



HOCHSCHULE OSNABRÜCK

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät für Management, Kultur und Technik

Institut für Duale Studiengänge

Studiengang Pflege B.Sc. (dual)

BACHELORARBEIT

**Pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten zur
informierten Entscheidungsfindung von
Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen
Stellvertretung auf der Intensivstation
– eine Fallanalyse**

Erstgutachterin: Prof. Dr. Rosa Mazzola

Zweitgutachterin: Urszula Hejna (M.Sc.)

Eingereicht von: Mara Müller

Matrikelnummer: 748463

Eingereicht am: 25.05.2020

Zusammenfassung

Hintergrund: Intensivpflichtige Patienten verlieren oft durch verschiedene Gründe, wie z. B. einer Beatmungsnotwendigkeit, ihre Unabhängigkeit und sind infolgedessen nicht mehr in der Lage, eigene Entscheidungen kundzutun. An dieser Stelle treten oft Angehörige als Stellvertretung für sie ein. Diese Aufgabe stellt eine enorme Herausforderung dar, denn oftmals wurden im Voraus keine Vorkehrungen, wie z. B. eine Patientenverfügung getroffen. Angehörige, in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung, sind oft von den vielseitigen Informationen des Gesundheitspersonals überwältigt, wobei sie diese für den Entscheidungsfindungsprozess verarbeiten und nutzen müssen. Zudem wird die Entscheidungsfindung durch ihre eigenen Bedürfnisse im Konflikt mit den mutmaßlichen Willen des Patienten erschwert.

Methodisches Vorgehen: Mithilfe einer ausgiebigen Literaturrecherche in Fachdatenbanken und der Bibliothek der Hochschule Osnabrück wird der ausgewählte Patientenfall dargestellt und analysiert. Die Analyse orientiert sich an die Hermeneutik mit dem Fokus auf der Dimension „Person“ und die Perspektive „Handlungsebene“. Anhand einer detaillierten Betrachtung auf Grundlage des Calgary Familien-Assessment-Modells wird die Hochkomplexität des Patientenfalls dargelegt. Im Transferteil werden geeignete Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt, die sich auf die im Analyseteil herausgefilterten Prioritäten fokussieren. Abschließend werden die entworfenen Unterstützungsmöglichkeiten fiktiv auf den Patientenfall angewendet.

Ergebnisse: Im Ergebnis wird deutlich, dass die Angehörigen als gesetzliche Stellvertretung einer enormen Herausforderung ausgesetzt sind. Sie befinden sich nicht nur in der Situation der Entscheidungsfindung und sind Ansprechperson für das Behandlungsteam, sondern auch in der Rolle der familiären Mitbetroffenen in einer Krisensituation. In beiden Rollen haben sie ein hohes Maß an Bedürfnissen, die während des Pflegeprozesses berücksichtigt und erfüllt werden müssen. Um die Angehörigen in dieser Ausnahmesituation zu begleiten und zu stärken, helfen die aufgezeigten Unterstützungsmöglichkeiten. Die primäre Pflegefachkraft entlastet die Angehörigen in Form von Familiengesprächen und hilft Veränderungen auf der kognitiven, affektiven sowie verhaltensbezogenen Ebene herbeizuführen. Folglich wird eine bedürfnisorientierte Pflege umgesetzt, in der eine informierte Entscheidungsfindung stattfinden kann.

Schlussfolgerung: Schlussfolgernd ist zu bemerken, dass die Anwendung der Unterstützungsmöglichkeiten einen positiven Effekt auf den Entscheidungsprozess der Angehörigen als gesetzliche Stellvertretung hat. Sie stellt einen wichtigen Bereich der Pflege dar. Die Angehörigen als gesetzliche Stellvertretung müssen daher vermehrt in den Pflegeprozess einbezogen werden, um eine angemessene Entscheidung treffen zu können. Die begleitende und stärkende Funktion, die die Pflegefachkraft dabei einnimmt, stellt eine Kompetenz der akademisierten Pflegefachkraft dar. Durch die erweiterte Ausbildung hat sie eine besondere Fähigkeit zur Durchführung der Familiengespräche. So wäre auch dieser Aspekt der Pflege erfüllt.

Abstract

Background: Patients who need intensive care often lose their independence due to various reasons, such as a need for ventilation. As a result they are no longer able to make their own decisions. At this point, relatives often stand in for them as proxies. This is an enormous challenge, because often no precautions, such as a patient's provision, were taken in advance. Relatives by proxies often are overwhelmed by the wide range of information they get from the health professionals. However they must use this information to make a decision. In addition, their own needs sometimes are in conflict with the patient's presumed will.

Methods: The selected patient case is presented and analysed by means of extensive literature research in specialist databases and the library of Osnabrück University of Applied Sciences. The analysis is based on hermeneutics with a focus on the dimension „person" and the perspective „level of action“. By analysing the Calgary family-assessment-model the high complexity of the patient's case is explained. In the transfer part, suitable support options are presented, which focus on the priorities filtered out in the analysis part. Finally, the designed support options are fictitiously applied to the patient's case.

Results: As a result, it is evident that family members are exposed to an enormous challenge as legal substitutes. They are in the role of decision-making and contact person for the entire treatment team, but also in the role of family members in a critical situation. In both roles, they have a high level of needs that must be taken into account and fulfilled during the care process. In order to support and strengthen the relatives, the above-mentioned support options help. The primary nursing professional relieves family members in the form of family discussions and helps to bring about changes at the cognitive, affective and behavioral levels. As a result, needs-based care is implemented in which informed decision-making can take place.

Conclusions: In conclusion, it should be noted that the application of the support options has a positive effect on the decision process of relatives as proxies. It is an important area of care. In the future, relatives as legal representatives must be increasingly involved in the care process in order to guarantee the right decision for the patient. The supporting and accompanying function of the primary nursing is a competence of the academic nursing professional. By the academic education the professionals receive a special ability for family discussion. So this aspect of nursing is fulfilled.

I	Inhaltsverzeichnis	
II	Abkürzungsverzeichnis	VII
III	Abbildungsverzeichnis	VIII
1	Einleitung	1
1.1	Fragestellung und Zielsetzung	1
1.2	Aufbau der Arbeit	2
2	Problemhintergrund	3
3	Theoretische Rahmeneinbettung	6
3.1	Calgary Familien-Assessment-Modell	6
3.2	Klärung der Begrifflichkeiten	7
3.2.1	Umgebung	7
3.2.2	Aktivitäten des täglichen Lebens	8
3.2.3	Aufgaben	9
3.2.4	Familienzusammensetzung	10
3.2.5	Rollen	10
3.2.6	Einfluss und Macht	11
3.2.7	Beziehungen	12
3.2.8	Problemlösung	14
4	Methodisches Vorgehen	15
4.1	Hermeneutische Fallanalyse	16
4.2	Literaturrecherche	17
5	Fallbeschreibung	18
5.1	Fallsituation: Hintergrundwissen	19
5.2	Fallbeschreibung anhand des Calgary Familien-Assessment-Modell	19
5.2.1	Familienzusammensetzung	19
5.2.2	Soziale Schicht	20
5.2.3	Grenzen	20
5.2.4	Problemlösung	20
5.2.5	Umgebung	21
5.2.6	Kommunikation	21
5.2.7	Rollen	22
5.2.8	Aufgaben	22

5.3	Begründung der ausgewählten Dimension und Perspektive	23
6	Fallanalyse	23
6.1	Fallanalyse auf der Grundlage der NANDA Diagnostik und unter Einbettung des Calgary Familien-Assessment-Modell.....	24
6.1.1	Umgebung	24
6.1.2	Aufgaben	26
6.1.3	Rollen	27
6.1.4	Soziale Schicht	28
6.1.5	Problemlösung.....	30
6.2	Hochkomplexität des Patientenfalls	31
7	Falllösung.....	32
7.1	Das Konzept des „Primary Nursing“	33
7.1.1	Pflegerische Verantwortung.....	33
7.1.2	Pflegerische Kontinuität	34
7.1.3	Direkte Kommunikation.....	35
7.1.4	Pflegeplanende/r ist zugleich Pflegedurchführende/r.....	35
7.2	Das Calgary Familien-Interventions-Modell	36
7.2.1	Kognitive Unterstützungsmöglichkeiten	36
7.2.2	Affektive Unterstützungsmöglichkeiten	37
7.2.3	Verhaltensbezogene Unterstützungsmöglichkeiten	37
7.3	Familiengespräche	38
7.3.1	Vorbereitung auf die Familiengespräche	38
7.3.2	Durchführung des ersten Familiengesprächs	40
7.3.3	Durchführung des zweiten Familiengesprächs	41
7.3.4	Abschluss des Familienkontaktes.....	43
8	Fazit	44
9	Ausblick.....	45
10	Kritische Reflektion	46
IV	Literaturverzeichnis.....	IX
V	Rechtsquellenverzeichnis.....	XIII
VI	Anhang.....	XIV

Eidesstattliche Erklärung

II Abkürzungsverzeichnis

BfJ.	Bundesamt für Justiz
BGB.	bürgerliches Gesetzbuch
B.Sc.	Bachelor of Science
CFAM.	Calgary Familien-Assessment-Modell
DNPN.	Deutsches Netzwerk Primary Nursing
ebd.	ebenda
GBE.	Gesundheitsberichtserstattung des Bundes
GG.	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
NANDA.	North American Nursing Diagnosis Association
PD.	Pflegediagnose nach NANDA
PfIAPrV.	Pflegeberufe-, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Baumdiagramm des CFAM	6
Abbildung 2: Einflussfaktoren der informierten Entscheidungsfindung	24

1 Einleitung

Die Verfasserin dieser Bachelorarbeit befindet sich im achten Semester des Studiengangs Pflege B.Sc. (dual) am Campus Lingen der Hochschule Osnabrück und steht somit unmittelbar vor der Beendigung ihrer Hochschulausbildung. Bei der vorliegenden Bachelorarbeit handelt es sich um eine fallbezogene Abschlussarbeit, die im Rahmen des dualen Studiums analysiert und verfasst wird. Bereits im siebten Semester hatten die Studierenden die Aufgabe, eine multiperspektivische Fallanalyse hochkomplexer PatientInnen auszuarbeiten. Hierfür stand ihnen eine achtwöchige Praxisphase zur Verfügung, die es ihnen ermöglichen sollte, die gesundheitliche Problemlage der ausgewählten PatientInnen mehrperspektivisch zu betrachten. Der Patientenfall sollte im Kontext der individuellen Geschichte und des sozialen Milieus verstanden und theoriebasiert erläutert werden. Als theoretische Rahmeneinbettung wurde ein umfangreiches Konzept sowie ausgewählte Assessmentinstrumente, die eine ganzheitliche Veranschaulichung ermöglichen sowie eine ausführliche Falldarstellung angewendet. Durch die intensive Auseinandersetzung mit den einzelnen Fällen ergaben sich mehrere Themenschwerpunkte, die die Aufmerksamkeit der Verfasserin weckten.

Während der Ausarbeitung konnte insbesondere die Notwendigkeit des Beistandes für Angehörige in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung festgestellt werden. Als nahestehendes Familienmitglied mussten sie lebenswichtige Entscheidungen im Namen der PatientInnen treffen. Diese Aufgabe stellte für die meisten Angehörigen eine große Herausforderung dar. Es fiel ihnen schwer, den tatsächlichen Gesundheitszustand ihres Familienmitgliedes zu erkennen und daraus resultierende Maßnahmen abzuleiten. Um die Angehörigen innerhalb ihrer hochkomplexen Aufgabe zu begleiten, richtet sich der Fokus dieser Bachelorarbeit auf eine mehrdimensionale Betreuung der Angehörigen, die sich in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung befinden. Dementsprechend lässt sich die Motivation der Verfasserin für das Thema „Pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten zur informierten Entscheidungsfindung von Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung auf der Intensivstation- eine Fallanalyse“ aus der pflegerischen Praxiserfahrung herleiten.

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Mithilfe dieser Bachelorarbeit soll zunächst das Belastungserleben der Angehörigen auf der Intensivstation herausgearbeitet werden. Es soll verständlich gemacht werden, dass sich nicht nur die kritisch Erkrankten in einer Krisensituation befinden, sondern auch deren Angehörige als gesetzliche Stellvertretung von der schwerwiegenden Situation betroffen sind. Darüber hinaus sollen pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten abgeleitet werden, die die Angehörigen in ihrer Rolle der gesetzlichen Stellvertretung während der informierten Entscheidungsfindung begleiten. Die daraus resultierenden Erkenntnisse sollen die Pflegenden zukünftig stärker für solche Patientenkonstellationen sensibilisieren. Ebenso soll das erworbene Wissen dazu bei-

tragen, dass vergleichbare Situationen reflektiert und diskutiert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, stellte sich die Verfasserin dieser Bachelorarbeit folgende Frage:

„*Welche Unterstützungsmöglichkeiten bieten sich im Pflegeprozess, um die Angehörigen in ihrer Rolle der gesetzlichen Stellvertretung während der Entscheidungsfindung zu begleiten?*“

1.2 Aufbau der Arbeit

Diese Bachelorarbeit sieht vor, anhand eines aus der Praxis ausgewählten Fallbeispiels, pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung abzuleiten. Um ein strukturiertes Vorgehen zu gewährleisten wird die Arbeit in zehn Kapiteln untergliedert.

Schon in der Einleitung wird deutlich, wie groß der Bedarf an sachlichen Informationen und Erläuterungen ist. Im Problemhintergrund wird die Notwendigkeit nochmals mit vorliegenden Daten und Fakten unterstrichen. Im darauffolgenden *Kapitel* wird der theoretische Hintergrund beschrieben. Mithilfe des „Calgary Familien-Assessments“ werden hier die Schlagwörter, die sich aus der Fragestellung und Zielsetzung ergeben, erläutert und in einen passenden Kontext gebracht, um ein Verständnis für die Thematik zu erhalten. Die Kategorien des Calgary Familien-Assessment-Modells, mit denen sich der theoretische Hintergrund füllt, sind die Umgebung, die Aktivitäten des täglichen Lebens, Aufgaben, Familienzusammensetzung, soziale Rollen, Einfluss und Macht, Beziehung sowie Problemlösung. Im Anschluss folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens. Um ein Verständnis über die Herangehensweise einer Fallanalyse zu erhalten, wird die hermeneutische Fallanalyse in ihren Grundzügen beschrieben. Danach wird die Vorgehensweise der Literaturrecherche dargestellt. Diese zeigt auf, welche Suchbegriffe verwendet wurden, um schlussendlich an die Datenbanken und Fachbücher zu gelangen, die eine genaue Beantwortung der Fragestellung ermöglichen.

Nachdem das methodische Vorgehen erläutert wurde, wird im *fünften Kapitel* der für die Bachelorarbeit ausgewählte Patientenfall vorgestellt. Dies erfolgt ebenfalls in Anlehnung an das „Calgary Familien-Assessment“, wodurch ein detaillierter Überblick zum vorliegenden Fallszenario gewährleistet wird. Ebenso erfolgt innerhalb der Fallbeschreibung die Begründung der ausgewählten Dimension und Perspektive, um eine klare Abgrenzung der Thematik herbeizuführen. Das *sechste Kapitel* beinhaltet die Darstellung der Hochkomplexität des Patienten und eine Fallanalyse. Die Fallanalyse erfolgt auf Grundlage der NANDA-Diagnostik unter Einbettung des „Calgary Familien-Assessment“. Im *siebten Kapitel* werden, basierend auf diesen Informationen, im Rahmen der Falllösung, die pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten abgeleitet. Sie stellen das Produkt des Theorie-Praxis-Transfers dar. Daraufhin werden in einem *Fazit* alle wichtigen Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und mit einer anschließenden Beantwortung der handlungsleitenden Fragestellung abgerundet. Im anknüpfenden *Ausblick* werden die gewonnenen Ergebnisse generalisiert und in der *Reflektion* kritisch hinterfragt.

2 Problemhintergrund

In allen Krankenhäusern Deutschlands wurden im Jahre 2017 insgesamt 2,1 Millionen PatientInnen auf einer intensivmedizinischen Abteilung behandelt (vgl. GBE, 2017). Intensivmedizinisch behandelt bedeutet, dass die vital gefährdeten PatientInnen kontinuierlich und unter hoher Priorität überwacht werden. Dies geschieht durch ein speziell ausgebildetes Personal, welches für den Umgang mit der Konfrontation von schwerwiegenden Situationen geschult worden ist (vgl. Josten, 2015, S.794).

Wird ein Mensch auf die Intensivstation aufgenommen, erfolgt dies meist plötzlich und unerwartet. Dieser Aufenthalt stellt für alle Beteiligten eine Extremsituation dar. Die Vorbereitung auf den intensivmedizinischen Krankenhausaufenthalt hat oft nicht stattgefunden (vgl. Dehner, Deffner & Schraps, 2016, S.12). Hinzukommt, dass ein Großteil der PatientInnen weder eine Patientenverfügung noch eine Vorsorgevollmacht verfasst hat. Im Rahmen einer Studie, die auf gewonnene Erkenntnisse aus elf Stationen der Universitätsklinik Hamburg für Intensivmedizin basierte, gaben 51 Prozent der PatientInnen an, mindestens eine der beiden Unterlagen erstellt zu haben. 49 Prozent konnten keine Dokumente nachweisen. Von den 51 Prozent der PatientInnen, die mindestens ein solches Dokument vorlegen konnten, waren 40 Prozent der Vorsorgevollmachten und 44 Prozent der Patientenverfügungen fehlerhaft ausgefüllt oder schwer zu identifizieren. Somit besteht nur ein sehr geringer Anteil an schriftlich festgelegten Dokumenten, die in Notfallsituationen den tatsächlichen Patientenwillen hinsichtlich der medizinischen Behandlungsmaßnahmen wiedergeben würden (vgl. Heer et al, 2017, S.363 ff.).

Oftmals können intensivpflichtige PatientInnen in Folge ihrer schwerwiegenden Erkrankung keine Aufklärung über mögliche Behandlungsmaßnahmen erhalten und somit auch keine medizinische Einwilligungserklärung geben (vgl. Heer et al, 2017, S.363; Lipp & Brauer, 2016, S.206). Dies gilt besonders für den beatmeten Patienten. Im Jahre 2017 wurden allein in Deutschland 430 Tausend Intensivbeatmungen durchgeführt (vgl. GBE, 2017). Durch die Beatmungspflichtigkeit befinden sich die PatientInnen in einer Extremsituation, in der ein eigenverantwortliches Leben nicht mehr möglich erscheint. Dessen ungeachtet steht ihnen das Selbstbestimmungsrecht weiterhin zu (vgl. Lipp & Brauer, 2016, S.206). Im Grundgesetz der deutschen Republik ist dieses Recht nochmals ausdrücklich verankert. „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung“ (Art.1 Abs.1 GG). Ebenso hat „Jeder .. das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ (Art.2 Abs.2 GG), und „das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“ (Art.2 Abs.2 GG). Basierend auf diesen Gesetzesgrundlagen wiegt die Patientenautonomie höher als die medizinische Sorgfaltspflicht (vgl. Kirchberg, 2017, S.18).

Liegt jedoch die Situation vor, dass PatientInnen weder eine medizinische Einwilligungsfähigkeit noch eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorweisen können, müssen be-

stimmte Punkte angegangen werden. So muss umgehend eine gesetzliche Stellvertretung beantragt werden, die im Namen der PatientInnen Entscheidungen trifft (vgl. Lippen & Brauer, 2016, S.201). Eine gesetzliche Betreuung ist eine Stellvertretung von Volljährigen, die nicht mehr ausreichend für ihre eigenen Angelegenheiten sorgen können und in Folge dessen einen Fürsprecher benötigen (vgl. §1896 Abs.1 BGB). Das Selbstbestimmungsrecht soll somit stets gewahrt und die Wünsche der PatientInnen berücksichtigt werden. Zukünftig wird diese Regelung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Viele der betreuungspflichtigen Personen weisen ein erhöhtes Lebensalter auf. Dieser Anteil wird aufgrund des demographischen Wandels stetig steigen (vgl. BfJ, o.J., Kap.4). Waren es im Jahre 1992 noch 75 Tausend Erstbestellungen der gesetzlichen Betreuungen, belief es sich 2016 auf 192 Tausend. Seither hat sich die Anzahl der gesetzlichen Betreuungen bereits mehr als verdoppelt (vgl. BfJ, 2018, S.1ff).

Zur Auswahl des Stellvertreters sieht §1879 Abs.1 BGB die Bestellung einer natürlichen Person vor. Hierunter fallen vor allem Familienangehörige und dem Patienten nahestehende Personen (vgl. §1 BGB). Findet das Betreuungsgericht jedoch keine geeignete Person innerhalb des nahen Umfeldes, wird nach §1900 Abs.1 BGB eine juristische Person herangezogen. Hierzu zählen Personenvereinigungen, wie Betreuungsvereine oder Anwaltschaften (vgl. §22ff BGB). Der Fokus dieser Ausarbeitung wird auf die Bestellung einer natürlichen Person, hier eines Familienmitgliedes, gelegt. Von den 192 Tausend Erstbestellungen an Stellvertretungen wurden knapp die Hälfte durch Angehörige besetzt (vgl. BfJ, 2018, S.3).

Im Kontext der intensivmedizinischen Abteilung besteht die Aufgabe des Familienmitgliedes als gesetzliche Stellvertretung darin, ihr Wissen bezüglich der Behandlungsvorstellungen seitens der PatientInnen bekannt zu geben. Gemeinsam mit der Familie werden die Prognosen und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten besprochen und anschließend umgesetzt. Diese Situation stellt die Angehörigen oftmals vor eine überwältigende Herausforderung. Als medizinische Laien müssen sie nicht nur den tatsächlichen Krankheitszustand verstehen, sondern auch die Konsequenzen für die PatientInnen ermessen können. Die Familienangehörigen befinden sich in einer schwierigen Situation. Sie bewegen sich zum einen in der Rolle des Entscheidungsfinders und Ansprechpartners für das intensivmedizinische Behandlungsteam und zum anderen gehen sie der Rolle des familiären Mitbetroffenen innerhalb einer Krisensituation nach (vgl. Dehner, Deffner & Schrap, 2016, S.12f). Gegensätzliche Interessen treffen in dieser, auch für die Angehörigen, krisenhaften Situation, aufeinander.

Um die Familienmitglieder in dieser besonderen Situation aufzufangen, muss dem intensivmedizinischen Behandlungsteam die komplexe Gesamtsituation der Angehörigen bekannt sein. Es ist von großer Bedeutung, die Familienmitglieder vorsichtig an die neue Situation heranzuführen (vgl. Lodermeier, 2016, S.319). Hierfür benötigen die Angehörigen vor allem einheitliche und regelmäßige Informationen, die es ihnen ermöglichen, einen Gesamtüberblick über

den Gesundheitszustand der PatientInnen zu erhalten (vgl. Burholt, 2009, S.200; Lodermeier, 2016, S.319; Ulsamer, 2005). Die Familie möchte ein Verständnis für die Prognosen und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten entwickeln, um so mögliche Konsequenzen abzuleiten. Ohne diese Informationen sind sie nicht in der Lage den Gesundheitszustand umfassend und realistisch einzuschätzen. Daher kann es den Pflegenden nur mit Hilfe einer ausführlichen und regelmäßigen Aufklärung gelingen, die Angehörigen in der neuen Rolle der gesetzlichen Stellvertretung zu begleiten, um schlussendlich gemeinsam mit ihnen eine auf fundierten Informationen basierte Entscheidung im Sinne der PatientInnen zu treffen (vgl. Dehner, Deffner & Schrap, 2016, S.12; Kuhlmann, 2002).

In der Pflegepraxis wird dieses Informationsbedürfnis jedoch häufig unterschätzt (vgl. Kuhlmann, 2002; Ulsamer, 2005). Innerhalb der Krisensituation können die Angehörigen oftmals keine Fragen stellen. Auch liegt eine erschwerte Informationsaufnahme und -speicherung vor. Um diesem Informationsmangel entgegenzuwirken, muss das intensivmedizinische Personal auf die Angehörigen zugehen und Antworten auf erfahrungsgemäß häufig gestellte Fragen geben (vgl. Lodermeier, 2016, S.319; Ulsamer, 2005). Unerfüllte Bedürfnisse, wie ein Informationsmangel, steigern die Unsicherheit und Angst der Familienmitglieder. Ebenso wird ihnen das Gefühl vermittelt, der Situation „ausgeliefert“ zu sein (vgl. Kuhlmann, 2002; Lodermeier, 2016; S.319; Ulsamer, 2005). Dies tritt vor allem während der Aufnahme der intensivpflichtigen PatientInnen auf. Die Versorgung der PatientInnen steht zu dieser Zeit an erster Stelle, wodurch die Angehörigenbetreuung meist nachrangig stattfindet. Schlussendlich wird die Bedeutung der ganzheitlichen Angehörigenbetreuung verkannt (vgl. Lodermeier, 2016, S.318).

Aus diesen Informationen ergibt sich die hohe Komplexität der Thematik, welche einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf. Die aktuelle Forschung zeigt, dass die Angehörigenintegration immer mehr an Bedeutung gewinnt. Der Mensch wird als Teil eines sozialen Bezugssystems gesehen. Tritt eine Erkrankung auf, wirkt sich diese nicht nur auf die betroffene Person aus, sondern nimmt immer Einfluss auf das gesamte System (vgl. Friedemann & Köhlen, 2018, S.23f; Wright & Leahey, 2009, S.73). Daraus resultierend stellt die Angehörigenbetreuung eine wichtige Aufgabe für Pflegende dar. Das Pflegepersonal befindet sich in einer idealen Position, um die Angehörigen zu begleiten. Sie stehen in ihrem Berufsalltag nicht nur mit den Patienten, sondern auch mit der gesamten Familie in engem Kontakt. Nicht ohne Grund wird dem Pflegepersonal im Rahmen der Angehörigenbetreuung eine besondere Gewichtung zugesprochen. Sie sind diejenigen, die den Bedürfnissen und Wünschen der Familienmitglieder entsprechend nachkommen können. Kaum ein anderer Beruf hat die Möglichkeit ein derartiges Vertrauens- und Beziehungsverhältnis aufzubauen. Zur Umsetzung muss zunächst die Situation der Angehörigen erkannt werden. Anschließend werden die Angehörigen in ihrer Entscheidungsfindung begleitet (vgl. Kuhlmann, 2002; Lodermeier, 2016, S.319).

Mithilfe dieser Bachelorarbeit werden, unter Zugrundelegung einer fundierten Literaturrecherche, Unterstützungsmöglichkeiten für die intensivmedizinische Pflegefachkraft entwickelt, die den Angehörigen eines intensivpflichtigen Patienten in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung stärken und unterstützen sollen.

3 Theoretische Rahmeneinbettung

Die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit fokussiert die Unterstützung von Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung. Um die Ergebnisse in einem theoretischen Rahmen zu erklären, wird das „Calgary Familien-Assessment-Modell“ herangezogen. Das Ziel des Modells ist die Förderung der Familiengesundheit und/oder die Linderung von Familienproblemen, sowie die aktive Einbeziehung der Familienmitglieder in den Pflegeprozess (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.69 ff.). In den folgenden Kapiteln wird das familienzentrierte Pflegekonzept genauer erläutert.

3.1 Calgary Familien-Assessment-Modell

Das Calgary Familien-Assessment ist ein Instrument sowie ein strukturgebendes Konzept, welches die Interaktionen aller Familienmitglieder untereinander erfasst. Es gliedert sich in drei Hauptkategorien: Struktur, Entwicklung und Funktion. Diese sind wiederum in verschiedene Subkategorien unterteilt und schlussendlich als Baumdiagramm in der Abb. 1 dargestellt (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.69).

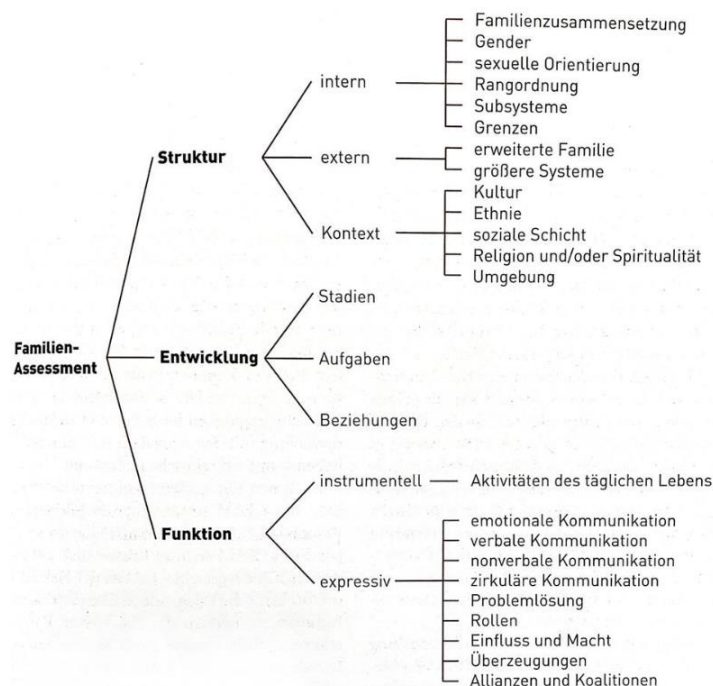


Abbildung 1: Baumdiagramm des CFAM

(Wright & Leahey, 2009, S.70)

In der Hauptkategorie *Struktur* wird die Familienzusammensetzung und der soziale Kontext der Familie erfasst (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.71). Die Kategorie der *Entwicklung* hingegen beschreibt die emotionale Bindung zwischen den Familienmitgliedern, die Aufgaben eines jeden Individuums und dessen aktuellem Stand im Lebenszyklus. Diese Entwicklung wird von (un-)vorhersehbaren Ereignissen geprägt, die sich aus der Vergangenheit bzw. Gegenwart ergeben oder sich in der Zukunft zeigen (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.100f). Bei der *Funktion* wird das Verhalten der gesamten Familienangehörigen registriert. Es handelt sich dabei ausschließlich um eine Momentaufnahme und nicht um die „ganze Wahrheit“ über die Familie (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.130).

Es liegt in der Aufgabe der Pflegenden herauszufiltern, welche (Sub-) Kategorien relevant sind, um schlussendlich alle entscheidenden Informationen zu bündeln und eine Familie zu einem gewissen Zeitpunkt einschätzen zu können. Die für die Thematik relevanten Informationen werden im nachfolgenden Kapitel „Klärung der Begrifflichkeiten“ aufgegriffen und erklärt (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.69).

3.2 Klärung der Begrifflichkeiten

Durch die Auseinandersetzung mit dem „Calgary Familien-Assessment-Modell“ ergeben sich acht relevante Themenbereiche, die für die Betrachtung der informierten Entscheidungsfindung von Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung unabdingbar sind. In den nachfolgenden Abschnitten werden die Begriffe herausgearbeitet, die für das Thema von Bedeutung sind. Es wurde nachfolgend eine individuelle Reihenfolge festgelegt, um dadurch eine zusammenhängende Verknüpfung darzustellen.

3.2.1 Umgebung

Zum Einstieg in die Thematik wird ein Einblick in die Umgebung gegeben. Das Calgary Familien-Assessment beschreibt die Umgebung als das häusliche Umfeld, die direkte Nachbarschaft und/ oder die weitere Gemeinde. Alle umgebungsbezogenen Faktoren nehmen einen direkten Einfluss auf die gesamte Familienkonstruktion. Daher ist es von besonderer Bedeutung, die Umgebung zu beschreiben (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.88).

Der Fokus dieser Hausarbeit wird auf die *Intensivpflege* gelegt. Die Pflege ist ein grundlegender Ausdruck eines jeden Menschen. Es meint das Zurechtkommen in alltäglichen Lebensbereichen trotz gesundheitlicher Problemlagen. Im Zentrum der Pflege liegt die Unterstützung und Versorgung jedes Individuums. Bei der Intensivbehandlung handelt es sich um eine spezialisierte und erweiterte Pflegeform (vgl. Friesacher, 2005, S.94). Wie bereits im Problemhintergrund beschrieben, ist die Intensivstation ein Ort, in dem schwersterkrankte PatientInnen durch ein speziell ausgebildetes Personal behandelt und überwacht werden (vgl. Josten, 2015, S.794). Hierfür kommen moderne Medizintechnologien zum Einsatz, die eine akute Versorgung und Stabilisierung der kritischen PatientInnen ermöglichen (vgl. Kean, 2002, S.112).

Friesacher definiert die Intensivpflege „als die Unterstützung, Übernahme und Wiederherstellung der Aktivitäten aller Lebensbereiche unter Berücksichtigung der existenziellen Erfahrungen und der gesundheitlichen Biographie/ Pflegeanamnese des kritisch kranken Patienten mit Manifestation oder bedrohenden Störungen vitaler Funktionen“ (2005, S.94). Das Ziel ist die Aktivierung der psychischen, physischen und sozialen Fähigkeiten durch rehabilitative, kurative und/ oder palliative Behandlungsmaßnahmen, um die PatientInnen zur Selbstständigkeit zurückzuführen, eine Symptomlinderung zu verschaffen und/ oder während des Sterbeprozesses zu begleiten (vgl. Friesacher, 2005, S.94). Durch den medizinischen Fortschritt gelingt es immer häufiger, dass PatientInnen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung länger mit der Erkrankung verweilen können. Daher ist die Überwachung, Behandlung und Pflege des kritisch Erkrankten ein wesentlicher Bestandteil im Gesundheitswesen geworden und in der heutigen Zeit nicht mehr wegzudenken (vgl. Ullrich & Stolecki, 2005a, S.42ff).

3.2.2 Aktivitäten des täglichen Lebens

Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind nach dem Calgary Familien-Modell Routineaktivitäten, wie Essen, Trinken und Schlafen. Häufig geht mit einem schwerwiegenden Krankheitsbild eine erhebliche Einschränkung dieser Lebensaktivitäten einher. Für Familien, in denen gesundheitliche Problemlagen auftreten, ist dieser Bereich von besonderer Bedeutung. Erkrankungen können wesentliche Veränderungen in der gesamten Familienkonstruktion bewirken (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.130). Beispielsweise stellt die Aufnahme der intensivpflichtigen PatientInnen nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern für die gesamte Familienkonstruktion eine Extremsituation dar (vgl. Dehner, Deffner & Schrapf, 2016, S.12).

Betrachtet man die Aktivitäten des täglichen Lebens der intensivpflichtigen PatientInnen, ergeben sich vielerlei Beeinträchtigungen und ein großer Unterstützungsbedarf. Der Aufenthalt ist von Abhängigkeit und Machtlosigkeit geprägt. „Ein Mensch ist kritisch krank, wenn sein Leben bedroht ist“ (SGI, o.J.). Dies kann verschiedene Ursachen haben, wie z. B. eine akute Verschlechterung der bereits vorliegenden Erkrankungen. Je kritischer der Allgemeinzustand der PatientInnen, desto notwendiger ist die Behandlung durch ein hochspezialisiertes Behandlungsteam. Nur so kann eine ganzheitliche Versorgung gewährleistet werden (vgl. SGI, o.J.). Für die PatientInnen geht dieser Zustand häufig mit psychischen Belastungen und einer sozialen Isolation einher. Während das Behandlungsteam mit der Intensivstation bestens vertraut ist, hat der Betroffene das Gefühl in einer anderen „Welt“ zu sein (vgl. Horbach, 2017, S.35). Neben der lebensbedrohlichen Erkrankung sind es zahlreiche äußere Faktoren, wie z. B. laute Geräusche, blinkende Tasten oder plötzliche Signaltöne, die einen starken Einfluss auf das gesamte Allgemeinbefinden der PatientInnen haben. Zusätzlich befinden sich die Betroffenen in einer Position, in der sie von stetigen Überwachungen, Behandlungen und Pflegeaktivitäten abhängig sind. Daraus resultiert das Gefühl, ausgeliefert zu sein und nicht selbst handeln zu

können. Dies bestärkt die bereits bestehenden Angst- und Belastungsfaktoren (vgl. Horbach, 2017, S.37ff; Josten, 2015, S.800). Auch für die Angehörigen stellt der Intensivaufenthalt eine besondere Herausforderung dar. Die vorliegenden Ängste und Unsicherheiten der PatientInnen sind häufig auch bei ihnen vorhanden (vgl. Horbach, 2017, S.57 f.; Josten, 2015, S.801). Aus diesen Gründen nimmt die mehrdimensionale und familienorientierte Versorgung einen besonderen Stellenwert im gesamten Pflegeprozess ein.

3.2.3 Aufgaben

Um diese vielschichtige Art der Versorgung gewährleisten zu können, ist es notwendig, sich mit den Aufgaben und Kompetenzen einer Pflegefachkraft auseinanderzusetzen. Es muss deutlich werden, dass mit jedem einzelnen Patienten neu auftretende Themen und zu bewältigende Aufgaben einhergehen (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.104).

Die Kompetenzen einer Pflegefachkraft sind in der „Pflegerberufe-, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung“ verankert. Auch die Aufgaben der intensivmedizinischen Pflegefachkraft leiten sich hieraus ab. Sie variieren auf den jeweiligen Stationen und sind von wissenschaftlichen, politischen sowie rechtlichen Einflüssen geprägt (vgl. Kaltwasser & Knipfer, 2017, S.2). Das Wort „Kompetenz“ stammt aus dem lateinischen Wortstamm und wird mit Befähigung, Zuständigkeit, Befugnis und Vermögen, etwas zu tun, gleichgesetzt. Durch sie soll das erworbene Wissen nicht nur reproduziert aufgesagt oder niedergeschrieben, sondern in einem verantwortungsbewussten Handeln einschließlich der individuellen Anpassungen und Bewältigung komplexer Pflegesituationen eingebettet sein (vgl. Al-Abtah et al, 2015a, S.37; Mürbe & Stadler, 2016, S.48). Im Krankenpflegegesetz ist sowohl von fachlicher als auch personeller, sozialer, methodischer und kommunikativer Pflegekompetenz die Rede. Die Fachkompetenz hilft den Pflegenden komplexe Aufgaben auf evidenzbasierter Grundlage zu verstehen. Benötigt die Pflegefachkraft weitere Informationen wird innerhalb der Lernkompetenz neues Wissen selbstständig angeeignet. Das erworbene Wissen wird mithilfe der Methodenkompetenz zielgerichtet und planmäßig überarbeitet und durch die vorhandene Sozialkompetenz verantwortungsbewusst auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen angepasst. Die kommunikative Kompetenz ermöglicht es den Fachkräften, den PatientInnen auf dieser Ebene eine Hilfe zu sein. Sie leisten zudem sowohl emotionale als auch psychologische Unterstützung. Durch die Bewältigung des komplexen Sachverhaltes werden Inhalte der Selbstkompetenz, also auch persönliche Begabungen gefördert und in vergleichbaren Situationen abgerufen (vgl. Al-Abtah et al, 2015a, S.37f). Eine Pflegewissenschaftlerin beschreibt pflegerische Kompetenzen als eine Möglichkeit, die Persönlichkeit zum Ausdruck zu bringen. Deshalb stehen die pflegerischen Kompetenzen in einem stetigen Entwicklungs- und Entfaltungsprozess. „Der Erwerb von Kompetenzen muss als ein Prozess gesehen werden, der vor allem durch Erfahrungen

beeinflusst wird“ (Al- Abtah et al, 2015a, S.39). Dies wird auch von einer weiteren Krankenpflegetheoretikerin bestätigt. Ihrer Aussage nach durchlaufen Pflegefachkräfte fünf Kompetenzstufen. Diese beginnt beim Neuling und enden beim Pflegeexperten (vgl. ebd.).

Die Pflege ist als eine eigene, unabhängige Profession zu sehen. Es besteht weiterhin die Herausforderung, die genauen Handlungsautonomien zu identifizieren. Grundlegend handelt es sich um ein „selbstständiges, zielgerichtetes, planvolles, eigenverantwortliches und unabhängiges, also nicht weisungsgebundenes Handeln“ (Mürbe & Stadler, 2016, S.63). Beispielsweise liegen die Tätigkeiten der Pflegenden darin, den individuellen Pflegebedarf in akuten oder dauerhaft bestehenden Pflegesituationen verantwortungsbewusst zu planen, zu gestalten, zu steuern, zu organisieren, zu evaluieren und durchzuführen. Hierfür arbeitet die Pflegefachkraft in einem interdisziplinären Team, um an der Entwicklung von Lösungsstrategien mitzuwirken. Ein weiterer Aufgabenbereich ist die personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung. Die PatientInnen einschließlich ihrer Familienangehörigen sollen in der individuellen Auseinandersetzung mit den Erkrankungen beraten, angeleitet und unterstützt werden (vgl. §9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV). Dabei soll sich die Gesundheit und Pflege nicht nur auf die einzelnen PatientInnen beziehen, sondern auch deren Familie berücksichtigen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2018, S.29). Das Pflegepersonal hat die Aufgabe und die moralische Verpflichtung, die Familie mit in den Behandlungsprozess zu integrieren (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.29). Hierfür stärken sie die individuellen Kompetenzen der Familienmitglieder im Umgang mit der Erkrankung, leisten Unterstützung innerhalb der schweren Lebenskrise und fördern die Stabilisierung der Familiengesundheit (vgl. §9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV).

3.2.4 Familienzusammensetzung

Die Begriffe „Familie“ und „Angehörige“ sind zwei eng miteinander verbundene Ausdrücke und werden im deutschsprachigen Raum häufig als Synonym verwendet. Demzufolge wird nur eine der beiden Definitionen für die hier thematisierte Personengruppe herangezogen.

Die Familie ist eine Einheit oder ein System von Individuen. Ihre Mitglieder können verwandt sein und zusammenleben. Dies muss aber nicht der Fall sein. Das soziale System selbst bestimmt, wer als Mitglied gesehen wird. Entscheidend hierfür sind festgelegte Attribute wie eine starke emotionale Bindung sowie das Gefühl der Zugehörigkeit, Zuneigung und Dauerhaftigkeit der Mitgliedschaft, einschließlich ihrer zukünftigen Pflichten. Dabei übernehmen die Familienmitglieder untereinander eine Fürsorgefunktion, wie z. B. Schutz und Geborgenheit (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.71 ff.).

3.2.5 Rollen

Innerhalb des sozialen Familiensystems ergeben sich viele verschiedene soziale Rollen, die von den Mitgliedern eingenommen werden. „Eine Rolle ist definiert als beständiges Verhalten in einer bestimmten Situation. Rollen sind jedoch nicht statisch, sondern werden durch die

Interaktion mit anderen entwickelt“ (Wright & Leahey, 2009, S.140). Hierbei wird zwischen offiziellen und inoffiziellen Rollen unterschieden. Offizielle Rollen sind Positionen, die weitestgehend von der Gesellschaft definiert wurden, wie Mutter, Vater oder Kind. Sie sind mit gesellschaftlichen Vorstellungen und Erwartungen verbunden, die die Person erfüllen sollte. Inoffizielle Rollen hingegen sind etablierte Verhaltensmuster, die in bestimmten Settings üblich sind. Beispiele hierfür sind „die Fürsorgliche“ oder „die Unterstützende“. Für die Pflegenden ist es von besonderer Bedeutung zu wissen, wie die einzelnen Familienmitglieder mit ihrer Rolle zurechtkommen (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.140f).

Innerhalb der Rollenausübung können verschiedene Rollenbelastungen auftreten (vgl. Meyer, 2000, S.40). Eine Möglichkeit ist die Rollenüberlastung. Hier wird an das Individuum ein Übermaß an Erwartungen bzw. Anforderungen gestellt (vgl. ebd.). Ebenso kann innerhalb der Rollenausübung ein Rollenkonflikt hervorgerufen werden. Ein Rollenkonflikt ist definiert als ein Widerspruch zwischen zwei oder mehreren Rollenerwartungen. Es wird zwischen dem Inter- und Intra-Rollenkonflikt unterschieden (vgl. Meyer, 2000, S.41). Inter-Rollenkonflikte sind Widersprüche im Rollenhaushalt. Z. B. kann bei einem stark geforderten Familienangehörigen ein Konflikt zwischen der Eltern- und Partnerrolle auftreten. Intra-Rollenkonflikte hingegen sind Widersprüche innerhalb der Rollenerwartung. Beispielsweise kann ein Konflikt in der Rolle der Angehörigen als gesetzliche Stellvertretung entstehen. Auf der einer Seite möchten sie ihr Familienmitglied fürsorglich unterstützen und „nicht aufgeben“. Auf der anderen Seite müssen sie Entscheidungen im Sinne der PatientInnen treffen. Ebenso kann aus dem Intra-Rollenkonflikt ein Person-Rollen-Konflikt entstehen, indem Widersprüche zwischen den persönlichen Wertevorstellungen und bestimmter Rollenerwartungen auftreten. Wie stark die Widersprüche als Belastung angesehen werden, hängt von der jeweiligen Rollenerwartung und der persönlichen Wertevorstellung ab (vgl. ebd., S.41 ff.).

3.2.6 Einfluss und Macht

Dieser Abschnitt bezieht sich auf das Verhalten, mit dem eine Person das Handeln Anderer beeinflusst (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.141). Infolge der kritischen Entwicklung der erkrankten Person wird oftmals die Familie als gesetzliche Stellvertretung herangezogen (s. Kap. 2). Hieraus ergibt sich ein erheblicher Einfluss auf den medizinischen Behandlungsprozess, da die Familienangehörigen, in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung, die Entscheidungen im Sinne der PatientInnen treffen müssen (vgl. Dehner, Deffner & Schrapf, 2016, S.12).

Wie bereits in Problemhintergrund erwähnt, ist eine rechtliche Stellvertretung eine natürliche Person, die vom Betreuungsgericht bestellt wird, um einer weiteren Person, die nicht mehr in der Lage ist eigenständige Entscheidungen zu treffen, zu vertreten. Als Voraussetzung wird eine schwerwiegende Erkrankung oder eine seelische oder psychische Beeinträchtigung seitens des Betroffenen angeführt (vgl. §1896 Abs.1 BGB). Durch diese Maßnahme wird eine

Möglichkeit geschaffen, in der bestimmte Aufgabenkreise trotz fehlender Einwilligungsfähigkeit weiterhin übernommen und vertreten werden können (vgl. Breidenstein, 2012, S.20).

Die Tätigkeiten des Stellvertreters beschränken sich auf einzelne, vom Gericht bestimmte Aufgabenkreise die entsprechend des Unterstützungsbedarfes erforderlich sind (vgl. §1901 Abs.1 BGB). Hierunter fallen die Gesundheitsvorsorge, das Aufenthaltsbestimmungsrecht, die Vermögenssorge, die Vertretung bei Ämtern oder die Übernahme aller Angelegenheiten (vgl. Breidenstein, 2012, S.22f). In dieser Arbeit wird der Fokus auf die Gesundheitsvorsorge gelegt. Bei der Gesundheitsfürsorge werden alle therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten umfasst. Einerseits ergibt sich daraus das Auskunftsrecht gegenüber dem gesamten Behandlungsteam, das sich u. a. aus Pflegenden und ÄrztInnen zusammensetzt. Andererseits ist die Stellvertretung dazu verpflichtet, die gesundheitlichen Behandlungsmaßnahmen entsprechend dem Patientenwillen zu ergreifen und zu begleiten (vgl. Breidenstein, 2012, S.22).

Insgesamt ist die rechtliche Betreuung durch ein hohes Maß an Fürsorge bestimmt. Innerhalb der Aufgaben hat die Stellvertretung dazu beizutragen, dass alle Möglichkeiten genutzt werden, weitere Gesundheitseinschränkungen zu verhüten und/ oder bereits bestehende Erkrankungen zu verbessern (vgl. §1901 Abs.4 BGB). Besonders ist auf das gesetzlich festgelegte Selbstbestimmungsrecht eines jeden Individuums zu achten. In der Rolle der Stellvertretung sind die übernommenen Angelegenheiten so auszuführen, dass sie den Wünschen und Vorstellungen des Betroffenen entsprechen. Dies gilt soweit die Vorstellungen mit dem Wohl des Betroffenen vereinbar und dem Stellvertreter zuzumuten sind (vgl. §1901 Abs. 2f BGB).

3.2.7 Beziehungen

Nachfolgend werden die Beziehungen der Angehörigen auf der Intensivstation thematisiert. Eine Beziehung ergibt sich aus den Hauptelementen Affektregulation, Informationsverarbeitung, Unterstützung und dem interpersonellen Verständnis (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.103). Die Familienmitglieder als gesetzliche Stellvertreter sind ein wichtiger Bestandteil im Agieren auf der Intensivstation und sollten als Mitglied des Behandlungsteams gesehen werden. Der Einbezug von Angehörigen kann sowohl für die PatientInnen als auch für die Pflegenden eine große Hilfe sein (vgl. Hartog & Bodechtel, 2018, S.15f). Ihre Präsenz kann dazu beitragen, die Pflegesituation in einigen Bereichen zu entlasten (vgl. Kuhlmann, 2004, S.146). Sind die PatientInnen in der Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt, können die Familienmitglieder häufig individuelle Verhaltensweisen und Gesten interpretieren und diese dem Behandlungsteam mitteilen (vgl. Lodermeier, 2012, S.318). Ebenso können mit ihnen gemeinsam Behandlungswünsche und Therapieziele besprochen werden, da sie auf früher genannte Aussagen zurückgreifen können. Mithilfe der Angehörigen kann es dem zuständigen Personal gelingen, mit den PatientInnen in Kontakt zu treten und sie so aus der Passivität herauszuholen (vgl. Hartog & Bedechtel, 2018, S.15 f.).

Auch für die PatientInnen selbst stellt die Familie einen unverzichtbaren Stellenwert dar. Besonders gilt dies, wenn die Betroffenen den Intensivaufenthalt als Bedrohung wahrnehmen (vgl. Burholt, 2009, S.198; Lodermeier, 2016, S.318). Die Familie vermittelt den PatientInnen Nähe, Hoffnung und Orientierung. Ebenso stärken sie den Lebenswillen und stellen eine bedeutende Verbindung zur Außenwelt dar (vgl. Burholt, 2009, S.198). Sie fangen die PatientInnen in der Krise auf und leisten ihnen Beistand und Trost. Die gewohnten Gerüche, Berührungen und Stimmen wirken beruhigend und reduzieren den Stress. Aus diesen Gründen leisten die Familienangehörigen eine individuelle Art der Unterstützung, die durch niemand anderem ersetzt werden kann (vgl. Lodermeier, 2016, S.318).

Gegensätzlich dazu kann die Anwesenheit der Angehörigen ein unwohles Gefühl auslösen. Oftmals empfindet das Personal den Umgang mit Angehörigen als schwierig, teilweise sogar als anstrengend. Die Anwesenheit der Familie kann den Eindruck vermitteln, permanent beobachtet zu werden und alles richtig machen zu müssen, wodurch ein beständiger Druck ausgelöst wird. Auch wird die Angehörigenbetreuung als zusätzliche Leistung gesehen, die zum Arbeitsalltag erschwerend hinzukommt. Das Behandlungsteam hat den Fokus meistens nur auf das Patientenbett gerichtet, so dass sie kaum eine Möglichkeit sehen, eine entsprechende Betreuung der Angehörigen gewährleisten zu können. Schlussendlich besteht eine mangelnde Zusammenarbeit, welches einen negativen Effekt auf den weiteren Behandlungsverlauf hat (vgl. Kuhlmann, 2004, S.148 ff.). Jedoch sind die Angehörigen selbst Mitbetroffene, die sich aufgrund der lebensbedrohlichen Erkrankung ihres Familienmitgliedes gleichermaßen in einem Ausnahmezustand befinden (vgl. Dehner, Deffner & Schraps, 2016, S.12).

Der Grund für die Aufnahme der intensivpflichtigen PatientInnen steht meist im engen Zusammenhang mit einer kritischen Grunderkrankung. Oftmals erfolgt die Aufnahme plötzlich und unerwartet. Die Familie hatte keine Gelegenheit, sich auf die Aufgaben einer Stellvertretung vorzubereiten. Sie sehen sich nun mit einer Situation konfrontiert, der sie nicht gerecht werden können (vgl. Dehner, Deffner & Schraps, 2016, S.12). Mit der Sorge um ihr erkranktes Familienmitglied gehen viele psychische Belastungen einher (vgl. Lodermeier, 2016, S.318). In einer Studie aus dem amerikanischen Raum konnte aufgezeigt werden, dass Familienmitglieder als gesetzliche Stellvertretung vielfältigen Konflikten ausgesetzt sind (vgl. Schwenker et al, 2012, S.1659). Einerseits möchten sie den Wertevorstellungen der PatientInnen nachkommen, andererseits möchten sie nicht für den Tod einer nahen Bezugsperson verantwortlich sein. Ebenso haben sie die Hoffnung auf Genesung, möchten die Familie aber auch vor weiteres Leid bewahren. Die familiären Stellvertretungen befinden sich also in einer kritischen Auseinandersetzung, in der persönliche Bedürfnisse mit den Wünschen der PatientInnen in Einklang gebracht werden müssen (vgl. ebd., S.1659ff). Als Folge entsteht eine extreme Stresssituation, die oftmals in einer Krise mündet (vgl. Kuhlmann, 2002). Eine Krise ist definiert als das Ergeb-

nis einer familiären Veränderung, die durch krankheitsbedingte Faktoren hervorgerufen wurde (vgl. Kean, 2002, S.112). Zur Bewältigung dieser Herausforderungen sind die Angehörigen auf die Unterstützung vom Intensivpersonal angewiesen (vgl. Lodermeier, 2016, S.319).

Hierfür benötigen die Angehörigen vor allem regelmäßige Gespräche mit einheitlichen Informationen, die es ihnen ermöglichen, einen Einblick über den Gesundheitszustand des Patienten zu erlangen (vgl. Burholt, 2016, S.200; Lodermeier, 2016, S.319; Ulsamer, 2005). Den Angehörigengesprächen wird eine außerordentliche Bedeutung zugesprochen. Sie helfen, die Krisensituation zu begreifen und zu bewältigen (vgl. Ulsamer,2005). Die Familie muss ein Verständnis für die vorliegenden Prognosen und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten entwickeln, um anschließend patientenorientierte Behandlungsmaßnahmen abzuwägen. Ohne Informationen sind sie außerstande die Wünsche und Behandlungsmöglichkeiten richtig einzuschätzen und dem Patientenwillen entsprechend umzusetzen. Daher kann es nur mit ausführlichen Gesprächen und einheitlichen Informationen gelingen, die Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung zu begleiten, um eine fundierte Entscheidungen im Sinne der PatientInnen zu treffen (vgl. Dehner, Deffner & Schrap, 2016, S.12; Kuhlmann, 2002).

3.2.8 Problemlösung

Wie in den vorherigen Absätzen deutlich wurde, stehen Angehörige in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung vor der Aufgabe, in einer emotional belastenden Situation, eine große Menge an Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, um schlussendlich weitreichende Entscheidungen im Sinne der PatientInnen zu treffen. In dieser Subkategorie geht es um die Fähigkeit, Probleme effektiv zu lösen. Als Lösungsansatz wird die informierte Entscheidungsfindung beschrieben. Inwieweit die Probleme gelöst werden können, hängt davon ab, wie die Angehörigen die persönlichen Fähigkeiten und früheren Erfolge wahrnehmen und bewerten (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.139).

Richtige Entscheidungen zu treffen kann eine sehr schwierige Aufgabe für die Betroffenen sein. Daher wird der Beteiligung der PatientInnen bzw. der Stellvertretung eine zunehmende Bedeutung sowohl von gesellschaftlicher als auch politischer und wirtschaftlicher Seite beigegeben. Die Familie wünscht sich eine stärkere Einbeziehung in den Behandlungsprozess, um schlussendlich eine informierte Entscheidung treffen zu können (vgl. Bergelt & Härter, 2010, S.50). Eine informierte Entscheidungsfindung meint, bewusst Entscheidungen zu treffen (vgl. Berger-Höger & Steckelberg, 2019, S.18). Um dies durchführen zu können, werden mithilfe von geschulter Kommunikation und zielführender Beratung qualitätsgesicherte Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt, die den PatientInnen bzw. deren Stellvertretung alle notwendigen Informationen zur Erkrankung und mögliche Behandlungsmaßnahmen darlegen. Die Entscheidungsträger -hier die Stellvertretung- sollten anschließend alle Vor- und Nachteile ihrer Entscheidung kennen und können diese zu gegebener Zeit evaluieren. Die letztendlich

getroffene Entscheidung wird dann als informiert klassifiziert, wenn ein ausreichendes Wissen über die Erkrankungen und deren mögliche Behandlungsmaßnahmen vorhanden ist und die getroffene Entscheidung im Einklang mit den Wertvorstellungen der PatientInnen steht (vgl. ebd.). Der Mensch soll dabei zielgerichtet und selbstbestimmt handeln können. In diesem Zusammenhang wird von „informed consent“ gesprochen. Das bedeutet, dass die Angehörigen als gesetzliche Stellvertretung durch eine hinreichende Aufklärung dazu befähigt werden, Handlungsoptionen nach dem Ermessen der PatientInnen zu ergreifen. Bestenfalls läuft dieser Prozess unabhängig und ohne äußere Einflüsse ab. Die EntscheidungsfinderInnen sollten währenddessen eine aktive Rolle einnehmen und als informierte Entscheidungsträger anerkannt werden (vgl. Owusu Boakye et al, 2016, S.121).

Ebenso kann eine „partizipierte Entscheidungsfindung“ -im Englischen „Shared Decision Making“- Anwendung finden. Dieses Konzept meint einen Interaktionsprozess, in welchem sowohl das Behandlungsteam als auch die PatientInnen oder die Stellvertretung beteiligt sind. Dabei werden unterschiedlichste Informationen weitergeben. Diese berücksichtigen sowohl medizinische Fakten als auch persönliche Präferenzen, die für die informierte Entscheidungsfindung von großer Bedeutung sind (vgl. Bergelt & Härter, 2010, S.51; Bieber et al, 2016, S.195). Im Rahmen des Interaktionsprozesses werden die Betroffenen aufgeklärt und mit in den Entscheidungs- und Mitwirkungsprozess integriert. Am Ende findet eine ergebnisoffene Diskussion statt, in der die möglichen Behandlungsmaßnahmen aufgegriffen werden (vgl. Bergel & Härter, 2010, S.51). Sowohl die Patientenautonomie als auch die einzelnen Bedürfnisse werden im gesamten Verlauf beachtet (vgl. Bieber et al, 2016, S.196). Daher kann nur in einer partnerschaftlichen und vertrauensvollen Atmosphäre das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung gelingen (vgl. ebd., S.199). Das Konzept führt zu einer verbesserten Interaktion, Compliance, Entscheidungsbeteiligung und Entscheidungsqualität. Die Betroffenen verfügen über ein vermehrtes Wissen und können anschließend die Behandlungsmaßnahmen anhand der Nutzen-Risiko-Faktoren abschätzen und auswählen (vgl. Bergelt & Härter, 2010, S.50; Bieber et al, 2016, S.201). Generell wird dieses Vorgehen befürwortet. Jedoch scheitert die Umsetzung häufig an der „Nichtanwendung“ von Kommunikationstechniken. Hierbei wird das Gesundheitspersonal darauf hingewiesen, die kommunikativen Fähigkeiten weiterzuentwickeln bzw. auszubauen und mit der Stellvertretung möglichst auf Augenhöhe zu arbeiten (vgl. Bieber et al, 2016, S.200).

4 Methodisches Vorgehen

Beim methodischen Vorgehen wird zunächst die hermeneutische Fallanalyse beschrieben. Da sich die Bearbeitung dieser Bachelorarbeit an einem aus der Praxis ausgewählten Patientenfall anlehnt, sind die grundlegenden Inhalte der Hermeneutik von großer Relevanz. Danach erfolgt die Verschriftlichung der durchgeführten Literaturrecherche. Diese verschafft einen Ge-

samtüberblick über das Vorgehen der Recherchearbeit und zeigt auf, welche literarischen Quellen die Verfasserin für die Bearbeitung der Fragestellung angewendet hat.

4.1 Hermeneutische Fallanalyse

Das Wort Hermeneutik lässt sich aus dem Griechischen „hermeneuein“ ableiten und bedeutet übersetzt so viel wie auslegen, dolmetschen, ersetzen oder erklären. Hierbei wird auf den Götterboten Hermes verwiesen, der für die Weitergabe und Vermittlung von Botschaften zuständig war. Das Ziel der Hermeneutik liegt allgemein betrachtet darin, komplexe Sachverhalte, durch eine entsprechende Deutung zu veranschaulichen (vgl. Schrems, 2016, S.55).

Dabei sollen physische, psychische und geistige Phänomene oder Kontextfaktoren vor dem vorliegenden Hintergrund des Sachverhaltes dargelegt werden, indem die sinnhafte Bedeutung verständlich gemacht wird. In Bezug auf die Pflege bildet sie die Grundlage für das Verständnis der Situation der PatientInnen in ihrer Lebenswelt. Verstehen geschieht allgemein durch Symbole, Zeichen und Sprache sowie der Auslegung von Handlungen, Gesten und Ritualen (vgl. Schrems, 2016, S.55). Notwendig dafür ist die richtige Interpretation des gegebenen Sachverhaltes. Diese Interpretation bedarf eines gewissen Maßes an bereits erworbenen Vorkenntnissen. Die Vorkenntnisse entwickeln sich aus bisherigen Erfahrungen und dem subjektiven Erleben des Interpretierenden. Ebenso können Fachwissen und wissenschaftliche Erkenntnisse bei der jeweiligen Auslegung entscheidend sein. Insgesamt werden zwei relevante Arten des Verstehens unterschieden: Erstens das Verstehen im einfachen Sinne, es beinhaltet die Beschreibung und Wahrnehmung von Merkmalen und Äußerungen (vgl. Schrems, 2016, S.57). Der Fokus liegt hierbei auf der Fallbeschreibung und umfasst eine ausführliche und zielgerichtete Falldarlegung, die eine ganzheitliche Reflexion ermöglicht und schlussendlich zur Problemlösung führt. Die Inhalte der Fallbeschreibung sollen authentisch und ohne eine vorinterpretierte Beobachtung wiedergegeben werden. Ebenso sollen die Informationen in einer logischen und erkennbaren Struktur verknüpft werden (vgl. Schrems, 2016, S.73 ff). Zweitens das Verstehen im höheren Sinne schließt das Erkennen der individuellen Bedeutung bezüglich der gegebenen Sachlage für den Einzelnen ein (vgl. Schrems, 2016, S.57). Sie untergliedert sich zum einen in die Fallanalyse und zum anderen in die Falllösung. Bei der Fallanalyse wird der große „Erfahrungsschatz“ der Pflegepersonen mit eingebracht. Diese Phase der Hermeneutik erfolgte im Vorfeld der Bachelorarbeit. Innerhalb der Studiengruppe wurde eine kollegiale Fallberatung durchgeführt und die Problem- und Entscheidungssituation herausgestellt. Zudem wird der Patientenfall vor dem Hintergrund theoretischer Ansätze interpretiert und aus möglichst vielen Perspektiven betrachtet (vgl. Schrems, 2016, S.77 ff). Das Verstehen im höheren Sinne ist ausschlaggebend für das weitere Vorgehen, um den Abstand zwischen dem Interpretierenden und dem Betroffenen zu verringern und um ein tiefes Verständnis, durch die Erweiterung von Informationen zu erlangen (vgl. Schrems, 2016, S.58). Das

Ergebnis dieser Auslegungen stellt dann die Bedeutung eines Sachverhalts für den Betroffenen dar. Daher erfolgt eine Abwägung zwischen den Sichtweisen und den vorliegenden Informationen nach der Angemessenheit und nicht nach der Richtigkeit. Sie ist die Basis für das Erlangen einer angemessenen Problemlösung, die eine Veränderung des Sachverhaltes im Sinne der PatientInnen erreichen sollen, um einen individuellen Umgang mit der derzeitigen Sachlage zu ermöglichen (vgl. Schrems, 2016, S.70).

In Bezug auf den ausgewählten Patienten bedeutet dies, dass die Verfasserin die Gesamtheit der Auswirkungen erkennen muss. Nur wenn die Verfasserin die Gründe und die Auswirkungen der vorliegenden Situation nachvollziehen kann, können entsprechende Interventionen angedacht werden, die, in diesem Fall, einen engen Familienangehörigen beim Entscheidungsfindungsprozess begleiten und unterstützen.

4.2 Literaturrecherche

Zur ausführlichen und wissenschaftlichen Ausarbeitung der Thematik ist eine umfangreiche und systematische Literaturrecherche erforderlich. Hierfür verschaffte sich die Verfasserin zunächst einen Gesamtüberblick, um somit alle grundlegenden Inhalte benennen zu können und im weiteren Verlauf herauszufiltern, was genauer in den Blick genommen werden sollte.

Im Internet wurde mithilfe der Suchmaschine Google Scholar nach geeigneten Herausgaben gesucht. Hier wurde nach Onlineportalen von Verbänden, Fachgesellschaften und Gesetzestexten recherchiert, die sich mit der vorliegenden Thematik befassen. Ebenso wurde über das Netzwerk der Hochschule Osnabrück im Datenbank-Infosystem nach entsprechenden Datenbanken ermittelt. Eingeschlossen wurden hier die elektronischen Datenbanken PubMed und CINAHL. Darüber hinaus wurde nach Fachzeitschriften über den CNE-Account gesucht. Ergänzend fand eine Handrecherche in der Bibliothek der Hochschule Osnabrück statt, indem nach geeigneten Fachbüchern und Fachzeitschriften Ausschau gehalten wurde.

Um die Fragestellung „Welche Unterstützungsmöglichkeiten bieten sich im Pflegeprozess, um Angehörige in ihrer Rolle der gesetzlichen Stellvertretung, während der Entscheidungsfindung zu begleiten?“ explizit beantworten zu können, wurde im Kontinuum der Recherche die Fragestellung in mehrere Unterpunkte untergliedert. Darauf aufbauend wurden während der Übersichtsrecherche zutreffende Exemplare für die Auseinandersetzung des Problemhintergrunds und theoretischen Rahmens herausgestellt. Ebenso wurden Beratungstermine durchgeführt, in denen Hinweise bezüglich geeigneter AutorInnen und Datenbanken ausgehändigt wurden. Nachdem die grundlegenden Inhalte zur Befassung mit der vorliegenden Thematik aufgeführt wurden, folgte im nächsten Schritt eine Recherche bezüglich geeigneter Interventionsmöglichkeiten (s. Anhang 1). Für die Suche wurden Schlüsselbegriffe sowie Synonyme für sie festgelegt z. B. „relatives“ oder „decision making“ (s. Anhang 2). Es ist darauf hinzuweisen, dass die Schlüsselbegriffe in den aufgeführten Datenbanken unterschiedliche Bedeutungen haben.

Nach Festlegung der Suchbegriffe wurde anhand der jeweiligen Wortanfänge nach entsprechenden Ergebnissen recherchiert. Im weiteren Verlauf wurden diese in verschiedenste Kombinationen mit den Boole'schen Operatoren (AND, OR, NOT) verbunden. Restliches stellte sich nach Eingabe von Trunkierungen dar. Dadurch konnte die Treffermenge eingegrenzt werden und die Suche gestaltete sich so zielführender (vgl. Behrens & Langer, 2010, S.145).

Die Auswahl der relevanten Artikel erfolgte anhand der Titel. Waren die Überschriften für die Thematik geeignet, wurde das dazugehörige Abstract gelesen. Des Weiteren wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die (Einschluss-) Kriterien waren „Erwachsene auf einer stationären Intensivstation“, „Angehörige mittleren Lebensalters“, „free full“ Texte sowie „deutsch- und englischsprachige Publikationen“. Zu den Ausschlusskriterien zählten folgende: „Ambulante Settings“, „neugeborene oder pädiatrische Intensivstationen“, „Texte ohne Zugriff auf den kostenlosen Volltext“ und „anderssprachige Ergebnisse“. Zudem erfolgte eine Spezifizierung bezüglich des Zeitraumes, welchen zwischen den Jahren 2000 und 2020 festgelegt wurde, um möglichst aktuelle Ergebnisse zu erzielen. Danach wurden die Volltexte begutachtet. Passten diese weiterhin zur Fragestellung, wurden sie in die Metasynthese eingeschlossen. Letztendlich entschied sich die Verfasserin für eine passende Studie aus der Datenbank PubMed, die für Falllösung genutzt wird. Die weiteren Interventionen orientieren sich an Empfehlungen aus Fachbüchern.

5 Fallbeschreibung

Nachdem im theoretischen Rahmen und im methodischen Vorgehen grundlegende Inhalte zur vorliegenden Thematik aufgeführt wurden, erfolgt in diesem Kapitel die Beschreibung des Fallszenarios. Als Erstes wird die Fallsituation geschildert, um die vorliegenden Gegebenheiten zu verdeutlichen. Anschließend erfolgt die Fallbeschreibung anhand der Begrifflichkeiten des Calgary Familien-Assessment. Wie im theoretischen Rahmen werden auch hier ausschließlich die Kategorien berücksichtigt, die für die Auseinandersetzung mit dem Fallbeispiel von großer Relevanz sind. Ebenso wird eine individuelle Reihenfolge festgelegt, die eine zusammenhängende Verknüpfung darstellt. Dies dient der Konkretisierung des Falls, bezogen auf die wichtigsten Domänen, welches für die Erfassung der Bachelorarbeit bedeutend ist. Die Informationen, die diese Kapitel beinhalten, wurden von der Verfasserin während einer Praxisphase auf der Intensivabteilung in einem nordwestlichen Allgemeinkrankenhaus in Deutschland gesammelt. Es fanden hierzu zwei Interviews und mehrere Befragungen mit der Ehefrau des Patienten statt. Außerdem führte die Verfasserin Gespräche mit dem auf der Station tätigen Behandlungsteam, um mehrere Perspektiven zu beleuchten und Verständnisfragen zu klären. Die Ehefrau gab ihr Einverständnis, die erfassten Informationen in anonymisierter Form für die Bachelorarbeit zu verwenden (Müller, 2019, Gespräch). Nach der Beschreibung des Patientenfalls erfolgt die Begründung der ausgewählten Dimension und Perspektive.

5.1 Fallsituation: Hintergrundwissen

Im Dezember 2019 wurde Herr F. aufgrund von starker Dyspnoe ins nordwestliche Krankenhaus eingewiesen. Bereits vor 15 Jahren ist bei ihm eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung diagnostiziert worden. Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung erfasst alle chronischen Krankheiten, die mit einer tendenziell fortschreitenden und nicht heilbaren Atemwegsverengung einhergehen. Sie ist mitunter einer der häufigsten Todesursachen weltweit (vgl. Bley et al, 2015, S.338). Durch sein starkes Rauchverhalten hatte sich das Ausmaß dieser Erkrankung zunehmend vergrößert. Auch nach der Diagnosestellung gelang es ihm nicht, damit aufzuhören. Als Herr F. am 05.12.2019 über starke Luftnot klagte, untersagte er seiner Ehefrau, einen Rettungswagen anzurufen. Die Ehefrau konnte somit nichts zur Verbesserung seines Zustandes beitragen. Im weiteren Verlauf verstärkten sich die Symptome der Erkrankung dermaßen, dass Herr F. komatös wurde und durch einen Notarzt auf die Intensivstation eingeliefert werden musste. Sein Gesundheitszustand war sehr kritisch. Es konnten mehrere Infektionen und Abszesse in der Lunge festgestellt werden. Insgesamt war unklar, ob sich Herr F. von diesen Erkrankungen erholen würde. Durch die Atemnot und das damit zusammenhängende Koma wurde Herr F. bereits im Rettungswagen intubiert und beatmet. Somit war er außerstande, eine Willenserklärung kundzutun. Nun sah sich die Ehefrau des Herrn F. unverhofft damit konfrontiert, Entscheidungen im Sinne ihres Mannes treffen zu müssen. Sie musste für ihn seine Stellvertretung übernehmen.

5.2 Fallbeschreibung anhand des Calgary Familien-Assessment-Modell

Für die weitere Fallbearbeitung werden die Kategorien des Calgary Familien-Assessment herangezogen (s. Kap. 3.1). Die Elemente des Modells sind unter anderem: Familienzusammensetzung, soziale Schicht, Grenzen, Problemlösung, Umgebung, Kommunikation, Rollen und Aufgabe. Mithilfe einer Spezifizierung auf diese Determinanten kann ein detaillierter Überblick zum vorliegenden Fallszenario gegeben werden.

5.2.1 Familienzusammensetzung

Die Familie F. besteht aus dem Ehemann, 59 Jahre, der Ehefrau, 54 Jahre, und den drei erwachsenen Kindern, im Alter von 25, 29 und 32 Jahren. Das Ehepaar ist seit 33 Jahren verheiratet und lebt mittlerweile allein in ihrem Einfamilienhaus. Alle drei Kinder wohnen in nächster Umgebung zu ihren Eltern und sind bereits bei der eigenen Familienplanung. In den Gesprächen mit Frau F. wurde der hohe Familienzusammenhalt und die gegenseitige Wertschätzung immer wieder hervorgehoben. Ebenso betonte sie, dass sich innerhalb ihrer Familie alle gegenseitig unterstützen und aufeinander verlassen können [dieser Aspekt tangiert auch die Determinante „Beziehungen“].

5.2.2 Soziale Schicht

Der Ehemann von Frau F. war bis zu seinem Arbeitsunfall als Baustellenleiter einer kleinen Baufirma tätig und verfügte somit über ein mittleres Einkommen. Nach seinem Arbeitsunfall bezog er ausschließlich noch eine Frührente, was zu einer finanziellen Einbuße des Ehepaares führte. Für Frau F., die nicht berufstätig war bzw. ist, sondern die Rolle als Ehefrau und Mutter wahrnimmt, bedeutete dies, dass sie sich an die neue finanzielle Situation anpassen musste. Sie erweckt den Eindruck, als verfüge sie über ein niedriges Bildungsniveau. Sowohl die Ehefrau als auch ihr Mann haben in ihrer beruflichen Laufbahn einen Hauptschulabschluss erworben. Hinsichtlich der Gesundheit von Herrn F. entwickelten sie vor dem Intensivaufenthalt keine Krankheitseinsicht und kein Krankheitsgefühl. Sie hatten grundlegend eine optimistische Lebenseinstellung, in der sie ihr Leben genossen. Hier sahen sie keinen Platz, um sich mit den Erkrankungen auseinanderzusetzen. Die Persönlichkeit von Frau F. lässt sich wie folgt beschreiben: Sie ist ein schlichtes Gemüt, freundlich und umgänglich, aber nicht sehr bestimmend. In ihrer Ehe gab bisher immer der Ehemann den „Ton“ an. Eigene Entscheidungen zu treffen, fällt ihr daher besonders schwer. Für Hilfestellungen diesbezüglich ist sie sehr dankbar, zumal sie die Fachsprache der Ärzte und des Pflegepersonals nicht richtig einordnen bzw. deuten und deshalb auch nicht entsprechend umsetzen konnte.

5.2.3 Grenzen

Diskussionen geht Frau F. aus dem Weg. Sie weiß nicht, wie sie sich in kritischen Situationen verhalten soll, da sie bisher immer auf ihren Ehemann bauen konnte. Die jetzige Stellvertretung bringt jedoch genau das mit sich. Frau F. betont, dass sie Angst hat, eine falsche Entscheidung zu treffen. Ihr ist bewusst, dass ihre Entscheidungen negative Konsequenzen für ihren Mann haben könnten, welches sie verunsichert. Wie im Kapitel „soziale Schicht“ angeführt, verfügt Frau F. über einen eher geringen Bildungsstand, so dass sie sich in der medizinischen Fachsprache nicht zurechtfinden kann. Hinzu kommt, dass die Eheleute nicht darüber gesprochen haben, was passieren soll, wenn einer der beiden nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Herr F. habe vorher ausschließlich gesagt, dass er nie so daliegen wolle, wie er jetzt daliege. Somit wisse sie nicht genau, was ihr Ehemann an Behandlungsmaßnahmen haben wolle. Sie hätten nie gedacht, dass die Erkrankung jemals so ein Ausmaß nehmen würde. Eine Patientenverfügung bzw. eine Vorsorgevollmacht liegen nicht vor. Auch deshalb kommt Frau F. mit der Situation, die die Stellvertretung beinhaltet, an ihre Grenzen.

5.2.4 Problemlösung

Frau F. wirkte auf die Verfasserin nicht sehr entscheidungsfreudig und sie erweckte den Eindruck, mit der Aufgabe der plötzlichen Stellvertretung überfordert zu sein. Wie im Kapitel „soziale Schicht“ beschrieben, ist es Frau F. nicht gewohnt gewesen, Entscheidungen in der Ehe gemeinsam mit ihrem Mann auf Augenhöhe zu treffen. Hinzu kommt, dass sie ihren Mann

nicht zu der Einsicht bringen konnte, seinen Lebensstil seiner Krankheit anzupassen. „Er macht, was er will“ ergänzt die Ehefrau. Ebenso berichtet sie, dass er das Leben genießen würde und eben nur ein Leben habe und somit ausschließlich das mache, was ihm gefalle. Dies zeigt ihre eher untergeordnete Stellung in der Ehe und insgesamt ihren geringen Einfluss im Alltag mit ihrem Mann. Ein weiterer Aspekt ist ihr Verhalten, als ihr Mann Luftnot hatte und er ihr untersagte, einen Krankenwagen zu rufen. Sie hat sich gefügt und letztlich erst gehandelt, als er komatös wurde. Sie hat sich nur sehr schwer über den Willen ihres Mannes hinweggesetzt. Durch die Stellvertretung wird aber genau das von ihr verlangt – eine eigene Entscheidung zu treffen, ohne vorherige Abstimmung mit dem Ehemann [diese Ausführungen betreffen auch den Bereich „Einfluss und Macht“].

5.2.5 Umgebung

Das Ehepaar F. wohnt in einem kleinen, idyllischen, ländlichen Umfeld im Nordwesten von Deutschland. Vor fünf Jahren haben sie einen kleinen, barrierefreien Bungalow mit kleinem Garten gebaut, um im Alter auftretende Schwierigkeiten zu reduzieren. Sie fühlen sich dort sehr wohl. In der Nähe des kleinen Örtchens gibt es einige Einkaufsmöglichkeiten und einen Bootsverein, in welchem Herr F. aktives Mitglied ist. Gelegentlich unternahmen sie kleine Bootstouren auf den örtlichen Gewässern. Frau F. hat den Haushalt geführt und sich um den Garten gekümmert, Herr F. verbrachte viel Zeit im Gebäude des Bootsvereins. [diese Ausführungen betreffen ebenso den Bereich „Aktivitäten des alltäglichen Lebens“]. Die Stellvertretung, die Frau F. übernehmen musste, bringt eine völlige Veränderung ihrer sonstigen Umgebung mit sich. Viele Stunden Aufenthalt in der Klinik, vor allem auf der Intensivstation, stehen im extremen Gegensatz zu ihrer bisherigen Umgebung. Hinzu kommen viele neue, fremde Eindrücke wie Geräusche von dem Beatmungsgerät und dem Monitor, starke Gerüche wie Desinfektions- und Reinigungsmittel, ein ständiges Kommen und Gehen der Ärzte und der Pflegefachkräfte sowie der Ehemann, der hilflos im Krankenbett liegt und aus eigener Kraft nichts mehr bewerkstelligen kann, wie z. B. sich waschen und ankleiden. Diese vielen fremden Eindrücke wirken auf Frau F. sehr beängstigend und verunsichern sie zusätzlich.

5.2.6 Kommunikation

Frau F. schilderte oft, wie sehr sie sich auf ihren Mann verlassen konnte und er auch auf sie. Das beinhaltet ein großes Vertrauensverhältnis und eine Ebene, die eine offene und ehrliche Kommunikation ermöglicht. Durch die neue Situation ist diese Art der Kommunikation mit ihrem Ehemann leider nicht mehr möglich. Nonverbale Signale, wie z. B. Schmerzempfindungen des Ehemannes, kann die Ehefrau wahrnehmen. Eine verbale Kommunikation kann aufgrund der Intubation und Sedierung des Mannes nicht mehr erfolgen. Er kann seinen Willen bezüglich seiner Behandlung nicht mehr zum Ausdruck bringen. Da seine Menschenwürde dieses jedoch gebietet, ist Frau F. nun zu seinem Sprachrohr geworden und muss Entscheidungen

im Sinne ihres Ehemannes treffen. In ihrer Not wendet sich Frau F. oftmals an die Pflegekräfte, wenn sie Fragen bezüglich des Gesundheitszustandes und der Behandlungsmaßnahmen hat. Laut Empfindung der Verfasserin erhofft sich Frau F. so eine umfassende, speziell auf ihre Ängste zugeschnittene Unterstützung, die jedoch nicht im Rahmen der täglichen Krankenhausroutine von den Pflegekräften geleistet werden kann.

5.2.7 Rollen

Die Ehefrau hat in ihrem Leben verschiedene soziale Rollen inne. Durch die drei Kinder, die sie mit ihrem Ehemann bekommen hat, füllt sie die Rolle der Ehefrau und Mutter aus. Ebenso nimmt sie die Rolle der werdenden Großmutter ein, da ihre Kinder bereits bei der eigenen Familienplanung sind. Des Weiteren hat sie die Rolle der Hausfrau, in der sie den Haushalt führt und sich um den Garten kümmert. Durch den Krankenhausaufenthalt ihres Ehemannes und der nötigen Stellvertretung, nimmt sie ebenfalls die Rolle der gesetzlichen Stellvertretung ein. Hier befindet sie sich zum einen in der Rolle der Entscheidungsfinderin und Ansprechperson für das gesamte Behandlungsteam und zum anderen befindet sie sich in der Rolle der familiären Mitbetroffenen innerhalb einer Krisensituation.

5.2.8 Aufgaben

Frau F. hat ab dem 13.12.2019 die gesetzliche Stellvertretung über die Versorgungsbereiche der Sorge für Gesundheit und der Aufenthaltsbestimmung nach §1896 BGB erstmalig für den Zeitraum von sechs Monaten erhalten. Ihre Aufgabe liegt allgemein betrachtet darin, für ihren Ehemann Entscheidungen zu treffen. Da diese Entscheidungen den mutmaßlichen Willen von Herrn F. widerspiegeln müssen, liegt ihr Bestreben darin, den Interessen und Wünschen ihres Ehemannes nachzukommen. Ebenso muss Frau F. den vorliegenden Gesundheitszustand verstehen und sich mit den möglichen Behandlungsmaßnahmen auseinandersetzen, um diese letztendlich auf ihren Ehemann abstimmen zu können. Hierfür wurde Frau F. mit unterschiedlichsten Fragen konfrontiert. Hierunter fallen unter anderem: Soll ihr Ehemann Herr F. weiterhin intubiert und beatmet werden? Soll eine Resektion des Lungenabszesses durchgeführt werden? Wie sind die Heilungschancen einzuschätzen? In ihrem Bemühen, die jeweils richtige Entscheidung im Sinne ihres Mannes zu treffen, besucht Frau F. täglich für mehrere Stunden ihren Ehemann im Krankenhaus. Dort sucht sie zum einen seine Nähe und zum anderen ein Zeitfenster bei den Ärzten und Pflegekräften für Gespräche. Diese Gespräche verwirrten sie oftmals, da sie den Ausführungen des Fachpersonals nicht folgen konnte (s. Kap. 5.2.2 - Bildungsstand). Für Frau F. ist diese Aufgabe besonders schwer. Sie sagt, dass sie sich hiermit vor großen Herausforderungen gestellt fühle und Angst habe, falsche Entscheidungen zu treffen, da in ihren Gesprächen mit ihrem Mann die Möglichkeit einer solchen Behandlungssituation nie thematisiert wurde. Erschwerend kommt hinzu, dass keine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht (s. Kap. 5.3.2) vorliegen.

5.3 Begründung der ausgewählten Dimension und Perspektive

Die Verfasserin hat sich für die Dimension „*Person*“ entschieden. Die *Personen* sollen im Mittelpunkt stehen, da dieser Prozess von ihnen durchlebt und bewältigt werden muss. Hierbei ist zu nennen, dass der Schwerpunkt nicht nur auf den Patienten Herrn F., sondern vor allem auf seine Ehefrau als gesetzliche Stellvertreterin für seine Anliegen gesetzt wird. Der Fokus liegt auf dieser Dimension, weil sich die Pflege und die entworfenen Handlungsempfehlungen personenorientiert ausrichten. Die Ehefrau soll in ihren Rollen als Familienangehörige und als Stellvertreterin ihres Mannes wahrgenommen und bestärkt werden. Dieses Vorgehen hat zum Ziel, dass die mutmaßlichen Wünsche des Mannes bezüglich der Behandlungen, wenn möglich, befriedigt werden, aber auch die Bedürfnisse der Ehefrau nicht außer Acht gelassen werden. Auch wird die Dimension *Person* forciert, um die Ergebnisse der Fallanalyse bestenfalls auf andere Personen, die sich in einer vergleichweisen Position befinden übertragen zu können (vgl. Matolycz, 2013, S.25).

Als Perspektive wurde die „*Handlungsebene*“ ausgewählt. Die Handlungsebene bietet die Möglichkeit, anhand der Fallanalyse Maßnahmen herauszuarbeiten, um mögliche Lösungsstrategien zu entwickeln und aufzuzeigen. Diese entworfenen Maßnahmen sollen auf den ausgewählten Patientenfall abgestimmt und fiktiv angewendet werden können. Sie sollen ein Lösungsansatz sein, der die Ehefrau als gesetzliche Stellvertretung bestärkt und unterstützt. Diese Perspektive scheint zutreffend zu sein, da eine hohe Notwendigkeit besteht, bezogen auf die Pflege bzw. auf das Pflegepersonal, der Ehefrau während dieser Lebenssituation und der dazugehörigen Entscheidungsfindung Unterstützung zu bieten. Ebenso soll die Möglichkeit bestehen, die entworfenen Unterstützungsmöglichkeiten auf ähnliche Fallsituationen zu übertragen. Da die Handlungsempfehlungen evidenzbasiert erarbeitet wurden, tragen diese zu einer Optimierung der pflegerischen Qualität und gleichzeitig der Patientenversorgung bei.

6 Fallanalyse

Hier werden anknüpfend an die Fallbeschreibung die Einflussfaktoren des Fallszenarios analysiert, die auf die informierte Entscheidungsfindung von Frau F. einwirken. Dieses erfolgt auf der Grundlage der NANDA Diagnostik und unter Einbettung des Calgary Familien-Assessment, die der Analyse einen theoretischen Rahmen bieten. Darauffolgend wird die Hochkomplexität der Fallsituation aufgeführt, in der das breite Spektrum der jeweiligen Störfaktoren und Rahmenbedingungen nochmals aufgegriffen wird.

6.1 Fallanalyse auf der Grundlage der NANDA Diagnostik und unter Einbettung des Calgary Familien-Assessment-Modell

In diesem Kapitel werden Einflussfaktoren analysiert, die ursächlich für die erschwerte Entscheidungsfindung sind. Die Störfaktoren beinhalten ausgewählte Kategorien des Calgary Familien-Assessment. Mit dem Fokus auf die Dimension „Person“ und der Perspektive „Handlungsebene“ werden unter Berücksichtigung der wichtigsten Inhaltsaspekte der Fallbeschreibung die Pflegediagnosen nach NANDA durchleuchtet und drei passende Ergebnisse herausgefiltert. Hierbei werden der Entscheidungskonflikt, die Rollenüberlastung pflegender Angehöriger/Laien und das Wissensdefizit detailliert auf das Fallbeispiel angewendet und den jeweiligen Domänen des grundlegenden Familienmodells zugeordnet. Da die Zielsetzung eine geeignete Unterstützungsmöglichkeit vorsieht, wird auch die Pflegefachkraft in das Prozedere eingebettet. Ihr Handeln steht in stetiger Wechselwirkung zur informierten Entscheidungsfindung. Somit werden in den unterschiedlichen Kategorien die vielfältigen Aspekte der Pflegenden mit aufgegriffen (s. Abb. 2). Die graphische Darstellung zeigt die grundlegenden Merkmale, die einen Einfluss auf die Ehefrau ausüben. Die Gesamtheit dieser Aspekte erklärt, warum es Frau F. nicht möglich ist, eine informierte Entscheidung zu treffen. Im Anschluss werden die fünf analysierten Einflussfaktoren verschriftlicht und weiter aufgeführt.

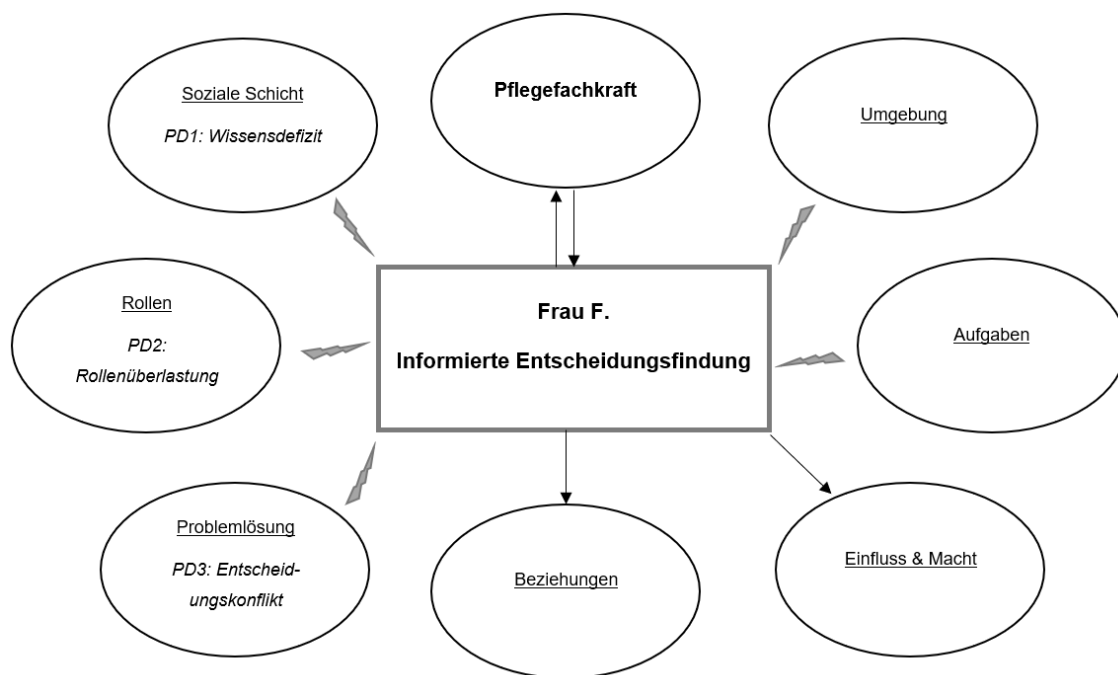


Abbildung 2: Einflussfaktoren der informierten Entscheidungsfindung
(Eigene Darstellung)

6.1.1 Umgebung

Als einer der Einflussfaktoren ist die Kategorie „Umgebung“ zur vorliegenden Intensivstation zu nennen. Frau F. ist von vielen beeinflussenden Strukturen umgeben, diese steuern zwangsläufig den Prozess der informierten Entscheidungsfindung. Dazu gehören unter anderem die

klaren Ablaufstrukturen auf der Intensivstation. Hier zu nennen sind die organisatorischen Abläufe und die festen Besuchszeiten. Frau F. muss ihren gesamten Alltag nach der täglichen Krankenhausroutine ausrichten, wodurch persönliche Bedürfnisse vernachlässigt werden. Dieses äußert sich vor allem durch körperliche und seelische Erschöpfungszustände. Oftmals kommt die Ehefrau nach ihren alltäglichen Verpflichtungen völlig überlastet ins Krankenhaus und möchte zunächst zur Ruhe kommen. Aufgrund der Stellvertreterposition kann diese Ruhephase jedoch nicht gewährleistet werden. Sie muss sich mit vielen Informationen und Eindrücken auseinandersetzen, um schlussendlich eine bewusste Entscheidung im Sinne ihres Mannes zu treffen. Ergänzend kommt hinzu, dass die Familienmitglieder infolge der vorgegebenen Besucherregelung keine Begleitung mitbringen können. Schließlich erscheint Frau F. mehrfach ohne den emotionalen Beistand der gemeinsamen Kinder, die ihr zuvor stets zur Seite standen. Angesichts der vorgegebenen Krankenhausstrukturen muss sie auf diese Unterstützung verzichten. Ihre Kinder können weder die Aufklärungsgespräche noch die Informationsverarbeitung begleiten. Die Ehefrau gab an, dass sie Angst habe, den gesamten Prozess selbstständig bewältigen zu müssen. Sie fühlt sich mit ihren Sorgen und Nöten allein gelassen. Dieses Gefühl wird während des Verbleibens im Wartezimmer zunehmend verstärkt. Selten werden Informationen so formuliert, dass Frau F. sich ein Bild vom Allgemeinzustand ihres Ehemannes machen kann. Oftmals erfolgen ausschließlich die Worte „Wir holen Sie gleich rein“. Die Ehefrau kann zu dem Zeitpunkt nicht wissen, wie es um ihren Ehemann steht oder welche Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden. Frau F. ist unsicher und fühlt sich mit der Situation überfordert. Besonders beim Einlass auf die Intensivstation können diese Emotionen bei ihr wahrgenommen werden. Die Ehefrau möchte umgehend in das Patientenzimmer ihres Mannes, um den Gesundheitszustand ihres Ehepartners in Augenschein zu nehmen. Angesichts der notwendigen Isolation wird der Prozess jedoch verzögert. Die aufwändige Isolationsprozedur lässt bei ihr Unmut aufkommen. Diese äußert sich darin, dass Frau F. „die Schutzkleidung am liebsten nicht anziehen will“. Auch wird so der soziale Rückzug verstärkt. Seitens des Behandlungsteams wird der Patientenkontakt auf das Notwendige reduziert. Das Patientenzimmer wird nur betreten, wenn es erforderlich ist. Auch die ärztlichen Visiten und Dienstübergaben finden auf dem Stationsflur statt, was zu einem fehlenden Bewusstsein für die Wünsche und Bedürfnisse der Ehefrau beiträgt. Zusätzlich ist es der Ehefrau nicht möglich, sich den Gesprächen anzuschließen. Der fehlende Austausch führt zum beidseitigen Wissensdefizit, der den Entscheidungsprozess gefährdet (s. Kap. 6.1.4). Obendrein fehlt der kommunikative Austausch mit Gleichgesinnten, in denen persönliche Erfahrungen und Gefühle besprochen werden. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass auf der Intensivstation kein Rückzugsort vorgesehen ist. Die Ehefrau verbringt insofern mehrere Stunden kontaktlos am Patientenbett. In diesem Zimmer herrscht eine eher kühle Atmosphäre. Sie sagte, dass sie sich sehr einsam fühle, da sie von Natur aus ein geselliger und kommunikativer Mensch sei. Die

Gestaltung der Patientenzimmer ist sehr trist. Persönliche Gegenstände, wie Familienfotos oder Blumen, können aufgrund der festgelegten Hygienevorschriften nicht aufgestellt werden. Auch der Anblick ihres Ehemannes, der hilflos im Krankenbett liegt und aus eigener Kraft nichts mehr bewerkstelligen kann, wird als befremdlich und angsteinflößend wahrgenommen. Die Ehefrau hat Sorge, ihren Lebenspartner zu verlieren. Diese Emotionen bringt Frau F. durch nonverbale Akzente wie Weinen und Seufzen zum Ausdruck. Sie versucht, der schwierigen Situation zu entkommen indem sie häufig Musik, die sie für ihren Ehemann mitgebracht hat, abspielt. Dieses Handeln hilft ihr dabei, die vielen fremden Eindrücke zu verarbeiten. Die Gesamtheit der aufgeführten Umgebungsfaktoren wirken sich negativ auf das Wohlbefinden von Frau F. aus. Das wiederum hat einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung der Ehefrau.

6.1.2 Aufgaben

Als Nächstes wird die Kategorie „Aufgaben“ analysiert. Hier wird die Pflegefachkraft in den Mittelpunkt gestellt. Zunächst ist zu erwähnen, dass sich die Pflegeperson in der Arbeitsorganisation der Bezugspflege befindet. Dieses meint ein ganzheitliches Pflegesystem, indem eine Fachkraft für den gesamten Pflegeprozess der jeweiligen Arbeitsschicht verantwortlich ist. Die zwischenmenschliche Beziehung legt den Grundstein dieser Arbeitsform. Daher richtet sich die Versorgung nach den individuellen Bedürfnissen der jeweiligen PatientInnen. Im Ganzen erlaubt die Bezugspflege eine Ansprechperson, durch die eine persönliche und individuelle Pflege stattfinden kann (vgl. Schmitz, 2015, S.199). Bezogen auf die Ehefrau ist es die Hauptaufgabe der Pflegenden, individuell angepasste Informationen zu vermitteln, die eine angemessene Entscheidungsfindung fördern. Dabei sollte die Informationsmitteilung ausreichend sein und nicht in einem beiläufigen Gespräch stattfinden. Jedoch findet im Krankenhaus genau dieser Aspekt wenig Beachtung. Die Pflegefachkräfte führen aufgrund der Isolation nur kurze Gespräche mit der Ehefrau, währenddessen sie weitere Tätigkeiten, wie z. B. das Wechseln von Infusionen, ausführen. Die grundlegenden Inhalte werden dabei nur oberflächlich angeschnitten. Die verantwortliche Pflegefachkraft versucht zwar, den Bedürfnissen der Ehefrau nachzukommen, indem sie ihr zuhört und ihr Verständnis entgegenbringt und bietet an, dass die Ehefrau sich immer melden könne, wenn Redebedarf bestünde, jedoch verbringt sie aufgrund der Ansteckungs- und Verbreitungsgefahr möglichst wenig Zeit im Patientenzimmer. Gleichmaßen verursachen die strukturellen Rahmenbedingungen einen enormen Zeitdruck, der eine ausführliche Aufklärung behindert, wenn nicht sogar verhindert. Die Pflegenden sind während ihres Arbeitsalltags stark eingebunden, da noch weitere PatientInnen zu versorgen sind. Hierdurch fühlen sie sich in einem Zwiespalt, dem persönlichen Gesprächsbedarf der Ehefrau nicht gerecht werden zu können. Frau F. fühlt sich nicht verstanden und ernst genommen. Ihr ist es nicht möglich, ihre persönlichen Bedürfnisse mitzuteilen, ohne das Gefühl zu

haben, jemanden zur Last zu fallen. Ein Aspekt der Arbeitsorganisation beinhaltet „eigentlich“ die Vorhaltung einer Bezugsperson, die während der Aufklärungsgespräche interagiert, um Rückfragen zu ermöglichen und diese bei Bedarf in vereinfachter Sprache wiederzugeben. Auf den Patientenfall bezogen war die zuständige Pflegefachkraft nicht anwesend, als die medizinischen Diagnosen und mögliche Behandlungsmaßnahmen mitgeteilt wurden. Aus diesem Grund konnte sie ihrer Rolle als Unterstützer nicht gerecht werden. Folglich verlief die Informationsmitteilung nicht nach den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Ehefrau. Die behandelnden ÄrztInnen erläuterten nur solche Informationen, die einen groben Überblick zu den vorliegenden Erkrankungen und den möglichen Behandlungsmaßnahmen aufzeigten. Hinzu kommt der Zeitdruck, eine Entscheidung für den weiteren Behandlungsverlauf treffen zu müssen. Daraus ergibt sich, dass Frau F. die notwendigen Informationen nicht ausreichend verarbeiten kann, um eine informierte Entscheidung auf Grundlage einer ausführlichen Aufklärung treffen und begründen zu können. Abschließend wirkt sich auch die Domäne der „Aufgaben“ auf die informierte Entscheidungsfindung von Frau F. aus. Es zeigt sich also, wie stark die Domäne „Aufgaben“ die Entscheidungsfindung von Frau F. beeinflusst.

6.1.3 Rollen

Wie bereits in der Fallbeschreibung angeführt, nimmt Frau F. viele soziale Rollen ein, denen sie im Alltag nachkommen muss. Mit der schwerwiegenden Erkrankung ihres Ehemannes kommen zusätzlich die Rolle der Entscheidungsfinderin und der Ansprechperson für das gesamte Behandlungsteam als auch die Rolle der familiären Mitbetroffenen innerhalb einer Krisensituation hinzu. Es ergibt sich so ein hohes Maß an Anforderungen und Rollenerwartungen, mit denen sich Frau F. unverhofft konfrontiert sieht. Die Eheleute hätten nie gedacht, dass die Erkrankungen ein derartiges Ausmaß nehmen würden. Zuvor hatten sie ihr Leben genossen und ausschließlich das getan, was ihnen Freude bereitete. Frau F. fühlte sich in der Rolle als Hausfrau und Mutter sehr wohl, in der sie sich um den Haushalt und Garten kümmerte, während ihr Ehemann die finanziellen und privaten Belange abwickelte. Somit lag es allein in seiner Verantwortung, schwerwiegende Entscheidungen zu treffen. Frau F. ist es daher nicht gewohnt, die Kontrolle inne zu haben. Die Ehefrau konnte angesichts der fehlenden Entscheidungsverantwortung keine Bewältigungsstrategien entwickeln, die ihr in einer Krisensituation behilflich wären. Erschwerend kommt hinzu, dass die Eheleute nicht besprochen haben, welche Behandlungsmaßnahmen in einer Notsituation durchgeführt oder unterlassen werden sollten. Somit habe sie Angst, falsche Entscheidungen zu treffen. Diese Angst äußert sich besonders in ihrer zitterigen Stimme. Während des Krankenhausaufenthaltes muss sie sich mit dem intensivmedizinischen Behandlungsteam besprechen, um die möglichen Therapieformen abzuwägen. Oftmals fällt es ihr schwer, die Gesprächsinhalte entsprechend nachzuvollziehen. Sie fühlt sich hilflos und weiß nicht, wie sie agieren soll. Die Unsicherheit wird durch nonverbale

Signale wie Anspannung und Weinen deutlich. Zur Rollenausübung kommen auch die sozialen Rahmenbedingungen des Familienkreises hinzu. Da aufgrund der strukturellen Gegebenheiten auf die Begleitung durch Familienangehörige verzichtet werden muss, werden nur der Ehefrau viele Rückfragen zum Allgemeinzustand des Patienten gestellt wie z. B. „Welche Untersuchungen fanden heute statt?“ oder „Was haben die Ärzte heute gesagt?“. Diese Umstände lassen Frau F. auch nachts nicht zur Ruhe kommen. Die vielen Nachfragen begünstigen stetige Zweifel, da die Ehefrau infolge der erschwerten Informationsaufnahme und -verarbeitung keine eindeutige Beantwortung der Fragestellungen leisten kann. Dieser Stress führt zu einer Überforderung. Ihr äußeres Erscheinungsbild verändert sich, was durch ein zunehmendes Einfallen der Gesichtszüge deutlich wird. Selten steht ihr ein Zeitfenster zur Verfügung, indem sie ihren persönlichen Bedürfnissen nach Ruhe und Schlaf nachgehen kann. Appetitlosigkeit und ein erhöhter Nikotin- und Kaffeekonsum sind weitere Anzeichen der Überforderung. Diagnosen zum kritischen Allgemeinzustand des Ehemannes lassen weitere Ängste aufkommen, welche abschließend die Rollenüberlastung herbeiführt. NANDA definiert die „Rollenüberlastung pflegender Angehöriger/Laien“ als die wahrgenommene Schwierigkeit der Fürsorgefunktion (vgl. Doenges, Moorhouse & Murr, 2018, S.799). Aufgrund der in diesem Abschnitt benannten Gegebenheiten werden die umfassenden Schwierigkeiten der Ehefrau deutlich. Letztendlich behindert auch die Kategorie „Rollen“ den Prozess der informierten Entscheidungsfindung.

6.1.4 Soziale Schicht

Die Domäne der „sozialen Schicht“ wird mithilfe der NANDA Pflegediagnose „Wissensdefizit“ analysiert. Sie ist definiert als der Mangel oder das Fehlen von notwendigen Informationen, die für die Auseinandersetzung mit einer bestimmten Thematik bedeutend sind, um eine sinnvolle Entscheidung angesichts des vorliegenden Gesundheitszustandes und der mögliche Behandlungsmaßnahmen zu treffen (vgl. Doenges, Moorhouse & Murr, 2018, S.1137).

Zunächst ist zu erwähnen, dass die Eheleute sich bereits vor dem Krankenhausaufenthalt nicht mit den möglichen Folgen der Erkrankungen des Ehemannes befasst haben. Trotz Aufklärung und dringendem Anraten der ÄrztInnen, den Konsum von Nikotin und Alkohol zu stoppen oder zumindest einzuschränken, gelang es dem Patienten nicht, dieses zu unterlassen. Auch die Ehefrau versuchte ihn des Öfteren zum Eindämmen seines Suchtverhaltens zu ermutigen. Dass es ihr nicht gelang, stellt für Frau F. eine enorme Belastung dar. Herr F. wollte sich nichts verbieten lassen. Dies stellt auch den Bezug zur geringen Krankheitseinsicht dar. Das Ehepaar hätte mit einem derartigen Ausmaß der Erkrankungen nie gerechnet. Demnach haben sie auch nicht besprochen, was passieren soll, wenn einer der beiden den eigenen Willen nicht mehr äußern kann. Eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht liegt nicht vor. Folglich stellt die jetzige Akutsituation besonders für die Ehefrau eine hohe Belastung dar.

Während der Krankenhauseinweisung fehlten ihr wichtige Informationen über das Krankheitsbild ihres Ehegatten. Sie konnte keine Aussagen zur Gesamtheit der Vordiagnosen und den verschriebenen Arzneimitteln tätigen. Das Nichtwissen über den kritischen Allgemeinzustand ihres Mannes äußert sich in Selbstvorwürfe („Warum habe ich mich nicht vorher besser informiert?“) und Erklärungsversuche. Frau F. ist sehr damit beschäftigt, eine mögliche Ursache bei sich zu finden, die für die Erkrankung ihres Mannes verantwortlich sein könnte. Schlussfolgernd kann bereits vor der Krankenhauseinweisung ein Wissensdefizit seitens der Ehefrau festgestellt werden. Auf der Intensivstation wird dieses Wissensdefizit offensichtlich. In der Realität stimmte Frau F. den Behandlungsmaßnahmen zwar zu, betrachtet man die Situation jedoch genauer, wird deutlich, dass sie kognitiv nicht in der Verfassung war, eine informierte Entscheidung zu treffen. Während der Informationsmitteilungen wurde auf ihr Bildungs- und Verständnisniveau nicht eingegangen. Frau F. fällt es äußerst schwer, die relevanten Informationen herauszufiltern und entsprechend zu interpretieren. Als medizinischer Laie sind ihr die komplexen Fachbegriffe nicht vertraut. Auch ist zu erwähnen, dass Frau F. in ihrer beruflichen Laufbahn einen Hauptschulabschluss erworben hat und anschließend keiner Berufsausbildung nachgegangen ist, was für ein niedriges Bildungsniveau spricht. Somit ist der schulische Lernprozess bereits seit einem längeren Zeitraum abgeschlossen. Jedoch konnte die Ehefrau Lebenserfahrung sammeln und ist stets bemüht die Sachverhalte zu verstehen. Der Zeitdruck seitens der ÄrztInnen erschwert die Entscheidungsfindung zusätzlich. Frau F. hat große Schwierigkeiten in der Ausübung dieser Aufgaben. Sie betonte mehrfach, dass sie sich vor unüberwindbaren Herausforderungen gestellt fühle, da sie Angst habe, eine falsche Entscheidung zu treffen. Diese Aussagen geben einen Hinweis auf eine emotionale Belastung und Überforderung. Während der Diagnosemitteilung befand sich die Ehefrau in einem Ausnahmezustand, der nicht wahrgenommen wurde. In ihrer Not erscheint sie täglich im Krankenhaus, um sich über den Gesundheitszustand ihres Mannes zu erkundigen. Sie hat große Angst, ihn zu verlieren und möchte daher oft in seiner Nähe sein. Es ist hier anzumerken, dass die Ehefrau sich viel an die Pflegenden wendet, bei denen sie sich eine angemessene Unterstützung erhofft. Somit stellt die Pflegefachkraft die Verknüpfung hin zu einer informierten Entscheidungsfindung dar. Die Pflegenden hat die Rolle als Übersetzer, indem sie die Informationen der Ärzte so darlegt, dass Frau F. diese verstehen kann. Durch die Arbeit im Schichtsystem kann jedoch keine Kontinuität der Pflegenden gewährleistet werden, wodurch Frau F. unterschiedlichste und subjektiv eingefärbte Mittelungen erfährt. Diese sind zwar oft sachlich, allerdings sind auch persönliche Wertungen eingebaut. So besteht die Gefahr der falschen Interpretation (s. Kap 6.1.5). Ebenso ist im Rahmen der täglichen Krankenhausroutine die Angehörigenbetreuung selten umsetzbar. Durch den fehlenden emotionalen Beistand der Pflegefachkraft, ist Frau F. während der ärztlichen Informationsmitteilung darauf angewiesen, die komplexen und vielschichtigen Auskünfte eigenständig zu verarbeiten. Sie hätte ausführliche

und einheitliche, ihrem Bildungsstand angepasste Informationen benötigt, um die Auswahl der Behandlungsmaßnahmen fundiert begründen zu können. Daher stellt auch der Aspekt der „sozialen Schicht“ einen erheblichen Einflussfaktor der informierten Entscheidungsfindung dar.

6.1.5 Problemlösung

Der letzte Aspekt, der aus dem Calgary Familien-Assessment beleuchtet wird, beinhaltet die „Problemlösung“. Bezieht man die Problemlösung auf die Fallsituation, so ist die informierte Entscheidungsfindung zu erwähnen, in der Frau F. alle relevanten Informationen kennt, um die Ergebnisse evaluieren und entsprechend filtern zu können. Jedoch ist es aufgrund der bereits aufgeführten Punkte nachvollziehbar, dass es der Ehefrau nicht möglich war, eine informierte Entscheidung zu treffen. Mangelnde Informationen, die strukturellen Rahmenbedingungen der Intensivstation, die Rollenüberlastung sowie die Vernachlässigung persönlicher Bedürfnisse verhindern eine fundierte Entscheidungsfindung. Ergänzend kommt der Entscheidungskonflikt hinzu. Nach NANDA ist der „Entscheidungskonflikt“ als ein Zustand zu beschreiben, in dem die Betroffenen bei der Frage unsicher sind, welche Richtung sie einschlagen sollen. Oft steht die Wahlmöglichkeit im Zusammenhang mit einem Verlust persönlicher Wertvorstellungen (vgl. Doenges, Moorhouse & Murr, 2018, S.318). Frau F. definiert sich als die Ehefrau des Patienten. Die eher untergeordnete Stellung in der Ehe wird somit klar hervorgehoben. Durch den schlechten Gesundheitszustand des Patienten wird ihr Platz an der Seite ihres Ehemannes als bedroht wahrgenommen. Die momentane Situation von Herrn F. ist durch Abhängigkeit und Machtlosigkeit geprägt. Dieser Zustand wird von Frau F. als befremdlich und beängstigend wahrgenommen und äußert sich in der zunehmenden Unsicherheit und Sorge, welche bei ihr deutlich zu beobachten sind. Einerseits ist sie sich dessen bewusst, dass ihr Ehemann keine lebenserhaltenden Maßnahmen gewünscht hätte, auf der anderen Seite fühlt sie die Angst, den Ehepartner zu verlieren. Hier stehen die verschiedenen Perspektiven in Konkurrenz miteinander. Herr F. war ihre engste Bezugsperson, er gab ihr das Gefühl von Halt und Geborgenheit. Sie gibt an, dass sie große Angst vor der bevorstehenden Selbstständigkeit habe, in der sie alle Angelegenheiten, die zuvor der Ehemann übernahm, abwickeln muss. Deshalb interpretiert sie in die unterschiedlichen Informationen der Pflegekräfte falsche Hoffnungen, um sich nicht damit beschäftigen zu müssen, was auf sie zukommt, wenn ihr Ehemann versterben würde. „Wenn noch Hoffnung besteht, nehme ich sie mit“, erklärt die Ehefrau. Weiterhin sagt sie, dass sie die Entscheidung nach dem Bauchgefühl und dem ärztlichen Anraten treffen würde, den Wunsch ihres Mannes, nie so dazuliegen, jedoch nicht beachte. Viele persönliche Empfindungen spielen bei der Entscheidungsfindung eine große Rolle. Sie hat trotz des schlechten Allgemeinzustandes noch große Hoffnung auf dessen Genesung. Somit ergibt sich auch im Bereich der „Problemlösung“ ein erheblicher Einfluss auf die informierte Entscheidungsfindung der Ehefrau.

6.2 Hochkomplexität des Patientenfalls

Voraussetzung für die Bachelorarbeit ist die Hochkomplexität des Patientenfalls aus der Pflegepraxis. Die Hochkomplexität ist durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren begründet. Durch die vielfältige Betrachtung der Fallbeschreibung und Fallanalyse ergeben sich mehrere Anhaltspunkte, die die Hochkomplexität des Fallszenarios untermauern. Das Besondere ist, dass die Faktoren nicht nur den Patienten, sondern auch dessen Ehefrau beeinflussen. Die zahlreichen Aspekte, die auf die Personen und ihre zwischenmenschliche Beziehung einwirken, werden im Folgendem erläutert und in kursiv dargestellt (vgl. Schrems, 2016, S.27).

Als erster Faktor für die Hochkomplexität ist die *Multimorbidität* von Herrn F. zu benennen. Bereits vor dem Krankenhausaufenthalt bestanden viele Vordiagnosen, unter anderem die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung sowie der Nikotin- und Alkoholabusus. Allein durch die Vielfalt der Vorerkrankungen kann der Patient als hochkomplex betrachtet werden. Besonders zu betonen sind die *Suchterkrankungen*. Trotz ausführlicher Aufklärung, den Konsum von Genussmitteln zumindest zu verringern, gelang es Herrn F. nicht, dieses zu unterlassen. Auch Frau F. versuchte ihn des Öfteren zum Eindämmen seines Suchtverhaltens zu motivieren. Durch die eher untergeordnete Stellung und ihrem geringen Einfluss bei der Gestaltung des Ehealltags gelang es ihr nicht, ihren Ehemann zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Dass sie dies nicht erreichte, stellt für die Ehefrau eine enorme Belastung dar. Der Ehemann wollte sich nichts verbieten lassen und sein Leben genießen. Dies stellt auch den Bezug zur *geringen Krankheitseinsicht* dar. Die Eheleute hätten nie gedacht, dass die Krankheit jemals ein derartiges Ausmaß annehmen würde. Demzufolge haben sie sich nicht mit den Konsequenzen der Erkrankungen auseinandergesetzt. Es resultiert daraus ein folgenschweres *Wissensdefizit*. Aufgrund der Beatmungsnotwendigkeit von Herrn F. kann dieser keine Entscheidungen mehr treffen, weshalb die Ehefrau nun die Aufgabe der *gesetzlichen Stellvertretung* übernimmt. Die Situation des Patienten ist von Hilflosigkeit und Abhängigkeit geprägt. In allen Lebensaktivitäten wird eine umfangreiche Unterstützung benötigt. Dieser Zustand wird von Frau F. als befremdlich und angsteinflößend wahrgenommen. Zuvor war es ihr Ehemann, der schwierige Angelegenheiten abwickelte, denen die Ehefrau stets zustimmte. Eigene Entscheidungen zu treffen ist sie daher nicht gewohnt. Durch die fehlende *Kommunikation* ist das gesamte Szenario erschwert. Frau F. kann die Bedürfnisse ihres Ehemannes nicht erfragen und ist somit auf sich allein gestellt. Daher stellt die jetzige Akutsituation besonders für die Ehefrau eine hohe Belastung dar.

Ein weiterer Faktor ist die *Intensiveinheit*. Auf der Intensivstation wird das Behandlungsteam mit vielen starken Eindrücken und Belastungssituationen konfrontiert, unter anderem mit dem kritischen Allgemeinzustand des Patienten. Die Pflegekräfte haben im Rahmen der täglichen Krankenhausroutine noch weitere PatientInnen zu versorgen, die ebenfalls auf eine zeitinten-

sive Pflege angewiesen sind. Auch die strukturellen Rahmenbedingungen begünstigen weitere Stresssituationen, sodass es dem Pflegepersonal in gewissen Situationen nicht möglich ist, etwas zu verändern. Demnach wird infolge der hohen Arbeitsbelastung der Angehörigenbetreuung wenig Zeit zugestanden. Frau F. befindet sich in einer fremden Umgebung, was Verzweiflung und Sorge hervorruft. Aufgrund der medizinischen Ausstattung und Gerätschaften wirken unterschiedliche Eindrücke auf sie ein. Auch werden auf der Intensivstation die Besucherzeiten vorgegeben, an die sie ihren sonstigen Alltag anpassen muss, um ihren Ehemann besuchen zu können und wichtige Informationen über die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen zu erhalten. Diesen Prozess muss sie häufig allein durchlaufen, da die Besucherregelung in der Regel keine andere Möglichkeit vorsieht. Angesichts der notwendigen Isolation des Ehemannes wird der soziale Rückzug zusätzlich verstärkt. Von dem medizinischen Behandlungsteam wird das Patientenzimmer nur bei hinreichender Notwendigkeit betreten, was zu einem mangelnden Austausch beider Parteien führt. Hinzu kommen *unterschiedlichste Informationen seitens des medizinischen Personals*. Da das Behandlungsteam täglich wechselt, erfährt die Ehefrau unterschiedliche Meinungen und Behandlungsansätze von verschiedenen Personen. Obendrein ist der Zeitdruck gegeben, eine Entscheidung für den Behandlungsverlauf rasch treffen zu müssen. Infolge dessen fällt es ihr extrem schwer, die Informationen entsprechend zu verarbeiten und zu interpretieren. Innerhalb ihrer Rollenausübung entwickelt sich ein *Konflikt*. In der Rolle der Ehefrau möchte sie den gesellschaftlichen Erwartungen nachkommen und ihren Ehemann und die damit verbundene Ehe nicht aufgeben. Auf der anderen Seite befindet sie sich in der Rolle der gesetzlichen Stellvertreterin, die Entscheidungen im Sinne der Behandlungsvorstellungen ihres Mannes zu treffen hat. Dieser Entscheidungskonflikt führt zu einem persönlichen Dilemma, denn die verschiedenen *Bedürfnisse der Ehefrau* sind nicht alle im gleichen Maße zu befriedigen, weshalb sie Prioritäten treffen muss. Auch dieser Umstand unterstreicht die Hochkomplexität der Entscheidungsfindung.

7 Falllösung

Eine existenzielle Entscheidung zu treffen stellt eine hohe Belastung für die Angehörigen dar. Ebenso wirken viele Einflussfaktoren, wie in der Analyse beschrieben, auf den Prozess der informierten Entscheidungsfindung ein. Die Herausforderung besteht in der Gewährleistung geeigneter Unterstützungsmöglichkeiten, die Angehörige in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung zu unterstützen. Das Calgary Familien-Interventions-Modell kann als grundlegendes Konzept genutzt werden. Als Korrelat zum Calgary Familien-Assessment lassen sich geeignete Interventionen ableiten und konzeptualisieren. Diese sind so zu gestalten, dass sie eine positive Veränderung der gegebenen Situation ermöglichen. Somit müssen die Maßnahmen gezielt ausgewählt und auf die Angehörigen abgestimmt werden. Voraussetzung hierfür ist ein empathisches Einfühlungsvermögen. Die Pflegenden können die Interventionen nur an-

bieten und schlussfolgernd weder anordnen noch einfordern. Demnach sind gegenseitiges Vertrauen und eine gemeinsame Zusammenarbeit aller Personengruppen von zentraler Bedeutung. Idealerweise sollten die Interventionen auf ihre Effektivität geprüft werden, indem der Erfolg oder Nicht-Erfolg reflektiert wird (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.155f).

Mithilfe der Bereiche aus dem „Calgary Familien-Interventions-Modell“ und den Grundlagen des „Primary Nursing“ werden unter Berücksichtigung jener Aspekte, die in der Fallanalyse herausgestellt wurden, pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung beschrieben und auf den ausgewählten Patientenfall angewendet. Die erarbeiteten Unterstützungsangebote sollen zur informierten Entscheidungsfindung beitragen. Es ist wichtig, zu betonen, dass jeder Mensch einzigartig ist und individuelle Ansätze für seinen Entscheidungsfindungsprozess benötigt. Daher wird darauf hingewiesen, dass die aufgeführten Interventionen lediglich Vorschläge sind, welche genutzt werden können, jedoch keinesfalls universell anwendbar sind.

7.1 Das Konzept des „Primary Nursing“

Damit Frau F. in ihrer komplexen Situation wahrgenommen und unterstützt werden kann, bietet sich die Arbeitsorganisation des Primary Nursing an. Primary Nursing bezeichnet eine spezielle Art der bereits aufgeführten Bezugspflege (s. Kap. 6.1.2). In dieser Arbeitsorganisation werden die PatientInnen jedoch durchgängig und mit hoher Priorität von einer verantwortlichen Pflegefachkraft versorgt. Das Ziel liegt in einer kontinuierlichen, umfassenden und individuellen Versorgung der PatientInnen einschließlich ihrer Angehörigen. Somit stellt die primäre Pflegekraft die zentrale Bezugsperson dar (vgl. Schmitz, 2015, S.199). Was die primäre Pflegefachkraft auszeichnet, wird anhand der folgenden vier Kernelemente dargelegt. Nachfolgend wird eine Empfehlung für die gesetzliche Stellvertretung, die Frau F. innehat, unter Berücksichtigung der vier Kernelemente des Primary Nursing ausgesprochen.

7.1.1 Pflegerische Verantwortung

Die „pflegerische Verantwortung“ ist das Kernstück dieser Arbeitsorganisation. Sie bezieht sich vor allem auf die Planungs-, Durchführungs-, Entscheidungs- und Kontrollverantwortung für die Versorgung der zugeteilten PatientInnen. Daher ist die primäre Pflegefachkraft persönlich für die Pflege der PatientInnen verantwortlich. Diese Verantwortung erstreckt sich über die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthaltes, was den wesentlichen Unterschied zu den anderen Arbeitsorganisationen darstellt (vgl. DNP, 2016, S.4).

Fallbezogene Anwendung:

Eine primäre Pflegekraft ist speziell für Herrn F. zuständig und dient somit automatisch als primäre Bezugsperson für Frau F., die ihr in allen Belangen unterstützend zur Seite steht. Da die Pflegefachkraft die Planungsverantwortung hat, erhebt sie eine „Database“ anhand des Calgary Familien-Assessment-Modell von Herrn F. mithilfe seiner Ehefrau, da Herr F. sich

nicht mehr äußern kann und die Ehefrau die gesetzliche Stellvertretung für ihn einnimmt. Anhand dieser Informationssammlung werden Ressourcen, Pflegeprobleme und unter anderem auch der Wissensbedarf von Frau F. erfasst. Durch die pflegerischen Kompetenzen kann die Pflegefachkraft für Frau F. Informationen zur Verfügung stellen und sie somit bei einer fundierten Entscheidungsfindung unterstützen. So erfährt Frau F. Unterstützung in der Ausübung ihrer Rolle als gesetzliche Stellvertretung ihres Mannes. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die zugewiesene Pflegefachkraft bei sämtlichen Aufklärungen zwischen Frau F. und den ÄrztInnen, sowie den Gesprächen von Frau F. mit ihren Kindern anwesend ist und hierbei eine Vermittlungsfunktion einnimmt. So kann sie allen Familienmitgliedern helfen, einen Gesamtüberblick bezüglich der gesundheitlichen Verfassung von Herrn F. zu erlangen. Siehe hierzu auch die unter Kapitel 6.1 „Rollen“ aufgeführten Punkte. Frau F. hat bisher keine Erfahrung darin, selbstständig Entscheidungen zu treffen und sie kennt keine Strategien, die ihr dabei helfen könnten. Anzeichen einer Überforderung von Frau F. kommen durch ihre zunehmende Appetitlosigkeit und ihren erhöhten Nikotin- und Kaffeekonsum zum Ausdruck. Mithilfe der primären Pflegefachkraft erfährt Frau F. unterschiedliche Unterstützungsangebote, die eine Entlastung in den gesamten Rollenausübungen herbeiführen. Diese Hilfestellung fördert Frau F. in dem Prozess der informierten Entscheidungsfindung (s. Kap. 7.2).

7.1.2 Pflegerische Kontinuität

Die „pflegerische Kontinuität“ beschreibt eine systematische, zielgerichtete und dauerhafte Versorgung anvertrauter Personen während des gesamten Krankenhausaufenthaltes. Die Kontinuität bezieht sich auf einzelne Bereiche des Pflegeprozesses, u.a. die Personaleinsatzplanung sowie die Beziehungsgestaltung. Dabei wird die primäre Pflegefachkraft entsprechend der Fallmethode nach den persönlichen Fähigkeiten zugeteilt. Durch die Anwendung dieser Methode können die Ressourcen des Pflegepersonals auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen optimal ausgerichtet werden (vgl. DNPN, 2016, S.5).

Fallbezogene Anwendung:

Die Zuordnung einer primären Pflegefachkraft für Herrn F., bewirkt eine pflegerische Kontinuität während des gesamten Krankenhausaufenthaltes und so auch im gesamten Versorgungsprozess. Automatisch ist so auch eine Kontinuität für den Entscheidungsfindungsprozess von Frau F. gewährleistet. Dieser Aspekt beinhaltet zudem, dass Frau F. während der gesamten Zeit einen kontinuierlichen Beistand erfährt und eine Bezugsperson hat. Somit ist bei Frau F. das Gefühl des Alleinseins mit allen Belangen weniger stark ausgeprägt, da sie sich immer vertrauensvoll mit ihren Ängsten und Fragen an diese Pflegefachkraft wenden kann. Frau F. ist mit ihren Emotionen und Sorgen nicht allein, was zu einer höheren Akzeptanz ihrer neuen Rolle als gesetzliche Stellvertreterin ihres Mannes führt. Siehe hierzu auch die unter Kapitel 6.1 „Umgebung“ aufgeführten Aussagen. Hier treten Gefühle wie Unsicherheit und Unbehagen

bei Frau F. auf. Auch die unter Kapitel 6.1 „Soziale Schicht“ aufgezeigte Problematik, dass keine Kontinuität gewährleistet werden kann, da die Arbeit im Schichtsystem absolviert wird, wird hier deutlich. Durch das Einsetzen einer primären Pflegefachkraft für Herrn F. wird diesen Einflussfaktoren entgegengewirkt, wodurch eine hinreichende familienzentrierte Pflege in Betracht gezogen und eine hinreichende Unterstützung im Entscheidungsprozess gegeben wird.

7.1.3 Direkte Kommunikation

Als drittes Grundelement ist die „direkte Kommunikation“ zu nennen. Sie ist auf die Bereitstellung, Sammlung und Weitergabe relevanter Informationen durch die primäre Pflegefachkraft gerichtet. Somit stellt die primäre Pflegeperson die Schlüsselfigur im Versorgungsprozess dar. Hierzu kommuniziert sie unmittelbar mit den PatientInnen, den Familienmitgliedern und dem therapeutischen Team, wodurch die direkte Kommunikation und einheitliche Informationsweitergabe gewährleistet ist. Durch dieses Kommunikationsmuster kann die primäre Pflegekraft den Wissens- und Informationsstand der PatientInnen und deren Angehörigen einschätzen und entsprechende Maßnahmen ableiten (vgl. DNPN, 2016, S.6).

Fallbezogene Anwendung:

Die primäre Pflegekraft sammelt alle gesundheits- und entscheidungsrelevanten Informationen zu Herrn F. und passt diese dem Bildungs- und Sprachniveau von Frau F. an. Die Informationen können somit verständlich an Frau F. weitergetragen werden. Frau F. hat einen Gesprächspartner in all ihren Belangen und wird nicht mit unterschiedlichen Aussagen von verschiedenen Personen, die mit der Versorgung ihres Mannes in Bezug stehen, konfrontiert. Frau F. hat also auch bezüglich ihres Kommunikationsbedarfes nur eine Ansprechperson, die sich durch das nähere Kennenlernen und das gegenseitige Vertrauen immer besser mit ihr verständigen kann. Siehe hierzu auch die unter Kapitel 6.1 „Aufgaben“ gemachten Aussagen. Die Pflegeperson möchte Frau F. zuhören und ihr Zeit widmen, doch der Pflegealltag lässt dies kaum zu. Ebenso findet bei den unter Kapitel 6.1. „Soziale Schicht“ aufgeführten Aspekten das Bildungsniveau von Frau F. bei der Weitergabe von Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes ihres Mannes keine Berücksichtigung. Diese Aspekte sollen anhand einer direkten Kommunikation durch eine primäre Bezugsperson vermieden werden, sodass Frau F. auf Grundlage fundierter Informationen eine informierte Entscheidungsfindung im Sinne ihres Ehepartners treffen kann.

7.1.4 Pflegeplanende/r ist zugleich Pflegedurchführende/r

Da die primäre Pflegefachkraft die gesamte Pflegeplanung der PatientInnen gestaltet, ist die praktische Durchführung der Pflege entsprechend der pflegerischen Verantwortung ihre zentrale Aufgabe. Dabei verantwortet sie die Qualität der Pflegemaßnahmen, deren praktische Umsetzung sowie die Ergebnisse der erforderlichen Interventionen (vgl. DNPN, 2016, S.7).

Fallbezogene Anwendung:

Durch die Zuordnung einer primären Pflegefachkraft für den Patienten hat Frau F. die sichere Gewissheit, dass ihr Ehemann sich in guten Händen befindet. Denn die Pflegefachkraft ist für die gesamte Organisation rund um die Pflege von Herrn F. allein verantwortlich. Ein ständiger Wechsel der Pflegefachkräfte ist somit nicht gegeben, was sicherstellt, dass erforderliche Interventionen wie die Unterstützung von Frau F. in der informierten Entscheidungsfindung auch tatsächlich erbracht werden. Siehe hierzu auch die unter Kapitel 6.1 „Soziale Schicht“ erläuterte Problematik, die das Schichtsystem im Krankenhaus mit sich bringt. Mit dem Einsetzen einer primären Pflegefachkraft werden diese Störfaktoren vermieden, wodurch Frau F. eine ausreichende Unterstützung in ihrer Entscheidungsfindung erfährt.

Primary Nursing als Handlungs- und Organisationsmodell beinhaltet viele Vorzüge in dem Versorgungs- und Entscheidungsprozess für Herrn F. und seiner Ehefrau. Ganz wesentlich ist jedoch der Aspekt, dass Frau F. bei einem solchen Modell angemessene und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Hilfestellungen erhält, die sie für die informierte Entscheidungsfindung dringend benötigt.

7.2 Das Calgary Familien-Interventions-Modell

Das Calgary Familien-Interventions-Modell dient der zielgerichteten Planung und Durchführung von Interventionen bezüglich der Angehörigen der PatientInnen. Das allgemeine Ziel liegt in der Förderung und Aufrechterhaltung im Bereich der kognitiven, verhaltensbezogenen und affektiven Familienfunktion (Wright & Leahey, 2009, S.156). In den folgenden Abschnitten werden unterschiedliche Interventionen aufgeführt, die auf eine Veränderung der jeweiligen Familienfunktion abzielen. Zu erwähnen ist, dass die jeweiligen Unterstützungsmöglichkeiten von der oben aufgeführten primären Pflegefachkraft erarbeitet und umgesetzt werden sollen. Um die Evidenz der erarbeiteten Unterstützungsmöglichkeiten zu sichern, werden Ergebnisse der Studie „Nurse- led intervention to improve surrogate decision making for patients with advanced critical illness“ mit einbezogen (White et al, 2012).

7.2.1 Kognitive Unterstützungsmöglichkeiten

Der kognitive Bereich der Familienfunktion beinhaltet den Informations- und Wissenstand zum aufgetretenen Gesundheitsproblem. Mit dem Fokus auf die Pflegediagnose „Wissensdefizit“ liegt das anzustrebende Pflegeziel in der gesundheitlichen Wahrnehmung sowie der Befähigung zur Problemlösung. Eine mögliche Intervention ist das Anbieten von Meinungen, Vorschlägen und Informationen, aber auch das Beseitigen von Wissenslücken, die im Zusammenhang mit der Erkrankung eines Familienmitgliedes stehen (vgl. White et al, 2012, S.399; Wright & Leahey, 2009, S.162).

Fallbezogene Anwendung:

Bezogen auf Frau F. ist es einerseits wichtig, sie mit den nötigen Informationen zu versorgen, andererseits, dürfen diese sie nicht überfordern, da bereits der Zustand des erkrankten Familienmitgliedes eine große Belastung für sie darstellt. Die Gesprächsinhalte sollten relevante Informationen beinhalten, die klar und präzise auf das Sprach- und Lernniveau von Frau F. angepasst sind. Bei Frau F. ist zu erwähnen, dass sie ein eher niedriges Bildungsniveau aufweist. Demnach sollte die primäre Pflegefachkraft medizinische Fachbegriffe vermeiden. Ebenso sollte die Bezugsperson mithilfe von Skizzen und Schaubildern die Tragweite der Erkrankungen veranschaulichen, damit Frau F. die notwendigen Informationen verstehen kann. Auch muss hierbei dem Aspekt der Wertschätzung eine große Bedeutung beigemessen werden. Die von der Pflegefachkraft wahrgenommenen Stärken von Frau F. sollten in der Gesprächsführung eine zentrale Rolle spielen.

7.2.2 Affektive Unterstützungsmöglichkeiten

Hilfreiche Interventionen im affektiven Bereich haben zum Ziel, die Angehörigen zu einer Problemlösung zu befähigen. Dies geschieht durch die Reduktion von Emotionen, die das Problemlösungsvermögen behindern. Der Fokus liegt auf die Pflegediagnose „Entscheidungskonflikt“. Durch die affektiven Interventionen sollen die Angehörigen emotionale Unterstützung erfahren, die den Konflikt mindern (vgl. White et al, 2012, S.399; Wright & Leahey, 2009, S.165).

Fallbezogene Anwendung:

In der Interaktion mit Frau F. muss die Pflegefachkraft ihr das Gefühl vermitteln, dass Emotionen, wie Wut, Trauer, Sorge, Unsicherheit und Angst durchaus ihre Berechtigung haben und Frau F. sich für diese Emotionen nicht schämen muss. So kann eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden, die die Voraussetzung dafür ist, mit Frau F. Gespräche zu führen, die als Grundlage das gegenseitige Vertrauen haben. Die Pflegefachkraft muss darauf achten, dass sie in diesen Gesprächen eindeutig die Gesprächsführung übernimmt und so gewährleisten kann, dass Frau F. ermutigt wird, nach und nach ihre Stärken und Ressourcen für anstehende Entscheidungen zu mobilisieren.

7.2.3 Verhaltensbezogene Unterstützungsmöglichkeiten

Interventionen im verhaltensbezogenen Bereich hingegen sollen den Familienmitgliedern helfen, anders zu interagieren. Dies erfolgt anhand des im „Calgary Familien-Assessment“ wahrgenommenen Interaktionsproblems. In Anbetracht der Pflegediagnose „Rollenüberlastung pflegender Angehöriger/Laien“ ist es notwendig, eine Neugestaltung des Rollenverhaltens herbeizuführen. Am effektivsten wird dies durch die Verteilung von Aufgaben und Rollen erzielt (vgl. White et al, 2012, S.399; Wright & Leahey, 2009, S.167).

Fallbezogene Anwendung:

Interventionen im verhaltensbezogenen Bereich sollen Frau F. helfen, eine Rollenüberlastung zu vermeiden. Wichtig für Frau F. wäre es, die Befähigung zu erlangen, eine Balance zu finden zwischen zu wenig und zu viel Betreuung ihres Mannes. Dabei helfen Frau F. die Durchführung regelmäßiger Pausen und die Entwicklung von regelmäßigen Ritualen, wie z. B. Spaziergänge an der frischen Luft oder Kaffeepausen. Diese Kontinuität geben ihrem Alltag eine Struktur und helfen ihr, die notwendige Gesundheitsversorgung ihres Mannes in Angriff zu nehmen.

7.3 Familiengespräche

Um das Calgary Familien-Interventions-Modell in der Pflegepraxis anzuwenden, schlagen Wright & Leahey ein therapeutisch geführtes Gespräch vor (vgl. 2009, S.157). Durch therapeutische Familiengespräche kann eine effektive familienzentrierte Pflege umgesetzt werden. Sie bieten den Pflegenden und den Familienangehörigen die Gelegenheit, miteinander zu agieren und sich kollektiv weiterzuentwickeln (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.157). Im Folgenden wird eine Möglichkeit der Gesprächsführung aufgeführt. Sie orientiert sich an die empfohlenen Phasen der pflegerischen Gesprächsführung aus dem Calgary Familien-Interventions-Modell. Die Intention der Familiengespräche ist die informierte Entscheidungsfindung der Ehefrau. Aufgrund dessen werden die Gespräche von der primären Pflegefachkraft und unter Berücksichtigung der drei Bereiche des Calgary Familien-Interventions-Modell durchgeführt. So soll Frau F. in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung wahrgenommen und bestärkt werden. Zusätzlich wird eine „Checkliste“ erarbeitet, die für die Pflegefachkraft zur Strukturierung und Organisation der Familiengespräche als Hilfsinstrument dient (s. Anhang 3). Wichtig ist hierbei, dass die aufgeführten Punkte fallbezogen anzuwenden und somit nicht immer vollständig „abzuhaken“ sind. Ebenfalls stellt sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sodass sie in Abhängigkeit zum Fall durchaus erweitert werden kann.

7.3.1 Vorbereitung auf die Familiengespräche

Um ein effektives Familiengespräch führen zu können, ist eine vorangestellte Informationssammlung über Herrn F. und seine Ehefrau unabdingbar. Durch die vier Kernelemente des „Primary Nursing“, nämlich die pflegerische Verantwortung, die *pflegerische Kontinuität*, die *direkte Kommunikation* und das die *Pflegeplanenden auch die Pflegedurchführenden* sind, hat die primäre Pflegefachkraft alle relevanten Informationen über die gesamte Familienkonstruktion und -situation. Optimalerweise wird die Informationssammlung anhand des Calgary Familien-Assessment-Modell erstellt (s. Kap. 5). Unter anderem werden mithilfe des Familienmodells die Unsicherheit und Überlastung, die Frau F. aufgrund ihrer zusätzlichen Aufgabe als gesetzliche Stellvertretung verspürt, deutlich hervorgehoben. Auch die Wahrnehmung über

den tatsächlichen Erkrankungszustand von Herrn F. und deren Behandlungsmaßnahmen kann deutlich herauskristallisiert werden (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.195).

Als eine weitere Voraussetzung für ein Familiengespräch ist der intensive Beziehungsaufbau zwischen der primären Pflegefachkraft und Frau F. zu nennen. Nur so kann wirkungsvoll interveniert werden. Hierzu begleitet sie alle Aufklärungsgespräche, um die daraus resultierenden Erkenntnisse anschließend ruhig und sachlich an Frau F. weitergeben zu können. Ebenso vermittelt sie Frau F. das Gefühl, dass sie jederzeit auf sie zugehen kann, um offene Fragen und Anliegen zu besprechen. Idealerweise hat die primäre Pflegefachkraft bereits beim ersten Aufeinandertreffen eine Visitenkarte ausgehändigt, auf der ihre Kontaktdaten stehen, sodass Frau F. sie jederzeit erreichen kann. Die Art der Beziehungsgestaltung ist hierbei von immenser Bedeutung. Feingefühl, Bescheidenheit und Respekt sind dabei ausschlaggebend (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.207). Sie helfen dabei, potenzielle Krisensituationen und Anspannungen abzufangen. Daher sollte die primäre Pflegefachkraft bereits im Vorfeld mögliche Interventionen für Frau F. abwickeln, die im Familiengespräch vorgeschlagen und evtl. auch durchgeführt werden sollen, wie z. B. das Einbringen von Ritualen. Mithilfe dieser Grundlagen kann die primäre Pflegekraft das Gespräch so gestalten, dass sie auf die Bedürfnisse und Wünsche von Frau F. eingehen kann, um sie während der informierten Entscheidungsfindung zu stärken (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.195 ff.).

Die weiteren Vorbereitungen werden gemeinsam mit der Ehefrau durchgeführt. Hierzu nennt die primäre Pflegefachkraft die ausgearbeiteten Gründe für das Familiengespräch, die sich aus der vorhergehenden Auswertung, auf Basis des oben benannten Modells, ergeben. In Zusammenarbeit mit der Ehefrau wird das Ziel für die Familiengespräche festgelegt. Die Zielsetzung für Frau F. beinhaltet eine informierte Entscheidungsfindung im Sinne ihres Ehepartners, die auf fundierten Informationen basiert und nicht von intensiven Emotionen beherrscht wird. Das Ziel der Pflegefachkraft ist es, individuelle und auf Frau F. bezogene Informationsvermittlungen anzubieten (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.195 ff.).

Gemeinsam wird dann ein Termin sowie eine geeignete Räumlichkeit für das Familiengespräch abgestimmt. Hierbei wird Frau F. aktiv eingebunden, um ihre Wünsche einzubeziehen. Evtl. ist erwünscht, dass die Kinder von Frau F. mit an den Gesprächen teilnehmen. In der Zwischenzeit hat die Ehefrau Zeit, sich emotional auf das Familiengespräch vorzubereiten, indem sie z. B. persönliche Fragen und Anliegen verschriftlicht und zum Gespräch mitnehmen kann. Die Terminvereinbarung beinhaltet auch die Zeitspanne des Gespräches. Hierfür sollte max. eine Stunde angesetzt werden, um zusätzliche Belastungen für Frau F. zu vermeiden und die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten. In den Räumlichkeiten sollte sich eine ruhige und angenehme Atmosphäre entwickeln können. Im Kontext der Intensivstation bietet sich der Besprechungsraum an. Dieser Raum wird durch die primäre Pflegefachkraft organisiert. Kaf-

fee oder sonstige Getränke sind im Vorfeld bereitzustellen. Hierzu gehört ebenfalls, notwendige Materialien, wie z. B. Anschauungsmaterialien zu organisieren. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass die Gesprächsführung durch niemanden gestört wird. Deshalb ist eine Absprache im interdisziplinären Behandlungsteam unabdingbar, damit alle Beteiligten der Intensivstation Bescheid wissen und im Vorfeld notwendige Informationen an die primäre Pflegefachkraft weiterleiten können (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.195 ff.).

7.3.2 Durchführung des ersten Familiengesprächs

Frau F. und die primäre Pflegefachkraft treffen sich zur vereinbarten Zeit in den zugeteilten Räumlichkeiten. Im Vorfeld hat die primäre Pflegefachkraft das interdisziplinäre Team über das Familiengespräch informiert, um Zwischenstörungen zu vermeiden. Die Begrüßung findet in Form vom „Händeschütteln“ statt, da die Berührung den therapeutischen Beziehungsaufbau stärkt. Der Beziehungsaufbau bildet die Grundlage für Veränderungen und den weiteren therapeutischen Prozess. Deshalb müssen alle Störfaktoren beseitigt werden, die eine intensive Beziehung verhindern. Um eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen zu können, sorgt die primäre Pflegefachkraft für eine angenehme Atmosphäre, in der sich Frau F. geborgen und wohl fühlt. Hierzu bittet die primäre Pflegefachkraft Frau F. Platz zu nehmen und bietet ihr bevorzugte Getränke, wie z. B. Kaffee oder Tee an. Anschließend erkundigt sich die primäre Pflegefachkraft nach dem aktuellen Zustand der Ehefrau. Mögliche Fragen sind z. B. „Wie geht es Ihnen heute?“ und „Wie war Ihre Woche bisher?“. Sinn und Zweck der Fragestellungen ist das Aufbauen einer vertraulichen Gesprächsbasis. Während des weiteren Gespräches wird auf die persönlichen Empfindungen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung ihres Ehemannes stehen, eingegangen. Die Pflegefachkraft hört Frau F. aktiv zu. Einerseits soll der Ehefrau die Möglichkeit gegeben werden, sich all ihren Sorgen und Ängsten zu stellen, um die seelischen Belastungen abzubauen. Frau F. soll das Gefühl vermittelt werden, dass es bei diesem Gespräch zunächst allein um sie geht. Auf diese Weise kann sich die primäre Pflegefachkraft einen Überblick über den emotionalen Zustand von Frau F. verschaffen. Es werden Eindrücke, wie Knibbeln, Fingernägelkauen oder unruhiges Bewegen der Beine durch die primäre Pflegefachkraft wahrgenommen und entsprechend eingeordnet. Wichtig ist, dass sich die primäre Fachkraft an die Sprache und Weltansicht von Frau F. anpasst, deren Reaktionen beachtet und sich auf diese einlässt. Frau F. wird außerdem aufgefordert, kundzugeben, was sie sich von dem Familiengespräch erhofft. Die Belange, die Frau F. äußert, geben wieder, dass sie sich Unterstützung in ihrer Rolle als gesetzliche Stellvertreterin wünscht. Die Pflegefachkraft handelt empathisch und versucht, die Bedürfnisse von Frau F. nachzuvollziehen. Aus dem Gespräch wird deutlich, dass Frau F. mit ihrer derzeitigen Situation überfordert ist. Folglich wird die gemeinsame Zielsetzung auf Veränderungen der verhaltensbezogenen Familienfunktion gesetzt, um Frau F. in ihrer Stellvertreterposition zu entlasten. Hierzu werden gemeinsam

ausgleichende Rituale besprochen, die Frau F. auch in ihrem alltäglichen Ablauf einbinden kann, ohne dass es zu einer zusätzlichen Stresssituation führt. Beispiele hierfür sind ausgiebige Spaziergänge vor dem Krankenhausbesuch oder entspannende Musik am Abend. Die Pflegefachkraft betont in diesem Zusammenhang, dass eine Routine der ausgleichenden Rituale einen positiven Einfluss auf Frau F. und ihren Umgang mit der vorliegenden Situation hat. Frau F. soll kein schlechtes Gewissen haben, sich selbst Ruhephasen zu genehmigen. Die Rituale sollen dazu dienen, dass Frau F. sich ihrer Rolle als gesetzliche Stellvertretung bewusst wird. Nachdem sich die Gefühlslage von Frau F. durch die affektiven Interventionen, wie aktives Zuhören, besänftigt hat und die Rituale im verhaltensbezogenen Bereich von ihr aufgegriffen wurden, wird das Ende der ersten Gesprächsführung eingeläutet. An dieser Stelle wird Frau F. gefragt, wie sie das Gespräch empfunden hat. Des Weiteren wird ein neuer Termin für ein zweites Familiengespräch abgesprochen. Dazwischen sollte mindestens eine Woche liegen, damit die täglichen Rituale auch ihre Wirkung zeigen können und Frau F. dadurch mental entlastet wird (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.221 ff.).

Allgemein dient das erste Familiengespräch zur Fokussierung der Gefühlslage und Bedürfnisse. Die emotionale Ebene steht hier im Vordergrund und wird durch die Pflegefachkraft analysiert. Dementsprechende Interventionen werden gemeinsam erarbeitet, welche zur Entlastung von Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung führen sollen.

7.3.3 Durchführung des zweiten Familiengespräches

Für die Vorbereitung des zweiten Familiengespräches sollte die primäre Pflegefachkraft täglich den Gesundheitszustand des Patienten festhalten, um diesen während des zweiten Familiengespräches an Frau F. weitergeben und verdeutlichen zu können. Auch sollten Rücksprachen mit den behandelnden ÄrztInnen gehalten werden, um mögliche Prognosen zu besprechen. Da Frau F. im ersten Gespräch sehr angespannt wirkte, ist es von Nutzen, Anschauungsmaterialien zu besorgen, die eine Informationsaufnahme möglicherweise vereinfachen. Hierfür können Abbildungen aus der Fachliteratur kopiert oder eigene Skizzen angefertigt werden. Das Familiengespräch findet in den jetzt bekannten Räumlichkeiten statt. Es ist darauf zu achten, dass die gleichen Gegebenheiten wie bei der ersten Sitzung geschaffen werden.

Da durch das „Primary Nursing“ die Kontinuität gegeben ist, steht die primäre Pflegefachkraft auch für Familienangehörige für weitere Gespräche zur Verfügung. So hat Frau F. die Möglichkeit, relevante Informationen oder auch Emotionen an die Pflegefachkraft heranzutragen.

Zum zweiten Familiengespräch wird Frau F. von ihrer ältesten Tochter begleitet, da sie sich den familiären Beistand gewünscht hat. Frau F. hat die primäre Pflegefachkraft im Vorfeld informiert. Die Pflegefachkraft befürwortet das gemeinsame Gespräch, da die Anwesenheit der Tochter für Frau F. von hoher Bedeutung ist und eine emotionale Entlastung darstellt.

Das zweite Familiengespräch beginnt mit einer Begrüßung und der Frage nach dem aktuellen Befinden der Ehefrau (s. Anhang 3). Zusätzlich stellt sich die Pflegefachkraft bei der Tochter vor. Anschließend informiert sich die Pflegefachkraft darüber, inwieweit Frau F. die täglichen Rituale einbauen konnte und wie regelmäßig sie durchgeführt werden. Frau F. bestätigt, diese täglich durchgeführt zu haben und dass ihr die Rituale Erleichterung verschaffen. Es werden noch persönliche Fragen gestellt, wie „Konnten Sie sich mehr Ruhephasen genehmigen?“ um eine entspanntere Atmosphäre zu schaffen. Nachdem eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut wurde, wird Frau F. gefragt, ob sie eine Veränderung des Gesundheitszustandes ihres Ehepartners beobachten konnte. Danach informiert sich die Pflegefachkraft darüber, wie Frau F. den Gesundheitszustand ihres Mannes einschätzt bzw. ob sie diesen richtig einschätzt. Sollte das nicht der Fall sein, würde die primäre Pflegekraft den Gesundheitszustand des Ehemannes Frau F. nochmals veranschaulichen. Hierbei ist deutlich zu machen, dass Frau F. das Gespräch jederzeit unterbrechen kann, wenn Unklarheiten bestehen. Frau F. kann sich also immer mit Fragen an die Pflegefachkraft wenden (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.221 ff.).

Nachdem Frau F. zugestimmt hat, versucht die Pflegefachkraft in Form einer vereinfachten Sprache und anhand von Anschauungsmaterialien die schwerwiegende Erkrankung von Herrn F. darzulegen. Hierzu gehört das Krankheitsbild der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung und die Infektionserkrankungen. Frau F. soll die Zusammenhänge der verschiedenen Erkrankungen verstehen. Hierfür verwendet die Pflegefachkraft eine anatomische Abbildung der Lunge und erklärt die Zusammenhänge anhand dessen. Im weiteren Verlauf werden die Therapieformen aufgezeigt. Darunter fallen die Beatmungssituation sowie die medikamentöse Therapie. Der kritische Zustand von Herrn F. wird in den Fokus genommen, indem angepasst an ihr Sprachniveau erläutert wird, dass Herr F. keinerlei Spontanatmung hat, sich die Beatmungsentwöhnung schwierig gestaltet und die medikamentöse Therapie frustrierend ist. Während dieser Aufklärung ist es wichtig, die emotionalen Signale der Ehefrau zu beachten, damit bei Anzeichen von Gefühlsausbrüchen sofort reagiert werden kann. Es können z. B. Pausen eingelegt werden, in denen Frau F. sich kurz mit ihrer Tochter an der frischen Luft bewegt. Diese Intervention dient dazu, dass die Informationsvermittlung weiterhin gesichert ist und nicht von emotionalen Aspekten unterdrückt wird. Nachdem alle relevanten Informationen mit Frau F. besprochen wurden, überprüft die primäre Pflegefachkraft, ob Frau F. alle Inhalte richtig aufgefasst hat, indem ein Raum geschaffen wird, um Rückfragen zu stellen. Es ist wichtig, dass Frau F. die Informationen verarbeiten und in ihrer Rolle als gesetzliche Stellvertretung eine Entscheidung im Sinne ihres Mannes treffen kann. Es sollte abgesprochen werden, dass nach der Entscheidungsfindung ein ausführliches Abschlussgespräch stattfindet, um die Entscheidung zu verarbeiten und nicht infrage zu stellen. Ebenso macht die primäre Pflegefachkraft deutlich, dass sie für weitere Gespräche zur Verfügung steht und Frau F. sich jederzeit an sie

wenden kann. Hier verweist sie auf ihre bereits ausgehändigte Visitenkarte. Abschließend verabschiedet die primäre Pflegefachkraft Frau F. und ihre Tochter mit aufbauenden und motivierenden Worten (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.221 ff.).

Allgemein dient das zweite Familiengespräch der Informationsvermittlung und -verarbeitung. Einerseits werden die fundierten Informationen von der Pflegefachkraft sachlich vermittelt. Andererseits hat die affektive Ebene eine ebenso hohe Relevanz, da der emotionale Zustand Einfluss auf die Informationsverarbeitung hat. Die Angehörigen in der Stellvertreterrolle fühlen sich im Idealfall nach dem zweiten Familiengespräch hinreichend informiert und sind dazu befähigt worden, eine informierte Entscheidung im Sinne des Familienmitgliedes zu treffen.

7.3.4 Abschluss des Familienkontaktes

Nachdem die Entscheidungsfindung stattgefunden hat, sollte ein abschließendes Familiengespräch in den gewohnten Räumlichkeiten stattfinden. Durch die primäre Rolle der Pflegekraft sollte die Pflegefachkraft ein Zeitfenster für das Abschlussgespräch benennen, da sie über den Zeitpunkt der Entscheidungsfindung am besten informiert ist. Daraufhin tritt sie an Frau F. heran und vereinbart einen gemeinsamen Termin für das Endgespräch, das nach den Wünschen der Ehefrau ausgerichtet ist.

Wie in den zwei vorherigen Gesprächen finden auch hier zunächst eine Begrüßung statt (s. Anhang 3). Darauffolgend erkundigt sich die primäre Pflegefachkraft nach dem Allgemeinbefinden der Ehefrau. Hierfür bietet sie der Ehefrau einen Raum, um sich mitzuteilen. Mögliche Fragen sind „Wie ist es Ihnen mit der Entscheidungsfindung ergangen?“ und „Wie fühlen Sie sich mit der Entscheidungsfindung?“. Die Ehefrau offenbart, wie es ihr mit der Entscheidungsfindung ergangen ist. Die primäre Pflegefachkraft hört ihr dabei aufmerksam zu. Sie vermittelt ihr, dass sie die richtige Entscheidung im Sinne ihres Ehemannes getroffen hat. Dabei werden die Stärken und Ressourcen von Frau F. hervorgehoben. Es sollen Selbstzweifel und Schuldgefühle gemindert werden. Wichtig ist, dass die Fachkraft der Ehefrau vermittelt, dass sie auch zukünftig in der Lage ist, Probleme selbstständig zu bewältigen. Hierfür signalisiert die Fachkraft, dass sie für weitere Gespräche zur Verfügung steht. Falls erforderlich, organisiert die Fachkraft entsprechende Überweisungen an Fachleute. Diese können unter anderem Selbsthilfegruppen beinhalten, damit Frau F. sich mit Personen austauschen kann, denen das gleiche Schicksal widerfahren ist. Abschließend verabschieden sich die beiden Parteien mit der Option, sich gegebenenfalls noch einmal zu treffen (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.299 ff.).

Allgemein dient der Abschluss des Familienkontaktes als Stärkung der Angehörigen nach ihrer Entscheidungsfindung. Sie sollen mit ihrer Entscheidungsfindung im Reinen sein. Die Pflegefachkraft bietet weiterhin Kontakt an und vermittelt den Angehörigen, falls notwendig, an entsprechende Fachleute weiter.

8 Fazit

Dieses Kapitel widmet sich dem Fazit, welches sich aus den in dieser Arbeit gemachten Erläuterungen und deren Auswertung, basierend auf die genannten theoretischen Grundlagen, ergibt. Hierfür ist zunächst anzumerken, dass dem Aspekt der Versorgung von Familienangehörigen als gesetzliche Stellvertretung der intensivmedizinischen PatientInnen weiterhin eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Viele Angehörige stellt die Aufgabe der Stellvertretung vor enormen Herausforderungen. Sie befinden sich in dieser Position nicht nur in der Rolle des familiären Mitbetroffenen innerhalb einer Krisensituation, sondern sind auch in der Rolle des Ansprechpartners für das gesamte Behandlungsteam richtungsweisend. In dieser Position benötigen sie besonderen Beistand, welcher während des gesamten Pflegeprozesses gewährt werden muss. Zur Beantwortung der Frage: *„Welche Unterstützungsmöglichkeiten bieten sich im Pflegeprozess, um die Angehörigen in ihrer Rolle der gesetzlichen Stellvertretung während der Entscheidungsfindung zu begleiten?“* wurde eine ausgiebige Literaturrecherche durchgeführt. Schließlich wurden die vorliegenden Erkenntnisse beschrieben und näher ausgearbeitet. Zusätzlich fand eine eingehende Fallanalyse in Anlehnung an die Methodik der Hermeneutik statt. Die hermeneutische Fallanalyse ist ein Instrument, welches die Möglichkeit bietet, den Patientenfall aus der Pflegepraxis ganzheitlich darzustellen. Hierzu kann das Calgary Familien-Assessment-Modell als grundlegendes Hilfsmittel dienen. Gerade in der Auseinandersetzung mit Familienmitgliedern in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung ergeben sich vielschichtige Aspekte, die im familienzentrierten Pflegeprozess berücksichtigt werden müssen. So kann während der Fallbeschreibung ein weitreichender Blickwinkel geschaffen werden. Durch die Analyse der Hochkomplexität, die ebenfalls unter Zuhilfenahme des Calgary Familien-Assessment-Modells erfolgte, ergeben sich vielschichtige Störfaktoren, die einen erheblichen Einfluss auf die informierte Entscheidungsfindung der Ehefrau haben. Dieser Ansatz fördert ebenso die Auseinandersetzung mit der vorliegenden Dimension „Person“ und der Perspektive „Handlungsebene“. Die Relevanz der Prioritätensetzung wird klar hervorgehoben. Die erlebte Situation der Ehefrau wird als Krise wahrgenommen. Sie befindet sich in einem „schockähnlichen“ Zustand, welcher sich durch verschiedene Emotionen, wie Angst, Unsicherheit und Ungewissheit ausdrückt. Dabei steht die Überforderung mit der zusätzlichen Stellvertreterposition im Vordergrund, welche durch die strukturellen Rahmenbedingungen der Intensivstation zusätzlich begünstigt wird. Um dem Belastungserleben entgegen zu wirken, stellt der pflegerische Handlungsbedarf in Hinblick auf die Begleitung der Stellvertreterposition eine wesentliche Rolle dar. Durch die hypothetische Anwendung der Unterstützungsmöglichkeiten auf das Fallszenario kann gezeigt werden, dass die primäre Pflegefachkraft an dieser Stelle eine Schlüsselrolle einnimmt. Sie stellt als kontinuierliche Ansprechperson eine wichtige Bezugsperson dar, wodurch eine umfassende und zielführende Informationsweitergabe gewährleistet wird. Neben den kognitiven Unterstützungen, bietet die primäre

Fachkraft verhaltensbezogene und affektive Interventionen an. Diese wiederum bilden die Grundlage für den weiteren Entscheidungsfindungsprozess. Zur effektiven Zielerreichung werden Familiengespräche durchgeführt. Während der ersten Sitzung wird auf affektive und verhaltensbezogene Veränderungen im Familienprozess abgezielt. Somit wird Frau F. aufgefordert, sich von ihren Sorgen und Nöten freizusprechen. Ebenso wird gemeinsam mit der Ehefrau abgewogen, welche Rituale schlussendlich durchgeführt werden sollen, um eine Entlastung im Alltag zu ermöglichen. Die Ambivalenz der verschiedenen Rollenausübungen kann dadurch abgemildert werden, da Frau F. in ihrer Entscheidungsfindung nicht allein dasteht. Nach einer gewissen Zeitspanne und der regelmäßigen Ausübung der vereinbarten Rituale erfolgt das zweite Familiengespräch. Die zweite Sitzung zielt auf Veränderungen im kognitiven Familienbereich ab. Hierzu werden relevante Informationen an Frau F. herangetragen. Die primäre Bezugsperson informiert Frau F. über die Gegebenheiten auf der Intensivstation, den Gesundheitszustand des Patienten und den weiteren Therapieverlauf. Somit fungiert die Pflegeperson im Fall von Frau F. als Erklärende, Vermittlerin und Ansprechperson für die Ehefrau. Die Informationen werden in einer angepassten Sprache und mithilfe von Anschauungsmaterial vermittelt. Frau F. fühlt sich in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt, indem sie individuelle Informationen hinsichtlich des Gesundheitszustandes ihres Ehepartners erhält und weiß, dass sie durch die primäre Pflegefachkraft einen Zugang zu den signifikanten Informationen hat. Folglich erhält die Ehefrau durch die Familiensitzungen Rückhalt und kompetente medizinische Auskünfte sowie ein hohes Maß an Unterstützung bei der Entscheidungsfindung. Daraus resultierend können die Entscheidungsmöglichkeiten objektiv dargestellt und im Sinne von Herrn F. getroffen werden. Nach der Entscheidungsfindung erfolgt der Abschluss des Familienkontaktes. An dieser Stelle wird Frau F. bestärkt, die richtige Entscheidung getroffen zu haben, damit auch in Zukunft keine Schuldgefühle aufkommen. Zusammenfassend bietet die Anwendung der pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten auf das Fallszenario eine Hilfestellung im informierten Entscheidungsfindungsprozess der Ehefrau.

9 Ausblick

Allgemein bekannt ist die Notwendigkeit einer entsprechenden Einbeziehung der Angehörigen in die Entscheidungsprozesse bei Intensivpatienten. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, bei der Versorgung von intensivmedizinischen PatientInnen nicht nur auf die Behandlung dieser zu achten, sondern auch die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen in den Mittelpunkt zu stellen. Daher ist die familienzentrierte Pflege kritisch kranker PatientInnen einschließlich ihrer Angehörigen von großer Bedeutung. Infolge der schwerwiegenden Entwicklung der erkrankten Person werden oftmals die Familienmitglieder als gesetzliche Stellvertretung herangezogen. Aufgrund des steigenden Alters und der Multimorbidität wird ein fortschreitendes Einsetzen der Familienmitglieder deutlich hervorgehoben. Mittlerweile ist bestätigt, dass knapp die Hälfte

der gesetzlichen Stellvertreterpositionen von Familienmitgliedern übernommen wird (s. Kap. 2). An dieser Stelle sehen sich die Angehörigen vor unverhofften Herausforderungen gestellt, die sie oftmals nicht allein meistern können. (s. Kap. 3.2.7). Um dem entgegenzuwirken, rückt die Notwendigkeit einer angemessenen Unterstützung von Angehörigen in der Stellvertreterposition immer mehr in den Vordergrund. Hierfür müssen die Familienmitglieder in der informierten Entscheidungsfindung aktiv begleitet und gestärkt werden, indem sie sowohl gesundheitsrelevante Informationen erhalten als auch Unterstützung auf der affektiven und kommunikativen Ebene erfahren. Die primären Pflegefachkräfte nehmen in diesem Prozess verschiedene Rollen ein. Sie fungieren als ErklärerIn, VermittlerIn und Ansprechperson der Familienmitglieder. Die Umsetzung erfolgt in Form von Familiengesprächen, die die Angehörigen effektiv begleiten und bestärken. Es muss beachtet werden, dass nicht jede primäre Pflegefachkraft geeignet ist, Familiengespräche durchzuführen. Zur Umsetzung des Konzeptes müssten zukünftig Weiterbildungen angeboten werden, um Gesprächs- und Führungstechniken der bestehenden Pflegefachkräfte zu erweitern. Dieser Handlungsbereich könnte jedoch auch als ein Aufgabenfeld von akademisierten Pflegefachkräften identifiziert werden, die durch ihre erweiterte Ausbildung individuell auf die gesamte Familienkonstellation eingehen können. Die akademisierte Pflegefachkraft in der primären Pflegeposition hat kommunikative und edukative Kompetenzen. Außerdem kann sie Arbeitsprozesse strukturieren und optimieren, was für die Implementierung von Familiengesprächen notwendig ist. In diesem Zusammenhang wäre es lohnenswert, die in dieser Arbeit auf Grundlage von Theorie erarbeitete „Checkliste“ gründlich zu untersuchen (s. Anhang 3). Daher ergibt sich ein weiterer Forschungsbedarf in der Auseinandersetzung und Implementierung geeigneter Gesprächsleitfäden, die ein strukturelles Vorgehen in der Gesprächsführung gewährleisten. Hierdurch kann zum einen eine Verbesserung der familiären und patientenorientierten Pflege erzielt und zum anderen die Qualität der Profession „Pflege“ gesteigert werden.

10 Kritische Reflektion

In Anlehnung an die vorliegende Literatur und die in Kap. 6 erfolgte Analyse konnte aufgezeigt werden, dass ein hoher Bedarf an einer familienorientierten Pflege besteht. Basierend auf dieser Annahme ist es gelungen, pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten zur informierten Entscheidungsfindung von Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung zu erarbeiten. Dabei hat die Anwendung von Modellen, wie die Gesamtheit des Calgary Familien-Modells viele Vorteile. So konnte die Bachelorarbeit strukturiert bearbeitet werden. Dabei bedarf es insbesondere die Durchführung einer *Reflexion*. So wurde für die Beantwortung der handlungsleitenden Fragestellung die Methodik der hermeneutischen Fallanalyse angewendet, wodurch die erarbeiteten Unterstützungsmöglichkeiten auf einer hypothetischen Anwendung eines einzigen Patientenfalls basieren. Aus diesem Grund ist anzumerken, dass jeder Mensch

einzigartig ist und individuelle Ansätze für seinen Entscheidungsfindungsprozess benötigt. Die aufgeführten Interventionen sind lediglich als Vorschläge zu sehen, welche genutzt werden können, jedoch keinesfalls universell anzuwenden sind. Für die Umsetzung auf andere PatientInnen bedarf es eines hohen Grades an Anpassungsfähigkeiten, damit die Interventionen als hilfreich wahrgenommen werden können. Hierfür müssen ausreichende Informationen zur gesamten Familienkonstellation vorliegen. An dieser Stelle ist die zeitabhängige Informationssammlung hervorzuheben. Da die Informationssammlung bereits vor der Bekanntgabe der Thematik erfolgt war, fehlte es an manchen Stellen an wichtigen Informationen, wie z. B. bevorzugte Freizeitaktivitäten der Ehefrau. Anhand der fehlenden Informationen hätten evtl. noch weitere Störfaktoren analysiert und in die Falllösung mit einbezogen werden können. Die Falllösung beinhaltet die pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten. Diese orientieren sich an dem Konzept der Primary Nursing und dem Calgary Familien-Interventions-Modell. Zunächst ist zu erwähnen, dass das Konzept der Primary Nursing nicht grundsätzlich umzusetzen ist. Hierfür müssen eine Akzeptanz im intensivmedizinischen Behandlungsteam sowie strukturelle Rahmenbedingungen, wie das vermehrte Einsetzen qualifizierter Pflegefachpersonen geschaffen werden. Durch den personellen Engpass in der Pflegebranche sowie dem demographischen Wandel ist die Implementierung des Konzeptes Primary Nursing in Verknüpfung mit Calgary Familien-Interventions-Modell jedoch erheblich beeinträchtigt. Doch gerade der demographische Wandel macht dieses Konzept stark erforderlich, weshalb es notwendig ist, zum einen mehr akademisierte Pflegefachkräfte zu gewinnen aber auch bestehende Pflegefachkräfte in diesem Bereich weiterzubilden und für die Thematik von Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung auf der Intensivstation zu sensibilisieren. Ebenso ist anzumerken, dass es sich bei der Falllösung um eine systematisierte und keine systematische Literaturrecherche handelt. Daher muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Daten berücksichtigt wurden, welche zur Beantwortung der handlungsleitenden Fragestellung geführt hätten, was den zeitlichen Rahmen dieser Bachelorarbeit übertroffen hätte. In einem größeren Kontext könnten die Unterstützungsmöglichkeiten konkreter aufgespalten werden. Es ist ebenso anzumerken, dass einige der berücksichtigten Studien in auswertigen Ländern, wie Analogamerika, durchgeführt wurden. Somit kann es aufgrund der kulturellen Unterschiede nicht als gängig angesehen werden, dass sich die Studienergebnisse unverändert übertragen lassen. Jedoch konnte die Verfasserin durch die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik einen neuen Blickwinkel auf die Vielschichtigkeit von Entscheidungsprozessen in der Intensivpflege erlangen. In den letzten Jahrzehnten hat sich ein neues Bewusstsein über die Bedürfnisse von Angehörigen auf der Intensivstation abgezeichnet. Dies bildet eine wichtige Grundlage für die Entwicklung einer bedarfsgerechten Unterstützung von Angehörigen auf der Intensivstation. Daher ist es essenziell, dass den Pflegenden die Bedeutung einer familien-

zentrierten Pflege während der Entscheidungsfindung bewusst wird. Zukünftig wird die Verfasserin Angehörigen in der Rolle der gesetzlichen Stellvertretung von Intensivpatienten mit mehr Empathie begegnen und versuchen, sie während dem Aspekt der informierten Entscheidungsfindung mit mehr Sympathie und Sensibilität zu unterstützen, indem sie individuell angepasste Unterstützungsmöglichkeiten erarbeitet und diese patientengerecht anwendet.

IV Literaturverzeichnis

- Al-Abtah, J., Ammann, A., Bensch, S., Dörr, B., Elbert-Maschke, D., Ernstmann, N. et al. (2015a).** Ausbildung und Beruf Pflege. Beruf konkret. In J. Al-Abtah, A. Ammann, S. Bensch, B. Dörr, D. Elbert-Maschke & N. e. a. Ernstmann (Hrsg.), *Pflege. I care* (S. 30–51). Stuttgart: Thieme.
- Al-Abtah, J., Ammann, A., Bensch, S., Dörr, B., Elbert-Maschke, D., Ernstmann, N. et al. (Hrsg.). (2015).** *Pflege. I care*. Stuttgart: Thieme.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010).** *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. überarbeitete und ergänzte Auflage). Bern: Huber.
- Bergelt, C. & Härter, M. (2010).** Partizipative Entscheidungsfindung. Shared Decision Making: der Patient als Partner. *best practice onkologie*, 5(5), 49–55.
- Berger-Höger, B. & Steckelberg, A. (2019).** Gemeinsam informiert entscheiden. Wie bezieht man Patientinnen und Patienten in die medizinische Entscheidungsfindung ein? *KVH-Journal*, (7-8), 18–21.
- Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N. & Eich, W. (2016).** Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) –Patient und Arzt als Team. Shared Decision Making (SDM) – Patient and Physician as a Team. *Psychother Psych Med*, 66, 195–207.
- Bley, C.-H., Centgraf, M., Cieslik, M., Hack, J., Hell, T., Horn et al. (2015).** *Krankheitslehre. I care*. Stuttgart: Thieme.
- Breidenstein. (2012).** *Pflegerecht für Angehörige. Der Ratgeber bei allen Rechtsfragen rund um Pflege und Betreuung*. Rheinbreitbach: nwb.
- Bundesamt für Justiz. (o.J.).** *Betreuung*. Zugriff am 03.03.2020. Verfügbar unter https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung_node.html
- Bundesamt für Justiz. (2018).** *Betreuungsverfahren*. Zugriff am 03.03.2020. Verfügbar unter https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung_node.html
- Burholt, V. (2009).** Angehörige auf der Intensivstation- welche Bedürfnisse haben sie? *intensiv*, 18, 198 - 203.
- Dehner, S., Deffner, T. & Schrap, M. (2016).** Angehörige auf der Intensivstation. Zwischen Hoffnung und Bangen. *Heilberufe / Das Pflegemagazin*, 68(1), 12–15.

- Deutsches Netzwerk Primary Nursing. (2016).** *Merkmale von Primary Nursing. Eine Orientierung und Handlungshilfe zur Umsetzung der pflegerischen Organisationsform Primary Nursing.* Zugriff am 08.05.2020. Verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/expertengruppen/netzwerk-primary-nursing/Merkmale-von-Primary-Nursing_akt-2016_final.pdf
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2018).** *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen* (6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Friedemann, M.-L. & Köhlen, C. (2018).** *Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systematischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Friesacher, H. (2005).** Pflegeverständnis. In L. Ullrich & D. Stolecki (Hrsg.), *Intensivpflege und Anästhesie* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage, 94–102). Stuttgart: Thieme.
- Gehring, M., Kean, S., Hackmann, M. & Büscher, A. (Hrsg.). (2002).** *Familienbezogene Pflege.* Bern: Huber.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. (2017).** *Intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern-Anzahl Krankenhäuser, Betten sowie Aufenthalte (Behandlungsfälle und Berechnungs-/Belegungstage).* Zugriff am 03.04.2020. Verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=79464875&nummer=838&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=45205332
- Hartog, C. S. & Bodechtel, U. (2018).** Umgang mit Angehörigen auf der Intensivstation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 143, 15–20.
- Heer, G., Saugel, B., Sensen, B. Rübsteck, H. & Kluge S. (2017).** Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bei Intensivpatienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(21), 363–370.
- Horbach, A. (2017).** Psychosoziale Betreuung. In E. Knipfer & E. Kochs (Hrsg.), *Klinikleitfaden. Intensivmedizin* (6. Auflage, S. 35–64). München: Elsevier.
- Josten, S. (2015).** Spezielle Pflegesituationen und therapeutische Pflegeaufgaben. Grundlagen der Intensivmedizin. In J. Al-Abtah, A. Ammann, S. Bensch, B. Dörr, D. Elbert-Maschke & N. e. a. Ernstmann (Hrsg.), *Pflege. I care* (794–809). Stuttgart: Thieme.
- Kaltwasser, A. & Knipfer, E. (2017).** Pflegekräfte auf Intensivstationen. In E. Knipfer & E. Kochs (Hrsg.), *Klinikleitfaden. Intensivmedizin* (6. Auflage, S. 2–3). München: Elsevier.
- Kean, S. (2002).** Familien auf der Intensivstation. Eine Diskussion ausgesuchter Forschungsergebnisse und deren Implikationen für die Praxis. In M. Gehring, S. Kean, M. Hackmann & A. Büscher (Hrsg.), *Familienbezogene Pflege* (112 -139). Bern: Huber.

- Kirchberg, D. (2017).** Rechtliche Grundlagen. In E. Knipfer & E. Kochs (Hrsg.), *Klinikleitfaden. Intensivmedizin* (6. Auflage, S. 18–35). München: Elsevier.
- Knipfer, E. & Kochs, E. (Hrsg.). (2017).** *Klinikleitfaden. Intensivmedizin* (6. Auflage). München: Elsevier.
- Kuhlmann, B. (2002).** Die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation. *intensiv*, 10(6). Zugriff am 17.04.2020. Verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2002-35444>
- Kuhlmann, B. (2004).** Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf der Intensivstation. *Pflege*, 17, 145–154.
- Lipp, V. & Brauer, D. (2016).** Autonomie und Familie in medizinischen Entscheidungssituationen. In H. Steinfath & C. Wiesemann (Hrsg.), *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin* (201–237). Wiesbaden: Springer.
- Lodermeier, T. (2016).** Wenn Besucher Pflege brauchen. *intensiv*, 24(6), S. 318–323.
- Matolycz, E. (2013).** *Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen*. Wien: Springer.
- Meyer, P.-C. (2000).** *Rollenkonfigurationen Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer.
- Müller, M. Studierende im Studiengang Pflege B.Sc. (dual), Hochschule Osnabrück. (2019).** *Gespräche zur Fallerhebung mit der Ehefrau des Patienten Herr F.* (Gespräch).
- Mürbe, M. & Stadler, A. (2016).** *Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde. Lehrbuch für Pflegeberufe* (12. Aufl.). München: Elsevier.
- Owusu Boakye, S., Nauck, F., Alt-Epping, B. & Marx, G. (2016).** Selbstbestimmung braucht Vertrauen- Entscheidungen am Lebensende. In H. Steinfath & C. Wiesemann (Hrsg.), *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin* (S. 101–132). Wiesbaden: Springer.
- Schmitz, Y. (2015).** Rechtliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen. Das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem. In J. Al-Abtah, A. Ammann, S. Bensch, B. Dörr, D. Elbert-Maschke & N. e. a. Ernstmann (Hrsg.), *Pflege. I care* (S. 174–209). Stuttgart: Thieme.
- Schrems, B. (2016).** *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche* (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Wien: facutas.

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin. (o.J.). *Patientinnen & Patient. Was bedeutet "kritisch krank"?* Zugriff am 09.04.2020. Verfügbar unter <https://www.sgi-ssmi.ch/de/patientinnenpatientenaufderIntensivstation.html>

Schwenker, Y., Crowley-Matoka, M., Dohan, D., Tiver, G. A., Anold, R. M. & White, D. B. (2012). I Don't Want to Be the One Saying 'We Should Just Let Him Die': Intrapersonal Tensions Experienced by Surrogate Decision Makers in the ICU. *Journal of General Internal Medicine*, 27(12), 1657–1665.

Steinfath, H. & Wiesemann, C. (Hrsg.). (2016). *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin.* Wiesbaden: Springer.

Ullrich, L. & Stolecki, D. (2005a). Entwicklung der Weiterbildung in der Intensivpflege und Anästhesie. In L. Ullrich & D. Stolecki (Hrsg.), *Intensivpflege und Anästhesie* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 42–48). Stuttgart: Thieme.

Ullrich, L. & Stolecki, D. (Hrsg.). (2005). *Intensivpflege und Anästhesie* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.

Ulsamer, U. (2005). Angehörigenbetreuung: der Wunsch nach Information - „Das am wenigsten erfüllte Bedürfnis von Angehörigen“. *intensiv*, 13(4), S. 158–163. Zugriff am 17.04.2020. Verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2005-858273>

White, D. B., Cua, S. M., Walk, R., Pollice, L., Weissfeld, L., Hong, S. et al. (2012). NURSE-LED INTERVENTION TO IMPROVE SURROGATE DECISION MAKING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CRITICAL ILLNESS. *Am J Crit Care*, 21(6), 396–409.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen.* Bern: Huber.

V Rechtsquellenverzeichnis

Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. März 2020 (BGBl. I S. 541) geändert worden ist

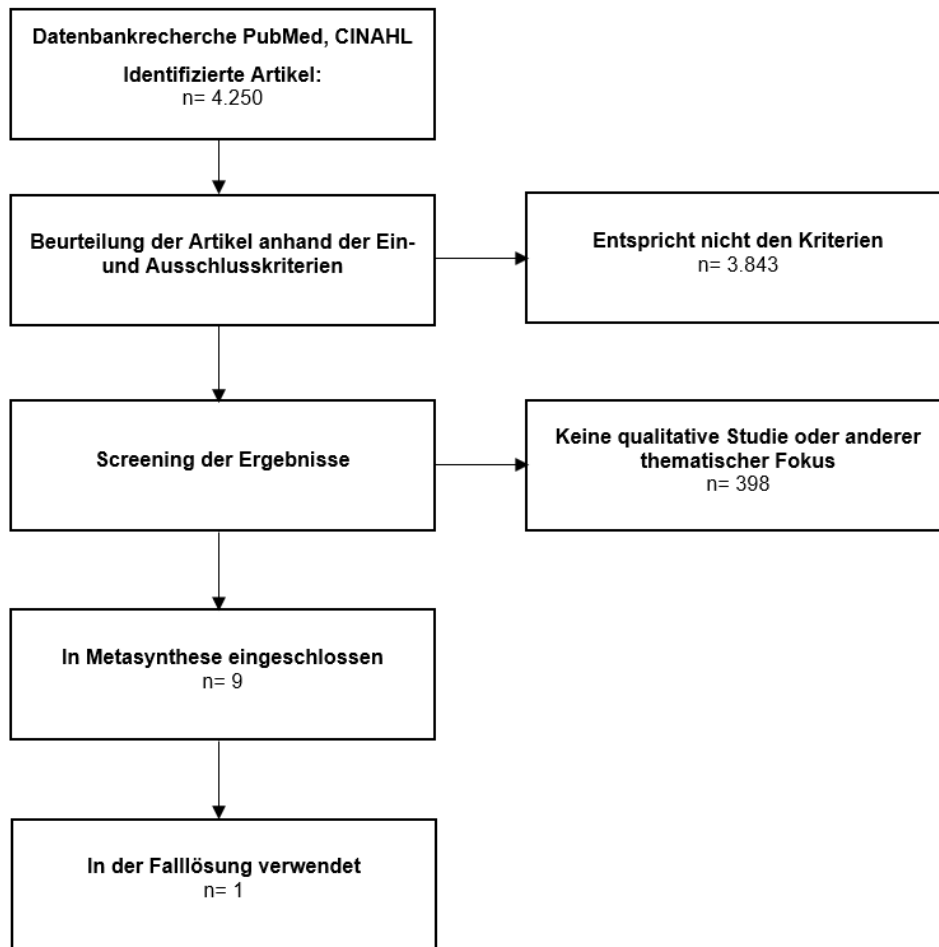
Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1546) geändert worden ist

Pflegeberufe- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S.1572), die durch Artikel 17 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist

VI Anhang

Anhang 1: Flowchart der Recherchestrategie	XV
Anhang 2: Verwendete Suchbegriffe.....	XVI
Anhang 3: „Checkliste“ für das Familiengespräch	XVII

Anhang 1: Flowchart der Recherchestrategie



(eigene Darstellung)

Anhang 2: Verwendete Suchbegriffe

Deutsch	Englisch
Angehörige	relatives, family, family members, partner
Bedürfnisse	needs
Erfahrungen/ Erleben	experience, perspective, satisfaction, emotionen
Familienzentrierte Pflege	family-centered care, family oriented care
Intensivstation	intensiv care unit, critical care unit
Interventionen	intervention, treatment
kritisch kranker Patient	critical ill patient, intensive care patient
Stellvertreter	surrogate, proxy, caregiver, decision maker
Unterstützung	support, inclusion, family support

(eigene Darstellung)

Anhang 3: „Checkliste“ für das Familiengespräch

Checkliste für die Familiengespräche ✓

Vorbereitung der Familiengespräche:

- Informationssammlung
- Beziehungs- / Vertrauensaufbau
- Zielsetzung
- Terminvereinbarung
 - Datum und Uhrzeit
 - Zeitspanne
- Festlegung der Räumlichkeit
- Festlegung von Teilnehmern
- Vorbereitung notwendiger Materialien (Flipchart, Anschauungsmaterialien)
- Absprache im interdisziplinären Behandlungsteam

Durchführung des ersten Familiengesprächs:

- Begrüßung
 - Schaffen von Vertrautheit
 - Fragen nach Wohlbefinden
- Schaffen einer angenehmen Atmosphäre
 - Bitten, Platz zu nehmen
 - Verkostungen anbieten
- Raum schaffen für Gefühle und Emotionen
 - Nachfragen stellen
 - Aktives Zuhören
 - Analyse von Mimik und Gestik
- Verhaltensbezogene Interventionen erarbeiten
 - Rituale
 - Ruhephasen
 - Usw.
- Abschluss des ersten Familiengesprächs
 - Reflexion
 - Terminvereinbarung für das zweite Familiengespräch
 - Verabschiedung

(eigene Darstellung)

Durchführung des zweiten Familiengesprächs:

- Begrüßung
 - Schaffen von Vertrautheit
 - Fragen nach Wohlbefinden
- Schaffen einer angenehmen Atmosphäre
 - Bitten, Platz zu nehmen
 - Verkostung anbieten
- Wirksamkeit von Interventionen erfragen
- Informationsvermittlung
 - Anwenden einer vereinfachten Sprache
 - Nutzen von Anschauungsmaterialien
 - Achten auf emotionalen Zustand
- Überprüfung des Informationsverständnisses
- Abschluss des zweiten Familiengesprächs
 - Reflektion
 - Anbieten von weiteren Gesprächen
 - Verabschiedung

Abschluss des Familienkontaktes:

- Terminvereinbarung
- Begrüßung
 - Schaffen von Vertrautheit
 - Fragen nach Wohlbefinden
- Stärkung bzgl. der Entscheidungsfindung
- Anbieten von weiteren Gesprächen
- Ggf. Vermittlung an Fachpersonal

Die hier aufgeführte Checkliste dient lediglich der groben Orientierung und Strukturierung eines Familiengesprächs. Es ist individuell und personenbezogen anzuwenden.

(eigene Darstellung)

Eidesstattliche Erklärung

Erklärung zur selbstständigen Abfassung der Bachelorarbeit:

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Urheberrechtliche Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Arbeit zum Zwecke des Plagiatsschutzes bei der Fa. Ephorus BV bis zu 5 Jahre in einer Datenbank für die Hochschule Osnabrück archiviert werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift