

REA-Gesprächstraining im Spital

Aktuelle Evidenz und Implementation

CodeClear-App

Prof. Sabina Hunziker
Dr. Sebastian Gross

Medizinische Kommunikation
Universitätsspital Basel

19.05.2025

FNSNF
Fonds national suisse
Schweizerischer Nationalfonds
Fondo nazionale svizzero
Swiss National Science Foundation

SGAIM SSMIG SSGIM
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Società Svizzera di Medicina Interna Generale
Swiss Society of General Internal Medicine

Universitätsspital Basel

Teil 1 Evidenz für die Besprechung betreffen der Besprechung des Reanimationsstatus

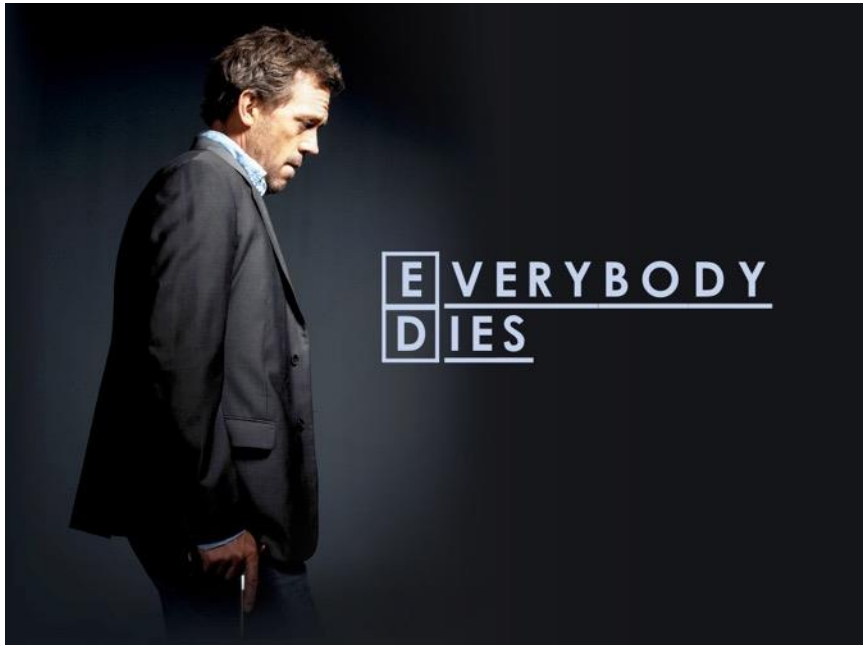
Teil 2 Implementation eines strukturierten Ansatzes – die Code Clear App

Was sollen wir im Fall eines in-hospital cardiac arrests machen?

... REA Ja!



... REA Nein!



*Merchant RM, Yang L, Becker LB, et al. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. Crit Care Med 2011

Empfehlungen SAMW

Im Rahmen eines Spitalaufenthalts sind Patientinnen nach ihren Vorstellungen zur Notfallbehandlung und zum Vorliegen einer Patientenverfügung zu befragen und ihre Haltung ist zu dokumentieren.[45] Obwohl verpflichtend, darf diese Befragung nicht einfach im Rahmen der Eintrittsroutine erfolgen. Der Einstieg in ein solches Gespräch erfolgt idealerweise über die realistische Information der Patientin über deren aktuellen Gesundheitszustand und den voraussichtlichen Krankheitsverlauf. In einem zweiten Schritt erfolgt die Befragung der Patientin bezüglich ihrer Werthaltungen und Erwartungen an das Behandlungsteam. Daraus ergibt sich schliesslich die Frage nach Reanimationsmassnahmen meist von selbst. Im Gespräch muss ein Abgleich mit den Angaben in der allfälligen Patientenverfügung erfolgen.

aus: Reanimationsentscheidungen 2021;
Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften, SAMW

Prognose In Hospital Cardiac Arrest *

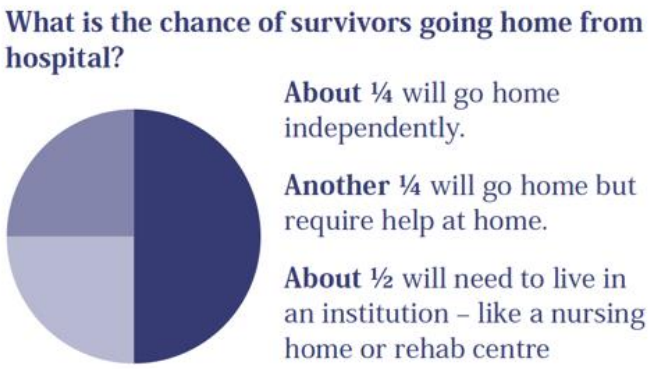
Prävalenz

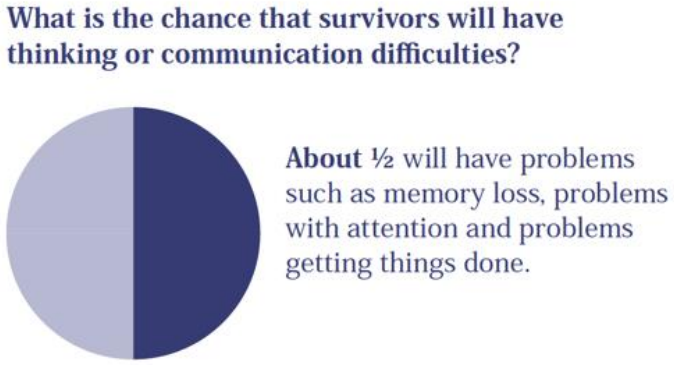
- Geschätzt 200.000 IHCA in den USA*
- 2-3% aller hospitalisierten Patienten

Überlebenswahrscheinlichkeit bis Entlassung

- Etwa 20%**

Wahrscheinlichkeit neurologischer Folgeschäden

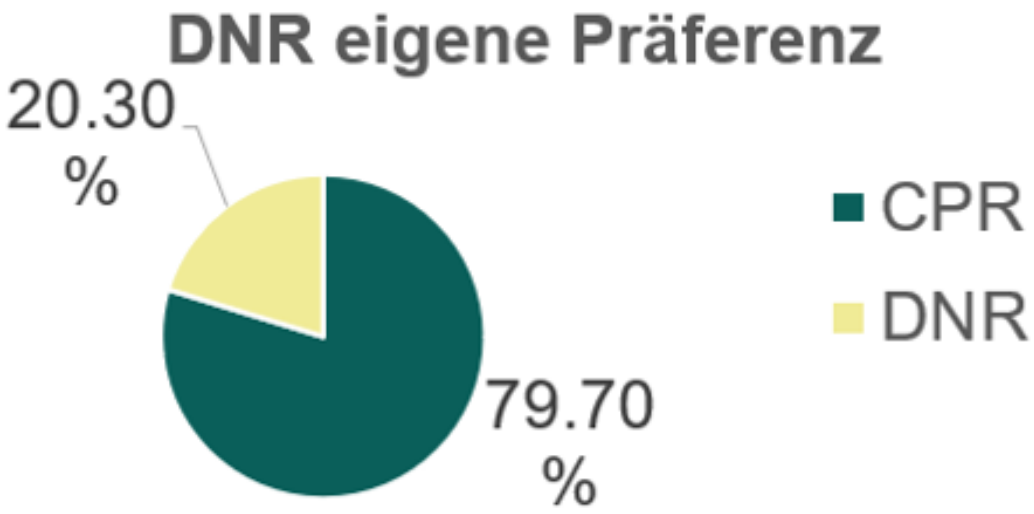




*Merchant RM, Yang L, Becker LB, et al. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. Crit Care Med 2011

**Girotra, S. and P.S. Chan, Trends in survival after in-hospital cardiac arrest. N Engl J Med, 2013.

Einschätzung der Prognose durch die Bevölkerung



DNR Präferenz in der Gesamtbevölkerung (n=1044)

RESUSCITATION PLUS 14 (2023) 100383

Available online at www.sciencedirect.com

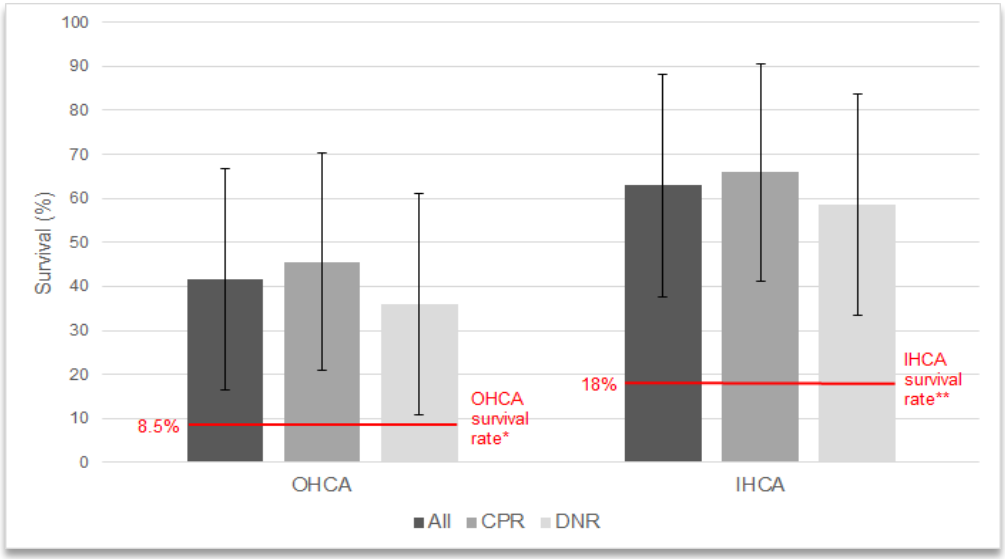
Resuscitation Plus

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation-plus

Clinical paper

"Do-not-resuscitate" preferences of the general Swiss population: Results from a national survey

Sebastian Gross[a,1], Simon A. Amacher[a,b,c,1], Anton Rochowski[d], Stefan Reiser[d], Christoph Becker[a,c], Katharina Beck[a], René Blatter[a], Christian Emsden[b,e], Coralie Nkoulou[f], Raoul Sutter[b,g], Kai Tisljar[b], Hans Pargger[b,g], Stephan Marsch[b,g], Sabina Hunziker[a,g,]*



Universitätsspital Basel

NEJM Evidence

FNSNF
Fonds national suisse
Schweizerischer Nationalfonds
Fondo nazionale svizzero
Swiss National Science Foundation

Published April 22, 2025
NEJM Evid 2025;4(5)
DOI: 10.1056/EVIDoa2400422

ORIGINAL ARTICLE

A Randomized Trial of Shared Decision-Making in Code Status Discussions

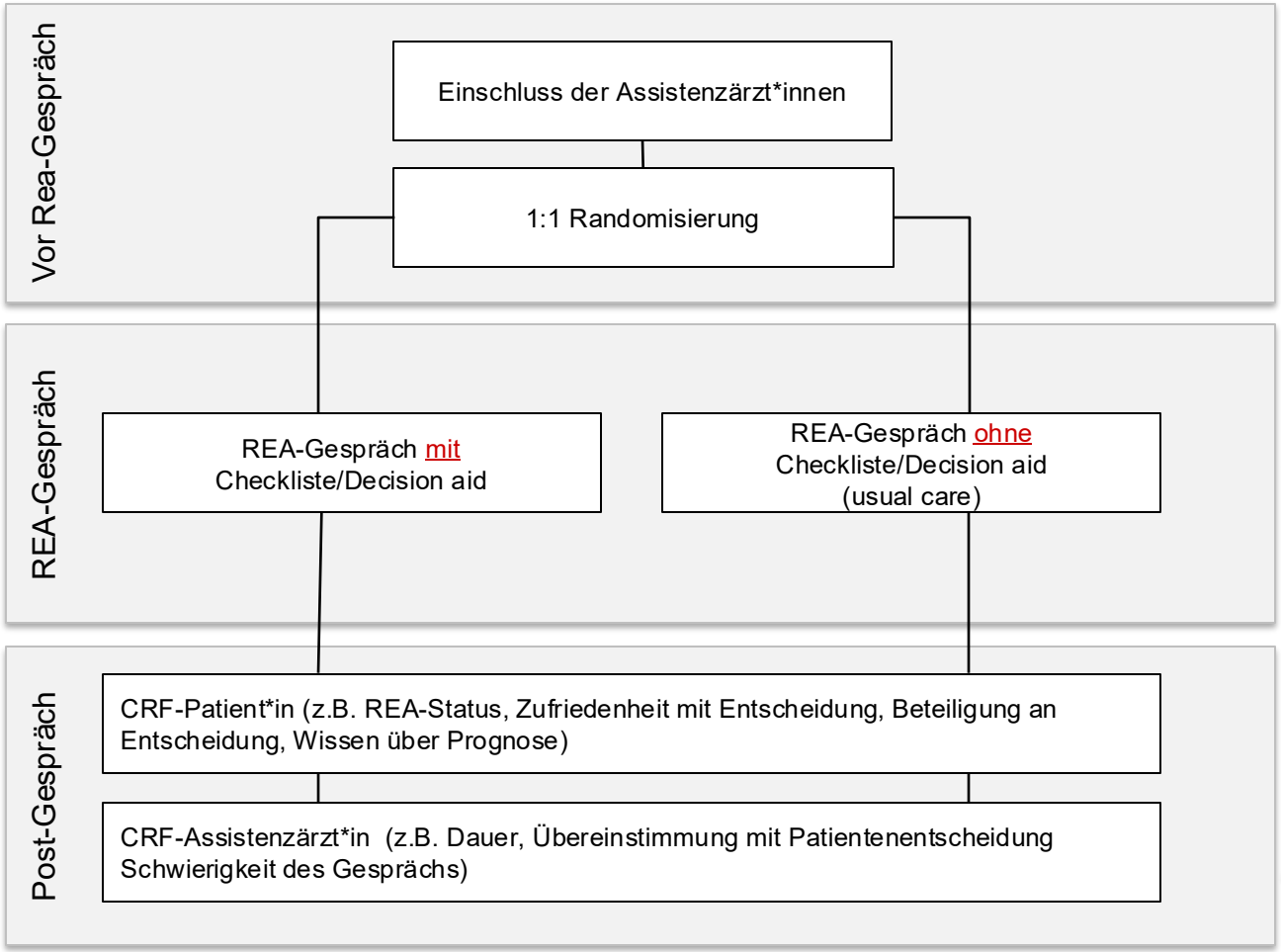
Christoph Becker, M.D.,[1,2] Sebastian Gross, Ph.D.,[1] Katharina Beck, Ph.D.,[1] Simon A. Amacher, M.D.,[1,3] Alessia Vincent, Ph.D.,[1] Jonas Mueller, M.D.,[1] Nina Loretz, M.D.,[1] Rene Blatter, M.D.,[1] Chantal Bohren, M.D.,[1] Tabita Urben, M.D.,[1] Armon Arpagaus, M.D.,[1] Rainer Schaefert, M.D.,[1] Philipp Schuetz, M.D., M.P.H.,[4,5] Nina Kaegi-Braun, M.D.,[5] Lena Stalder, M.D.,[5] Jörg D. Leuppi, M.D., Ph.D.,[4,6] Drahomir Aujesky, M.D., M.Sc.,[7] Christine Baumgartner, M.D., M.A.S.,[7] Balthasar Hug, M.D., M.P.H.,[8] Hannah Schmieg, M.D.,[8] Valentina Delfine, M.D.,[8] Thomas Peters, M.D.,[9] Arnoud J. Templeton, M.D.,[4,10,11] Stefano Bassetti, M.D.,[4,12] and Sabina Hunziker, M.D., M.P.H.[1,4]

Abstract

BACKGROUND The effect of a shared decision-making approach on patients' code status decisions remains unknown. We compared an approach for shared decision-making with usual care to evaluate the effect on patients' code status preferences and quality of decision-making.

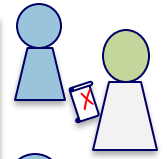
Universitätsspital Basel
luzerner kantonsspital
Kantonsspital Baselland
INSELSPITAL UNIVERSITÄTSSPITAL BERN HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
stClaraspital
Kantonsspital Aarau

CLEAR-Studie
Ablauf und Einbindung in klinischen Alltag

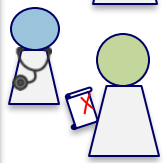




Durchführung REA-Gespräch



Durchführung CRF-Patient*in (ca. 20 Min)



Durchführung CRF-AA (ca. 3 Min)

CLEAR Checkliste

1 Clinician-Patient Engagement

Zu Beginn den Patienten darauf hinweisen, dass…

- es empfohlen wird, dieses Gespräch mit allen Patienten routinemässig zu führen – auch wenn ein Herzkreislaufstillstand aktuell nicht erwartet wird
- der REA-Status keinen Einfluss auf die sonstige Behandlung hat
- wir jetzt eine Entscheidung treffen möchten
- wir diese Entscheidung in der Akte dokumentierender
- Patient mitentscheidet

2 Learn & Inform

- Erfragen, ob Patient sich diesbezüglich schon Gedanken gemacht hat
- Zusammenfassen, was Patient sagt und weitere massgeschneiderte Informationen ankündigen
- Therapeutische Möglichkeiten bei einem Herz-Kreislaufstillstand erläutern:

a) Lebenserhaltende Massnahmen

- Herzdruckmassage
- Intubation/Beatmung
- Kreislaufstabilisierende Medikamente

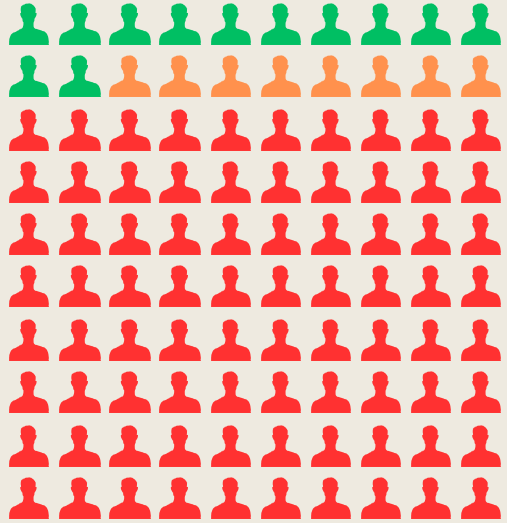
Vorteile: Patient könnte erfolgreich reanimiert werden
Nachteile: Prognose oft schlecht (die meisten Patienten sterben trotz Reanimation, häufig neurologische Schäden / pflegebedürftig), Rippenbrüche

b) Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen und Fokussierung auf Leidenslinderung (Schmerz, Atemnot)
Vorteile: kein Leiden, keine Beschwerden durch Intubation, keine Komplikationen
Konsequenz: Patient verstirbt









Etwa als **80** von 100 Wiederbelebten sterben trotz Wiederbelebung im Krankenhaus

Etwa **8** von 100 Wiederbelebten überleben, jedoch mit erheblichen neurologischen Schäden

Etwa **12** von 100 Wiederbelebten überleben und können ein eigenständiges Leben führen

3 Explore Patient Preferences

Präferenz des Patienten erfragen

- Verständnis, Erwartungen, Überzeugungen, Lebenshaltung
- Entscheidung fällen, ggf. Reanimationsmassnahmen aushandeln (Reanimation, Intubation, Intensivstation)

4 Assess & Document

- Gemeinsame Entscheidung (REA/Intubation/IPS) im Klinikinformationssystem dokumentieren
- Erklären, dass der festgelegte Entscheid zu jedem Zeitpunkt wieder geändert werden kann

5 Review Advance Directive

Erfragen, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist – wenn ja, was steht drin und im Klinikinformationssystem dokumentieren

Wie wichtig ist Ihnen	Nicht wichtig			Wichtig			Option erwägen, wenn einem dieses wichtig ist
… länger leben	0	1	2	3	4	5	✓ Reanimation befürworten
… schwere Hirnschäden vermeiden	0	1	2	3	4	5	✗ Reanimation ablehnen

NEJM Evid. 2025 May;4(5)

Resultate

Fig 3A

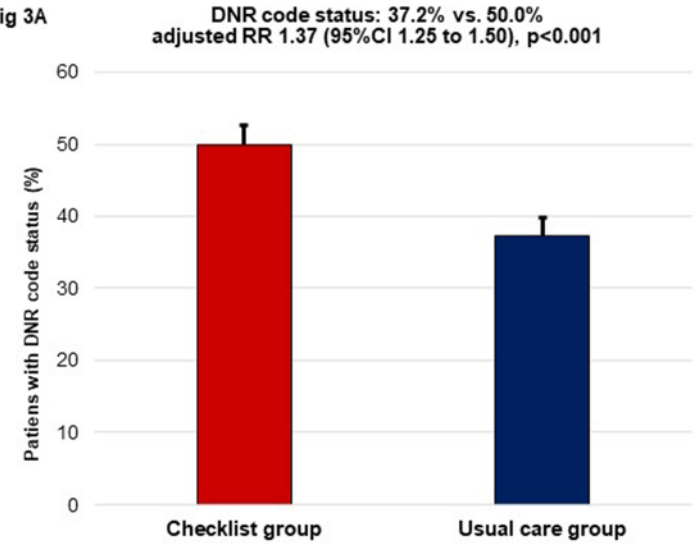


Fig 3B

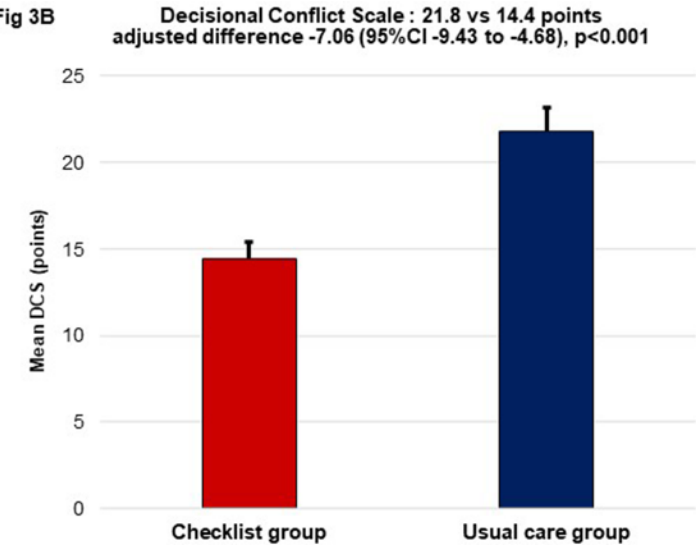


Fig 3C

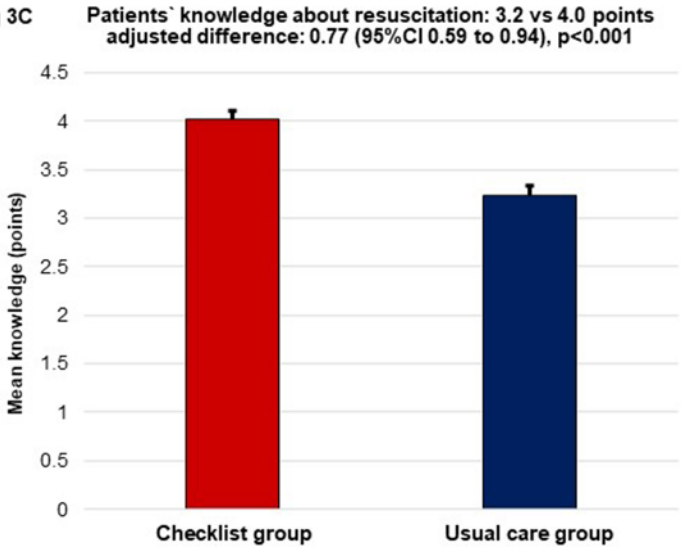
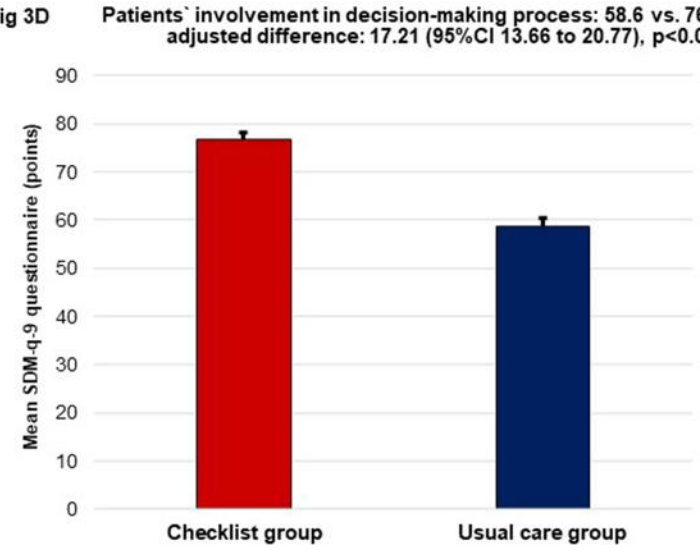


Fig 3D





„Medical Futility“

Ergebnisse einer multizentrischen Studie für einen strukturierten Ansatz für des Reanimationsgesprächs

GUIDE – TRIAL: Patienten, bei denen eine Herz-Lungen-Wiederbelebung als aussichtslos angesehen welrden könnte

«Futility» - Kommunikationsstrategie

= Aussichtslosigkeit;

Patienten, bei denen Reanimationsmassnahmen **aus medizinischer Sicht keine Aussicht auf Erfolg**, sprich Überleben hätten

Bei diesen Patienten ist ein **«shared decision-making» nicht indiziert**, da es keine gleichwertigen Optionen gibt

Keine einheitliche Kriterien für «Futility»
bei Wiederbelebungsmassnahmen

Schwierige Kommunikationssituationen

SAMW ASSM
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

„…dass es ethisch nicht gerechtfertigt ist, aussichtslose Rea-Massnahmen durchzuführen…würden Patientinnen und Patienten unnötig belasten und lediglich die Sterbephase verlängern.“

«Futility» - Kommunikationsstrategie

JAMA Network Open

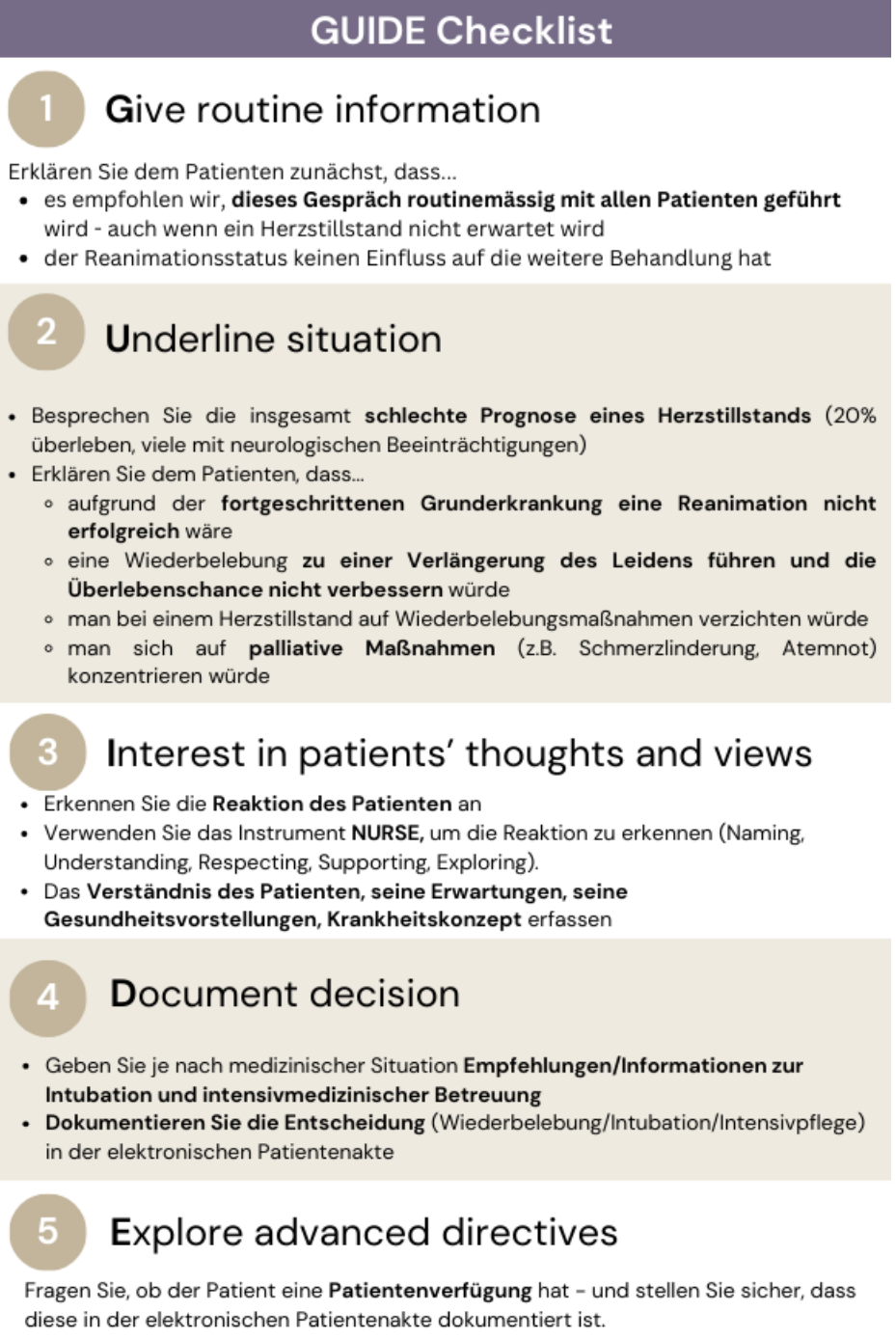
Original Investigation | Medical Education

Checklist-Guided Code Status Discussions in Patients for Whom Cardiopulmonary Resuscitation Is Considered Futile

An Analysis of a Randomized Clinical Trial

Armon Arpagaus, MD; Leta Arpagaus, BMed; Christoph Becker, MD; Sebastian Gross, PhD; Flavio Gössi, MD; Benjamin Bissmann, MMed; Samuel Kaspar Zumbrunn, MMed; Philipp Schuetz, MD, MPH; Jörg D. Leuppi, MD, PhD; Drahomir Aujesky, MD; Balthasar Hug, MD, MPH; Thomas Peters, MD; Stefano Bassetti, MD; Sabina Hunziker, MD, MPH

JAMA open 2025



GUIDE Checkliste – Wenn Reanimationsmassnahmen nicht sinnvoll sind

- kein **signifikanter Unterschied bezüglich dem dokumentierten Reanimationsentscheid**
- **niedrigere Rate bezüglich des Entscheids für eine intensivmedizinische Behandlung** im Falle einer Verschlechterung.
- kein **signifikanter Unterschied in den Sorgen/Ängsten und der emotionalen Belastung der Patienten**
- Ärztliches Fachpersonal empfindet die Diskussion eines futilen Rea-Status **einfacher mit Checkliste**

Implementation eines strukturierten Ansatzes – die Code Clear App



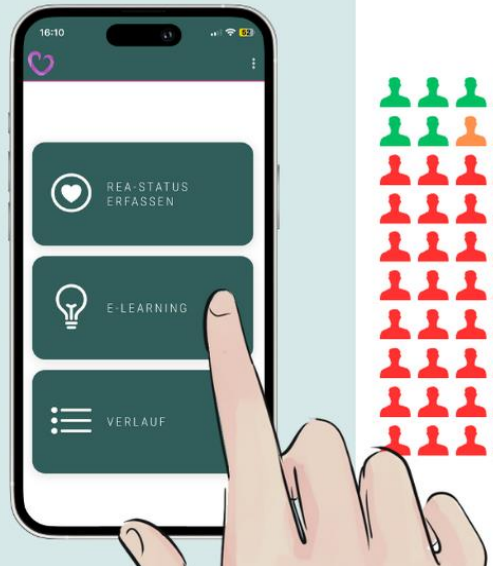
Code Clear

Der Standard für die strukturierte Besprechung des Reanimationsstatus.

Einführung

1 Workshop/ E-Learning



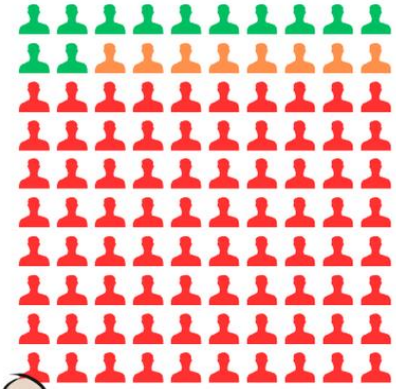


Vor dem Gespräch

2 Individueller Prognoserechner



- Alter
- Neurologie
- Laborwerte
- Tumor-diagnosen
- ...



3 Kommunikations-strategien



Bei durchschnittlicher Überlebens-wahrscheinlichkeit

CLEAR Checkliste
Clinician-Patient Engagement
Learn and Inform
Explore Patient Preferences
Assess and Document
Review Advance Directives

oder

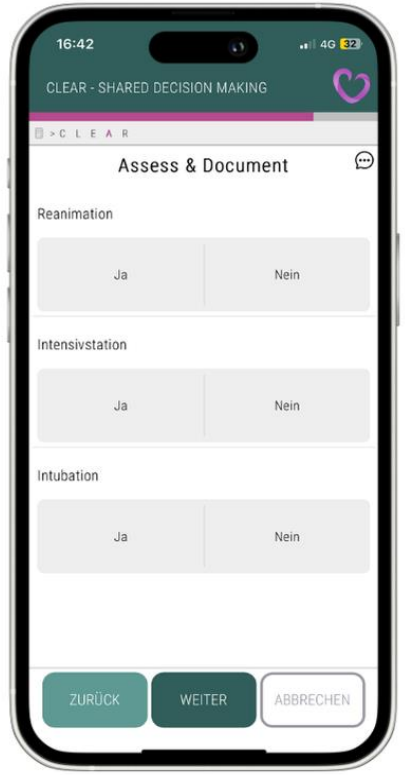


Bei sehr geringer Überlebenswahr-scheinlichkeit

GUIDE Checkliste
Give routine information
Underline situation
Interest in patients' thoughts
Document decision
Explore advance directives

Strukturierte und patientenzentrierte Besprechung des Reanimationsstatus

4 Reanimationsstatus Besprechen und Festlegen



5 Dokumentation als PDF im Klinik-informationssystem





sitätsspital

Ausblick: Schweizweite Implementierung des CLEAR-Standards

- Implementierung der Code Clear App als **Standard der Besprechung des Reanimationsstatus**
- Ausrollung in **internistischen Abteilungen** in der Schweiz.
- Ausbildung der **Assistenzärztinnen und Assistenzärzte** an verschiedenen Zentren.



Universitätsspital Basel

Merci