



## Positionspapier Notfallpflege Schweiz

### Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation: neue Wege einschlagen

#### Einleitung

Reanimationsmassnahmen und invasive Massnahmen erfordern vom Gesundheitspersonal hohe Konzentration, gut aufeinander abgestimmte Prozesse und eine rasche Abfolge von Entscheidungen. Die Anwesenheit von Angehörigen direkt an der Seite von verunfallten oder schwer erkrankten Patientinnen und Patienten während einer kardiopulmonalen Reanimation oder invasiven Massnahmen (AACPR)<sup>1</sup> ist oft nicht oder nur unter Vorbehalten erwünscht. Das Gesundheitspersonal befürchtet Störungen in den Arbeitsabläufen und ist nicht auf die Betreuung von Angehörigen vorbereitet (Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood, & Kvist, 2017).

Vor rund 50 Jahren wurden in den USA Angehörige aufgrund ihrer ausdrücklichen Bitte erstmals zu einer Reanimation zugelassen (Doyle et al., 1987). Die Rückmeldungen fielen so positiv aus, dass Richtlinien für AACPR entwickelt wurden. In einer retrospektiven Studie konnte gezeigt werden, dass die meisten der befragten Angehörigen in einer ähnlichen Situation wieder anwesend sein möchten. Sie gaben an, dass sich AACPR beispielsweise positiv auf die Trauerarbeit ausgewirkt hätte (Hanson & Strawser, 1992). In der Folge konnte in zahlreichen internationalen Publikationen gezeigt werden, dass sich nicht nur Angehörige sondern auch Patientinnen und Patienten AACPR wünschten (Duran, Oman, Abel, Koziel, & Szymanski, 2007). Das Gesundheitspersonal stand dieser Praxis aber eher kritisch gegenüber. AACPR ist bei Erwachsenen nur marginal umgesetzt. Im Gegensatz zur Pädiatrie, wo diese Praxis gemäss aktuellem Wissensstand eher praktiziert wird (Johnson, 2017; Vincent & Lederman, 2017). Bei Erwachsenen und Kindern fehlen nach wie vor strukturierte Abläufe sowie Richtlinien und Schulungen. Es stellt sich die Frage, welche Bedingungen geschaffen werden müssen, damit das Gesundheitspersonal AACPR in Anlehnung an eine familienzentrierte Pflege akzeptiert und unter Berücksichtigung der ethischen Grundsätze im Alltag umsetzt.

Das Ziel dieses Positionspapiers ist, anhand einer narrativen Literaturübersicht die Vorteile und Befürchtungen gegenüber AACPR bei Erwachsenen und Kindern darzustellen. Die Sicht der Patientinnen, der Patienten, der Angehörigen und des Gesundheitspersonals wird beschrieben. Es werden verschiedene Faktoren aufgezeigt, die bei der Implementierung berücksichtigt werden sollten.

#### Methode

Die Suche nach Forschungsliteratur erfolgte in PubMed und Google Scholar zwischen Januar und Juli 2019. Es wurden folgende Suchbegriffe verwendet: *family witnessed resuscitation, attitudes, experience, family presence, implementation, family centered care*. Eingeschlossen wurden Publikationen, in denen die Ansichten von Patientinnen, Patienten, Angehörigen und des Gesundheitspersonals gegenüber AACPR untersucht wurden. Zudem

---

<sup>1</sup>Für die Anwesenheit von Angehörigen während der kardiopulmonalen Reanimation wird im vorliegenden Positionspapier die deutschsprachige Abkürzung AACPR verwendet. In der englischen Fachliteratur werden unter anderem folgende Bezeichnungen verwendet: family presence (FP), family witnessed resuscitation (FWR), family presence during resuscitation (FPDR).



wurden Studien berücksichtigt, in denen Voraussetzungen für die Implementierung von AACPR erforscht wurden.

## **Ergebnisse**

### **Sichtweise der Patientinnen und Patienten**

Es wurden fünf Studien gefunden, in denen die Sichtweise von Patientinnen und Patienten beschrieben wurde. Die Publikationen stammen aus den USA sowie Grossbritannien und Belgien. Diejenigen Patientinnen und Patienten, die selber Erinnerungen an eine erfolgreiche Reanimation hatten, wurden retrospektiv, andere hypothetisch befragt. (Albarran, 2009; Cypress & Frederickson, 2017; Duran et al., 2007; Grice, Picton, & Deakin, 2003; Mortelmans et al., 2010).

Als Vorteile nannten Patientinnen und Patienten, dass sie durch AACPR Trost und emotionale Unterstützung von ihren Angehörigen empfangen konnten und nicht alleine sterben wollten. Falls sie überlebten, konnten sie durch ihre Angehörigen über die Geschehnisse informiert werden (Cypress & Frederickson, 2017). Demgegenüber standen aber auch Befürchtungen wie beispielsweise, dass AACPR zu qualvoll, schmerzhaft, unheimlich, Angst einflössend und schockierend für ihre Angehörigen sei (Grice et al., 2003). Weitere im folgenden Abschnitt genannte Vorteile und Befürchtungen der Angehörigen decken sich weitgehend mit den Aussagen der Patientinnen und Patienten.

### **Sichtweise der Angehörigen**

Weltweit befürworteten Angehörige von Erwachsenen und Kindern AACPR mehrheitlich, da es für sie hilfreich und aus ihrer Sicht für das schwer erkrankte oder verunfallte Familienmitglied<sup>2</sup> von Nutzen war (Davidson, Buenavista, Hobbs, & Kracht, 2011; Ong, Chung, & Mei, 2007). Angehörige, die AACPR miterlebt hatten, waren dieser Praxis gegenüber signifikant positiver eingestellt als diejenigen, die nicht anwesend waren (Pasquale, 2016). Von Angehörigen, die bei Reanimationen nicht die Möglichkeit hatten anwesend zu sein, wurde mehrheitlich das Bedürfnis nach AACPR geäussert (Pasquale, Pasquale, Baga, Eid, & Leske, 2010). Sie waren der Meinung, dass sie ein Recht darauf haben (Grice et al., 2003).

Angehörige beschrieben zahlreiche Vorteile, warum sie sich AACPR wünschten. AACPR ermöglichte ihnen eine emotionale Verbundenheit mit dem Familienmitglied (Hung & Pang, 2010; Weslien, Nilstun, Lundqvist, & Fridlund, 2006). Sie konnten miterleben, dass alles getan wurde, um das Leben des Familienmitglieds zu retten (James, Cottle, & Hodge, 2011). Bei Angehörigen, die AACPR erlebten, stieg das Vertrauen in das Gesundheitspersonal (Lowry, 2012), was sich positiv auf den Stresspegel und die Angst der Angehörigen auswirkte (Blattler, Schlappi, & Senn, 2014). Sie konnten dem Gesundheitspersonal Informationen über den Gesundheitszustand des Familienmitglieds vor der Reanimation vermitteln (McMahon-Parkes, Moule, Benger, & Albarran, 2009). Angehörige konnten ihr Familienmitglied berühren, unterstützen, während des Sterbens begleiten und dadurch Nähe und Trost empfinden, was sich positiv auf den Trauerprozess auswirkte (Duran et al., 2007). Falls das Familienmitglied verstarb, konnten sie dies besser akzeptieren (Johnson, 2017). In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde nachgewiesen, dass posttraumatische

---

<sup>2</sup> Unter Familienmitglied wird im vorliegenden Positionspapier in diesem Kontext die zu reanimierende Person verstanden. Familienmitglieder können Eltern, Kinder, Ehe- und Lebenspartnerinnen und -partner oder nahestehende Freundinnen oder Freunde sein.



Belastungsstörungen in der Gruppe mit AACPR signifikant seltener auftraten und die Angehörigen in der Kontrollgruppe häufiger unter Angst und Depressionen litten (Jabre et al., 2013).

Die Angehörigen nannten auch Befürchtungen. AACPR könnte ihnen Angst einflössen, qualvoll und unheimlich sein sowie schreckliche Erinnerungen hinterlassen (Weslien et al., 2006). Sie könnten die Reanimationsbemühungen stören, eine Last sein und das Gesundheitspersonal zusätzlich in eine Stresssituation versetzen (Hung & Pang, 2010; Ong et al., 2007).

### **Sichtweise der Gesundheitspersonals**

Beim Gesundheitspersonal zeigten sich länderspezifische Diskrepanzen gegenüber AACPR (Howlett, Alexander, & Tsuchiya, 2010). In den angelsächsischen Ländern wie den USA, Kanada und Australien wurde AACPR eher befürwortet (Fallis, McClement, & Pereira, 2008; McClement, Fallis, & Pereira, 2009; Porter, Cooper, & Taylor, 2015). In Deutschland, Belgien sowie im asiatischen Raum wurde AACPR mehrheitlich abgelehnt (Badir & Sepit, 2007; Koberich, Kaltwasser, Rothaug, & Albarran, 2010; Mortelmans, Cas, Van Hellemond, & De Cauwer, 2009).

Trotz der kritischen Haltung des Gesundheitspersonals wurden Vorteile genannt. Wie die Angehörigen berichtete auch das Gesundheitspersonal, dass Angehörige durch AACPR sich versichern konnten, wie alles getan wurde, um das Leben der Patientin, des Patienten zu retten (Howlett et al., 2010; Miller & Stiles, 2009). Dieser Grund wurde auch in den asiatischen Studien genannt, obwohl dort eine mehrheitlich ablehnende Meinung gegenüber AACPR vertreten wurde (Badir & Sepit, 2007; Walker, 2008). Die Reanimation wurde durch AACPR «menschlicher» erlebt (DeWitt, 2015; Lowry, 2012). Vergleichbar mit den Aussagen der Angehörigen war das Gesundheitspersonal der Meinung, dass es wichtig ist, den Angehörigen die Möglichkeit zu geben, in der Ausnahmesituation einer Reanimation dem Familienangehörigen nahe zu sein und sich zu verabschieden, falls der Tod eintritt (Ramage, Porter, & Biedermann, 2018). Um den mutmasslichen Willen von Patientinnen und Patienten zu erfahren, musste sich das Gesundheitspersonal häufig auf Informationen der Angehörigen stützen. Folgende Fragestellungen standen im Raum: Wie weit sollen Reanimationsmassnahmen gehen oder wünschen betroffene Patientinnen und Patienten wohl AACPR (Chapman, Bushby, Watkins, & Combs, 2014; Crowley, Gallagher, & Price, 2015; Lederman, Garasic, & Piperberg, 2014; Walker, 2014)?

Trotz der genannten Vorteile müssen mögliche Befürchtungen des Gesundheitspersonals, wie eine Traumatisierung der Angehörigen durch den Anblick einer Reanimation, sorgfältig abgewogen werden. Sie befürchteten zudem, AACPR könnte qualvoll sein sowie negative psychologische Langzeitfolgen haben (Salmond, Paplanus, & Avadhani, 2014). Angehörige könnten die Situation psychisch nicht verkraften, die Kontrolle verlieren, in Prozesse eingreifen, die Arbeitsabläufe stören und dadurch die Reanimationsbemühungen behindern (Porter, Miller, Giannis, & Coombs, 2017). Sie vermuteten negative Auswirkungen auf die klinische Behandlung, ein erhöhtes Risiko von Kunstfehlern oder von Angehörigen als inkompetent wahrgenommen zu werden (Kirchhoff et al., 2007; Madden & Condon, 2007; Ramage et al., 2018). Kontrovers wurden auch Ängste und Bedenken vor gerichtlichen Klagen im Falle einer erfolglosen Reanimation diskutiert (DeWitt, 2015). Weitere Argumente gegen AACPR waren Angst vor Gewalt gegenüber dem Gesundheitspersonal und Personalmangel zur Betreuung der Angehörigen (DeWitt, 2015; Gunes & Zaybak, 2009; McLaughlin, Melby, & Coates, 2013). Hingegen befürwortete das Gesundheitspersonal AACPR bei eigenen Familienmitgliedern (Johnson, 2017). Darüber, ob anwesende



Angehörige eine erfolglose Reanimation verlängern oder verkürzen oder die Entscheidungsfindung schwieriger wird, war sich das Gesundheitspersonal nicht einig (Porter, Cooper, & Sellick, 2014; Ramage et al., 2018). Neben der schwierigen ethischen Entscheidung zum Abbruch einer Reanimation sieht sich das Gesundheitspersonal den medizinethischen Prinzipien verpflichtet.

### **Ethische Betrachtungen**

Exemplarisch werden die vier medizinethischen Prinzipien, die AACPR stützen, aus der Sicht der Patientinnen, Patienten und Angehörigen kurz umrissen (International Council of Nurses (ICN), 2021). Die ethische Betrachtung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Unter anderem fehlt die Auseinandersetzung mit der Pflicht- und Careethik.

1. Prinzip «Autonomie»: Angehörige dürfen nach entsprechender Information und Abwägen der Vor- und Nachteile selbstbestimmt über AACPR entscheiden, wenn dies auch dem mutmasslichen Willen des Familienmitglieds entspricht. AACPR sollte nie eine Verpflichtung sein.
2. Prinzip «Gutes tun»: Das Ziel des Gesundheitspersonals ist, zum Wohle der Patientin, des Patienten zu handeln und in einer Reanimationssituation alles daran zu setzen, um das Leben des Familienmitglieds zu retten und die Angehörigen während AACPR zu unterstützen.
3. Prinzip «Gerechtigkeit»: Das Gesundheitspersonal gewährleistet konsistent eine Gleichbehandlung, indem AACPR allen Angehörigen angeboten wird und nicht nur Angehörigen, die AACPR ausdrücklich verlangen.
4. Prinzip «Nicht schaden»: Einerseits können durch AACPR posttraumatische Belastungsstörungen bei Angehörigen reduziert werden. Andererseits soll bei Angehörigen eine Traumatisierung durch den Anblick der Reanimation vermieden werden. Um den standardisierten Ablauf einer Reanimation sicherzustellen, muss das Gesundheitspersonal aufgrund der Erfahrung abwägen, ob Angehörigen AACPR angeboten werden kann oder eher nicht (Beauchamp & Childress, 2019; Oczkowski, Mazzetti, Cupido, Fox-Robichaud, & Canadian Critical Care, 2015; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, 2013).

### **Pädiatrie**

Im Gegensatz zu Erwachsenen sind Angehörige oder Bezugspersonen von verunfallten oder schwer erkrankten Kindern bei Spitaleinweisungen in der Regel anwesend. Das Gesundheitspersonal in der Pädiatrie betrachtet die Angehörigen als Ressource und Teil des Behandlungsteams, insbesondere auch bei einer Reanimation (Lowry, 2012). Das Arbeiten unter Beobachtung der Angehörigen wird kaum als negativer Einflussfaktor wahrgenommen, weil dies in der Pädiatrie zum Alltag gehört. Zudem sind die Eltern die gesetzlichen Vertreter und müssen für die unmündigen Kinder Entscheidungen treffen.

Die Eltern nannten in Bezug auf AACPR zahlreiche Vorteile. AACPR gab ihnen ein Gefühl der Kontrolle, reduzierte Angstgefühle und Ungewissheit und war unterstützend in der Bewältigung (Smith McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Eltern konnten ihre Verantwortung im Sinne der Stellvertretung und des Schutzes des eigenen Kindes wahrnehmen. In einem separaten Raum warten zu müssen ohne beobachten zu können, was mit ihrem Kind geschah, löste bei Eltern Gefühle von Chaos und Ungewissheit aus (Maxton, 2008). Eine



Reanimationssituation des eigenen Kindes war für Eltern von grossem Stress geprägt, der die Furcht vor dem Erleben einer Reanimation bei weitem überstieg (Maxton, 2008; McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Wenn Eltern die Wahlmöglichkeit hatten, AACPR anzunehmen oder abzulehnen, entschieden sie sich fast ausnahmslos, in der Nähe ihres Kindes zu bleiben (Dingeman, Mitchell, Meyer, & Curley, 2007).

In der Pädiatrie orientiert sich das Gesundheitspersonal sehr stark an den Prinzipien der familienzentrierten Pflege, die ebenso bei der Pflege und Betreuung von Erwachsenen gelten (Wright & Leahey, 2014). Die Familie ist ein System oder eine Einheit. Die Einheit zeichnet sich durch Zugehörigkeitsgefühl und Bindungen, einschließlich zukünftiger Verpflichtungen aus. Die Familienmitglieder übernehmen füreinander unter anderem Schutz und Sozialisation. Die Bezeichnung Familie und Angehörige wird nicht im engen Sinn der biologischen Herkunft verwendet, sondern steht für diejenigen Menschen, die einander am nächsten sind (Wright & Leahey, 2014). Familienzentrierte Pflege stellt somit neben weiteren Voraussetzungen, wie eine strukturierte und interprofessionelle Implementierung von AACPR, eine Grundhaltung des Gesundheitspersonals dar.

### **Voraussetzungen zur Implementierung von AACPR**

Das Gesundheitspersonal war sich weltweit einig, dass es schriftliche, interprofessionell entwickelte und akzeptierte Richtlinien und Algorithmen braucht, um die Einführung von AACPR bei Erwachsenen und Kinder zu erleichtern (Gluck, 2014). AACPR soll nicht auf der Entscheidung einer Einzelperson beruhen (Madden & Condon, 2007). Wenn die Implementierung von AACPR initiiert und begleitet wird, erleichtert dies die Akzeptanz und die Umsetzung (Porter et al., 2014). Ein zentrales Element bei der Implementierung von AACPR sind Schlingen, die für das gesamte Gesundheitspersonal, das an einer Reanimation beteiligt ist, verbindlich sind. Zudem braucht es einen angemessenen Personalschlüssel sowie eine Betreuungsperson, die sich um die Angehörigen kümmert und eine Brückenfunktion zum Reanimationsteam übernehmen kann (Fallis et al., 2008; Walker, 2014).

### **Richtlinien**

Richtlinien, die das Angebot und das Vorgehen bei AACPR standardisieren sind ein Grundpfeiler bei der Implementierung von AACPR (Salmond et al., 2014). Allerdings verfügen nur wenige Institutionen über hausinterne Richtlinien (Kosowan & Jensen, 2011). Fehlende Richtlinien und Unterstützung durch die Institution beeinflussten die Haltung des Gesundheitspersonals gegenüber AACPR negativ (Johnson, 2017). Wenn Richtlinien vorliegen, muss die Thematik AACPR geschult werden.

### **Schulung**

Da Schulungsprogramme zu AACPR meist nicht vorliegen, sollten in einem ersten Schritt entsprechende Curricula entwickelt werden (Porter et al., 2014). Die Inhalte dieser Schulungen sollten dann in einem zweiten Schritt im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen für das betreffende Gesundheitspersonal angeboten werden. Durch das Absolvieren der Schulungen können Befürchtungen abgebaut, Barrieren überwunden sowie die Haltung gegenüber AACPR verändert werden (Al-Mutair, Plummer, & Copnell, 2012; Magowan & Melby, 2019). Zudem bieten Schulungen die Möglichkeit, eine familienzentrierte Denkweise kennenzulernen und AACPR umzusetzen. Die Thematik kann in interprofessionellen Reanimations- und Simulationsveranstaltungen unterrichtet und veranschaulicht werden (Porter et al., 2014). In einer bizentrischen Studie in den USA konnte der positive Effekt von Schulungen zu AACPR demonstriert werden. Befürchtungen des Gesundheitspersonals vor



Traumatisierung der Angehörigen, die Angst vor Störungen der Arbeitsabläufe und vor rechtlichen Folgen konnten reduziert werden (Feagan & Fisher, 2011). Um AACPR erfolgreich umzusetzen, ist der Einsatz einer geschulten Betreuungsperson, die sich ausschliesslich um die Angehörigen kümmert, ein zentrales Element (Salmond et al., 2014).

### **Betreuungsperson**

Für die Rolle der Betreuungsperson werden Pflegefachpersonen und/oder Seelsorgende vorgeschlagen (Salmond et al., 2014). Gute kommunikative Fähigkeiten und genaue Kenntnisse der Abläufe bei der Reanimation sind die Voraussetzung für die Begleitung der Angehörigen von Erwachsenen und Kindern (Crowley et al., 2015). Es wird empfohlen, dass die Betreuungsperson von anderen Aufgaben freigestellt wird und stets an der Seite der Angehörigen bleibt, um ihnen während dieser entscheidungsintensiven Zeit unter anderem die medizinischen Fachbegriffe und Prozeduren zu erläutern (Johnson, 2017). In den USA existiert die Rolle der «Familienkoordinierenden» zur Begleitung von Angehörigen (Salmond et al., 2014).

Die Betreuungsperson ist für die Angehörigen eine emotionale Stütze. Sie gewährleistet, dass sich die Angehörigen sicher fühlen (Blattler et al., 2014). Als erstes schätzt die Betreuungsperson aufgrund ihrer Erfahrung ein, ob die Angehörigen emotional und psychisch stabil genug sind, um AACPR bewältigen zu können (Pankop, Chang, Thorlton, & Spitzer, 2013). Wenn es die Situation erlaubt, sollte die Patientin oder der Patient ebenfalls über die Möglichkeit von AACPR informiert werden und um Einverständnis gebeten werden (Salmond et al., 2014). Möglicherweise brauchen Angehörige Unterstützung bei der Entscheidung, das Angebot von AACPR anzunehmen oder abzulehnen (Ramage et al., 2018). Angehörige sollen vor Betreten des Schockraums darauf vorbereitet sein, was sie erwartet, wie z. B. das Aussehen des Familienmitglieds, die Gefahr der Defibrillation, der Einsatz von weiteren Gerätschaften (Leske, McAndrew, Evans, Garcia, & Brasel, 2012).

Die Betreuungsperson ist in Kontakt mit dem interprofessionellen Reanimationsteam und baut eine Brücke zwischen ihnen und den Angehörigen. Sie kann Fragen stellen, wenn die Angehörigen selber nicht in der Lage sind und die Angehörigen während der Entscheidungsphase eines möglichen Abbruchs der Reanimation begleiten (James et al., 2011). Falls das Familienmitglied verstirbt, sollen die Angehörigen weiterhin am Bett verweilen dürfen (James et al., 2011). Nach einer Reanimation braucht es für die Angehörigen weitere Betreuungsangebote (McLaughlin et al., 2013) wie z. B. das Angebot der Institution, eine Person aus dem Reanimationsteam einige Wochen später zu treffen, um offene Fragen zu klären (James et al., 2011).

### **Diskussion**

In der Forschungsliteratur wird seit Jahrzehnten gezeigt, dass AACPR bei Erwachsenen und Kindern überwiegend Vorteile für alle Beteiligten mit sich bringt und deswegen eingeführt werden sollte (American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, 2003; Lowry, 2012; Smith McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Verschiedene Fachgesellschaften wie die Emergency Nurses Association (ENA), die British Association of Emergency Medicine (BAEM) und das Royal College of Nursing (RCN) unterstützen AACPR bereits seit 1995 (Emergency Nurses Association, 1995). Später empfahlen weitere Fachgesellschaften wie die American Heart Association (AHA), die Canadian Critical Care Society und das European Resuscitation Council (ERC) AACPR einzuführen (American Heart Association, 2000). Im Sinne von «Sehen heisst Verstehen» können Angehörige die dramatischen Minuten unabhängig vom Ausgang der Reanimation besser verarbeiten (Sak-Dankosky et al., 2017;



NOTFALLPFLEGE SCHWEIZ  
www.notfallpflege.ch

SOINS D'URGENCE SUISSE  
www.soins-urgence.ch

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, 2021). Im Gegensatz zu den Befürchtungen des Gesundheitspersonals haben Angehörige kaum die Absicht, die Arbeit des Behandlungsteams kritisch zu beurteilen. Anwesende Angehörige können wesentliche Informationen vermitteln, die beim betroffenen Familienmitglied nicht erfragt werden können. Zudem erlebt das Gesundheitspersonal die strukturierte und technische Behandlung bei einer Reanimation menschlicher, wenn Angehörige anwesend sind (Mentzelopoulos et al., 2021). Um AACPR erfolgreich und nachhaltig einzuführen, ist es notwendig, dass die Führungskräfte und Qualitätsverantwortlichen der Organisationen den Wert von AACPR erkennen und die Implementierung unterstützen.

Das Gesundheitspersonal ist gemäss den medizinethischen Prinzipien verpflichtet, die Autonomie der Patientinnen, Patienten und Angehörigen zu berücksichtigen (International Council of Nurses (ICN), 2010; Oczkowski et al., 2015). Seit der Einführung des überarbeiteten Erwachsenenschutzgesetzes ist das Gesundheitspersonal sogar von Gesetzes wegen in der Verantwortung, die Autonomie von Patienten, Patientinnen und Angehörigen zu respektieren (Schweizerisches Zivilgesetzbuch, 2011). Möglicherweise ist sich das Gesundheitspersonal nicht bewusst, dass sie mit der Entscheidung, Angehörige bei einer Reanimation auszuschliessen, deren Autonomie einschränken. Das an einer Reanimation beteiligte Gesundheitspersonal müsste zudem routinemässig die Frage reflektieren, ob die Patientin oder der Patient selber AACPR wünschen und ob Angehörige tatsächlich die Interessen ihres Familienmitglieds vertreten. Es ist vorstellbar, dass Menschen, die unabhängig und sehr selbständig gelebt haben, nicht in Anwesenheit von Angehörigen sterben möchten (Benjamin, Holger, & Carr, 2004). Zudem könnte das ethische Prinzip «Gutes tun» verletzt werden, indem die Angehörigen von ihrem Familienmitglied getrennt werden (Beauchamp & Childress, 2019). Angehörige können Schaden erleiden, indem sie abseits in Ungewissheit zur Passivität gezwungen werden, was im Gegensatz zu einer familienzentrierten Pflege steht.

Bei Kindern konnte sich AACPR bereits vor Jahren zum Teil etablieren. Die Eltern vertreten die Rechte ihres Kindes und sind in Kinderspitälern in der Regel rund um die Uhr an der Seite des Kindes willkommen. Für das Gesundheitspersonal der Pädiatrie ist das Arbeiten unter Beobachtung auch während einer Reanimation alltäglich. Bei Erwachsenen ist der Sachverhalt weniger klar, weil Erwachsene als autonome Menschen gelten. Aber auch Erwachsene sind Teil des Familiensystems. Daher sollten alle an einer Reanimation beteiligten Berufsgruppen mit der Thematik der familienzentrierten Pflege vertraut sein und geschult werden.

Wenn sich die Einstellung des Gesundheitspersonals in eine befürwortende Richtung hin zu AACPR verändern soll, braucht es Schulungen (McLaughlin et al., 2013). Die Thematik AACPR sollte bereits in den Basiscurricula des Gesundheitspersonals verankert werden und zudem in die Rahmenlehrpläne der Notfall-, Intensiv- und Anästhesiepflege aufgenommen werden. Es stellt sich die Frage, ob gerade Betreuungspersonen spezielle Fortbildungen in Angehörigenbetreuung absolvieren sollten (Porter et al., 2017). Als Grundlage für die Schulungen braucht es entsprechende Richtlinien. Akademisch ausgebildetes Pflegepersonal sollte idealerweise in einem interprofessionellen Team agieren und dabei die Führung in der Entwicklung von Richtlinien und bei Schulungen zu AACPR übernehmen (Jabre et al., 2014; Johnson, 2017; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, 2020). Um die Thematik weiter unter dem Gesundheitspersonal zu verbreiten, bieten sich Fachkongresse an. Weitere Forschung zur Thematik Änderung der Einstellung zu AACPR nach Schulungen scheint notwendig. Es wird empfohlen, in



Institutionen, wo AACPR erfolgreich praktiziert wird, zu untersuchen, wie dies vom Gesundheitspersonal erlebt wird (Feagan & Fisher, 2011). Positive Beispiele könnten mithelfen, AACPR weiter zu verbreiten.

Nach AACPR sollte Angehörigen eine Nachbesprechung angeboten werden. Wenn der Eindruck entsteht, dass Angehörige weitere Unterstützung bei der Bewältigung der Reanimation benötigen, könnte ein Careteam beigezogen oder psychologische Betreuung angeboten werden. Denkbar ist ebenso ein Gespräch unmittelbar nach der Reanimation mit dem Teamleader und weiterem Gesundheitspersonal des Reanimationsteams. Im weiteren besteht eine Möglichkeit, einige Zeit nach dem Ereignis ein Gespräch anzubieten, um offene Fragen der Angehörigen zu beantworten. Wenn die Wichtigkeit des Konzeptes AACPR erkannt und erfolgreich umgesetzt werden soll, werden für Nachbesprechungen zeitliche und personelle Ressourcen benötigt, die von den Spitälern zur Verfügung gestellt werden sollten.

### **Schlussfolgerungen/Empfehlungen**

Basierend auf den dargestellten Ergebnissen und Diskussionspunkten spricht die Notfallpflege Schweiz folgende Empfehlungen zu AACPR aus:

#### **Allgemein**

- flächendeckende Einführung von AACPR in Schweizer Gesundheitsorganisationen, insbesondere auf Notfallstationen
- Anwendung der medizinethischen Prinzipien «Autonomie», «Gutes tun», «Nicht schaden» und «Gerechtigkeit» im Zusammenhang mit AACPR
- Kenntnis und Umsetzung der familienzentrierten Pflege des gesamten an der Reanimation beteiligten Gesundheitspersonals

#### **Richtlinien**

- Interprofessionelle Entwicklung von Richtlinien zu AACPR
- Verbindlichkeit für das an Reanimationen beteiligte Gesundheitspersonal

#### **Schulungen**

- Aufbau von interprofessionellen Schulungsprogrammen zu AACPR
- Integration von AACPR in Curricula und Rahmenlehrpläne bei der Aus- und Weiterbildung des gesamten Gesundheitspersonals
- Schulungen zu AACPR als Bestandteil von Reanimations- oder Simulationstrainings

#### **Betreuungsperson**

- Einsatz einer Betreuungsperson für die Angehörigen, die die entsprechende fachlichen Kenntnisse zur Reanimation und zur Betreuung von Angehörigen im Rahmen der familienzentrierten Pflege mitbringt



## Literaturverzeichnis

- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., & Copnell, B. (2012). Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. *Nurs Crit Care*, 17(2), 90–98. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00479.
- Albarran, J. (2009). Family witnessed resuscitation: an invitation to share your experiences. *Journal of perioperative practice*, 19, 198.
- American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3), 691–696.
- American Heart Association. (2000). ECC Guidelines. Part 2: Ethical Aspects of CPR and ECC. *Circ Res*, 102(Suppl. 1), I12–I21.
- Badir, A., & Sepit, D. (2007). Family presence during CPR: a study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *Int J Nurs Stud*, 44, 83–92. doi:S0020-7489(05)00247-6
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics*: Oxford University Press.
- Benjamin, M., Holger, J., & Carr, M. (2004). Personal preferences regarding family member presence during resuscitation. *Acad Emerg Med*, 11, 750–753.
- Blattler, T., Schlappi, B., & Senn, B. (2014). [Experiences of relatives, who witnessed resuscitation or invasive procedures in life-threatening situations at the bedside of the next of kin or attending in a waiting room]. *Pflege*, 27(2), 93–104. doi:10.1024/1012-5302/a000349
- Chapman, R., Bushby, A., Watkins, R., & Combs, S. (2014). Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: a qualitative perspective. *Int Emerg Nurs*, 22(1), 18–24. doi:10.1016/j.ienj.2013.03.008
- Crowley, L., Gallagher, P., & Price, J. (2015). To stay or not to stay: children's nurses' experiences of parental presence during resuscitation. *Nurs Child Young People*, 27(3), 34–38. doi:10.7748/ncyp.27.3.34.e557
- Cypress, B. S., & Frederickson, K. (2017). Family Presence in the Intensive Care Unit and Emergency Department: A Metasynthesis. *Journal of Family Theory & Review*, 9(2), 201–218. doi:10.1111/jftr.12193
- Davidson, J. E., Buenavista, R., Hobbs, K., & Kracht, K. (2011). Identifying factors inhibiting or enhancing family presence during resuscitation in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J*, 33(4), 336–343. doi:10.1097/TME.0b013e318234e6a0
- DeWitt, S. (2015). Should Family-witnessed Resuscitation Become Our Standard? *J Emerg Med*, 49(4), 500–502. doi:10.1016/j.jemermed.2015.04.035
- Dingeman, R. S., Mitchell, E. A., Meyer, E. C., & Curley, M. A. (2007). Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 120(4), 842–854. doi:10.1542/peds.2006-3706
- Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M., & Rhee, K. J. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med*, 16, 673–675. doi:S0196-0644(87)80069-0
- Duran, C. R., Oman, K. S., Abel, J. J., Koziel, V. M., & Szymanski, D. (2007). Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care*, 16, 270–279; quiz 280; discussion 281–272. doi:16/3/270
- Emergency Nurses Association. (1995). Presenting the option for family presence (programm educational booklet). *The Association*.
- Fallis, W. M., McClement, S., & Pereira, A. (2008). Family presence during resuscitation: a survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions. *Dynamics*, 19(3), 22–28.
- Feagan, L. M., & Fisher, N. J. (2011). The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation. *J Emerg Nurs*, 37(3), 231–239. doi:10.1016/j.jen.2010.02.023
- Gluck, D. M. (2014). *How past experiences impact a nurse's decision about family presence during resuscitation: A phenomenological study*. Arizona United States: University of Phoenix.
- Grice, A. S., Picton, P., & Deakin, C. D. (2003). Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *Br J Anaesth*, 91, 820–824.
- Gunes, U. Y., & Zaybak, A. (2009). A study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. *J Clin Nurs*, 18(20), 2907–2915. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02826.x
- Hanson, C., & Strawser, D. (1992). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs*, 18, 104–106.



- Howlett, M. S., Alexander, G. A., & Tsuchiya, B. (2010). Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature. *Clin Nurse Spec*, 24, 161–174. doi:10.1097/NUR.0b013e3181dc548a00002800-201005000-00010
- Hung, M. S., & Pang, S. M. (2010). Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *J Adv Nurs*. doi:JAN5441
- International Council of Nurses (ICN). (2010). ICN-Ethikkodex für Pflegende, deutsche Übersetzung. Retrieved from <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf>
- International Council of Nurses (ICN). (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*.
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*, 368(11), 1008–1018. doi:10.1056/NEJMoa1203366
- Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S. W., Belpomme, V., Jacob, L., Adnet, F. (2014). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med*, 40(7), 981–987. doi:10.1007/s00134-014-3337-1
- James, J., Cottle, E., & Hodge, R. D. (2011). Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive Crit Care Nurs*, 27(1), 19–26. doi:S0964-3397(10)00084-4 [pii] 10.1016/j.iccn.2010.09.001
- Johnson, C. (2017). A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 30, 31–35. doi:10.1016/j.ienj.2016.11.001
- Kirchhoff, C., Stegmaier, J., Buhmann, S., Leidel, B. A., Biberthaler, P., Mutschler, W., & Kanz, K. G. (2007). Trauma surgeons' attitude towards family presence during trauma resuscitation: a nationwide survey. *Resuscitation*, 75(2), 267–275. doi:10.1016/j.resuscitation.2007.04.015
- Koberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nurs Crit Care*, 15, 241–250. doi:NCR405
- Kosowan, S., & Jensen, L. (2011). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: cardiac health care professionals' perspectives. *Can J Cardiovasc Nurs*, 21(3), 23–29.
- Lederman, Z., Garasic, M., & Piperberg, M. (2014). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: who should decide? *J Med Ethics*, 40(5), 315–319. doi:10.1136/medethics-2012-100715
- Leske, J. S., McAndrew, N. S., Evans, C. R., Garcia, A. E., & Brasel, K. J. (2012). Challenges in conducting research after family presence during resuscitation. *J Trauma Nurs*, 19(3), 190–194. doi:10.1097/JTN.0b013e318261d041
- Lowry, E. (2012). "It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. *J Emerg Nurs*, 38(4), 329–334. doi:10.1016/j.jen.2010.12.016
- Madden, E., & Condon, C. (2007). Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. *J Emerg Nurs*, 33, 433–440. doi:S0099-1767(07)00401-1
- Magowan, E., & Melby, V. (2019). A survey of emergency department staff's opinions and experiences of family presence during invasive procedures and resuscitation. *Emerg Nurse*, 27(3), 13–19. doi:10.7748/en.2019.e1908
- Maxton, F. J. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *J Clin Nurs*, 17(23), 3168–3176. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02525.x
- McAlvin, S. S., & Carew-Lyons, A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*, 23(6), 477–484; quiz 485. doi:10.4037/ajcc2014922
- McClement, S. E., Fallis, W. M., & Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *J Nurs Scholarsh*, 41(3), 233–240. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x
- McLaughlin, K., Melby, V., & Coates, V. (2013). Family-centred care: review of opinions among staff. *Emerg Nurse*, 20(9), 20–25.



- McMahon-Parkes, K., Moule, P., Bengner, J., & Albarran, J. W. (2009). The views and preferences of resuscitated and non-resuscitated patients towards family-witnessed resuscitation: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, *46*, 220–229.
- Mentzelopoulos, S. D., Couper, K., Van de Voorde, P., Druwe, P., Blom, M., D. Perkins, G. D., Bossaert, L. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>
- Miller, J. H., & Stiles, A. (2009). Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience. *Qual Health Res*, *19*, 1431–1442. doi:1049732309348365
- Mortelmans, L. J., Cas, W. M., Van Hellemond, P. L., & De Cauwer, H. G. (2009). Should relatives witness resuscitation in the emergency department? The point of view of the Belgian Emergency Department staff. *Eur J Emerg Med*, *16*, 87–91. doi:10.1097/MEJ.0b013e32830abe1700063110-200904000-00006
- Mortelmans, L. J., Van Broeckhoven, V., Van Boxstael, S., De Cauwer, H. G., Verfaillie, L., Van Hellemond, P. L., Cas, W. M. (2010). Patients' and relatives' view on witnessed resuscitation in the emergency department: a prospective study. *Eur J Emerg Med*, *17*, 203–207. doi:10.1097/MEJ.0b013e328331477e
- Oczkowski, S. J., Mazzetti, I., Cupido, C., Fox-Robichaud, A. E., & Canadian Critical Care, S. (2015). Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J*, *22*(4), 201–205. doi:10.1155/2015/532721
- Ong, M. E., Chung, W. L., & Mei, J. S. (2007). Comparing attitudes of the public and medical staff towards witnessed resuscitation in an Asian population. *Resuscitation*, *73*, 103–108. doi:S0300-9572(06)00520-X
- Pankop, R., Chang, K., Thorlton, J., & Spitzer, T. (2013). Implemented family presence protocols: an integrative review. *J Nurs Care Qual*, *28*(3), 281–288. doi:10.1097/NCQ.0b013e31827a472a
- Pasquale, M. A. (2016). Support for presence during cardiopulmonary resuscitation if it is a child or relative, though views differ by gender. *Evid Based Nurs*, *19*(2), 58. doi:10.1136/eb-2015-102158
- Pasquale, M. A., Pasquale, M. D., Baga, L., Eid, S., & Leske, J. (2010). Family presence during trauma resuscitation: ready for primetime? *J Trauma*, *69*(5), 1092–1099; discussion 1099–1100. doi:10.1097/TA.0b013e3181e8422200005373-201011000-00011
- Porter, J. E., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs*, *22*(2), 69–74. doi:10.1016/j.ienj.2013.07.001
- Porter, J. E., Cooper, S. J., & Taylor, B. (2015). Family presence during resuscitation (FPDR): A survey of emergency personnel in Victoria, Australia. *Australas Emerg Nurs J*, *18*(2), 98–105. doi:10.1016/j.aenj.2014.12.003
- Porter, J. E., Miller, N., Giannis, A., & Coombs, N. (2017). Family Presence During Resuscitation (FPDR): Observational case studies of emergency personnel in Victoria, Australia. *Int Emerg Nurs*, *33*, 37–42. doi:10.1016/j.ienj.2016.12.002
- Ramage, E., Porter, J. E., & Biedermann, N. (2018). Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative study of implementation experiences and opinions of emergency personnel. *Australas Emerg Care*, *21*(2), 51–55. doi:10.1016/j.auec.2018.05.002
- Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2017). Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nurs Crit Care*. doi:10.1111/nicc.12294
- Salmond, S. W., Paplanus, L. M., & Avadhani, A. (2014). Using systematic reviews to guide decision making about family-witnessed resuscitation. *J Perianesth Nurs*, *29*(6), 480–490. doi:10.1016/j.jopan.2014.07.011
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, Charta 2.0.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. (2021). Reanimationsentscheidungen.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. (2013). *Ethik und Pflegepraxis*.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch. (2011). Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht.



NOTFALLPFLEGE SCHWEIZ  
www.notfallpflege.ch

SOINS D'URGENCE SUISSE  
www.soins-urgence.ch

- Smith McAlvin, S., & Carew-Lyons, A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: A systemic review. *American Journal of Critical Care*.
- Vincent, C., & Lederman, Z. (2017). Family presence during resuscitation: extending ethical norms from paediatrics to adults. *J Med Ethics*, 43(10), 676–678. doi:10.1136/medethics-2016-103881
- Walker, W. (2008). Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *J Adv Nurs*, 61, 348–362. doi:JAN4535
- Walker, W. M. (2014). Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study. *Emerg Med J*, 31(6), 453–458. doi:10.1136/emmermed-2012-201984
- Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A., & Fridlund, B. (2006). Narratives about resuscitation--family members differ about presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 68–74. doi:S1474-5151(05)00103-9
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege*. Bern: Huber.

#### **Autorinnen**

Therese Blättler-Remund  
RN, MScN, Pflegeexpertin APN Aufnahmestation  
Universitäre Altersmedizin Felix Platter, Basel  
therese.blaettler-remund@notfallpflege.ch

Verena Wyss  
RN, BScN, Expertin Pflege / Study Nurse / Coordinator  
Inselspital Bern

Dr. Eva-Maria Genewein  
Fachärztin für innere Medizin, interdisziplinärer Schwerpunkt klinische Notfallmedizin  
Stv. Chefärztin Innere Medizin und Notfallstation  
Spital Emmental AG; Standort Langnau i. E.

Franziska Schmidt  
RN, PHD, wissenschaftliche Mitarbeiterin Bachelorstudiengang Pflege  
Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Bern

Sursee, 06.04.2022