

Aktualisierung der Leitlinie „Family-Centered Care for Adult ICUs“

Peter Nydahl, Marina Ufelmann, Maria Brauchle, Antje Scheer

Die Society of Critical Care Medicine (SCCM) aktualisierte im Februar 2025 ihre Leitlinie zur familienzentrierten Intensivversorgung. Die Empfehlungen decken zentrale Aspekte von Familienbeteiligung, Bedürfnisunterstützung, Kommunikation und Teamressourcen ab und sollen Angehörigen eine bedeutsame Rolle im Genesungsprozess eröffnen. Für den deutschsprachigen Raum ist besonders relevant, dass die Inhalte weitgehend mit den Kriterien des DGF-Zertifikats „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ übereinstimmen, während der Besuch von Kindern in der aktuellen Version keine Erwähnung findet – ein Aspekt, der in den DACH-Ländern als besonders wichtig angesehen wird.



© patcharaporn1984 / stock.adobe.com – stock photo. Posed by models

Ob als emotionale Stütze oder in einer vermittelnden Rolle, wenn Patienten sich nicht selbst äußern können – An- und Zugehörige haben entscheidenden Einfluss auf den Genesungsprozess von Patient*innen. (© patcharaporn1984 / stock.adobe.com – stock photo. Posed by models)

Die Familie spielt eine zentrale Rolle im Genesungsprozess von Intensivpatient*innen. Ihre Anwesenheit und aktive Beteiligung beeinflussen nicht nur das emotionale Wohl-

befinden der Patient*innen, sondern auch klinische Ergebnisse [1]. Familien – hier definiert als alle An-/Zugehörige bzw. Bezugspersonen, die für Patient*innen eine relevante

Bedeutung haben – dienen oft als emotionale Stütze und übernehmen wichtige Aufgaben, wie das Vermitteln von Vorlieben und Werten, insbesondere wenn Patient*innen selbst nicht kommunizieren können [2][3]. Eine enge Einbindung der Familie kann Stress, Angst und Depressionen sowohl bei den Angehörigen als auch bei den Patient*innen reduzieren. Gleichzeitig fördert eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Klinikpersonal und Familie eine effektivere Entscheidungsfindung und stärkt das Vertrauen in die medizinische Versorgung [4]. Die Zusammenarbeit mit Familien ist eines von zehn Qualitätskriterien der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) [5] wie auch Bestandteil des ICU-Liberation-Bundles der Society of Critical Care Medicine bzw. der wachen und aktiven Intensivstation [6–8]. Die Covid-19-Pandemie verdeutlichte zudem die negativen Konsequenzen restriktiver Besuchsregelungen, die zu Isolation und psychischen Belastungen bei Angehörigen führten [9][10].

Die Society of Critical Care Medicine (SCCM) veröffentlichte 2017 unter der Leitung von Jude E. Davidson eine Leitlinie zur familienzentrierten Versorgung [2]. In dieser Leitlinie wurde die Notwendigkeit betont, familienzentrierte Ansätze in der Intensivpflege zu fördern, um nicht nur die Patient*innen, sondern auch deren Familien zu unterstützen. Eine stärkere Einbindung kann die Erfahrungen der Betroffenen verbessern und eine Grundlage für langfristiges Coping und der Entwicklung von Resilienz schaffen [11–13]. Die Leitlinie wurde in den letzten Jahren überarbeitet und aktualisiert veröffentlicht [1].

Methodik und Unterschiede zur Leitlinie 2017

Die Erstellung der 2024er-Leitlinie erfolgte auf Basis einer systematischen Evidenzbewertung nach dem GRADE-Ansatz [14]. Die Leitliniengruppe definierte 15 präzise Fragestellungen im PICO-Format, um zentrale Themen der familienzentrierten Versorgung von erwachsenen Intensivpatient*innen zu strukturieren. Die Datenbankrecherchen umfassten Literatur bis März 2023 und wurden durch Empfehlungen von Expert*innen ergänzt. Alle relevanten Studien wurden doppelt gesichtet und die Datenqualität wurde gemäß Cochrane-Richtlinien bewertet [15]. Im Vergleich zur 2017er-Version der Leitlinie werden in der Version von 2024 ausschließlich Besuchsempfehlungen für erwachsene Patient*innen und Besuchende gegeben. Die aktualisierte Leitlinie weist eine stärkere Evidenzbasis auf, da mehrere neue randomisierte kontrollierte Studien integriert wurden und – wo möglich – Metaanalysen durchgeführt worden sind [1]. Ein weiterer Unterschied liegt in der Berücksichtigung von postpandemischen Herausforderungen, insbesondere den Auswirkungen eingeschränkter Familienpräsenz während der Covid-19-Krise [16]. Die neue Leitlinie beinhaltet 17 Empfehlungen (4 × generelle Familienbeteiligung, 9 × Bedürfnisse von Familien,

3 × Kommunikation, 1 × Unterstützung der Teams in der Umsetzung). Aufgrund der Evidenz ergaben sich eine starke Empfehlung, 14 konditionale Empfehlungen und zwei Best-Practice-Erklärungen.

Die Empfehlungen

Generell ist bei den folgenden Empfehlungen zu berücksichtigen, dass die Beziehungs- und Kommunikationsqualität zwischen Patient*innen, Familien und auch Mitarbeitenden sehr heterogen und von vielen Vorannahmen und Missverständnissen geprägt sein kann. Die folgenden Empfehlungen gelten für den Großteil der Besuchenden, von einer Pauschalisierung oder systematischen Benachteiligung ist abzusehen und diese ist kritisch zu reflektieren.

Die Empfehlungen sind gewichtet in „starke Empfehlung“ („soll“, „konditionale Empfehlung“ („sollte“, abhängig von den Bedingungen) und „schwache Empfehlung“ (Empfehlung kann unter bestimmten Bedingungen umgesetzt werden).

Generelle Familienbeteiligung

1. Flexible Besuchsregelungen

Empfohlen wird, flexible Besuchsregelungen in Intensivstationen standardmäßig zu ermöglichen (starke Empfehlung, Evidenzlevel: niedrig).

Kommentar

Längere Besuchszeiten verbessern im Vergleich zu kürzeren die Zufriedenheit bei Familien und reduzieren Angst und Depression ohne unerwünschte Nebenwirkungen, außerdem führen sie auch bei Patient*innen zu Vorteilen wie selteneres und kürzeres Delir [4][17]. Es konnte keine Empfehlung für eine bestimmte, fest definierte Dauer von Besuchszeiten gegeben werden. Es sollten auf der Basis der Patientensicherheit flexible Besuchszeiten in einem möglichst großen Zeitfenster angeboten werden, um den unterschiedlichen Bedürfnissen von Familien zu entsprechen mit der zusätzlichen Möglichkeit, individuelle und für alle gerechte Absprachen zu treffen, u. a. bei Besuchenden in Schichtarbeit, bei Patient*innen mit besonderen Bedingungen wie im Sterbeprozess oder bei Patient*innen im Delir [18]. Starre und limitierte Besuchszeiten wie z. B. 15–17 Uhr oder auch Besuchszeiten, die die Arbeitsabläufe des Personals erheblich beeinträchtigen, sollten vermieden werden.

2. Teilnahme an Visiten

Familien sollte die Möglichkeit gegeben werden, an Visiten teilzunehmen (konditionale Empfehlung, sehr niedrige Evidenz).

Kommentar

Die Anzahl und Qualität von entsprechenden Studien zur Visitenteilnahme ist sehr gering, hat aber gezeigt, dass die Teilnahme an Visiten machbar ist und zu einem bes-

seren Wissen über die Erkrankung und den Verlauf beitragen kann; gleichzeitig kann die Teilnahme auch zu einer Benachteiligung führen, wenn die Informationen nicht an das Bildungsniveau der Familien angepasst werden [4][19]. Die Intervention kann bei den meisten Fällen in Erwägung gezogen werden, mehr Forschung ist aber nötig [20].

3. Integration in die Pflege

Familien können in die Pflege und Versorgung der Patient*innen einbezogen werden, die Modalitäten sind allerdings unklar (konditionale Empfehlung, sehr niedrige Evidenz).

Kommentar

Auch hier sind Anzahl und Qualität von entsprechenden Studien gering und die Modalitäten der Integration sehr heterogen (von „Hand halten und motivieren“ bis zur „kompletten Ganzkörperpflege“) [4]. Die Integration reduziert bei Familien Angst und posttraumatische Belastungsstörungen und hat keine unerwünschten Nebenwirkungen gezeigt. Sie hängt aber von den Fähigkeiten der jeweiligen Familien und auch den Kompetenzen der Pflegefachpersonen ab, Familien individuell anleiten und überwachen zu können [21].

4. Anwesenheit während CPR oder invasiven Prozeduren

Empfohlen wird, die Anwesenheit von Familienangehörigen während der Wiederbelebung anzubieten, wobei ein Mitarbeitender zur Unterstützung der Familie bereitsteht (konditionale Empfehlung, geringe Evidenz). Es liegen keine ausreichenden Daten für eine Aussage zur Anwesenheit von Angehörigen bei invasiven Eingriffen am Krankenbett vor.

Kommentar

Die Anwesenheit von Familien während der CPR wird in Deutschland sehr kontrovers diskutiert. Die Reanimation eines Familienmitglieds ist eine sehr herausfordernde Situation, dennoch zeigte sich in den wenigen inkludierten Studien ein Vorteil für die Gegenwart von Familien im Hinblick auf reduzierte Angst, Depression und komplizierte Trauer bei Hinterbliebenen [22]. Die Maßnahme setzt voraus, dass das Team entsprechend geschult ist, wodurch ein Benefit für das Team erreicht werden kann, und dass die Familien das Angebot auch ablehnen dürfen [23]. Mehr Forschung ist nötig.

5. Unterstützung der Bedürfnisse von Familien

- **Bildungsangebote:** Empfohlen wird, Familien mit Bildungsangeboten zur Orientierung in der Intensivstation zu unterstützen (konditionale Empfehlung, moderate Evidenz) [19].
- **Entscheidungshilfen für Teams:** keine eindeutige Empfehlung für oder gegen spezifische Hilfsmittel zur Unterstützung einer familienzentrierten Versorgung (konditionale Empfehlung, niedrige Evidenz) [24][25]
- **Intensivtagebücher:** Die Bereitstellung von Tagebüchern zur Verarbeitung der Intensivstationszeit wird

empfohlen (konditionale Empfehlung, niedrige Evidenz) [26].

- **Entscheidungshilfen für Familien:** keine eindeutige Empfehlung für oder gegen spezifische Hilfsmittel zur Unterstützung einer familienzentrierten Versorgung (konditionale Empfehlung, niedrige Evidenz) [27]
- **Trauerbegleitung bei Hinterbliebenen:** Unterstützung für trauernde Familien wird befürwortet, ohne klare Präferenz für bestimmte Interventionen (konditionale Empfehlung, niedrige Evidenz) [28].
- **Psychische Gesundheit der Familien:** Die psychische Gesundheit und die psychologischen Bedürfnisse der Familien von Intensivpatienten sollten ermittelt und unterstützt werden [11] (bedingte Empfehlung, geringe Sicherheit der Evidenz).
- **Spiritualität:** Die spirituellen Bedürfnisse der Familien von Intensivpatient*innen sollten erkannt und unterstützt werden (konditionale Empfehlung, geringe Sicherheit der Evidenz) [29].

Kommentar

Wie auch oben ist die allgemeine Studienlage heterogen und die Evidenz begrenzt. Bildungsangebote beinhalten Flyer, Websites, Beratungen und andere Maßnahmen.

Entscheidungshilfen für Teams beinhalten Checklisten, Protokolle und Ähnliches, die auch hier sehr unterschiedlich entwickelt und angewendet worden sind; gerade zu Beginn und bei Teams mit Bildungsbedarfen können sie hilfreich sein, um eine familienzentrierte Versorgung zu beginnen und zu verbessern, für eine generelle Implementierung gibt es aber keine ausreichende Evidenz.

Intensivtagebücher haben Vorteile vor allem für Patient*innen und weniger für Familien, aber wir gehen davon aus, dass Familien es begrüßen, wenn eine Maßnahme angeboten wird, die bei Patient*innen Angst, Depression und PTBS reduzieren kann.

Entscheidungshilfen für Familien wie Videos usw. reduzieren nicht das psychologische Outcome bei Familien oder Patient*innen, es kann daher keine Empfehlung für oder wider bestimmte Tools ausgesprochen werden. Mehr Forschung ist nötig.

Ähnlich verhält es sich mit der Trauerbegleitung, die in Form von Kondolenzschreiben, Broschüren, persönlichen Gesprächen mit spezialisierten Mitarbeitenden durchgeführt worden sind, und anderen Interventionen, die überraschenderweise in Metaanalysen keine Vorteile für das psychologische Outcome zeigten, aber dennoch plausibel wirken und in Abhängigkeit von lokalen Bedingungen adaptiert und angeboten werden können.

Für die Untersuchung und Behandlung der psychischen Gesundheit von Familien wurde eine Vielzahl von Assessments und Interventionen genutzt, sodass auch hier keine

Empfehlung für bestimmte Inhalte gegeben werden kann; generell scheinen die Untersuchung und Behandlung zu weniger PTBS bei Familien zu führen, dennoch ist mehr Forschung nötig.

Spirituelle Bedürfnisse sind bei Patient*innen und Familien in einer Krise verstärkt, aber es liegen keine ausreichenden Daten vor, um eine spezifische Intervention formell zu empfehlen. Zu den in der Literatur beschriebenen Maßnahmen gehört meistens die proaktive Sensibilisierung der Familien für die Möglichkeit von Seelsorgebesuchen.

6. Best-Practice-Erklärungen

Es liegen aufgrund ungenügender Evidenz zwei Best-Practice-Empfehlungen vor:

Design der Intensivstation – familienfreundliche Räume: Empfohlen wird, familienunterstützende Bereiche in den Intensivstationen zu integrieren, um Bedürfnisse wie Ruhebereiche und Interaktionsmöglichkeiten zu erfüllen (Best-Practice-Erklärung) [30].

Chancengleichheit und Inklusion – Barrieren identifizieren und abbauen: Intensivteams sollten systematisch Hindernisse identifizieren, um die Gerechtigkeit in der Versorgung der Familien sicherzustellen und entsprechende Barrieren abzubauen (Best-Practice-Erklärung) [31].

Kommentar

Die architektonische Gestaltung mit Zimmer- und Gangaufteilung einer Intensivstation kann nur in Ausnahmen und mit viel Aufwand umgestaltet werden. Außerdem ist sie sehr unterschiedlich und kann von Einzelzimmern bis zu 30-Betten-Sälen variieren. Generell sollten Intensivstationen über Räumlichkeiten verfügen, die gezielt auf die Bedürfnisse von Angehörigen ausgelegt sind. Diese Bereiche dienen unter anderem dem Warten, der Erholung, der Einnahme von Erfrischungen sowie der vertraulichen Kommunikation und berücksichtigen darüber hinaus grundlegende Anforderungen, wie beispielsweise die Bereitstellung sanitärer Einrichtungen.

Chancengleichheit und Inklusion sollten für alle Familien gewährleistet sein. Besuchende Personen sollten nicht aufgrund ihres äußereren Aussehens oder Bildungsstands, ihrer Sprache, religiöser oder politischer Ansichten, wegen ihrer Profession oder körperlicher Unterstützungsbedarfe bevorzugt oder benachteiligt werden.

7. Kommunikation

- **Standardisierte Ansätze:** Strukturierte Familienkonferenzen und Kommunikationshilfen werden vorgeschlagen (konditionale Empfehlung, niedrige Evidenz) [32].
- **Schulung der Kommunikation:** Training für ICU-Mitarbeitende in Kommunikationsfähigkeiten wird empfohlen, wenn Ressourcen verfügbar sind (konditionale Empfehlung, niedrige Evidenz) [33].

- **Simulationstrainings:** Kommunikation sollte in Simulationstrainings, z. B. mit Schauspielenden, vermittelt werden (konditionale Empfehlung, niedrige Evidenz) [34].

Kommentar

Zu den standardisierten Ansätzen gehören der Einsatz von spezialisiertem Personal auf der Intensivstation, das die Kommunikation mit den Familien erleichtert, sowie regelmäßige strukturierte Familientreffen, bei denen die Mitarbeitenden die VALUE-Merkhilfe (engl.: Value family statements, Acknowledge emotions, Listen, Understand the patient as a person, Elicit Questions) anwenden. Diese Ansätze verbessern die Kommunikation mit Familien, ohne einen Einfluss auf das psychologische Outcome zu haben.

Kommunikationstraining könnte das psychologische Outcome bei Familien verbessern, allerdings ist die Studienlage zu heterogen, um eine bestimmte Form zu empfehlen; generell sollten alle Mitarbeitenden in Kommunikation geschult werden.

Die Trainings sollten praxisnah sein, um einen Benefit zu erreichen. Schauspielende oder Simulationszentren können hierfür eingesetzt werden, die optimale Form muss aber noch erforscht werden.

8. Ressourcen für ICU-Teams

- **Unterstützungsprogramme:** Strukturierte Programme zur Förderung familienzentrierter Versorgung werden vorgeschlagen, insbesondere zur Entlastung und Resilienzförderung der ICU-Mitarbeitenden (konditionale Empfehlung, niedrige Evidenz) [35][36].

Kommentar

Bei den in der Literatur beschriebenen Programmen handelt es sich in der Regel um vielschichtige Programme zur Qualitätsverbesserung, die sich auf die Ergebnisse für die Familie konzentrieren. Es liegen keine ausreichenden Daten vor, um ein spezifisches Programm für Mitarbeiter zu empfehlen, insbesondere im Hinblick auf Burnout, Stress und psychologische Ergebnisse.

Die Empfehlungen heben hervor, dass familienzentrierte Ansätze nicht nur den Patient*innen, sondern auch ihren Angehörigen zugutekommen und langfristig die Qualität der Intensivversorgung verbessern können.

Relevanz für die Intensivpflege im deutschsprachigen Raum

Zuerst gilt: Die 2024er-Leitlinie der SCCM zur familienzentrierten Versorgung in Intensivstationen ist für Mitarbeitende auf Intensivstationen in Deutschland nicht rechtlich bindend, da es sich bei der SCCM nicht um eine deutsche Fachgesellschaft handelt. Gleichzeitig füllt die Leitlinie aber ein Vakuum, da keine diesbezüglichen deutschen

Leitlinien oder Expertenstandards zur Verfügung stehen und Pflegefachpersonen gesetzlich dazu verpflichtet sind, sich an dem neuesten Wissen zu orientieren – und damit auch an der SCCM-Leitlinie. Damit hat die Leitlinie auch für die deutsche Intensivmedizin und -pflege eine wesentliche Bedeutung. Sie bietet einen umfassenden, evidenzbasierten Rahmen, der als Orientierungshilfe für die Gestaltung und Optimierung familienzentrierter Ansätze in Deutschland dienen kann. Viele der in der Leitlinie empfohlenen Maßnahmen – wie etwa flexible Besuchsregelungen, die Beteiligung von Familien an Entscheidungsprozessen und die Bereitstellung psychosozialer Unterstützung oder der Einsatz von Intensivtagebüchern – sind auch im deutschen Kontext hochrelevant. Sie unterstreichen die Rolle der Angehörigen als integraler Bestandteil der Patientenversorgung insbesondere bei komplexen und emotional belastenden Intensivsituationen und entsprechen damit den Empfehlungen und Qualitätskriterien der DIVI und der DGF [5][37][38].

Die angehörigenfreundliche Intensivstation

Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. (DGF) hat seit dem 1. Januar 2024 die Zertifizierung von Intensivstationen als „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ übernommen (www.dgf-online.de). Mit dem Zertifikat sollen Teams von Intensivstationen ermutigt werden, die Erkenntnisse, die in wissenschaftlichen Arbeiten gewonnen wurden, in die Praxis umzusetzen. Der Prozess zur Erlangung des Zertifikats ist übersichtlich: Nach Eingang eines Antragsformulars inkl. der benötigten Nachweise erfolgt eine Terminvereinbarung mit Besuch der Intensivstation durch eine Beauftragte/einen Beauftragten der DGF. Dabei wird auch ein Ziel für den folgenden Zertifizierungszeitraum von 2 Jahren bei Erstzertifizierungen bzw. 3 Jahren bei Rezertifizierungen festgelegt. Eine Zertifikatkunde bescheinigt die Angehörigenfreundlichkeit.

Alle aktuell zertifizierten Intensivstationen, eine Prozessbeschreibung zur Akkreditierung, Antragsformulare und eine umfangreiche Literaturliste sind online unter t1p.de/l1pm6 zu finden. Die Zertifizierung erfreut sich großer Beliebtheit, bereits ca. 18 % aller Intensivstationen in Deutschland dürfen den Ehrentitel „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ tragen.

Kinder als Besuchende werden in der Leitlinie nicht berücksichtigt

Die Leitlinie zur familienzentrierten Versorgung betont die zentrale Rolle von Angehörigen im Genesungsprozess von Intensivpatient*innen. Es ist daher bedauerlich, dass Kinder als Besuchende nicht erwähnt wurden und anderen Themen eine höhere Priorität eingeräumt worden ist. Kinder sind ein essenzieller Teil der Familie und haben ein be-

rechtigtes Bedürfnis nach Kontakt mit schwer erkrankten, nahen Angehörigen. Studien zeigen, dass gut strukturierte Besuchsprogramme für Kinder nicht nur machbar, sondern auch emotional unterstützend für alle Beteiligten sein können [37]. Die fehlende Berücksichtigung von Kindern in der US-Leitlinie scheint im Widerspruch zum familienzentrierten Ansatz in den DACH-Ländern zu stehen, der eine ganzheitliche Integration aller Familienmitglieder fordert. In den vergangenen Jahren wurde der Bedeutung der Kinder im Familiensystem auch international mehr Aufmerksamkeit eingeräumt, und wir hoffen, dass in der nächsten Überarbeitung der Empfehlungen Kinderbesuche berücksichtigt werden [39][40].

Implementierung

Die Implementierung von Leitlinien ist generell eine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe. Zur Unterstützung der Implementierung der Leitlinie „Family-Centered Care“ hat eine Untergruppe unter der Leitung von Implementierungswissenschaftler Dr. Dan Wozniczka das Implementierungstool der 2017er-Leitlinie überarbeitet und aktualisiert. Bei diesem Tool handelt es sich um eine Excel-Tabelle, in der alle Leitlinienempfehlungen tabellarisch enthalten sind und in der für die jeweilige Intensivstation angegeben werden kann, in welchem Maß die einzelnen Empfehlungen implementiert worden sind (Auswahl: nahezu immer, für gewöhnlich, manchmal, nahezu niemals). Basierend auf diesen Ergebnissen wird auf einer weiteren Seite eine Matrix zur Priorisierung bereitgestellt, in der die Empfehlungen nach Relevanz für die Implementierung einer familienzentrierten Versorgung gewichtet und gelistet werden; hier können individuelle Abweichungen und Barrieren für die Implementierung angegeben werden. Schließlich werden auf einer dritten Seite Hilfen zur Überwindung der Barrieren empfohlen, bei denen es sich meist um Links zu frei zugänglichen Studien und Empfehlungen handelt. Das aktualisierte Implementierungstool ist in englischer Sprache online unter t1p.de/je7e5 frei downloadbar.

Zur Evaluation von entsprechenden Projekten empfehlen wir die einfache und für die deutsche Sprache validierte Skala der drei Implementierungsergebnisse („Three Implementation Outcome Measures“) [41]. Die Skala erfasst in den drei Dimensionen Akzeptabilität, Angemessenheit und Machbarkeit anhand von insgesamt 12 Fragen mit einer Likert-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme vollkommen zu“ die subjektive Bewertung von Anwender*innen von Qualitätsverbesserungsprojekten. Sie kann ggf. durch offene Fragen mit Kommentaren ergänzt werden. Die Skala ist als Word-Dokument online frei verfügbar unter t1p.de/je7e5.

Als Kurzzusammenfassung der Empfehlungen dient ein One Minute Wonder (► Abb. 1).

UKSH One Minute Wonder

Empfehlungen zur familienzentrierten Versorgung

Die Society of Critical Care Medicine gibt folgende Empfehlungen zur familienzentrierten Versorgung:

Empfehlungen	Empfehlungsgrad*	Evidenz-niveau
Flexible, offene Besuchszeiten als Grundeinstellung	Soll	Gering
Option für Familien, an Visiten ihrer Patient:innen teilzunehmen	Sollte	Sehr gering
Option für Familien, an der Pflege am Bett teilzunehmen	Sollte	Sehr gering
Familienpräsenz bei Reanimation mit zugewiesenem Betreuungspersonal	Sollte	Gering
Bereitstellung von Bildungsprogrammen für Familien zur Orientierung	Sollte	Moderate
Keine Empfehlung für oder gegen spezifische Entscheidungshilfen für Familien	Sollte	Gering
Bereitstellung von Intensivtagebüchern für Familien	Sollte	Gering
Keine Empfehlung für oder gegen spezifische Entscheidungsunterstützungstools	Sollte	Gering
Bereitstellung von Trauerunterstützung für Familien verstorbener Patient:innen	Sollte	Gering
Unterstützung der psychischen Gesundheit von Familien	Sollte	Gering
Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse von Familien	Sollte	Gering
Einrichtung von Familienunterstützungszonen und Unterstützungselementen	Gute Praxis Empfehlung	-
Beseitigung von Barrieren für eine gleichberechtigte Intensivversorgung	Gute Praxis Empfehlung	-
Standardisierte Kommunikationsansätze für Familienkonferenzen	Sollte	Gering
Kommunikationstraining für das Personal	Sollte	Gering
Simulationstraining mit Schauspielenden zur Kommunikation für Mitarbeitende in der Intensivmedizin	Sollte	Gering
Strukturierte Programme zur Unterstützung von Mitarbeitenden in der familienzentrierten Versorgung	Sollte	Gering

*Soll = Starke Empfehlung; „Sollte“ = konditionale Empfehlung; „Gute Praxis Empfehlung“ = Empfehlung für die Praxis aufgrund noch fehlender Studien



Erstellt durch: Nydahl P, Ufelmann M, Brauchle M, Scheer A. Zusammenfassung der Leitlinie Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. intensiv (2024), Thieme.

► Abb. 1 Empfehlungen zur familienzentrierten Versorgung.

FAZIT

Die Leitlinie liefert wichtige Impulse für die Diskussion um Patient*innen- und Familienrechte in der Intensivpflege. In Deutschland hat die Covid-19-Pandemie ebenso wie in den USA gezeigt, wie belastend restriktive Besuchsregelungen für Angehörige und Patient*innen sind. Die Empfehlung, familienfreundliche Maßnahmen als Standard zu etablieren, könnte dazu beitragen, bestehende Regelungen in deutschen Kliniken zu überdenken und nachhaltig zu verändern.

Darüber hinaus weist die SCCM-Leitlinie auf die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit hin, die auch in Deutschland weiter gestärkt werden könnte. Ansätze wie Intensivtagebücher, Bildungsprogramme für Angehörige oder die Gegenwart von Angehörigen bei invasiven Prozeduren oder Reanimationen könnten innovative Ergänzungen zur bestehenden Praxis sein. Dies stärkt nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern auch die Patienten- und Familienorientierung in der deutschen Intensivmedizin und -pflege.

Autorinnen/Autoren



PD. Dr. rer. hum. biol. Peter Nydahl
GKP BScN MScN Pflegewissenschaft und -entwicklung; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg (A)
E-Mail: peter.nydahl@uksh.de



Marina Ufelmann
FGKP, BA, MSc ANP, TUM Klinikum, Standort Rechts der Isar, München
E-Mail: Marina.Ufelmann@mri.tum.de



Maria Brauchle
DGKP Maria Brauchle, Pflegeschule Vorarlberg, Standort Feldkirch (A); Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg (A)
E-Mail: maria.brauchle@pflegeschule-vorarlberg.at



Antje Scheer
FGKP, Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V., Berlin
E-Mail: dgf@dgf-online.de

Literatur

- [1] Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K et al. SCCM guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024. Crit Care Med 2025; e465–e482. DOI: 10.1097/CCM.0000000000006549
- [2] Davidson JE, Aslakson RA, Long AC et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Crit Care Med 2017; 45: 103–128. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002169
- [3] Hoffmann M, Nydahl P, Brauchle M et al. Angehörigenbetreuung auf Intensivstationen. Med Klin Intensivmed Notfmed 2022; 117: 349–357. DOI: 10.1007/s00063-022-00915-7
- [4] Gunnlaugsdóttir T, Jónasdóttir RJ, Björnsdóttir K et al. How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. Int J Nurs Stud Adv 2024; 7: 100251. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2024.100251
- [5] Kumpf O, Assenheimer M, Bloos F et al. Quality indicators in intensive care medicine for Germany – fourth edition 2022. Ger Med Sci 2023; 21: 1–27. DOI: 10.3205/000324
- [6] Ely EW. The ABCDEF Bundle: Science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. Crit Care Med 2017; 45: 321–330. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002175
- [7] Moraes FDS, Marengo LL, Moura MDG et al. ABCDE and ABCDEF care bundles: A systematic review of the implementation process in intensive care units. Medicine (Baltimore) 2022; 101: e29499. DOI: 10.1097/md.00000000000029499
- [8] Dayton K, Lindroth H, Engel HJ et al. Creating a culture of an awake and walking intensive care unit: In-hospital strategies to mitigate post-intensive care syndrome. Crit Care Clin 2025; 41: 121–140. DOI: 10.1016/j.ccc.2024.08.002
- [9] Rogge A, Naeve-Nydahl M, Nydahl P et al. Ethische Entscheidungsempfehlungen zu Besuchsregelungen im Krankenhaus während der COVID-19-Pandemie. Med Klin Intensivmed Notfmed 2021; 116: 415–420. DOI: 10.1007/s00063-021-00805-4
- [10] Pun BT, Badenes R, Heras La Calle G et al. Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): A multicentre cohort study. Lancet Respir Med 2021; 9: 239–250. DOI: 10.1016/s2213-2600(20)30552-x
- [11] Abdul Halim A, Tang LY, Chong MC et al. Psychological distress among the family members of intensive care unit (ICU) patients: A scoping review. J Clin Nurs 2022; 31: 497–507. DOI: 10.1111/jocn.15962
- [12] Parsons Leigh J, Krewulak KD, Zepeda N et al. Patients, family members and providers perceive family-administered delirium detection tools in the adult ICU as feasible and of value to patient care and family member coping: A qualitative focus group study. Can J Anaesth 2021; 68: 358–366. DOI: 10.1007/s12630-020-01866-3
- [13] Schofield R, Dibb B, Coles-Gale R et al. The experience of relatives using intensive care diaries: A systematic review and qualitative synthesis. Int J Nurs Stud 2021; 119: 103927. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103927
- [14] Guyatt G, Akl EA, Oxman A et al. Synthesis, grading, and presentation of evidence in guidelines: Article 7 in integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proc Am Thorac Soc 2012; 9: 256–261. DOI: 10.1513/pats.201208-060ST
- [15] Higgins JPT, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0. In: Cochrane Handbook. The Cochrane Collaboration; 2011. Abgerufen am 25.08.2025 unter: t1p.de/q8os5

- [16] Hwang DY, Zhang Q, Andrews A et al. The initial impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on ICU family engagement: Lessons learned from a collaborative of 27 ICUs. *Crit Care Explor* 2021; 3: e0401. DOI: 10.1097/cce.0000000000000401
- [17] Nassar Junior AP, Besen B, Robinson CC et al. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 2018; 46: 1175–1180. DOI: 10.1097/ccm.00000000000003155
- [18] Li J, Fan Y, Luo R et al. Family involvement in preventing delirium in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2025; 161: 104937. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104937
- [19] Kynoch K, Chang A, Coyer F et al. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: A systematic review update. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2016; 14: 181–234. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2477
- [20] Calderone A, Debay V, Goldfarb MJ. Family presence on rounds in adult critical care: A scoping review. *Crit Care Explor* 2022; 4: e0787. DOI: 10.1097/cce.0000000000000787
- [21] Joo Y, Jang Y, Kwon OY. Contents and effectiveness of patient- and family-centred care interventions in adult intensive care units: A systematic review. *Nurs Crit Care* 2024; 29: 1290–1302. DOI: 10.1111/nicc.13105
- [22] Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med* 2014; 40: 981–987. DOI: 10.1007/s00134-014-3337-1
- [23] Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs* 2019; 28: 32–46. DOI: 10.1111/jocn.14649
- [24] Pignatiello G, Hickman RL Jr., Hetland B. End-of-life decision support in the ICU: Where are we now? *West J Nurs Res* 2018; 40: 84–120. DOI: 10.1177/0193945916676542
- [25] Deffner T, Münch U, Riessen R et al. [Psychosocial care for relatives in the ICU: framework concept]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2022; 117: 600–606. DOI: 10.1007/s00063-022-00966-w
- [26] Huang W, Gao Y, Zhou L et al. Effects of ICU diaries on psychological disorders and sleep quality in critically ill patients and their family members: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med* 2024; 122: 84–91. DOI: 10.1016/j.sleep.2024.08.002
- [27] Cox CE, White DB, Hough CL et al. Effects of a personalized web-based decision aid for surrogate decision makers of patients with prolonged mechanical ventilation: A randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2019; 170: 285–297. DOI: 10.7326/m18-2335
- [28] Naya K, Sakuramoto H, Aikawa G et al. Intensive care unit interventions to improve quality of dying and death: Scoping review. *BMJ Support Palliat Care* 2024. DOI: 10.1136/spca-re-2024-004967
- [29] Torke AM, Varner-Perez SE, Burke ES et al. Effects of spiritual care on well-being of intensive care family surrogates: A clinical trial. *J Pain Symptom Manage* 2023; 65: 296–307. DOI: 10.1016/j.jpainsympman.2022.12.007
- [30] Rashid M. Two decades (1993–2012) of adult intensive care unit design: A comparative study of the physical design features of the best practice examples. *Crit Care Nurs Q* 2014; 37: 3–32. DOI: 10.1097/cnq.0000000000000002
- [31] Van Keer RL, Deschepper R, Huyghens L et al. Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: An ethnographic study. *Patient Educ Couns* 2019; 102: 2199–2207. DOI: 10.1016/j.pec.2019.06.017
- [32] Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in post-intensive care syndrome-family: A systematic literature review. *Crit Care Med* 2020; 48: e835–e840. DOI: 10.1097/ccm.0000000000004450
- [33] Wysham NG, Mularski RA, Schmidt DM et al. Long-term persistence of quality improvements for an intensive care unit communication initiative using the VALUE strategy. *J Crit Care* 2014; 29: 450–454. DOI: 10.1016/j.jcrc.2013.12.006
- [34] Downar J, McNaughton N, Abdelhalim T et al. Standardized patient simulation versus didactic teaching alone for improving residents' communication skills when discussing goals of care and resuscitation: A randomized controlled trial. *Palliat Med* 2017; 31: 130–139. DOI: 10.1177/0269216316652278
- [35] Gálvez-Herrera M, Via-Clavero G, Ángel-Sesmero JA et al. Psychological crisis and emergency intervention for frontline critical care workers during the COVID-19 pandemic. *J Clin Nurs* 2022; 31: 2309–2323. DOI: 10.1111/jocn.16050
- [36] Heras La Calle G, Oviés Á A, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med* 2017; 43: 547–549. DOI: 10.1007/s00134-017-4705-4
- [37] Brauchle M, Deffner T, Brinkmann A et al. Besuche von minderjährigen Angehörigen in der Intensiv- und Notfallmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2023. DOI: 10.1007/s00063-023-01004-z
- [38] Waydhas C, Brod T, Deininger M et al. Interprofessionelle Handlungsfelder der Pflegefachpersonen in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin. *Dtsch Med Wochenschr* 2024; 149: 904–911. DOI: 10.1055/a-2328-5953
- [39] Brauchle M, Deffner T, Nydahl P. Ten recommendations for child-friendly visiting policies in critical care. *Intensive Care Med* 2023; 49: 341–344. DOI: 10.1007/s00134-022-06974-w
- [40] Rowland A, Boulanger C, Dalton L. Supporting the bereaved child in the adult ICU: A narrative review. *Intensive Care Med* 2025. DOI: 10.1007/s00134-025-07813-4
- [41] Kien C, Griebler U, Schultes MT et al. Psychometric testing of the German versions of three implementation outcome measures. *Glob Implement Res Appl* 2021; 1: 183–194. DOI: 10.1007/s43477-021-00019-y

Bibliografie

intensiv 2025; 33: 291–298

DOI 10.1055/a-2696-0122

ISSN 0942-6035

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany