Med Klin Intensivmed Notfmed 2012 · 107:6–6
DOI 10.1007/s00063-011-0027-4
Online publiziert: 1. Februar 2012
© Springer-Verlag 2012

Redaktion

K. Werdan, Halle (Saale)
H. Ebelt, Halle (Saale)

K. Werdan · H. Ebelt

Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum Halle (Saale)

Organmonitoring auf der Intensivstation

Das Monitoring physiologischer und pathologischer Prozesse stellt ohne Frage einen zentralen und unverzichtbaren Teil der modernen Intensivtherapie dar. Längst ist dies nicht mehr nur auf die Registrierung der Vitalparameter beschränkt — nahezu alle Organsysteme des kritisch Kranken können heutzutage mit in die Überwachung einbezogen werden, wobei jedoch im Einzelfall zu prüfen ist, ob das technisch Mögliche auch tatsächlich immer notwendig und sinnvoll ist.

Das Monitoring des Patienten auf der Intensivstation sollte grundsätzlich zwei Aspekte abdecken. Zum einen ist möglichst der Gesamtzustand des Organismus zu erfassen, was am besten durch validierte Scoringssysteme („severity of disease“) möglich ist. Zwar gestattet die Kenntnis der globalen Krankheitsschwere wichtige Rückschlüsse auf die Prognose des betreffenden Patienten, in den wenigsten Fällen ergeben sich hieraus jedoch konkrete Behandlungsstrategien.

➔ **Im Rahmen des Monitorings müssen auch Störungen einzelner Organfunktionen erfasst werden, um therapeutische Angriffspunkte ableiten zu können.**

Dies trifft natürlich nicht nur auf apparative Monitoringverfahren zu, sondern im gleichen Ausmaß auch auf Laborparameter, etc. — denn welche therapeutische Intervention lässt sich aus der vergleichsweise allgemeinen Information „schwere Entzündung“ ableiten, wenn nicht geklärt ist, was die Ursache der Inflammation darstellt (Infektion — Pankreatitis — Trauma)?

Das vorliegende Heft hat zum Ziel, die gegenwärtig zur Verfügung stehen-

den Methoden des Monitorings von Organ(fehl)funktionen auf der Intensivstation zusammenzufassen und praxisrelevant darzustellen. Gerade im Hinblick auf die Verfügbarkeit von serologischen Biomarkern hat sich in den vergangenen Jahren eine rasante Entwicklung vollzogen; immer neue Parameter drängen auf den Markt, deren Stellenwert bislang nur schwer zu beurteilen ist. Und auch im Hinblick auf die verfügbaren apparativen Monitoringverfahren haben sich die Möglichkeiten deutlich erweitert, wenn gleich bislang nicht in jedem Fall die viel gepriesenen technischen Innovationen auch durch klinische Evidenz belegt sind.

Als Herausgeber dieses Schwerpunkthefts liegt uns ein spezieller Aspekt besonders am Herzen: Seit der Einführung des Pulmonalarterienkatheters ist es relativ problemlos möglich, das Herzzeitvolumen auf der Intensivstation zu bestimmen, die Interpretation dieser Werte bereitet jedoch insbesondere bei Patienten mit ausgeprägter Vasodilatation (wie z. B. im septischem Schock) erhebliche Probleme — was durchaus dazu führen kann, die *septische Kardiomyopathie* zu übersehen! Dass dies negative Auswirkungen für unsere schwer kranken Patienten nach sich ziehen kann und wie es eventuell besser möglich sein könnte, die Diagnose der septischen Kardiomyopathie verlässlich zu stellen, möchten wir Ihnen im vorliegenden Heft genauso präsentieren wie die Besonderheiten des älteren Patienten auf der Intensivstation und den Stellenwert von Scoringssystemen im Pflegebereich.

Wir hoffen, mit der Auswahl der Themenschwerpunkte Ihre Erwartungen als Leser getroffen zu haben und verbleiben

mit den besten Wünschen für das Jahr 2012.

Ihre

PD Dr. Henning Ebelt

Prof. Dr. Karl Werdan

Korrespondenzadressen

PD Dr. H. Ebelt
Universitätsklinik und Poliklinik
für Innere Medizin III,
Universitätsklinikum Halle
(Saale)
Ernst-Grube-Str. 40,
06097 Halle (Saale)
henning.ebelt@
medizin.uni-halle.de

Prof. Dr. K. Werdan
Universitätsklinik und Poliklinik
für Innere Medizin III,
Universitätsklinikum Halle
(Saale)
Ernst-Grube-Str. 40,
06097 Halle (Saale)
karl.werdan@
medizin.uni-halle.de