



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Die Intensivstation</b> .....	<b>10</b>
3.1 Definition Intensivstation .....	10
3.2 Die kritisch Erkrankten auf der Intensivstation .....	11
<b>4. Angehörige auf der Intensivstation</b> .....	<b>12</b>
4.1 Definition und Begriffserklärung Angehörige .....	13
4.2 Bedeutung der Angehörigen für die kritisch Erkrankten .....	14
4.3 Bedeutung der Angehörigen für das Pflegepersonal.....	15
<b>5. Belastungserleben der Angehörigen auf der Intensivstation</b> .....	<b>16</b>
5.1 Erleben von Unsicherheit und Ungewissheit .....	16
5.2 Erleben von starken Emotionen .....	18
5.3 Folgen des Belastungserlebens.....	20
<b>6. Interventionen zur Reduktion des Belastungserlebens Angehöriger</b> .....	<b>22</b>
6.1 Das Intensivtagebuch.....	22
6.2 Die Angehörigengespräche .....	23
<b>7. Ergebnisse zu den Auswirkungen der Interventionen auf die Angehörigen</b> .....	<b>25</b>
7.1 Ergebnisse zu dem Intensivtagebuch .....	25
7.2 Ergebnisse zu den Angehörigengesprächen.....	27
<b>8. Diskussion</b> .....	<b>33</b>
<b>9. Fazit</b> .....	<b>42</b>
<b>10. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>45</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>54</b>

## 1. Einleitung

In Deutschland wurden im Jahr 2015 insgesamt 2.150.568 Menschen im Krankenhaus intensivmedizinisch behandelt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015). Intensivmedizinisch behandelt bedeutet, dass die lebensbedrohlich erkrankte Person unter höchstem Aufwand überwacht und behandelt wird (Larsen, 2016). Dies geschieht mit Hilfe von speziell ausgebildetem, pflegerischen und ärztlichen Personal. Durch den Fortschritt der modernen Intensivmedizin, können immer mehr Menschen in lebensbedrohlichen Situationen auf der Intensivstation überleben (ebd.).

Wird ein Mensch auf die Intensivstation aufgenommen, erfolgt dies meist plötzlich und unerwartet. Dieser Aufenthalt stellt für alle Beteiligten eine Extremsituation dar (Dehner et al., 2016). Die Vorbereitung auf den intensivmedizinischen Krankenhausaufenthalt und dessen Planung haben oft nicht stattgefunden (George/George, 2003). Die möglicherweise lebensbedrohliche Erkrankung eines nahestehenden Menschen stellt vor allem für die Angehörigen eine Stresssituation dar und führt zu Veränderungen und Belastungen in der Familie, weshalb den Angehörigen mehr Beachtung gegeben werden sollte (Nagl-Cupa/Schnepp, 2010).

Die belastende Situation fängt für die Angehörigen bereits vor den Türen der Intensivstation an. Die äußeren, strukturellen und vorgegebenen Bedingungen wie z.B. Besuchszeiten oder Anmeldungen von Besuchen zeigen, dass sich für die Angehörigen eine besondere Situation ergibt (Kuhlmann, 2004).

Dennoch sind die Angehörigen für die Betroffenen in solch einer Extremsituation da und bilden eine wichtige Ressource für diese. Sie geben den Betroffenen Geborgenheit, Orientierung, Nähe und Hoffnung, womit die Angehörigen zu einem Teil der Umgebung der kritisch Erkrankten werden (Wesch et al., 2013). Qualitative Studien belegen, dass Familienangehörige oder andere wichtige Bezugspersonen eine entscheidende Rolle für die Genesung der kritisch Erkrankten spielen (Kuhlmann, 2004; Metzinger, 2003).

Doch die Anwesenheit der Angehörigen auf der Intensivstation stößt oftmals auch auf Schwierigkeiten. Dabei sind nicht nur organisatorische und räumliche Gründe zu nennen, sondern auch der Umstand, dass die Angehörigen selbst Betroffene der

Situation sind, erschwert den Allgemeinzustand auf der Intensivstation (Hannich et al., 2015). Problematisch ist jedoch, dass durch die immer höher werdenden technischen, komplexeren und pflegerischen Aufgaben, der Fokus von den Pflegenden hauptsächlich auf das PatientInnenbett gelegt wird (Kornberg, 2015). Dadurch wird die belastende Situation der Angehörigen von den Pflegenden oft nicht wahrgenommen (Nagl-Cupal/Schnepp, 2010).

Die aktuelle Forschung zeigt auf, dass die Analyse des Erlebens der Angehörigen, vermehrt in den Fokus der Wissenschaft rückt. Immer mehr Studien untersuchen das Erleben und die Verarbeitung des Erlebten von Angehörigen auf der Intensivstation (Winkler, 2008). Durch die vitale Bedrohung der kritisch Erkrankten erfahren die Angehörigen Bestürzung, Ungewissheit, Gefühlschaos und Stress. Gerade in der Anfangsphase sind die Angehörigen verunsichert. Sie kennen die Abläufe noch nicht, wissen nicht wie es um den Verwandten steht bzw. wie es weitergeht und wie sie sich verhalten sollen (ebd.). Wissenschaftliche Studien belegen außerdem, dass Angehörige von kritisch Erkrankten durch die plötzliche Erkrankung, psychischen Belastungen und Symptomen wie Angst, Depression oder posttraumatischem Stresserleben ausgesetzt sind (McAdam et al., 2012). Diese Symptome haben Angehörige oft auch noch lange nach der Entlassung der Betroffenen von der Intensivstation (ebd.).

Aus diesem Anlass ist das Ziel dieser Arbeit, das Belastungserleben der Angehörigen von kritisch Erkrankten während des Intensivaufenthaltes darzustellen. Es soll verständlich gemacht werden, dass nicht nur die kritisch Erkrankten sich während des Intensivaufenthaltes in einer Krise befinden, sondern auch deren Angehörige von dieser Krise betroffen sind. Darüber hinaus soll aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten es gibt, Angehörige auf der Intensivstation zu unterstützen, um deren Belastungserleben entgegenzuwirken. Die daraus resultierenden Erkenntnisse sollen das Pflegepersonal auf den Intensivstationen sensibilisieren, die Perspektive der Angehörigen stärker in den Fokus zu setzen. Das Wissen über das Belastungserleben der Angehörigen und über mögliche Interventionen für die Angehörigen auf den Intensivstationen, soll dazu beitragen, dass Pflegende diese Ergebnisse reflektieren und diskutieren.

Um dieses Ziel zu verfolgen, lautet die Fragestellung dieser Arbeit:

*„Führt die aktive Integration der Angehörigen von kritisch Erkrankten auf der Intensivstation, zur Reduktion ihres Belastungserlebens während des Intensivaufenthaltes?“*

Um die handlungsleitende Frage beantworten zu können, wird im zweiten Kapitel das methodische Vorgehen dieser Arbeit veranschaulicht. Dieser Teil der Arbeit zeigt auf, welche Datenbanken, Internetseiten, Kataloge und Zeitschriften für die Beantwortung der Fragestellung genutzt wurden. Zum Einstieg in das Thema, findet zu Anfang eine Darstellung des Settings der Intensivstation statt. Das Kapitel soll verdeutlichen, wo die Unterschiede zu einer peripheren Station liegen. Um einen umfassenden Eindruck zu dem Thema zu bekommen, wird keine Spezialisierung der einzelnen Fachdisziplinen auf der Intensivstation vorgenommen. Nachfolgend wird dann der kritisch erkrankte Mensch auf der Intensivstation betrachtet. Es findet eine Begriffsdefinition dieser Personengruppe statt. PatientInnen, welche zur Überwachung auf die Intensivstation kommen, beispielsweise wegen eines operativen Eingriffes, werden in dieser Arbeit nicht thematisiert. Fokussiert wird sich ausschließlich auf die kritisch Erkrankten, die plötzlich und unerwartet intensivmedizinisch betreut werden müssen. Der Abschnitt soll verdeutlichen, in was für einer krisenhaften Situation sich die kritisch Erkrankten befinden, um anschließend auf die Bedeutung der Angehörigen für die kritisch Erkrankten eingehen zu können. Im Fokus des vierten Kapitels stehen die Angehörigen auf der Intensivstation. Zunächst findet eine Begriffsdefinition der Gruppe der Angehörigen statt. Des Weiteren wird auf die Bedeutung der Angehörigen auf der Intensivstation eingegangen. Das Kapitel soll darlegen, warum Angehörige für die kritisch Erkrankten und für das Personal auf der Intensivstation von zentraler Bedeutung sind. Darauf aufbauend, folgt im fünften Kapitel ein Einblick in das Belastungserleben der Angehörigen beim Aufenthalt eines kritisch erkrankten Familienmitgliedes auf der Intensivstation. Damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann, ist es wichtig die Perspektive der Angehörigen einzunehmen, um ein umfassendes Verständnis dafür zu erlangen, wie diese den Intensivaufenthalt erleben. Erst durch die Identifizierung des Erlebens der Angehörigen, kann im Anschluss nach geeigneten Interventionen gesucht werden, die es ermöglichen, Angehörige bestmöglich auf der Intensivstation zu integrieren. Außerdem werden

mögliche Folgen des Belastungserlebens bei den Angehörigen aufgezeigt. Der Abschnitt soll darauf aufmerksam machen, dass diese besondere Situation, in denen sich die Angehörigen befinden, langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Angehörigen haben kann. Das sechste Kapitel befasst sich dann mit der Vorstellung der ausgewählten Interventionen. Es werden gezielte Interventionen aufgezeigt, die Einfluss auf das Erleben der Angehörigen während des Intensiv Aufenthaltes haben können. Dabei liegt der Fokus ausschließlich auf kommunikative Interventionen, die unter anderem auch in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals fallen. Der hier vorliegende Begründungsrahmen lässt sich aus dem Krankenpflegegesetz entnehmen. Laut dem Krankenpflegegesetz ist ein Ausbildungsziel in der Pflege die *„Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugsperson“* eigenverantwortlich auszuführen (§ 3 Abs. 2, Nr. 1c, KrPflG.). Nach kurzer Beschreibung der Interventionen geht es im siebten Kapitel darum, ob die aufgeführten Interventionen den Angehörigen dabei helfen, das Belastungserleben auf der Intensivstation besser verarbeiten zu können. Das Wissen über die Möglichkeiten, Angehörige auf der Intensivstation zu integrieren, soll Pflegende dazu anregen, diese Maßnahmen zu reflektieren und zu diskutieren. In Kapitel acht werden die durch diese Arbeit gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der handlungsleitenden Fragestellung vorgestellt und diskutiert. Es findet eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse statt. Zudem wird argumentativ aufgezeigt, welchen Einfluss die Interventionen auf das Belastungserleben der Angehörigen haben können und welche Barrieren es bei der Umsetzung und Durchführung dieser Maßnahmen gibt. Das folgende und letzte Kapitel besteht aus einem Fazit, welches alle wichtigen Ergebnisse und Erkenntnisse der Arbeit zusammenfasst und eine abschließende Beantwortung der handlungsleitenden Fragestellung gibt.

## **2. Methodisches Vorgehen**

Um die Forschungsfrage dieser Arbeit möglichst explizit und wissenschaftlich beantworten zu können, wurde eine umfangreiche systematische Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken MEDLINE und CINAHL vorgenommen. Die systematische Literatursuche erfolgte im Zeitraum von Dezember 2016 bis April 2017. Zusätzlich wurde im Internet, unter Zuhilfenahme

der Suchmaschine Google Scholar, nach geeigneten Veröffentlichungen gesucht, sowie die Springer Verlagsdatenbank genutzt. Des Weiteren fand im Internet eine Recherche nach nationalen und internationalen Seiten von Fachgesellschaften und Verbänden statt, die sich mit der zu behandelnden Thematik auseinandersetzen. Zudem wurde in der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der HAW-Hamburg nach geeigneten Zeitschriften recherchiert. Auch der HAW-Katalog und der Campus-Katalog wurden für die Bearbeitung der Thematik verwendet. Zudem fand eine Handrecherche an der ärztlichen Zentralbibliothek und an der HAW-Bibliothek statt, sowie eine Handsuche in den Fachzeitschriften der HAW.

Um zu Beginn der Recherche einen gewissen Überblick über das Thema und über die publizierte Literatur zu bekommen, wurde die Fragestellung in einzelne Komponenten zerlegt und Suchbegriffe festgelegt. Zudem wurden Synonyme für die einzelnen Begriffe verwendet, um die Suche möglichst breit zu halten. Für die Übersetzung der Suchbegriffe und Synonyme ins englische wurde das „LEO-Online-Wörterbuch“ genutzt. Die angewandten Suchbegriffe sind in Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1: Suchbegriffe**

<b>Deutsche Begriffe</b>	<b>Englische Begriffe</b>	<b>Englische Synonyme</b>
Angehörige	relatives	family, family members, partner, close relatives, next of kin
kritisch kranke PatientInnen	critically ill patients	intensive care patients
Intensivstation	intensive care unit	icu, intensive care, critical care, critical care unit
Belastungen	burden	stress, strain, distress
Erleben	Experience	perspective, perceptions, view
Interventionen	Intervention	treatment
Unterstützung	support	aid, assistance, inclusion, family support
familienzentrierte Pflege	family-centered care	family centred care, family oriented care

(Eigendarstellung von Nina Romanowski, 2017)

Um die handlungsleitende Fragestellung dieser Arbeit zu beantworten, muss zunächst herausgefunden werden, wie sich der Intensivaufenthalt auf die Angehörigen auswirkt. Dazu wurde nach dem Belastungserleben der Angehörigen recherchiert. Erst im nächsten Schritt kann dann nach geeigneten Interventionen gesucht werden, die aufzeigen, wie adäquat auf das Belastungserleben der Angehörigen eingegangen werden kann.

Für die systematische Suche in den genannten Datenbanken wurde nach der Festlegung der Suchbegriffe und Synonyme, diese in den jeweiligen Datenbanken identifiziert und jeweils in Kombination mit den Boole'schen Operatoren AND, NOT und/oder OR verbunden. Um eine möglichst große Anzahl an Treffern und passenden Studien und Artikeln zu erhalten, wurden in den Datenbanken keine Filter eingesetzt. Da die Trefferanzahl zu Beginn der Recherche sehr hoch war, fand eine erweiterte Suche mit MeSH-Begriffen statt. Dadurch konnte die Treffermenge in den Datenbanken erheblich reduziert werden. Sofern die Überschriften für die Fragestellung geeignet waren, wurde der Abstract gelesen. Passte dieser weiterhin zur Fragestellung, wurde ebenfalls der Volltext gelesen.

Zur Auswahl der Literatur wurden des Weiteren Ein- und Ausschlusskriterien definiert, die in der nachfolgenden Tabelle 2 dargestellt sind.



**Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien**

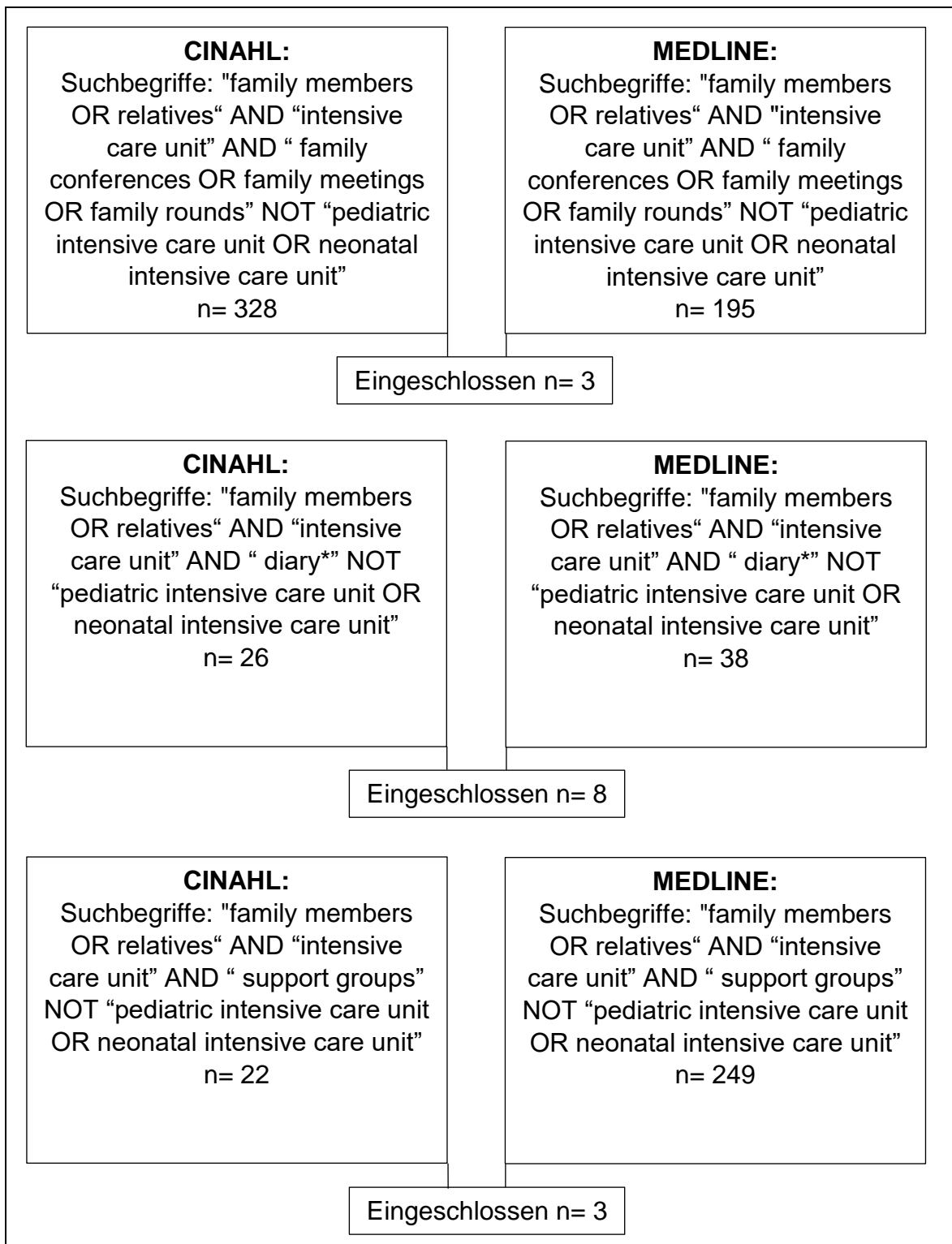
Population	<p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwachsene ab 18 Jahren als PatientIn auf der Intensivstation</li> <li>• Angehörige aller Altersstufen</li> </ul> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder und Neugeborene als PatientIn auf der Intensivstation</li> <li>• Kognitiv eingeschränkte PatientInnen wie z.B. demenziell erkrankte Menschen</li> </ul>
Setting	<p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Intensivstation</li> <li>• Erwachsene Intensivstation</li> </ul> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulantes Setting</li> <li>• Periphere Stationen</li> <li>• Neugeborenen Intensivstation</li> <li>• Pädiatrische Intensivstation</li> </ul>
Publikationsdetails	<p>Einschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprache: Deutsch und Englisch</li> <li>• Keine Eingrenzung des Publikationsjahrs</li> <li>• Alle Publikationsarten</li> </ul> <p>Ausschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere Sprachen</li> </ul>

(Anlehnung an Schoberer et al., 2011, S.10, Ergänzungen von Nina Romanowski, 2017)

Nachdem das Belastungserleben identifiziert wurde, folgte im nächsten Schritt eine Recherche nach Interventionen, die Einfluss auf das Belastungserleben der Angehörigen haben können. Dabei wurden die Suchbegriffe zunächst sehr offen gehalten (siehe Tabelle 1), um sich einen Überblick über mögliche Interventionen zu verschaffen. Auch hier wurden keine Filter gesetzt und mit den Boole'schen Operatoren gearbeitet.

Nach Sichtung der Literatur wurde eine internationale Leitlinie in der Datenbank MEDLINE mit der Überschrift „*Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal,*

*Pediatric, and Adult ICU*“ ausfindig gemacht, die im Januar 2017 von der Arbeitsgruppe Davidson et al. publiziert wurde. Durch die Aktualität der Leitlinie, wurde sich dazu entschieden, diese zu berücksichtigen und mit in die Thematik einzubeziehen. Die Leitlinie spricht Empfehlungen für eine familienorientierte Betreuung auf der Intensivstation aus (Davidson et al., 2016). Nach dem Lesen der Empfehlungen konnte sich ein Überblick über mögliche Interventionen verschafft werden. Es wurden Interventionen ausgewählt, die für die Beantwortung der Fragestellung als wichtig empfunden wurden. Danach konnten die Suchbegriffe im nächsten Schritt deutlich spezialisiert werden. Gesucht wurde dann in den obig aufgeführten Datenbanken mit den Suchbegriffen „family conferences OR family meetings OR family rounds“, „diary\*“ und „support groups“. Wie zuvor bei der Recherche nach dem Belastungserleben der Angehörigen wurden auch hier die Titel und Abstracts gescannt. Passten diese zur Fragestellung wurde der Volltext gelesen. Ausgeschlossen wurden Studien, welche nicht relevant für die Forschungsfrage waren, weil diese z.B. eine andere Population untersuchten oder den aufgeführten Einschlusskriterien nicht entsprachen. Die nachfolgende Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Suchstrategie der Interventionen.



**Abbildung 1: Suchstrategie der Interventionen**

(Eigendarstellung von Nina Romanowski, 2017)

Insgesamt wurden 33 Studien in den Datenbanken CINAHL und MEDLINE, 18 Artikel bzw. Studien in den deutschen Zeitschriften „Die Schwester der Pfleger“, „Pflege“, „Heilberufe“, „intensiv“, „Nervenarzt“ und „Intensivmedizin und

Notfallmedizin“, sieben Bücher, fünf Internetseiten und eine Leitlinie in die Arbeit eingeschlossen.

### **3. Die Intensivstation**

Zum Einstieg in das Thema dieser Arbeit findet in dem folgenden Kapitel eine Darstellung des Settings der Intensivstation statt. Um einen umfassenden Eindruck zu dem Thema zu bekommen, wird keine Spezialisierung der einzelnen Fachdisziplinen auf der Intensivstation vorgenommen. Des Weiteren werden nachfolgend die kritisch Erkrankten auf der Intensivstation betrachtet.

#### **3.1 Definition Intensivstation**

Bereits im 19. Jahrhundert fand die pflegerische und medizinische Versorgung von schwerstkranken PatientInnen ihren Ursprung. Florence Nightingale gilt als erste Architektin einer Intensivstation. Sie legte damals verwundete SoldatInnen während des Krimkrieges zusammen, um sie besser beobachten und versorgen zu können. Der Grundstein für Intensivstationen in Deutschland wurde ab den 1930er Jahren gelegt (Ullrich/Stolecki, 2015).

Die Pflege, Überwachung und Behandlung von kritisch kranken Menschen auf der Intensivstation ist in der heutigen Zeit ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitswesens geworden und nicht mehr wegzudenken (Grünewald et al., 2005). Larsen et al. (2016) definieren die Intensivstation wie folgt:

*„Intensivstationen sind Spezialstationen, auf denen mit speziell ausgebildetem pflegerischem und ärztlichem Personal schwerstkranke Patienten intensivmedizinisch, d. h. mit höchstem Aufwand, überwacht und behandelt werden“* (Larsen et al., 2016, S.501).

Auf der Intensivstation liegen PatientInnen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Störungen lebenswichtiger Körperfunktion. Durch den medizinischen Fortschritt der Intensivmedizin können immer mehr PatientInnen mit lebensbedrohlichen Störungen auf der Intensivstation verweilen. Diese Entwicklung führt dazu, dass sich die Intensivmedizin immer weniger an dem PatientInnen orientiert und immer mehr zu einer „Gerätemedizin“ wird (Grünewald et al., 2005).

Seitdem es Intensivstationen in Deutschland gibt, ist ein steigender Bedarf an Intensivpflege und Intensivbehandlung zu verzeichnen (ebd.). So wurden im Jahr 2015 in Deutschland insgesamt 2.150.568 Menschen im Krankenhaus intensivmedizinisch behandelt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015). Im Vergleich zum Jahr 2002 stieg die Zahl der behandelten PatientInnen um 245.085 an (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2002).

Inzwischen gibt es auch verschiedene Formen von Intensivstationen. Es lassen sich interdisziplinäre, also fachübergreifende, von fachspezifischen Intensivstationen unterscheiden. Bei interdisziplinären Intensivstationen werden operative, nichtoperative und internistische PatientInnen behandelt (Larsen et al., 2016). Diese Stationen findet man häufig in kleineren Krankenhäusern vor, dessen Bettenkapazität unter 300 Betten liegt (Ullrich et al., 2005). In fachspezifischen Intensivstationen hingegen werden PatientInnen mit einheitlichen Erkrankungen bezüglich der Fachabteilung behandelt. Beispielhaft sind hier neurochirurgische oder herzchirurgische Intensivstation zu nennen. Diese Stationen findet man allerdings meist nur in Großkrankenhäusern wieder. Des Weiteren ist auch die Einteilung der Intensivstationen nach Personengruppen wie zum Beispiel Neugeborene möglich (Larsen et al., 2016).

### **3.2 Die kritisch Erkrankten auf der Intensivstation**

Betrachtet man die kritisch Erkrankten auf der Intensivstation besteht eine wesentliche Schwierigkeit darin, dass die Bezeichnung „kritisch erkrankte PatientInnen“ bzw. „critically ill patients“ keine homogenen Personengruppe darstellt. Demnach werden keine Einschränkungen in Bezug auf die Grunderkrankung der PatientInnen und deren Schweregrad in der Arbeit vorgenommen.

Die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) definiert kritisch Erkrankte wie folgt:

*„Ein Patient ist kritisch krank, wenn sein Leben bedroht ist. Das kann daran liegen, dass ein oder gleichzeitig mehrere lebensnotwendige Organe wie etwa das Gehirn, das Herz oder die Lunge versagen. Doch auch eine akute schwere allgemeine Erkrankung wie eine Sepsis (Blutvergiftung – Infektion) kann zur Folge haben, dass Organe innert kurzer Zeit nicht mehr richtig*

*funktionieren oder unter Umständen sogar ausfallen. Aber auch eine akute Verschlechterung einer chronischen Erkrankung, ein Unfall oder ein medizinischer Eingriff können dazu führen, dass Organe nicht mehr so arbeiten, wie sie eigentlich sollten“ (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin, o.J., o.S.).*

Auch Benzer et al. (1995) definieren den kritisch erkrankten Menschen annähernd wie die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin. Demnach sind kritisch Erkrankte:

*„[...] Intensivpatienten, die sich durch einen akuten Ausfall oder durch eine bedrohliche Einschränkung einer vitalen Organfunktion in unmittelbarer oder jederzeit eitretender Lebensgefahr befinden [...]. Zu einem „kritisch Kranken“ können Patienten nach einem Trauma, bei einer Vergiftung, nach einem chirurgischen Eingriff oder im Rahmen einer schweren akuten oder chronischen inneren Erkrankung mit akuter Exazerbation werden“ (Benzer et al., 1995, S.4).*

Aus den beiden Definitionen ergibt sich, dass kritisch Erkrankte demzufolge so charakterisiert werden, dass diese lebensbedrohliche Probleme aufweisen, die verschiedene Ursachen haben können. Dabei können sich die kritisch erkrankten PatientInnen jederzeit in Lebensgefahr befinden.

Diese akute Bedrohung beeinflusst die PatientInnen und geht oft mit psychischen Störungen und sozialer Isolation einher (Larsen, 2016). Die PatientInnen sind nun abhängig von der kontinuierlichen Überwachung, Behandlung und Pflege. Als orientierende und unterstützende Ressource in der akuten Krankheitsphase und in dieser existenziellen Krise haben besonders Angehörige einen bedeutenden Stellenwert (Metzing, 2003).

#### **4. Angehörige auf der Intensivstation**

Das folgende Kapitel bezieht sich auf die Angehörigen auf der Intensivstation. Zunächst findet eine Begriffsdefinition der Gruppe der Angehörigen statt, um anschließend auf die Bedeutung der Angehörigen auf der Intensivstation einzugehen. Das Kapitel soll verdeutlichen, warum Angehörige für die kritisch Erkrankten auf der Intensivstation von zentraler Bedeutung sind. Zudem soll das

Kapitel aufzeigen, welche Bedeutung Angehörige für das Pflegepersonal auf der Intensivstation haben.

#### **4.1 Definition und Begriffserklärung Angehörige**

Der Begriff „Angehörige“ wird oft synonym mit den Begriffen „Familie“, „Familienmitglieder“ und „Verwandte“ gesetzt. Da auch die einbezogene Literatur in der Verwendung der Begriffe unterschiedlich variiert, wird in der Arbeit sowohl von Angehörigen, als auch von Familien, Familienmitgliedern und Verwandten gesprochen. Stellt man sich die Frage, welche Personen unter den Begriff der Angehörigen fallen, gibt es keine eindeutige Definition. Demnach bilden die beiden nachfolgenden Definitionen dieser Arbeit den Rahmen für die hier thematisierte Personengruppe.

Der Angehörigenbegriff ist gesetzlich definiert in § 11 Absatz 1 Satz 1 des Strafgesetzbuches (StGB), wonach Angehörige im Sinne des Gesetzes zu den folgenden Personen gehören:

*„a.) Verwandte und Verschwägerte gerader Linie, der Ehegatte, der Lebenspartner, der Verlobte, auch im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, und zwar auch dann, wenn die Ehe oder die Lebenspartnerschaft, welche die Beziehung begründet hat, nicht mehr besteht oder wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft erloschen ist [...].“*

Um den Angehörigenbegriff noch zu erweitern, vertritt Friedemann (1996) in ihrer Pflge­theorie des systemischen Gleichgewichts den Standpunkt, dass die Familie auf unterschiedliche Weise definiert werden kann. Sie sieht die Familie als eine Art System an, indem einzelne Mitglieder definierte Rollen und Aufgaben in der Familie übernehmen. Wer zur Familie bzw. zu dem System dazugehört, wird subjektiv von den einzelnen Familienmitgliedern entschieden. Meist stehen sich die Familienmitglieder nahe und fühlen sich miteinander verbunden. Somit stehen sie in menschlichem Kontakt zueinander. Nach Friedemann (1996) müssen die Familienmitglieder nicht unbedingt miteinander verwandt sein.

## **4.2 Bedeutung der Angehörigen für die kritisch Erkrankten**

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, nehmen die Angehörigen während der lebensbedrohlichen Krise, in der sich die Betroffenen befinden, nahezu eine unverzichtbare Rolle für die kritisch Erkrankten ein. Zu diesem Ergebnis kam auch Metzging (2003) in ihrer Arbeit. Nach ihrer Meinung ist eine Integration der Familie unabdingbar. Besonders wenn die Betroffenen den Aufenthalt auf der Intensivstation als grundlegende Krise oder Bedrohung erleben, nehmen Angehörige eine existenziell bedeutsame Rolle ein. Metzging (2003) macht durch zwei Hauptkategorien deutlich, welche Bedeutung die Angehörigen für die Betroffenen während des Intensivaufenthaltes haben. In der ersten Kategorie „Vertraut-Sein“ geht es um den Angehörigen in seiner existenziellen Rolle vor dem Hintergrund der Bedeutung, die nahestehende Menschen füreinander haben. Wenn Menschen aus ihrem Alltag herausgerissen werden und diese sich durch Ereignisse in ihrer Identität bedroht fühlen, suchen diese Menschen nach Unterstützung und Halt bei vertrauten Personen. Sich zu kennen ist ein wichtiger Faktor für die Angehörigen und die Betroffenen, denn durch gemeinsame Erfahrungen, wissen die Angehörigen um die Wünsche und Werte des kritisch erkrankten Familienmitgliedes (Metzging, 2003).

In der zweiten Kategorie „Sich kümmern“ macht Metzging (2003) besonders auf das aktive Handeln der Angehörigen aufmerksam. Die Angehörigen kümmern sich um die Betroffenen. Dabei geht es zum einen um den „emotionalen Beistand“ und zum anderen um den „praktischen Beistand“. Bei dem „emotionalen Beistand“ sind die Angehörigen für die Betroffenen da und geben ihnen Sicherheit, Schutz, Kraft und Mut. Der „praktische Beistand“ beschreibt das aktive Handeln der Angehörigen. Durch den ungeplanten und unverhofften Aufenthalt auf der Intensivstation fallen organisatorische Notwendigkeiten an, wie z.B. das Kümmern um die Wohnung, das Bringen von Kleidung oder persönlichen Sachen. Des Weiteren nehmen Angehörige auch aktiv am Prozess der Entscheidungsfindung teil, wenn es den Betroffenen nicht mehr möglich ist, sich an Entscheidungsfindungen zu beteiligen. Zudem haben die Angehörigen für die Betroffenen eine schützende Funktion. Durch die Institution Krankenhaus fühlen sich die Betroffenen der Einrichtung ausgeliefert. Die Angehörigen bewahren und vertreten die Interessen der Betroffenen und erhalten somit deren Identität aufrecht (Metzging, 2003).



Durch die Ergebnisse wird deutlich, dass die Angehörigen diejenigen sind, die den kritisch Erkrankten Orientierung, Nähe, Geborgenheit, Sicherheit und Hoffnungen geben (Burholt, 2010). Zudem stärken sie durch den emotionalen Kontakt den Lebenswillen der Betroffenen, was als eine unverzichtbare Ressource gilt. Die Angehörigen gehören somit zur Umgebung des kritisch Erkrankten dazu und können den Krankheitsverlauf beeinflussen (ebd.). Deswegen sollten die kritisch Erkrankten nicht gesondert betrachtet werden. Die kritisch Erkrankten und die Familie sollten als ein zusammengehöriges System verstanden und betrachtet werden, das sich gegenseitig beeinflusst (Friedemann, 1996). Demzufolge stehen nicht nur die zu versorgenden kritisch erkrankten PatientInnen im Mittelpunkt der pflegerischen Arbeit, sondern auch die Familie und Angehörigen werden aktiv wahrgenommen und gepflegt (ebd.).

#### **4.3 Bedeutung der Angehörigen für das Pflegepersonal**

Angehörige sind ein wichtiger Bestandteil auf der Intensivstation und sollten als Teil des therapeutischen Teams gesehen werden (Metzing, 2003). Der Einbezug von Angehörigen in das Behandlungskonzept kann sowohl für die PatientInnen, als auch für die Pflegenden eine große Hilfe sein (Larsen, 2016). Oft können Pflegenden nur durch die Anwesenheit der Angehörigen mit den PatientInnen in Kontakt treten, denn ihre Informationen wie z.B. personenbezogene Auskünfte tragen dazu bei, die kritisch Erkrankten aus der objektiven Anonymität herauszuholen. Erst dadurch kann eine individuelle Therapie und Pflege stattfinden (Hannich et al., 2015). Durch die Erhebung der Pflegeanamnese der kritisch Erkrankten können Pflegenden unter Einbezug der Angehörigen an wichtige Informationen wie z.B. an die Gewohnheiten der PatientInnen kommen (ebd.).

Im Gegensatz dazu kann jedoch die Anwesenheit der Angehörigen bei den Pflegenden ein unwohles Gefühl auslösen (Kuhlmann, 2004). Pflegenden fühlen sich oft unter großen Zeitdruck gesetzt, wenn zusätzlich die Angehörigen anwesend sind. Bei den Pflegenden entsteht in dieser Situation ein Gefühl, nicht allen Beteiligten gerecht werden zu können. Die komplexen und anspruchsvollen pflegerischen Aufgaben, welche durch zunehmende Spezialisierung, Technisierung und Ökonomisierung bedingt sind, erschweren den Arbeitsalltag des Pflegepersonals. Dadurch wird bewirkt, dass Pflegenden ihren Fokus nur auf das

PatientInnenbett richten und kaum noch Zeit und persönliche Kapazitäten haben, um mit Angehörigen in Interaktion treten zu können (Kornberg, 2015). Jedoch sind die Angehörigen selbst Betroffene der Situation und befinden sich aufgrund der lebensbedrohlichen Erkrankung ihres Familienmitgliedes in einer Ausnahmesituation (Hannich et al., 2015).

## **5. Belastungserleben der Angehörigen auf der Intensivstation**

Nachdem im vorherigen Kapitel die Bedeutung der Angehörigen auf der Intensivstation und der Stellenwert der Angehörigen für die kritisch Erkrankten und die Pflegenden deutlich gemacht wurde, erfolgt in diesem Kapitel ein Einblick in das Belastungserleben der Angehörigen beim Aufenthalt eines Familienmitgliedes auf der Intensivstation. Da es sich um einen Einblick in das Belastungserleben handelt, kann somit keine Vollständigkeit gewährleistet werden. Zudem werden Folgen bei den Angehörigen aufgezeigt, welche durch das Belastungserleben entstehen können.

### **5.1 Erleben von Unsicherheit und Ungewissheit**

Der Grund für den Aufenthalt auf einer Intensivstation steht im engen Zusammenhang mit einer, für die PatientInnen, kritischen oder lebensbedrohlichen Situation (Besendorfer, 2002). Die Aufnahme eines Familienmitgliedes auf der Intensivstation erfolgt meist plötzlich und unerwartet. Die Angehörigen hatten nicht die Möglichkeit, sich darauf vorzubereiten, wodurch die Unsicherheit der Angehörigen resultiert (Dehner et al., 2016). Unsicherheit ist in dieser Zeit ein sehr bestimmendes Thema. Diese Unsicherheit zieht sich vom ersten Tag an bis über Wochen hin und kann dazu führen, dass das Leben nicht mehr planbar für die Angehörigen ist (Agard/Harder, 2007).

Eggenberger und Nelms (2007) haben mit ihrer Studie herausgefunden, dass vor allem das Warten am Anfang des stationären Aufenthalts mit Unsicherheit und Ungewissheit bei den Angehörigen verbunden ist. Hier sind vor allem das Warten auf Informationen, das Warten darauf, die Betroffenen zu sehen und das Warten auf Auskünfte über die weiteren Behandlungsschritte zu nennen. Die Ungewissheit und Unsicherheit wurde bei den Angehörigen zusätzlich verstärkt, wenn die

Betroffenen sediert waren (Karlsson et al., 2010). Sie machten sich Sorgen darüber, ob die Betroffenen Schmerzen oder Bedürfnisse hatten, die sie aufgrund der Sedierung nicht ausdrücken konnten (ebd.).

Den Angehörigen war es wichtig, genau zu wissen, was mit den PatientInnen passiert ist, um Sicherheit und Gewissheit zu erlangen, auch wenn die Möglichkeit gegeben war, die Betroffenen zu verlieren (Frivold et al., 2015; Agard/Harder, 2007). Der Bedarf an kontinuierlichen Informationen, war den Angehörigen in der Zeit der Ungewissheit sehr bedeutsam (Frivold et al., 2015). Plakas et al. (2009) stellten fest, dass der Bedarf an kontinuierlichen Informationen, sowohl negative, als auch positive Auswirkungen auf die Angehörigen haben konnte. Einerseits brauchten die Angehörigen die Informationen zur Entlastung, um Gewissheit zu erlangen. Auf der anderen Seite konnten die Information die Ungewissheit verstärken, wenn diese nicht klar und eindeutig waren (ebd.). Auch bei Abwesenheit der Angehörigen war das Erleben von Ungewissheit und Unsicherheit gegeben, da sie in dieser Zeit nicht wussten, wie es um die Betroffenen steht (Karlsson et al., 2010).

Jamerson et al. (1996) konnten zudem in ihrer Studie aufzeigen, dass das Erleben der Angehörigen auf der Intensivstation in vier Phasen verläuft. Das Erleben von Unsicherheit, der Stress, die Bedrohung und die emotionale Unruhe resultieren in einem Verhalten, das sie als „hovering“ („Schwebzustand“) beschreiben (Jamerson et al., 1996). Der „Schwebezustand“ ist die Phase, in der die Angehörigen bis zum ersten Besuch oder bis zur Aufklärung über die Diagnose bzw. Prognose warten müssen. Sie sind damit beschäftigt, die Situation zu realisieren und zu verstehen. In dieser Phase haben die Angehörigen keinerlei Informationen. Hinzu kommt, dass sie oft nicht wissen, wie sie sich die Informationen beschaffen sollen.

„Information seeking“ („Suchen nach Informationen“) ist demnach die zweite Phase, in der sich die Angehörigen befinden. Informationen können den Angehörigen helfen, aus dem „Schwebezustand“ herauszukommen. In dieser Phase werden die Angehörigen aktiver und haben viele Fragen. Werden diese Fragen von dem intensivmedizinischen Personal beantwortet, können sie in die nächste Phase, das sogenannte „tracking“ („Verfolgung“), übergehen. Begrenzte Informationen von dem Personal können aber dazu führen, dass sich die Phase des „Schwebzustandes“

verlängert. In der Phase des „tracking“ beobachten, analysieren und bewerten die Angehörigen die Pflege, die den erkrankten PatientInnen zugeteilt wird. Sie möchten in dieser Phase anwesend sein (ebd.).

Die letzte Phase „garnering of resources“ („Sammeln von Ressourcen“) ist die Phase, in der die Angehörigen probieren, ihre eigenen Bedürfnisse und die auf die kranken PatientInnen gerichteten Bedürfnisse zu befriedigen. In dieser Phase beginnt, unter den gegebenen Umständen, eine langsame Normalisierung der Situation und die Angehörigen nutzen vermehrt ihre Ressourcen (ebd.).

## **5.2 Erleben von starken Emotionen**

Das ständige Leben mit der Unsicherheit drückte sich auch in stark wechselnden emotionalen Reaktionen bei den Angehörigen aus (Engström/Söderberg, 2004). Zu Beginn des Aufenthalts ist die Intensivstation für die Angehörigen ein bestürzender und erschreckender Ort zugleich. Die komplexen Geräte auf der Intensivstation führen oft zu Verwirrung und zu überwältigenden Emotionen (Eggenberger/Nelms, 2007). McKiernan und McCarthy (2010) bestätigen diese Annahmen in ihrer Studie und erwähnen ebenfalls, dass die Angehörigen zu Anfang sehr geschockt waren, ihren Verwandten auf der Intensivstation zu sehen, obwohl ihnen von den Pflegenden mitgeteilt worden war, was sie erwarten würde. Auch ein Gefühl von Unwirklichkeit beim ersten Betrachten des Verwandten wurde von den Angehörigen beschrieben.

Intensive Emotionen sind vom ersten Moment des Intensivaufenthaltes tiefgründig bei den Angehörigen (Plakas et al., 2009). Diese Gefühle können einerseits negativ, andererseits positiv sein. Vor allem negative Emotionen bzw. Gefühle wie: *„Dem unerwarteten zu begegnen, Verweigerung der Annahme der Realität, starke Ausdrücke von Trauer, Taubheit, Gefühle von Schmerz, Anerkennung des Verlustes, Schuld an der Ursache der Krankheit, sich schuldig fühlen, Angst und Ungewissheit“* (Plakas et al., 2009, S.14) bestimmen das Erleben der Angehörigen auf der Intensivstation.

Trotz dieser fremden Umgebung, haben die Angehörigen das Bedürfnis in der Nähe der Intensivstation bei den Betroffenen zu sein, denn sie sehen die Nähe zum kritisch erkrankten Familienmitglied als eine Verpflichtung an. Sie fühlen sich für die

kritisch Erkrankten verantwortlich. Gehen die Angehörigen dieser Verpflichtung nicht nach, kommen Schuldgefühle auf, vor allem, wenn den Betroffenen etwas passieren würde, während sie nicht anwesend waren (Eggenberger/Nelms, 2007).

Angehörige bezeichnen die Intensivstation als einen Raum der Verwundbarkeit und Hilflosigkeit. Sie nennen Wörter wie „Hölle“, „schrecklich“ und „traumatisch“ (Eggenberger/Nelms, 2007). Die kritische Krankheit und die Umgebung der Intensivstation wird von den Angehörigen als Bedrohung wahrgenommen, welche plötzlich und ohne Vorwarnung in deren Leben eintritt. In der Untersuchung von Eggenberger & Nelms (2007) gaben alle Angehörigen an, Sorge, Angst, Schuld, Frustration, Einsamkeit, Entmutigung, Wut und Traurigkeit während des Intensivaufenthaltes erlebt zu haben. Auch körperliche Belastungen wie Müdigkeit bis hin zur totalen Erschöpfung wurden angegeben. Durch das lange Warten im Krankenhaus, die Fahrten zwischen dem zu Hause und dem Krankenhaus und die Aufrechterhaltung des täglichen Lebens außerhalb des Krankenhauses waren sehr belastend für die Angehörigen (ebd.).

Waren die Betroffenen sediert, stellte sich die Situation für die Angehörigen besonders schwer handhabbar und kaum überschaubar dar (Karlsson et al., 2010). Durch die Sedierung waren die Angehörigen abhängig von den Informationen des Personals. Dies führte dazu, dass die Angehörigen subjektiv keine Kontrolle mehr über die Situation hatten. Denn sie selbst waren nicht in der Lage die Situation einzuschätzen und zu beurteilen (ebd.). Die Angehörigen berichten rückblickend auf den Intensivaufenthalt, dass sie eine doppelte Wahrnehmung der Situation hatten. Auf der einen Seite gab es eine Bereitschaft die kritisch Erkrankten zu unterstützen und zu ermutigen. Auf der anderen Seite war ein Gefühl der Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit vorhanden, weil die Betroffenen ernsthaft krank und die Gefahr des Todes immer gegeben war (ebd.).

Die belastende Situation wurde besonders von Angehörigen mit jungen Kindern als stressvoll erlebt. Sie berichteten, dass diese hin und hergerissen waren, zwischen den Besuchen des Verwandten und der Verantwortlichkeit eine normale Familienroutine außerhalb des Krankenhauses aufrecht zu erhalten (McKiernan/McCarthy, 2010).

Eriksson et al. (2011) verdeutlichten in ihrer Studie, dass Angehörige den Intensivaufenthalt in zwei Perspektiven betrachteten. Die erste Perspektive war „being on stage“. Das stand für die Zeit, in der die Familie im Zimmer der Betroffenen anwesend war. Die zweite Perspektive „being backstage“ stand für die Zeit, wenn diese das Zimmer verlassen haben. Im Zimmer der Betroffenen zu sein, war für die Angehörigen ein Gefühl zwischen Hoffnung und Verzweiflung. Verzweiflung machte sich vor allem dann deutlich, wenn die Betroffenen bewusstlos waren und keine Reaktion auf den Besuch zeigten. Die Zeit „Backstage“ („being backstage“) war die Zeit, in der die Familie wieder Kraft erlangen konnte, um „auf der Bühne“ („being on stage“) zu sein.

Angehörige unterdrückten auch ihre eigenen Sorgen und Ängste, um kein weiteres Leid zu veranlassen. Sie enthielten ihre Gefühle und Ängste so lange vor, bis sie die Betroffenen nicht mehr sahen. Die Angehörigen wollten dadurch die Betroffenen schützen. Sie versuchten ihre eigene Not zu verbergen (Agard/Harder, 2007; Eggenberger/Nelms, 2007; Karlsson et al., 2010).

### **5.3 Folgen des Belastungserlebens**

Durch den Wegfall eines Familienmitgliedes z.B. durch Krankheit müssen die anderen Mitglieder die Aufgaben und Rollen der kritisch Erkrankten kompensieren, bewältigen und gegebenenfalls neu definieren. Dies kann zu unterschiedlichen Belastungen führen und im schlimmsten Fall die psychische Gesundheit der betroffenen Mitglieder bedrohen (Friedemann, 1996, Walle, 2004).

Anderson et al. (2008) untersuchten in einer prospektiven Kohortenstudie die Prävalenz der Symptome von Angst, Depression und posttraumatischen Belastungsstörung bei den Angehörigen auf der Intensivstation zu verschiedenen Zeitpunkten. Es wurden insgesamt 50 Familienmitglieder von kritisch Erkrankten während des Intensivaufenthaltes, einen Monat später und sechs Monate danach befragt. Zu den drei Messzeiten war die Angst bei den Familienmitgliedern sehr präsent. Die Angst war mit 42 % (n=21) während des Intensivaufenthaltes am höchsten. Einen Monat danach lag diese noch bei 21 % (n=8) und sechs Monate später bei 15 % (n=5). Depressive Symptome waren mit 16 % (n=8) zum Zeitpunkt des Intensivaufenthaltes am höchsten. Danach sank die Prozentzahl wie bei den

Symptomen der Angst. Sechs Monate nach dem Intensivaufenthalt wiesen 35 % (n=12) der Teilnehmenden Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Fumis et al. (2015) in ihrer Studie. Sie fanden heraus, dass die Symptome von Angst, Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Verwandten im Laufe der Zeit weniger wurden, aber dennoch nach dem Intensivaufenthalt bestehen blieben. Ergänzend dazu stellten sie fest, dass Familienmitglieder von kritisch Erkrankten, 30 und 90 Tage nach dem Intensivaufenthalt mehr unter den Symptomen der Angst, der Depression und des posttraumatischen Stresses litten, als die Betroffenen selbst.

Diese Ergebnisse verstärkten McAdam et al. (2012) zusätzlich in ihrer deskriptiven Längsschnittstudie. Es stellt sich heraus, dass die Intensivstation ein stressiger Ort für die Familienmitglieder von kritisch Erkrankten war. Viele Familienmitglieder hatten bis zu drei Monaten nach dem Intensivaufenthalt noch ein erhebliches Risiko, Symptome einer Angst, einer Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entwickeln. Dies war unabhängig davon, ob die Betroffenen den Intensivaufenthalt überlebten oder nicht.

Matt et al. (2017) belegten, dass vor allem Gefühle der Hilflosigkeit, der Ungewissheit in Bezug auf die Krankheit der PatientInnen, die Schwere der Krankheit, der Mangel an Informationen vom Personal und die drohende Umgebung der Intensivstation Stressoren waren, die mit den psychischen Symptomen in Verbindung gebracht werden konnten. Auch die gemeinsame Beteiligung an Entscheidungen über die PatientInnen, die Beteiligung an der Entscheidungsfindung am Lebensende oder das Sterben der PatientInnen auf der Intensivstation, waren potenzielle Stressoren für die Angehörigen, sodass diese drei Monate nach dem Aufenthalt vermehrt posttraumatische Symptome aufwiesen (Azoulay et al., 2005).

Die Ergebnisse zeigen auf, dass Angehörige einem hohen Maß an psychischen Belastungen, sowohl während des Intensivaufenthaltes, als auch noch danach ausgesetzt sein können. Das Erleben von verschiedenen Stressoren während des Intensivaufenthaltes können die psychischen Symptome bei den Angehörigen begünstigen.

## **6. Interventionen zur Reduktion des Belastungserlebens Angehöriger**

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, ist das Belastungserleben der Angehörigen während des Intensiv Aufenthaltes sehr vielseitig. Es ist von starken Emotionen, Ungewissheit und Unsicherheit geprägt. Diesem Belastungserleben gilt es nun entgegen zu wirken, damit wie in Kapitel 5.3 beschrieben, keine psychischen Langzeitfolgen bei den Angehörigen entstehen. Die Literatur zeigt eine Vielzahl an unterschiedlichen Interventionen auf, um Angehörige aktiv in den Alltag der Intensivstation zu integrieren. Aktives Integrieren meint in diesem Sinne, dass die Angehörigen als Teil des pflegerischen Konzeptes gesehen werden und durch gezielte Intervention mit in die pflegerische Arbeit einbezogen werden. Aus den obig aufgeführten Studien zum Belastungserleben geht hervor, dass der Bedarf an Informationen ein wichtiger Bestandteil für die Angehörigen während des Intensiv Aufenthaltes ist. Aus diesem Grund fokussieren sich die nachfolgenden Interventionen auf die Kommunikation mit Angehörigen. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu überschreiten, werden zwei relevante kommunikative Möglichkeiten dargestellt, die den Angehörigen helfen sollen, mit dem Belastungserleben auf der Intensivstation umzugehen. Die nachfolgenden Interventionen können aufeinander aufbauen und schließen sich somit nicht gegenseitig aus.

### **6.1 Das Intensivtagebuch**

Das Schreiben eines Intensivtagebuches ist in vielen europäischen Ländern bereits seit den 90er Jahren Bestandteil in der Intensivpflege (Nydahl et al., 2015). In den skandinavischen Ländern, der Schweiz und in Großbritannien sind Intensivtagebücher bereits ein Teil der praktischen Arbeit auf der Intensivstation. Allein in Schweden verwenden circa 75% aller Intensivstationen Intensivtagebücher (Johansson et al., 2015). In Deutschland sind im Jahr 2008 Intensivtagebücher auf der Intensivstation eingeführt worden (Nydahl et al., 2015). Knück und Nydahl definieren das Intensivtagebuch wie folgt:

*„Das Intensivtagebuch ist ein Tagebuch, das während der Zeit der Sedierung und Beatmung eines Patienten von Pflegenden und Angehörigen geführt wird und in dem meist Ereignisse und Entwicklungen beschrieben werden. Der Patient kann später das Tagebuch lesen und damit die Zeit während*



*seiner Bewusstlosigkeit rekonstruieren und verstehen“*  
(Knüick/Nydahl, 2008, S.249).

Laut Bagger et al. (2009) wird ein Intensivtagebuch geschrieben, wenn die PatientInnen mindestens zwei Tage und voraussichtlich noch einige Tage länger auf der Intensivstation bleiben. Das Intensivtagebuch liegt im Zimmer der PatientInnen, wodurch nur die PatientInnen, die nahen Angehörigen und das Pflegepersonal Zugriff darauf haben (ebd.). Das Intensivtagebuch kann sowohl von dem Pflegepersonal, als auch von den Familienangehörigen geführt werden (Johannson et al., 2015).

Eine kurze Zusammenfassung, die den Grund der Aufnahme beinhaltet, sollte zu Anfang des Buches stehen. Der weitere Verlauf des Intensivtagebuches, sowie besondere Ereignisse, können dann individuell gestaltet werden. Dabei können Fotos oder Bilder die Dokumentation unterstützen (Johannson et al., 2015). Die Sprache sollte allgemein gehalten werden und keine Fachwörter beinhalten. Der Sprachstil kann dabei individuell und persönlich gestaltet werden. In dem Tagebuch können sich sowohl objektive, als auch subjektive Textpassagen befinden. So enthält der objektive Text z.B. eine chronologische Beschreibung des Tagesablaufes, wobei der subjektive Teil Interpretationen der Verfasser, z.B. was die PatientInnen nach den Ansichten der Verfasser erlebt haben könnten, beinhaltet (Bagger et al., 2009). Inhalte aus der PatientInnendokumentation, wie z.B. Blutwerte, sind nicht relevant für den Inhalt des Intensivtagebuches.

Das Intensivtagebuch soll die Möglichkeit geben, Gedanke und Ereignisse festzuhalten (Johannson et al., 2015). Weiter soll es den PatientInnen und den Angehörigen helfen, die Erfahrungen auf der Intensivstation zu verstehen, zu bewältigen und zu verarbeiten. Tagebücher sind vor allem für PatientInnen, die sediert oder beatmet waren, während des Intensivaufenthaltes wichtig, denn sie helfen den PatientInnen zu verstehen, was während des Intensivaufenthaltes passiert ist (Nydahl et al., 2015).

## **6.2 Die Angehörigengespräche**

Die Kommunikation findet im Pflegealltag ständig statt (Menche, 2011). Hannich et al. (2015) definieren die Kommunikation wie folgt: „*Zwischenmenschliche*

*Kommunikation ist nicht nur simpler Austausch von Nachrichten zwischen 2 oder mehreren Personen, sondern ein hochkomplexer psychologischer Prozess*“ (Hannich et al., 2015, S.125). Ziel der Kommunikation ist es, das Gesagte, das Gemeinte und das Verstandene in Übereinstimmung zu bringen (Hönig/Gündel, 2016). Doch dieses Ziel wird oft in der Pflege verfehlt. Gerade der intensivmedizinische Bereich ist geprägt von hochkomplexen Informationen, die es zu verstehen gilt. Je nach Bildungshintergrund und aktueller Situation, fällt es den Angehörigen schwer, diese Informationen aufzunehmen und zu verstehen (ebd.).

Angehörige suchen auf der Intensivstation vermehrt das Gespräch mit dem Pflegepersonal (Dehner et al., 2016). Dabei treten die Angehörigen nicht nur mit pflegerelevanten Fragen an das Pflegepersonal heran, sondern auch mit komplexen Bedürfnissen, da die Angehörigen sich besonders in der ersten Zeit auf der Intensivstation, in einer Krisensituation befinden. Zudem wollen sie ihre Erfahrungen und Erlebnisse einer neutralen Ansprechperson des Behandlungsteams mitteilen (ebd.). Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, ist die Ungewissheit, die bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung besteht, für die Angehörigen ein großes Problem. Kuhlmann (2004) beschreibt in ihrer Studie, dass Angehörige vor allem offene, ehrliche und zeitnahe Informationen erhalten möchten. Diese Informationen beziehen sich vor allem auf die Diagnose, den aktuellen Zustand und die Prognose der PatientInnen. Die kontinuierliche Informationsgabe hilft den Angehörigen dabei, dass sie einschätzen können, womit sie im Verlauf der nächsten Tage rechnen können (Dehner et al., 2016).

Doch oft wird dieser Bedarf nach Informationen von dem Pflegepersonal unterschätzt (Jamerson et al., 1996). Kean (2010) macht darauf aufmerksam, dass ein Nicht-Informieren Auswirkungen auf das Wohlbefinden der einzelnen Angehörigen haben kann. In den Gesprächen mit Angehörigen ist es bedeutend, dass Angehörige das Gefühl vermittelt bekommen, dass sie ihre Sorgen und Ängste dem Personal äußern können. Zudem kann eine feste Ansprechperson dafür sorgen, dass sich die Angehörigen leichter öffnen können (Lodermeier, 2016).

## **7. Ergebnisse zu den Auswirkungen der Interventionen auf die Angehörigen**

Im nachfolgenden Abschnitt wird auf die Ergebnisse zu den Auswirkungen der Interventionen auf die Angehörigen eingegangen. Das Wissen über die Möglichkeiten, Angehörige auf der Intensivstation zu integrieren, soll Pflegende dazu anregen, diese Interventionen zu reflektieren, zu diskutieren und kritisch zu hinterfragen.

### **7.1 Ergebnisse zu dem Intensivtagebuch**

Garrouste-Orgeas et al. (2012) untersuchten in einer prospektiven Single-Center Studie die Auswirkungen eines Intensivstationstagebuches auf das psychologische Wohlbefinden von PatientInnen und Angehörigen drei und zwölf Monate nach der Entlassung von der Intensivstation. Die Studie zeigte, dass bei Familienmitgliedern ein Intensivtagebuch zur Reduktion der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zwölf Monate nach der Entlassung der PatientInnen beitragen konnte.

Auch Jones et al. (2012) kamen in ihrer Pilotstudie zu dem Ergebnis, dass die Bereitstellung eines Intensivtagesbuches für die Angehörigen während des Intensivaufenthaltes eine nützliche Intervention sein kann. Die Interventionsgruppe, die ein Intensivtagebuch während des Aufenthaltes zur Verfügung hatte, wies drei Monate nach dem Intensivaufenthalt signifikant weniger Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf, als die Kontrollgruppe, die keine Intervention erhalten hat.

Nielsen und Angel (2015) gingen der Frage nach, wie sich Intensivtagbücher, die für kritisch erkrankte PatientInnen geschrieben wurden, auf die Angehörigen auswirken bzw. diese beeinflussen können. Ziel war es, zu erforschen, wie die Angehörigen das Schreiben und Lesen von Intensivtagebüchern wahrnehmen und wie es sich auf ihr Wohlbefinden äußert. Es kam heraus, dass die Angehörigen starke Gefühle und Emotionen in dem Intensivtagebuch ausdrückten. Außerdem nutzen die Angehörigen das Intensivtagebuch dazu, um die aktuelle Situation besser zu verstehen. Das gemeinsame Schreiben mit dem Pflegepersonal hat zur gegenseitigen Unterstützung beigetragen. Dadurch konnten die Situationen und die

Gefühle untereinander geteilt werden. Nicht nur die PatientInnen konnten von dem Intensivtagebuch profitieren, auch die Angehörigen sahen darin einen großen Nutzen. Sie konnten durch das Lesen neue Informationen erhalten und hatten dadurch ein umfassenderes Verständnis für die Situation und für das, was in der Zeit passiert ist, in der sie nicht präsent waren. Mit dem Gebrauch eines Intensivtagebuches konnten die Angehörigen sich selbst und die PatientInnen unterstützen. Das Tagebuch diente außerdem nicht nur als Kommunikationsgrundlage zwischen den PatientInnen und den Angehörigen, sondern zusätzlich diente es auch der Kommunikation zwischen dem Personal der Intensivstation und den Angehörigen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Garrouste-Orgeas et al. (2014) in ihrer Studie. Hierbei standen Erfahrungen mit dem Lesen und Schreiben eines Intensivtagebuches von den Angehörigen und dem Pflegepersonal für die PatientInnen im Vordergrund. Es wurden 32 Interviews mit Angehörigen von 26 PatientInnen durchgeführt. Dabei waren die Betroffenen länger als 48 Stunden beatmet. Das Ergebnis war, dass die Angehörigen die Intensivtagebücher dazu nutzten, medizinische Informationen zu erhalten, die von den Pflegekräften in das Intensivtagebuch geschrieben wurden. Durch das Intensivtagebuch wurden diese Informationen zugänglicher gemacht. Die Angehörigen konnten die Informationen durch die leicht verständliche Sprache besser verstehen. Sie kamen des Weiteren zu dem Ergebnis, dass das Intensivtagebuch auch als Kommunikationsinstrument unter den Familienmitgliedern genutzt wurde. Informationen, Gedanken und Gefühle konnten so mit anderen Familienmitgliedern ausgetauscht und geteilt werden. Die Familienmitglieder konnten ihre Liebe und Zuneigung in dem Intensivtagebuch ausdrücken. Aber auch Ängste wurden dort hineingeschrieben. Gleichzeitig half das Intensivtagebuch den Familien, die Hoffnung zu bewahren.

Ergänzend dazu machten Johansson et.al. (2015) in ihrer Interviewstudie darauf aufmerksam, dass ein Intensivtagebuch die Zusammengehörigkeit zwischen den Familienmitgliedern und dem Pflegepersonal auf der Intensivstation fördert. Insgesamt wurden elf Angehörige mit insgesamt neun Intensivtagebüchern aufgezeichnet und interviewt. Ziel der Studie war es, die Erfahrungen der Angehörigen, die ein Intensivtagebuch während des Intensivaufenthaltes führten, zu beschreiben. Durch das Intensivtagebuch konnte ein Vertrauensgefühl zwischen

den Angehörigen und dem Pflegepersonal geschaffen werden. Zudem erwähnen die Angehörigen, dass sie durch das Intensivtagebuch eine physische und emotionale Verbindung mit den PatientInnen aufbauen konnten. Ihnen war wichtig, dass sie sich in direktem Kontakt mit den PatientInnen befanden. Dies konnte nach deren Meinung durch das Intensivtagebuch geschaffen werden. Durch das Schreiben des Intensivtagebuches hatten die Angehörigen zudem eine Aufgabe, die ihnen dabei half, die ungewohnte Situation auf der Intensivstation besser zu verarbeiten. Die Angehörigen beschrieben das Intensivtagebuch als „kommunikative Plattform“. Besonders die Eintragungen des Pflegepersonals gaben den Angehörigen zusätzlich das Gefühl, dass die PatientInnen einmalig waren und zudem hatten sie die Sicherheit, dass die PatientInnen in der Zeit, in der sie abwesend waren, sich nicht allein gelassen fühlten.

## **7.2 Ergebnisse zu den Angehörigengesprächen**

Damit Angehörige ihre Eindrücke und Ängste auf der Intensivstation bewältigen können, bedarf es an Informationen und der Unterstützung durch das Pflegepersonal (Lodermeier, 2016). Den Angehörigen ist es wichtig, dass eine Pflegekraft zur Unterstützung da ist. Durch sie erfahren die Angehörigen ein Gefühl von Sicherheit (Frivold et al. 2015; McKiernan/McCarthy, 2010). Um Folgerisiken (vgl. Kapitel 5.3) zu vermeiden, ist es entscheidend, dass die Angehörigen über ihre belastende Situation mit jemanden sprechen können (Lodermeier, 2016). Vor allem das „Wissen-Müssen“ ist für Angehörige zu Beginn des Intensivaufenthaltes sehr wichtig, um die Situation bewältigen zu können (Agard/Harder, 2007). Das „Nicht-Wissen“ wird von Angehörigen als besonders belastend empfunden (Engström/Söderberg, 2004).

### Erstgespräch mit Pflegekräften

Der Erstkontakt zwischen Pflegekraft und Angehörigen spielt zu Beginn des Intensivaufenthaltes eine wichtige Rolle. Die erste Begegnung ist der Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegekraft und Angehörigen (Kuhlmann, 2004). In dieser Situation erfahren die Angehörigen, ob sie sich auf die Pflegekraft verlassen können oder nicht. Von grundlegender Bedeutung ist den Angehörigen, Vertrauen zu haben und zu wissen, dass die Betroffenen gut aufgehoben sind

(ebd.). George & George (2003) betonen, dass es wichtig ist, die Angehörigen auf das PatientInnenzimmer vorzubereiten. Dabei sollte die Pflegekraft beim Führen des Gespräches ein ruhiges und sicheres Auftreten haben. Dies gibt den Angehörigen ein Gefühl von Sicherheit. Für das Gespräch ist es notwendig, auf die Fragen der Angehörigen einzugehen und ein Gefühl zu vermitteln, dass die Angehörigen wahrgenommen werden. George und George (2003) schlagen für die erste Begegnung mit den Angehörigen der PatientInnen auf der Intensivstation folgende Vorgehen vor:

- Das Erstgespräch sollte in einer ruhigen Umgebung stattfinden.
- Danach findet eine Begrüßung und Vorstellung der Pflegekraft mit Namen und Funktion statt.
- Die Pflegekraft überreicht eine Visitenkarte der Station.
- Danach werden die Ziele des Gespräches für die Angehörigen erläutert.
- Es werden die Funktionen und Aufgaben der Station erklärt.
- Zudem findet eine Beschreibung des PatientInnenzimmers z.B. eine Beschreibung der Beatmungsgeräte oder der Monitore statt.
- Zum Schluss wird eine kurze und einfühlsame Benennung der aktuellen Situation der PatientInnen vorgenommen.

### Familienunterstützungsgruppen

Eine weitere Maßnahme um Angehörige in der belastenden Situation zu begleiten, bieten Unterstützungsgruppen. In der Studie von Kirshbaum-Moriah et al. (2016) ging es um die Erfahrungen von Familienmitgliedern und darum, wie diese die Familienunterstützungsgruppen, die wöchentlich von Pflegenden und SozialarbeiterInnen geleitet wurden, wahrgenommen haben. Die Teilnahme an den Sitzungen war freiwillig. Es stellte sich heraus, dass die Familienunterstützungsgruppe den Teilnehmern eine „Werkzeugkiste“ von Bewältigungsmechanismen bot, die sie aus diesem derzeit unbekanntem Krisenereignis wählen konnten. Die Gruppe bot eine unterstützende Umgebung an und gab den Teilnehmenden Orientierung. Die Familienunterstützungsgruppen haben ein Gefühl der Zugehörigkeit bei den Familienmitgliedern geschaffen. Sie konnten sich z.B. verschiedene Bewältigungsmechanismen von anderen Familienmitgliedern während der Sitzung abgucken. Auch das Bedürfnis der

Gemeinschaft, die bedingungslose Akzeptanz und das Erhalten von Informationen wurden durch die Sitzungen gegeben. Familien konnten dort ihre Gefühle, vor allem ihre Ängste und Sorgen, ausdrücken und äußern. Sie konnten zudem Fragen in die Runde stellen, beispielsweise wie man sich am PatientInnenbett verhält. Durch die Sitzungen konnte außerdem eine vertrauensvolle Beziehung zu den Pflegenden aufgebaut werden. Desgleichen konnten die Pflegenden von den Familienunterstützungsgruppen profitieren. Die bei den Gruppeninteraktionen hervorgerufenen Informationen konnten die Pflegenden für die weitere Betreuung der PatientInnen und Angehörigen verwenden. Dadurch hatten sie die Möglichkeit, eine individuell auf die PatientInnen und deren Familie abgestimmte Betreuung zu gewährleisten. Zudem konnte die Gruppendynamik durch die Beratung von erfahrenen Familien für Neulinge von unschätzbarem Wert sein. Ein weiterer Vorteil war, dass man viele Familien gleichzeitig mit den Sitzungen erreichen konnte.

Auch Sacco et al. (2009) stärken nochmal die Erkenntnis, dass Angehörige von den Unterstützungsgruppen profitieren können. Vor allem konnten in den Sitzungen Probleme angesprochen werden. Es wurde dann gemeinsam in der Sitzung nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Angehörige fühlten sich zudem in den Sitzungen besser wertgeschätzt. Die Pflegenden und SozialerbeiterInnen, welche an den Sitzungen teilnahmen, konnten zudem ein besseres Verständnis für die Familienbedürfnisse entwickeln. Der Schwerpunkt der Sitzungen sollte nach Sacco et al. (2009) hauptsächlich auf das Teilen von Erfahrungen und das Bereitstellen von Informationen liegen. Die Inhalte der Sitzungen sollten sich an den Bedürfnissen der Familien orientieren.

Auch die Studie von Oliveira et al. (2010) bestätigt, dass Unterstützungsgruppen den Angehörigen bei der Bewältigung des Erlebten auf der Intensivstation helfen können. In dieser Studie wurde die Gruppe von einer Pflegekraft, die auf Gruppendynamik spezialisiert war, und von zwei erfahrenen Forschern geleitet. Wie in der Studie von Kirshbaum-Moriah et al. (2016) berichteten auch hier die Teilnehmenden, dass ihnen die Unterstützungsgruppe während des Intensivaufenthaltes sehr wichtig war. Die Anwesenheit an der Unterstützungsgruppe bot den Teilnehmenden, Erhaltung von Informationen, Orientierung und emotionale Unterstützung. Zudem wurde der Austausch mit anderen Betroffenen von den Teilnehmenden als wertvoll erachtet. Vor allem stand

der Austausch von Erfahrungen untereinander im Vordergrund. Des Weiteren verringerte die Gruppe die soziale Isolation der Angehörigen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Familienunterstützungsgruppen vor allem emotional unterstützend auf Angehörige wirken. Vor allem findet in den Sitzungen eine gegenseitige Unterstützung statt.

### Familienkonferenzen

Der Rahmen einer Familienkonferenz ermöglicht es, strukturierte Besprechungen abseits des PatientInnenbettes mit den Angehörigen zu führen (Janssens/Graf, 2010). Familienkonferenzen sollten dann geführt werden, wenn eine deutliche klinische Verschlechterung der PatientInnen zu erwarten ist, wenn die voraussichtliche Dauer des Intensivaufenthaltes länger als 5 Tage ist oder, wenn eine durch die aktuelle Erkrankung prädiktive 25%ige Wahrscheinlichkeit für ein Versterben gegeben ist (Vanden Bergh/Wild, 2015).

Garrouste-Orgeas et al. (2016) wollten in ihrer Studie herausfinden, wie sich die Teilnahme einer Pflegekraft bei einer Familienkonferenz auf die Familienmitglieder auswirkt. In der Interventionsgruppe wurde die Familienkonferenz jeweils von einem Arzt bzw. einer Ärztin geleitet, wobei eine Pflegekraft anwesend war. In der Kontrollgruppe fand eine Familienkonferenz ausschließlich mit einem Arzt bzw. einer Ärztin statt. Die Konferenzen fanden in einem ruhigen und geschützten Raum statt. In der Interventionsgruppe konzentrierten sich der Arzt bzw. die Ärztin und die Pflegekraft auf bestimmte Themen. Der Arzt bzw. die Ärztin erklärte den Familien die Diagnose der PatientInnen, die geplante Pflege, mögliche Änderungen und die Prognose. Die Pflegekraft hingegen beschrieb den Zustand der PatientInnen, wie diese am Bett wahrgenommen wurden und gab Informationen über die getroffenen Maßnahmen, die durchgeführt wurden. In der Kontrollgruppe hat dies der Arzt bzw. die Ärztin alleine übernommen. Bei der ersten Konferenzsitzung erklärte die Pflegekraft den Ablauf auf der Intensivstation. Sie hat die Angehörigen über Besuchszeiten aufgeklärt und die Funktionen der Maschinen, der Röhren und Ableitungen wie z.B. Katheter oder Drainagen erklärt. Durch die Teilnahme der Pflegekraft bei den Konferenzen, konnten die Autoren vier Themen in Bezug auf die Auswirkungen bei den Familienmitgliedern identifizieren. Das erste Thema, welches sie erkannten war, dass durch die Anwesenheit der Pflegekraft bei den Angehörigen ein Vertrauen vermittelt wurde, dass das Team auf der Intensivstation gut



zusammenarbeitete. Die Anwesenheit der Pflegekraft, half den Familien zu erkennen, dass sich um die Betroffenen gekümmert wurde. Die doppelte Informationsgabe, sowohl vom Arzt bzw. der Ärztin, als auch von der Pflegekraft, hat den Familien Sicherheit gegeben. Dadurch konnten alle relevanten Fragen besprochen und geklärt werden. Ein Familienmitglied berichtete:

*„I felt it was very satisfying, because I asked questions, and the doctor answered all the questions about my dad’s health, and then the nurse answered about his blood pressure, his behavior, his temperature, and everything that had happened. So there were two people listening to me, and both explained my dad’s situation (...) - and so, somehow, I was always reassured.“* (ebd., S.1120).

Das zweite Thema zeigte auf, dass durch die Anwesenheit der Pflegekraft die Familienmitglieder das Vertrauen hatten, dass die Pflege der Betroffenen patientenzentriert war. Die Ärzte bzw. die Ärztinnen gaben medizinische Informationen über die Diagnose, Behandlung und Prognose der PatientInnen. Ergänzend dazu war die Pflegekraft in der Lage, die Situation der PatientInnen im Alltag, am PatientInnenbett zu beschreiben, da sie viel Zeit dort verbrachte (ebd.). Das dritte Thema, welches identifiziert wurde war, dass Angehörige darauf vertrauten, dass durch die Teilnahme der Pflegekraft Informationen wirksamer verbreitet wurden. Die Informationsgabe vom Arzt bzw. von der Ärztin und der Pflegekraft während der Konferenzen, erleichterte die Kommunikation am PatientInnenbett. Diese doppelte Quelle an Informationen bedeutete für die Angehörigen, dass es keinen Informationsverlust innerhalb des Teams auf der Intensivstation gab. Zudem konnten die Familienmitglieder nach der Konferenz noch weiter mit der Pflegekraft sprechen. Vorteil durch die Anwesenheit der Pflegekraft während der Konferenz war, dass diese wusste, welche Informationen die Angehörigen während der Konferenz vom Arzt bzw. von der Ärztin erhalten haben und welche Informationen sie nicht erhalten haben. Die Familienmitglieder sahen die Präsenz der Pflegekraft als Bereicherung an. Durch den Einbezug konnte eine noch engere Bindung zwischen den Familien und der Pflegekraft hergestellt werden. Gespräche konnten so weitergeführt werden, da sich Pflegekraft und Familie bereits kannten (ebd.).

Das letzte Thema war die wirksame Linderung der Angst bei den Familienmitgliedern. Die Anwesenheit einer Pflegekraft, die die PatientInnen gut

kannte, hat das Vertrauen der Familien gestärkt. Die Pflegekraft wurde als eine sorgsame und beruhigende Person von den Familienmitgliedern wahrgenommen. Zudem war sie immer in der Nähe der Familie und dadurch besser erreichbar für diese. Der Arzt bzw. die Ärztin auf der anderen Seite, war von den Angehörigen weit entfernt und wurde von den Familien oft gefürchtet, da er bzw. sie als InformantIn schlechter Nachrichten gehalten wurde. Die Anwesenheit der Pflegekraft linderte die Angst in der Familie. Ein Angehöriger sagte:

*„I was glad the nurse was there and that it wasn't only the doctor- she's much closer to the patient, and having her there too- for me, that's reassuring and comforting. The doctor can be intimidating and I prefer to have her there with us.”* (ebd., S.1122).

Garrouste-Orgeas et al. (2016) kamen zu dem Schluss, dass die Familien die Teilnahme einer Pflegekraft während einer Familienkonferenz sehr schätzten. Die Familienmitglieder berichteten, dass ihnen die Familienkonferenz ermöglicht hat, Informationen über den Betroffenen zu erhalten. Zudem hatten sie das Gefühl, dass man ihnen in den Konferenzen zuhörte.

Jacobowski et al. (2010) gingen in ihrer Studie davon aus, dass Pflegekräfte einen primären Einfluss darauf hatten, ob die Familien die Konferenzen besuchten oder nicht. Sie waren der Ansicht, dass die Pflegekraft das Konzept der Familienkonferenzen akzeptieren musste. Dies begründeten sie dadurch, dass die Pflegekraft am meisten mit den Familien in Interaktion stand. Machare Delgado et al. (2009) fanden des Weiteren heraus, dass durch die Familienkonferenzen die Kommunikation und das Verständnis zwischen den Familien und des behandelnden Teams deutlich verbessert wurde. Zudem konnten die Konferenz den Familien die Entscheidungsfindung am Lebensende erleichtern.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Angehörigengespräche ein wichtiger Bestandteil auf der Intensivstation sind. Sowohl das Erstgespräch, als auch die Unterstützungsgruppen und Familienkonferenzen spielen in der Betreuung der Angehörigen eine wichtige Rolle. Diese Interventionen schließen sich nicht gegenseitig aus. Vielmehr ergänzen sich diese miteinander. Nur durch das Zusammenwirken aller Beteiligten kann eine optimale Betreuung der Angehörigen gewährleistet werden.

## 8. Diskussion

In dieser Arbeit konnte ein Einblick in das Belastungserleben der Angehörigen während des Intensivaufenthaltes gegeben werden. Zudem wurden Möglichkeiten aufgezeigt, um Angehörige auf der Intensivstation zu integrieren und dadurch deren Belastungserleben zu reduzieren. Die Angehörigenintegration auf der Intensivstation hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Immer mehr Studien untersuchen die Bedeutung der Angehörigenarbeit auf der Intensivstation. So hat z.B. die Arbeitsgruppe um Davidson et al. (2016) im Januar 2017 eine Leitlinie mit der Überschrift „*Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU*“ publiziert, welche Empfehlungen für eine familienorientierte Betreuung auf der Intensivstation ausspricht (Davidson et al., 2016). Auch in Deutschland vergibt die Stiftung Pflege e.V. Zertifikate für angehörigengerechte Intensivstationen (Bienstein, o.J.). Mit dem Zertifikat „Angehörige jederzeit willkommen“ will die Stiftung die Intensivstationen ermutigen, die Erkenntnisse, die in pflegewissenschaftlichen Arbeiten gewonnen wurden, in die Praxis umzusetzen. Dadurch soll ein bewusster Umgang mit den Angehörigen auf den Intensivstationen erreicht werden (ebd.). Unter dem Begriff „Angehörige“ werden hier nicht nur, wie im Gesetz geschrieben, die direkten Verwandten der kritisch Erkrankten, wie beispielsweise Eheleute und LebenspartnerInnen im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Verwandte in gerader Linie (Kinder, Eltern, Großeltern), sowie Verlobte und Geschwister verstanden, sondern auch die Personen, die in einem engen und persönlichen Verhältnis zu den kritisch Erkrankten stehen (Friedemann, 1996).

Wenn ein Mensch auf eine Intensivstation eingeliefert wird, steht dies im engen Zusammenhang mit einer für die PatientInnen kritischen oder lebensbedrohlichen Situation (Besendorfer, 2002). Diese Situation stellt für alle Beteiligten eine große Belastung dar (Dehner et al., 2016). Gerade in solch einer schwierigen Situation nehmen die Angehörigen für die kritisch Erkrankten eine bedeutsame Rolle ein (Metzing, 2003). Die Angehörigen sind für die kritisch Erkrankten die vertrauten Personen und geben ihnen Sicherheit, Schutz und Kraft (ebd.)

Jedoch hat die unvorhersehbare Situation auch Auswirkungen auf die Angehörigen (Dehner et al., 2016). Das Erleben der Situation ist vor allem geprägt von Unsicherheit, Ungewissheit und starken Emotionen auf Seiten der Angehörigen

(Engström/Söderberg, 2004; Eggenberger/Nelms, 2007). Zudem kann es dazu kommen, dass durch das erkrankte Mitglied die Rollen in der Familie neu verteilt und Aufgaben ggf. neu definiert werden müssen (Walle, 2004). Nicht zuletzt, kann dies auch die psychische Gesundheit der betroffenen Mitglieder bedrohen (ebd.). Die Angehörigen wollen in dieser Zeit den kritisch Erkrankten nahe sein (Dehner et al., 2016). Eines der größten Bedürfnisse der Angehörigen ist das Bedürfnis nach Informationen. Sie wollen wissen wie die Prognose und das weitere Verfahren ist (ebd.). Dabei stellt das Erstgespräch mit den Angehörigen eines der wichtigsten Gespräche dar (George/George, 2003). Dort wird der Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung zum Pflegepersonal geschaffen. Unterstützungsgruppen und Familienkonferenzen sind weitere wichtige, fortlaufende Gespräche auf der Intensivstation, in denen Angehörige Informationen erhalten können und eine emotionale Unterstützung erfahren (Garrouste-Orgeas et al., 2016; Kirshbaum-Moriah et al., 2016). Auch das Intensivtagebuch bietet für Angehörige die Möglichkeit Gedanken und Gefühle nieder zu schreiben. Es hilft ihnen die Situation besser zu verstehen und zu verarbeiten (Garrouste-Orgeas et al., 2014; Johansson et.al., 2015).

Durch die Betrachtung qualitativer Forschungsarbeiten wurde versucht, einen tieferen Einblick in das Belastungserleben der Angehörigen während des Intensivaufenthaltes zu geben. Es sind nur Ausschnitte aus dem Erleben der Angehörigen dargestellt und gelten somit nicht als vollzählig. Während es internationale Studien in den USA, Dänemark, Schweden und Griechenland zu dem Belastungserleben der Angehörigen gibt, fehlen jedoch Forschungsarbeiten zu dem Belastungserleben der Angehörigen auf den Intensivstationen in Deutschland. Dies erschwert die Übertragbarkeit des Belastungserleben der Angehörigen auf Deutschland. Für die weitere Forschung in Deutschland wäre es von hoher Relevanz, dass sich intensiv mit dem Belastungserleben der Angehörigen während des Intensivaufenthaltes auseinandergesetzt wird. Anhand der qualitativen Studien lässt sich entnehmen, dass die Stichprobengröße in den meisten Studien relativ klein gehalten ist. Sie liegt zwischen fünf und 13 Angehörigen (Engström/Söderberg, 2004; Agard/Harder, 2007; Karlsson et al., 2010; McKiernan/McCarthy, 2010; Eriksson et al., 2011; Frivold et al., 2015). Demnach können durch die Stichprobengröße die Ergebnisse zu dem Belastungserleben

nicht verallgemeinert werden. Lediglich bei einer Studie von Eggenberg und Nelms (2007) werden insgesamt 41 Mitglieder aus elf Familien in die Studie eingeschlossen. Dies lässt die Studie somit als repräsentativ gelten. Die meisten Studien wurden zudem in einem einzelnen Krankenhaus und auf einer einzelnen Intensivstation durchgeführt. Zudem können unterschiedliche Faktoren, wie z.B. rechtliche, kulturelle oder strukturelle Faktoren dazu geführt haben, dass das Erleben der Angehörigen unterschiedlich beeinflusst wurde. Ferner macht es einen Vergleich untereinander sehr schwierig. Jedoch muss festgehalten werden, dass es Ähnlichkeiten in den qualitativen Studien in Bezug auf das Belastungserleben der Angehörigen gibt und davon ausgegangen werden kann, dass die Angehörigen die Situation als belastend empfinden.

Weiter anzumerken ist, dass der Fokus der qualitativen Studien, hauptsächlich auf dem Erleben erwachsener Angehöriger liegt (vgl. Kapitel 5). Dies wurde meist durch die Einschlusskriterien in den jeweiligen Studien festgelegt. Das Belastungserleben von Kindern wurde in den Studien nicht thematisiert. Dies lässt vermuten, dass dem Thema noch wenig Beachtung gewidmet wird. Lediglich eine Studie von Eggenberg und Nelms (2007) fokussiert sich auf die Familie als Ganzes und wie diese als Einheit mit der Situation umgeht. Die anderen Studien beziehen sich auf einzelne Familienmitglieder, wie Eheleute, Geschwister oder Eltern.

Für die Angehörigen auf der Intensivstation, die die Situation als familiäre Krise erleben, sind die Pflegenden die erste Ansprechperson. Der Bedarf an Informationen ist den Angehörigen sehr wichtig, um Gewissheit und Sicherheit zu bekommen (Kuhlmann, 2004). Doch häufig wird dieses Informationsbedürfnis von den Pflegenden unterschätzt und die Informationen werden von den Verantwortlichen zu selten aus eigenem Antrieb herausgegeben. Oft müssen die Angehörigen nach den Informationen suchen oder nach ihnen verlangen (Jamerson et al., 1996). Informationen werden zudem eher zufällig oder willkürlich, anstatt bewusst und strukturiert gegeben (Plakas et al., 2009). An dieser Stelle kommt die Frage auf, was die Ursachen dafür sind? Die Ursachen für die mangelnde Angehörigenkommunikation lassen sich möglicherweise in der Studie von Kuhlmann (2004) wiederfinden. Die Angehörigen nehmen die Pflegenden, auch oftmals mit den Ärzten bzw. Ärztinnen zusammen, überwiegend als gesamte Berufsgruppe wahr (Kuhlmann, 2004). Problematisch dabei ist jedoch, dass die Angehörigen nicht in Fragen an die Ärzte bzw. Ärztinnen und in Fragen an die

Pflegenden unterscheiden (ebd.). Jedoch unterscheiden Pflegende deutlich zwischen ärztlichen und pflegerischen Informationen. Dadurch geraten die Pflegenden in einen Konflikt, wenn Angehörige nicht ausreichend informiert sind und sie um ihre Meinung bitten (ebd.). Besonders Informationen, die sich auf die Prognose der PatientInnen beziehen und Fragen, die in Richtung Zukunft der PatientInnen gehen, erschweren die Kommunikation mit den Angehörigen. Pflegende wollen den Angehörigen keine schlechten Nachrichten übermitteln und haben Angst etwas Falsches zu sagen. Sie finden Ablenkmechanismen oder Ausweichstrategien, um diesen Fragen zu entgehen (ebd.). Dieser Konflikt kann ein möglicher Grund sein, warum sich Pflegende schwertun, das ehrliche Gespräch mit den Angehörigen zu suchen. Dies belegt auch die Studie von Krimshstein et al. (2011), in der Pflegende berichten, dass die Familien häufig Fragen über den Zustand der PatientInnen, die Behandlung, die Prognose oder die Ziele der Pflege der PatientInnen stellen. Die Mehrheit der Pflegenden bestätigen, dass sie sich nicht in der Lage fühlen, diese Fragen zu beantworten (ebd.). Zudem haben Pflegende Angst, in den Kompetenzbereich der Ärzte bzw. Ärztinnen einzugreifen und später dafür belangt zu werden (Kuhlmann, 2004). Eine weitere Schwierigkeit, die Sprenger (2008) in seiner Studie aufdeckt, ist, dass die Pflegenden nicht genau darüber informiert sind, was die Ärzte bzw. Ärztinnen mit den Angehörigen besprochen haben. Dies erleben die Pflegenden als besonders belastend. Dadurch besteht die Gefahr, dass unterschiedliche Aussagen gemacht werden, was wiederum dazu führt, dass die Pflegenden sich aus Unsicherheit nicht mehr aktiv an den Angehörigengesprächen beteiligen (ebd.). Die Studie von Sprenger (2008) lässt vermuten, dass es auch Defizite in der Informationsweitergabe innerhalb des intensivmedizinischen Teams gibt. Um einen Ausweg aus diesen Konflikten in denen sich die Pflegenden befinden zu suchen, betont Kuhlmann (2004), dass die Aufklärung der Angehörigen von Ärzten bzw. Ärztinnen und dem Pflegepersonal gemeinsam besprochen werden sollte. Nur durch das Wissen beider Seiten lassen sich Hilflosigkeit und Unsicherheit bei den Pflegenden, Ärzten bzw. Ärztinnen und Angehörigen reduzieren (ebd.). Eine andere Methode, um diese Situation zu verbessern, schlagen Janssens und Graf (2010) vor. Sie betonen, dass Familienkonferenzen interdisziplinär stattfinden sollten. Dies bedeutet, dass nicht nur Ärzte bzw. Ärztinnen an Familienkonferenzen teilnehmen sollen, sondern auch das Pflegepersonal. Diese Aussage bestätigt auch die Studie von Garrouste-

Orgeas et al. (2016), in der die Pflegekraft während einer Angehörigenkonferenz anwesend waren. Durch die Anwesenheit der Pflegekraft haben diese die Möglichkeit gehabt, zu verfolgen, was die Angehörige und Ärzte bzw. Ärztinnen schon miteinander besprochen haben. Zudem konnten sie sich selber aktiv in die Konferenz mit einbringen. Es hat ihnen Sicherheit im Umgang mit den Angehörigen gegeben. Außerdem bestätigt die Studie, dass die Anwesenheit der Pflegekraft, positiv von den Angehörigen aufgenommen wurde. Nur durch eine Kommunikation, die auf gegenseitigem Verständnis zwischen Ärzten bzw. Ärztinnen und Pflegenden basiert, können Pflegende in der Lage sein, Angehörige optimal zu unterstützen. Ein weiteres Problem ist, dass der Mangel an kommunikativen Kompetenzen auf Seiten der Pflegenden, das Gespräch mit Angehörigen von kritisch Erkrankten erschwert (Kuhlmann, 2004). Kuhlmann kam in ihrer Studie, in der sie Pflegende interviewte, zu dem Ergebnis, dass sich sowohl Berufsneulinge, als auch langjährige Pflegekräfte in der Gegenwart von Angehörigen nicht immer sicher fühlten. Sie macht darauf aufmerksam, dass sogar Pflegende mit langjähriger Berufserfahrung geäußert haben, dass sie gerne Regeln im Umgang mit Angehörigen hätten (ebd.). Dies lässt vermuten, dass auf Seiten der Pflegenden, Defizite im Bereich kommunikativer Kompetenzen und Unsicherheit in Bezug auf ihre eigene Rolle vorhanden sind.

Um die Kommunikation im interdisziplinären Team mit den PatientInnen und dessen Angehörigen zu verbessern, fühlen sich Pflegende intuitiv sicherer, wenn sie diese Kommunikationsfähigkeiten durch Schulungen erwerben (Krimshstein et al., 2011). Die Studie von Krimshstein et al. (2011) bestätigt diese Hypothese. Ein Kommunikationstraining für Pflegende kann deren kommunikativen Kompetenzen fördern und erweitern. Die Pflegenden geben selbst an, dass sich die eigenen kommunikativen Fähigkeiten deutlich durch das Trainingsprogramm verbessert haben. Auch in der randomisierten, kontrollierten Studie von García de Lucio et al. (2000) hat sich gezeigt, dass mithilfe eines gezielten Trainingsprogramms, die Kommunikationskompetenzen von Pflegenden verbessern lassen. Durch eine 25 stündige Intervention, wurden in der Interventionsgruppe statistisch signifikante Verbesserungen in den Bereichen „Zuhören“, „Einfühlungsvermögen zeigen“ und „Unterbrechen können“ gemessen, im Vergleich zu der Kontrollgruppe.

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass die Studien von Kuhlmann (2004) und Sprenger (2008) deutlich machen, dass dringend Trainingsprogramme zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden in die Curricula von Aus- und Weiterbildungen integriert werden müssen. Die Studien von García de Lucio et al. (2000) und Krimshstein et al. (2011) unterstützen die Annahme, dass Trainingsprogramme zu einer Verbesserung der Kommunikationskompetenzen Pflegender beitragen können. Für die Praxis lässt sich daraus ableiten, dass die Ausnahmesituation, in der sich Angehörige von kritisch Erkrankten während des Intensivaufenthaltes befinden, eine besondere Form der Kommunikation erfordert. Es ist notwendig, den Pflegenden bestimmte Weiterbildungen, Schulungen und Trainingsprogramme anzubieten, damit diese Sicherheit im Umgang mit den Angehörigen bekommen. Nur so kann dann eine optimale Angehörigenbetreuung stattfinden.

Bei den Familienunterstützungsgruppen für Angehörige konnte gezeigt werden, dass diese Sitzungen für Angehörige unterstützend wirken (Kirshbaum-Moriah et al., 2016; Oliveira et al., 2010). Trotz der Unterschiede in der Zeit, der leitenden Personen und des Inhalts der Sitzungen, kann das Fazit gezogen werden, dass sich diese Sitzungen emotional unterstützend auf die Familien während des Intensivaufenthaltes auswirken. Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle, dass nicht jede Pflegekraft in der Lage ist, so eine Gruppe zu leiten. Wie die Studie von Oliveira et al. (2010) gezeigt hat, wurde die Gruppe von erfahrenen Forschern und einer Pflegekraft, die auf Gruppendynamik spezialisiert ist, geleitet. Daraus lässt sich ableiten, dass es einer guten Vorbereitung und einer zusätzlichen Qualifizierung der leitenden Personen bedarf. Für die Praxis wäre hier sicherlich von Interesse, welche Qualifizierungen das Personal haben muss, um eine Unterstützungsgruppe leiten zu können. Zudem kommt die Frage auf, welche anderen Berufsgruppen zusätzlich in die Unterstützungsgruppen einbezogen werden können, um den Effekt der Sitzungen zu verstärken.

Das Intensivtagebuch ist ein weiteres Kommunikationsinstrument, dass den Angehörigen auf der Intensivstation helfen kann, mit der belastenden Situation dort umzugehen (Garrouste-Orgeas et al., 2014). Sie können in dem Intensivtagebuch ihre Gedanken und Gefühle hineinschreiben. Zudem ist es ein Kommunikationsmittel zwischen den Angehörigen und den kritisch Erkrankten, aber



auch zwischen den Angehörigen und dem Personal auf der Intensivstation (ebd.). Die meisten Studien beruhen auf qualitative Designs, in denen die Wahrnehmung der Angehörigen in Bezug auf das Intensivtagebuch beschrieben wird. Die durchweg positiven Ergebnisse seitens der Angehörigen stärken die Behauptung, dass das Intensivtagebuch eine nützliche Unterstützungsmöglichkeit für Angehörige auf der Intensivstation ist, um die belastende Situation besser verstehen und verarbeiten zu können. Da es sich jedoch um subjektive Erfahrungen handelt, kann nicht darauf geschlossen werden, dass das Intensivtagebuch für jeden Angehörigen eine geeignete Maßnahme ist. Die fehlende Studienlage, bezüglich der Nebenwirkungen des Intensivtagebuches, erweist sich als problematisch. Möglicherweise können auch negative Reaktionen bei den Angehörigen entstehen, wenn diesen ein Intensivtagebuch zur Verfügung steht. Zudem fehlt es weiterhin an randomisierten, kontrollierten Studien, um die Wirksamkeit der Tagebücher auf die Angehörigen zu beschreiben. Nur vereinzelte Studien, wie die von Garrouste-Orgeas et al. (2012) und Jones et al. (2012) bestätigen, dass es bei Angehörigen drei bis zwölf Monate nach dem Intensivaufenthalt zur Reduktion der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung kommt. Aber auch hier muss z.B. bei der Studie von Garrouste-Orgeas et al. (2012) bedacht werden, dass sich die Tagebuchintervention nur auf ein Krankenhaus beschränkt und die Studie weder eine Kontrolle noch eine Randomisierung aufweist.

Einige Studien weisen zudem auf die Problematik hin, dass die Umsetzung und Implementierung der Intensivtagebücher sehr schwierig ist (Nydahl et al., 2015). Nydahl et al. (2015) äußern, dass der Zeitfaktor häufig die Pflegenden daran hindert, etwas in das Intensivtagebuch zu schreiben. Eine vorherige Studie von Nydahl et al. (2014) zeigt hingegen, dass die Zeiterfassung zum Intensivtagebuch schreiben in Deutschland, Schweden und in der Schweiz mit maximal 22 Minuten für den Ersteintrag und vier bis sechs Minuten für die täglichen Folgeeinträge im Vergleich zu anderen Tätigkeiten vertretbar ist.

Des Weiteren hängt es oft von dem Team und der zu pflegenden Person ab, wie die Einstellung zu dem Intensivtagebuch ist (Nydahl et al., 2015). Dies bestätigt auch die Studie von Nair et al. (2015), in der die Mehrheit der Pflegenden zögern, Intensivtagebücher auf der Intensivstation einzuführen. Ein weiterer Punkt, der es erschwert ein Intensivtagebuch in die Praxis zu implementieren, ist die steigende Arbeitsbelastung (Nydahl et al., 2015). Die Anzahl der Pflegenden sinkt und die

Anzahl der PatientInnen steigt, was für die Pflegenden zu einer anspruchsvollen Situation führt (ebd.). Ein weiterer hindernder Faktor, der von den Pflegenden beschrieben wird, ist die Schwierigkeit zu entscheiden, welche PatientInnen diese Intervention bekommen sollten und welche nicht. Ein Intensivtagebuch für alle PatientInnen zu schreiben, ist laut den Pflegenden nicht machbar (Ednell et al., 2017). Zufälle und persönliche Annahmen über die erwartete Aufenthaltsdauer waren entscheidend, ob die PatientInnen die Tagebuchintervention bekamen oder nicht.

Trotz der obig aufgeführten Problematiken der Intensivtagebücher, ist zu verzeichnen, dass die meisten Pflegenden das Intensivtagebuch schätzen (Nydahl et al., 2015). Das Intensivtagebuch bietet den Pflegenden eine zusätzliche Unterstützungshilfe an, um die Familien in das Geschehen der kritisch Erkrankten mit einzubeziehen (Nair et al., 2015). Zudem können sie durch das Schreiben eine engere Beziehung zu den Angehörigen, aber auch zu den PatientInnen aufbauen (Nydahl et al., 2015). Um Bezug zu der Annahme von Kuhlmann (2004) zu nehmen, dass das Erstgespräch der Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung ist, kann demnach das Intensivtagebuch dazu beitragen, dass die Pflegenden im weiteren Verlauf die vertrauensvolle Beziehung aufrechterhalten können. Nur durch eine vertrauensvolle Beziehung, können Unsicherheit und Ängste bei den Angehörigen gemindert werden. Um einen Bezug zu Deutschland herzustellen, halten Nydahl et al. (2014) in ihrer Studie fest, dass die Intensivtagebücher bereits auch in Deutschland Anwendung auf den Intensivstationen gefunden haben. Laut einer Umfrage von Nydahl et al. (2014) hatten acht von 152 Intensivstationen in den beiden Bundesländern Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein das Intensivtagebuch auf der Station umgesetzt. Zudem planen sechs Intensivstationen eine Umsetzung der Tagebücher. Weitere 35 Intensivstationen in anderen Gebieten Deutschlands hatten Intensivtagebücher auf ihrer Station eingeführt und drei zusätzliche Stationen planen dies zu tun. Die Studie von Nydahl et al. (2014) macht deutlich, dass auch in Deutschland die Intensivtagebücher bereits Aufmerksamkeit und Anwendung, trotz bürokratischen Herausforderungen in der pflegerischen Praxis bekommen haben. Für die Forschung wäre es vorteilhaft, wenn die Intensivtagebücher eine standardisierte Anwendung auf den Intensivstationen bekommen, um diese besser miteinander vergleichen zu können. In der Praxis wäre diese Umsetzung jedoch nicht möglich. Für die Implementierung der

Intensivtagebücher, vor allem in Deutschland, müssen bürokratische Strukturen berücksichtigt werden. Es muss individuell im Team und mit der Leitung geklärt werden, ob diese Maßnahme auf der jeweiligen Intensivstation gebraucht wird oder nicht.

### Limitationen

Die Datensuche erfolgte in zwei themenzentrierten Datenbanken. Zum einen in der Datenbank CINAHL und zum anderen in der Datenbank MEDLINE. Der Einbezug von weiteren Datenbanken wie z.B. PsycINFO wäre an dieser Stelle von Vorteil gewesen, da es sich bei dem Belastungserleben der Angehörigen auch um psychologische Phänomene handelt. Dadurch hätten eventuell zusätzlich noch wichtige Studien in der Datenbank gefunden werden können und mit in die Arbeit eingeschlossen werden können. Da während der Literaturrecherche keine Eingrenzung des Publikationsjahres stattgefunden hat, kann davon ausgegangen werden, dass die Aktualität der Ergebnisse gewährleistet wurde.

Die Literatursuche verlief über einen längeren Zeitraum. Der Zeitraum erstreckte sich von Dezember 2016 bis April 2017. Dadurch, dass teilweise wichtige Begriffe zur Beantwortung der handlungsleitenden Fragestellung am Anfang der Literaturrecherche noch nicht feststanden, musste während des Schreibens immer wieder neu recherchiert werden. Dies wurde vor allem bei den ausgewählten Interventionen deutlich. Um sich einen ersten Überblick über mögliche Interventionen zu verschaffen, die Einfluss auf das Belastungserleben der Angehörigen haben können, wurden die Suchbegriffe zu Anfang sehr offen gehalten. Es war schwierig, geeignete Interventionen zu finden, da es im Gegensatz zu dem Belastungserleben der Angehörigen, bei den Interventionen keine homogenen Ergebnisse gab. Nach dem Sichten der Literatur konnte dann durch Findung einer Leitlinie eine spezifischere Auswahl von Suchbegriffen für die Interventionen festgelegt werden, um die relevante Literatur mit einschließen zu können. Es konnte dennoch ein Überblick über eine Auswahl an Interventionen gegeben werden, die positiven Einfluss auf das Belastungserleben der Angehörigen während des Intensivaufenthaltes haben können. Auch die sprachliche Eingrenzung bezüglich deutscher und englischer Literatur stellt eine Limitation dar, da pflegerelevante Literatur zu diesem Thema auch in anderen Sprachen vorliegt.

## 9. Fazit

Im Krankenhaus stellen die Intensivstationen Spezialstationen dar, auf denen Menschen mit schwersten bis lebensbedrohlichen Erkrankungen intensivmedizinisch, sowie pflegerisch behandelt, versorgt und überwacht werden. Meist erfolgt die Aufnahme von kritisch Erkrankten auf eine Intensivstation ungeplant. Diese Situation stellt für alle Betroffenen eine krisenhafte Situation dar. Vor allem die Angehörigen nehmen für die kritisch Erkrankten in dieser Situation eine existenzielle Rolle ein. Sie können zur Genesung der kritisch Erkrankten beitragen. Zudem können auch Pflegende von der Anwesenheit der Angehörigen profitieren. Durch sie bekommen die Pflegenden wertvolle Informationen über die PatientInnen, was die pflegerische Arbeit erleichtern kann.

Das Erleben dieser krisenhaften Situation auf der Intensivstation, drückt sich bei den Angehörigen in verschiedenen Dimensionen aus, wie z.B. in Angst, Unsicherheit oder Ungewissheit. Dabei stehen die Sorgen um die kritisch Erkrankten immer im Vordergrund. Um dem Belastungserleben der Angehörigen entgegen zu wirken, spielt vor allem die Kommunikation mit den Angehörigen auf der Intensivstation eine wichtige Rolle. Was dies betrifft konnte gezeigt werden, dass Pflegende an dieser Stelle eine bedeutende Schlüsselposition einnehmen. Sie sind die erste Ansprechperson für die Angehörigen. Die Pflegenden informieren den Angehörigen über die Gegebenheiten auf der Station, den Zustand der PatientInnen und den weiteren Ablauf. Die Pflegenden fungieren somit als VermittlerIn, ErklärerIn und Bezugsperson für die Angehörigen. Doch meistens fühlen sich die Pflegenden diesen Anforderungen nicht gewachsen. Sie sind unsicher und vermeiden die Angehörigengespräche oder geben ihre Verantwortung z.B. an den Arzt bzw. die Ärztin ab. Gründe hierfür liegen vor allem in den fehlenden kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden und die unzureichende Kommunikation innerhalb des intensivmedizinischen Teams. Die Pflegenden auf den Intensivstationen benötigen vor allem erweiterte Fähigkeiten in der Interaktion und Kommunikation, um die Angehörigen effektiv unterstützen zu können.

Des Weiteren ist es wichtig, dass das Team auf der Intensivstation koordinierte Absprachen trifft um eine optimale Betreuung der Angehörigen zu gewährleisten. Vorteilhaft wäre es, wenn das gesamte Behandlungsteam in die Betreuung des kritisch Erkrankten involviert ist. Familienkonferenzen bieten die Möglichkeit, alle

Beteiligten Berufsgruppen zu einer strukturierten Besprechung zusammen zu bekommen. Durch die Einbindung von Pflegenden in diese Konferenzen können wechselseitige Absprachen unter den Berufsgruppen besser stattfinden und dadurch Informationsflüsse besser ablaufen. Dies erzeugt bei allen Beteiligten, aber vor allem bei den Angehörigen, mehr Sicherheit.

Unterstützungsgruppen für Angehörige während des Intensivaufenthaltes bieten eine weitere Möglichkeit, bei der Angehörige mit anderen Betroffenen über die Situation auf der Intensivstation sprechen können. Sie dienen vor allem der emotionalen Unterstützung. Dort können vordergründig Gedanken und Gefühle untereinander ausgetauscht werden. Zudem erhalten die Angehörigen Anleitungen und Rückmeldungen durch Mitbetroffene und durch die professionelle Leitung. Diese Art der Unterstützung wird von den Angehörigen sehr positiv eingeschätzt. Doch muss bedacht werden, dass nicht jede Pflegekraft in der Lage ist, so eine Gruppe zu führen. Es bedarf einer guten Vorbereitung und einer zusätzlichen Qualifikation der leitenden Person. Des Weiteren erschweren die gegebenen Rahmenbedingungen auf der Intensivstation, wie der Zeitfaktor und die Personalausstattung, die Umsetzung dieser Unterstützungsgruppen.

Das Intensivtagebuch bietet eine andere Form der Kommunikation für Angehörige an. Es dient den Angehörigen als Instrument, um ihre Gefühle und Gedanken dort niederzuschreiben. Für die Angehörigen der kritisch Erkrankten kann das Schreiben in das Intensivtagebuch positiven Einfluss auf die Bewältigung der aktuellen Situation haben. Sogar Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sind bei Angehörigen weniger vorhanden, wenn diese das Intensivtagebuch nutzen. Vorteil dieser Unterstützungsmöglichkeit ist es, dass es leicht in seiner Anwendung ist und zudem nicht so viel Zeit in Anspruch nimmt wie die anderen Interventionen.

Trotz der Barrieren, die es bei der Angehörigenintegration gibt, sollte hervorgehoben werden, dass die aktive Integration der Angehörigen während des Intensivaufenthaltes ein wichtiger Bestandteil in der intensivmedizinischen Betreuung ist. Oftmals reicht es schon, wenn den Angehörigen ein Gefühl vermittelt wird, dass diese nicht alleine sind und dass sie mit jemandem sprechen können. Um eine optimale Betreuung der Angehörigen zu gewährleisten, sollte sich die Pflegeforschung in Zukunft vermehrt um die Wirksamkeit von Interventionen für

Angehörige auf der Intensivstation bemühen. Zudem ist es wichtig, dass nicht nur die Perspektive der Angehörigen in den Vordergrund der Forschung rückt, sondern auch die Perspektive der Pflegenden. Wie die aufgeführten Barrieren in der Diskussion gezeigt haben, wäre es dahingehend notwendig, Befragungen mit Pflegenden durchzuführen, wie diese ihre Rolle in Bezug auf die Angehörigen wahrnehmen. Die Interventionen sollen nicht nur dazu dienen, das Belastungserleben der Angehörigen zu reduzieren, vielmehr können sich Pflegende erst durch gezielte Interventionen in das Belastungserleben der Angehörigen hineinversetzen, wodurch dann erst eine bedarfsgerechte Angehörigenbetreuung möglich wird.

Dennoch ist zu verzeichnen, dass in den letzten Jahren ein neues Bewusstsein über die Bedeutung der Angehörigenarbeit in der Intensivmedizin entstanden ist. So hat z.B. die Society of Critical Care Medicine eine Leitlinie zum Umgang mit Angehörigen veröffentlicht und in Deutschland veranlasst die Stiftung Pflege Zertifizierungen angehörigengerechter Intensivstationen.

Die Fragestellung der Arbeit: *„Führt die aktive Integration der Angehörigen von kritisch Erkrankten auf der Intensivstation, zur Reduktion ihres Belastungserlebens während des Intensivaufenthaltes?“* kann hypothetisch mit ja beantwortet werden. Es konnte gezeigt werden, dass die aufgeführten Interventionen positive Effekte auf das Belastungserleben der Angehörigen haben können. Die Ergebnisse müssen jedoch mit Bedacht bewertet werden, da es sich oftmals um methodisch schwache Studien mit mangelnder Evidenz handelt. Abschließend kann gesagt werden, dass es von hoher Relevanz ist, sich in das Erleben der Angehörigen einfühlen zu können und sich dessen bewusst zu machen, was Angehörige erleben. Dies bildet eine wichtige Grundlage für die Entwicklung und Bereitstellung einer situations- und bedarfsgerechten Unterstützung der Angehörigen auf der Intensivstation. Um dies zu ermöglichen, ist es essenziell, dass dem gesamten Behandlungsteam die hohe Bedeutung der Angehörigenintegration auf der Intensivstation bewusst ist.

## 10. Literaturverzeichnis

- Agard, A., Harder, I. (2007):** *Relatives' experiences in intensive care- Finding a place in a world of uncertainty.* In: Intensive and Critical Care Nursing 23 (3): 170-177. DOI: 10.1016/j.iccn.2006.11.008.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Edouard Bollaert, P., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C., Larché, J., Liotier, J., Papazian, L., Poisson, C., Reignier, J., Saidi, F., Schlemmer, B. (2005):** *Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients.* In: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 171 (9): 987-994. DOI: 10.1164/rccm.200409-1295OC.
- Anderson, W., Arnold, R., Angus, D., Bryce, C. (2008):** *Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit.* In: Society of General Internal Medicine 23 (11): 1871-1876. DOI: 10.1007/s11606-008-0770-2.
- Bagger, C., Knüick, D., Nydahl, P. (2009):** *Intensivtagebuch. Brücke zur Erinnerung.* In: Die Schwester Der Pfleger 48 (1): 40-44.
- Benzer, H., Burchardi, H., Larsen, R., Suter, P.M. (1995):** *Intensivmedizin. 7. korrigierte Auflage mit 240 Abbildungen und 203 Tabellen.* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Besendorfer, A. (2002):** *Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen.* In: Pflege 15: 301-308. DOI: 10.1024/1012-5302.15.6.301.
- Bienstein, C. (ohne Jahr):** *Zertifikat.* Verfügbar unter: [http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/?page\\_id=209](http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/?page_id=209)(10.05.2017).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017a):** *Strafgesetzbuch (StGB) § 11 Personen- und Sachbegriffe.* Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_\\_11.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___11.html)(10.05.2017).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017b):** *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) § 3*

Ausbildungsziel. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg\\_2004/\\_3.html](https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/_3.html)(10.05.2017).

**Burholt, V. (2010):** *Angehörige auf der Intensivstation- welche Bedürfnisse haben sie?* In: *Intensiv* 18 (4): 198-203. DOI: 10.1055/s-0030-1261777.

**Davidson, J., Aslakson, R., Long, A., Puntillo, K., Kross, E., Hart, J., Cox, C., Wunsch, H., Wickline, M., Nunnally, M., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C., Hartog, C., Coombs, M., Gerritsen, R., Hopkins, R., Franck, L., Skrobik, Y., Kon, A., Scruth, E., Harvey, M., Lewis-Newby, M., White, D., Swoboda, S., Cooke, C., Levy, M., Azoulay, E., Curtis, R. (2016):** *Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU.* In: *Critical Care Medicine* 45 (1): 102-128. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002169.

**Dehner, S., Deffner, T., Schraps, M. (2016):** *Angehörige auf der Intensivstation. Zwischen Hoffen und Bangen.* In: *Heilberufe* 68 (1): 12-15.

**Ednell, A., Siljegren, S., Engström, A. (2017):** *The ICU patient diary- A nursing intervention that is complicated in its simplicity: A qualitative study.* In: *Intensive and Critical Care Nursing* 40: 70-76. DOI: 10.1016/j.iccn.2016.12.002.

**Eggenberger, S., Nelms, T. (2007):** *Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness.* In: *Journal of Clinical Nursing* 16 (9): 1618-1628. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01659.x.

**Engström, A., Söderberg, S. (2004):** *The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit.* In: *Intensive and Critical Care Nursing* 20 (5): 299-308. DOI: 10.1016/j.iccn.2004.05.009.

**Eriksson, T., Bergbom, I., Lindahl, B. (2011):** *The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit- A hermeneutic interview study.* In: *Intensive and Critical Care Nursing* 27 (6): 60-66. DOI: 10.1016/j.iccn.2011.01.001.

**Friedemann, M.-L. (1996):** *Familien- und umweltbezogene Pflege: die Theorie des systemischen Gleichgewichts.* Bern: Hans Huber.



**Frivold, G., Dale, B., Slettebo, A. (2015):** *Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study.* In: *Intensive and Critical Care Nursing* 31 (4): 232-240. DOI: 10.1016/j.iccn.2015.01.006.

**Fumis, R., Ranzani, O., Martins, P., Schettino, G. (2015):** *Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members during and after ICU Stay.* In: *PLoS ONE* 10 (1): e0115332. DOI: 10.1371/journal.pone.0115332.

**George, W., George, U. (2003):** *Angehörigenintegration.* In: *Intensiv* 11: 216-219.

**Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015):** *Intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern-Anzahl Krankenhäuser, Betten sowie Aufenthalte (Behandlungsfälle und Berechnungs-/Belegungstage). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart / Bettenzahl / Träger / Art der Zulassung)* Verfügbar unter: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=64388986&nummer=838&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=293\(07.12.2016\).](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=64388986&nummer=838&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=293(07.12.2016).)

**Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2002):** *Intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern-Anzahl Krankenhäuser, Betten sowie Aufenthalte (Behandlungsfälle und Berechnungs-/Belegungstage). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart / Bettenzahl / Träger / Art der Zulassung)* Verfügbar unter: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_FORMPROC?TARGET=&PAGE=\\_XWD\\_2&OPINDEX=1&HANDLER=\\_XWD\\_CUBE.SETPGS&DATACUBE=\\_XWD\\_30&D.000=3724\(07.12.2016\).](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.000=3724(07.12.2016).)

**García de Lucio, L., García López, F., Marín López, M., Mas Hesse, B., Dolores Caamanos, M. (2000):** *Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study.* In: *Journal of Advanced Nursing* 32 (2): 425-431.

- Garrouste-Orgeas, M., Coquet, I., Périer, A., Timsit, J., Pochard, F., Lancrin, F., Philippart, F., Vesin, A., Bruel, C., Blel, Y., Angeli, S., Cousin, N., Carlet, J., Misset, B. (2012):** *Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives.* In: Society of Critical Care Medicine and Lippincott Williams & Wilkins 40 (7): 2033-2040. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31824e1b43.
- Garrouste-Orgeas, M., Périer, A., Mouricou, P., Grégoire, C., Bruel, C., Brochon, S., Philippart, F., Max, A., Misset, B. (2014):** *Writing in and Reading ICU Diaries: Qualitative Study of Families' Experience in the ICU.* In: PLoS ONE 9 (10): e110146. DOI: 10.1371/journal.pone.0110146.
- Garrouste-Orgeas, M., Max, A., Lerin, T., Grégoire, C., Ruckly, S., Kloeckner, M., Brochon, S., Pichot, E., Simon, C., El-Mhadri, M., Bruel, C., Philippart, F., Fournier, J., Tiercelet, K., Timsit, J., Misset, B. (2016):** *Impact of Proactive Nurse Participation in ICU Family Conferences: A Mixed-Method Study.* In: Critical Care Medicine 44 (6): 1116-1128. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001632.
- Grünewald, M., Stolecki, D., Ullrich, L. (2005):** *Arbeitsfeld Intensivstation und Anästhesie.* In: Ullrich, L., Stolecki, D., Grünewald, M. (Hrsg.): *Intensivpflege und Anästhesie.* Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Hannich, H., Knück, D., Nydahl, P., Ullrich, L., Wilpsbäumer, S. (2015):** *Kommunikation mit kritisch Kranken und ihrem Umfeld.* In: Ullrich, L., Stolecki, D. (Hrsg.): *Intensivpflege und Anästhesie.* 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Hönig, K., Gündel, H. (2016):** *Angehörige auf der Intensivstation (Un) Befriedigte Bedürfnisse.* In: Nervenarzt 87 (3): 269-275. DOI: 10.1007/s00115-016-0069-1.
- Jacobowski, N., Girard, T., Mulder, J., Ely, W. (2010):** *Communication in Critical Care: Family Rounds in the Intensive Care Unit.* In: American Journal of Critical Care 19 (5): 421-430. DOI: 10.4037/ajcc2010656.

- Jamerson, P., Scheibmeir, M., Bott, M., Crighton, F., Hinton, R., Kuckelman, A. (1996):** *The experiences of families with a relative in the intensive care unit.* In: *Heart Lung* 25 (6): 467-474.
- Janssens, U., Graf, J. (2010):** *Angehörigenkonferenz.* In: *Intensivmedizin und Notfallmedizin* 47 (1): 35-42. DOI: 10.1007/s00390-009-0135-z.
- Johansson, M., Hanson, E., Runeson, I., Wahlin, I. (2015):** *Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: A hermeneutic interview study.* In: *Intensive and Critical Care Nursing* 31 (4): 241-249. DOI: 10.1016/j.iccn.2014.11.002.
- Jones, C., Bäckman, C., Griffiths, R. (2012):** *Intensive care diaries and relatives' symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study.* In: *American Association of Critical-Care Nurses* 21 (3): 172-176. DOI: 10.4037/ajcc2012569.
- Karlsson, V., Forsberg, A., Bergbom, I. (2010):** *Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient- A hermeneutic study.* In: *Intensive and Critical Care Nursing* 26 (2): 91-100. DOI: 10.1016/j.iccn.2009.12.001.
- Kean, S. (2010):** *Wissen wollen- Informationsbedürfnisse der Angehörigen von Intensivpatienten.* In: *Pflege* 23 (2): 67-68. DOI: 10.1024/1012-5302/a000019.
- Kirshbaum-Moriah, D., Harel, C., Benbenishty, J. (2016):** *Family members' experience of intensive care unit support group: qualitative analysis of intervention.* In: *British Association of Critical Care Nurses.* DOI: 10.1111/nicc.12272.
- Knück, D., Nydahl, P. (2008):** *Das Intensivtagebuch in Deutschland.* In: *Intensiv* 16 (5): 249-255. DOI: 10.1055/s-2008-1027780.
- Kornberg, J. (2015):** *Belastung oder Hilfe?* In: *Intensiv* 23 (2): 93-99. DOI: 10.1055/s-0035-1547205.
- Krimshtein, N., Luhrs, C., Nelson, J. (2011):** *Training Nurses for Interdisciplinary Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention.* In:

Journal of Palliative Medicine 14 (12): 1325-1332. DOI: 10.1089/jpm.2011.0225.

**Kuhlmann, B. (2004):** *Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen.* In: Pflege 17: 145-154. DOI: 10.1024/1012-5302.17.3.145.

**Larsen, R. (2016):** *Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege.* 9., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-50444-4\_37.

**Lodermeier, T. (2016):** *Wenn Besucher Pflege brauchen.* In: intensiv 24 (6): 318-323. DOI: 10.1055/s-0042-115129.

**Machare Delgado, E., Callahan, A., Paganelli, G., Reville, B., Parks, S., Marik, P. (2009):** *Multidisciplinary Family Meetings in the ICU Facilitate End-of-Life Decision Making.* In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine 26 (4): 295-302. DOI: 10.1177/1049909109333934.

**Matt, B., Schwarzkopf, D., Reinhart, K., König, C., Hartog, C. (2017):** *Relatives' perception of stressors and psychological outcomes- Results from a survey study.* In: Journal of Critical Care 39: 172-177. DOI: 10.1016/j.jcrc.2017.02.036.

**McAdam, J., Fontaine, D., White, D., Dracup, K., Puntillo, K. (2012):** *Psychological Symptoms of Family Members of High-Risk Intensive Care Unit Patients.* In: The American Journal of Critical Care 21 (6): 386-394. DOI: 10.4037/ajcc2012582.

**McKiernan, M., McCarthy, G. (2010):** *Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study.* In: Intensive and Critical Care Nursing 26 (5): 254-261. DOI: 10.1016/j.iccn.2010.06.004.

**Menche, N. (2011):** *Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe.* 5., vollständig überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer.

**Metzing, S. (2003):** *Ohne Familie geht's nicht. Die Bedeutung von Angehörigen für Patientinnen und Patienten auf Intensivstation.* In: Nydahl, P., Bartoszek, G. (Hrsg.): *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker.*

München: Urban & Fischer. Verfügbar unter: <http://www.stiftung-pflege.info/page1/page32/page32.html>(03.04.2017).

- Nagl-Cupal, M., Schnepf, W. (2010):** *Angehörige auf Intensivstationen: Auswirkungen und Bewältigung. Eine Literaturübersicht über qualitative Forschungsarbeiten.* In: *Pflege* 23 (2): 69-80. DOI: 10.1024/1012-5302/a000020.
- Nair, R., Mitchell, M., Keogh, S. (2015):** *The extent and application of patient diaries in Australian intensive care units: A national survey.* In: *Australian College of Critical Care Nurses* 28 (2): 93-102. DOI: 10.1016/j.aucc.2014.09.001.
- Nielsen, A., Angel, S. (2015):** *How diaries written for critically ill influence the relatives: a systematic review of the literature.* In: *British Association of Critical Care Nurses* 21 (2): 88-96. DOI: 10.1111/nicc.12158.
- Nydahl P., Bäckman, CG., Bereuther, J., Thelen, M. (2014):** *How much time do nurses need to write an ICU diary?* In: *Nursing in Critical Care* 19 (5): 222–227. DOI: 10.1111/nicc.12046.
- Nydahl, P., Knueck, D., Egerod, I. (2015):** *Extent and application of ICU diaries in Germany in 2014.* In: *British Association of Critical Care Nurses* 20 (3): 155-162. DOI: 10.1111/nicc.12143.
- Obringer, K., Hilgenberg, C., Bookesir, K. (2012):** *Needs of adult family members of intensive care unit patients.* In: *Journal of Clinical Nursing* 21 (11-12): 1651-1658. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x.
- Oliveira, L., Medeiros, M., Barbosa, M., Siqueira, K., Oliveira, P., Munari, D. (2010):** *Support group as embracement strategy for relatives of patients in Intensive Care Unit.* In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44 (2): 425-432.
- Plakas, S., Cant, B., Taket, A. (2009):** *The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study.* In: *Intensive and Critical Care Nursing* 25 (1): 10-20. DOI: 10.1016/j.iccn.2008.04.003.

- Sacco, T., Stapleton, M., Ingersoll, G. (2009):** *Support Groups Facilitated by Families of Former Patients: Creating Family-Inclusive Critical Care Units.* In: American Association of Critical Care Nurse 29 (3): 36-45. DOI: 0.4037/ccn2009265.
- Schoberer, D., Schaffer, S., Semlitsch, B., Haas, W., Schrempf, S. (2011):** *Anwendung von Aromapflege in der klinischen Pflegepraxis: Eine systematische Übersichtsarbeit.* In: Springer-Verlag 16 (11): 19-27. DOI: 10.1007/s00735-011-0564-3.
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (Hrsg.) (ohne Jahr):** *Kritisch Krank?* Verfügbar unter: [http://www.sgi-ssmi.ch/tl\\_files/daten/7%20Downloads/Broschueren/SGI\\_Flyer\\_Critically\\_Ill\\_patient\\_16\\_DE\\_Web.pdf](http://www.sgi-ssmi.ch/tl_files/daten/7%20Downloads/Broschueren/SGI_Flyer_Critically_Ill_patient_16_DE_Web.pdf)(11.04.2017).
- Sprenger, S. (2008):** *Analyse von Problemstrukturen in der Angehörigenbetreuung von Pflegenden. Eine Befragung von Pflegepersonal einer Intermediate Care- und einer Intensivstation.* In: Intensiv 16 (3): 116-125. DOI: 10.1055/s-2008-1027458.
- Ullrich, L., Stolecki, D. (2015):** *Entwicklung der Weiterbildung in der Intensivpflege und Anästhesie.* In: Ullrich, L., Stolecki, D. (Hrsg.): *Intensivpflege und Anästhesie.* 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Vanden Bergh, H., Wild, D.M.G. (2015):** *Palliativmedizin- Über das Lebensende reden auf der Intensivstation. Conversations about End-of-Life in the Intensive Care Unit.* In: Palliativmedizin 16 (3): 106-116. DOI: 10.1055/s-0034-1387645.
- Walle, A. (2004):** *Pflegen mit Angehörigen. Plädoyer für die Integration naher Angehöriger in die Intensivpflege erwachsener Patienten.* In: intensiv 12: 156-173. DOI: 10.1055/s-2004-813244.
- Wesch, C., Schäfer, U., Frei, I., Massarotto, P. (2013):** *Einbezug der Angehörigen in die Pflege bei Patient(inn)en mit Delir auf Intensivstationen.* In: Pflege 26 (2): 129-141. DOI: 10.1024/1012-5302/a000277.
- Winkler, E. (2008):** *Angehörige auf der Intensivstation. Besucher, Helfer oder Traumatisierte?* In: Junginger, T., Pernecky, A., Vahl, C.-F., Werner, C.

(Hrsg.): *Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen.*  
Heidelberg: Springer.

## **Eidesstattliche Erklärung**

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angaben der Quellen kenntlich gemacht“.

Hamburg, den 02.06.2017

A rectangular area that has been redacted with a solid black fill, obscuring the signature of the author.

---

Unterschrift Nina Romanowski