



Michael Lazansky

Psychiatrische Abteilung, Klinik Favoriten, Wien, Österreich

Optimiertes Delirmanagement im psychiatrischen Konsiliardienst im Versorgungs Krankenhaus

Steigender Kostendruck durch Zunahme chronischer Erkrankungen

Unser Gesundheitssystem steht vor einer Vielzahl neuer Herausforderungen. Vor allem der seit Mitte des 20. Jahrhunderts steigende Anteil chronischer Krankheiten wird als zentrale Bedingung eines immer stärkeren Kostendrucks in der Gesundheitsversorgung beschrieben.

Deutlich an Bedeutung haben auch psychiatrische Störungsbilder gewonnen. Die beobachtbare hohe wechselseitige Komorbidität körperlicher und psychiatrischer Erkrankungen [1] führt zu einer Zunahme komplex erkrankter Personen in Allgemeinkrankenhäusern. Oftmals ist diese beschriebene Überschneidung auch Ursache erhöhter Komplikationsraten [2]. Damit verbunden ist eine höhere Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung außerhalb psychiatrischer Abteilungen.

» Überprüft wurde die Hypothese „effiziente Mittelverwendung durch Maßnahmen des Konsiliardienstes“

Einerseits sind es demografische Faktoren aufgrund der immer älter und damit verbunden auch multimorbider werdenden Gesellschaft und andererseits nichtdemografische Faktoren, die kostensteigernd wirken. Zu diesen Faktoren zählen viele Autoren den Wunsch nach stetiger Verbesserung der Versor-

gungsqualität unter Berücksichtigung von Aspekten wie Autonomie, Selbstbestimmung und Transparenz der Behandlungsabläufe. Dadurch ergebe sich eine immer größere Notwendigkeit der Orientierung an medizinischer Evidenz. Kostenträger sind nur noch bereit, Behandlungen zu bezahlen, die auf wissenschaftlicher Evidenz und auf davon abgeleiteten Richtlinien basieren.

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Wirtschaftsuniversität Wien (Health Care Management) bin ich der Frage nachgegangen, in welchem Umfang ein psychiatrischer Konsiliardienst die in der Literatur beschriebenen Möglichkeiten einer Kostenreduktion erreichen kann. Überprüft wurde die Hypothese „effiziente Mittelverwendung durch Maßnahmen des Konsiliardienstes“ (■ **Abb. 1**).

Psychiatrischer Konsiliardienst als Notwendigkeit

In einem Artikel in der *Neuropraxis* vom Oktober 2018 [3] zum Thema „Psychiatrische Versorgung heute“ wurde festgehalten, dass es international gut belegt sei, dass zahlreiche körperliche Krankheiten wie Diabetes, Myokardinfarkt oder Insulte gehäuft mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Delirien einhergehen. Zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der österreichischen Allgemeinbevölkerung gibt Wancata mit Verweis auf eigene Daten an, dass rund ein Viertel der körperlich Kranken auch unter einer psychischen Erkrankung leide. Er zeigt auch, dass mehr als 85 % der psychisch Kran-

ken umgekehrt eine körperliche Krankheit aufweisen. In der klinischen Praxis können diese psychiatrischen Interaktionen und Komorbiditäten einen Faktor der schlechteren Versorgung dieser Menschen darstellen.

» Allgemeinkrankenhäuser sollten einen Konsiliar- und Liaisondienst (C/L) bereitstellen

Allgemeinkrankenhäuser sollten daher einen Konsiliar- und Liaisondienst (C/L) bereitstellen. Tatsächlich gibt es in österreichischen Krankenanstalten in dieser Hinsicht breiten Konsens. Voraussetzung, um einen Effekt zu erreichen, ist meines Erachtens die Implementierung einer ganzheitlichen Versorgung in Diagnostik und Therapie anstelle der dominierenden disziplinären Sichtweise. Ein *interdisziplinäres Behandlungsmanagement* mit gemeinsamen Behandlungsansätzen und Therapieplänen hat das Potenzial, die direkten und indirekten Kosten möglichst gering zu halten.

Im günstigen Fall kann aufgrund der Befunde, der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur und durch rechtzeitige und regelmäßige Inanspruchnahme psychiatrischer Expertise Folgendes erreicht werden:

- die langfristige Vermeidung neuerlicher psychopathologischer Symptomatik;
- die Förderung persönlicher Verantwortungs-fähigkeit, eines tragfähigen Krankheitsverständnisses und von Therapietreue;

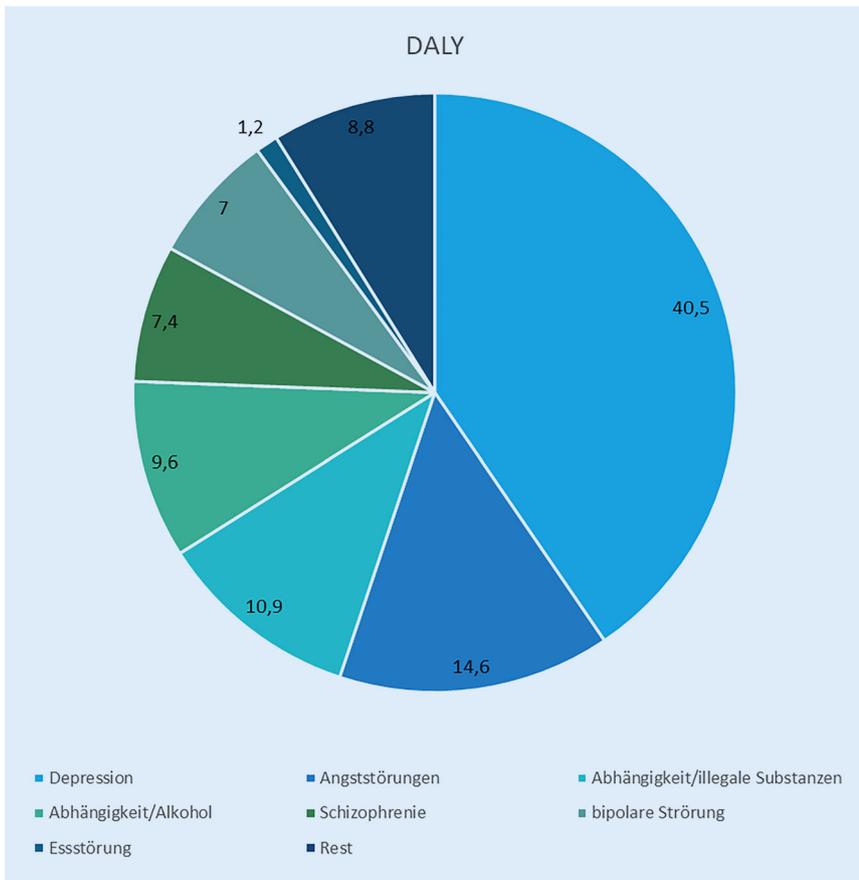


Abb. 1 ▲ Die globale Krankheitslast psychischer Erkrankungen ist zwischen 1990 und 2010 um 37,6 % gestiegen [4]

- die Stärkung sozialer Kompetenz, individueller Selbstständigkeit und stabiler sozialer Integration.

Auswahl eines geeigneten Krankheitsbildes

Als psychiatrisches Krankheitsbild wurde das Delir identifiziert. Das Delir wird als eine akute Störung der zerebralen Funktion beschrieben und stellt einen medizinischen Notfall dar. Es tritt akut auf und ist bei Intensivpatientinnen und -patienten mit 30–80 % ein häufiges Phänomen [5]. Kernkompetenz des psychiatrischen Konsiliardienstes ist, ein Delir therapeutisch günstig zu beeinflussen. Das Delir hat einen großen Einfluss auf den ökonomischen Ressourcenaufwand. Insbesondere die Verweildauer wird in der untersuchten Literatur relevant verlängert beschrieben.

Für die somatische Erkrankung wurde COVID-19 gewählt. COVID-19-Infek-

tionen, insbesondere bei schwer erkrankten Patientinnen und Patienten, führen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zu einer zerebralen Dysfunktion bis hin zum Delir. In retrospektiven Analysen zeigte sich eine mit 84 % deutlich höhere Delirprävalenz als bei anderen kritischen Erkrankungen [6]. Berichte über eine partielle sensorische Deprivation durch die Virusinfektion mit Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns und die Hinweise auf damit verbundene neurotrope Eigenschaften des Erregers können als mögliche Erklärung dafür dienen [7]. Aber auch die im Rahmen der lang andauernden Beatmungsnötigkeit bei Patientinnen und Patienten mit COVID-19-Pneumonie und -ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) stellt einen Faktor dieser erhöhten Wahrscheinlichkeit dar.

Ziele der festgelegten psychiatrischen Intervention

Das festgelegte Behandlungsprotokoll (Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen) hatte folgende Zieleetzungen:

- die Verkürzung der Delirdauer,
- die Reduktion des Schweregrads,
- eine annehmbare Gestaltung des Delirsyndroms für die Betroffenen,
- die Vermeidung neuropsychiatrischer Komplikationen und Folgeschäden,
- eine Verkürzung der Verweildauer an der ICU aufgrund rascherer Genesung.

Zeitraum der Datenerhebung und Kontrollgruppe

Eingeschlossen wurden sämtliche Patientinnen und Patienten mit COVID-19-Pneumonie, die eine intensivmedizinische Behandlung auf der Station C11 der Klinik Favoriten im Zeitraum Februar 2021 (Beginn des regelhaften Einsatzes der definierten psychiatrischen Intervention) bis Juli 2021 hatten.

Die Kontrollkohorte umfasst Patientinnen und Patienten, die zwischen Ende Februar 2020 bis Ende Jänner 2021 behandelt wurden. In dieser wurden keine vorab festgelegten psychiatrischen Maßnahmen angewandt. Die Betreuung erfolgte ohne standardisiertes Vorgehen.

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Das wesentliche Ergebnis war eine Qualitätsverbesserung in den Abläufen an der Intensivstation. Damit war eine Reduktion der Delirschweregrade sowie eine annehmbarere Gestaltung des Delirsyndroms für die Betroffenen verbunden. Diese Ergebnisse können mit der Einführung eines algorithmischen Protokolls zur Erkennung und raschen Intervention bei Delirsyndromen begründet werden. Damit ist mit den zur Verfügung stehenden Mitteln eine Effizienzsteigerung möglich. Diese führte in der Interventionsgruppe auch zu einer Betreuung der Patientinnen und Patienten weitgehend durch die betroffene Abteilung selbst ohne weitere Zuhilfenah-

me des psychiatrischen Konsiliardienstes. Dies zeigte sich auch in einer Abnahme der Frequenz zusätzlich angeforderter psychiatrischer Konsile, im Vergleich zur Zeit. Die frei werdenden Ressourcen im Konsiliardienst konnten zur Bedarfsdeckung anderer Abteilungen genutzt werden.

» Wesentliches Ergebnis ist die Qualitätsverbesserung in den Abläufen an der Intensivstation

Entgegen den berechtigten Erwartungen, die aus der Literatur erwachsen, konnte die primäre Hypothese einer Verkürzung der Verweildauer nicht klar bestätigt werden. Die Verweildauer in der Interventionskohorte betrug im Mittelwert 11,38 Tage. Davor waren es 12,58 Tage. Die Zeit vor der Intervention entspricht nahezu exakt dem Wert von 12,6 Tagen (über alle Altersgruppen), der im Factsheet Coronavirus Hospitalisierungen des Gesundheitsministeriums [8] angegeben wird.

Die beobachtete Delirrate war niedriger als in der Literatur angegeben. Möglicherweise waren die rasche Behandlung und die verbesserte Erfahrung und Sicherheit ein Faktor, das Delir bereits im Entstehen günstig zu beeinflussen.

Als eine weitere Erklärung kann die Heterogenität des Patientenguts hinsichtlich vorliegender individueller Risikofaktoren angenommen werden. Damit könnten weitere, nicht erhobene Komorbiditäten den Erfolg einer raschen Delirbehandlung und Intervention gemindert haben. Auch ein Einfluss der Stichprobenverzerrung, aufgrund der Tatsache oftmaliger Verlegungen an andere Einrichtungen, ist möglich.

Das im Protokoll vorgesehene standardisierte Testinstrument (CAM-ICU und Richmond Agitation and Sedation Scale) für die Delirerhebung konnte im Verlauf der Beobachtung gut angenommen werden und fand Eingang in die Routinetätigkeit. Eine Belastung dadurch war an der Station beim Personal nicht erkennbar. Bei zunehmender Routine war die Einschätzung des Schweregrades des beobachteten Delirs mit den beschriebenen Instrumenten gut anwendbar. Es

psychopraxis. neuropraxis <https://doi.org/10.1007/s00739-022-00845-1>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2022

M. Lazansky

Optimiertes Delirmanagement im psychiatrischen Konsiliardienst im Versorgungs Krankenhaus

Zusammenfassung

Im Vergleich zu überwiegend somatischen Fällen beschreibt die Literatur einen deutlich negativen Effekt bei *somatisch-psychiatrischer Komorbidität*. Betroffen sind die Verweildauer, die Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit, die Mortalität und die Pflegebedürftigkeit. Untersucht wurde, ob durch den standardisierten Einsatz psychiatrischer Interventionen eine Verbesserung des psychischen Zustands und des somatischen Krankheitsverlaufs erreicht werden kann.

Zusammengearbeitet wurde dafür mit der infektiologischen Intensivstation (ICU, C11) der 4. medizinischen Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin der Klinik Favoriten (Wiener Gesundheitsverbund). Im Rahmen der Akutphase der Behandlung einer COVID-19-Pneumonie und des damit verbundenen internistischen Managements war ein kritischer Punkt das Auftreten eines Delirs. Mithilfe eines *psychiatrischen Interventionsprotokolls* mit dem Ziel des gezielten Erkennens eines Delirs und

spezifisch festgelegter Reaktionen sollte diese kritische Phase schnell und erfolgreich begleitet werden.

Im Ergebnis kam es zu einer Qualitätsverbesserung in Bezug auf das Delirmanagement, die Schweregrade der beobachteten Delirien konnten vermindert und eine annehmbarere Gestaltung des Delirsyndroms für die Betroffenen erreicht werden. Die regelhaft angewandten Maßnahmen des Protokolls führten zu einer *Effizienzsteigerung*. Diese äußerte sich auch in einer Abnahme der Frequenz psychiatrischer Konsile. Die frei werdenden Zeiten konnten zur Bedarfsdeckung an anderen Abteilungen genutzt werden, ohne neue Personalressourcen zur Verfügung stellen zu müssen.

Schlüsselwörter

Somatisch-psychiatrische Komorbidität · Delir · Psychiatrisches Interventionsprotokoll · Effizienzsteigerung · Interdisziplinäres Behandlungsmanagement

Optimized Delirium Management in the Psychiatric Consultation Service in a public Hospital

Abstract

In comparison with predominantly somatic cases, the literature describes a clearly negative effect in *somatic-psychiatric comorbidity*. The length of stay, the probability of readmission, mortality and the need for care are affected. It was investigated whether an improvement in the mental state and the somatic course of the disease can be achieved through the standardized use of psychiatric interventions.

We worked on this together with the infectious disease intensive care unit (ICU, C11) of the 4th medical department for infectious and tropical medicine at the Favoriten Hospital (Viennese Health Association). In the context of the acute phase of the treatment of COVID-19 pneumonia and the associated internal medicine management, a critical point was the occurrence of *delirium*. This critical phase should be accompanied quickly and successfully by the help of a *psychiatric intervention protocol* specifically aimed at

identifying delirium and specifically defined reactions.

As a result, there was an improvement regarding the quality of delirium management, the degree of severity of the observed delirium could be reduced and a more acceptable design of the delirium syndrome could be achieved for those affected. The regularly applied measures of the protocol could lead to an increase in efficiency. This was also reflected in a decrease in the frequency of psychiatric consultations. The time freed up could be used to meet the needs of other departments without having to make new human resources available.

Keywords

Somatic-psychiatric comorbidity · Delirium · Psychiatric intervention protocol · Increase in efficiency · Interdisciplinary treatment management

bestätigte sich im Rahmen dieser Untersuchung eine weitere in der Literatur häufig beschriebene Hypothese, dass die Sensibilisierung des medizinischen Personals entscheidend für den Erfolg der medizinischen Versorgung von Delir betroffenen Menschen sei. Das Erfordernis, ein systematisches Screening auf das Vorliegen eines Delirs durchzuführen, stärkte die Routine und das Bewusstsein ausreichend, um die festgelegten, leitliniengerechten Maßnahmen auch tatsächlich anzuwenden.

Hinsichtlich der vorhandenen Möglichkeiten, das Delir günstig zu beeinflussen und auf diesem Wege die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit zu verbessern, konnten in der erweiterten Analyse der Untersuchungsergebnisse die Ergebnisse aus der Literaturanalyse reproduziert werden. Auch Hinweise auf die Stärke nichtpharmakologischer Therapie, die vielfältigen Risikofaktoren und Auslöser für ein Delir positiv zu beeinflussen, können als Ursache für die niedrige Delirinzidenz in der Interventionsgruppe im Vergleich zu internationalen Untersuchungen angesehen werden.

Fazit für die Praxis

- Ein psychiatrisches Interventionsprotokoll konnte im Verlauf einer COVID-19-Pneumonie den kritischen Punkt „Delir“ mit den vorhandenen Personalressourcen im Regelbetrieb einer Intensivstation schnell und erfolgreich behandeln.
- Bedeutsam waren die Qualitätsverbesserung im Bereich des Delirscreenings, die Reduktion des Delirschweregrads und die annehmbarere Gestaltung des Delirsyndroms für die Betroffenen.
- Ökonomisch kann eine Reduktion von Kosten erwartet werden, ohne in einen ethischen Konflikt zu kommen. Die Senkung der Verweildauer in einer besonders betroffenen Gruppe von Patientinnen und Patienten ist in geringem Umfang erreichbar.
- Bislang publizierte Delirkonzepte sind nicht fest im Klinikalltag verankert. Anwendbare und vom Personal akzeptierte standardisiert eingese-

setzte Interventionen sind nicht ausreichend etabliert.

- Den Krankenhasträgern kann die Förderung eines regelhaften Delirscreenings, die Etablierung einer Leitlinie zur Frühmobilisation und ein abteilungsübergreifendes standardisiertes Delirmanagement nicht nur an Intensivstationen, sondern auch an internistischen Normalstationen empfohlen werden.

Korrespondenzadresse



© Fotostudio Huger

OA Dr. Michael Lazansky
Psychiatrische Abteilung,
Klinik Favoriten
Kundratstr. 3, 1100 Wien,
Österreich
michael.lazansky@
gesundheitsverbund.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Lazansky gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Friederich HC, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W (2002) Psychiatric comorbidity in medical inpatients—prevalence and effect on the length of stay. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52(7):323–328
2. Meyer PC, Brauchbar M (2018) Trends und Herausforderungen im Gesundheitswesen der Schweiz. *Schweiz Ärzteztg*. <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06842>
3. Wancata J, Reisegger A, Slamanig RR, Winkler H, Unger A (2018) Psychiatrische Versorgung heute. *psychopraxis. neuropraxis* 21(S1):8–13. <https://doi.org/10.1007/s00739-018-0512-0>
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 382(9904):1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
5. Zoremba N, Coburn M (2019) Acute confusional states in hospital. *Deutsch Ärzteztbl Int* 116(7):101–106. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0101>
6. Duning T (2021) Delir bei kritisch kranken COVID-19-Patienten. *InFo Neurologie* 23(4):12–13. <https://doi.org/10.1007/s15005-021-1913-9>
7. Wiesner O, Busch M, David S (2020) Therapie schwerer COVID-19-Verläufe in der Intensivme-

dizin [Treatment of severe COVID-19 courses in intensive care medicine]. *Internist* 61(8):804–812. <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00850-9>

8. Bachner F, Rainer L, Zu M (2021) Intensivpflege und COVID. Wien. Retrieved from Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:f472e977-e1bf-415f-95e1-35a1b53e608d/Factsheet_Coronavirus_Hospitalisierungen.pdf

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.