

## Intensivmedizin

# Dexmedetomidin verkürzt Beatmungsdauer bei Delir

Viele kritisch Kranke auf Intensivstationen entwickeln ein Delir. Besonders problematisch ist die agitierte Form, da hier bei maschineller Beatmung ein erhöhtes Risiko für eine Selbst-Extubation besteht. Eine effektive Therapie gibt es bislang noch nicht.

JAMA 2016; 315: 1460–1468

In einer aktuellen Studie wurde nun von M.C. Raede et al. die Wirksamkeit von Dexmedetomidin als Zusatz zur Standardversorgung untersucht. Die doppelblinde, randomisierte Studie wurde zwischen 2011 und 2013 in 15 Krankenhäusern in Neuseeland und Australien durchgeführt. Ausgewertet wurden die Daten von 39 Patienten, die Dexmedetomidin erhalten hatten, und 32 Patienten aus der Placebogruppe. Alle Studienteilnehmer erhielten eine Standardtherapie aus Propofol-basierten und antipsychotischen Medikamenten. Primärer Endpunkt war die Anzahl an beatmungsfreien

Stunden während des Aufenthalts auf der Intensivstation. Die 21 definierten sekundären Endpunkte umfassten u. a.

- ▶ Zeit bis zur Extubation,
- ▶ Notwendigkeit einer Reintubation,
- ▶ Dauer des Delirs und der Agitation,
- ▶ Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation und im Krankenhaus insgesamt.

In der Prüfgruppe betrug die Dexmedetomidin-Dosis zu Beginn 0,5 µg/kg/h. Danach wurde titriert bis die gewünschte Sedierung eintrat (0–1,5 µg/kg/h). Das Präparat wurde für maximal 7 Tage verabreicht.

Unter Dexmedetomidin nahmen die beatmungsfreien Stunden im Vergleich zu Placebo statistisch signifikant zu (median 144,8 vs. 127,5 Stunden;  $p=0,01$ ). Keiner der 21 sekundären Endpunkte war unter Dexmedetomidin gegenüber Placebo signifikant schlechter ausgeprägt.

Positiv durch das Präparat beeinflusst wurde die Zeit bis

- ▶ zur Extubation (21,9 vs. 44,3 Stunden unter Dexmedetomidin bzw. Placebo;  $p<0,001$ ) sowie
- ▶ zum Ende des Delirs (23,3 vs. 40,0 Stunden;  $p=0,01$ ).

Unerwünschte Ereignisse waren insgesamt selten. Diesbezüglich unterschieden sich die Studiengruppen nicht.

## Fazit

Aufgrund der positiven Effekte auf die Beatmungs- und Delirdauer empfehlen die Autoren den sedativen Alpha-2-Agonisten Dexmedetomidin als Zusatz zur Standardtherapie bei agitierten, beatmeten Delirpatienten.

Dr. Frank Lichert, Weilburg

## Stationäre Aufenthalte

# Ein Viertel aller Wiedereinweisungen ist vermeidbar

Spezielle Programme sollen helfen, die Rate an Wiedereinweisungen nach einem Krankenhausaufenthalt zu senken. Jedoch gibt es nur wenige repräsentative Daten zum Anteil der potenziell vermeidbaren Wiedereinweisungen. In einer aktuellen Studie wurde diese Rate nun bestimmt und die Sichtweise von Patienten und Ärzten mit einbezogen.

JAMA Intern Med 2016; 176: 484–493

In der multizentrischen Beobachtungsstudie wurden die Daten von 1000 allgemeinmedizinischen Patienten analysiert, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung wieder aufgenommen wurden. Die Wissenschaftler befragten die Patienten und ihre Ärzte, werteten Krankenakten aus und besprachen die Fälle mit 2 Kollegen, um die Rate an vermeidbaren Wiedereinweisungen sowie die Gründe dafür zu bestimmen.

Das Ergebnis: 26,9% der Wiederaufnahmen waren vermeidbar. Die größten Prävalenzunterschiede zwischen vermeidbaren und unumgänglichen Wiederaufnahmen gab es bei folgenden Faktoren:

- ▶ inadäquate Behandlung von Symptomen (20,8 vs. 6,4%),
- ▶ zu frühe Entlassung nach dem ersten Krankenhausaufenthalt (19,3 vs. 4,0%),
- ▶ zu späte Nachuntersuchungstermine (16 vs. 5,7%),

- ▶ unzureichende Überwachung von Nebenwirkungen oder mangelnde Medikamenten-Adhärenz (14,9 vs. 4,4%),
- ▶ Unkenntnis der Patienten, an wen sie sich nach der Entlassung wenden sollen (18,6 vs. 5,7%),
- ▶ Bedarf nach anderer oder zusätzlicher Unterstützung zu Hause (17,8 vs. 7,8%),
- ▶ Entscheidungen in der Notaufnahme im Zusammenhang mit der Aufnahme von Patienten (12,6 vs. 2,6%).

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sehen die Autoren v. a. in folgenden Bereichen Handlungsbedarf:

- ▶ bessere Kommunikation zwischen den an der Behandlung beteiligten Personen sowie mit dem Patienten,
- ▶ größere Aufmerksamkeit darauf, ob der Patient tatsächlich entlassen werden kann,
- ▶ verstärkte Überwachung des Therapieverlaufs,
- ▶ bessere Unterstützung für das Patienten-Selbstmanagement.

Mirka Homrich, Bonn