme – ist entscheidend für die Früherkennung des lebensbedrohlichen Krankheitsbildes. Natürlich erreichen auch eine ganze Reihe von Patienten die Notaufnahme, ohne dass sie Kontakt mit dem Rettungsdienst oder dem kassenärztlichen Notdienst hatten. Professionelle Notaufnahmen überlassen dabei die Einschätzung des Krankheitsbildes nicht dem Zufall sondern sorgen für eine standardisierte Ersteinschätzung, meist durch besonders erfahrene Pflege-



Dr. Oliver Abbushi,
Hausarzt, Facharzt für
Allgemeinmedizin



Thomas Huppertz,
stellvertretender Fachbereichsleiter
Rettungsdienst der
Berufsfeuerwehr München



Prof. Dr. Christoph Dodt,
Chefarzt der Präklinik
im Klinikum Bogenhausen



Dr. Claus Peckelsen,
Leitender Oberarzt und Chefarzt-
vertreter der Klinik für Akut- und
Internistische Intensivmedizin
Klinikum Harlaching

kräfte. Neben Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz und Körpertemperatur werden dann zusätzlich die Blutgase und das Laktat vor Ort bestimmt und die Organfunktionen überwacht.

Liegt aufgrund der Vorinformationen und der Ersteinschätzung die Verdachtsdiagnose einer Sepsis vor, ist die Notaufnahme gefordert, gleichzeitig Überwachung, Therapie und Diagnostik durchzuführen. Studien haben gezeigt: Die Prozessqualität in der Notaufnahme ist der Faktor, der die Mortalität bei der Sepsis besonders effizient senkt. Die in den Leitlinien vorgegebenen Maßnahmenbündel müssen innerhalb klar definierter Zeiträume umgesetzt werden. Die erste Stunde ist besonders wichtig! Eine Stabilisierung des Kreislaufs wird in einem ersten Schritt durch großzügige Volumengabe erreicht. Gleichzeitig wird der Infektionsfokus gesucht, die mikrobiologische Diagnostik durchgeführt und eine antibiotische Therapie eingeleitet. Ein Patient mit einem Sepsissyndrom muss innerhalb von 60 Minuten eine kalkulierte Breitbandantibiose in einer hohen Dosis erhalten. Immer dann, wenn sich die Abszesse oder Verhalte gebildet haben, sind die Fachabteilungen des Hauses gefragt interventionell den Eiterherd zu sanieren. Die Aufgabe der Notaufnahme ist es, die dafür passende Fachdisziplin rasch hinzuzuziehen. Jede Verzögerung der antibiotischen Therapie und Fokussanierung bedeutet eine erhöhte Mortalität für septische Patienten.

Das bedeutet: In den ersten Stunden eines Krankenhausaufenthaltes wird der weitere Weg des Patienten entscheidend beeinflusst. Wenn sich in den folgenden Stunden zeigt, dass sich die Vitalparameter verbessern, die Nierenfunktion stabil bleibt und der Gasaustausch nicht beeinträchtigt ist, kann der Patient meist gut stabilisiert werden und bedarf keiner weiteren Therapie auf der Intensivstation. „

Intensivmedizin: Dr. Claus Peckelsen

„Auf den Intensivstationen ist die Diagnose Sepsis inzwischen Alltag und verschlingt einen großen Teil der Ressourcen. Wie wir seit der Prävalenz-Studie des Kompetenznetz Sepsis aus dem Jahr 2005 wissen, sterben in Deutschland täglich im Mittel 162 Menschen an einer schweren Sepsis. Diese hohe Zahl sollte uns alarmieren. Viele Patienten wären zu retten, wenn sie rechtzeitig eine leitliniengerechte Therapie bekämen. Das setzt aber eine frühzeitige Diagnosestellung voraus. Die Sepsis muss daher weg von den Spezialisten – es darf nicht sein, dass sie erst von Intensivmedizinern diagnostiziert wird.

Das Ziel der Münchner Sepsis-Initiative ist es, Diagnose und Therapie innerhalb der Rettungskette vorzuverlagern, die Weichen früher zu stellen und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die Sepsis eine absolut zeitkritische Erkrankung ist. Bei anderen Krankheiten wird das längst

wahrgenommen: der Patient mit akutem Koronarsyndrom wird sofort ins Herzkatheterlabor gebracht, der Stroke-Patient sofort ins CT, das Polytrauma ist innerhalb Minuten im Schockraum. Welcher Patient wird nicht adäquat wahrgenommen? Die junge Frau oder die alte Dame, die ‚nur ein bisschen somnolent oder verwirrt‘ ist und vielleicht Fieber hat – bis jemand realisiert, dass mehr dahintersteckt. Dabei ist die Mortalität der Sepsis viel höher als bei den anderen Erkrankungen.

Nötig ist eine breite Aufklärung. Die rasche Initialtherapie, die wir z. B. bei Herzinfarkt und Stroke seit Jahren erreicht haben, muss analog auf die Sepsis angewandt werden. Dazu müssen wir in erster Linie die Diagnosekriterien bei allen Facharztgruppen und Beteiligten der Rettungskette bekannt machen. Jeder sollte eine Sepsis erkennen oder zumindestens vermuten können, damit eine rasche Therapie eingeleitet werden kann. So relativ einfache Maßnahmen wie frühe Antibiose, schnelle Fokussanierung, forcierte Volumentherapie und adäquate Sauerstoffgabe tragen im Einzelfall entscheidend dazu bei, eine komplexe Intensivtherapie zu vermeiden und die Mortalität deutlich zu reduzieren. Und genau das will unsere Gruppe für diese hoch gefährdeten Patienten in den nächsten Monaten und Jahren erreichen.“

*Aufgezeichnet von
Dr. phil. Caroline Mayer*