Obstipation bei ICU-Patient:innen

Obstipation ist ein Symptom und keine Diagnose. Die Patient:innen verstehen unter Obstipation jedoch oft eine qualitative Beeinträchtigung der Defäkation.

Ursachen:
Medikamente (Opiate, Katecholamine, Diuretika usw.), Elektrolytentgleisungen, Psychosozial, Stress
Ernährungsbedingt, Flüssigkeitsmangel usw.

Arten von Laxantien:

1. Osmotisch (Macrogol, Lactulose, Kontrastmittel, Riziniusöl usw)
2. Stimulierend (Bisacodyl, Natriumpiccosulfat usw)
3. Prokinetisch (MCP, Neostigmin, Erythromycin usw)
4. PAMORA (Rellistor, Naloxon, Naloxegol, Naldemedin)
5. Andere (Suppositorien, Klistier, Einläufe)

Wenn Patient:innen eine Opioid Therapie erhalten, sollte man direkt **mit osmotischen Laxantien parallel** anfangen.

Reihenfolge
Stufe 1: osmotische Laxans **oder** stimulierende Laxans
Stufe 2: osmotische Laxans **plus** stimulierende Laxans
Stufe 3: Stufe 2 + μ-Opioidantagonist(PAMORA)
Stufe 4: Stufe 3 + weitere Medikamente als Therapieversuch (z. B. Neostigmin, Erythromycin, Rizinusöl, Klistier, Zäpchen)

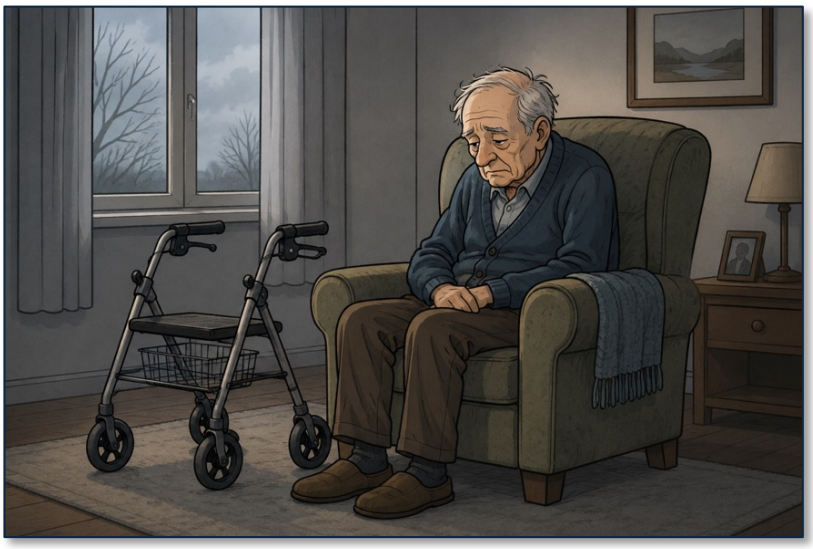
Sehr wichtig sind auch die nicht medikamentöse Maßnahmen wie z.b Mobilisation, Flüssigkeitbilanz, Ernährung usw.

Erstellt durch: M. Toska, 06.05.2026. Quelle: S3-Leitilinie (DGP, 2025), S2K-Leitlinie (DGVS & DGNM, 2021), S3-Leitlinie (DGVS & DGNM, 2021), Hammer, H. F. (2008). Das Symptom Obstipation.

Soziale Gebrechlichkeit

Gebrechlichkeit wird üblicherweise verwendet, um die körperliche Funktionalität zu beschreiben. Sie kann bereits vor Aufnahme bestehen, zB. „Rollator-mobil", aber auch nach kritischer Erkrankung entstehen oder sich verschlechtern. Es wurden auch Konzepte zur kognitiven (zB. nach Delir) und sozialen Gebrechlichkeit entwickelt. Soziale Gebrechlichkeit beeinflusst die Erholung nach kritischer Erkrankung. Neben körperlichen Folgen können auch soziale Belastungen die Genesung nach Sepsis erschweren.

- Finanzielle Sorgen durch Arbeitsausfall oder Pflegebedarf erhöhen Stress.
- Soziale Isolation entsteht durch Angst, Fatigue oder fehlende Mobilität.
- Hohe „Belastung durch Behandlungen" belastet Betroffene und Angehörige zusätzlich.
- Veränderungen in Familienrollen können Beziehungen und Selbstbild beeinflussen.
- Körperliche und soziale Gebrechlichkeit verstärken sich gegenseitig.



Soziale Unterstützung und koordinierte Nachsorge sind wichtige Bestandteile der Sepsisrehabilitation.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026,. Quellen: McPeake J, Hamilton C, Boehm LM, Toth KM, Hartley P. Characterization of social frailty in survivors of sepsis: a multicenter qualitative investigation. Ann Am Thorac Soc. 2026 Apr 1;23(4):575-583.

BLUTDRUCKMANAGEMENT BEI AKUTEM SCHLAGANFALL

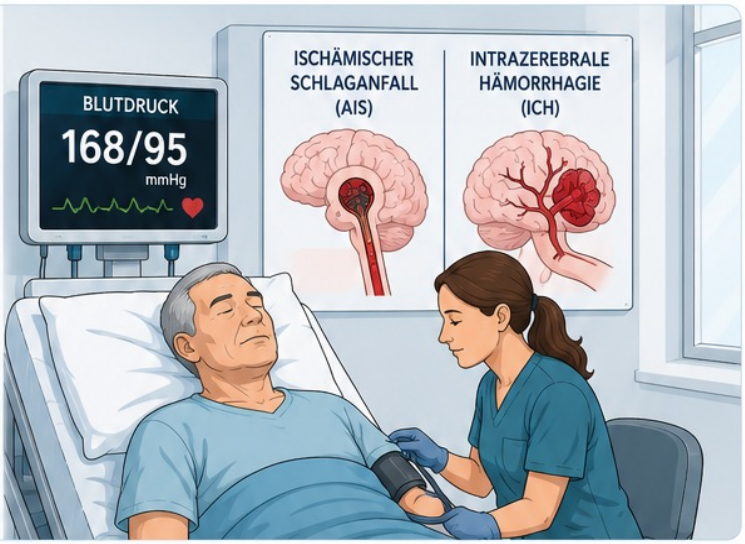
ESO-Leitlinie 2025 Update | Evidenzbasierte Empfehlungen für AIS & ICH

1 WORUM GING ES?

Wie sollte Blutdruck in der Akutphase eines Schlaganfalls gesteuert werden?

Neue Evidenz zu ischämischem Schlaganfall (AIS) und Hirnblutung (ICH).

Ziel: sichere Blutdruckziele nach Reperfusion und bei ICH.



2 ZENTRALE ERGEBNISSE

Keine routinemäßige präklinische **Blutdrucksenkung** empfohlen.	—	Evidenz (Moderat)
Vor intravenöser Lyse: Blutdruckziel unter	**<185/110 mmHg**	Evidenz (Gering)
Während und für 24 h nach Lyse und/oder Thrombektomie: Blutdruckziel unter	**<180/105 mmHg**	Evidenz (Moderat)
Nach erfolgreicher Thrombektomie: systolisch nicht senken unter	**<140 mmHg**	Evidenz (Hoch)
Bei intrazerebraler Hämorrhagie (ICH): frühe Senkung auf etwa	**<140 mmHg**	Expertenkonsens (Evidenz unsicher)

3 KONSEQUENZ FÜR DIE PRAXIS

- **Blutdruck individuell steuern**
- **Übertherapie vermeiden**
- **Reperfusionsstatus berücksichtigen**

TAKE-HOME-MESSAGE: Beim akuten Schlaganfall gibt es kein einheitliches Blutdruckziel – entscheidend sind Schlaganfalltyp und Reperfusion.

Quelle: Sandset EC et al. European Stroke Journal. 2026.
DOI: 10.1093/esj/aakag004

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, April 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

HYPOKAPNIE BEI AKUTER HIRNVERLETZUNG

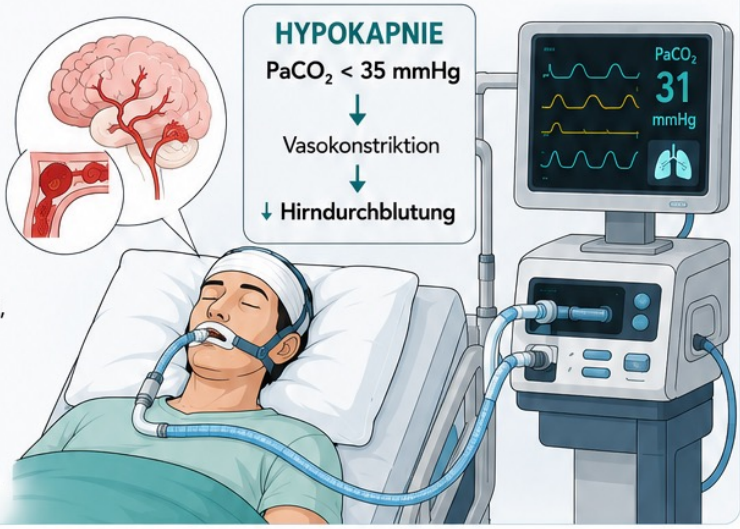
Meta-Analyse mit 37 Studien und >51.000 Patient:innen

1 WORUM GING ES?

CO_2 ist ein zentraler Regulator der Hirndurchblutung. Hypokapnie kann diese reduzieren.

Eingeschlossen: Erwachsene mit **akuter Hirnverletzung** (z. B. TBI, SAB, ICH, ischämischer Schlaganfall, Reanimation u. a.).

Fragestellung: Ist Hypokapnie ($PaCO_2$ < 35 mmHg) mit höherer Sterblichkeit und schlechterem neurologischem Outcome assoziiert?



2 ZENTRALE ERGEBNISSE

Gesamtergebnis

Hypokapnie war assoziiert mit

29% ↑

höheren Odds für Sterblichkeit

(OR 1,29; 95% CI 1,12–1,48)

Schlechtes neurologisches Outcome war assoziiert mit

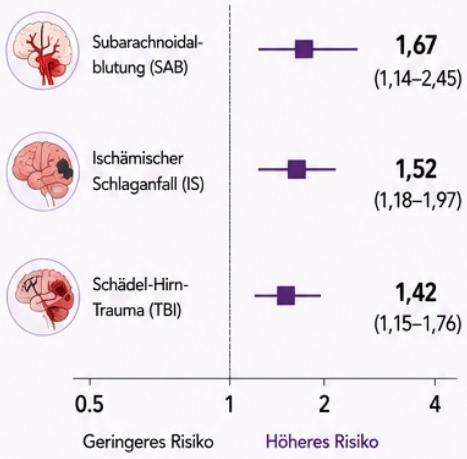
2-fach ↑

höheren Odds

(OR 2,11; 95% CI 1,53–2,92)

Nach Diagnosen – Mortalität

(OR mit 95% CI)



Weitere Erkenntnisse

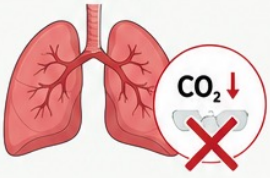
- Assoziationen blieben in Sensitivitäts-, Subgruppen- und Meta-Regressionen robust.
- Mehrere Patient:innengruppen und Studienqualitäten einbezogen (27 Studien für Mortalität; 13 für neurologische Outcomes).
- Beobachtende Studien – Kausalität kann nicht belegt werden.

3 KONSEQUENZ FÜR DIE PRAXIS

$PaCO_2$ engmaschig überwachen



Tiefe Hyperventilation vermeiden



$PaCO_2$ individualisiert steuern



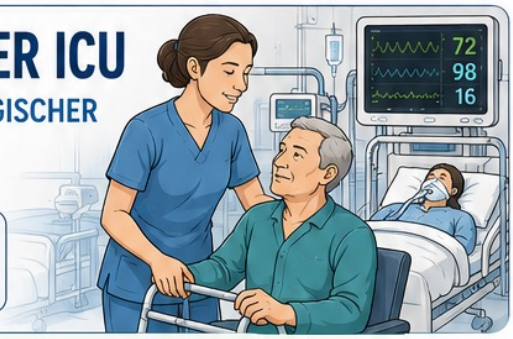
TAKE-HOME-MESSAGE: Anhaltende Hypokapnie bei akuter Hirnverletzung könnte mit schlechteren Outcomes assoziiert sein.

Quelle: Romero-García N, Robba C, Ruiz-Pacheco A et al. Association of mortality and neurological outcomes with hypocapnia in adult patients with acute brain injury: an updated meta-analysis. Critical Care. 2026. https://doi.org/10.1186/s13054-026-06058-x

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, Mai 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

FUNKTIONELLE MOBILITÄT AUF DER ICU

VERLAUFSUNTERSCHEIDE ZWISCHEN NEURO-, CHIRURGISCHER UND MEDIZINISCHER INTENSIVSTATION



KERNBOTSCHAFT

Patient:innen zeigen je nach ICU-Typ unterschiedliche Ausgangswerte und Verläufe der Mobilität – das beeinflusst Outcomes und Rehabilitation.

1 STUDIENDESIGN

- Prospektive beobachtende Kohortenstudie
- Drei ICUs mit unterschiedlichem Patient:innenkollektiv
- Tägliche Bewertung der Mobilität mit dem Perme ICU Mobility Score bis zur Entlassung oder Tag 28 auf der ICU



2 STUDIENPOPULATION

NEURO-ICU
(Neuro-Trauma)



n = 63

- Schwere neurologische Erkrankungen
- Geringste Mobilität bei Aufnahme

CHIRURGISCHE ICU



n = 66

- Postoperative Patient:innen
- Höchste Mobilität bei Aufnahme
- Niedrigste Sterblichkeit

MEDIZINISCHE ICU



n = 43

- Heterogene internistische Erkrankungen
- Stärkste Schwankungen der Mobilität

HÄUFIGSTE DIAGNOSEN


Herzinsuffizienz

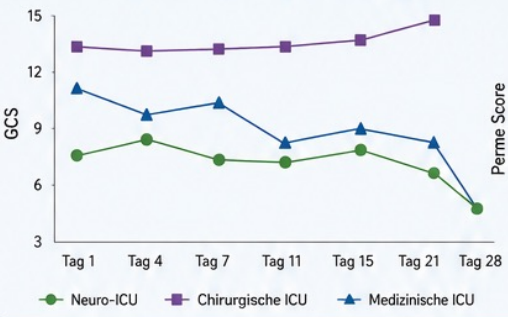

Thoraxchirurgie


Sepsis

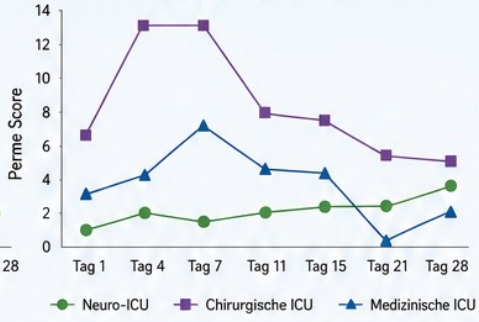

Schlaganfall

3 VERLAUF DER MOBILITÄT ÜBER 28 TAGE

BEWUSSTSEIN (GLASGOW COMA SCALE)



MOBILITÄT (PERME SCORE)




Chirurgische ICU: höchste Mobilität bei Aufnahme


Medizinische ICU: Mobilitätsspitze an Tag 7, Tiefpunkt an Tag 11


Neuro-ICU: langsamste Erholung, größte Verbesserung erst an Tag 28

4 ZUSAMMENHÄNGE



HÖHERER GCS → **HÖHERE MOBILITÄT**

(an allen Beobachtungstagen)



LÄNGERE BEATMUNGSDAUER (VAP) → **NIEDRIGERE MOBILITÄT**



LÄNGERER ICU-AUFENTHALT UND HOSPITALISIERUNG → **NIEDRIGERE MOBILITÄT**

5 WICHTIGE ERKENNTNISSE


Unterschiedliche Ausgangsniveaus und Verläufe der Mobilität je nach ICU-Typ.


Mobilitätsverlauf beeinflusst durch Krankheitsschwere und klinische Komplexität.


Der Perme Score berücksichtigt auch Umgebungsfaktoren und Barrieren.


Tägliche Mobilitätsbewertung ermöglicht zielgerichtete und sichere Mobilisationsstrategien.

PERME ICU MOBILITY SCORE

0–32 Punkte
15 Items in 7 Kategorien:


Mentale Verfassung


Schmerz


Barrieren (z. B. Geräte, Schläuche)


Muskelkraft


Mobilität im Bett


Transfers


Gehfähigkeit & Ausdauer

6 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS


Frühe Mobilitätsbewertung bei allen ICU-Patient:innen


Individuelle Mobilisationsziele nach ICU-Typ


Kontinuierliche, multidisziplinäre Mobilisationsstrategie


Bessere Outcomes: weniger Komplikationen, kürzerer ICU-Aufenthalt

FAZIT

Mobilität ist dynamisch und ICU-spezifisch.

Gezielte, frühzeitige und angepasste Mobilisation verbessert Funktion und Outcomes kritisch kranker Patient:innen.



Quelle: Pacheco EC, Vieira FN, Perme C, et al. Functional Mobility Trajectories Across ICU Settings: A Comparative Cohort Study of Neuro-Trauma, Surgical and Medical Critical Care Units. Nurs Crit Care. 2026,31:e70471. doi:10.1111/nicc.70471

VAP = beatmungsassoziierte Pneumonie

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, Mai 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

ICU DELIRIUM PATTERNS UND 30-TAGE-MORTALITÄT

Welche Muster erhöhen das Sterberisiko?

Prospektive Kohortenstudie
6 medizinische ICUs

Erwachsene ICU-Patient:innen
n = 253

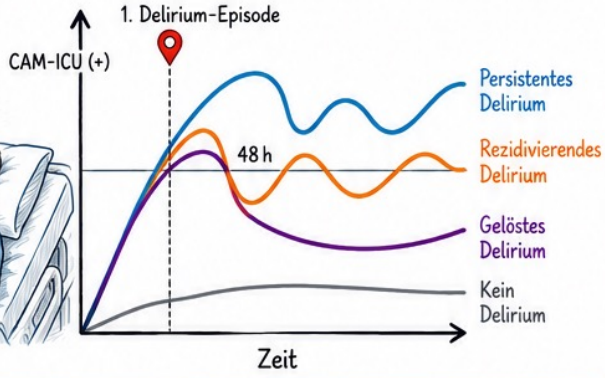
Delirium täglich bewertet
bis 14 Tage oder
bis ICU-Entlassung

1 WORUM GING ES?

- Delirium verläuft häufig fluktuierend
- Muster: kein, gelöst, rezidivierend, persistent
- Welche Muster sind mit Mortalität assoziiert?



Verlauf der Delirium-Muster



2 ZENTRALE ERGEBNISSE

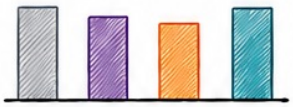
Vier Delirium-Muster (n = 253)

Kein Delirium	37,5 %	(n=95)
Gelöstes Delirium	17,4 %	(n=44)
Rezidivierendes Delirium	11,5 %	(n=29)
Persistentes Delirium	33,6 %	(n=85)

ICU-MORTALITÄT



Kein signifikanter Unterschied zwischen den Mustern



30-TAGE-MORTALITÄT



- Persistentes Delirium höheres Sterberisiko **2,99x**
- Rezidivierendes Delirium höheres Sterberisiko **2,68x**

Gelöstes Delirium: ähnlich wie kein Delirium

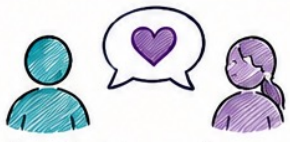
3 KONSEQUENZ FÜR DIE PRAXIS



Delirium früh erkennen



Delirium rasch behandeln



Risikopatient:innen mit rezidivierendem oder persistentem Delirium priorisieren

Rezidivierendes und persistentes Delirium im ICU sind mit höherer 30-Tage-Mortalität assoziiert.

Siao S-F, Ku S-C, Hsu A-S, et al. ICU Delirium Patterns and 30-Day Mortality in Critically Ill Adults. *Nurs Crit Care*. 2026;31:e70514. https://doi.org/10.1111/nicc.70514

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, Mai 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

Was Familien wollen, dass wir über ihre Liebsten im ICU wissen

Die Patient Dignity Question (PDQ) macht Personsein im ICU sichtbar.

Studiendesign:
Qualitative Studie

Stichprobe:
33 Angehörige von ICU-Patient:innen

Zentrale Frage (PDQ):
„Was müssen wir über Sie als Person wissen, um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu ermöglichen?"

1 WORUM GING ES?



Personsein ist entscheidend für würdevolle, person- und familienzentrierte ICU-Versorgung.

Familien kennen die Geschichte, Werte und Wünsche ihrer Liebsten.

PDQ hilft, diese Informationen einfach und strukturiert zu erfassen.

2 ZENTRALE ERGEBNISSE

33
PDQ-Interviews mit Angehörigen

- Wer der Mensch ist
- Was sein Leben geprägt hat
- Wie Krankheit erlebt wird
- Was Familien dem Team mitgeben möchten

PDQ liefert wertvolle Einblicke in Personsein und unterstützt eine Versorgung, die Werte, Wünsche und Identität des Menschen achtet.

3 KONSEQUENZ FÜR DIE PRAXIS

PDQ regelmäßig und frühzeitig stellen.



Informationen im Team teilen und in die Versorgung integrieren.



Personsein sichtbar machen.



PDQ ist ein einfacher Ansatz, um Personsein im ICU zu erfassen und eine würdevolle, person- und familienzentrierte Versorgung zu stärken.

Quelle: Gentile S, Mosienko L, Pankratz L, Olafson K, Pirzada S, Papineau K, et al. "I hope the staff read my mother's story and appreciate the life she lived" what families want ICU healthcare professionals to know about their loved one's. J Crit Care. 2026;94:155578. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2026.155578

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, Mai 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

SCHLAFSTÖRUNGEN IN DEUTSCHLAND 2024

RKI-PANEL • n = 27.038 ERWACHSENE

1 WORUM GING ES?

- Schlafprobleme im Alltag
- Wie häufig sind Ein- und Durchschlafstörungen?
- Erwachsene in Deutschland



2 ZENTRALE ERGEBNISSE

35 %

berichten Ein- und/oder Durchschlafstörungen

- **Frauen** häufiger betroffen
- **31,7 %** Durchschlafstörungen
- **16,3 %** Einschlafstörungen
- **Niedrige Bildung** = höheres Risiko

3 KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAXIS



- Nach Schlaf fragen und ernst nehmen
- Schlafprobleme früh erkennen
- Schlafstörungen können normal sein – nicht immer medikamentös behandeln



JEDER DRITTE ERWACHSENE BERICHTET RELEVANTE SCHLAFPROBLEME.

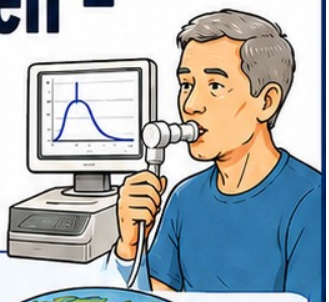
Quelle: Beyer AK, Yessimova D, Schlack R, Neuhauser H, Nübel J. J Health Monit. 2026;11:07. DOI: 10.25646/14227

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, Mai 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.



COPD verkürzt das Leben – auch ohne Rauchen

Globale Kohortenanalyse zur Lebenserwartung bei COPD



1. WORUM GING ES?

- Große globale Kohortenstudie
- COPD und Lebenserwartung verglichen
- Auch Nichtraucher:innen wurden betrachtet



2. ZENTRALE ERGEBNISSE

Je schwerer die COPD, desto mehr Lebensjahre gehen verloren.



Auch Nichtraucher:innen mit COPD verlieren Lebensjahre.

GOLD 1 (leicht)	GOLD 2 (mittel)	GOLD 3 (schwer)	GOLD 4 (sehr schwer)
1,3 JAHRE	2,6 JAHRE	4,3 JAHRE	7,0 JAHRE

zunehmende Schwere



Die Belastung ist vergleichbar mit Diabetes oder Hypertonie.

3. KONSEQUENZ FÜR DIE PRAXIS

- COPD früh erkennen
- Rauchstopp konsequent fördern
- Therapie und Exazerbationsprophylaxe optimieren



AKTIONSPLAN

- ☑ Inhalation
- ☑ Bewegung
- ☑ Impfung
- ☑ Exazerbationen vermeiden



FRÜHERKENNUNG UND KONSEQUENTE THERAPIE MACHEN DEN UNTERSCHIED.

Quelle: Halpin DMG et al. JAMA Intern Med. 2024;184(9):1057-1064. doi:10.1001/jamainternmed.2024.2724

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, Mai 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

TÄGLICHE SCHRITTE & GESUNDHEIT

Systematisches Review & Meta-Analyse mit 57 Studien und 35 Kohorten

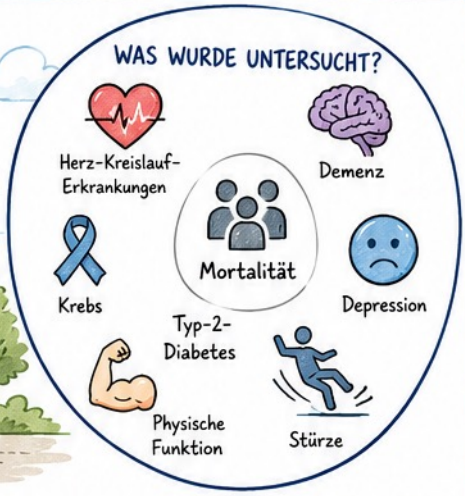
1 HINTERGRUND

Wie viele **Schritte** pro Tag sind gesundheitlich relevant?

Zusammenhang zwischen Schrittzahl und **Mortalität**, **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, **Demenz** und **Depression**.

Analyse **objektiv** gemessener täglicher Schritte.





2 EMPFEHLUNGEN

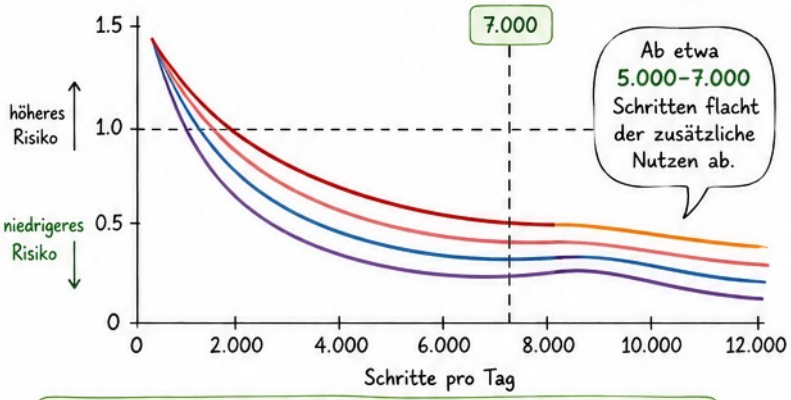
Bereits **7000 Schritte/Tag** waren mit deutlichen **Gesundheitsvorteilen** assoziiert.

Im Vergleich zu 2000 Schritten/Tag:

- **47%** geringere Gesamtsterblichkeit
- **38%** geringeres Demenzrisiko
- **22%** weniger depressive Symptome

Dosis-Wirkungs-Beziehung (beispielhaft)
Hazard Ratio (HR) – niedriger ist besser

Gesamtsterblichkeit | Herz-Kreislauf-Erkrankung (Inzidenz) | Demenz | Depressive Symptome



Weitere Schritte können zusätzliche Vorteile bringen – der Nutzen nimmt jedoch mit der Schrittzahl ab.

3 RELEVANZ



Bewegung niedrigschwellig fördern



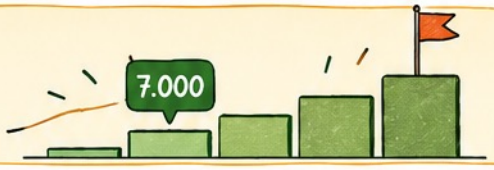
Schrittziele individuell anpassen



Schon moderate Aktivität zählt

TAKE-HOME-MESSAGE:

Schon **7000 Schritte** täglich könnten mit klinisch relevanten Gesundheitsvorteilen assoziiert sein.



Quelle: Ding D et al. The Lancet Public Health. 2025;10:e668–81.
DOI: 10.1016/S2468-2667(25)00164-1

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, Mai 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.