Komplikationen bei Guillain-Barré-Syndrom (GBS)

Das Guillain-Barré-Syndrom (GBS) ist eine akute, meist postinfektiöse, immunvermittelte Polyneuropathie, die zu rasch fortschreitender Muskelschwäche und möglicher Ateminsuffizienz führen kann. Häufige Komplikationen sind:

Kategorie	Beschreibung
Autonome Dysfunktion	Path. Herzrhythmusstörungen einschließl. Herzblock, der einen Herzschrittmacher erfordert, hyper-/hypotensive Krisen, vermehrtes Schwitzen, Harnverhalt und gastrointestinale Funktionsstörungen
Stoffwechselstörungen	Störungen im Natrium-, Kalium- und Kalziumhaushalt, Hypoalbuminämie und Dysglykämie
Pulmonale Komplikationen	Res. Insuffizienz, Atelektasen, Pneumothorax, Pleuraerguss, Aspiration, Pneumonitis
Schmerzen	Nozizeptiver und neuropathischer Schmerz
Thromboembolisch	Tiefe Venenthrombose, Lungenembolie
Psychologisch	Delir, Angstzustände, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Halluzinationen
Muskuloskelettal, Augen und Haut	Decubitus, Gelenkkontrakturen, Ossifikation, Hornhautgeschwür
Infektionen	Sepsis, infektiöse Kolitis, Harnwegsinfektionen, MRSA, krankenhaus- oder beatmungsassoziierte Pneumonie

Eine frühzeitige, multidisziplinäre Rehabilitation ist entscheidend für die funktionelle Erholung; die meisten Patient:innen erlangen innerhalb von 6–12 Monaten eine weitgehende Mobilität zurück, jedoch bleiben bei einem Teil langfristige neurologische Defizite.

Erstellt durch: Nydahl, August 2025. Quelle: J. Hunter, W.A. English, E.J.A. Wiegers, B.C. Jacobs. Guillain–Barré syndrome. BJA Education 25(2025)8: 309-316 https://doi.org/10.1016/j.bjae.2025.05.001.

Krankenbeobachtung Atem- und Körpergeruch

Ein veränderter Atem-/Körpergeruch kann ein Hinweis auf mangelnde Hygiene sein, aber auch ein relevantes Symptom sein und klinisch wichtige Hinweise geben. Veränderte Atem-/Körpergerüche entstehen, wenn stoffwechsel- oder krankheitsbedingte Veränderungen flüchtige organische Verbindungen (VOCs) im Blut verändern, die dann über die Lunge, Schweiß oder Talg abgesondert werden.

■ Typische Atemgerüche bei Erkrankungen

Erkrankung	Typischer Atemgeruch
Diabetische Ketoazidose	fruchtig, Aceton
Leberversagen (Foetor hepaticus)	süßlich, modrig
Niereninsuffizienz (Urämie)	ammoniakartig
Keto-Diät / Fasten	fruchtig, Aceton
Lungentuberkulose	muffig
Lungenabszess	faulig
Clostridium difficile Infektion	übel, stallartig
Gastroösophagealer Reflux	sauer
Helicobacter pylori Gastritis	faulig, schwefelig
Trimethylaminurie	fischig

■ Typische Körpergerüche bei Erkrankungen

Erkrankung	Typischer Körpergeruch
Trimethylaminurie	fischig
Lebererkrankungen	süßlich, muffig
Niereninsuffizienz	ammoniakartig
Phenylketonurie	mausartig, muffig
Isovalerianazidämie	Schweißfüße
Tyrosinämie	gekochter Kohl
Hautinfektion (Corynebakterien)	ranzig, käsig
Pseudomonas-Infektion	süßlich, traubenartig
Tuberkulose	muffig
Krebserkrankungen	verändert, unspezifisch

Merksatz: Atem- und Körpergeruch ist ein Symptom, kein Befund und kann Anlass zur weiterführenden Diagnostik geben.

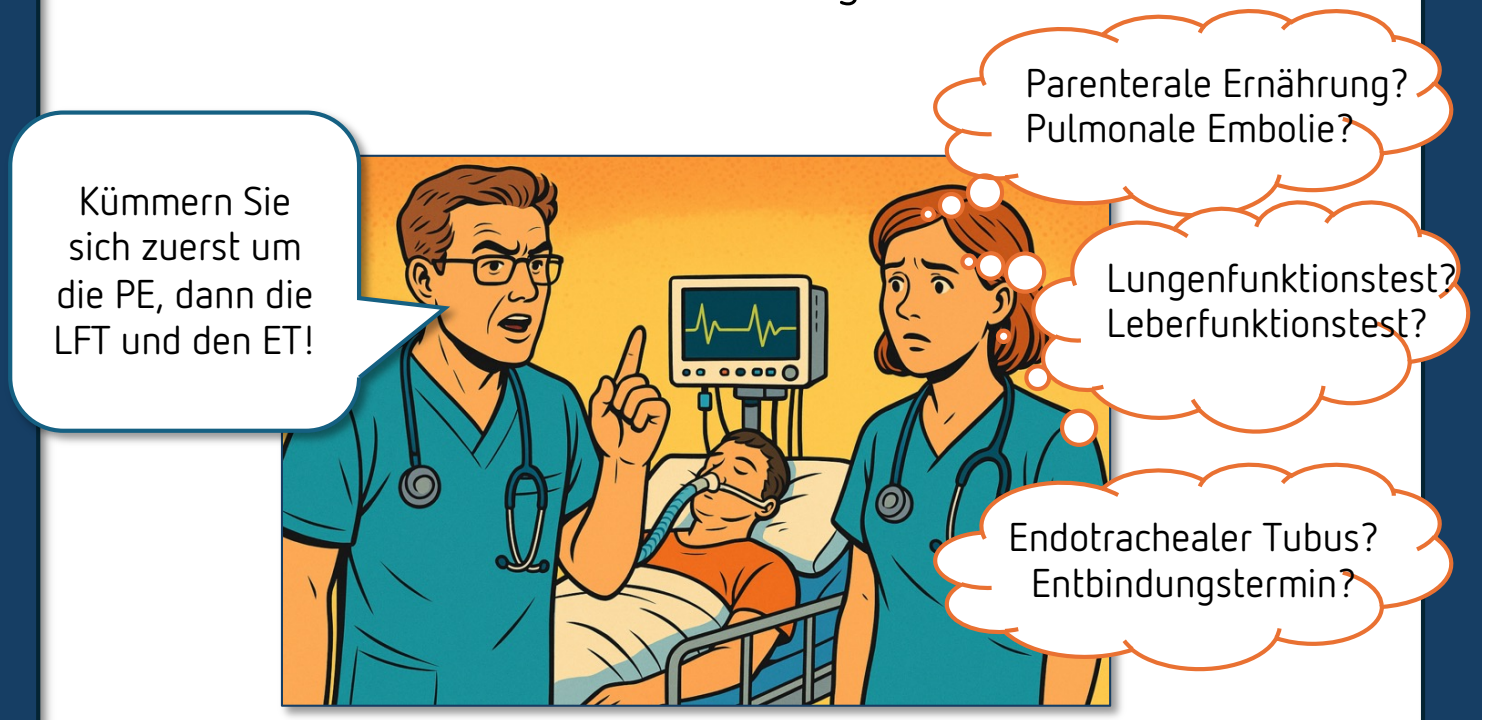
Erstellt durch: Nydahl, August 2025. Quelle: Sharma A, Kumar R, Varadwaj P. Smelling the Disease: Diagnostic Potential of Breath Analysis. Mol Diagn Ther. 2023 May;27(3):321-347. doi: 10.1007/s40291-023-00640-7

Abk.

Abkürzungen sind praktisch, können aber gefährlich sein. Mehrdeutige Kürzel führen zu Medikationsfehlern und Missverständnissen.

- „MS" = Multiple Sklerose oder Mitralstenose?
- „HWI" = Hinterwandinfarkt oder Harnwegsinfekt?
- „VK" = Vollkost oder Venenkatheter?
- „MG" = Milligramm oder Magnesium?

Bis zu 13% der Medikationsfehler hängen mit Abkürzungen zusammen! Besonders riskant: Übergaben & Notfallsituationen



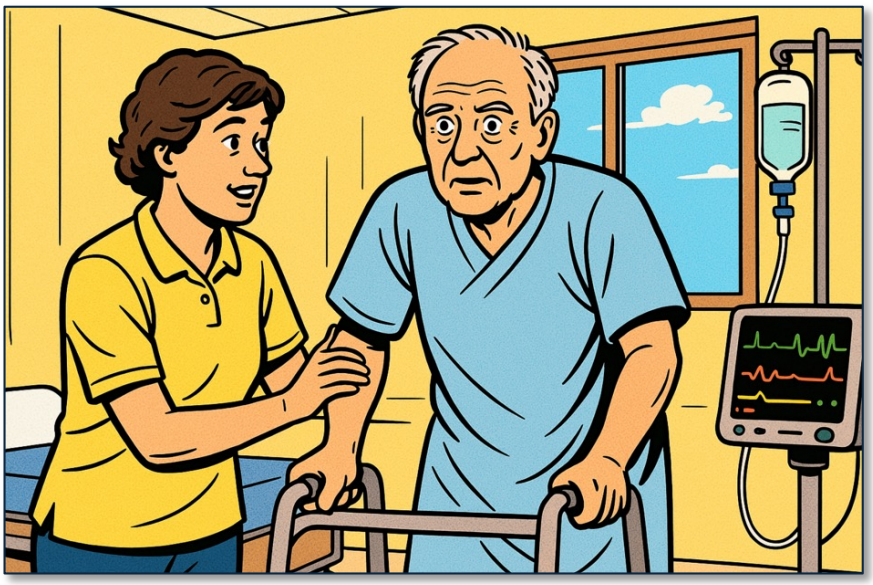
Lösungsstrategien: Begriffe ausschreiben, geschlossene Kommunikation nutzen und Begriffe im vollen Wortlaut wiederholen, standardisierte Listen anwenden, regelmäßige Schulungen durchführen.

Erstellt durch: Nydahl, August 2025. Quelle: Berger S, Grzonka P, Hunziker S, Frei AI, Sutter R. When shortcuts fall short: The hidden danger of abbreviations in critical care. J Crit Care. 2025 Aug 20;91:155236. doi: 10.1016/j.jcrc.2025.155236

Bewegung gegen Delir auf Intensivstationen?

Ein Delir ist häufig bei kritisch kranken Patient:innen – Bewegungstherapie könnte helfen. Vier RCTs mit 491 Patient:innen zeigen:

- Bewegung kann die Delirdauer um ca. einen Tag verkürzen.
- Auch die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation reduzierte sich um rund zwei Tage.
- Es wurden keine schädlichen Nebenwirkungen berichtet.
- Unklar bleibt der Einfluss auf Lebensqualität oder Delirschwere.



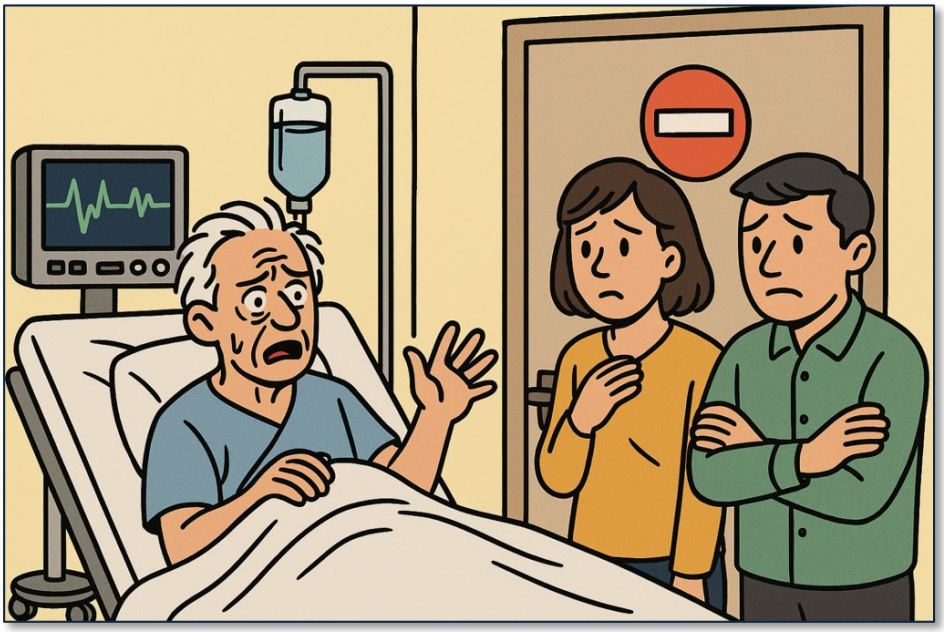
Fazit: Bewegungstherapie ist vielversprechend, aber es braucht weitere Studien.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: Garegnani L, Ivaldi D, Burgos MA, Varela LB, Díaz Menai S, Rico S, Giménez ML, Escobar Liquitay CM, Franco JV. Exercise therapy for the treatment of delirium in the intensive care unit. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Aug 12;8(8):CD015830

Besuchsverbot und Delir auf der Intensivstation

Familienbesuche wirken schützend – ein vollständiges Besuchsverbot erhöht das Risiko für Delir.

2.970 Patient:innen wurden untersucht: vor COVID-19 mit Besuch, während COVID-19 ohne.



- Ein Delir trat häufiger bei Besuchsverbot auf (48,1 % vs. 38,4 %).
- Das Risiko für Delir war auch nach Adjustierung signifikant erhöht (OR 1,37).
- Besonders gefährdet waren Patient:innen mit Beatmung oder höherer Krankheitsschwere.

Fazit: Familienbesuche sind ein wichtiger Schutzfaktor und sollten – auch in Pandemien – kreativ ermöglicht werden.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: Lim L, Kang C, Kim M, Lee J, Lee HY, Oh SY, Ryu HG, Lee H. The effects of restricted visitation on delirium incidence in the intensive care units of a tertiary hospital in South Korea. Acute Crit Care. 2025 Aug;40(3):452-461.

Übergabe OP an Intensivstation

Die Patientenübergabe von dem OP zur Intensivstation ist kritisch – fehlende Infos gefährden die Sicherheit. Beobachtet wurden 85 Übergaben nach Herzchirurgie in der Türkei. Ergebnisse:

- Chirurgie-Teams übermittelten vor allem OP-Details, Abklemmzeiten und Blutdruckziele.
- Anästhesie-Teams berichteten vor allem BGA-Werte und die Gabe von Antibiotika und anderen Medikamente.
- Pflegefachpersonen waren nur selten beteiligt – ein zentrales Defizit.
- Übergaben dauerten durchschnittlich 7–9 Minuten und wurden nur selten unterbrochen.



Fazit: Standardisierte Übergaben mit aktiver Pflegebeteiligung erhöhen die Patientensicherheit

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: Celikturk Doruker N, Demir Korkmaz F, Sarp A. Patient Handover From the Cardiac Surgery Operating Room to the Critical Care Unit: A Prospective Observational Study. Nurs Crit Care. 2025 Sep;30(5):e70154

Schätzen wir den RASS alle gleich ein?

Die Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) ist Standard zur Sedierungsbeurteilung – doch die Übereinstimmung variiert.

+4	Sehr streitlustig	Offene Streitlust, gewalttätig, unmittelbare Gefahr für das Personal
+3	Sehr agitiert	Zieht oder entfernt Schläuche oder Katheter, aggressiv
+2	Agitiert	Häufig ungezielte Bewegungen, atmet gegen das Beatmungsgerät
+1	Unruhig	Ängstlich, aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft
0	Aufmerksam, ruhig	
-1	Schläfrig	Nicht ganz aufmerksam, aber erwacht anhaltend durch Stimme (>10 S.)
-2	Leichte Sedierung	Erwacht kurz mit Augenkontakt durch Stimme (≤10 S.)
-3	Mäßige Sedierung	Bewegungen oder Augenöffnung durch Stimme (aber keinen Augenkontakt)
-4	Tiefe Sedierung	Keine Reaktion auf Stimme, aber Bewegungen o. Augenöffnung durch körperlichen Reiz
-5	Nicht erweckbar	Keine Reaktion auf Stimme oder körperlichen Reiz

In Colorado wurden 79 simultane RASS-Messungen bei 62 beatmeten Patient:innen durch Pflegefachpersonen und speziell geschulten Untersuchenden untersucht.

Ergebnisse:

- Hohe Übereinstimmung zwischen Untersuchenden (ICC 0,89), aber geringer zwischen Pflegefachpersonen und Untersuchenden (ICC 0,73).
- Nur bei 35% volle RASS-Übereinstimmung im Dreierteam.
- Pflegefachpersonen bewerteten Patient:innen häufiger als leichter sediert als die Untersuchenden.

Fazit: RASS ist zuverlässig, doch Trainings- und Umgebungsfaktoren beeinflussen die Bewertung.

Macht mit Kolleg:innen den Test und schätzt unabhängig voneinander den RASS bei einigen Patient:innen ein! Kommen alle zu dem gleichen Ergebnis?

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: Fuchita M, Pattee J, Le D, To T, Mucharraz C, Knippa S, Keyworth A, Blaine C, Lindroth H. Inter-rater Agreement of Richmond Agitation Sedation Scale Assessments in Adult Patients Receiving Mechanical Ventilation in the ICU: A Cross-Sectional Study. Crit Care Explor. 2025 Aug 28;7(9):e1302

Palliative Extubation

Eine palliative Extubation kann bei Intensivpatient:innen zu belastenden Symptomen wie Atemnot, Schmerz oder Agitation führen – eine gute Vorbereitung ist entscheidend.

In einer Studie wurden 153 Patient:innen in 12 US-ICUs beobachtet. Ergebnis:

- 91% hatten mindestens eine Episode von Atemnot, Schmerz oder Agitation.
- Atemnot war mit 90% am häufigsten, Schmerz trat bei 56%, Agitation bei 5% auf.
- Opiate eine Stunde vor Extubation senkten das Risiko belastender Episoden um 26%.



Fazit: Antizipative Opiatgabe kann die Symptomlast und damit das Leid lindern und sollte Standard in der Palliativversorgung auf Intensivstation sein.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: Corey R. Fehnel, Zara Cooper, Margaret Campbell, Daniel Habtemariam, Thomas G. Travison, Daniel Forsman, Richard M. Schwartzstein, Douglas B. White, Susan L. Mitchell. Withdrawal of Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Prospective Observational Study, CHEST Critical Care, 2025, 100204,

Gesundheitliche Ungleichheit

Intensivstationen können Orte gesundheitlicher Ungleichheit sein – kulturelle und organisatorische Faktoren verstärken dies. Eine Ethnografiestudie mit 300h Beobachtung und 17 Interviews wurde auf Intensivstationen im Iran durchgeführt. Die Ergebnisse:

- Politische Macht und Vetternwirtschaft führten zu VIP-Versorgung für einflussreiche Patient:innen.
- Ärmere, ältere und marginalisierte Gruppen erhielten dagegen weniger Aufmerksamkeit und Unterstützung.
- Abweichungen von professionellem Verhalten und organisatorische Defizite verstärkten Unterschiede.



Die Studie wurde im Iran durchgeführt. Sind die Ergebnisse auf unsere Verhältnisse übertragbar?

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: Yarahmadi S, Soleimani M, Gholami M, Fakhr-Movahedi A, Madani SMS. Health disparities in service delivery in the intensive care unit: A critical ethnographic study. Nurs Crit Care. 2025 May;30(3):e13170

Pflege in den Medien

Pflegefachpersonen prägen das Gesundheitssystem – in den Medien fehlen sie oft an den entscheidenden Stellen. Eine Analyse in den **Niederlanden** untersuchte 272 Zeitungsartikel aus fünf großen Tageszeitungen (2019–2022).
Die Ergebnisse:

- Pflegekräfte wurden nur in 31% der Artikel als Quelle genannt, vor allem bei Streiks oder Human-Interest-Stories.
- In Politik-, Finanz- und Innovationsdebatten dominierten männliche Führungskräfte und Ärzt:innen.
- Bilder zeigten häufig keine oder unkenntlich gemachte Pflegefachpersonen.



Fazit: Um Mitsprache zu stärken, braucht es Medienkompetenz in Pflegeausbildung und -führung. Auch bei uns in Deutschland, oder reichen ein paar Influencer:innen?

Erstellt durch: Nydahl, September 2025. Quelle: van Wijk J, van Loon FHJ, Hendrickx F, Arets D, Lalleman PCB. Finding the Voices: Representation of Nurses in Dutch Newspaper Media Between 2019 and 2022. Int Nurs Rev. 2025 Sep;72(3):e70097