

Autonomie und Selbstbestimmung in der Intensivmedizin

Wertschätzung individueller Fähigkeiten unterstützt Würde, Wohlbefinden und aktive Teilhabe – auch in der Intensivstation.

Selbst bestimmt. Auch hier.

Autonomie und Selbstbestimmung gehören zu den wichtigsten Zielen von Intensivpatient:innen und dienen dem Erhalt ihrer Würde. Auch unter den besonderen Bedingungen einer Intensivstation gibt es Möglichkeiten, Patient:innen aktiv in die eigene Versorgung einzubeziehen.

Zentrale Erkenntnisse zur Selbstversorgung



Selbstgesteuerte Sedierung (PMID: 20299632)

- In einer Pilotstudie bei mechanisch beatmeten Intensivpatient:innen war selbstgesteuerte Sedierung unter Basissedierung machbar.
- Patient:innen bewerteten die Möglichkeit der Selbststeuerung positiv.



Selbstkatheterisierung (PMID: 39710328)

- In einer Pilotstudie mit Männern vor geplanter Operation wegen einer gutartigen Vergrößerung der Prostata (benigne Prostatahyperplasie, BPH) führte intermittierende Selbstkatheterisierung zu weniger Harnwegsinfektionen.
- Infektiöse Ereignisse traten seltener auf als bei transurethralem Dauerkatheter.



Selbstständige Atemwegsabsaugung (PMID: 39101811)

- Selbstständige Atemwegsabsaugung ist eine der wichtigsten Maßnahmen der häuslichen Tracheostomaversorgung.
- Sie kann von den Betroffenen selbst oder von Familienangehörigen/Pflegenden durchgeführt werden.



Selbstanlage nasogastraler Ernährungssonden (PMID: 24142673)

- In einer Fallserie mit Patient:innen mit chronischem Ernährungsbedarf war die Selbstanlage einer nasogastralen Sonde möglich.
- Die Methode wurde von allen Teilnehmenden bevorzugt.



Eigenständige Venenpunktionen

(keine PubMed-Referenz – klinische Beobachtung)

- Bei Patient:innen mit durch langjährigen Substanzkonsum veränderten und vernarbten Venen können Eigenpunktionen, die von den Betroffenen selbst durchgeführt werden, in Einzelfällen eine praktikable und erfolgreiche Möglichkeit der Blutentnahme sein.
- Diese Beobachtung basiert auf klinischer Erfahrung und ist nicht durch externe wissenschaftliche Evidenz belegt.



Kernaussage

Individuelle Fähigkeiten und Ressourcen sollten erkannt und, wenn möglich, in die Versorgung einbezogen werden, um Autonomie, Würde und Wohlbefinden von Intensivpatient:innen zu fördern.

Originalquellen

Die vollständigen Publikationsangaben finden Sie über die angegebenen PMID in PubMed. Der letzte Punkt basiert auf klinischer Erfahrung und enthält keine externe Referenz.



Qualitätsstandards dieses OMW

- ✓ Evidenzbasierte Inhalte
- ✓ Auswahl und Prüfung der Quellen
- ✓ Fachliche Validierung
- ✓ Verständliche und transparente Darstellung
- ✓ Keine interessengebundenen Inhalte



Hinweis

Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählen die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüfen sämtliche generierten Inhalte kritisch und tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikationen.

ONE MINUTE WONDER

Neurologische und Atemwegs-Bereitschaftsmarker für die Extubation bei akuter Hirnschädigung

Neurological and Airway Readiness Markers for Extubation in Acute Brain Injury

Narrative Review

Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine • 2026



Narrative Review
eines interprofessionellen
Expertenteams



Ziel
Evidenzbasierte Ansätze
für das Weaning und
die Extubation bei akuter
Hirnschädigung



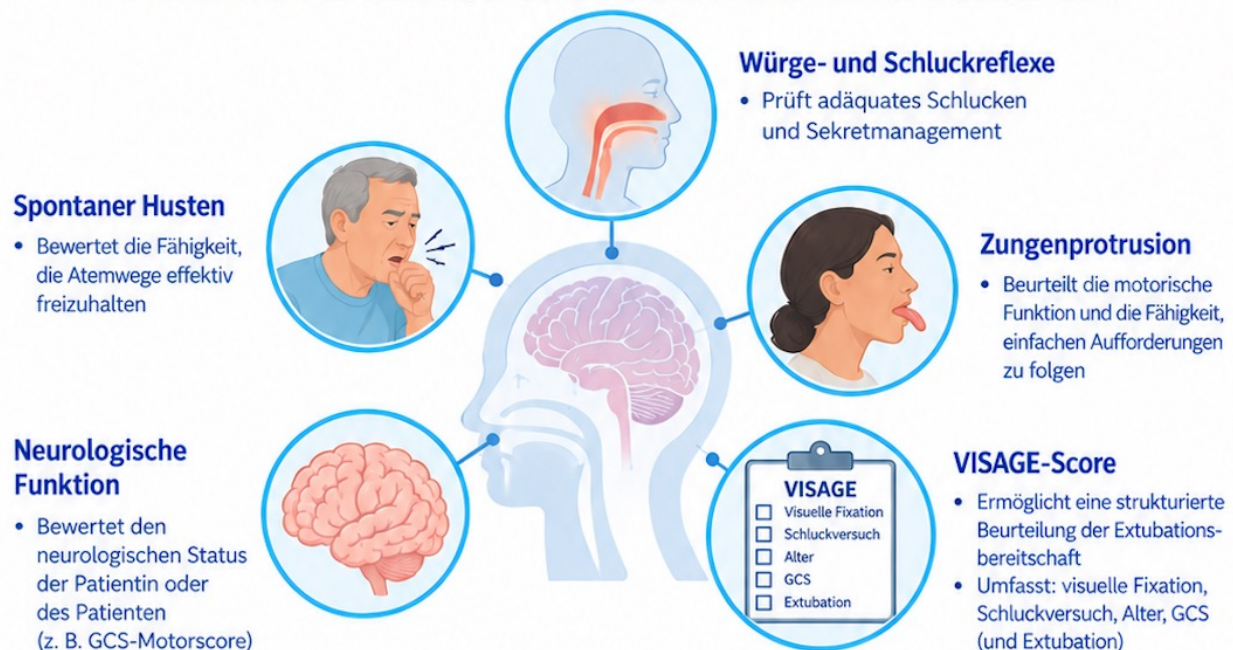
Fokus dieser Abbildung
Fünf klinische Marker zur
Beurteilung der Extubations-
bereitschaft



Kernaussage des Reviews
Neurologische Faktoren und
Atemwegsschutz sind die
entscheidenden Determinanten
für eine erfolgreiche Extubation
bei akuter Hirnschädigung.

NEUROLOGISCHE UND ATEMWEGS-BEREITSCHAFTSMARKER

Fünf klinische Marker zur Beurteilung der Extubationsbereitschaft (nach Abb. 1 der Originalpublikation)



Der neurologische Status und der Atemwegsschutz sind zentrale Determinanten für eine erfolgreiche Extubation bei akuter Hirnschädigung.



QUELLE

Al-Husinat L, Araydah M, Haddad F, et al.
Ventilator weaning and extubation in acute brain injury:
Challenges and evidence-based approaches.
Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine. 2026;45:101816.
<https://doi.org/10.1016/j.accpm.2026.101816>

ZUR ORIGINALPUBLIKATION



QUALITÄTSSTANDARDS

- ✓ Narrative Review
- ✓ Interprofessionelles Expertenteam
- ✓ Umfassende Literaturrecherche
- ✓ Integration klinischer Expertise
- ✓ Aktuelle Evidenz (2026)



Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.

ONE MINUTE WONDER

Ventilatorentwöhnung und Extubation bei akuter Hirnschädigung

Ventilator weaning and extubation in acute brain injury: Challenges and evidence-based approaches

Narrative Review

Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine • 2026



Narrative Review
eines interprofessionellen
Expertenteams



Ziel
Evidenzbasierte Ansätze
für das Weaning und
die Extubation bei akuter
Hirnschädigung



Fokus dieser Abbildung
Sechs Stufen der
Ventilatorentwöhnung
(nach Boles) – adaptiert für
Patient:innen mit akuter
Hirnschädigung



Kernaussage des Reviews
Ein strukturierter, an den
neurologischen Besonderheiten
orientierter Ansatz unterstützt
eine erfolgreiche Extubation
und reduziert Komplikationen.

DIE SECHS STUFEN DER VENTILATORENTWÖHNUNG

Adaptiert für Patient:innen mit akuter Hirnschädigung (nach Fig. 2 der Originalpublikation)

1

Stabilisierung und Optimierung vor Weaning



- Klinische Stabilität sicherstellen (Hämodynamik, Oxygenierung)
- Keine Infektion oder Flüssigkeitsüberlastung
- Bei neurokritischen Patient:innen: intrakraniellen Druck kontrollieren und Sedierung minimieren, wenn sicher

2

Vermutung, dass Weaning möglich ist



- Tägliche Beurteilung der Weaning-Bereitschaft
- Ausreichende Oxygenierung und stabiler kardiovaskulärer Status
- Spontanatmung und neurologische Verbesserung (z. B. Augenöffnung, motorische Reaktion, Husten-/Würgereflex)

3

Beurteilung der Weaning-Bereitschaft



- Bei Hochrisikopatient:innen strukturierte Strategie
- Beurteilung der respiratorischen Antriebsleistung und Muskelkraft (z. B. NIF/MIP oder Zwerchfellsonographie)
- Umfassende neurologische Beurteilung

4

Spontaneous Breathing Trial (SBT)



- Durchführung eines SBT, wenn Voraussetzungen erfüllt sind
- Bestätigung ausreichender Vigilanz
- Fähigkeit, einfachen Anweisungen zu folgen
- Vorhandensein schützender Atemwegsreflexe (z. B. Husten, Schlucken, Würgen)

5

Extubation



- Wenn respiratorische und neurologische Kriterien erfüllt sind
- In Grenzfällen prophylaktische Unterstützung erwägen (z. B. nichtinvasive Beatmung oder High-Flow-Nasenkanüle)
- Bei inadäquatem Atemwegsschutz Tracheostomie bevorzugen

6

Umgang mit Extubationsversagen



- Auf Hinweise einer respiratorischen Verschlechterung engmaschig achten
- Frühe Physiotherapie und Schluckbeurteilung
- In ausgewählten Patient:innen nichtinvasive Beatmung erwägen
- Bei Bedarf zeitnahe Reintubation



Ein strukturierter, an den neurologischen Besonderheiten orientierter Weaning-Ansatz unterstützt eine sichere und erfolgreiche Extubation bei akuter Hirnschädigung.



QUELLE

Al-Husinat L, Araydah M, Haddad F, et al.
Ventilator weaning and extubation in acute brain injury:
Challenges and evidence-based approaches.
Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine. 2026;45:101816.
<https://doi.org/10.1016/j.accpm.2026.101816>

ZUR ORIGINALPUBLIKATION



QUALITÄTSSTANDARDS

- ✓ Narrative Review
- ✓ Interprofessionelles Expertenteam
- ✓ Umfassende Literaturrecherche
- ✓ Integration klinischer Expertise
- ✓ Aktuelle Evidenz (2026)



Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.

Du nutzt KI für wissenschaftliche Publikationen? Du liest wissenschaftliche Publikationen? Das solltest Du wissen.

Aktualisierte Empfehlungen für den Einsatz von KI durch Autor:innen in der medizinischen Publikation
Updated Guidance for Author Use of AI in Medical Publication

Editorial | **JAMA** | 2026

Flanagin A, Perlis RH, Bibbins-Domingo K.



TRANSPARENZ · INTEGRITÄT · VERANTWORTUNG · QUALITÄT

Zentrale Empfehlungen



Verantwortung

- Autor:innen sind für die Genauigkeit aller eingereichten Inhalte verantwortlich.
- KI-generierte Inhalte müssen überprüft und bestätigt werden.



Transparente Offenlegung

- Die Nutzung von KI, LLMs, Chatbots oder ähnlichen Technologien muss im Acknowledgment angegeben werden.
- Anzugeben sind: Tool, Version, Hersteller, Datum, Verwendungszweck und die Verantwortung für die Inhalte.



Referenzen

- KI, LLMs und Chatbots sollten nicht zur Generierung oder Formatierung von Referenzen verwendet werden.
- Alle Referenzen müssen auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Integrität geprüft werden.



Bilder, Illustrationen und Multimedia

- Die Einreichung von klinischen Bildern, Illustrationen, Videos oder Audiodateien, die mit KI erstellt oder manipuliert wurden, ist nicht zulässig – außer im Rahmen eines formalen Forschungsdesigns, das vollständig offengelegt wird.



Meinungsbeiträge

- Die Nutzung von KI, LLMs und Chatbots zum Verfassen von Opinion-Artikeln, Leserbriefen und Online-Komentaren ist nicht erlaubt.



Folgen bei fehlender Offenlegung

- Bei unvollständiger oder fehlender Offenlegung kann der Beitrag abgelehnt oder nach der Veröffentlichung korrigiert werden.



Kernaussage

KI kann die wissenschaftliche Publikation unterstützen – verantwortungsvoll, transparent und im Einklang mit klaren Regeln.



Quelle

Flanagin A, Perlis RH, Bibbins-Domingo K.
Updated Guidance for Author Use of AI in Medical Publication.
JAMA. 2026. doi: 10.1001/jama.2026.16613.



Evidenztyp & Qualitätsstandards

- Editorial
- ✓ Expertenempfehlungen der Herausgeber:innen
- ✓ Praxisorientierte Empfehlungen für Autor:innen
- ✓ Fokussiert auf Verantwortung, Transparenz und Integrität



Originalpublikation

Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.

Personalbesetzung auf Intensivstationen

Evidenz, Erfahrung, Ökonomie und Umsetzung

Intensive Care Unit Staffing Ratios.

Evidence, Experience, Economics, and Execution.

Übersichtsarbeit | Critical Care Clinics | 2026

Gershengorn HB, Buckley MS, Costa DK, Higgins AM.

Keine einfache Formel – viele Faktoren spielen zusammen.



Faktoren, die das optimale Verhältnis von Professionen zu Intensivpatient:innen beeinflussen

Faktoren der Intensivstation

- Größe und Struktur
- Verfügbare Ressourcen
- Physische Umgebung

Team und Arbeitsabläufe

- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Aufgabenverteilung
- Verfügbarkeit der Teammitglieder

Externe Faktoren

- Regulatorische Vorgaben
- Demografische Entwicklungen
- Nicht-krankenhausbezogene Einflüsse (z. B. Pandemien)

Patient:innen-Faktoren

- Krankheitsschwere
- Patientenmix
- Individuelle Bedürfnisse

Verfügbare Professionen

- Ärzt:innen (z. B. Intensivist:innen, Ärzt:innen in Weiterbildung)
- Pflegefachpersonen (mit/ohne Fachweiterbildung/Studium)
- Apotheker:innen
- Weitere Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeut:innen, Respiratory Therapists)

Organisatorische Faktoren

- Dienstmodelle (z. B. Nachtversorgung)
- Verfügbarkeit und Stabilität des Personals
- Schulung und Erfahrung

Ökonomische Faktoren

- Personalkosten
- Potenzielle nachgelagerte Einsparungen
- Ressourceneinsatz

Optimale Personalbesetzung auf Intensivstationen



Kernaussage

Das optimale Verhältnis von Professionen zu Intensivpatient:innen ist komplex und von vielen, miteinander verbundenen Faktoren abhängig.



Quelle

Gershengorn HB, Buckley MS, Costa DK, Higgins AM.
Intensive Care Unit Staffing Ratios.
Crit Care Clin. 2026. doi: 10.1016/j.ccc.2026.07.001



Qualitätsstandards

- ✓ Übersichtsarbeit
- ✓ Systematische Darstellung der Evidenz
- ✓ Betrachtung mehrerer Berufsgruppen
- ✓ Fokus auf Umsetzung in der klinischen Praxis



Originalpublikation

Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.

Konflikte auf Intensivstationen

Ein konzeptioneller Rahmen für Meinungsverschiedenheiten zwischen Patient:innen, Angehörigen, Teams und unterschiedlichen Fachbereichen

Conflict in intensive care units: a conceptual framework for patient, family, team, and inter-service disagreement

Narratives Review | Critical Care | 2026

Jabaley CS, Brummell Z, Benoit DD, Kentish-Barnes N, Metaxa V.



Warum entstehen Konflikte auf Intensivstationen – und was hilft?

Häufige Ursachen

Konflikte entstehen meist nicht plötzlich, sondern entwickeln sich in einem wiederkehrenden Muster.



Sachliche Meinungsverschiedenheiten

- Unterschiedliche Vorstellungen zu Behandlung, Prognose oder Zielen der Versorgung
- Genuine inhaltliche Unterschiede als Ausgangspunkt



Prozessbedingte Faktoren

- Unklare Rollen und Verantwortlichkeiten
- Inkonsistente oder widersprüchliche Kommunikation
- Wahrgenommene Unfairness



Beziehungsbedingte Faktoren

- Misstrauen und Gefährdung der beruflichen Identität
- Erschwerte Konfliktlösung
- Eskalation, wenn Prozessprobleme nicht adressiert werden

Vom sachlichen Unterschied zur eskalierten Beziehung



Klare Strukturen im Team

- Rollen und Verantwortlichkeiten klar definieren
- Vor Besprechungen im Team abstimmen
- Konsistente Kommunikation sicherstellen



Unterstützendes Umfeld

- Ein positives ethisches Klima fördern
- Psychologische Sicherheit stärken
- Unfairness und Prozesslücken aktiv angehen



Bei eskalierten Konflikten

- Formale Unterstützungsangebote nutzen (z. B. Mediation, Ethikberatung)
- Maßnahmen passend zur Art des Konflikts wählen



Kernaussage

Destruktive Konflikte auf Intensivstationen sind vermeidbar – durch frühzeitige Prozessoptimierung und strukturelle Maßnahmen.



Quelle

Jabaley CS, Brummell Z, Benoit DD, Kentish-Barnes N, Metaxa V.
Conflict in intensive care units: a conceptual framework for patient, family, team, and inter-service disagreement. Crit Care. 2026.
<https://doi.org/10.1186/s13054-026-06248-7>



Qualitätsstandards

- ✓ Narratives Review
- ✓ Systematische Integration der Literatur
- ✓ Konzeptioneller Rahmen (Task-Process-Relationship)
- ✓ Internationale Perspektive
- ✓ Praxisrelevante Handlungsempfehlungen



Originalpublikation

Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.

Stiller Schmerz oder stille Dokumentation?

Schmerz sichtbar machen, Dokumentationsethik und pflegerisches Management in der neurokritischen Versorgung

Silent Pain or Silent Records? Pain Visibility, Documentation Ethics, and Nursing Management in Neurocritical Care

Empirisch informierte philosophische Analyse | Nursing Philosophy | 2026
Li Z, You J, Zhang L, Ma B, Liu Y | China



Was bedeutet ein fehlender numerischer Schmerzwert in der neurokritischen Versorgung?



Kein Selbstbericht

- Aphasie, eingeschränkte Bewusstseinslage, Sedierung, mechanische Beatmung oder Delir können die Kommunikation verhindern.
- Die fehlende Zahl kann auf fehlenden Selbstbericht hinweisen – nicht auf fehlenden Schmerz.



Kein Assessment

- Strukturelle und organisatorische Faktoren können dazu führen, dass kein Schmerzassessment durchgeführt wird.
- Die fehlende Zahl kann ein fehlendes Assessment widerspiegeln.



Keine Dokumentation

- Schmerzen können vorhanden und bewertet worden sein, aber nicht im strukturierten Feld dokumentiert sein.
- Die fehlende Zahl kann auf eine fehlende Dokumentation hinweisen.



Risiko des Nichterkennens

- Systeme, Qualitätsindikatoren, Personalressourcen, Bildung und Arbeitsabläufe beeinflussen, ob möglicher Schmerz sichtbar, dokumentierbar, prüfbar und adressierbar wird.
- Die fehlende Zahl kann das Risiko eines Nichterkennens von Schmerz darstellen.



Kernaussage

Ein fehlender numerischer Schmerzwert bedeutet nicht schmerzfrei, sondern kann unterschiedliche Ursachen haben.



Quelle

Li Z, You J, Zhang L, Ma B, Liu Y.
Silent Pain or Silent Records? Pain Visibility,
Documentation Ethics, and Nursing Management
in Neurocritical Care.
Nurs Philos. 2026;27:e70112.
<https://doi.org/10.1111/nup.70112>



Qualitätsstandards

- ✓ Empirisch informierte philosophische Analyse
- ✓ Analyse eines MIMIC-IV Datensatzes (6.054 ICU Aufenthalte, 5.065 Patient:innen)
- ✓ Konzeptionelle Analyse
- ✓ Entwicklung einer fünfteiligen Taxonomie des Fehlens von Schmerzangaben
- ✓ Praxisrelevante Implikationen für das pflegerische Management



Originalpublikation

Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.

Bewältigungsstrategien bei Delir auf der Intensivstation

Eine Mixed-Methods-Systematic-Review zu Patient:innen- und Bezugspersonenperspektiven

Psychosocial coping with intensive care delirium: a mixed-methods systematic review of patient and family perspectives

Mixed-Methods Systematic Review | Critical Care | 2026

10 qualitative Studien | 7 Länder | Patient:innen und Bezugspersonen

Oh E. et al.



Individuelle Bewältigungsstrategien bei ICU-Delir

Von Patient:innen und Bezugspersonen berichtete Strategien – keine Wirksamkeitsempfehlungen



Für Patient:innen

Mögliche Strategien zur individuellen Bewältigung



Orientierung suchen

- Umgebung wahrnehmen und realitätsorientieren
- Erlebtes einordnen



Soziale Verbindung nutzen

- Kontakt zu Bezugspersonen und Behandlungsteam suchen
- Gespräche, Nähe und vertraute Personen einbeziehen



Kontrolle zurückgewinnen

- Kleine eigene Entscheidungen treffen
- Belastende Auslöser soweit möglich vermeiden



Emotionen regulieren

- Ablenkung und Distanzierung nutzen
- Selbstkontrolle stärken
- Vertrauen in Bezugspersonen oder Behandelnde



Hoffnung und Identität stärken

- Positive Neubewertung
- Vertraute Musik und persönliche Routinen nutzen
- An wichtige Lebensrollen und Werte anknüpfen



Für Bezugspersonen

Mögliche Strategien im Umgang mit der Situation



Emotional präsent sein

- Nähe, beruhigende Kommunikation und emotionale Unterstützung anbieten
- Wenn möglich, beruhigende Berührung nutzen



Orientierung unterstützen

- Zeit, Ort und Situation erklären
- Vertraute Gegenstände, Erinnerungen oder Musik einbeziehen
- Bei der Realitätsorientierung begleiten



Verbindung herstellen

- An Alltag, Familie und vertraute Rollen anknüpfen
- Die persönliche Identität der Patient:innen stärken



Mit dem Behandlungsteam zusammenarbeiten

- Informationen suchen und Fragen stellen
- Beobachtungen teilen
- An Entscheidungen und Maßnahmen mitwirken



Eigene Belastung bewältigen

- Informationen und Unterstützung suchen
- Auch Pausen und Entlastung ermöglichen
- Positive Neubewertung und Sinnfindung nutzen



Kernaussage

Patient:innen und Bezugspersonen können aktiv zur individuellen Bewältigung eines ICU-Delirs beitragen.

Die Strategien wurden qualitativ berichtet; ihre Wirksamkeit wurde nicht untersucht.



Quelle

Oh E., Marx-Rosenberg G., Schimböck F., Groth N., Nydahl P., Gallinat J.
Psychosocial coping with intensive care delirium: a mixed-methods systematic review of patient and family perspectives.
Critical Care. 2026;30:440.
<https://doi.org/10.1186/s13054-026-06232-1>



Qualitätsstandards

- ✓ Mixed-Methods Systematic Review (Joanna Briggs Institute)
- ✓ Systematische Literaturrecherche (MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, PSYNDEX)
- ✓ Qualitätsbewertung (MMAT)
- ✓ Meta-Aggregation qualitativer Daten
- ✓ Theoretischer Rahmen: Transaktionales Modell von Stress und Bewältigung
- ✓ Bericht nach PRISMA 2020



Originalpublikation

Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.

Management von kritisch kranken Krebspatient:innen

Expert:innenkonsens der iCHOP-Arbeitsgruppe zu zentralen Empfehlungen für die Intensivmedizin

Management of critically ill cancer patients. Expert consensus statement of the "Intensive Care for Hematology and Oncology Patients" (iCHOP) Working Group

Expert:innenkonsens | Tzavavas et al. | European Journal of Cancer 2026 | DOI: 10.1016/j.ejca.2026.116924



Zentrale Empfehlungen des Konsenspapiers 2026

Was ist neu? – Wichtige Aktualisierungen für die Versorgung kritisch kranker Krebspatient:innen



1 Initiale Sauerstoff- und Beatmungsunterstützung

- Bei hypoxämischer Ateminsuffizienz (ARF), HFNO, nicht-invasiver und invasiver Beatmung kein Unterschied in Intubationsraten und 28-Tage-Mortalität.
- Patient:innen berichteten unter HFNO über weniger Unbehagen.



2 Intubationsverzögerungen vermeiden

- Eine verzögerte invasive Beatmung ist bei Krebspatient:innen, insbesondere mit hohem Atemantrieb, mit einer höheren Mortalität verbunden.



3 Kritisch kranke Patient:innen nach autologer Stammzelltransplantation

- Trotz insgesamt günstiger Prognose sollten Patient:innen nach Hochdosis-Chemotherapie und autologer Stammzelltransplantation bei Aufnahme auf die Intensivstation nicht automatisch von einer leitliniengerechten Behandlung ausgeschlossen werden.



4 Kritisch kranke Patient:innen nach allogener Stammzelltransplantation

- Aufnahme auf die Intensivstation in einem frühen Krankheitsstadium.
- Umfassende Evaluation durch ein multidisziplinäres Team, einschließlich der zugrundeliegenden Grunderkrankung.
- Akute GvHD, eine Intensivaufnahme und -behandlung sollte in der Regel nicht generell abgelehnt werden.



5 Kritisch kranke Patient:innen nach CAR-T-Zell-Therapie

- Trotz insgesamt günstiger Prognose sollten Patient:innen nach CAR-T-Zell-Therapie nicht automatisch von einer Intensivaufnahme ausgeschlossen werden, wenn eine „leitliniengerechte“ Behandlung gerechtfertigt ist.



6 Kritisch kranke Patient:innen nach ICI-Therapie

- Bei immuncheckpointinhibitor-bedingten schweren unerwünschten Ereignissen in den ersten Wochen der Therapie sollte eine Intensivaufnahme in der Regel nicht abgelehnt werden.



Kernaussage

Individuelle, frühzeitige und interdisziplinäre Entscheidungen sind entscheidend für die bestmögliche Versorgung kritisch kranker Krebspatient:innen.



Quelle

Tzavavas A et al. Management of critically ill cancer patients. Expert consensus statement of the iCHOP Working Group. Eur J Cancer. 2026;245:116924.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2026.116924>



Qualitätsstandards

- ✓ Expert:innenkonsens (iCHOP)
- ✓ Multidisziplinäres Panel (Hämatologie/Oncologie und Intensivmedizin)
- ✓ Deutschland und Österreich
- ✓ Systematische Evidenzrecherche
- ✓ Konsensbasierte Empfehlungen
- ✓ Interessenkonflikte offengelegt



Hinweis

Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.

Barrieren und unterstützende Faktoren patienten- und familienzentrierter Versorgung auf der Intensivstation

Barriers and facilitators to patient- and family-centered care in the ICU: A qualitative study of multiple stakeholder perspectives

Qualitative Fokusgruppenstudie | Intensive Care | 2026

6 Fokusgruppen | 46 Beteiligte | mehrere Stakeholderperspektiven

Tilburgs et al.



Patienten- und familienzentrierte Versorgung im ICU-Alltag

Wahrgenommene Barrieren und unterstützende Faktoren aus sechs Fokusgruppen

Was hindert PFCC?

Barrieren in der täglichen Praxis



KOMMUNIKATION

- Schwere Erkrankung und Sprachbarrieren
- Über Patient:innen statt mit ihnen sprechen
- Unvollständige oder ungeeignete Dokumentation



TEAMKULTUR

- Widerstand gegen Veränderungen
- Unkenntnis von PFCC und starre Protokolle
- Begrenzte Pflegeführung und Autonomie



BETEILIGUNG

- Begrenzte Besuchszeiten und fehlendes Rooming-in
- Unklare Rollen und unterschiedliche Auffassungen



VERSORGUNGSSTRUKTUREN

- Monitordaten, Interventionen und Stationslayout
- Hoher Patientendurchsatz und fehlende Kontinuität

Was unterstützt PFCC?

Förderfaktoren für die tägliche Praxis



KLAR KOMMUNIZIEREN

- Frühzeitig, ehrlich und zu festen Zeiten informieren
- Bedürfnisse und Präferenzen aktiv erfragen
- Informationen dokumentieren, prüfen und übergeben



GEMEINSAM FÜHREN

- Interprofessionell zusammenarbeiten
- Pflegefachpersonen führen und vermitteln
- PFCC-Schulung und kulturelle Kompetenz stärken



FAMILIEN BETEILIGEN

- Beteiligung aktiv anbieten und abstimmen
- Rollen klären und bei Pflegemaßnahmen anleiten



KONTINUITÄT SCHAFFEN

- Persönlichen Hintergrund sichtbar machen
- Bezugspflege, strukturierte Übergaben und Nachsorge



Kernaussage

PFCC braucht mehr als individuelles Engagement: Kommunikation, Beteiligung, Kontinuität und Pflegeführung müssen im Alltag verankert sein.

Quelle

Tilburgs B, de Graaf M, Crommentuijn C, van den Boogaard M. Barriers and facilitators to patient- and family-centered care in the ICU: A qualitative study of multiple stakeholder perspectives. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2026;95:104433. doi:10.1016/j.iccn.2026.104433

Qualitätsstandards

- ✓ COREQ-Berichterstattung
- ✓ Pilotierter Interviewleitfaden
- ✓ Unabhängige Kodierung und Triangulation
- ✓ Datensättigung erreicht
- ✓ Member Check angeboten
- ✓ Keine Interessenkonflikte angegeben



Originalpublikation

Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Autorinnen und Autoren wählten die zugrunde liegenden Quellen aus, überprüften sämtliche generierten Inhalte kritisch und genehmigten die endgültige Version. Die Autorinnen und Autoren tragen die volle Verantwortung für die Richtigkeit, Interpretation, Zusammenfassung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz. Dieses One Minute Wonder ersetzt nicht die Lektüre der Originalpublikation.