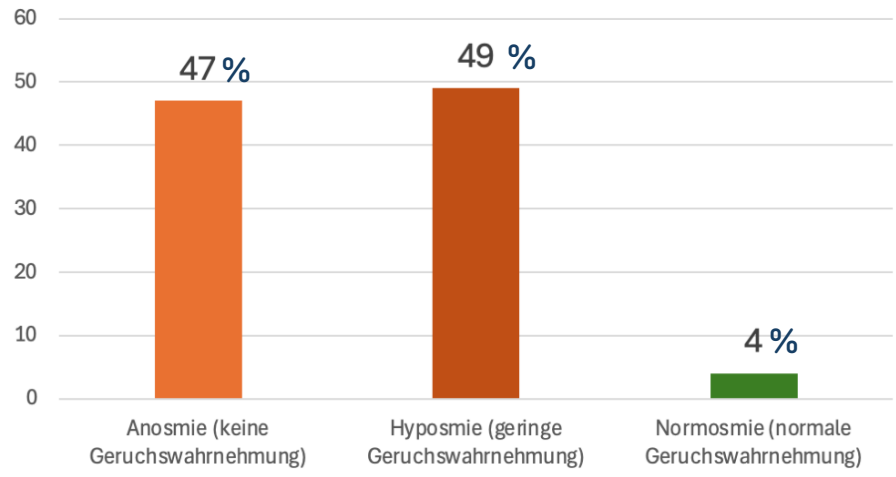
Riechen bei intubierten Patient:innen

Das Riechen ist ein oft übersehener Sinn auf der Intensivstation. Tracheal intubierte Patient:innen leiden häufig unter Riechstörungen, was Wohlbefinden, Ernährung und Sicherheit beeinträchtigen kann. Ursachen können die fehlende Luftbewegung in der Nase sein, Medikamente, Entzündungen, neurologische Störungen oder andere Faktoren. Aber wie gut können intubierte Patient:innen riechen?

Es wurden 334 gemischte Intensivpatient:innen mit einem validierten Riechtest untersucht. Mittleres Alter 40 Jahre, keine vorbestehenden Riechstörungen, 69% mit ETT, 31% mit TK, 90% an der Beatmung, 10% an Venturimaske.



Die meisten beatmeten Intensivpatient:innen konnten kaum oder gar nicht riechen. Ältere und beatmete Patient:innen wiesen deutlich schlechtere Ergebnisse auf, Faktoren wie Geschlecht, Dauer der Beatmung, Medikamente u.a. hatten hier keinen signifikanten Einfluss.
Bei den meisten Patient:innen stellt sich das Riechvermögen in der Rehabilitation ein. Es sollte regelmäßig untersucht werden.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle:Baraka AAE, Mohamed AM, Elsayed SM, Hassan EA. Exploring smell ability in tracheal intubated patients: An investigation into sniffing proficiency. Nurs Crit Care. 2025 Mar;30(2):e13307

Lärm auf der Intensivstation

Lärm ist ein unsichtbarer Stressfaktor im Intensivbereich. Er beeinträchtigt Gesundheit, Konzentration und Arbeitsleistung der Pflegenden. Es wurden auf 6 Intensivstationen 147 Pflegende über 4 Monate zu ihrer subjektiven Lärmbelastung durch 16 Geräuschquellen befragt, gleichzeitig wurde der Lärm objektiv gemessen. Im Ergebnis:

Im Mittelwert war die Laustärke 65 dB über alle Schichten, am lautesten war es während der Übergaben mit 69.7 dB. Pflegende empfinden Beatmungsalarme als störend, objektiv sind Gespräche die lautesten Quellen:

Lärmquelle	dB	Rang, subjektiv bewertet	Rang, objektiv gemessen
Gespräche mit Kolleg:innen	85,1	3	1
Schränke auf- und zuklappen	83,6	13	2
Beatmungsalarme	81,5	1	3
Visite	80,8	9	4
Besucher:innen	78,5	2	5
Monitoralarme	70,1	4	9
Spritzenpumpen	65,1	5	13

- Wahrgenommener Lärm wirkt stärker belastend als tatsächlich gemessener.
- Lärmminderung muss objektive Messungen und subjektive Wahrnehmungen einbeziehen.
- Weniger Lärm bedeutet mehr Sicherheit für Personal und Patient:innen.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: Dwairi TAT, Hassan EA, Beshay BN, Attia AKN. Actual versus perceived noise levels among critical care nurses and their related adverse effects: A cross-sectional study. Nurs Crit Care. 2025 Mar;30(2):e13095

Geschätztes Körpergewicht

Das Körpergewicht ist entscheidend für die Berechnung von Medikamenten, Beatmung und Ernährung. Da das tatsächliche Wiegen von Intensivpatient:innen nicht immer möglich ist, wird oftmals geschätzt. Doch wie genau ist das?
In Irland wurden auf einer Intensivstation 100 gemischte Intensivpatient:innen zuerst vom Personal geschätzt und dann gewogen. Im Ergebnis:

- In 36% der Fälle lag die Schätzung mehr als 10% daneben.
- 11% der Schätzungen wichen sogar über 20% ab.
- Patient:innen selbst schätzen ihr Gewicht meist genauer als das Personal.
- Ideal- und Predicted-Body-Weight wichen stark vom tatsächlichen Gewicht ab.

Das tatsächliche Wiegen mittels Bett- oder Sitzwaage ist unverzichtbar bei Patient:innen, bei denen es auf eine genaue Kalkulation ankommt!

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: Monsees J, Staunton F, Morris A, Paredes TGS, Sebastian S, O'Connor T. Difference between estimated and actual body weight in an intensive care unit-A service evaluation. Nurs Crit Care. 2025 Mar;30(2):e13271

Schlafstörungen bei Intensivpflegefachpersonen

Schlaf ist die wichtigste Ressource für Gesundheit und Sicherheit. In einer Meta-Analyse mit 24 Studien mit 3.499 Pflegefachpersonen aus 15 Ländern zeigte sich eine Prävalenz von 75%, d.h. **3 von 4 Intensivpflegefachpersonen schlafen schlecht**! Deutschland lag bei 58%.

Unterschiede zwischen Alter, Geschlecht oder Jahr der Publikation zeigten sich nicht.

Ursachen: Schichtarbeit, lange Arbeitszeiten, hoher Stress.

Folgen: Erhöhtes Risiko für Burnout, Depression, Fehler im Klinikalltag, reduzierte Patientensicherheit.

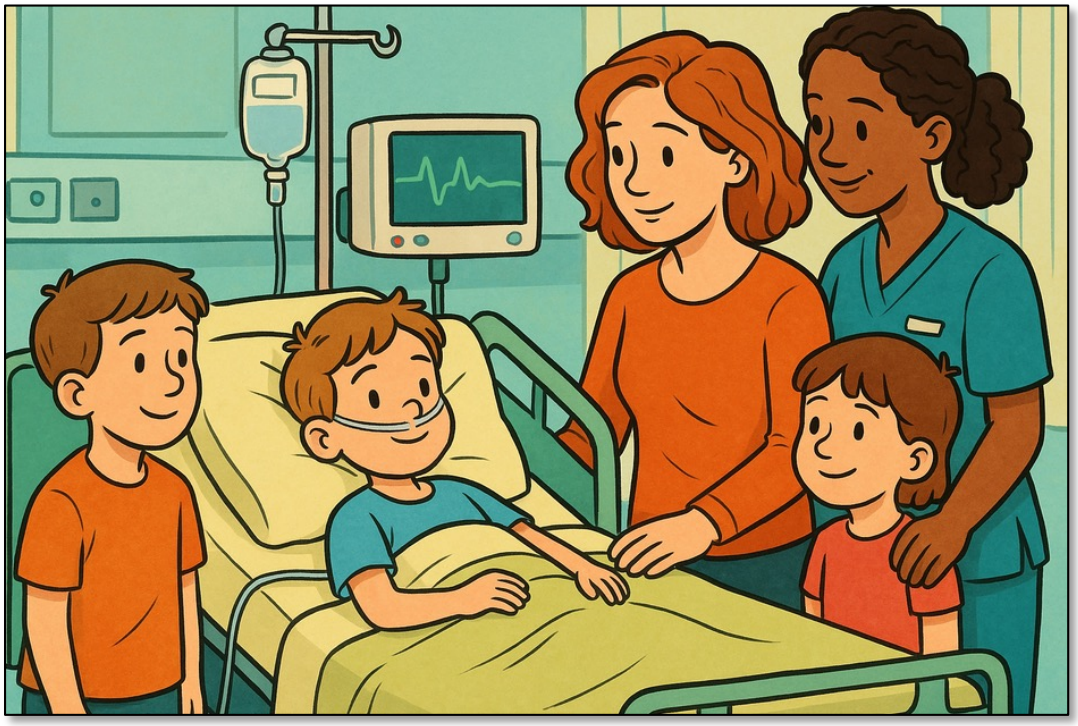
Finde heraus, was Dir für einen guten Schlaf gut tut, z.B. Entspannung, Bewegung, warme Milch zur Nacht!

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: JGong F, Mei Y, He Y, Tang C. Prevalence of sleep disturbances among intensive care nurses: A systematic review and meta-analysis. Nurs Crit Care. 2025 May;30(3):e13151

Geschwisterkinder gehören dazu

Geschwister von kritisch kranken Kindern erleben Angst, Trennung und Hilflosigkeit – sie brauchen Unterstützung und Einbezug. Geschwister werden oft vergessen, obwohl ihr Wohlbefinden eng mit der familiären Stabilität und der Genesung des kranken Kindes verknüpft ist.

- Gut vorbereitete Besuche reduzieren Angst und fördern das Verständnis.
- Pflegefachpersonen sollten kindgerechte Erklärungen geben (z. B. Geräte zeigen, Gefühle benennen).
- Alternativen bei Besuchsverbot: Videoanrufe, Bilder, Sprachnachrichten.
- Zusammenarbeit mit Eltern und Fachpersonen stärkt Sicherheit und Vertrauen.



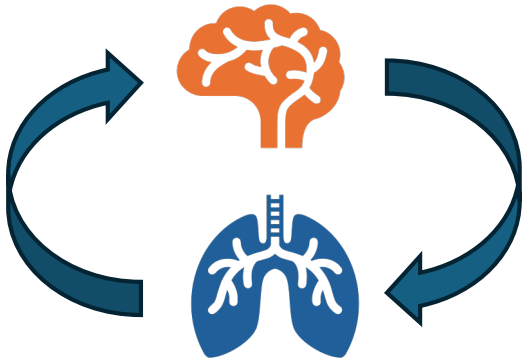
Ziel: Familie als Ganzes sehen und Geschwister nicht zurücklassen.

Erstellt durch: Nydahl, Oktober 2025. Quelle: Butler AE, Appleyard J, Manning JC. "We are family, I got all my siblings with me?" - Bringing sibling support in PICU into focus. Intensive Crit Care Nurs. 2025 Dec;91:104196

Lunge oder Hirn oder beides?

PEEP (positiver endexspiratorischer Druck) ist essenziell zur Offenhaltung der Alveolen, kann jedoch die zerebrale Hämodynamik beeinflussen. Bei Patient:innen mit akuter Hirnverletzung kann falsche PEEP-Einstellung aber den Hirndruck erhöhen und die Durchblutung beeinträchtigen.

- PEEP verbessert die Oxygenierung, kann aber den venösen Rückfluss aus dem Gehirn hemmen.
- Moderate PEEP Werte (5–10 mbar) sind meist sicher bei stabilem Kreislauf.
- Bei Patient:innen mit Hirnverletzungen und Risiko für erhöhten Hirndruck ist ein hoher PEEP nur bei ARDS sinnvoll und erfordert enges Monitoring von ICP, CPP und MAP.
- Erhalt der zerebralen Autoregulation verbessert die Toleranz gegenüber PEEP.
- PEEP immer individuell titrieren und eine Balance zwischen Lunge und Hirn finden.



Erstellt durch: Nydahl, Oktober 2025. Quelle: Iavarone IG, Rocco PRM, Grieco DL, Rosà T, Pellegrini M, Badenes R, Stevens RD, Asehnoune K, Robba C, Camporota L, Roquilly A. Pathophysiology and clinical applications of PEEP in acute brain injury. Intensive Care Med. 2025 Sep 22. doi: 10.1007/s00134-025-08111-9

Laktat

Laktat ist ein zentraler Marker für Perfusion und Stoffwechsel im Schockzustand. Fehlinterpretationen können zu Übertherapie oder unzureichender Reaktion führen.

Erhöhtes Laktat entsteht nicht nur bei Hypoxie, sondern auch durch Stress, Sepsis, β_2-Stimulation oder reduzierter Clearance.

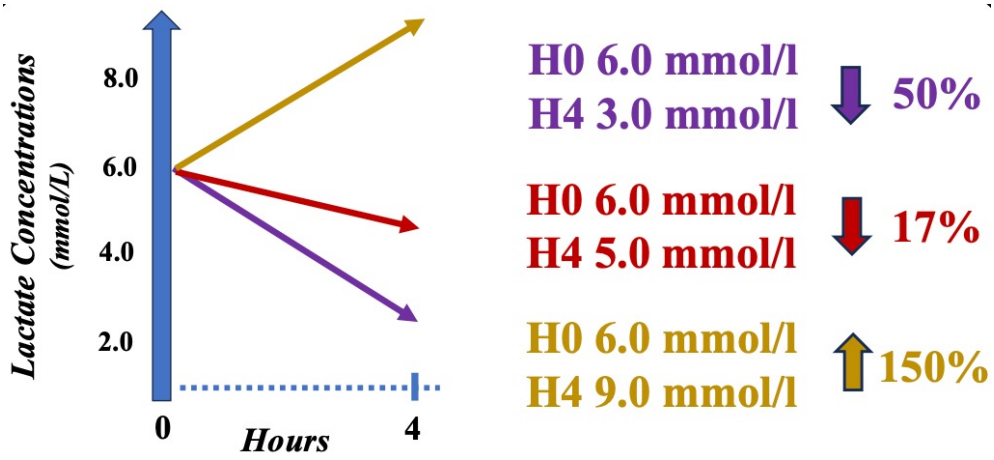
Die Dynamik (Trend) ist aussagekräftiger als Einzelwerte.

Ein Rückgang um ≥10-20% pro Stunde spricht für Therapieansprechen.

Persistierende oder steigende Werte zeigen fortgesetzte Perfusionsstörung oder Therapieversagen.

Laktatwerte müssen immer im Kontext anderer Perfusionsmarker (z. B. CRT, $ScvO_2$) gesehen werden.

Fazit: Laktattrends richtig deuten – Kontext statt Grenzwertdenken.



Erstellt durch: Nydahl, Oktober 2025. Quelle: Levy B, Hernandez G, Taccone F. Lactate dynamics as a marker of perfusion: physiological interpretation and pitfalls. Intensive Care Med. 2025 Oct 6. doi: 10.1007/s00134-025-08140-4.

Fieber bei Kindern

Fieber ist keine Krankheit, sondern eine sinnvolle Abwehrreaktion des Körpers

- **Definition**: Fieber wird definiert als Körperkerntemperatur ≥38.5 ^{0}C, bei Kindern <3 Mon. ab 38.0 ^{0}C.
- **Messung**: Kinder <1 Jahr. rektal, ab ≥1 Jahr Infrarot-Trommelfellthermometer
- **Beurteilung**: Fieber sollte in Zusammenhang mit weiteren Symptomen beurteilt werden. Warnzeichen sind Bewusstseinsstörungen, Schmerzen, Schreien, Hauteinblutungen, schnelle Atmung, blasse/graue/blaue Haut oder Fieber >3 Tage, dann ggf. Ärzt:innen konsultieren
- **Konsultation**: Kinder unter 3 Monaten mit einer (rektalen) Temperatur von ≥38 °C sollen ärztlich sorgfältig hinsichtlich einer schweren bakteriellen Infektion untersucht werden.
- **Medikamente**: Fiebersenkende Medikamente sollen nicht mit dem alleinigen Ziel verwendet werden, die Körperkerntemperatur zu senken, sondern nur zur Schmerzlinderung und Verbesserung des Befindens. Medikamente nur nach Rücksprache mit Ärzt:innen und Apotherker:innen verabreichen.
- **Pflege**: für ausreichend Flüssigkeit und Ernährung sorgen, für das Kind da sein und Wohlbefinden fördern, keine aktive Kühlungen.

Erstellt durch: Nydahl, Oktober 2025. Quelle: S3-Leitlinie Fiebermanagement bei Kindern und Jugendlichen. https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-074l_S3_Fiebermanagement-Kinder-Jugendliche_2025-07.pdf

Wiederholtes Verschlucken von Fremdkörpern bei Erwachsenen

Das absichtliche und wiederholte Verschlucken von Fremdkörpern ist selten – aber für Notaufnahmen und Intensivstationen eine echte Herausforderung. Diese Patient:innen benötigen viel Zeit, Ressourcen und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Psychiatrie.

- Rund 45% der Notaufnahmen in Deutschland melden jährlich ≥15 Fälle chronischer Fremdkörperingestion.
- Die meisten Patient:innen kommen von zu Hause, aber auch aus dem betreuten Wohnen, Gefängnissen, der Psychiatrie und anderen.
- 88% der Endoskopien erfolgen als Notfall, meist nachts.
- 47% erfordern eine Aufnahme auf Intensivstation
- 66% der Betroffenen werden anschließend psychiatrisch weiterbehandelt.
- Häufigste Fremdkörper: Rasierklingen, Batterien, Glasscherben.

Gemeinsame Strukturen von Notfallmedizin, Gastroenterologie und Psychiatrie können diese komplexe Patientengruppe sicher versorgen.

Erstellt durch: Nydahl, Oktober 2025, Quelle: Weber, AL., Besser, E., Kempf, M. et al. Chronisch-habituelle Fremdkörperingestion in deutschen Notaufnahmen – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung ärztlicher Notaufnahmeleitungen. Med Klin Intensivmed Notfmed (2025). https://doi.org/10.1007/s00063-025-01339-9

Suizide in Medizin und Pflege

Ärzt:innen und Pflegefachpersonen tragen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suizid. Die mentale Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen beeinflusst direkt die Patientensicherheit und Versorgungsqualität.

Risikogruppen: vor allem Ärztinnen und Pflegefachfrauen haben ein höheres Suizidrisiko als Frauen der Allgemeinbevölkerung.

Hauptursachen: Perfektionismus, Überlastung, Stigmatisierung und Angst vor Karrierefolgen.

Risikobereiche: Anästhesie, Psychiatrie und Intensivmedizin – wegen Zugang zu Medikamenten und Stressbelastung.

Wirksame Prävention: Miteinander sprechen, Gesundheitsberatung in Anspruch nehmen, kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeit, Mentoring, entstigmatisierende Gesprächskultur und andere.

Die Notfallnummer zur Suizidprävention ist 116 123 (Telefonseelsorge)

Erstellt durch: Nydahl, Oktober 2025, Quelle: ain L, Sarfraz Z, Karlapati S, Kazmi S, Nasir MJ, Atiq N, Ansari D, Shah D, Aamir U, Zaidi K, Shakil Zubair A, Jyotsana P. Suicide in Healthcare Workers: An Umbrella Review of Prevalence, Causes, and Preventive Strategies. J Prim Care Community Health. 2024 Jan-Dec;15:21501319241273242.