für die Angehörigen bleibt unklar, inwieweit sich das Notfallteam und auch die Angehörigen über mögliche Präferenzen des Patienten hinwegsetzen. An dieser Stelle gestatte ich mir eine persönliche Bemerkung: Ich wäre nicht damit einverstanden, wenn Angehörige während meiner Reanimation anwesend wären. Ich möchte nicht, dass sie erleben, wie fremde Menschen meinen Körper behandeln, ihn intubieren, defibrillieren oder eine Herzdruckmassage durchführen. Aus diesem Grunde stimme ich persönlich auch nicht mit dem Studienkonzept überein. Über die sonst immer geforderte und über allem stehende Autonomie des Patienten wurde sich kommentarlos hinweggesetzt und ein (mutmaßliches) Einverständnis nicht eingeholt. Mit keinem Wort wird dieser Umstand im Konzept der Studie oder in der Diskussion erwähnt. Daher ist das offensichtlich positive Ergebnis für die Angehörigen auch wenig hilfreich. Die Achtung vor dem (reanimierten) Patienten darf auch in dieser terminalen Situation nicht außer Kraft gesetzt werden und einem möglicherweise positiven Effekt für die Angehörigen untergeordnet werden.

Eine ähnliche Reduktion der PTSD wäre durchaus auch durch eine intensivisierte seelsorgerische oder psychologische Betreuung der Angehörigen in der unmittelbaren Reanimationsphase und im weiteren Verlauf denkbar gewesen. Auf die Bedeutung einer solchen Intervention gehen die Autoren nicht ein.

Sehr nachdenklich stimmt die Suizidrate in der Gruppe der anwesenden Angehörigen (5 Suizide, 1%). Es bleibt natürlich spekulativ, ob die sehr gravierenden Eindrücke, die eine Reanimation hervorrufen kann, zu diesen deletären Konsequenzen bei einzelnen Angehörigen beigetragen haben. Dieser Punkt muss unbedingt in der nachfolgenden Diskussion berücksichtigt werden und darf auch nicht bis zu dem Beweis des Gegenteils als statistischer Zufall bewertet werden. Die 5 Selbsttötungen müssen als mögliche ernsthafte Nebenwirkung der Teilnahme von Angehörigen an einer Reanimation eingestuft werden. Daher sollte auch zukünftig in Leitlinien zur Reanimation keine unkritische Empfehlung zur Anwesenheit von Angehörigen

während einer Reanimation ausgesprochen werden.

Fazit für die Praxis

- Zusammenfassend wirft diese Studie mehr Fragen auf als das sie Antworten gibt.
- Es bleibt unstrittig, dass wir zukünftig sehr viel genauer auf die Auswirkungen einer in der Regel nicht erfolgreichen Reanimation bei Angehörigen achten müssen.
- Ob die Anwesenheit während der Reanimation hier zukünftig eine Schlüsselrolle spielen sollte – davon konnte die vorliegende Studie mich nicht überzeugen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Janssens
Innere Medizin,
St.-Antonius-Hospital
Dechant-Deckers-Str.,
52249 Eschweiler
uwe.janssens@
sah-eschweiler.de

Interessenkonflikt. Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Doyle CJ, Post H, Burney RE et al (1987) Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 16:673–675
2. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W (1979) Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 41:209–218
3. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E et al (2013) Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 368:1008–1018
4. Lippert FK, Raffay V, Georgiou M et al (2010) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 81:1445–1451
5. McClenathan BM, Torrington KG, Uyehara CF (2002) Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: a survey of US and international critical care professionals. *Chest* 122:2204–2211
6. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D (1997) The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 18:1231–1248
7. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P et al (2003) End-of-life practices in European intensive care units: the Ethics Study. *JAMA* 290:790–797
8. Tsai E (2002) Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? *N Engl J Med* 346:1019–1021
9. Zigmund AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67:361–370

Med Klin Intensivmed Notfmed 2013 · 108:518
DOI 10.1007/s00063-013-0283-6
Online publiziert: 4. September 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

**O. Rothaug¹ · T. Müller-Wolf² ·
A. Kaltwasser³ · R. Dubb⁴ · C. Hermes⁵**

¹ Operative Intensivstation 0117/0118,
Universitätsmedizin Göttingen

² Akademie Kreiskliniken Reutlingen
GmbH, Reutlingen

³ Weiterbildung Intensiv Kreiskliniken
Reutlingen GmbH, Reutlingen

⁴ Klinikum Stuttgart Katharinen Hospital Stuttgart

⁵ Helios Klinikum Siegburg

Erratum zu: Praxis der Fixierung des Endotrachealtubus. Ergebnisse einer Umfrage unter Intensivpflegenden

In der Online-Version dieses Beitrages wurden die Vornameninitialen von T. Müller-Wolf und A. Kaltwasser leider falsch angegeben. Wir bitten, die korrekte Nennung zu beachten und den Fehler zu entschuldigen.

Die Redaktion

Korrespondenzadresse

O. Rothaug
Operative Intensivstation 0117/0118,
Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
o.rothaug@gmx.de

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00063-013-0264-9> finden.