



Thomas Saller

Klinik für Anaesthesiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Multiprofessionelles Delirmanagement

Eine Herausforderung – nicht nur für den Intensivmediziner

Dass Delir als „Intensivpsychose“ oder „Durchgangssyndrom“ bezeichnet wird, gehört der Vergangenheit an. Das ist gut so, da diese Bezeichnung weder der Pathophysiologie noch den Auswirkungen von Delir auf Morbidität und Letalität gerecht wird. Das zunehmende Bewusstsein, dass es sich bei Delir um eine ernsthafte Komplikation handelt, trägt dessen Wahrnehmung in der Wissenschaft Rechnung: Erschienen noch bis Anfang des Jahrtausends 10 Artikel/Jahr zu diesem Thema, so hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren auf ca. 300 Beiträge/Jahr vervielfacht [1].

Der letzte Übersichtsbeitrag in *Der Anaesthesist* dazu datiert aus dem Jahr 2010 [2], zugleich das Erscheinungsjahr der bereits dritten deutschen Ausgabe der Leitlinie zu Sedierung, Analgesie und Delir auf der Intensivstation [3]. Im Jahr 2015 konnte deren Umsetzung durchaus noch als problematisch betrachtet werden: Auf jeder zehnten Intensivstation war die Leitlinie auch fünf Jahre nach ihrem Inkrafttreten gänzlich unbekannt [4]. Im gleichen Jahr erschien dann eine interdisziplinäre S3-Leitlinie zu Delir, Sedierung und Analgesie in der Intensivmedizin [5], die sich nun auch explizit der Problematik der Leitlinienimplementierung widmete.

Daher kommt dem Übersichtsartikel „Delir beim Intensivpatienten – eine multiprofessionelle Herausforderung – Ursachen, Prävention, Diagnostik und Therapie“ von *Norbert Zoremba und Mark Coburn* in dieser Ausgabe von *Der Anaesthesist* [6] eine besondere Bedeutung zu. Gerade die interprofessionelle Herangehensweise ist hochaktuell

und wird im englischen Sprachraum seit Jahren thematisiert. Im deutschen Sprachraum konnte sie sich bislang noch nicht stärker verbreiten. Die stringente Implementierung von interprofessionellen Übergabeprotokollen [7] unterstützt jedoch diesen Ansatz.

Eine strukturierte Schulung und ein Screening über alle Berufsgruppen hinweg (vom ärztlichen über den Pflegedienst bis hin zur Physiotherapie) helfen schon deshalb, den Behandlungserfolg zu verbessern, da mit einer frühen Delirdiagnose als Frühwarnsymptom schwerwiegende Komplikationen rechtzeitig erkannt werden können, wie z. B. infektiöse Komplikationen (Pneumonie, Harnwegsinfekt) oder Hypoxie und Anämie. Daher empfiehlt auch die europäische Anästhesiengesellschaft (European Society of Anesthesiology, ESA) in ihren 2017 publizierten Leitlinien ein regelhaftes Screening auf Delir, beginnend im Aufwachraum bis zum 5. postoperativen Tag, auch bei nichtintensivpflichtigen Patienten [8]. Der Erfolg dieser Empfehlung ist jedoch als kritisch zu sehen, da für die Umsetzung einer solchen Maßnahme die finanziellen Ressourcen aktuell schlichtweg nicht vorgehalten werden. Delir ist ein neuer Qualitätsindikator für die Intensivmedizin und wurde jüngst vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Leistungsbereich für die Erprobung von Qualitätsverträgen bestimmt. Beide Instrumente können diese Problematik in der Zukunft verstärkt adressieren.

Die notwendigen gemeinsamen Anstrengungen in Aus-, Weiter- und Fortbildung, Forschung und Klinik, um Delir und die Folgen zu minimieren, sind von

internationalen Wissenschaftlern kürzlich treffend formuliert worden [1]. Ein dabei wesentlicher Punkt, die Interdisziplinarität und Interprofessionalität, kann aber von jedem von uns vorgelebt und dadurch gefördert werden.



Thomas Saller

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Saller

Klinik für Anaesthesiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München
Marchioninstr. 15, 81377 München,
Deutschland
tsaller@med.lmu.de

Interessenkonflikt. T. Saller gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Pandharipande PP, Ely EW, Arora RC, Balas MC, Boustani MA, La Calle GH, Cunningham C, Devlin JW, Elefante J, Han JH et al (2017) The intensive care delirium research agenda: a multinational, interprofessional perspective. *Intensive Care Med* 43(9):1329–1339. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4860-7>
2. von Haken R, Gruss M, Plaschke K, Scholz M, Engelhardt R, Brobeil A, Martin E, Weigand MA (2010) Delirium in the intensive care unit. *Anaesthesist* 59(3):235–247. <https://doi.org/10.1007/s00101-009-1664-3>
3. Martin J, Heymann A, Basell K, Baron R, Biniek R, Burkle H, Dall P, Dictus C, Eggers V, Eichler I et al (2010) Evidence and consensus-based German guidelines for the management of analgesia, sedation and delirium in intensive care—short version. *Ger Med Sci* 8:Doc2. <https://doi.org/10.3205/000091>
4. Saller T, von Dossow V, Hofmann-Kiefer K (2016) Knowledge and implementation of the S3 guideline on delirium management in Germany. *Anaesthesist* 65(10):755–762. <https://doi.org/10.1007/s00101-016-0218-8>
5. Taskforce DAS, Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, Dall P, Demirakca S, Eckardt R, Eggers V et al (2015) Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015)—short version. *Ger Med Sci* 13:Doc19. <https://doi.org/10.3205/000223>
6. Zoremba N, Coburn M (2018) Delir beim Intensivpatienten – Eine multiprofessionelle Herausforderung – Ursachen, Prävention, Diagnostik und Therapie. *Anaesthesist*. <https://doi.org/10.1007/s00101-018-0497-3>
7. Merkel MJ, von Dossow V, Zwissler B (2017) Structured patient handovers in perioperative

medicine : Rationale and implementation in clinical practice. *Anaesthesist* 66(6):396–403.

<https://doi.org/10.1007/s00101-017-0320-6>

8. Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, Cherubini A, Jones C, Kehlet H, MacLulich A et al (2017) European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *Eur J Anaesthesiol* 34(4):192–214. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000594>

Hier steht eine Anzeige.

 Springer