Ich will sterben

Pflegefachpersonen hören Todes- oder Suizidwünsche oft zuerst. Diese Äußerungen sind ethisch anspruchsvoll und verlangen professionelles Handeln.

- Todeswünsche sind dynamisch und reichen von Lebensmüdigkeit bis akuter Suizidalität.
- Sie sind häufig Ausdruck von Leiden, nicht zwingend vom Wunsch, nicht mehr zu leben.
- Jeder Todes- oder Suizidwunsch ist ernst zu nehmen und braucht Gesprächsbereitschaft.
- Kolleg:innen der Psychiatrie und Seelsorge konsultieren
- Pflegefachpersonen tragen Verantwortung für Empathie und Suizidprävention.
- Ein offener Umgang im Team schützt vor moralischer Überlastung.

Fazit: Zuhören, ernst nehmen und professionell begleiten sind zentrale pflegerische Aufgaben.

Erstellt durch: Nydahl, Dez 2025, Quelle: Klotz K, Seidlien AH, Riedel A (2025). Todes- und Suizidwünsche. Berlin: Springer

Der gut gepflegte Bart



Der Bart ist Teil der Persönlichkeit und Würde eines Menschen. Bärte können aber auch wie andere Haare Bakterien enthalten, deren Anzahl durch regelmäßige Pflege deutlich reduziert werden kann. Eine regelmäßige Bartpflege ist daher in vielfältiger Hinsicht wichtig.



- **Würde achten**: Bartform und Vorlieben berücksichtigen, Pflege erklären und respektvoll durchführen.



- **Täglich reinigen**: Mit Wasser und milder Waschlotion waschen, danach gründlich trocknen.



- **Mechanisch pflegen**: Kämmen, Verfilzungen sowie Essensreste oder Sekret entfernen.



- **Haut prüfen**: Haut unter dem Bart auf Rötungen, Mazerationen oder Druckstellen kontrollieren.



- **Hygiene beachten**: Nur patienteneigene Pflege- und Rasierutensilien verwenden.



- **Bartentfernung** nur bei strenger Indikation, z. B. medizinischer Notwendigkeit (dichter Maskensitz, Wundversorgung, schwere Hautschäden).



Ein gepflegter Bart erhält Würde, Sicherheit und Komfort.

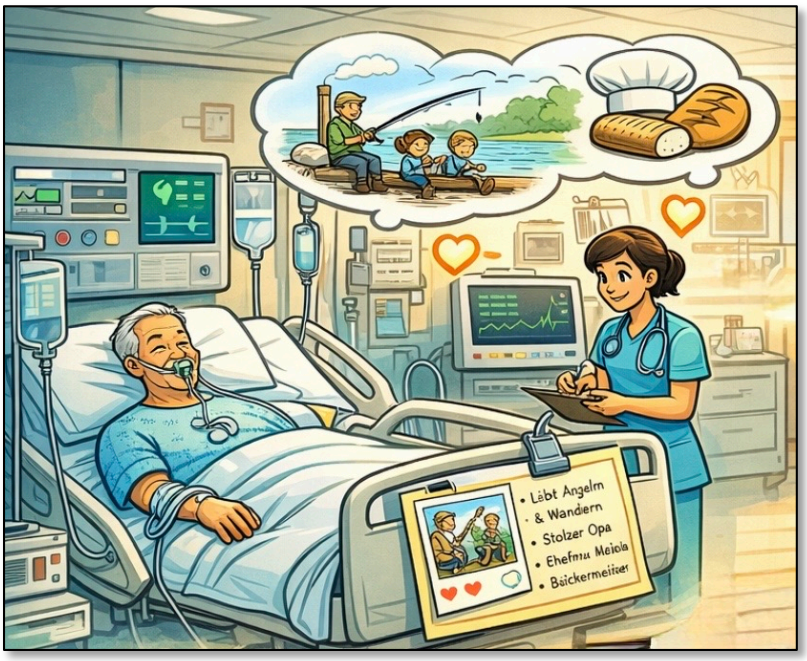


Erstellt durch: Nydahl, Dez 2025, Quelle: McLure HA, Mannam M, Talboys CA, et al.. The effect of facial hair and sex on the dispersal of bacteria below a masked subject. Anaesthesia. 2000;55(2):173-176. Dixson BJ, Brooks RC. The role of facial hair in women's perceptions of men's attractiveness, health, masculinity and parenting abilities. Evol Hum Behav. 2013;34(3):236-241. Bärte: alamy.com

Würdevolle Pflege

Die Patient Dignity Question hilft, den Menschen hinter der Erkrankung sichtbar zu machen. Gerade auf Intensivstationen stärkt sie Würde, Empathie und familienzentrierte Pflege.

Die PDQ fragt Angehörige: **„Was müssen wir über die Patientin oder den Patienten als Person wissen, um sie und ihre Familie bestmöglich versorgen zu können?"**



- Angehörige berichten Werte, Beziehungen und Vorlieben (z. B. Familie, Hobbys, Sprache).
- Pflegende und Ärzt:innen gewinnen neue, relevante Informationen für den Pflegealltag.
- Empathie, Verbundenheit und Kommunikation im Team und mit Familien nehmen zu.
- Die körperliche Pflege ändert sich kaum, der Umgang wird menschlicher.

Die PDQ ist eine einfache, wirksame Möglichkeit, Würde im Intensivalltag zu verankern.

Erstellt durch: Nydahl, Jan 2026, Quelle: Olafson K, Pirzada S, Mosienko L, et al. . "He is so much more than just his illness" using the Patient Dignity Question (PDQ) to elicit personhood and enhance dignity in the intensive care unit (ICU): A feasibility study examining family and healthcare professional feedback. J Crit Care. 2025 Nov 29;92:155360. doi: 10.1016/j.jcrc.2025.155360 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41319619/

Gewalt auf der Intensivstation
Prävention beginnt im Team

Gewalt auf Intensivstationen ist häufig, aber vermeidbar. Gezielte Prävention und Schulung erhöhen Sicherheit und Versorgungsqualität

- Früherkennung durch Risiko-Screenings hilft, Eskalationen zu verhindern.
- Deeskalationstrainings stärken Handlungssicherheit und Kommunikation.
- Klare Standards und Meldewege schaffen Orientierung und Vertrauen.
- Regelmäßige Nachbesprechungen entlasten Teams und fördern Lernen.
- Führungskräfte prägen eine Kultur der Nulltoleranz gegenüber Gewalt.

Prävention schützt nicht nur Mitarbeitende – sie verbessert auch die Versorgung.



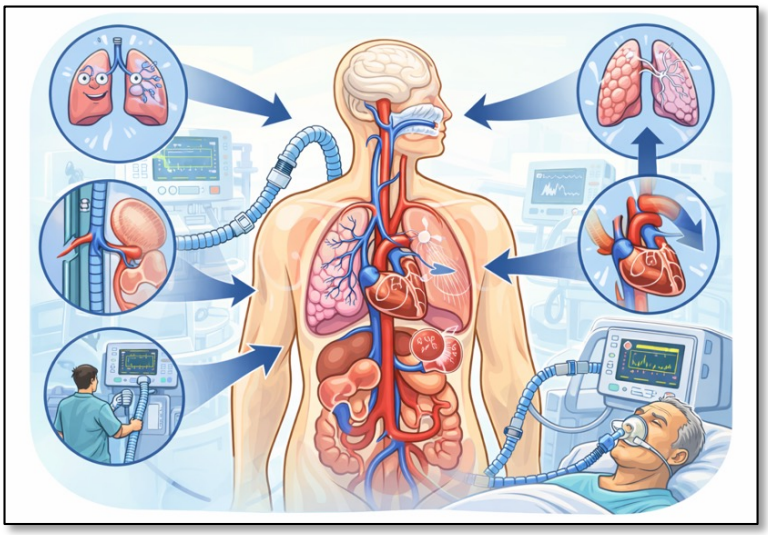
Erstellt durch: Nydahl, Jan 2026, Quelle: Schmid C et al. Gewalt und Aggression auf der Intensivstation. intensiv 2026; 34: 34–46

PEEP – mehr Wirkung als nur auf Gastaustausch

Mechanische Effekte auf die Lunge
- Rekrutiert kollabierte Alveolen und vergrößert das funktionelle Lungenvolumen.
- Kann gleichzeitig offene Areale überdehnen → Risiko für Lungenschaden.
- Stabilisiert kleine Atemwege und verhindert zyklischen Kollaps.
- Reduziert Ventilationsinhomogenität und Scherkräfte.
- Verbessert die Messbarkeit der Atemmechanik

Einfluss auf die Thoraxmechanik
- Kompensiert erhöhte Thoraxwandlast, z. B. bei Adipositas.
- Hält transpulmonalen Druck am Ende der Exspiration leicht positiv.
- Verhindert dorsalen Kollaps in abhängigen Lungenarealen.

Einfluss auf die Atemarbeit
- Reduziert inspiratorische Arbeit bei spontaner Atmung.
- Kann intrinsischen PEEP (Auto-PEEP) ausgleichen, z. B. bei COPD.
- Beeinflusst Atemmuster und expiratorische Muskelaktivität.



Hämodynamische Effekte
- Reduziert venösen Rückstrom → geringere rechtsventrikuläre Vorlast.
- Senkt linksventrikuläre Nachlast durch erhöhten intrathorakalen Druck.
- Verändert pulmonalen Gefäßwiderstand (U-förmige Beziehung).
- Beeinflusst das Herzzeitvolumen.
- Kann Weaning beeinflussen (positiv oder negativ).
- Beeinflusst Hirndruck.

Systemische Effekte
- Beeinflusst die Perfusion von Organen (z. B. Gehirn, Leber, Niere).
- Beeinflusst die Balance zwischen pulmonalem und systemischem Blutfluss.

Erstellt durch: Nydahl, Jan 2026, Quelle: Menga, L., Docci, M. & Brochard, L. Intrathoracic effects of PEEP: beyond oxygenation. Intensive Care Med (2026). https://doi.org/10.1007/s00134-025-08275-4

Missed Nursing Care

Missed Nursing Care beschreibt Pflegehandlungen, die im Pflegealltag nicht oder verspätet durchgeführt werden. Sie entsteht nicht durch individuelles Versagen, sondern durch systemischen Druck in vielen Bereichen der Pflege mit Folgen für Patient:innen (Sicherheit, Vertrauen), Personal (Erschöpfung, Konflikte) und den Betrieb (Abwanderung).

- Hohe Arbeitslast, Personalmangel und Zeitdruck zwingen zu Priorisierungen.
- Pflegende sichern lebenswichtige Maßnahmen zuerst.
- Basis- und psychosoziale Pflege wird häufig ausgelassen (z. B. Lagerung, Mundpflege, Gespräche).
- Missed Nursing Care führt zu Risiken für Patient:innen und moralischer Belastung für Pflegende.
- Organisationsfokus sollte auf Systemverbesserung liegen, nicht auf Schuldzuweisung.



Fazit: Weniger Missed Nursing Care braucht bessere Strukturen, nicht mehr Kontrolle.

Erstellt durch: Nydahl, Jan 2026, Quelle: Fan et al. Systemic Pressures and Nurse Decision- Making in ICU Missed Nursing Care: A Meta- Synthesis. Nursing in Critical Care 2026

Überlastung in Notaufnahmen

Überlastung von Notaufnahmen ist ein globales, persistentes Problem.

- **Hauptursachen** liegen im Zusammenspiel von hohem Patient:innenzufluss, ineffizienten internen Abläufen und vor allem fehlender Weiterverlegung auf Stationen (ED-Boarding).

- **Folgen** sind erhöhte Mortalität, verzögerte Diagnostik und Therapie, längere Krankenhausverweildauern, mehr Behandlungsabbrüche sowie schlechtere Patientenerfahrungen.

- **Lösungsansätze** sind systemweite Maßnahmen wie
  - aktives Bettenmanagement
  - frühzeitige Entlassungen
  - strukturierte Aufnahmepfade
  - bessere Verzahnung von Notaufnahme, stationärem Bereich und ambulanter Versorgung.



Erstellt durch: Nydahl, Jan 2026, Quelle: Oskvarek et al. Emergency Medicine Practice and Administration, Public Health & Policy. CEEM, DOI: https://doi.org/10.15441/ceem.25.172

Warum ist Sedierung schwer zu verändern?

Sedierung ist zentral in der Intensivtherapie, wird aber häufig nicht als aktives, zielgerichtetes Therapiekonzept verstanden. Das führt zu Über-Sedierung, Delirrisiko und verzögerter Erholung.

Zentrale Barrieren

- Sedierung gilt oft als Hintergrundmaßnahme statt klinisches Ziel.
- Die Intensivkultur begünstigt gewohnte Standards statt Individualisierung.
- Sicherheitsdenken und Personalmangel fördern tiefe Sedierung.
- Sedierungsausbildung ist unstrukturiert und praxisarm.
- Hohe Arbeitslast verdrängt Sedierung im Alltag.

Lösungsansätze

- Sedierung als zielgerichtete Therapie klar definieren (z. B. RASS-Ziele und die Rate an täglichen Screenings).
- Strukturierte, interprofessionelle Sedierungsschulungen etablieren.
- Führung und Vorbildfunktion durch erfahrene Mitarbeitende stärken.
- Sedierung fest in Visiten, Pflegeplanung und Kommunikation integrieren.
- Kulturwandel: Wachheit der Patient:innen und erreichte Sedierungsziele als Qualitätsmerkmale verankern.

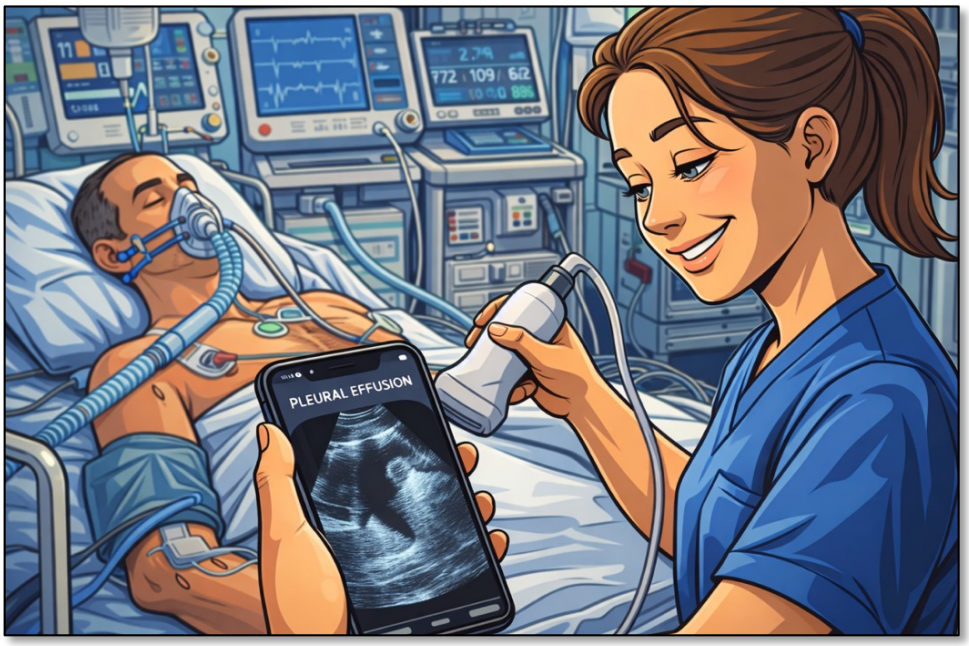
Nachhaltige Verbesserung gelingt nur durch Bildung, Führung und Kulturarbeit.

Erstellt durch: Nydahl, Jan 2026, Quelle: Richards ND, Bekker HL, Howell SJ. Barriers to Changing Sedation Practice for Patients Undergoing Mechanical Ventilation on the Intensive Care Unit: A Qualitative Interview Study of Clinical Staff. Nurs Crit Care. 2026 Jan;31(1):e70348. doi: 10.1111/nicc.70348.

Ultraschall durch Physiotherapeut:innen*

Warum sollten Physiotherapeut:innen auf Intensivstationen Lungenultraschall nutzen?

- Der bettseitige Ultraschall (POCUS) der Lungen ist ein leistungsfähiges, direktes Bedside-Tool für die Atemtherapie auf Intensivstationen.
- Er verbessert die Diagnostik und ermöglicht gezieltere physiotherapeutische Entscheidungen.
- Hohe diagnostische Genauigkeit bei Atelektasen, Ergüssen und Konsolidierungen – besser als Röntgen.
- Echtzeit-Beurteilung unterstützt Lagerung, Sekretmanagement und Rekrutierungsmaßnahmen.
- Veränderungen der Therapie in bis zu 48 % der Fälle nach POCUS-Integration.
- Strahlenfrei, wiederholbar und unmittelbar verfügbar.



*Könnte dies für Pflegefachpersonen, Atmungstherapeut:innen und andere genauso gelten?

Erstellt durch: Nydahl, Jan 2026, Quelle: Aguilera J, Lockstone J, Ntoumenopoulos G. Why Lung Ultrasound Should Be Adopted by Intensive Care Physiotherapists: Global Lessons and Pragmatic Pathways. Physiother Res Int. 2026 Jan;31(1):e70165.

Sichere Lagekontrolle nasogastraler Ernährungssonden

Die Anlage nasogastraler Ernährungssonden ist Routine, birgt jedoch relevante Risiken. Die Auskultation („Blubbern") ist unzuverlässig. Eine risikoadaptierte Lagekontrolle verhindert Fehlplatzierungen und lebensbedrohliche Komplikationen.

Risikostratifizierung:

Geringes Risiko: Patient:in wach, kommunikationsfähig, kooperativ, erhaltene Wahrnehmung und Schutzreflexe, sichere Eigenrückmeldung
→ pH-Messung < 5,5 meist ausreichend.

Moderates Risiko: z. B. eingeschränktes Bewusstsein, fehlende Schutzreflexe, Sedierung, wiederholtes Husten, Beatmung
→ Kombination von mindestens zwei Methoden (pH, Sonographie, CO_2).

Erhöhtes Risiko: z. B. Gesichts-/Schädelfrakturen, nach nasalen OPs, anatomische Besonderheiten
→ Anlage nur unter Sicht und endoskopisch.

Bei Unsicherheit bleibt das Thorax-Röntgen Goldstandard.

Verlaufskontrolle: vor jeder Bolusgabe enteraler Ernährung, nach Unterbrechungen der enteralen Ernährung, vor Medikamentengaben über die Sonde, mindestens 1× täglich bei kontinuierlicher Ernährung, bei klinischen Auffälligkeiten wie Husten, Atemnot oder Lageveränderung der Sonde.
→ pH <5,5 und Mundinspektion ohne aufgerollte NES und äußere, sichtbare Länge der NES unverändert und keine Symptome (wiederholtes Husten, Infektionszeichen)

Algorithmus in Publikation unten

Erstellt durch: Nydahl, Jan 2026, Quelle: Nydahl P, Boenisch O, Krotsetis S, Krüger L, Streibert F. Handlungsalgorithmus: Anlagekontrolle nasogastraler Ernährungssonden. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2026 Jan 14.. doi: 10.1007/s00063-025-01403-4.