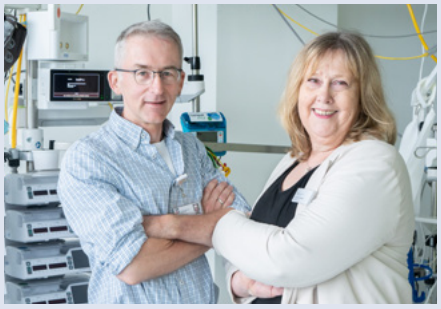
Newsletter-Intensiv

Für Euch gelesen



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Juli Newsletter geht es um Alarmmüdigkeit und deren Auswirkung auf das Team und Patientinnen und Patienten, um ein pflegerisches Maßnahmenprotokoll bei OP's am offenen Herzen, um Hitze und Early Warning Scores.

Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen", schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

Alarmmüdigkeit: eine Übersicht über Definitionen, Einflussfaktoren und Strategien zur Minderung

Alarmmüdigkeit oder Alarmfatigue gilt als erhebliches Risiko, sowohl für die Patientensicherheit als auch für das Wohlbefinden des medizinischem Fachpersonals. Allerdings ist dieses Phänomen noch wenig erforscht, was durch das Fehlen einer einheitlichen Definition noch erschwert wird. Die Übersichtsarbeit von Michels et al. (2025) zielt darauf ab,

1) eine einheitliche Definition vorzuschlagen;
2) Umsetzungsmethoden zu identifizieren;
3) Einflussfaktoren zusammenzufassen;
4) die Folgen zu untersuchen und
5) mögliche Strategien zur Verringerung der Alarmmüdigkeit zu skizzieren.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 32 Publikationen in die Arbeit einbezogen. Die Definitionen variierten, aber die meisten beschrieben Alarmmüdigkeit als ein Phänomen, bei dem eine wiederholte Exposition gegenüber häufigen oder nicht umsetzbaren Alarmen zu verzeichnen ist. In Folge kommt es zu einer sensorischen bzw. akustischen Überlastung, emotionaler Belastung, einer allmählichen Desensibilisierung oder verminderten Reaktionsfähigkeit, Kommunikationsstörungen, erhöhtem Stress, Schlafstörungen und Burnout bei medizinischem Fachpersonal, wodurch das Risiko verzögerter oder unzureichender Alarmreaktionen steigt und die Patientensicherheit beeinträchtigt wird. Für Patientinnen und Patienten bestehen mögliche direkte Konsequenzen in einer unterbrochenen oder gestörten Kommunikation und Schlafstörungen, in indirekter Folge ein mögliches Nicht- Erkennen von Signalen einer Instabilität welche schwerwiegenden Konsequenzen haben können. Laut Studienergebnissen waren Selbstauskunftsfragebögen und Beobachtungsmethoden die am häufigsten verwendeten Instrumente zur Feststellung einer Alarmmüdigkeit. Alarmüberbelastung, psychosoziale Arbeitsbedingungen und individuelle Faktoren gelten als Eigenschaften, die die Wahrscheinlichkeit von Alarmmüdigkeit erhöhen können. Zu den identifizierten Strategien zur Verringerung von Alarmmüdigkeit gehörten laut Literaturergebnissen, Schulungsprogramme, technische Verbesserungen (z.B. Anpassung der Alarme), Protokollanpassungen und umfassendere organisatorische Maßnahmen. (SK).

Quelle: Michels, E. A. M., Gilbert, S., Koval, I., & Wekenborg, M. K. (2025). Alarm fatigue in healthcare: a scoping review of definitions, influencing factors, and mitigation strategies. BMC nursing, 24(1), 1–13.

Die Wirkung eines Pflegeprotokolls für Patientinnen und Patienten bei einer Operation am offenen Herzen: Eine randomisierte kontrollierte Studie

Ziel dieser Studie von Dağcan & Gürol (2025) war es, die Wirkung eines entwickelten Pflegeprotokolls für Patientinnen und Patienten bei einer Operation am offenen Herzen auf Schmerzen nach einer Sternotomie, Angstzustände und die Qualität der Pflege zu untersuchen. Die Studie wurde als doppelblinde randomisierte kontrollierte

Studie durchgeführt. Die Stichprobengröße wurde mit insgesamt 68 Teilnehmenden errechnet, so das n= 34 in jeder Gruppe (Versuchs- und Kontrollgruppe) aufgenommen wurden. Die Daten wurden mithilfe eines „Patienteninformationsformulars", eines „Formulars zur Nachverfolgung von Schmerzen nach einer Sternotomie", der „Numerischen Bewertungsskala", des „State Anxiety Inventory" und des „Fragebogens zu strategischen und klinischen Qualitätsindikatoren im postoperativen Schmerzmanagement" erhoben. Die Patientinnen und Patienten in der Versuchsgruppe wurden gemäß dem in der Studie entwickelten Protokoll an den postoperativen Tagen 0, 1 und 2 versorgt. Das Studienprotokoll umfasste folgende Aspekte: Patientenaufnahme/Besuche, Tests, Patientenbeurteilung/diagnostische Verfahren, Verabreichung von Medikamenten, Schmerztherapie, Behandlung/klinische Verfahren, Patientenversorgung/pflegerische Maßnahmen, psychosoziale Unterstützung, Flüssigkeitszufuhr/Ernährung, Aktivität/Umgebungssicherheit, postoperative Information der Patientinnen und Patienten, Plan für die Weiterverlegung und Bewertung der weiteren pflegerischen Planung und Maßnahmen. Das schon bestehende Pflegeprotokoll der Intensivstation umfasste Maßnahmen wie die Patientenübernahme, Behandlungsmaßnahmen, die Bereitstellung von Pflege, die Durchführung von Maßnahmen, sowie die Verlegung von der Intensivstation.

In der Versuchsgruppe wurden die Patientinnen und Patienten einen Tag vor der Operation über die Operation am offenen Herzen und die folgende Schmerzbehandlung von den Fachpflegenden informiert. **Ergebnisse**: Die statistische Auswertung ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Durchschnittswerten der Versuchsgruppe ($p < 0{,}001$) und der Kontrollgruppe ($p < 0{,}05$) auf der Schmerzbewertungsskala. Es wurde festgestellt, dass die Anzahl der in der Versuchsgruppe verwendeten Analgetika statistisch signifikant geringer war als in der Kontrollgruppe. Im Gruppenvergleich zeigte sich, dass es einen Unterschied zwischen den mittleren Werten der Angstskala vor und nach dem Test in den Gruppen gab ($p < 0{,}001$). Die Versuchsgruppe hatte höhere mittlere Werte im Fragebogen zu strategischen und klinischen Qualitätsindikatoren in der postoperativen Schmerzbehandlung als die Kontrollgruppe ($p < 0{,}001$). Das in der Studie entwickelte Protokoll erwies sich als wirksam bei der Verringerung von Schmerzen, dem Einsatz von NSAIDs und Opioiden sowie des Angstniveaus und bei der Steigerung der Versorgungsqualität.

Relevanz für die klinische Praxis: Das Protokoll, das für Intensivpatientinnen und -patienten entwickelt wurde, die aufgrund des erfolgten Eingriffs unter Schmerzen und Angstzuständen leiden, ist für Pflegende vielversprechend, um die Qualität der Pflege durch die Verringerung von Schmerzen und Angstzuständen zu verbessern. Es sind jedoch weitere Studien mit längerer Nachbeobachtung an Probanden und Einrichtungen mit ähnlichen Bedingungen erforderlich. (SK)

Quelle: Dağcan Şahin, N., & Gürol Arslan, G. (2025). The effect of an open-heart surgery patient care protocol on post-sternotomy pain, anxiety and quality of care: A randomized controlled trial. Nursing in Critical Care, 30(3), e13193.

Hitze

Der Sommer ist toll, aber manchmal leider etwas zu heiß. Wer von den stationäre Patientinnen und Patienten ist besonders hitzegefährdet und wie können wir mit „kühlenden" pflegerischen Maßnahmen unterstützen?

Es sind drei Schritte notwendig:

1. **Risikogruppen erkennen**: Nicht alle Menschen reagieren gleich auf hohe Temperaturen. Besonders gefährdet sind Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurologischen Störungen, Diabetes, Demenz oder Immobilität. Auch Menschen mit starkem Über- oder Untergewicht, Fieber oder bestimmten Medikamenten (z. B. Diuretika, Anticholinergika) sind empfindlicher gegenüber Hitze. Wichtig ist, diese Gruppen frühzeitig zu identifizieren – bevor es zu gesundheitlichen Krisen kommt.

2. **Symptome erfassen**: Hitzebedingte Beschwerden entwickeln sich oft schleichend – und werden leicht übersehen. Erste Warnzeichen sind Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwächegefühl, Unruhe, Schwindel oder eine auffällige Verwirrtheit. In schweren Fällen kann es zu Kreislaufversagen oder hitzebedingten Infekten kommen. Eine aufmerksame Beobachtung – auch im Team – kann hier lebenswichtig sein.

3. **Maßnahmen einleiten**: Raumtemperaturen regelmäßig prüfen und möglichst unter 26 °C halten; kühlende Waschungen mit lauwarmem Wasser anbieten; leichte Kleidung oder Bettdecken ermöglichen; Flüssigkeitszufuhr und -ausfuhr aktiv unterstützen und dokumentieren; tagsüber für beschattete Räume sorgen, nachts gut lüften; Ruhepausen ermöglichen und körperliche Belastung reduzieren, und anderes mehr. All diese Maßnahmen haben eines gemeinsam: Sie stärken das Wohlbefinden und die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten – und sie zeigen, wie wichtig gute Pflege in klimatisch herausfordernden Zeiten ist. Und natürlich gilt auch für alle Mitarbeitende: ausreichend trinken, gut zusammenarbeiten und vermeidbare Belastungen unterlassen (SK & PN).

Quelle Sorensen, C., & Hess, J. (2022). Treatment and prevention of heat-related illness. New England Journal of Medicine, 387(15), 1404–1413. Supporting vulnerable people before and during hot weather: healthcare professionals – GOV.UK (www.gov.uk). WHO Empfehlungen: WHO-EURO-2011–2510–42266-58691-eng.pdf

Early Warning Scores

Early Warning Scores (EWS) sind strukturierte, standardisierte Scoring-Systeme zur frühzeitigen Identifikation von Patient:innen mit drohendem klinischem Deteriorieren, die auf allgemeinen Stationen verwendet werden können. Sie basieren auf der regelmäßigen Erfassung vitaler Parameter wie Atmung, Puls, Blutdruck, Bewusstsein, Temperatur und peripherer Sauerstoffsättigung, die zu einem numerischen Gesamtscore zusammengeführt werden. Ein erhöhter Score signalisiert die Notwendigkeit einer ärztlichen oder intensivmedizinischen Intervention, häufig durch sogenannte Rapid Response Teams (RRTs), die häufig von den Intensivstationen gestellt und gerufen werden können.

EWS haben nachweislich Vorteile: Sie fördern die Patient:innensicherheit, unterstützen pflegerisches Frühwarnverhalten, strukturieren klinische Entscheidungsprozesse und verringern Komplikationen wie Reanimationen, unplanmäßige Intensivaufnahmen und Mortalität. In der Intensivpflege sind EWS insbesondere für die Überwachung postoperativer oder instabiler Patient:innen sowie im Rahmen der ICU-to-Ward-Transitions essenziell. In Deutschland sollen EWS gemäß aktueller Empfehlungen ab 2026 verpflichtend eingeführt werden, was eine weitreichende organisatorische und professionelle Umstellung erfordert.

In einer systematischen Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken haben wir auf einer Meta-Ebene nach systematischen Übersichtsarbeiten (SR) und Meta-Analysen (MA) gesucht. Im Ergebnis konnten 44 SR und 15 MA mit insgesamt 542 Einzelstudien identifiziert werden. EWS scheinen am effektivsten im Hinblick auf Risikoreduktionen in Hochrisikopopulationen zu sein wie in der Notaufnahme, Alterstraumatologie, Medizin und Chirurgie, und ggf post-ICU Patienten. Die Implementierung erfordert aber umfangreiche Ressourcen in Personal, Strukturen und Prozessen, um eine Qualitätsverbesserung zu gewährleisten. Elektronische Hilfen wie Überwachungsmonitore, red flags in elektr. Patientenkurven und der Einsatz von künstlicher Intelligenz könnten die Implementierung unterstützen.

Zurzeit werden am Campus Kiel Pilotprojekte in ausgewählten Kliniken erwogen, um die Praxistauglichkeit und Akzeptanz der EWS zu prüfen. Langfristig bieten EWS die Chance, die klinische Notfallversorgung evidenzbasiert zu stärken, die Implementierung bedarf aber koordinierter Schulung, technischer Infrastruktur und kultureller Anpassung in der klinischen Praxis.

Quelle: Nydahl, P., Jeitziner, MM., Krotsetis, S., Kabir, K., Kuhlen, R., Braun, J.-P. Early Warning Scores: ein RapidUmbrella Review. Med Klin Intensivmed Notfmed (2025). https://doi.org/10.1007/s00063–025–01294–5