

Verena Julia Häffner  
Dr. med.

## **Dekubitus bei Querschnittgelähmten und Spina bifida Patienten**

Geboren am 18.09.1982 in Heidelberg

Staatsexamen am 17.06.2009 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach: Orthopädie

Doktorvater: Prof. Dr. med. H.J. Gerner

Ein Dekubitus ist eine Gewebsnekrose infolge unphysiologisch hoher Druckeinwirkung, insbesondere an allen Skelettanteilen, welche nur durch ein geringes Weichteilpolster gedeckt werden. Speziell bei Menschen mit eingeschränkter Aktivität und Immobilität, wie zum Beispiel Querschnittgelähmte und Spina bifida Patienten, stellen die trotz prophylaktischer Maßnahmen immer wieder auftretenden Dekubitalulzera eine schwerwiegende Komplikation dar, die alle Rehabilitationsbemühungen oft zunichte macht.

In die vorliegende Studie miteinbezogen wurden sämtliche Querschnittgelähmte und Spina bifida Patienten (n=1.252), welche in den Jahren 1966-2004 auf Grund eines Dekubitus stationär in der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg behandelt wurden. Diese Menge entspricht insgesamt 11% aller registrierten querschnittgelähmten- und Spina bifida Patienten dieses Zeitraumes.

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte mittels eines Evaluationsbogens hinsichtlich der Erfassung von Alter und Geschlecht, Art und Dauer der Lähmung, Dekubitusdaten, Behandlungskonzept, Keimpektrum, Liegedauer, demographischen Daten sowie den Kosten.

67% des Patientenkollektivs bestand aus Querschnittgelähmten, 33% waren Spina bifida Patienten. Mit 83% bei den Querschnittgelähmten und 68% bei den Spina bifida Patienten war in beiden Gruppen das männliche Geschlecht überdurchschnittlich oft vertreten.

Die Verweildauer betrug bei den Querschnittgelähmten mehr als doppelt so viel Zeit (112 Tage) wie die Aufenthaltsdauer der Spina bifida Patienten (53 Tage), was durch die Beobachtung gestärkt wurde, dass die Liegedauer generell proportional zur Lähmungshöhe abnahm.

Auch mit der Anzahl der Wiederaufnahmen verhielt es sich ähnlich, die durchschnittliche Zahl der Klinikaufenthalte lag bei den Querschnittgelähmten bei 1,8 im Gegensatz zu 1,09 Aufnahmen pro Patient bei den Spina bifida Patienten. Generell kam es umso früher zu einer Aufnahme auf Grund eines Dekubitus, je höher das Lähmungsniveau lag.

Im Vergleich der beiden Patientengruppen zeigte sich, dass die Dekubitalulzera des Querschnittgelähmtenkollektivs, sowohl von der Gradzahl als auch von der Größe und Tiefe her gesehen, deutlich schwerwiegender waren als die der Spina bifida Patienten. Die Lokalisation betreffend zeigte sich in beiden Gruppen die Tendenz zu Sakral- und Glutäalregion sowie bei den Spina bifida Patienten ein gehäuftes Auftreten an der unteren Extremität.

Dementsprechend war bei den Querschnittgelähmten in 63% aller Fälle eine operative Sanierung nötig, während sich bei den Spina bifida Patienten konservative und operative Vorgehensweise die Waage hielten.

Bezogen auf die Sozialanamnese ergab sich, dass die Spina bifida Patienten zu 97% ledig waren und vornehmlich (89%) von zu Hause kamen. Bei den Querschnittgelähmten lag der Prozentsatz der Ledigen bei 58%, 33% waren verheiratet, sie wurden in 55% von zu Hause überwiesen, 37% kamen aus anderen Krankenhäusern. Vom Ernährungs- und Allgemeinzustand

her gesehen lagen bei beiden Patientengruppen normale Werte vor, es zeigte sich jedoch bei den Patienten mit vermindertem Ernährungsstatus eine deutlich höhere Anzahl an Dekubitalulzera.

Die unter Berücksichtigung der im Jahre 2003 eingeführten DRGs berechneten Kostensätze für die Jahre 2002-2004 ergaben Behandlungskosten für einen Patienten mit Dekubitus von rund 28.700 € im Jahr 2002, rund 40.100 € im Jahr 2003 und rund 34.300 € im Jahr 2004. Im Schnitt lagen diese Kosten 6.500 € bis 12.000 € über den Behandlungskosten eines Patienten ohne Dekubitus.

Ziel dieser Arbeit war es, aus den erfassten Evaluationsdaten die charakteristischen Aspekte von querschnittgelähmten Dekubitus-Patienten bzw. Dekubitus-Patienten mit Spina bifida herauszuarbeiten, mit deren Hilfe Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Gruppen aufgezeigt und mögliche Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen eruiert werden sollten. Diese Untersuchungswerte können Aufschluss darüber geben, ob durch eine rechtzeitige Identifizierung der Risikopatienten, frühzeitiges therapeutisches Eingreifen und ausreichende Hilfsmittelversorgung die Zahl der stationären Dekubitusfälle gesenkt werden kann. Eindeutig zeigen die hier vorliegenden Daten jedoch die Notwendigkeit, dem Thema „Dekubitus“ auch in Zukunft gesteigerte Aufmerksamkeit zu widmen, um einerseits Kosten zu senken und andererseits gelähmten Patienten, gleichgültig welche Erkrankung der Lähmung zugrunde liegt, vor dieser Komplikation und den damit zusammenhängenden physischen und psychischen Leiden zu schützen.