Reha bei Patient:innen mit palliativer Versorgung?

Multidisziplinäre palliative Rehabilitation unterstützt Patient:innen mit fortgeschrittener Erkrankung. Sie verbessert nachweislich die Lebensqualität und kann Krankenhausaufenthalte verkürzen.

- Umfasst Physio-, Ergo- und psychosoziale Maßnahmen (z. B. Mobilisation, Atemtraining)
- Wirksam über verschiedene Erkrankungen hinweg (Krebs, Herzinsuffizienz, Lungenerkrankungen)
- Zeigt kleine, aber signifikante Verbesserungen der Lebensqualität
- Reduziert Krankenhausverweildauer um ca. 2 Tage
- Keine höheren Kosten als Standardversorgung

Fazit: Palliative Rehabilitation ist ein wirksamer, integraler Bestandteil moderner Palliativversorgung



Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Abb. durch ChatGPT 5.3 mit open access Quellen generiert, Quellen: Pryde K, Lakhani A, William L, Dennett A. Palliative rehabilitation and quality of life: systematic review and meta-analysis. BMJ Support Palliat Care. 2024 Oct 18:spcare-2024-004972. doi: 10.1136/spcare-2024-004972.

Warten

Warten gehört zu den prägendsten Erfahrungen von Angehörigen auf der Intensivstation. Das Warten ist emotional belastend und beeinflusst Angst, Hoffnung und Vertrauen in die Versorgung.



- Warten ist subjektiv: „*For us it felt like forever*“ – Zeit wird individuell erlebt.
- Angehörige warten vor allem auf **Informationen** und Zeichen der Besserung.
- Fehlende Informationen verstärken Stress: „*Waiting without anything at all would be really anxiety-inducing*“
- Warten ist aktiv: Angehörige entwickeln Strategien wie Lesen, Arbeiten oder Gespräche.

Warten auf der Intensivstation ist kein passiver Zustand, sondern ein emotionaler Prozess, der gezielte Unterstützung durch das Behandlungsteam erfordert.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Abb. durch ChatGPT 5.3 mit open access Quellen generiert, Quellen :Anne R, Virginie S, Thomas D, Jean-Jacques C, Frédéric P, Elie A, Nancy KB. Negotiating Time and Spaces: Family Experience of Waiting in the Intensive Care Unit. Nurs Crit Care. 2026 May;31(3):e70451

Angst

Angst bei Intensivpatient:innen ist ein komplexes Phänomen, sollte regelmäßig mit einer VRS/NRS erfasst und kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, u.a. auch durch Medikamente. Bei neu auftretender Angst sollten auch Nebenwirkungen von Medikamenten berücksichtigt werden. Hierzu gehören u.a.

- **Katecholamine** (z. B. Noradrenalin): können Unruhe und „Fight-or-flight"-Gefühle auslösen
- **Kortikosteroide**: häufig Angst, Schlaflosigkeit oder Stimmungsschwankungen
- **Benzodiazepine**: paradoxe Reaktionen mit Agitation und Angst möglich
- **Ketamin**: kann Albträume und dysphorische Angstzustände verursachen

Angst ist oft multifaktoriell – Medikamente sollten immer mitgedacht werden. Dabei sollten vorbestehende Angststörungen berücksichtigt werden, ca. 8-15% der Erwachsenen in Deutschland sind davon betroffen!



Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Abb. durch ChatGPT 5.3 mit open access Quellen generiert, Quellen: Mertes H, Sawada SG, Ryan T, Segar DS, Kovacs R, Foltz J, Feigenbaum H. Symptoms, adverse effects, and complications associated with dobutamine stress echocardiography. Experience in 1118 patients. Circulation. 1993 Jul;88(1):15-9

Angehörige am Lebensende auf Intensivstation

Der Verlust eines nahestehenden Menschen auf der Intensivstation ist eine hochbelastende Erfahrung. Für Angehörige sind Kommunikation und emotionale Unterstützung entscheidend für die Bewältigung.

- Angst und Unsicherheit prägen die Situation; einfühlsame Ansprache schafft Halt.
- Informationen werden oft nicht vollständig verstanden – Wiederholung und einfache Sprache helfen.
- Das Nahen des Todes wird häufig erst spät realisiert; klare Kommunikation ist essenziell.
- Sorgen über mögliches Leiden des Patienten bleiben bestehen – Aufklärung schafft Entlastung.
- Abschiednehmen (z. B. Nähe, Rituale) unterstützt Trauerverarbeitung.

Gute Begleitung durch das Team fördert Vertrauen, Würde und Abschied.



Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Abb. durch ChatGPT 5.3 mit open access Quellen generiert, Quellen: Palmryd L, Alvariza A, Rejnö Å, Godskesen T. Losing a close person to death in ICU: A thematic analysis of bereaved family members' experiences of end-of-life care. Intensive Crit Care Nurs. 2026 Jun;94:104359. doi: 10.1016/j.iccn.2026.104359

Personenzentrierte Versorgung

Patient:innen wurden meistens nicht als Patient:innen geboren. Sie bringen Lebenserfahrung, eigene Werte, Empfindungen und soziale Bindungen mit. Bei Patient:innen mit längerer Verweildauer können folgende Fragen auf Whiteboards, Tablets, el. Bilderrahmen oder in der EDV helfen, eine personenzentrierte Versorgung umzusetzen:

👤 Was müssen wir über Sie als Person wissen, um Sie bestmöglich zu versorgen?

z.B. Beruf, Hobbys, Lebensstil, Werte

🤝 Was würde Ihnen jetzt helfen?

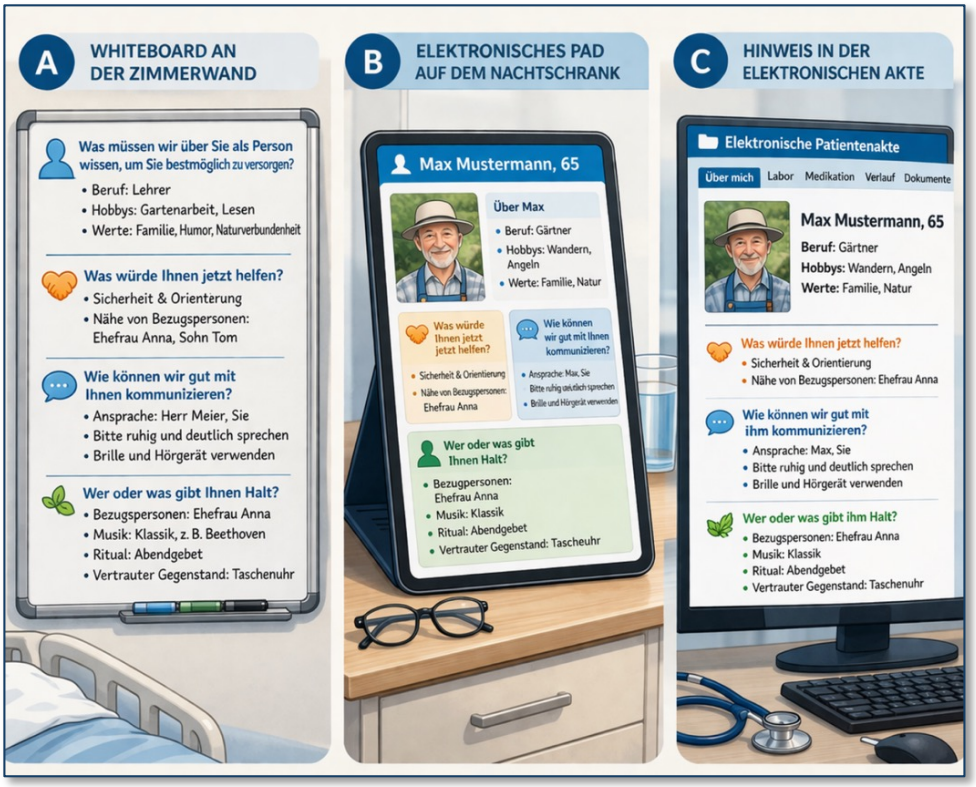
z.B. Sicherheit & Orientierung, Nähe von Bezugspersonen

💬 Wie können wir gut mit Ihnen kommunizieren?

z.B. Ansprache (Name, Sie/Du), Seh- und Hörhilfen, Sprache

🌿 Wer oder was gibt Ihnen Halt?

z.B. Bezugspersonen, Musik, Rituale, Spiritualität, vertraute Gegenstände



Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, März 2026, Quelle: Moon JY, Tanzy N, Schwartz N, Barwise A, Karnatovskaia L, Gajic O, Ahmad S. Overcoming challenges with implementing the Get-To-Know-Me Board to humanize ICU care: a quality improvement project. Front Med (Lausanne). 2026 Feb 26;13:1777312

Wohlbefinden erfassen

Ein Team aus Frankreich hat in Zusammenarbeit mit ehemaligen Patient:innen eine Skala entwickelt, mit der das Wohlbefinden von Patient:innen –auch unter Beatmung- erfasst werden kann. Sobald eine Antwort nicht optimal ist, können weitere Fragen und entsprechende Maßnahmen gestartet werden. Die Skala kann einmal pro Schicht erhoben werden, sie ist allerdings noch nicht im Deutschen validiert worden.

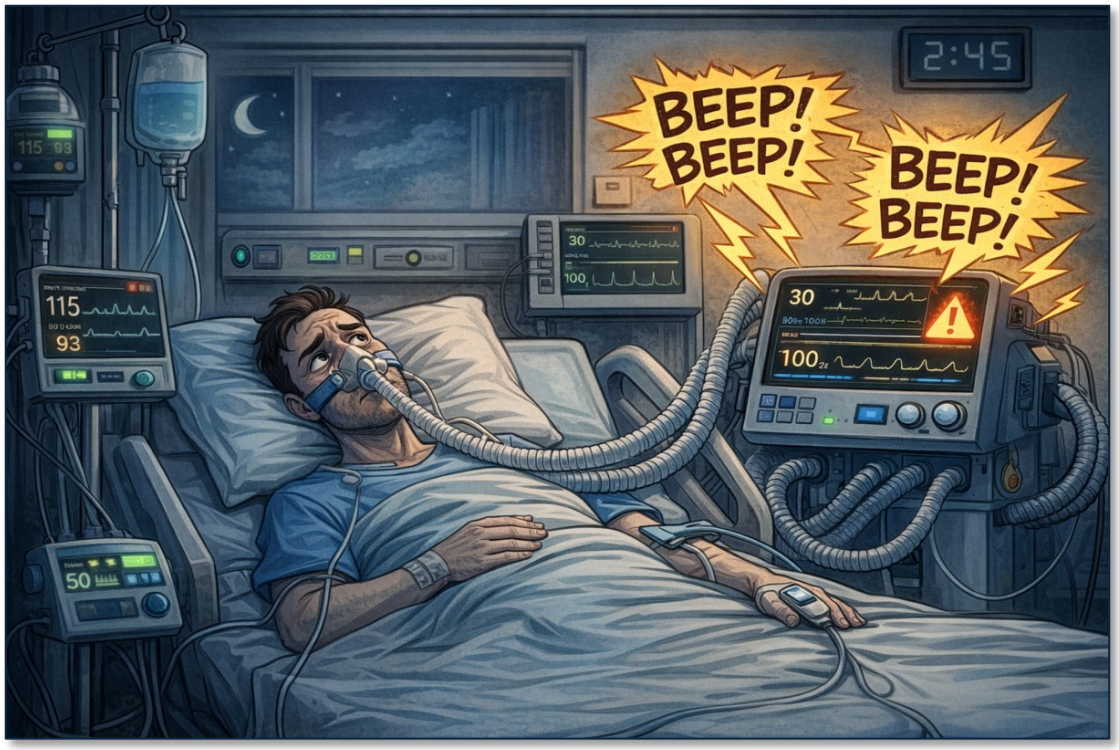
Ich werde Ihnen nun vier Aussagen zeigen, die sich darauf beziehen, wie Sie sich im Moment fühlen.
Zu jeder Aussage gibt es vier mögliche Antworten. Ich werde Ihnen jede Aussage zusammen mit den Antwortmöglichkeiten nacheinander vorlesen. Anschließend lese ich Ihnen die Antwortmöglichkeiten erneut vor, sodass Sie Ihre Antwort durch eine Bewegung Ihrer Hand oder Ihres Kopfes geben können.

Ich fühle ...				
Ich fühle mich **wohl**	 Sehr wohl	 wohl	 etwas wohl	 Gar nicht wohl
Ich fühle mich **sicher**	 Sehr sicher	 sicher	 etwas sicher	 Gar nicht sicher
Ich fühle mich gut **informiert**	 Sehr gut informiert	 Gut informiert	 etwas informiert	 Gar nicht gut informiert
Ich fühle **Vertrauen**	 Sehr viel Vertrauen	 Viel Vertrauen	 Etwas Vertrauen	 gar kein Vertrauen

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Abb. durch ChatGPT 5.3 mit open access Quellen generiert, Quellen: Bodet-Contentin L, Lecompte H, Lociciro A, Kentish Barnes N, Messet H, Bouaoud M, Cibron J, Chudeau N, Barbier F, Haubertin C, Poiroux L, Sautenet B, El Hage W, Le Gouge A, Leger J, Hardouin JB, Ehrmann S. Well-being and sense of security of intubated patients in intensive care units: a patient co-constructed dedicated scale. Crit Care. 2026 Mar 7;30(1):113. doi: 10.1186/s13054-026-05923-z

Schlaf & Beatmung

Schlaf ist bei beatmeten Intensivpatient:innen stark gestört. Schlechter Schlaf erhöht u. a. das Delirrisiko und beeinträchtigt die Erholung.



- Passe Beatmung an den Schlaf an: Schlaf verändert Atemantrieb und Muskelarbeit.
- Vermeide Überassistenz: zu viel Unterstützung → zentrale Apnoen und Fragmentierung.
- Vermeide Unterassistenz: zu wenig Unterstützung → Atemarbeit ↑ und Aufwachen.
- Achte auf Synchronität: Asynchronien verschlechtern Schlafqualität.
- Nutze klinische Zeichen: hohe AF = Unterassistenz, Apnoen = Überassistenz.

Gezielte Beatmungseinstellungen können Schlaf und Outcomes verbessern

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Abb. durch ChatGPT 5.3 mit open access Quellen generiert, Quellen: Fuentes AL, Owens RL. Patient-Ventilator Interaction During Sleep. Respir Care. 2026 Mar 28:19433654261428093. doi: 10.1177/19433654261428093

KI-Chatbot für Angehörige auf der Intensivstation?

Angehörige stellen viele Fragen im Intensivbereich, die zum Teilzeitraubend sein können. Digitale Lösungen können die Kommunikation unterstützen und eine Win-Win-Situation für alle darstellen. Hunter aus den USA führten auf einer pädiatrischen Intensivstation eine Machbarkeitsstudie durch:

- 14 Eltern nahmen teil (87,5 % Rekrutierung).
- Chatbot basierte auf GPT-4o und nutzte patienten-spezifische Daten aus der elektronischen Patientenakte.
- Kommunikation in interaktiven 10-Minuten-Fragesitzungen.
- Im Median stellen Eltern 6 Fragen pro Nutzung (Spanne 3–13), deren Zufriedenheit lag bei 96%
- Der Chatbot gab in 99,3% korrekte Antworten und erhielt hohe Bewertung durch Behandelnde.

Die Machbarkeit und Akzeptanz eines KI-Chatbots im Intensivbereich erscheint hoch. Aber wollen wir das?



Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Abb. durch ChatGPT 5.3 mit open access Quellen generiert, Quellen: Hunter RB, Thammasitboon S, Rahman S, Kakarla S, Petersen P, Kumar S, Rappold T, Mehta S. Feasibility of a Large Language Model Chatbot to Support Parental Understanding in the PICU. Crit Care Explor. 2026 Mar 20;8(4):e1378

Geriatrische Intensivmedizin neu denken

Hochaltrige Patient:innen benötigen angepasste Intensivversorgung. Frailty bestimmt Prognose stärker als das Alter allein.

Checkliste für die Visite:

- **Frailty früh erfassen**: sind Clinical Frailty Scale und Alltagsfunktion erfasst und bekannt?
- **Ist das Therapieziel klar?** Patientenwille bekannt? Time-Limited-Trial aktiv? Reviewtermin bekannt?
- **Delir aktiv verhindern**: Screening, Schlafschutz, Sinneshilfen einsetzen,
- **Leichte Sedierung** erreicht? Weaningplan vorhanden?
- **Heutige Mobilisierungsstufe?** Früh mobilisieren: z. B. Bettkante, Stehen, Transfer täglich prüfen.
- **Medikation** kritisch steuern: Polypharmazie und delirogene Substanzen reduzieren. Empfehlungen zum Absetzen auch nachfolgenden Stationen bekannt?
- **Proteine und Ernährung** angepasst?

Die Konsultation von Geriater:innen und Pharmazeut:innen reduziert Komplikationen.

Ziel ist eine funktionelle Erholung statt reiner Stabilisierung.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Quellen: Lemm H, Janusch M, Müller-Werdan U. Spezialisierte geriatrische Betreuung auf der Intensivstation: von Frailty zur funktionellen Prognose [Specialized geriatric care in intensive care units: from frailty to functional prognosis]. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2026 Apr 1. German. doi: 10.1007/s00063-026-01434-5

Implementierung

Das JBI Manual beschreibt 7 Schritte zur Implementierung von neuer Evidenz.

Zentrale Kernelemente

- **Kontextanalyse**
- **Facilitation** (Begleitung von Veränderung)
- **Evaluation** (Prozess & Outcome)

1. Identifikation des Praxisproblems
→ Auswahl eines relevanten Versorgungsthemas

2. Einbindung von Schlüsselpersonen
→ z. B. Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Leitung

3. Analyse des Kontextes und der Veränderungsbereitschaft
→ Barrieren, Ressourcen, Organisationskultur

4. Ist-Analyse mittels Audit
→ Wie gut entspricht die aktuelle Praxis der Evidenz?

5. Implementierung von Verbesserungsstrategien (GRiP)
→ gezielte Maßnahmen zur Überwindung von Barrieren

6. Re-Audit
→ Wurde die Praxis verbessert?

7. Nachhaltigkeit und Skalierung
→ Sicherung und ggf. Ausweitung der Veränderungen

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Quellen: Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI, 2020. Available from: .https://implementationmanual.jbi.global https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01