

BAND 2

Wissenschaftliche Reihe Angewandte Gesundheits- und Pfle gewissenschaften DHBW Stuttgart, Fakultät Wirtschaft und Gesundheit

Herausgeberinnen und Herausgeber:

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Prof.in Dr. Margrit Ebinger

Prof.in Dr. Marion Burckhardt

Prof. Dr. Stefan Nöst

Prof.in Dr. Bettina Flaiz

Prof.in Dr. Elisabeth Holoch (emeritiert)

Marius Burger

EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus – Ein internationaler Vergleich

Dominik Dupont

Transkulturelle Palliativversorgung – Ein Scoping Review zur Identifikation versorgungsrelevanter Aspekte für Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen Raum

Claudia Gaisler

Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der Intensivstation

Gesa Meyer

Belastungen der Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit postoperativem Delirium – Eine Übersicht qualitativer Studienergebnisse

Impressum

Wissenschaftliche Reihe Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Herausgeberinnen und Herausgeber:

Prof.in Dr. Margrit Ebinger

Studiengangsleitung Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften

E-Mail: margrit.ebinger@dhbw-stuttgart.de

Tel.: 0711/1849-588

Prof.in Dr. Marion Burckhardt

Professorin im Studiengang Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften

E-Mail: marion.burckhardt@dhbw-stuttgart.de

Tel.: 0711/1849-566

Prof. Dr. Stefan Nöst

Studiengangsleitung Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften

E-Mail: stefan.noest@dhbw-stuttgart.de

Tel.: 0711/1849-4608

Prof.in Dr. Bettina Flaiz

Studiengangsleitung Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften

E-Mail: bettina.flaiz@dhbw-stuttgart.de

Tel.: 0711/1849-558

Prof.in Dr. Elisabeth Holoch

Emeritierte Professorin im Studiengang Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Postfach 10 05 63

70004 Stuttgart

Online verfügbar unter:

<https://www.dhbw-stuttgart.de/themen/studienangebot/gesundheit/angewandte-gesundheits-und-pflegewissenschaften/forschung/>

<https://www.dhbw-stuttgart.de/themen/studienangebot/gesundheit/angewandte-pflegewissenschaft/forschung>

Satz und Gestaltungsvorlage: Jessica Jäger, M.Sc.

Druck: Schwabenprint Stuttgart

ISSN (Print): 2698-5098

ISSN (Internet): 2698-5322

© 2022 Alle Rechte vorbehalten. Der Inhalt dieser Publikation unterliegt dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autor*innen und der Herausgeber*innen.

Der Inhalt der Publikation wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität des Inhalts übernehmen die Herausgeber*innen keine Gewähr (Oktober 2022).

Vorwort

Band 2 der Wissenschaftlichen Reihe im Studiengang Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften erscheint im dritten Jahr der COVID-19-Pandemie, während der uns allen die besondere Bedeutung der Pflege, des Gesundheitspersonals und der Einrichtungen im Gesundheitswesen vor Augen geführt wurde.

Mittlerweile gibt es am Studienzentrum Gesundheitswissenschaften & Management den Studiengang Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften (AGPW) seit 10 Jahren (Studienbeginn der 1. Kohorte war im Oktober 2011, eine erfolgreiche Reakkreditierung mit pflegewissenschaftlicher Schwerpunktsetzung ist zum Studienbeginn 2016 erfolgt), den Studiengang Angewandte Pflegewissenschaft (APW) seit 9 Jahren. In dieser Zeit stellte die Hochschule gemeinsam mit den Dualen Partnereinrichtungen große Anstrengungen an, die Berufseimündung hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte voranzutreiben und insbesondere den wissenschaftlichen Transfer in die pflegerische Berufspraxis zu forcieren.

Die enge Theorie-Praxis-Verzahnung lässt sich auch in den bearbeiteten Themen der Bachelorarbeiten in den letzten Jahren deutlich erkennen. Im Rahmen der Prüfungswesenevaluation wurde dementsprechend ein „hoher Praxistransfer“ zusammen mit einem „hohen wissenschaftlichen Niveau“ von externen Gutachter*innen bescheinigt. Erfreulicherweise konnten in den letzten Jahrgängen von unseren Absolvierenden einige sehr gute Bachelorarbeiten auch bei Kongressen oder in Journals vorgestellt werden.

Band 2 der Wissenschaftlichen Reihe beinhaltet eine Auswahl an sehr guten Bachelorarbeiten von Studierenden der Studienjahrgänge des ausbildungsintegrierenden Studiengangs Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften und des berufsintegrierenden Studiengangs Angewandte Pflegewissenschaft 2018. Schwerpunktmäßig widmet sich der vorliegende Band pflegewissenschaftlichen Themen aus der Notaufnahme, der Palliativversorgung, der Kinderkrankenpflege und der Belastung von Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit postoperativem Delirium: **Marius Burger** (AGPW18A, Betreuerin: Prof.in Dr. Margrit Ebinger) untersuchte in einem internationalen Vergleich in seiner Bachelorarbeit die Wertigkeit der EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus. In der Bachelorarbeit von **Dominik Dupont** (AGPW18B, Betreuer: Prof. Dr. Stefan Nöst) wurde ein Scoping Review durchgeführt zur transkulturellen Palliativversorgung, um versorgungsrelevante Aspekte für

Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen Raum zu identifizieren. Im Beitrag von **Claudia Gaisler** (APW18, Betreuerin: Prof.in Dr. Elisabeth Holoch) geht es um die Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der Intensivstation. **Gesa Meyer** (AGPW18C, Betreuerin Prof.in. Dr. Marion Burckhardt) erarbeitete in ihrer Bachelorarbeit eine Übersicht qualitativer Studienergebnisse zu den Belastungen der Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit postoperativem Delirium.

Vielen Dank an die Autorinnen und Autoren für die Bereitschaft zur Veröffentlichung in der vorliegenden Wissenschaftlichen Reihe sowie das Einverständnis der Verantwortlichen bei den Dualen Partnereinrichtungen. Die Koordination und redaktionelle Bearbeitung des 2. Bandes wurde von Frau Jessica Jäger übernommen, der dafür ebenfalls ein herzliches Dankeschön gebührt.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern eine interessante Lektüre!

Prof.in Dr. Margrit Ebinger im Namen der Herausgeber*innen

Stuttgart im Oktober 2022

Die Wissenschaftliche Reihe Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften soll den Wissenschaftstransfer in die pflegerische Praxis unterstützen und ist daher auch online auf unserer Homepage verfügbar:

<https://www.dhbw-stuttgart.de/themen/studienangebot/gesundheit/angewandte-gesundheits-und-pflegewissenschaften/forschung/>

<https://www.dhbw-stuttgart.de/themen/studienangebot/gesundheit/angewandte-pflegewissenschaft/forschung>

INHALTSVERZEICHNIS

MARIUS BURGER

EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus – Ein internationaler Vergleich.....S.1

DOMINIK DUPONT

Transkulturelle Palliativversorgung – Ein Scoping Review zur Identifikation versorgungsrelevanter Aspekte für Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen RaumS.72

CLAUDIA GAISLER

Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der IntensivstationS.128

GESA MEYER

Belastungen der Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit postoperativem Delirium – Eine Übersicht qualitativer StudienergebnisseS.267

EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus – Ein internationaler Vergleich

von
Marius Burger

Zusammenfassung

Das Elektrokardiogramm (EKG) ist das wichtigste diagnostische Mittel zur Identifizierung von Störungen der Erregungsleitung am Herzen. Im Falle akuter Herzerkrankungen, wie einem Herzinfarkt, ist eine schnelle und kompetente EKG-Diagnostik für die nachfolgende Behandlung unabdingbar. In deutschen Akutkrankenhäusern beurteilen häufig Ärzt*innen den von Pflegefachpersonen erhobenen EKG-Auszug.

Die vorliegende Arbeit soll aufzeigen, inwiefern eine Einbindung der Pflegefachpersonen in die Ersteinschätzung von EKGs eine verbesserte Versorgungsqualität bewirken kann. Dazu werden internationale Forschungsarbeiten zur Optimierung des Handlungsablaufs sowie der Verantwortlichkeiten bei der EKG-Diagnostik vorgestellt. Die Studien wurden anhand einer systematischen Literaturrecherche für den Zeitraum 2009-2021 ausgewählt.

Ansätze für einen verbesserten Handlungsablauf im Rahmen der EKG-Befundung sind in den vorgestellten Studien mit einer Verantwortungsübernahme durch Pflegefachpersonen in Bereichen verbunden, die in Deutschland durch das ärztliche Personal abgedeckt werden. Im Vordergrund steht hierbei unter anderem die Zeitersparnis, die das behandlungsfreie Intervall bei akuten Herzerkrankungen minimieren soll. Neben der Zeitersparnis wurde auch die Kompetenz von Pflegefachpersonen untersucht, valide Aussagen über ein EKG treffen zu können. Für diese sind eine häufige Auseinandersetzung mit der Beurteilung von EKGs sowie regelmäßige Schulungen ausschlaggebend. Im internationalen Vergleich ist zu erkennen, dass der Beruf der Pflegenden aufgrund von System- und Ausbildungsunterschieden unterschiedliche Kompetenzergebnisse hervorbringt. Die durchgeführten Interventionen in den vorgestellten Studien beinhalteten unter anderem Schulungen und die wissenschaftliche Begleitung durch die angestrebten Veränderungsprozesse. Abnormale Rhythmen konnten bei der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen nach Abschluss der Intervention kompetenter entdeckt werden, was auf die Effektivität der Maßnahmen hindeutet. Neben qualifizierten Fortbildungsmaßnahmen bedarf es für einen sicheren und kompetenten Umgang mit EKGs einer klaren Handlungsanweisung zu deren Beurteilung.

Auf dieser Grundlage wurden Empfehlungen für deutsche Notaufnahmen erarbeitet. Dazu gehört die mögliche Implementierung eines EKG-Interpretationsleitfadens, die Überprüfung der Qualifikation der Pflegefachpersonen und die Anregung zum interdisziplinären Austausch. Für das vorgeschlagene Setting kann die Reduktion des behandlungsfreien Intervalls bei der Versorgung von kardiologischen Notfallpatient*innen als messbare Zielgröße formuliert werden. Zusätzlich müssen jedoch auch die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie die Akzeptanz der Maßnahmen durch das Behandlungsteam geprüft werden.

Abstract

The electrocardiogram (ECG) is the most important diagnostic tool for identifying heart conduction disorders. In the event of acute heart disease, such as a heart attack, rapid and competent ECG diagnosis is essential for subsequent treatment. In German acute care hospitals, physicians often assess the ECG record collected by nurses.

The present work aims to show the extent to which the involvement of nursing staff in the initial assessment of ECGs can improve the quality of care. To this end, international research on optimizing the course of action as well as responsibilities in ECG diagnosis is presented. The studies were selected based on a systematic review of literature for the period 2009-2021.

In the studies presented, approaches for an improved workflow in ECG diagnosis are associated with the handover of responsibility to nurses in fields that are covered by physicians in Germany. The focus here is, among other things, on saving time, which is intended to minimize the treatment-free interval in the case of acute heart disease. In addition to the time savings, the competence of nurses to make valid statements about an ECG was examined. For this, frequent assessment of ECGs and regular training opportunities are crucial. An international comparison shows that the nursing profession is the reason for different competence results due to system and education differences. The interventions in the studies included training and scientific monitoring through the targeted change processes. Abnormal rhythms were detected more precisely in ECG assessment by nurses after completion of the intervention, indicating the effectiveness of the measures. In addition to qualified training measures, safe and competent handling of ECGs requires clear instructions for their assessment.

On this basis, recommendations for German emergency departments were developed. These include the possible implementation of an ECG interpretation guide, a review of the qualifications of the nursing staff, and the encouragement of interdisciplinary exchange. For the proposed setting, the reduction of the treatment-free interval in the care of emergency cardiology patients can be seen as a measurable target. In addition, however, the effects on the quality of care and the acceptance of the measures by the hospital staff must also be examined.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Relevanz des Themas	1
1.2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2 Begriffsdefinitionen	4
2.1 Evidenz und Evidence based Medicine	4
2.2 Notfall-EKG	4
2.3 Kritisches und unkritisches EKG	5
3 Zielsetzung.....	5
3.1 Ziel und Fragestellung	5
3.2 Abgrenzung.....	6
4 Methodisches Vorgehen.....	7
4.1 Entwicklung der Suchstrategie	7
4.2 Operationalisierung PICO-Schema	8
4.3 Systematische Literaturrecherche.....	9
4.4 Literatúrauswahl.....	10
5 EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen im internat. Vergleich	13
5.1 Auswertung der Literaturergebnisse	13
5.2 Die zunehmende Verantwortungsübernahme durch Pflegefachpersonen	14
5.3 Validitätseinschätzung der EKG-Beobachtung	19
5.4 Auswirkungen auf die Patient*innen-Versorgung	28
5.5 EKG-Beobachtungsleitfaden.....	33
5.5.1 Die fünf Schritte der EKG-Einschätzung	35
5.5.2 Notwendige Vorkenntnisse zur EKG-Einschätzung	37

5.5.3	Schritt 1: Die Herzfrequenz ermitteln	38
5.5.4	Schritt 2: Den Rhythmus überprüfen	39
5.5.5	Schritt 3: P-Wellen identifizieren, Sinusrhythmus abklären	40
5.5.6	Schritt 4: Den QRS-Komplex analysieren.....	40
5.5.7	Schritt 5: Verhalten von ST-Strecke und T-Welle.....	41
6	Empfehlungen für das Setting einer deutschen Notaufnahme.....	42
6.1	Empfehlungen und deren Umsetzung	42
6.2	Anwendbarkeit und Überprüfbarkeit in der Praxis	44
7	Diskussion.....	46
7.1	Zusammenfassung und Ausblick	50
7.2	Limitation und Stärken	50
8	Schlussbetrachtung.....	51
	Anhang.....	53
	Quellenverzeichnis.....	68

Abkürzungsverzeichnis

ACS	Akutes Koronarsyndrom
AHA	American Heart Association
APN	Advanced Practice Nurse
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
EKG	Elektrokardiogramm
ESC	Europäische Gesellschaft für Kardiologie
MeSH	Medical Subject Headings
msek	Millisekunde
OCEBM	Oxford Center of Evidence-Based Medicine
STEMI	ST-Strecken-Hebungsinfarkt
VT	Ventrikuläre Tachykardie

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Prisma-Flussdiagramm	11
Abb. 2 Schematische Darstellung der fünf Interpretationsschritte	37
Abb. 3 Schritt 1: Die Herzfrequenz ermitteln	38
Abb. 4 Schritt 2: Den Rhythmus überprüfen	39
Abb. 5 Akuter Myokardinfarkt	41

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Entwicklung der Suchstrategie	9
Tab. 2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	10
Tab. 3 Zwischenfazit	18
Tab. 4 Erweitertes Zwischenfazit	28
Tab. 5 Qualitätskriterien nach Donabedian	45

1 Einleitung

1.1 Relevanz des Themas

Die stetig steigenden Fallzahlen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen Gesundheitssysteme weltweit vor zunehmende Herausforderungen.¹ Die Folgen kardiovaskulärer Erkrankungen werden in Europa für fast die Hälfte aller vorzeitigen Todesfälle aufgeführt.² In Deutschland sind akute Herzinfarkte, Herzinsuffizienzen sowie chronisch ischämische Herzerkrankungen unverändert die häufigste Todesursache.³ So sterben laut dem Statistischen Bundesamt in Deutschland circa 350.000 Menschen jährlich an den Folgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.⁴ In Relation zu diesen Zahlen zählen thorakale Beschwerden zu den häufigsten Gründen für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfeleistungen und sind für bis zu 20 % der Krankenhausnotfälle verantwortlich.⁵

Um in Akutkrankenhäusern verlässliche Aussagen über den kardiologischen Zustand der Patient*innen zu treffen, wird ein Elektrokardiogramm (EKG) aufgezeichnet. Das EKG ist ein diagnostisches Mittel, über welches nichtinvasiv und in kurzer Zeit die elektrischen und muskulären Funktionen des Herzens dargestellt werden können.⁶ In Deutschland wird diese Maßnahme in der Regel durch Pflegefachpersonen durchgeführt und zur Beurteilung wird das Ergebnis einer diensthabenden Ärztin oder einem diensthabenden Arzt zugeführt. Das EKG gilt als unverzichtbarer Goldstandard für die Identifizierung von Ischämien, Arrhythmien und Erregungsleitungsstörungen in Kliniken weltweit.^{7,8} Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) und die American Heart Association (AHA) empfehlen die Aufzeichnung und Bewertung eines EKGs innerhalb der ersten zehn Minuten nach Feststellung von thorakalen Beschwerden im Akutkrankenhaus.^{9,10} Diese Vorgaben können in Deutschland nicht immer eingehalten werden, wobei die durchschnittliche Zeit zwischen Symptombeginn und der medizinischen Behandlung um 56 % höher ist als beispielsweise in Großbritannien und Frankreich.¹¹ Die Zeit des behandlungsfreien Intervalls kann direkte Auswirkungen auf das Outcome von Patient*innen mit akut lebensbedrohlichen Herzerkrankungen haben.¹² Deshalb müssen alle Beteiligten darin bestrebt sein,

¹ Vgl. WHO (2020), <http://www.who.int> (Zugriff am 14.05.2021)

² Vgl. WHO (2012), <http://www.euro.who.int> (Zugriff am 14.05.2021)

³ Vgl. Silber, S. (2010), S. 558

⁴ Vgl. DESTATIS (2020), <https://www.destatis.de> (Zugriff am 14.05.2021)

⁵ Vgl. Martínez-Sellés, M. et al. (2008), S. 954

⁶ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 80

⁷ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 224

⁸ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S.1

⁹ Vgl. Anderson, L. J. et al. (2007) S. e163 ff.

¹⁰ Vgl. Steg, G. et al. (2012), S. 2574 f.

¹¹ Vgl. Widimsky, P. et al. (2010), S. 949 f.

¹² Vgl. Zègre-Hemsey, J. et al. (2011), S. 2

zeitliche Verzögerungen zu minimieren. Eine schnelle EKG-Diagnostik ist folglich aus mehreren Gründen erstrebenswert. Der schnellstmögliche Beginn der medikamentösen und gegebenenfalls operativen Therapie kann im Rahmen der Versorgung eines akuten Koronarsyndroms (ACS) Leben retten.¹³ Eine Verzögerung der adäquaten Infarkt-Behandlung korreliert nachweislich mit einer höheren Mortalität der Erkrankten.¹⁴

Die hohen Erwartungen an die medizinische Versorgung und die zunehmende Belastung durch steigende Patient*innen-Zahlen in deutschen Akutkrankenhäusern führen zunehmend zu Verzögerungen der Behandlungsabläufe. So wurden 2017 etwa 30 % der Patient*innen bei der Vorstellung in einer Notaufnahme als „dringlich“ eingestuft und benötigten eine umgehende Behandlung. Der Großteil dieser Patient*innen kam mit thorakalen Beschwerden in die Notaufnahme.¹⁵ Um die angestrebte hohe Versorgungsqualität im Rahmen der Notfallversorgung sicherzustellen, werden vom gesamten medizinischen Fachpersonal in Akutkrankenhäusern immer wieder rasche und gleichzeitig richtige Entscheidungen eingefordert. Pflegefachpersonen nehmen in der Regel den medizinischen Erstkontakt zu den hilfeschenden Patient*innen auf. Umso wichtiger scheint es, dass diese über die Fähigkeiten verfügen, schnell und objektiv potenziell lebensbedrohliche kardiale Erkrankungen zu erkennen und die richtigen Sofortmaßnahmen einzuleiten.¹⁶ Insbesondere Pflegefachpersonen tragen bei der EKG-Erhebung und klinischen Entscheidungsfindung eine große Verantwortung. Sie sind einerseits verantwortlich für die technischen Aspekte der EKG-Diagnostik (z.B. Platzierung der Elektroden und Einstellung der Parameter) und andererseits für die Weitergabe der identifizierten Notfallrhythmen an die Ärzt*innen.¹⁷ Im direkten Vergleich zum deutschen Akutsetting scheinen Pflegefachpersonen auf internationaler Ebene im Rahmen der EKG-Einschätzung eine andere Rolle einzunehmen. Sie werden direkt in den Interpretationsprozess miteinbezogen und leisten zusätzlich zu den ärztlichen Kolleg*innen einen großen Beitrag, um das behandlungsfreie Intervall so gering wie möglich zu halten.^{18,19,20} Es gibt eine Vielzahl an Studien, in denen die Kompetenz von Ärzt*innen im Rahmen der EKG-Befundung überprüft wird.^{21,22} Die Validität der EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonal hingegen ist nur wenig erforscht.²² Aufgrund dieser Tatsache soll in der vorliegenden Bachelorarbeit die mögliche Einbindung

¹³ Vgl. Diercks, D. B. et al. (2006), S. 6

¹⁴ Vgl. McNamara, R. L. et al. (2006), S. 2183

¹⁵ Vgl. Scherer, M. et al. (2017), S. 645 f.

¹⁶ Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 9 f.

¹⁷ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 1

¹⁸ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 82

¹⁹ Vgl. Goodridge, E. et al. (2013), S. 35 f.

²⁰ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 219 f.

²¹ Vgl. McCabe, M. J. et al. (2013), S. 3

²² Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 2

von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung in deutschen Akutkrankenhäusern erarbeitet werden.

1.2 Theoretischer Hintergrund

Pflegefachpersonen stellen in Akutkrankenhäusern den größten Anteil der Mitarbeitenden in der Patient*innen-Versorgung dar.^{23,24} Behandlungsabläufe zu koordinieren, den Genesungsprozess und die Gesunderhaltung der Patient*innen zu fördern sowie die angestrebte hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, sind Anteile der Pflegeaufgaben. Das Mitwirken bei der Diagnosestellung zählt zu den alltäglichen Aufgaben der Pflegenden.²⁵ Im Rahmen der EKG-Befundung in Deutschland werden das Wissen und die Erfahrung der Pflegefachkräfte nur selten bei der Diagnosestellung miteinbezogen. Pflegefachpersonen aus europäischen Nachbarländern hingegen scheinen mehr Verantwortung im Bereich der Patient*innen-Versorgung zu übernehmen, während die deutschen Pflegefachkräfte im Rahmen des Delegationsrechts viele Aufgaben als „verlängerter Arm der Mediziner“ verrichten.²⁶

Um an einer Verbesserung der Versorgungsqualität in deutschen Akutkrankenhäusern mitzuwirken, werden in der vorliegenden Arbeit die Anforderungen an Pflegefachpersonen zur Bewertung eines Notfall-EKGs dargestellt. Hierfür benötigt es gezielte Maßnahmen, um die Kompetenz von Pflegefachpersonen dahingehend zu fördern, dass sie eine aussagekräftige EKG-Einschätzung leisten können.²⁷ Ein Vergleich im Bereich der Verantwortungsübernahme bei der Diagnosestellung durch Pflegenden, soll die Möglichkeit aufzeigen, Pflegefachpersonen in deutschen Akutkrankenhäusern bei der EKG-Ersteinschätzung vermehrt einzubeziehen. Hierfür benötigt es eine wissenschaftliche Grundlage, damit Pflegefachpersonen im Rahmen der EKG-Einschätzung zu einer Steigerung der Patient*innen-Sicherheit beitragen können und somit eine Verbesserung der Versorgungsqualität entsteht.

²³ Vgl. DKG (2018), <https://www.dkgev.de> (Zugriff 18.01.2021)

²⁴ Vgl. Lehmann, Y. et al. (2019), S. 14

²⁵ Vgl. Lehmann, Y. et al. (2019), S. 2 f.

²⁶ Vgl. Stiftung München (2019) <https://www.stiftung-muench.org>, (Zugriff 18.01.2021)

²⁷ Vgl. Thronson, K.; Davis, V. (2015), S. 10 ff.

2 Begriffsdefinitionen

Für ein besseres Verständnis der Begriffe: „Evidenz, Evidence based Medicine, Notfall-EKG, kritisches und unkritisches EKG“, werden zu Beginn der Arbeit benötigte Begriffsdefinitionen aufgeführt.

2.1 Evidenz und Evidence based Medicine

Der Begriff Evidenz wird aus dem englischen (evidence) übersetzt und bedeutet „Nachweis, Beweis, Ergebnis“. Etwas ist evident, „wenn es ohne weiteren Beweis unmittelbar einleuchtend ist und offenkundig angewandt werden kann.“ Dagegen meint Evidenz „Aussagen, die durch wissenschaftliche Kenntnisse untermauert sind.“²⁸

„Evidence based Medicine“ wird als „gewissenhafter, ausdrücklicher und vernünftiger Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für die Entscheidung in der Versorgung individueller Patienten“ beschrieben.²⁹ (Externe) Evidenz „liegt in Datenbanken über die erwiesene Wirksamkeit von Interventionen oder Diagnostiken vor.“³⁰ Evidence based Nursing wird in dieser Arbeit dieser Definition gleichgesetzt.

2.2 Notfall-EKG

„Das Elektrokardiogramm ist ein bedeutendes Standarddiagnostikum in der Erkennung kardialer Erkrankungen. Durch Anlage externer Elektroden wird die kardiale Erregungsausbreitung abgeleitet und in Form einer charakteristischen Linie festgehalten.“³¹ Über ein EKG lässt sich die Kontraktion des Herzmuskels darstellen. Das Standard-Oberflächen-Elektrokardiogramm ist hierbei eine Zusammenführung aus zwölf Einzelableitungen, welche bei Patient*innen unter Ruhebedingungen untersucht werden. Man unterscheidet die sechs Extremitätenableitungen von den sechs Brustwandableitungen.³²

Der in dieser Arbeit verwendete Begriff des Notfall-EKGs beschreibt das gerade aufgeführte Verfahren bei dringlicher Indikationsstellung, zum Ausschluss lebensbedrohlicher oder potenziell lebensbedrohlicher Veränderungen an der kardialen Erregungsausbreitung.

²⁸ Benesch, M.; Raab-Steiner, E. (2013), S. 117

²⁹ Benesch, M.; Raab-Steiner, E. (2013), S. 117

³⁰ Behrens, J.; Langer, G. (2004), S. 27

³¹ AMBOSS (2021) <https://www.amboss.com>, (Zugriff 14.05.2021)

³² Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 14

2.3 Kritisches und unkritisches EKG

Der reine Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz zwischen 50 und 100 Schlägen pro Minute gilt als Grundrhythmus des Herzens. Es gibt zahlreiche Abweichungen dieses charakteristischen EKGs, welche alle auf mögliche Erkrankungen und Veränderungen an der elektrophysiologischen Ausbreitung des Herzens schließen lassen.³³ Nicht alle Veränderungen müssen pathologischer Natur sein.³⁴ Zudem können Veränderungen auftreten, die einen pathologischen Hintergrund haben, aber nicht zwingend lebensbedrohlich sind und somit keine unmittelbare Behandlung erfordern. Ein „unkritisches EKG“ wird beschrieben, wenn auf dem EKG nicht akut lebensbedrohliche Merkmale identifiziert werden, oder wenn diese durch Vorbefunde bereits bekannt und nicht der Grund für die Vorstellung im Krankenhaus sind. Aufgrund dieser Definition lassen sich durch Veränderungen des Grundrhythmus Erkrankungen der elektrophysiologischen Ausbreitung am Herz erschließen.³⁵ Der Begriff „kritisches EKG“ wird verwendet, wenn in dem EKG akut lebensbedrohliche Veränderungen identifiziert werden können. Des Weiteren wird der Begriff aufgeführt, wenn Abweichungen des normalen Rhythmus erkannt werden, diese jedoch nicht eindeutig einer Verdachtsdiagnose zugeordnet werden können. Die Verwendung der Bezeichnungen „kritischer und unkritischer (Herz-)Rhythmus“ wird in dieser Arbeit der geleisteten Definition gleichgesetzt.

3 Zielsetzung

3.1 Ziel und Fragestellung

Die Themenbetrachtung „EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus – Ein internationaler Vergleich“ soll Aufschluss über die mögliche Einbindung von Pflegefachpersonen in die Ersteinschätzung von Notfall-EKGs in Akutkliniken geben. Ziel ist es, eine mögliche Steigerung der Versorgungsqualität im Zusammenhang mit der EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen zu untersuchen.

Für diese Arbeit wurden folgende relevante Fragestellungen identifiziert:

- Welche grundlegende Qualifikation benötigen Pflegefachpersonen, um eine EKG-Ersteinschätzung leisten zu können?
- Welche Validität und Aussagekraft können einer EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen beigemessen werden?

³³ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 38, 136 f.

³⁴ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 26

³⁵ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 38, 136 f.

- Durch welche Herangehensweise können Pflegefachpersonen dabei unterstützt werden, eine EKG-Ersteinschätzung durchzuführen?
- Welche Auswirkungen hat das Mitwirken von Pflegefachpersonen bei der EKG-Einschätzung auf die Patient*innen-Sicherheit und die einhergehende Qualität der medizinischen Behandlung?

Um die Notwendigkeit von grundlegenden EKG-Kenntnissen für Pflegefachpersonen in Deutschland nachzuweisen, sollen aktuelle Studien zur EKG-Kompetenz von Pflegefachpersonen im internationalen Vergleich vorgestellt werden. Anhand der Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche soll der Bedarf für das Einbeziehen von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung untersucht werden. Im Folgenden soll die zunehmende Verantwortungsübernahme durch Pflegefachpersonen bei der Erhebung und Einschätzung von Notfall-EKGs erörtert werden. Eine kritische Auseinandersetzung mit den Literaturergebnissen soll Aufschluss über die Mitgestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen geben. Um Pflegefachpersonal im Setting einer deutschen Notaufnahme bei der Ersteinschätzung von EKGs zu unterstützen, sollen anhand der Erkenntnisse aus dem Hauptteil Empfehlungen für die Arbeit in der Notaufnahme formuliert werden. Ziel ist es, eine Broschüre als Entwurf für einen Einschätzungsleitfaden zu erstellen und mit aktueller Literatur zu belegen. Hierbei soll den Lesenden die Möglichkeit geboten werden, Hintergrundwissen zu den einzelnen Interpretationsschritten einholen zu können. Zum Schluss dieser Arbeit soll ein Ausblick zu weiteren pflegewissenschaftlichen Projekten im Rahmen der beschriebenen Empfehlungen anregen.

3.2 Abgrenzung

In dieser Arbeit können aufgrund der beschriebenen Zielsetzung und des begrenzten Rahmens einige naheliegende Themen nicht behandelt werden. Es wird auf eine ausführliche Vorstellung der elektrophysiologischen Reizweiterleitung am Herzen verzichtet. Diese ist Bestandteil des Ausbildungscurriculums für Pflegefachpersonen und wird als benötigtes Vorwissen vorausgesetzt. Des Weiteren werden im Rahmen dieser Arbeit keine Aussagen über die Einschätzung von Routine-EKGs durch Pflegefachpersonen getroffen, da kein eindeutiger Bedarf für den Mehraufwand bei disponiblen diagnostischen Verfahren in der Literatur identifiziert werden konnte. Eine nachhaltige Implementierung des EKG-Einschätzungsleitfadens zählt nicht zum Gegenstandsbereich dieser Bachelorarbeit, da die systematische Vorbereitung und zielgerichtete Durchführung von Veränderungsprozessen in der Pflege den Umfang einer eigenen Qualifikationsarbeit füllen könnten. Im Rahmen der Validität der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen werden die Auswirkungen von elektronischen Interpretationshilfen zur Identifikation von Notfall-EKGs nicht in die Betrachtung eingeschlossen. Ob und in welchem Maße die

Unterstützung durch technische Assistenzsysteme die Motivation von deutschen Pflegefachpersonen bei der angestrebten Verantwortungsübernahme im Rahmen der EKG-Ersteinschätzung beeinflusst, wird daher in der vorliegenden Arbeit nicht weiter betrachtet.

4 Methodisches Vorgehen

Um die Methodik dieser Bachelorarbeit mit dem Thema „EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus – Ein internationaler Vergleich“ näher zu betrachten, wird im folgenden Abschnitt die wissenschaftliche Herangehensweise an die Auswahl der Studien dargestellt. Es wird die Vorgehensweise der systematischen Literaturrecherche in den einschlägigen Literaturdatenbanken sowie die Erarbeitung der Suchstrategie mittels PICO-Schema beschrieben. Die Kriterien für die Verwendung der geeigneten Suchergebnisse werden dargestellt und bewertet.

Für die Ausarbeitung der Gliederung sowie für die Strukturierung der Qualifikationsarbeit wurde die Vorgehensweise zum Erstellen von wissenschaftlichen Arbeiten in der Pflege nach Panfil verwendet.³⁶ Mittels vorangestellter Orientierungssuche wurden anhand des PICO-Schemas die verwendeten Suchbegriffe sowie MeSH-terms (Medical Subject Headings) für die systematische Literaturrecherche erarbeitet (Tab. 1). Eine ausführliche Darstellung der Suchbegriffe sowie MeSH-terms der Medline-Datenbank sind in Anhang 1 tabellarisch dargestellt.

4.1 Entwicklung der Suchstrategie

Für die Erarbeitung der vorliegenden Suchstrings wurden die verwendeten Begriffe anhand der im PICO-Schema identifizierten Schwerpunkte gewählt. Die endgültige Auswahl sowie die Kombination der einzelnen Suchbegriffe wurde anhand einer orientierenden Literaturrecherche in den einschlägigen Datenbanken konkretisiert. Da die vorliegende Literatur überwiegend auf Englisch vorliegt, wurden die Suchstrings mittels Lexika und Keyword-Abfrage angepasst. Um die Suchstrategie transparenter zu gestalten, wurden die zugehörigen MeSH-Terms in der Datenbank der National Library of Medicine nachgeschlagen und aufgeführt. Um die gesuchte Population in der Literaturrecherche weiter einzugrenzen, konnte der Boolesche Operator „NOT“ nicht verwendet werden. Die identifizierte Personengruppe konnte nicht durch einen Begriff von Pflegefachpersonen, die keine regelmäßige Auseinan-

³⁶ Vgl. Panfil, E.-M. (2017), S. 38-327

dersetzung mit der Erhebung und Bewertung von Notfall-EKGs haben, getrennt werden. Eine Konkretisierung der Suchstrings auf Akutkrankenhäuser war ebenfalls nicht notwendig, da Notfall-EKGs in den Ergebnissen der Literaturrecherche ausschließlich in Akutkliniken und deren zugehörigen Notaufnahmen sowie kardiologischen bzw. Intensiv-Stationen betrachtet wurden.

4.2 Operationalisierung PICO-Schema

Das PICO-Schema wird in der evidenzbasierten Pflege/Medizin als Modell zur Entwicklung von klinischen Forschungsfragen verwendet. Es bringt den*die Anwender*in dazu, sich auf den wesentlichen Gegenstandsbereich des Themas zu fokussieren und führt zu einer Konkretisierung der Fragestellung und Suchergebnisse. Zusätzlich wird das PICO-Schema als Hilfsmittel für die Entwicklung von Suchstrategien verwendet.³⁷ Es dient in der vorliegenden Arbeit als konzeptualisierendes Werkzeug für die Ausarbeitung der Suchstrings. Hierbei steht das „P“ für die zu betrachtende Studienpopulation. Das „I“ beschreibt die zu untersuchende Intervention und die möglichen Auswirkungen auf die definierte Personengruppe. Das „C“ (Comparison) beinhaltet einen vergleichenden Aspekt, welcher oft die Auswirkungen alternativer Maßnahmen darstellt. Das „O“ (Outcome) beschreibt die Zielsetzung der wissenschaftlichen Fragestellung.

Als Untersuchungs-Population wurden examinierte sowie akademisierte Pflegefachpersonen in deutschen Akutkrankenhäusern und deren Notaufnahmen ausgewählt. Die Untersuchungs-Population sollte regelmäßig an der Erhebung und Auswertung von Notfall-EKGs beteiligt sein. Pflegende, die beruflich keine regelmäßige Auseinandersetzung mit der Erhebung und Bewertung von Notfall-EKGs haben, sollten aus der Suchstrategie ausgeschlossen werden, oder eine Kontrollgruppe bilden.

Gegenstandsbereich dieser Arbeit ist die Untersuchung der gezielten Übernahme der EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen, um eine mögliche Verbesserung der Versorgungsqualität in deutschen Akutkrankenhäusern zu erörtern. Die zu untersuchende Intervention wurde daher auf das Mitwirken in der Ersteinschätzung von Notfall-EKGs durch Pflegefachpersonen festgelegt. Die Erhebung und die Auswertung von disponiblen Routine-EKGs sollte bei den Suchergebnissen nicht berücksichtigt werden.

Um die Suchstrategie zu präzisieren, wurden die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität von Patient*innen ohne die Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung im Gegensatz zur Intervention verglichen (Comparison). Es wurde nach Literatur gesucht, welche die Aussagekraft der

³⁷ Vgl. Eriksen, B. M.; Frandsen, F. T. (2018), S. 421

EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen überprüft und bewertet. Zusätzlich wurde nach Ergebnissen recherchiert, welche den Umgang mit der Erhebung und Ersteinschätzung von Notfall-EKGs durch Pflegefachkräfte auf internationaler Ebene aufzeigen.

Als Zielgröße (**Outcome**) wurden die Wirksamkeitsuntersuchung der Intervention sowie potenzielle Assessmentmethoden für die Ersteinschätzung von Notfall-EKGs festgelegt. Es wurde nach Studien gesucht, welche die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Patient*innen durch die Einbindung von Pflegefachpersonal in der Erkennung von interventionsbedürftigen EKG-Rhythmen darstellen. Ferner wurde die Suchstrategie für die Beschreibung eines literaturbasierten Leitfadens zur Ersteinschätzung von Notfall-EKGs durch Pflegende erweitert.

	Suchbegriff [Keyword]
Population:	<i>Pflege [nurse] OR Pflegepersonal [nurses] OR Pflegekraft [nursing] AND Notfall [emergency] OR Notaufnahme [emergency department]</i>
Intervention:	<i>AND EKG [ECG] OR Elektrokardiogramm [electrocardiogram] AND Einschätzung [interpretation] OR Befundung [assessment] OR Interpretation AND Versorgungsqualität [quality improvement] OR Patientensicherheit (≅ Patientinnensicherheit) [patient safety]</i>
Comparison:	<i>AND Zeit [time-to-treatment] OR [time] Zusatz: AND Aussagekraft [effectiveness]</i>
Outcome:	<i>Zusatz: AND Leitfaden [guide] OR Check-Liste [checklist]</i>

Tab. 1 Entwicklung der Suchstrategie³⁸

4.3 Systematische Literaturrecherche

Für die Bearbeitung der Fragestellungen wurde eine systematische Literaturrecherche in den Literaturdatenbanken Medline, CINAHL und Cochrane Library anhand der beschriebenen Suchstrategie durchgeführt. Die Ergebnisse wurden über einen Zeitraum von drei Wochen ab dem 28. April 2021 erhoben. Um die Auswahl der Fachartikel einzugrenzen und den Fokus auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu legen, wurden ausschließlich Beiträge im Zeitraum 2009-2021 berücksichtigt. Es wurde

³⁸ Eigene Darstellung

strikt nach deutsch- sowie englischsprachiger Literatur gesucht. Für die Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit konnten Artikel unter den Lizenzen der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW Stuttgart), Universität Hohenheim und der Württembergischen Landesbibliothek in die Betrachtung miteinbezogen werden. Um die Begriffsbestimmungen zu definieren und weitere Quellen in die wissenschaftliche Ausarbeitung einzuschließen, wurde die Literaturrecherche um eine freie Suche im Register des Deutschen Ärzteblatts, der Statista-Datenbank und Google Scholar erweitert. Die erarbeitete Suchstrategie mit den zugehörigen Booleschen Operatoren wurde an die Suchfeldoptionen der Datenbanken angepasst und ist beispielhaft nur für die Medline-Datenbank (n = 9) in dem folgenden Tabellenausschnitt (Tab. 2) aufgelistet. Eine detaillierte Auflistung der insgesamt 15 verwendeten Literaturergebnisse aus den drei einschlägigen Datenbanken ist im Anhang 2 aufgeführt.

Datenbank	Suchbegriffe und Operatoren	Filter/ Limits	Identifizierte Literatur	Studienauswahl
Medline	<i>((nurse OR nurses OR nursing) AND (emergency OR emergency department) AND (ecg OR electrocardiogram) AND (interpretation OR assessment) AND (quality improvement OR patient safety) {AND (time OR time-to-treatment)})}</i>	<i>Zeitspanne: 2009-2021 Sprache: Englisch</i>	Englisch: 91	Ausschluss nach Bewertung des Titels: 63 Ausschluss nach Bewertung des Abstracts: 10 Ausschluss aufgrund von Doppelung: 7 Ausschluss aufgrund fehlender Zugangsmöglichkeiten: 2 Eingeschlossene Literatur: 9

Tab. 2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche³⁹

4.4 Literatúrauswahl

Im folgenden Abschnitt ist der Auswahlprozess der Literaturergebnisse beschrieben. Während der Literaturrecherche in den genannten Datenbanken wurde ein besonderer Fokus auf die Evidenz und Aussagekraft der präsentierten Ergebnisse gelegt. Anhand des Prisma-Diagramms wird veranschaulicht, auf welcher Grundlage die wissenschaftlichen Artikel in die Bearbeitung eingeschlossen, oder aus welchem Grund die Ergebnisse nicht weiter betrachtet wurden. Das Prisma-Flussdiagramm ermöglicht

³⁹ Eigene Darstellung

es den Lesenden, sich einen grundlegenden Überblick über den Prozessablauf der systematischen Literaturrecherche zu verschaffen. Aufgrund der beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien wird die Auswahl der Referenzen begründet und in konkreten Zahlen widergespiegelt. Das Prisma-Diagramm trägt dazu bei, dass der logische Prozessablauf und die Grenzen der Literaturrecherche beurteilt werden können.⁴⁰ Es wurde speziell nach systematisch erstellten Reviews sowie Studien über die Einbindung von Pflegefachpersonal in den Beurteilungsprozess von Notfall-EKGs gesucht. Studiendesigns zur Überprüfung von Validität der EKG-Einschätzungen durch Pflegefachpersonen wurden sowohl für die Begründung von Veränderungsprozessen als auch für den internationalen Vergleich eingeschlossen. Um den Praxisempfehlungen einen literaturbasierten EKG-Einschätzungsleitfaden hinzuzufügen, wurde nach Interpretationsschemata recherchiert, welche für Pflegefachpersonal entwickelt wurden. Aufgrund einer niedrigeren Evidenz wurde Fallstudien mit einer niedrigen Teilnehmendenzahl ($n < 20$) und Machbarkeitsstudien in der Beantwortung der Fragestellungen nur ein geringer Stellenwert beigemessen.

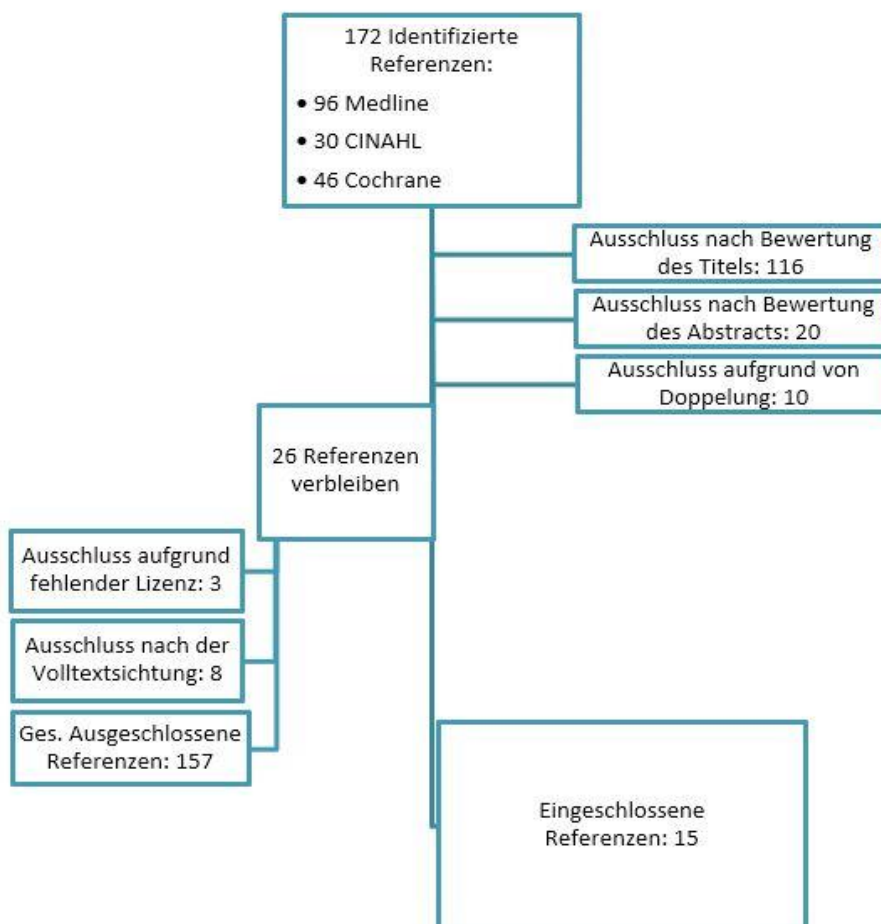


Abb. 1 Prisma-Flussdiagramm⁴¹

⁴⁰ Vgl. Vu-Ngoc, H. et al. (2018), S. 2

⁴¹ Eigene Darstellung

Anhand des hierarchisch gestalteten Suchdiagramms ist der Auswahlprozess für die recherchierten Referenzen dargestellt (Abb. 1). Aufgrund der präzisierten Suchstrategie wurden die möglichen Suchtreffer weitestgehend auf die benötigte Literatur reduziert. Während der systematischen Literaturrecherche konnten in den drei einschlägigen Datenbanken 172 Referenzen identifiziert werden. Die Verwendung der vollständigen Suchstrings ergab etwa ein Drittel ($n = 54$) der Suchtreffer. Die vorgeschlagene Literatur konnte als äußerst relevant für die vorliegende Arbeit bewertet werden. Um die Literatúrauswahl zu erweitern, wurden die Suchstrings den Bedürfnissen der Suchfeldeingabe des Thesaurus angepasst. Die exakten Suchfeldeingaben sind ausführlich in Anhang 2 aufgelistet. Die vorliegenden Studien und Reviews wurden auf ihre Relevanz für die Beantwortung der Fragestellungen überprüft. Hierbei konnten 116 Suchtreffer nach der Bewertung des Titels ausgeschlossen werden. Für die vorliegende Arbeit wurden 20 weitere Referenzen aufgrund der Bewertung des Abstracts nicht weiter betrachtet. Durch fehlende Zugangsmöglichkeiten konnten drei potenzielle Referenzen nicht in die Bearbeitung eingeschlossen werden. Nach Entfernung der Duplikate ($n = 10$), wurde bei 23 Ergebnissen eine Volltextsichtung durchgeführt und eine Zusammenfassung aller Studienaussagen erstellt. Die erwartete Evidenz sowie die Relevanz der Ergebnisse für die Beantwortung der Fragestellungen wurden ebenfalls bewertet und sind im Anhang 3 dezidiert aufgelistet. Während der Volltextsichtung wurden acht weitere Studien aufgrund fehlender Relevanz für die Beantwortung der Fragestellungen für den weiteren Bearbeitungsprozess ausgeschlossen. Während der Ausarbeitung der Suchstrategie konnte fast ausschließlich englischsprachige Literatur identifiziert werden. Diese Beobachtung bestätigte sich nach der Sichtung aller relevanten Suchergebnisse. Für die Beantwortung der Fragestellungen konnte eine relevante deutsche Studie in die vorliegende Arbeit eingeschlossen werden. Durch die Register-suche in der Württembergischen Landesbibliothek sowie der DHBW-Stuttgart-Bibliothek, konnten zwei weitere deutschsprachige Ergebnisse betrachtet werden. Abschließend lässt sich durch die Bewertung der deutschsprachigen Literatúrauswahl vermuten, dass die Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung in Deutschland kaum erforscht ist, was zusätzlich auf die Relevanz der Fragestellungen für das deutsche Akutsetting hindeutet.

5 EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen im internat. Vergleich

In diesem Abschnitt werden die identifizierten Studien vorgestellt und deren Ergebnisse interpretiert. Eine Zusammenfassung jeder in dieser Arbeit verwendeten Studie ist im Anhang 3 tabellarisch aufgeführt. Hierbei wurden die Literaturergebnisse anhand des Titels, der Autorengruppe, dem Datum der Veröffentlichung, einer Beschreibung der Teilnehmenden, der wissenschaftlichen Aussage und der Relevanz für die Beantwortung der Fragestellungen gegliedert und aufgelistet. Die verwendeten Referenzen wurden zudem mittels der Levels of Evidence des Oxford Center of Evidence-Based Medicine (OCEBM) bewertet. Die Levels of Evidence wurden als Hilfsmittel bei der Bewertung von klinischen Studien und Fragestellungen konzipiert. Sie bieten den Anwendenden eine allgemeine Faustregel für die Einschätzung der Aussagekraft und wissenschaftlichen Herangehensweise der vorliegenden Quellen. Hierbei entscheidet vorrangig das methodische Vorgehen und das Maß an externer Überprüfbarkeit über die Einordnung der zu bewertenden Literatur in hohe, mittlere und mäßige Evidenzgrade (Level 1-5).⁴² Die Analyse nach OCEBM ermöglicht in der vorliegenden Arbeit eine kritische Auseinandersetzung mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen und wird im Diskussionsabschnitt erneut angeführt.

5.1 Auswertung der Literaturergebnisse

Anhand der vorliegenden Literatur wird das Mitwirken von Pflegefachpersonen in sämtlichen Bereichen der elektrokardiographischen Diagnostik von Patient*innen in Akutkrankenhäusern beschrieben. In den identifizierten Referenzen werden die Auswirkungen von Pflegefachpersonen auf die kardiologische Abklärung in Akutkliniken in zehn Ländern dargestellt und bewertet. Hierbei werden die Beobachtungen in europäische Versorgungssysteme (namentlich Deutschland, Spanien, Griechenland, Zypern, Großbritannien und Schweden) sowie in nichteuropäische Versorgungssysteme (namentlich Kanada, USA, China und Iran) aufgeführt. Die Studienergebnisse lassen sich in fünf Themenabschnitte gliedern:

- Die Auswirkungen von Pflegefachpersonen auf die Durchführung und Erhebung eines Elektrokardiogramms bei dringlicher Indikation.
- Die Auswirkungen von Pflegefachpersonen auf das behandlungsfreie Intervall zwischen Symptombeginn und medizinischen Sofortmaßnahmen infolge einer EKG-Diagnostik.

⁴² Vgl. Howick, J. et al. (2011), S. 1 f.

- Die Präzision der Pflegefachpersonen in der Beurteilung und Identifikation von Notfall-EKGs und der Bestimmung von kardiovaskulären Risiken.
- Die Auswirkungen durch die Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Befundung auf die Patient*innen-Sicherheit und Versorgungsqualität in Akutkrankenhäusern.
- Die Auswirkungen von Interpretationshilfen auf die Qualität der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen.

5.2 Die zunehmende Verantwortungsübernahme durch Pflegefachpersonen

Im folgenden Abschnitt werden die Auswirkungen von Pflegefachpersonen auf die Durchführung und Erhebung eines Elektrokardiogramms bei dringlicher Indikation erörtert. Zusätzlich werden die Auswirkungen von Pflegefachpersonen auf das behandlungsfreie Intervall zwischen Symptombeginn und medizinischen Erstmaßnahmen betrachtet.

Pflegefachpersonen stellen im Rahmen der internationalen Gesundheitsversorgung die größte Gruppe der Gesundheitsberufe dar. Die Berufsgruppe der Pflegenden ist hierbei auch die am stärksten differenzierte Gruppe, im Hinblick auf ihre Qualifikations- und Kompetenzprofile.⁴³ Die Untersuchungspopulation der identifizierten Literatur variiert zwischen akademisierten Pflegefachpersonen mit Bachelor- und Masterabschluss und einjährig qualifizierten Pflegehelfenden, wobei die Pflegenden im Durchschnitt eine dreijährige Ausbildung als Studium oder an einer Berufsschule genossen haben. In den identifizierten Studien übernehmen Pflegefachpersonen oftmals Aufgaben in der Primärversorgung, die früher dem Aufgabenbereich der ärztlichen Kolleg*innen zugeschrieben waren. Diese erweiterten Kompetenzen zeigen eine besondere Eigenverantwortung der Pflegenden in interprofessionellen Teams mit allen Vertreter*innen der Gesundheitsberufe.⁴⁴ Im Rahmen der Notfallversorgung von Patient*innen mit kardiologischen Beschwerden übernehmen die Pflegefachpersonen den medizinischen Erstkontakt und stehen als Ansprechperson für Hilfesuchende zur Verfügung.⁴⁵ Sie entscheiden in den Notaufnahmen mittels Triage über die voraussichtliche Dringlichkeit der Behandlung und teilen gezielt die benötigten personellen und technischen Ressourcen ein.⁴⁶ Im Rahmen der stationären Patient*innen-Versorgung sind Pflegefachpersonen für die Identifizierung und Überwachung von kritischen kardiologischen Ereignissen und abnormalen Herzrhythmen verantwortlich.⁴⁷ Sie tragen folglich

⁴³ Vgl. Lehmann, Y. et al. (2019), S. 1

⁴⁴ Vgl. Lehmann, Y. et al. (2019), S. 2

⁴⁵ Vgl. Takakuwa, K. et al. (2009), S. 922

⁴⁶ Vgl. Maliszewski, B. et al. (2020), S. 4

⁴⁷ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 1

zur Sicherstellung einer angestrebten hohen Versorgungsqualität bei. Die zunehmende Verantwortungsübernahme von Pflegefachpersonen im Rahmen der EKG-Einschätzung zeigt sich auch in folgender Studie, in welcher Notfallpflegende das behandlungsfreie Intervall bei kardiologischen Notfallpatient*innen zum Gegenstandsbereich der Prozessentwicklung gemacht haben.

Maliszewski et al. haben in ihrer Studie „Quality Improvement in the Emergency Department: A Project to Reduce Door-to-ECG Times for Patients Presenting With Chest Pain“ die Auswirkungen einer gezielten kardiologischen Triage auf die Zeit zwischen dem medizinischen Erstkontakt und der EKG-Diagnostik in einer US-amerikanischen Notaufnahme untersucht. Über zwölf Monate wurde bei 1950 Patient*innen mit thorakalen Beschwerden die „Door-to-ECG-Time“ erhoben und ausgewertet. Zu Beginn der Studie wurde die „Door-to-ECG-Time“ der Kontrollgruppe (n = 893) aufgezeichnet, wobei die Zeit aus den synchronisierten Daten der Patientenmeldung bis zur elektronischen Übermittlung des EKGs gemessen wurde.⁴⁸ Die durchschnittliche Zeit bis zur Erhebung und Bewertung des Notfall-EKGs war 17 Minuten und lag somit um sieben Minuten über dem angestrebten Ziel der ESC und der AHA.^{49,50} Um das behandlungsfreie Intervall bei Patient*innen in der Notaufnahme zu minimieren, wurde ein literaturbasiertes Handlungsschema für Patient*innen mit ACS-Symptomatik implementiert. Besonders beim Aufnahmeprozess wurden Veränderungen angestrebt. So wurde in Folge einer Schulung des Aufnahmepersonals eine „Red Heart“-Kennzeichnung für Patient*innen mit typischen sowie atypischen ACS-Beschwerden eingeführt. Aufgrund des Risikovermerks wurden die Patient*innen unverzüglich der Pflegefachperson im Triageraum zugeführt. Das Aufnahmepersonal begleitete die Patient*innen nach einer kurzen Erhebung der Vitalparameter und medizinischen Vorgeschichte durch die Pflegefachperson zu einem separaten EKG-Raum, in welchem unverzüglich das Notfall-EKG abgeleitet wurde. Bei Patient*innen mit typischen ACS-Beschwerden wurden direkt die ärztlichen Kolleg*innen für die Interpretation des EKGs hinzugezogen, wohingegen die Pflegefachpersonen die Einschätzung des EKGs bei atypischen Symptomen vornahmen.⁵¹ Im Rahmen der Notfallversorgung waren die Pflegefachpersonen für die Erstuntersuchung zuständig und die Patient*innen wurden anschließend auf Basis der Pflegeanamnese an die zuständigen Ärzt*innen weitergeleitet. Während ihrer Tätigkeit in der interdisziplinären Notaufnahme, wurde das medizinische Fachpersonal jährlich in einem EKG-Kurs über die Erhebung und Auswertung von Notfall-EKGs geschult. Durch die Einführung der „Red Heart“-Kennzeichnung und dem darauffolgenden Handlungsablauf konnte die „Door-to-ECG-Time“ von durchschnittlich 17 Minuten auf sieben Minuten gesenkt werden. Hierbei erhielten 83 % der Interventionsgruppe (n = 1057) in unter zehn Minuten eine EKG-Ersteinschätzung, was auf eine

⁴⁸ Vgl. Maliszewski, B. et al. (2020), S. 4 f.

⁴⁹ Vgl. Anderson, L. J. et al. (2007), S. e163 ff.

⁵⁰ Vgl. Steg, G. et al. (2012), S. 2574 f.

⁵¹ Vgl. Maliszewski, B. et al. (2020), S. 3 f.

signifikante Verbesserung durch die Schulung und die Einführung der Handlungsrichtlinie hindeutet.⁵² In der Studie konnten keine signifikanten Unterschiede der demografischen Merkmale zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe festgestellt werden.

Die Erkenntnisse der präsentierten Studie können in den Kontext der Ergebnisse von Takakuwa et al. gesetzt werden. Die Forschenden untersuchten ebenfalls die vermehrte Einbindung von Pflegefachpersonen zur Reduktion der „Door-to-ECG-Time“ in der Notaufnahme einer US-amerikanischen Akutklinik und stellten den Referenzwert für die Arbeit von Maliszewski et al. dar.⁵³ In der Studie „A Method for Improving Arrival-to-ECG Time in Emergency Department Chest Pain Patients and the Effect on Door-to-Balloon Time for ST-Segment Elevation Myocardial Infarction“ wurde bei 718 Patient*innen mit ACS-Beschwerden das behandlungsfreie Intervall dokumentiert. Zu Beginn der Datenerhebung konnten die Forschenden eine den Standard deutlich übersteigende „Door-to-ECG-Time“ bei der betrachteten Gruppe (n = 313) feststellen. Durchschnittlich vergingen 16 Minuten zwischen der Aufnahmezeit und der Beurteilung des Notfall-EKGs, wobei nur bei 16 % (n = 50) der Patient*innen ein EKG innerhalb der angestrebten zehn Minuten abgeleitet werden konnte.⁵⁴ Die Intervention bestand ähnlich wie bei Maliszewski et al. aus einer gezielten Schulung des Aufnahmepersonals zur Identifikation von ACS-Beschwerden und die Einbindung der Pflegefachpersonen in die Organisation und Durchführung einer zeitorientierten Notfallversorgung. Ziel war es, durch die Sensibilisierung des medizinischen Personals und zusätzliche technische Ausstattung, die Erhebung eines Notfall-EKGs innerhalb von zehn Minuten, ohne den vermehrten Einsatz von Personal, gewährleisten zu können.⁵⁵ Im Vergleich zu Maliszewski et al. wurde im Rahmen des Aufnahmeprozesses keine besondere Kennzeichnung verwendet. Patient*innen, die aufgrund einer potenziellen ACS-Symptomatik die Notaufnahme frequentierten, wurden durch das Aufnahmepersonal direkt an die zuständige Pflegefachperson im Triageraum weitergeleitet. Darüber hinaus bestand die Intervention darin, dass zu Beginn jeder Schicht eine zuständige Pflegekraft sowie eine weitere verantwortliche Person zur Erhebung der Notfall-EKGs benannt wurden, um den Handlungsablauf zu beschleunigen. Die verantwortlichen Mitarbeitenden erhielten Diensttelefone, um die Erreichbarkeit und eine schnellere Absprache sicherzustellen. Zugunsten einer verbesserten „Door-to-ECG-Time“ wurden sekundäre diagnostische Maßnahmen, wie das Legen einer Venenverweilkanüle und die Blutentnahme, in der Handlungsanweisung hinter die EKG-Diagnostik gestellt.⁵⁶ Durch die Einführung der neuen Handlungsanweisung war in jeder Schicht eine hauptverantwortliche Pflegefachperson für die Versorgung der potenziellen ACS-Patient*innen

⁵² Vgl. Maliszewski, B. et al. (2020), S. 5

⁵³ Vgl. Maliszewski, B. et al. (2020), S. 5

⁵⁴ Vgl. Takakuwa, K. et al. (2009), S. 923 f.

⁵⁵ Vgl. Takakuwa, K. et al. (2009), S. 922

⁵⁶ Vgl. Takakuwa, K. et al. (2009), S. 923

definiert. Durch die neuen Standards konnte die „Door-to-ECG-Time“ auf durchschnittlich neun Minuten gesenkt werden und somit den angestrebten Vorgaben der AHA angeglichen werden. In der Interventionsgruppe (n = 405) wurde nun bei 64 % (n = 259) der vorgestellten Patient*innen innerhalb der ersten zehn Minuten eine EKG-Ersteinschätzung durchgeführt.⁵⁷ In der Studie konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied in der demografischen Erhebung zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe festgestellt werden.

Maliszweski et al. und Takakuwa et al. haben untersucht, in welchem Maße die Kompetenzsteigerung des medizinischen Fachpersonals mittels Schulungen und die Implementierung einer klaren Handlungsanweisung, Auswirkungen auf die „Door-to-ECG-Time“ haben. Beide Autorentams verzeichneten eine signifikante Reduktion des behandlungsfreien Intervalls durch die beschriebenen Interventionen, wobei Maliszweski et al. den Implementierungsprozess transparenter gestalteten und durch Aushängen des Handlungsleitfadens und jährlichen Schulungen darauf bedacht schienen, die positiven Errungenschaften längerfristig zu sichern.⁵⁸

Um die Verantwortungsübernahme durch Pflegefachpersonen bei der Durchführung und Erhebung von EKGs im weiteren Sinne zu betrachten, können die bisherigen Ergebnisse durch die Studie von Stanfield ergänzt werden. Die Autorin überprüfte die literaturbasierte Hypothese, dass durch eine knappe Triage im Warteraum der Notfallambulanzen durch Pflegefachpersonen bereits vor dem Aufnahmeprozess mögliche medizinische Notfälle identifiziert werden können und somit die „Door-to-ECG-Time“ zusätzlich gesenkt werden kann. In der Studie „Improvement of Door-to-ECG-Time Using the First-Nurse Role in the ED-Setting“ referenziert Stanfield die Erkenntnisse von Takakuwa et al. und plante ebenfalls eine nichtrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie in einer US-amerikanischen Notaufnahme. Während der Datenerhebung der Kontrollgruppe (n = 81) zeigte sich bereits ein guter Arbeitsablauf im Rahmen der Versorgung von potenziellen ACS-Patient*innen. Bei 64 % (n = 52) der Proband*innen wurde ein Notfall-EKG innerhalb der ersten zehn Minuten nach Ankunft in der Notaufnahme erhoben.⁵⁹ Während des dreimonatigen Interventionszeitraums wurden die Pflegefachpersonen auf die Erwartungen und organisatorischen Veränderungen durch die vorangestellte Triage vorbereitet. In drei separaten Schulungsabschnitten wurde der Fokus auf die zunehmende Eigenverantwortung, die geplante Steigerung der Versorgungsqualität sowie die medizinischen Merkmale eines ACS gelegt. Ein interprofessioneller Austausch zwischen den beteiligten Gruppen wurde angeregt.⁶⁰ Während des sechsmonatigen Beobachtungszeitraums konnten 59 Personen in die Interventions-

⁵⁷ Vgl. Takakuwa, K. et al. (2009), S. 925

⁵⁸ Vgl. Maliszewski, B. et al. (2020), S. 2 f.

⁵⁹ Vgl. Stanfield, L. (2018), S. 4

⁶⁰ Vgl. Stanfield, L. (2018), S. 3

gruppe aufgenommen werden. Die Pflegefachpersonen übernahmen die Organisation des Warteraums und konnten mittels knapper Triage die potenziellen ACS-Patient*innen direkt zur EKG-Diagnostik weiterleiten. Die Auswirkungen auf die Identifikation von medizinischen Notfällen, abgesehen von typischen und atypischen ACS-Beschwerden, wurden nicht weiter betrachtet. Stanfield konnte in Folge der Intervention keine signifikante Verbesserung in der „Door-to-ECG-Time“ identifizieren. Durch das Einführen der knappen Triage im Warteraum erhielten 62 % der Untersuchten ihr Notfall-EKG innerhalb der angestrebten Zeit.

Die Ergebnisse von Stanfield legen nahe, dass die vorangestellte Triage durch Pflegefachpersonal keine direkten Auswirkungen auf das behandlungsfreie Intervall hat. Die Autorin beschreibt jedoch eine Zunahme der positiven Patient*innenbewertungen in Folge der Anwesenheit einer zusätzlichen Ansprechperson im Warteraum. Diese Beobachtung legt nahe, dass für die Versorgung von Notfall-Patient*innen der Wunsch nach weiteren Ansprechpersonen außerhalb der Behandlungsräume besteht.⁶¹ Ob und in welchem Maße die Intervention einen positiven Effekt auf die Versorgung anderer Notfälle hatte, bleibt unbeantwortet.

	Zwischenfazit
Strukturelle Ergebnisse	Um das behandlungsfreie Intervall bei kardiologischen Notfällen möglichst gering zu halten, scheint eine Überprüfung der „Door-to-ECG-Time“ sinnvoll. Die aufgeführte Literatur legt nahe, dass die angestrebte Zehn-Minuten-Marke ohne gezielte Intervention in vielen Fällen nicht sichergestellt werden kann.
Personelle Ergebnisse	Die zusätzliche Verantwortungsübernahme durch Pflegefachpersonen bei der Organisation und Durchführung der zeitorientierten EKG-Erhebung/Einschätzung scheint ein wichtiger Bestandteil der Prozessoptimierung zu sein. Die Sensibilisierung sowie die Schulung des medizinischen Fachpersonals waren ausschlaggebend für das bewusste Assessment und die zeitorientierte Untersuchung von kardiologischen Notfällen in den Ambulanzen.
Prozessorientierte Ergebnisse	Die Implementierung und Gestaltung einer klaren Handlungsrichtlinie für die Erhebung von Notfall-EKGs bei einem vermuteten akuten Koronarsyndrom ermöglichen die Fokussierung auf die wesentliche Handlungsabfolge zur Minimierung des behandlungsfreien Intervalls.

Tab. 3 Zwischenfazit⁶²

In den beschriebenen US-amerikanischen Studien wurde die EKG-Einschätzung überwiegend durch die diensthabenden Ärzt*innen durchgeführt. Lediglich bei Maliszewski et al. übernahmen auch Pflegefachpersonen die Ersteinschätzung von Notfall-EKGs bei asymptomatischen ACS-Patient*innen. In der Mehrheit der für diese Arbeit weiter identifizierten Studien (n = 10/15) wird jedoch die vollständige

⁶¹ Vgl. Stanfield, L. (2018), S. 5

⁶² Eigene Darstellung

Übernahme der EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen betrachtet. Bei diesen wurden die Aussagekraft sowie die Sensitivität und Spezifität der EKG-Beurteilung durch Pflegefachpersonen überprüft und in den Kontext der interdisziplinären Zusammenarbeit gesetzt.

5.3 Validitätseinschätzung der EKG-Beobachtung

Die Grundlagen für eine vermehrte Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung in deutschen Akutkrankenhäusern stellen einen zentralen Aspekt der vorliegenden Arbeit dar. Deshalb wird die Präzision der Pflegefachpersonen in der Beurteilung und Identifikation von Notfall-EKGs und die Bestimmung von kardiovaskulären Risiken in diesem Kapitel auf internationaler Ebene dargestellt. Aus dem letzten Kapitel ist hervorgegangen, dass die Berufsgruppe der Pflegenden in der Regel den medizinischen Erstkontakt für Hilfesuchende übernehmen. Um den Patient*innen die bestmögliche Versorgung bei kardiologischen Notfällen zu ermöglichen, müssen die Pflegefachpersonen über ein hohes Maß an Kompetenz in der Erkennung von abnormalen EKG-Rhythmen verfügen. Daher ist es wichtig, dass sie in der Lage sind, Notfall-EKGs frühzeitig einzuschätzen und die richtigen Behandlungsschritte einzuleiten.⁶³ Zusätzlich benötigt das Pflegefachpersonal Fachwissen über komplexe Krankheitsbilder, wie den akuten Myokardinfarkt, um eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema leisten zu können.⁶⁴ Hierbei ist eine präzise EKG-Beurteilung eine wichtige Fähigkeit der Pflegenden, um das Outcome der Notfallpatient*innen positiv zu beeinflussen.⁶⁵

In der Studie „Emergency Nurse Competence in ECG Interpretation“ haben Coll-Badell et al. mittels eines literaturbasierten Fragebogens eine Wissensabfrage bei 127 Pflegefachpersonen aus drei spanischen Notaufnahmen angestrebt. Ziel der Autor*innengruppe war es, die Fachkenntnisse und den Umgang der Pflegenden bei der EKG-Einschätzung zu überprüfen und zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beizutragen.⁶⁶ In Folge einer Literaturübersicht haben Coll-Badell et al. gemeinsam mit einer Expert*innengruppe, bestehend aus fünf Pflegefachpersonen und fünf Ärzt*innen, einen zweiteiligen Fragebogen erstellt. Der Fragebogen sollte die wichtigsten pathologischen EKG-Rhythmen beinhalten. Es wurden zehn eindeutige EKG-Auszüge vorbereitet und zwei ergänzende Fragen zur Darstellung des EKG-Komplexes beigefügt. Die Fragen wurden im Stil einer Multiple-Choice-Auswahl gestaltet, wobei immer exakt eine von vier möglichen Antworten als richtig bewertet wurde. Damit die Befragten sich nicht zum Raten von Antworten gezwungen fühlten, war die vierte Antwortmöglichkeit bei jeder Frage „Ich weiß es nicht“. Im zweiten Teil des Fragebogens wurden die demografischen Daten

⁶³ Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 1 + 2

⁶⁴ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 82

⁶⁵ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 2

⁶⁶ Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 1

der Pflegefachpersonen wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Vorkenntnisse auf anderen Stationen sowie ein bereits erfolgter EKG-Kurs erhoben. Für die Befragung wurden ausschließlich Pflegefachpersonen mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung in die Studie eingeschlossen. Außerdem sollten die Pflegenden mindestens einen Tag in der Woche arbeiten, um bei den Befragten eine regelmäßige Auseinandersetzung mit der EKG-Einschätzung anzunehmen. Die Autor*innengruppe konnte eine Rücklaufquote von 47 % verzeichnen. Aufgrund der festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien konnten die Ergebnisse von drei beantworteten Fragebögen nicht weiter betrachtet werden. Die verbleibenden Antwortbögen (n = 57) wurden hinsichtlich ihrer Richtigkeit ausgewertet. Jede der zwölf Fragen wurde hierbei mit einem möglichen Punkt bewertet, wobei die Antworten ausschließlich als „richtig“ und „falsch“ gewertet wurden. In der beschriebenen Studie wird ein hohes Maß an Kompetenz der teilnehmenden Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung aufgezeigt. Die Befragten waren in der Lage durchschnittlich 86,8 % der zwölf Fragen richtig zu beantworten, was auf eine sehr gute EKG-Kenntnis hindeutet. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden beantwortete alle Fragen richtig. Notfall-EKG-Rhythmen wie beispielsweise ein akuter Myokardinfarkt (ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI)), eine ventrikuläre Tachykardie (VT) und Vorhofflattern wurden von 89 % der Teilnehmenden richtig identifiziert.⁶⁷ In der vorgestellten Studie wiesen die demografischen Merkmale auf eine sehr heterogene Untersuchungspopulation hin. Das Durchschnittsalter lag bei 40 Jahren, wobei die Pflegefachpersonen etwa elf Jahre Berufserfahrung in der Notfallversorgung angaben. Die Mehrheit der Befragten waren Frauen (n = 48) und 91 % der Teilnehmenden hatten bereits einen EKG-Interpretationskurs innerhalb der letzten fünf Jahre absolviert. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen dem Wissensstand der Pflegefachpersonen der drei unterschiedlichen Notaufnahmen festgestellt werden. Lediglich die 9 % der Teilnehmenden, welche innerhalb der letzten fünf Jahre kein EKG-Training erhielten, schnitten im Durchschnitt 4 % schlechter ab.⁶⁸

Die Studie „ECG Interpretation Competency Among Emergency Nurses and Emergency Medical Service Personnel“ von Rahimpour et al. bietet eine sehr gute Vergleichbarkeit mit den bereits beschriebenen Ergebnissen. Die Forschenden wollten die EKG-Interpretationskompetenz sowie das Fachwissen von Pflegefachpersonal und Notfallsanitätern⁶⁹ im Iran überprüfen und vergleichen.⁷⁰ Auf Basis einer Literaturübersicht zur Hypothesenbildung identifizierten Rahimpour et al. den Fragebogen nach Coll-Badell et al., welchen sie adaptierten und in die Landessprache überführten. Anhand einer eigenen Expert*innengruppe bestehend aus acht Pflegefachpersonen, einem Notfallsanitäter sowie einem Kardiologen, evaluierten sie den vorliegenden Fragebogen und bestätigten die Relevanz der enthaltenen

⁶⁷ Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 5 ff.

⁶⁸ Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 9

⁶⁹ Es konnten ausschließlich männliche Notfallsanitäter für die Befragung rekrutiert werden.

⁷⁰ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 2

Notfall-Rhythmen sowie die Auswahlmöglichkeit der Fragen. In Folge eines Pretests wurde der leicht veränderte Fragebogen zusammen mit der demografischen Befragung an 179 Interessierte ausgegeben. Die Fragebögen von 105 akademisierten Pflegefachpersonen aus fünf verschiedenen Notaufnahmen konnten für die Auswertung verwendet werden. Alle Pflegenden hatten mindestens einen Bachelorabschluss im Bereich der Pflege oder Notfallpflege und Anästhesie, wobei fünf Pflegefachpersonen einen Masterabschluss angaben. Der Großteil der Untersuchungspopulation waren Frauen (n = 68). Etwa ein Fünftel (n = 23) der Pflegefachpersonen konnte bereits Berufserfahrung auf einer kardiologischen Akutstation vorweisen. 45 Befragte hatten bereits einen EKG-Kurs absolviert und 90,5 % der Pflegefachpersonen gaben an, dass die Beurteilung von EKGs in Ihren Aufgabenbereich fällt.⁷¹ Die Resultate der Notfallsanitäter werden in der vorliegenden Arbeit nicht weiter beschrieben, sind jedoch aus Gründen der Vollständigkeit in der Literaturübersicht aufgeführt. In Anbetracht der Ergebnisse wurde eine mäßige Kompetenz der Teilnehmenden im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung im Iran aufgezeigt. Pflegefachpersonen waren im Vergleich mit Notfallsanitätern deutlich kompetenter, obgleich nur 38 % der Befragten in der Lage waren, einen guten Kompetenzscore (x > 75 % der Gesamtpunktzahl) zu erreichen. Pflegefachpersonen mit Vorerfahrungen auf kardiologischen Akutstationen sowie Pflegefachpersonen aus der Notaufnahme der kardiologischen Spezialklinik schnitten im Vergleich zu anderen Teilnehmenden besser ab.⁷² Die Forschenden identifizieren die Teilnahme an EKG-Schulungen sowie den regelmäßigen Austausch mit Ärzt*innen und Kolleg*innen über die EKG-Auszüge im Berufsalltag als signifikant kompetenzsteigernde Maßnahmen in der EKG-Beurteilung.⁷³

In der Studie „Nurses Knowledge and Practices of ECG Interpretation“ wurden ebenfalls das Fachwissen und die EKG-Interpretationskenntnisse von Pflegefachpersonal erforscht. Tahboub und Yilmaz erweiterten ihre Fragestellungen und überprüften auch die Handlungskompetenzen der Befragten bei kritischen EKGs. Die Forschenden schlossen im Vergleich zu den bisher beschriebenen Studien auch Pflegefachpersonen außerhalb der Notfallambulanzen in die Untersuchungspopulation ein.⁷⁴ Für die Befragung konnten 61 akademisierte sowie vier examinierte Pflegefachkräfte aus zwei Akutkrankenhäusern in Zypern rekrutiert werden. Die Pflegenden arbeiteten entweder in einer Notaufnahme (n = 15), auf einer Intensivstation (n = 18), auf einer peripheren kardiologischen Station (n = 7), in der Rehabilitationsstation (n = 9), oder auf der Chest-Pain-Unit (n = 16). Etwa die Hälfte (n = 35) der Pflegefachpersonen hatten weniger als fünf Jahre Berufserfahrung und 60 % haben bereits an einem EKG-

⁷¹ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 3

⁷² Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 4

⁷³ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 5

⁷⁴ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 81

Interpretationskurs teilgenommen.⁷⁴ Tahboub und Yilmaz nutzen für die Befragungen einen dreiteiligen, literaturbasierten Fragebogen, der ebenfalls auf der Grundlage von Coll-Badell et al. erarbeitet wurde. Sie verwendeten die gleichen pathologischen EKG-Rhythmen und präsentierten die EKG-Auszüge gemeinsam mit einer kurzen Anamnese. Der Fragebogen bestand aus 15 dichotomen Aufgaben zur EKG-Einschätzung und physiologischen Reizweiterleitung am Herzen. Zusätzlich wurden acht EKG-Auszüge abgebildet, um die Interpretationskompetenz der Pflegefachpersonen mittels Multiple-Choice-Antworten zu ermitteln. Die demografischen Daten der Teilnehmenden wurden ebenfalls erhoben. In ihrer Studie konnten Tahboub und Yilmaz ein hohes Maß an Kompetenz der teilnehmenden Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung feststellen. Die Teilnehmenden waren in der Lage 69 % aller Fragen richtig zu beantworten, was laut den Autoren auf eine gute EKG-Kenntnis hindeutet.⁷⁵ Besonders notfallrelevante Abbildungen (wie ein STEMI, VT und Vorhofflattern) wurden von 82 % der Teilnehmenden richtig erkannt. Es wurde ein signifikanter Unterschied in der richtigen Beantwortung der Fragen im Zusammenhang mit dem Einsatzgebiet festgestellt. Hierbei schnitten Pflegefachpersonen der kardiologischen Station am besten und Pflegende der Rehabilitationsstationen am schlechtesten ab. Die Forschenden begründen diese Erkenntnis anhand der regelmäßigen Auseinandersetzung der kardiologischen Pflegefachpersonen mit EKG-Einschätzungen im Vergleich zu den Kolleg*innen auf der Rehabilitationsstation.⁷⁶ In der beschriebenen Studie konnte zudem ein signifikanter Unterschied im Zusammenhang mit der Berufserfahrung identifiziert werden. Pflegefachpersonen mit mehr als sechs Jahren Berufserfahrung konnten deutlich bessere Ergebnisse erzielen als die Kolleg*innen mit weniger Erfahrung. Berufsanfänger*innen mit weniger als einem Jahr Erfahrung schnitten im Vergleich zur gesamten Untersuchungspopulation unterproportional ab. Die Ergebnisse zeigten auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen den EKG-Kenntnissen der Pflegefachpersonen und einer absolvierten EKG-Schulung. Demnach erzielten die Teilnehmenden, die zuvor eine EKG-Schulung erhalten hatten, im Durchschnitt die höchste Punktzahl.⁷⁷

Die Forschenden Werner et al. befassten sich in ihrer Studie „Electrocardiogram Interpretation Skills Among Ambulance Nurses“ ebenfalls mit der Kompetenzermittlung von Pflegefachpersonen in Bezug auf die EKG-Einschätzung. Werner et al. wollten zusätzlich zur Anwendung eines literaturbasierten Fragebogens eine Korrelation zwischen den getesteten Ergebnissen und der Erfahrungsstufe schwedischer Pflegefachpersonen überprüfen.⁷⁸

Grundlage für die Studie war die literaturbasierte Hypothese, dass es durch eine niedrige Spezifität bei der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen zu Fehleinschätzungen von Notfall-EKGs kommt.

⁷⁵ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 82

⁷⁶ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 83

⁷⁷ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 82

⁷⁸ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 262

Werner et al. vermuteten hierdurch ein potenzielles Risiko für die behandelten Patient*innen im Akutsetting. Laut Werner et al. können Pflegefachpersonen nur dann über die richtige medizinische Versorgung der Patient*innen entscheiden, wenn sie eine gute Einschätzungskompetenz für EKGs besitzen.⁷⁹

Zu Beginn der Studie mussten alle Teilnehmenden einen literaturbasierten Fragebogen ausfüllen. Die demografischen Daten wie die Berufsqualifikation, Berufserfahrung und Vorerfahrung auf einer internistischen Intensivstation wurden ebenfalls erhoben. Die folgende Wissensabfrage wurde anhand von neun verschiedenen Beispiel-EKGs vorgenommen. Die EKG-Auszüge wurden vorab von den Forschenden für relevant erachtet und in Absprache mit einer Expert*innengruppe in verschiedene Schwierigkeitsgrade eingeteilt.⁸⁰ Im Durchschnitt konnten die Befragten nur 54 % der Fragen richtig beantworten und wurden mit einer Punktzahl von 9 aus 16 bewertet.⁸¹ 14 % der Pflegefachpersonen waren nicht in der Lage, ein akut lebensbedrohliches Kammerflimmern zu erkennen, ohne die damit einhergehende Symptomatik während einer realen Patient*innen-Versorgung wahrzunehmen. Werner et al. bezeichnen die Studienergebnisse als alarmierend, da in vorangestellten Studien ein deutlich höheres Maß an Kompetenz von Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung beschrieben werden konnte. Laut den Forschenden seien besonders bei Fehleinschätzungen von Notfall-EKGs die Folgen für die betreuten Patient*innen immens.⁸² Die Studie zeigt auf, dass weder die Berufsqualifikation der Studienteilnehmenden noch ihre Berufserfahrung einen signifikanten Einfluss auf das Abschneiden der Wissensabfrage hatten. Lediglich die Vorkenntnisse durch die Arbeit auf einer internistischen Intensivstation konnten die Testergebnisse positiv beeinflussen. Hierbei konnten Pflegefachpersonen, die bereits eine häufige Auseinandersetzung mit der Erhebung und Bewertung von Notfall-EKGs zeigten, 75 % der Fragen richtig beantworten und eine ausreichende Punktzahl von 12/16 erreichen. Aufgrund der Studienergebnisse empfehlen Werner et al., dass Pflegefachpersonal im Akutsetting regelmäßig Testeinschätzungen von EKGs durchführen und die Ergebnisse zur Bewertung einer Expert*innengruppe vorlegen muss. Zusätzlich fordern die Autoren periodische Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonal und regen in diesem Zusammenhang weitere Forschungsbeiträge an, die aufzeigen, wie man diese bestmöglich gestalten und implementieren kann.⁸³

Um die Ergebnisse der Präzision von Pflegefachpersonen bei der Beurteilung und Identifikation von Notfall-EKGs zu ergänzen, werden die bereits vorgestellten Studien in Relation zu den verbleibenden Referenzen gesetzt. Die Zusammenfassungen der ergänzenden Studien sind in der Literaturübersicht

⁷⁹ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 262

⁸⁰ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 263

⁸¹ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 264

⁸² Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 265

⁸³ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 267

im Anhang 3 aufgeführt. In den bisher aufgezeigten Studien haben die Forschenden die Beurteilungskompetenzen der Pflegefachkräfte von relevanten kardiologischen Notfällen und ihren EKG-Ableitungen ermittelt und bewertet. Zusätzlich wurden die allgemeinen EKG-Kenntnisse der Pflegenden überprüft. Die Auswirkungen von Berufserfahrung, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie der täglichen Auseinandersetzung auf die Validität der EKG-Einschätzung wurden beschrieben. In den folgenden Literaturergebnissen wird ein besonderer Fokus auf die Präzision der Pflegefachpersonen in der Beurteilung und Identifikation eines akuten Myokardinfarkts gelegt.

Der Myokardinfarkt zählt als stärkste Ausprägung des ACS zu den gravierendsten kardiovaskulären Notfällen. Deshalb sind eine schnelle Diagnose und Behandlung zwingend erforderlich.^{84,85} Im EKG kann sich der akute Myokardinfarkt in Form einer ST-Strecken-Hebung abzeichnen. Das Auftreten dieser pathologischen Veränderung in aufeinanderfolgenden Ableitungen kann Aufschluss über die Lokalisation der Ischämie geben.⁸⁶ Um die Validität der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen bei einem akuten Myokardinfarkt einzuschätzen, haben Hoang et al. und Pelter et al. sich mit der Kompetenz von Pflegefachkräften beim Identifizieren eines STEMI mittels Notfall-EKG befasst.^{87,88} In der US-amerikanischen Studie „Improving Nurses' Ability to Identify Anatomic Location and Leads on 12-Lead Electrocardiograms with ST Elevation Myocardial Infarction“ haben Pelter et al. die Auswirkungen einer knappen EKG-Schulung auf die Sensitivität der STEMI-Erkennung durch Pflegefachkräfte untersucht. In der Schulung erklärten die Pflegewissenschaftler*innen die „MI Rule Vision“-Interpretationshilfe, um Pflegefachkräfte bei der richtigen Identifikation eines STEMI zu unterstützen. Für die Untersuchung konnten die Forschenden 75 Pflegefachkräfte aus drei verschiedenen Fachbereichen rekrutieren. 37 Pflegenden der Intermediate Care Station, 20 Pflegenden einer kardiologischen Station und 18 Notfallpflegenden nahmen an der Befragung teil. Im Durchschnitt konnten die Pflegefachpersonen eine fünfjährige Berufserfahrung vorweisen. Alle Teilnehmenden erhielten sechs EKG-Auszüge zur Bewertung und mussten aufgrund einer Kurzanamnese und der EKG-Ableitung die Entscheidung über das vermutete Krankheitsbild abgeben.

In den Beispiel-EKGs war drei Mal ein akuter STEMI mit unterschiedlicher Verschlusslokalisierung, ein Linksschenkelblock, ein EKG mit Rückbildungsstörungen und ein physiologisches EKG vertreten. Die

⁸⁴ Vgl. Martínez-Sellés, M. et al. (2008), S. 954

⁸⁵ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 2

⁸⁶ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 220

⁸⁷ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 2

⁸⁸ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 218 f.

Pflegefachkräfte hatten für jedes der sechs EKGs drei bis vier Minuten Interpretationszeit, um die schnelle Entscheidungsfindung im Pflegealltag zu simulieren.⁸⁹

Bereits vor der Intervention besaßen die Pflegefachpersonen ein hohes Maß an Kompetenz bei der Identifizierung eines STEMI mittels Notfall-EKG. Die Pflegenden erkannten in 91 % der Fälle den STEMI in den Notfall-EKGs, was auf eine sehr gute Grundkompetenz hinweist.⁹⁰ Die Vorstellung der Interventionsergebnisse zur Nutzung der EKG-Interpretationshilfe und die Auswirkungen der Interpretationshilfe auf die Sensitivität sowie Spezifität der EKG-Einschätzung folgt in Kapitel 5.5. In der Einschätzung der Lokalisation des vermuteten Verschlusses (Vorderwand-, Hinterwand- oder Lateralinfarkt) zeigten die Teilnehmenden ein niedriges Maß an Kompetenz. So wurde nur in 12,5 % der Fälle die richtige Ischämiestelle benannt. Die Ergebnisse von Pelter et al. weisen auf eine hohe Sensitivität bei der Identifikation eines akuten Myokardinfarkts hin, zeigen jedoch auch eine unzureichende Spezifität der Pflegefachpersonen in der vollständigen Interpretation von Notfall-EKGs auf.⁹¹ Die Pflegefachpersonen identifizierten in einigen EKG-Auszügen einen STEMI, obwohl ein anderes Krankheitsbild oder ein physiologisches EKG vorlagen. Am häufigsten wurde der EKG-Auszug des Linksschenkelblocks fehlinterpretiert, da in der EKG-Darstellung ebenfalls eine ST-Segment-Hebung zu identifizieren war.⁹² Pelter et al. treffen keine Aussagen über die möglichen Auswirkungen der demografischen Daten auf die Studienergebnisse.

Auch Hoang et al. konnten in ihrer Studie ein hohes Maß an Kompetenz von US-amerikanischen Pflegeexpert*innen (Advanced Practice Nurse (APN)) im Zusammenhang mit der STEMI-Identifizierung in Notfall-EKGs feststellen.⁹³ Die Forschenden ermittelten die Interpretationsfähigkeiten von Assistenzärzt*innen in den ersten fünf Jahren der Facharztweiterbildung und verglichen die Ergebnisse mit den Interpretationsfähigkeiten von Pflegeexpert*innen mit mindestens zehn Jahren Berufserfahrung sowie Fachärzt*innen. Die Teilnehmenden mussten 36 EKG-Auszüge auf einen möglichen STEMI untersuchen und bewerten. Die EKGs wurden von einer Expert*innengruppe aus dem krankenhauseigenen Archiv zusammengestellt. Alle EKG-Auszüge wurden von ehemaligen Patient*innen abgeleitet, bei welchen im Verlauf der Notfallbehandlung eine Koronarangiographie durchgeführt wurde. Retrospektiv konnte die Expert*innengruppe somit die zu erwartenden EKG-Einschätzungen eindeutig bestimmen. Um eine Aussage über die Sensitivität sowie die Spezifität treffen zu können, sollte in 33 % (n = 12) der EKGs kein STEMI identifiziert werden können.⁹⁴ Es wurden entweder physiologische Beispiel-EKGs verwendet oder andere pathologische Rhythmen untergemischt. Im Durchschnitt konnten die Teilnehmenden

⁸⁹ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 220

⁹⁰ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 222

⁹¹ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 223

⁹² Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 223

⁹³ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 2

⁹⁴ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 2

einen STEMI in 76,9 % der Fälle identifizieren, wobei APNs in 81,9 % der vorgelegten EKGs einen STEMI richtig identifizierten. Dies war das zweitbeste Gruppenergebnis, vor Mediziner*innen in den ersten fünf Jahren der Facharztweiterbildung. Am schlechtesten schnitten Ärzt*innen im ersten Jahr der Facharztweiterbildung ab. Sie identifizierten 64,5 % der STEMIs richtig. Fachärzt*innen konnten mit 86 % und einer hohen Spezifität die besten Ergebnisse erzielen.⁹⁵ Die Pflegefachpersonen hatten im Vergleich zu den anderen Gruppen jedoch auch die höchste Fehlerquote, aufgrund falschpositiv erkannter Herzinfarkte. Die niedrigere Spezifität der APNs kann im Arbeitsalltag zu einer unnötigen Bindung von Ressourcen führen, da unbegründet Notfallszenarien ausgelöst werden.⁹⁶ Hoang et al. beschreiben die unerwartet hohe Sensitivität der Pflegefachpersonen bei der Identifizierung eines STEMI mittels Notfall-EKGs. Die Forschenden können sich aufgrund der Studienergebnisse ein Pilotprojekt vorstellen, in dem erfahrene Pflegeexpert*innen die initiale EKG-Befundung durchführen. Aufgrund der identifiziert hohen Sensitivität der STEMI-Erkennung könnten die Pflegefachkräfte zu einer Entlastung der diensthabenden Ärzt*innen beitragen, ohne ein zusätzliches Risiko für die behandelten Patient*innen einzugehen. Allerdings müsste die niedrigere Spezifität der EKG-Einschätzungen in Betracht gezogen werden, was bei allen Beteiligten zu einer erhöhten Aufmerksamkeit für falschpositive STEMI-Einschätzungen führen sollte.⁹⁷

In den vorliegenden Studien werden die unterschiedlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung auf internationaler Ebene aufgezeigt. Hierbei variieren die Präzision der Pflegenden in der Beurteilung und Identifikation von Notfall-EKGs und der Bestimmung von kardiovaskulären Risiken zum Teil stark. Pflegefachpersonen scheinen in der Lage, unter den richtigen organisatorischen Rahmenbedingungen, hervorragende Interpretationsarbeit leisten zu können.^{98,99,100,101} Andererseits werden in vergleichbaren Studien mit ähnlichen Assessmentinstrumenten nur mittelmäßige bis ungenügende Kompetenzen nachgewiesen.^{102,103} Dass Pflegefachpersonen ohne regelmäßige Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsprogrammen zur EKG-Einschätzung im Vergleich zu geschultem Personal schlechter abschneiden, scheint nachvollziehbar. Die zum Teil ungenügenden Fachkenntnisse im Umgang mit Notfall-EKGs, ohne die regelmäßige Auseinandersetzung mit dem kom-

⁹⁵ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 2

⁹⁶ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 3

⁹⁷ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 3

⁹⁸ Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 5 ff.

⁹⁹ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 82

¹⁰⁰ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 222

¹⁰¹ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 2

¹⁰² Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 264

¹⁰³ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 4 f.

plexen Bewertungsvorgang, haben neben Werner et al., auch Rahimpour et al. und Kletsiou et al. belegt. Die Forschenden haben herausgefunden, dass Pflegefachpersonen Defizite bei der EKG-Einschätzung haben, wenn keine Möglichkeiten zur Expertisenbildung bestehen.^{104,105,106}

In Ergänzung zu diesen Erkenntnissen konnte bei einer vergleichbaren Befragung von 200 griechischen Pflegefachpersonen durch Kletsiou et al. festgestellt werden, dass nur 138 der Pflegefachpersonen maximal fünf von zehn Notfall-EKG-Rhythmen richtig identifizieren. Aufgrund der literaturbasierten Hypothese nach Werner et al. haben die Forschenden die Auswirkungen einer intensiven Schulungsreihe auf die EKG-Kenntnisse der Pflegefachpersonen untersucht. Hierbei erhielten 62 Teilnehmende drei intensive Schulungsseminare mit Schwerpunkt auf EKG-Aufzeichnung und -Interpretation. Die Interventionsgruppe konnte nach Abschluss der Schulungen ein signifikant besseres Ergebnis erzielen. Die Pflegefachpersonen beantworteten 70 % der Fragen richtig und konnten damit gute EKG-Kenntnisse vorweisen.¹⁰⁶ Eine Fort- und Weiterbildung für Pflegefachpersonen, welche im Berufsalltag in die Erhebung und Einschätzung von EKGs eingebunden sind, scheint der Literatur nach zwingend erforderlich. Über die Regelmäßigkeit und den exakten Inhalt der EKG-Schulungen kann aufgrund der vorliegenden Literatur keine eindeutige Aussage getroffen werden. Pflegefachpersonen, welche innerhalb der letzten fünf Jahre an einem EKG-Fort- und Weiterbildungsprogramm teilgenommen haben, schnitten in den betrachteten Studien häufig besser ab als Kolleg*innen, welche keinen EKG-Kurs vorweisen konnten.^{107,108} Außerdem werden die signifikant positiven Auswirkungen einer EKG-Schulung auf die EKG-Kompetenzen der Pflegefachkräfte in den durchgeführten Befragungen dargestellt.^{109,110} Die erhobenen demografischen Merkmale der Studienteilnehmenden legen unterschiedliche Vermutungen nahe. Die Berufserfahrung und zusätzliche Berufsqualifikation sind für Tahboub und Yilmaz sowie für Hoang et al. ausschlaggebende Faktoren für eine bessere EKG-Kompetenz der Pflegefachpersonen.^{111,112}

Diese Erkenntnisse können durch Coll-Badell et al. nicht bestätigt werden und Werner et al. sprechen sich in ihrer Diskussion gegen diese Hypothese aus.^{113,114} Das Alter und das angegebene Geschlecht

¹⁰⁴ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 4

¹⁰⁵ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 264

¹⁰⁶ Vgl. Kletsiou, E. et al. (2016), S. 30

¹⁰⁷ Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 9

¹⁰⁸ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 82

¹⁰⁹ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 267

¹¹⁰ Vgl. Kletsiou, E. et al. (2016), S. 30

¹¹¹ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 82

¹¹² Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 3

¹¹³ Vgl. Coll-Badell, M. et al. (2017), S. 9

¹¹⁴ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 264

schiene keine signifikanten Auswirkungen auf die Kompetenzen der teilnehmenden Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung gehabt zu haben, obgleich in allen Studien überwiegend weibliche Pflegefachpersonen befragt wurden und bei Rahimpour et al. die befragten Frauen besser abschnitten als die Männer.¹¹⁵

	Erweitertes Zwischenfazit
Strukturelle Ergebnisse	Um Pflegefachpersonen die Möglichkeit zu bieten, in Akutkrankenhäusern eine valide EKG-Ersteinschätzung durchzuführen, scheinen Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Steigerung der EKG-Kompetenzen zwingend notwendig. Pflegefachpersonen, die regelmäßig mit der EKG-Ersteinschätzung konfrontiert werden, sollten mindestens alle fünf Jahre an einer EKG-Schulung teilnehmen.
Personelle Ergebnisse	Eine positive Einstellung gegenüber der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen und eine häufige Auseinandersetzung mit der Erhebung und Identifikation von Notfall-Rhythmen sind Faktoren für ein hohes Maß an Kompetenz im Umgang mit Notfall-EKGs.
Prozessorientierte Ergebnisse	Um eine mögliche Fehlinterpretation von Notfall-EKGs zu vermeiden, scheint ein enger, interdisziplinärer Austausch zwischen den Pflegefachpersonen und den diensthabenden Ärzt*innen über die EKG-Einschätzung erstrebenswert.

Tab. 4 Erweitertes Zwischenfazit¹¹⁶

5.4 Auswirkungen auf die Patient*innen-Versorgung

Im folgenden Abschnitt werden die Auswirkungen der Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Befundung auf die Patient*innensicherheit und Versorgungsqualität in Akutkrankenhäusern beschrieben. Der Effekt von Pflegefachpersonen auf das behandlungsfreie Intervall zwischen Symptombeginn und medizinischen Erstmaßnahmen infolge einer EKG-Diagnostik wird unter dem Aspekt der Qualitätssteigerung in diesem Kapitel erneut aufgegriffen. Für Patient*innen, die aufgrund thorakaler Beschwerden ein Akutkrankenhaus aufsuchen, besteht das Risiko einer lebensbedrohlichen kardiovaskulären Erkrankung. Die Erhebung und Einschätzung eines Notfall-EKGs (innerhalb der ersten zehn Minuten) ist hierbei eine Grundvoraussetzung, um eine adäquate Notfallversorgung leisten zu können.¹¹⁷ In Kapitel 5.2 wurde beschrieben, wie durch das Mitwirken und die zunehmende Verantwortungsübernahme von Pflegefachpersonen, im Rahmen der Erhebung eines Notfall-EKGs, eine deutliche Reduktion des behandlungsfreien Intervalls erzielt werden kann. Die von der ESC und AHA festgelegten Ziele sind hierbei eine messbare Größe für die Qualität im Rahmen der kardiovaskulären Notfallversorgung

¹¹⁵ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 4

¹¹⁶ Eigene Darstellung

¹¹⁷ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 224

in Akutkrankenhäusern.¹¹⁸ Stanfield et al. beschreiben die negativen Folgen für die weitere Behandlung der Patient*innen, wenn es bei der Erhebung und Auswertung eines Notfall-EKGs zu vermeidbaren Verzögerungen kommt.¹¹⁹ Das Einhalten der internationalen Vorgaben sowie die Reduktion der „Door-to-ECG-Time“ werden folglich mit einer verbesserten Versorgungsqualität und einer gesteigerten Patient*innensicherheit gleichgesetzt. Nach Peterson et al. ist im Rahmen der kardiovaskulären Notfallversorgung eine stetige Verbesserung der Versorgungsqualität unverzichtbar, um das Patient*innen-Outcome positiv zu beeinflussen. Diese Qualitätsentwicklung ist außerdem notwendig, um unter den Gesundheitsdienstleistern eine führende Rolle in der Versorgung von Patient*innen einzunehmen.¹²⁰ Das Pflegefachpersonal kann hierbei eine entscheidende Rolle spielen, die Qualitätsentwicklung in der Praxis voranzutreiben. Dazu kann in multidisziplinären Teams die Implementierung innovativer und kosteneffektiver Methoden zur Verbesserung des Patient*innen-Outcomes im Akutkrankenhaus erarbeitet werden.¹²¹ In der multizentrischen Interventionsstudie „PULSE“ (Practical Use of the Latest Standards of Electrocardiography) wurden die Auswirkungen einer ausführlichen, leitfadengestützten Schulung auf die EKG-Beurteilungskompetenz von Pflegefachpersonen untersucht. Bei der Auswertung der sechsjährigen Längsschnittstudie haben sich Funk et al. mit den EKG-Kenntnissen von Pflegefachpersonen aus Kanada, China und den USA befasst. Hierbei wurde von den Forschenden ein besonderer Schwerpunkt auf die Erkenntnisse in den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und auf das Patient*innen-Outcome gelegt.¹²² Als Untersuchungspopulation wurden 3013 Pflegefachpersonen aus 17 unterschiedlichen Krankenhäusern rekrutiert. In Anbetracht des langen Studienzeitraums konnten 686 Teilnehmende über alle drei Interventionsabschnitte befragt werden. Die Pflegefachpersonen wurden randomisiert anhand der teilnehmenden Krankenhäuser in zwei Gruppen eingeteilt.¹²³ Zum Studienbeginn (T1) mussten alle Teilnehmenden einen Onlinefragebogen ausfüllen. Mittels 20 Fragen wurden unter anderem verschiedene Formen von Ischämien, Herzrhythmusstörungen sowie allgemeine EKG-Kenntnisse abgefragt. Diese Daten dienten als Ausgangswert für die PULSE-Studie. Um bei beiden Gruppen die Auswirkungen der leitfadengestützten EKG-Schulung überprüfen zu können, nutzten die Forschenden einen zeitversetzten Ablaufplan. Gruppe 1 erhielt in Folge der Baseline-Erhebung direkt die ersten zwei Schulungsinterventionen über einen Zeitraum von zwei Jahren. Der erste Teil der Schulungen bestand aus einer leitfadengestützten Online-Fortbildung zum Thema der EKG-Beobachtung, -Aufzeichnung und -Auswertung. Zusätzlich wurde auf jeder teilnehmenden Station ein*e Pflegeexpert*in ernannt, um gemeinsam mit den Forschenden den Veränderungsprozess voranzutreiben und

¹¹⁸ Vgl. Steg, G. et al. (2012), S. 2574 f.

¹¹⁹ Vgl. Stanfield, L. (2018), S. 2

¹²⁰ Vgl. Peterson, E. et al. (2009), S. 491

¹²¹ Vgl. Maliszewski, B. et al. (2020), S. 7

¹²² Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 2

¹²³ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 2

die Implementierung in die Praxis sicherzustellen. Die Teilnehmenden wurden ebenfalls in ihren Mitgestaltungsmöglichkeiten für die Qualitätsentwicklungsprozesse geschult. Es wurden Poster über die wichtigsten Inhalte der Onlineschulung angebracht und in monatlichen Meetings wurden durch die zuständigen Pflegeexpert*innen neue Fallstudien zum Thema vorgestellt und Feedback eingeholt.¹²⁴ Die Online-Fortbildung wurde von drei Pflegedozent*innen anhand von Vorgaben der AHA entwickelt und durchgeführt. Das Fortbildungskonzept wurde von einem externen Expert*innenteam validiert und erst nach einem erfolgreichen Pretest mit 126 Pflegefachpersonen für die Studie freigegeben. 15 Monate nach Studienbeginn (T2) wurden alle teilnehmenden Pflegefachpersonen erneut um die Teilnahme an der Onlinebefragung zu ihren EKG-Kompetenzen gebeten. Über einen Zeitraum von sechs Monaten werteten Funk et al. die Daten zum Einfluss der Studie auf das Patient*innen-Outcome aus. Als messbare Größen wurden hierbei die Mortalitätsrate, das Auftreten von akuten Herzinfarkten während des Klinikaufenthalts, Laborparameter und das Überleben eines Herzstillstands identifiziert und erhoben. Um eine Aussage über die Versorgungsqualität treffen zu können, wurden die Pflegehandlungen auf jeder teilnehmenden Station fünf Tage lang von einer Pflegewissenschaftlerin oder eines Pflegewissenschaftlers überprüft. Diese achteten auf den richtigen Umgang bei der EKG-Erhebung, das richtige Anbringen der Elektroden und die Vorgehensweise bei der EKG-Einschätzung.¹²⁵ Die Pflegefachpersonen der zweiten Gruppe wurden ebenfalls befragt und evaluiert, obwohl sie innerhalb der ersten 15 Monate keine Interventionen erhalten hatten. Sie dienten somit als Kontrollgruppe für die erste Phase der PULSE-Studie. Die Pflegefachpersonen der Gruppe 2 erhielten im Anschluss an die Datenerhebung in T2 nun ebenfalls die bereits beschriebenen Interventionen und konnten somit auch als Interventionsgruppe betrachtet werden. Nach weiteren 15 Monaten (T3) wurde die letzte Datenerhebung durchgeführt. Alle Pflegefachpersonen nahmen ein drittes Mal an der Online-Befragung zur Erhebung der EKG-Kenntnisse teil. Während Gruppe 2 die Interventionen in den vergangenen 15 Monaten umgesetzt hatte, wurden in Gruppe 1 die langfristigen Auswirkungen der Schulungsinterventionen erforscht. Beide Gruppen wurden aufgrund ihrer Ergebnisse zu T1 (zu Studienbeginn) und zu den Ergebnissen in Folge der Intervention bewertet (Gruppe 1 zu T2 und Gruppe 2 zu T3). Die Erkenntnisse der Kontrollphase von Gruppe 2 zum Zeitpunkt T2 und Gruppe 1 zum Zeitpunkt T3 wurden zur Relativierung der Ergebnisse verwendet.¹²⁶

Funk et al. beschreiben in Folge der Intervention eine signifikante Verbesserung der EKG-Kenntnisse aller teilnehmenden Pflegefachpersonen, obgleich die Erhebung der Ausgangsdaten die literaturbasierte Hypothese bestätigte, dass Pflegefachpersonen ohne regelmäßige EKG-Schulungen ein Defizit in der Erkennung von abnormalen Rhythmen und Notfall-EKGs haben. Zum Zeitpunkt T1 konnten die

¹²⁴ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 3

¹²⁵ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 3 f.

¹²⁶ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 3 f.

Teilnehmenden in Gruppe 1 eine Punktzahl von 49,2/100 und die Teilnehmenden der Gruppe 2 einen Score von 49,4/100 erzielten. Diese Erkenntnisse bestärkten die Forschenden in der Notwendigkeit der Interventionsschulungen.¹²⁷ Funk et al. beschreiben in ihrer Arbeit eine heterogene Untersuchungspopulation in beiden randomisierten Gruppen, obgleich 89 % der Teilnehmenden Frauen waren. Das durchschnittliche Alter lag bei 37,5 Jahren und die Pflegefachpersonen hatten im Durchschnitt acht Jahre Berufserfahrung. 72 % der Befragten gaben einen akademischen Abschluss im Bereich der Pflege an und etwa die Hälfte der Pflegefachpersonen (48,6 %) gaben an, über angemessene EKG-Kenntnisse zu verfügen.¹²⁸ In Folge der Intervention konnte bei der erneuten Befragung ein Score von 70,2/100 in Gruppe 1 (zum Zeitpunkt T2) und eine Punktzahl von 71/100 in Gruppe 2 (zum Zeitpunkt T3) beobachtet werden. Diese Ergebnisse weisen auf eine signifikante Verbesserung und die gesteigerte Kompetenz der Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Erhebung und -Einschätzung hin. Die Erkenntnisse der Baseline-Befragung und der Interventionskontrolle zeigen eine ähnliche Entwicklung in beiden Untersuchungsgruppen auf. Es wurde zwischen den Gruppen kein signifikanter Unterschied bezüglich der demografischen Daten wie Alter, Berufserfahrung und Einsatzgebiet festgestellt. Der gute Wissensstand konnte in der Follow-Up-Befragung nicht erneut bestätigt werden. Die Pflegefachpersonen der Gruppe 1 konnten durchschnittlich noch 59,4/100 Punkten (zum Zeitpunkt T3) erzielen, was auf eine Abnahme der EKG-Kenntnisse über die Zeit hindeutet.¹²⁹ Im Zusammenhang mit der Versorgungsqualität konnten die Pflegewissenschaftler*innen während der fünftägigen Hospitation die Behandlung von insgesamt 4587 Patient*innen beobachten. Der häufigste Aufnahmegrund war hierbei der akute Myokardinfarkt. Die Forschenden stellten fest, dass bei 77 % aller Patient*innen die EKG-Erhebung exakt nach den Vorgaben durchgeführt wurde. Der akkurate Umgang beim Anbringen der Elektroden konnte durch die Intervention bei beiden Gruppen signifikant gesteigert werden ($x > 90$ %). Die positiven Auswirkungen konnten bei Gruppe 1 (zum Zeitpunkt T3) erneut beobachtet werden ($x = 87$).¹³⁰ Die richtige Vorgehensweise bei der EKG-Erhebung stellt hierbei einen wichtigen Faktor für die Qualität der EKG-Auszüge dar und wirkt sich direkt auf die EKG-Einschätzungen aus.¹³¹

Im Umgang mit der EKG-Beobachtung konnten die Forschenden ebenfalls eine signifikante Verbesserung feststellen. Die Pflegefachpersonen identifizierten Notfall-EKG-Rhythmen (VT, Vorhof-Flattern/Flimmern, STEMI und AV-Block 3. Grades) zu 82 % in beiden Gruppen und durch die Intervention konnte diese Notfallkompetenz auf über 97 % in beiden Gruppen angehoben werden. Das hohe Maß

¹²⁷ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 8

¹²⁸ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 5

¹²⁹ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 9

¹³⁰ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 5

¹³¹ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 8

an Sensitivität beim Erkennen von Notfall-Rhythmen konnte auch in der Follow-Up-Befragung der Pflegefachpersonen aus Gruppe 1 (zum Zeitpunkt T3) gehalten werden.¹³² Der Umgang mit der Identifikation und Überwachung des ST-Segments und der QT-Zeit wurde ebenfalls als signifikant besser beschrieben. Die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität durch frühzeitiges Eingreifen bei abnormalen EKG-Rhythmen scheinen durch die Intervention gesteigert. Im Rahmen der Auswirkungen auf die Patient*innen-Outcomes konnten 84392 individuelle Fälle untersucht werden. Funk et al. konnten keine signifikanten Auswirkungen auf die Mortalitätsrate in den Akutkrankenhäusern feststellen und führen dieses Ergebnis auf fehlende Daten für die nachstationäre Behandlung zurück. Die Patient*innen erlitten in Folge der Intervention signifikant weniger akute Myokardinfarkte während des Klinikaufenthalts. Das Risiko, einen akuten Myokardinfarkt während der stationären Behandlung zu erleiden, konnte durch die Intervention um durchschnittlich 30 % gesenkt werden. Die Forschenden konnten keine signifikanten Auswirkungen der Intervention auf das Überleben eines Herzstillstandes feststellen. Obwohl statistisch das Risiko, unter Reanimationsbedingungen im Krankenhaus zu versterben, von 47,9 % (in Gruppe 2 zum Zeitpunkt T1) auf 22,6 % (zum Zeitpunkt T3) gesenkt wurde, konnte keine sichere Kausalität mit der durchgeführten Intervention festgestellt werden.¹³³

Anhand der vorliegenden Literatur lassen sich die Auswirkungen durch die Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Diagnostik folgendermaßen beschreiben. Die Maßnahmen zur Reduktion des behandlungsfreien Intervalls ermöglichen dem medizinischen Fachpersonal die schnellstmögliche und adäquate Behandlung von Patient*innen mit erkannten ACS-Beschwerden. Die positiven Auswirkungen einer zeitorientierten Behandlung bei kardiovaskulären Notfällen wurden in Kapitel 5.2 beschrieben. Um eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen und einen positiven Einfluss auf das Patient*innen-Outcome zu nehmen, sind eine hohe Fachkompetenz von Pflegefachpersonen im Umgang und der Einschätzung von Notfall-EKGs unerlässlich (siehe Kapitel 5.3). Dass Pflegefachpersonen unter den richtigen organisatorischen Bedingungen und mit ausreichenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Lage sind, eine sehr gute EKG-Ersteinschätzung zu leisten, wurde ebenfalls in Kapitel 5.3 erläutert. Die Erkenntnisse der PULSE-Studie zeigen auf, dass mittels gezielter Qualitätsentwicklungsprozesse und EKG-Schulungen die Fachkompetenz der Pflegenden langfristig gesteigert werden kann. Besonders signifikante Verbesserungen konnten im Umgang und bei der Erhebung von EKGs sowie der Identifikation von Notfallrhythmen aufgezeigt werden.¹³⁴ Das frühzeitige Erkennen und die sensibilisierte Wahrnehmung kann bei potenziell lebensbedrohlichen kardiovaskulären Ereignissen zu einer

¹³² Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 6

¹³³ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 6

¹³⁴ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 5

Reduktion der innerklinischen Herzinfarkte geführt haben.¹³⁵ Pflegefachpersonen sollten daher ausreichende Kompetenzen besitzen, spezielle Notfall-Rhythmen in einem EKG zu identifizieren, um die bestmögliche Versorgung für die anvertrauten Patient*innen zu gewährleisten. Um die Auswirkungen von Interpretationshilfen auf die Qualität der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen in die Betrachtung der vorliegenden Arbeit einzuschließen, werden im folgenden Kapitel die Vorgehensweise bei der EKG-Ersteinschätzung sowie die Anwendung von Assessmenthilfen aufgeführt.

5.5 EKG-Beobachtungsleitfaden

Laut Pelter et al. reicht es im Rahmen der EKG-Einschätzung nicht aus, dass Pflegefachpersonen pathologische EKG-Rhythmen wie einen STEMI nur identifizieren können und daraufhin die ärztlichen Kolleg*innen über die Notfallsituation informieren. Das spezielle Fachwissen über die vermutete Lokalisation der Ischämie kann direkte Auswirkungen auf die weitere Notfallversorgung haben. Bei Patient*innen mit einem identifizierten Vorderwandinfarkt muss der sofortige Stopp einer Volumengabe erwägt werden, wohingegen bei Patient*innen mit einem rechtsventrikulären Infarkt eine zeitnahe Volumengabe indiziert sein kann. Das Pflegefachpersonal muss demnach in der Lage sein, spezielle Notfall-EKG-Rhythmen zu differenzieren und das Patient*innen-Outcome durch die sofortige Einleitung einer adäquaten Notfallversorgung bestmöglich zu beeinflussen.¹³⁶ Um Pflegefachpersonen bei der EKG-Ersteinschätzung zu unterstützen, werden im folgenden Abschnitt die Auswirkungen der identifizierten Interpretationshilfe auf die Qualität der EKG-Einschätzung aufgeführt und eine literaturbasierte Herangehensweise an die Bewertung eines Notfall-EKGs dargestellt. Aus dem letzten Kapitel ist hervorgegangen, dass eine hohe Fachkompetenz von Pflegefachpersonen bei der Einschätzung von Notfall-EKGs unerlässlich ist, um eine hohe Versorgungsqualität in Akutkrankenhäusern sicherzustellen und einen positiven Einfluss auf das Patient*innen-Outcome zu nehmen. Die in Kapitel 5.3 beschriebene Befragung von Pelter et al. zu den Auswirkungen der „MI Vision Rule“-Interpretationshilfe auf die EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen in den USA hat gezeigt, dass die Teilnehmenden (n = 75) vor der Intervention eine sehr gute Grundkompetenz bei der Identifikation eines STEMI mittels Notfall-EKG aufwiesen.¹³⁷ Die Pflegefachpersonen waren in der Lage, in 91 % der Fälle einen STEMI in den sechs EKG-Auszügen richtig zu identifizieren, was auf eine hohe Sensitivität bei der Erkennung eines Herzinfarkts hindeutet. Pelter et al. ließen die Befragten ebenfalls die vermutete Lokalisation der Ischämie beschreiben und fanden heraus, dass die Pflegefachpersonen nur 12,5 % der abgebildeten

¹³⁵ Vgl. Funk, M. et al. (2017), S. 8 f.

¹³⁶ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 223

¹³⁷ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 222

Myokardinfarkte richtig zuordnen konnten. Die Forschenden beschreiben eine niedrige Spezifität der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen bei der exakten Eingrenzung der Ischämiestelle.¹³⁸ Um die Auswirkungen einer korrekten Anwendung der „MI Vision Rule“-Interpretationshilfe auf die EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen zu untersuchen, erhielten die Teilnehmenden im Anschluss an die erste Befragung eine leitfadengestützte Einzelunterweisung durch ein Mitglied der Forschenden. In der zehnminütigen Einführung in die richtige Anwendung der Interpretationshilfe wurde ein besonderer Schwerpunkt auf die alltägliche Verwendung der „MI Vision Rule“ bei der Einschätzung von Notfall-EKGs gelegt. Die „MI Vision Rule“-Interpretationshilfe stellt hierbei eine etwa DIN-A4-große Abbildung von physiologischen sowie pathophysiologischen Darstellungen des PQRST-Komplexes dar. Die Besonderheit der Interpretationshilfe ist die farbliche Darstellung der unterschiedlichen Ableitungen des 12-Kanal-EKGs, welche bei korrekter EKG-Erhebung eine Zuordnung zu den Koronargefäßen ermöglicht. Durch die farbliche Zuordnung können die Anwender*innen bei der Identifikation von abnormalen EKG-Rhythmen in aufeinanderfolgenden Ableitungen die wahrscheinlichste Verschlussstelle ablesen und die Notfallbehandlung dementsprechend anpassen.¹³⁹ Ein weiteres Merkmal der Interpretationshilfe ist ein beigefügtes Transparent, welches es ermöglicht, das zu beobachtende EKG unter die Folie zu legen und die Interpretationshilfe somit direkt auf das Notfall-EKG zu projizieren.

Im Anschluss an die Intervention wurden die Teilnehmenden erneut gebeten, die gleichen sechs EKG-Beispiele unter Verwendung der „MI Vision Rule“-Interpretationshilfe einzuschätzen. Den 75 Pflegefachpersonen wurden die Ergebnisse aus der ersten Befragung nicht mitgeteilt, sodass sie in der Lage waren, die EKG-Einschätzungen in anderer Reihenfolge und unter Berücksichtigung der neuen Herangehensweise durchzuführen.¹⁴⁰ Die Befragten konnten in Folge der Intervention 97 % der STEMIs richtig identifizieren, was die hohe Sensitivität aus dem Pretest erneut bestätigte. Bei der Einschätzung der genauen Verschlussstelle konnten die Pflegefachpersonen nach der Intervention 38 % der abgebildeten Herzinfarkte richtig zuordnen. Die Ergebnisse weisen auf eine signifikante Verbesserung der Spezifität der Teilnehmenden bei der richtigen Zuordnung der Verschlussstelle unter der Zuhilfenahme der „MI Vision Rule“-Interpretationshilfe hin, obgleich die Ergebnisse weiterhin die Defizite von Pflegefachpersonen in der vollständigen Interpretation eines Notfall-EKGs aufzeigen.¹⁴¹ Pelter et al. beschreiben in ihren Ergebnissen, dass die 75 Pflegefachpersonen einen Herzinfarkt mittels Notfall-EKG bereits vor der Intervention in nahezu allen Fällen richtig identifizieren konnten, jedoch aufgrund der identifiziert niedrigen Spezifität häufig auch andere EKG-Rhythmen (Linksschenkelblock, Rückbildungs-

¹³⁸ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 223

¹³⁹ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 219 f.

¹⁴⁰ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 220

¹⁴¹ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 222 f.

störungen und physiologische EKGs) fälschlicherweise als STEMI erkannten. Die Kompetenz der Befragten zur Identifikation der vermuteten Ischämie Stelle konnte durch die Intervention signifikant gesteigert werden, obwohl mehr als die Hälfte der befragten Pflegefachpersonen weiterhin nicht in der Lage waren, die vermutete Verschlussstelle richtig zu benennen. Die Überinterpretation von nicht-ischämischen EKGs kann hierbei zu einer vermeidbaren Ressourcenbindung und möglicherweise zu einer Überbehandlung der Patient*innen führen und sollte von den Anwender*innen stets berücksichtigt werden.¹⁴² Die in Kapitel 5.3 beschriebenen Ergebnisse werden durch die Erkenntnisse dieser Studie zusätzlich untermauert. Die Studienergebnisse wurden der AHA vorgelegt, woraufhin die „MI Vision Rule“-Interpretationshilfe als validiertes Hilfsmittel zur Identifikation von ST-Strecken-Veränderungen aufgenommen wurde. Pelter et al. bezeichnen die „MI Vision Rule“-Interpretationshilfe als einfach anzuwendendes und kostengünstiges Hilfsmittel, um die Identifikation von vermuteten Ischämie Stellen durch Pflegefachpersonen zu steigern.¹⁴³

5.5.1 Die fünf Schritte der EKG-Einschätzung

Um Pflegefachpersonen in deutschen Akutkrankenhäusern bei der Herangehensweise an die EKG-Erst-einschätzung zu unterstützen, wird in dem folgenden Abschnitt ein Schritt-für-Schritt-Leitfaden mit fünf Schwerpunkten der EKG-Beobachtung vorgestellt. Das Vorgehen wird anhand der identifizierten Literatur nach McGrath und Sampson sowie Trappe und Schuster beschrieben.

In dem 2018 veröffentlichten Artikel „Electrocardiograms: a Guide to Rhythm Recognition for Emergency Nurses“ beschreiben die Autoren Anthony McGrath und Michael Sampson die angespannte Personalsituation in britischen Akutkrankenhäusern. Diese führt zu einer zunehmenden Verzögerung in der Auswertung von Notfall-EKGs, da nicht ausreichend qualifiziertes Fachpersonal in der Lage ist, zeitnah eine aussagekräftige EKG-Einschätzung leisten zu können. Die Autoren fordern daher, die EKG-Interpretationsfähigkeiten des Pflegefachpersonals in der Notaufnahme zu verbessern und dieses vermehrt in den Beurteilungsprozess miteinzubeziehen.¹⁴⁴ Laut den Autoren ist ein systematisches Vorgehen unerlässlich, um das Verständnis und die Fähigkeit zu erlangen, ein EKG zuverlässig zu interpretieren. Hierbei genügt es nicht, sich auf das Identifizieren von abnormalen EKG-Rhythmen zu beschränken. Ziel des fünfschrittigen Vorgehens ist es, das Pflegefachpersonal in die Lage zu versetzen, häufig auftretende physiologische sowie pathophysiologische Herzrhythmen zu verstehen und auf einem EKG-Auszug wiederzuerkennen.¹⁴⁵ Um die Methode nach McGrath und Sampson in den Kontext

¹⁴² Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 223

¹⁴³ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 224

¹⁴⁴ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 21

¹⁴⁵ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 21

der EKG-Interpretation in Deutschland zu setzen, wird die Vorgehensweise durch die anerkannte Fachliteratur nach Hans-J. Trappe und Hans-P. Schuster ergänzt. Die beiden Autoren richten sich in ihrem Fachbuch „EKG-Kurs für Isabel“ gezielt an Studierende der Gesundheitsberufe, die sich während oder nach dem Studium mit der EKG-Interpretation auseinandersetzen. Mit ihrem Werk, welches inzwischen in der siebten Auflage beim Thieme Verlag Stuttgart erschienen ist, haben sich die Autoren das Ziel gesetzt, durch ein systematisches Vorgehen anhand praxisbezogener Beispiele, den Lesenden die Beurteilung von EKGs verständlich zu machen.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 5 f.

5.5.2 Notwendige Vorkenntnisse zur EKG-Einschätzung

Die Pflegefachkräfte sollten im Vorfeld ein gutes Fachwissen über die Anatomie und Physiologie des Herzens besitzen. Außerdem benötigen die Pflegefachpersonen ein gutes Verständnis für die elektrische Reizweiterleitung am Herzen sowie die abgeleitete Darstellung auf einem EKG-Auszug, damit sie Rhythmusstörungen und pathologische EKG-Abbildungen zuverlässig identifizieren können.¹⁴⁷ Der Depolarisationsablauf einer Herzmuskelzelle sowie die Funktionsabschnitte des PQRS-Komplexes gehören ebenfalls zu den Grundlagen der EKG-Kenntnisse.¹⁴⁸ Die fachgemäße Ableitung eines EKGs beeinflusst maßgeblich die Qualität der EKG-Darstellung und wurde bereits in den vorherigen Kapiteln 5.2 und 5.4 als Grundvoraussetzung identifiziert. Mit Hilfe der folgenden fünf Interpretationsschritte sollen Pflegefachpersonen in der Lage sein, wesentliche Veränderungen des physiologischen Grundrhythmus zu erkennen.

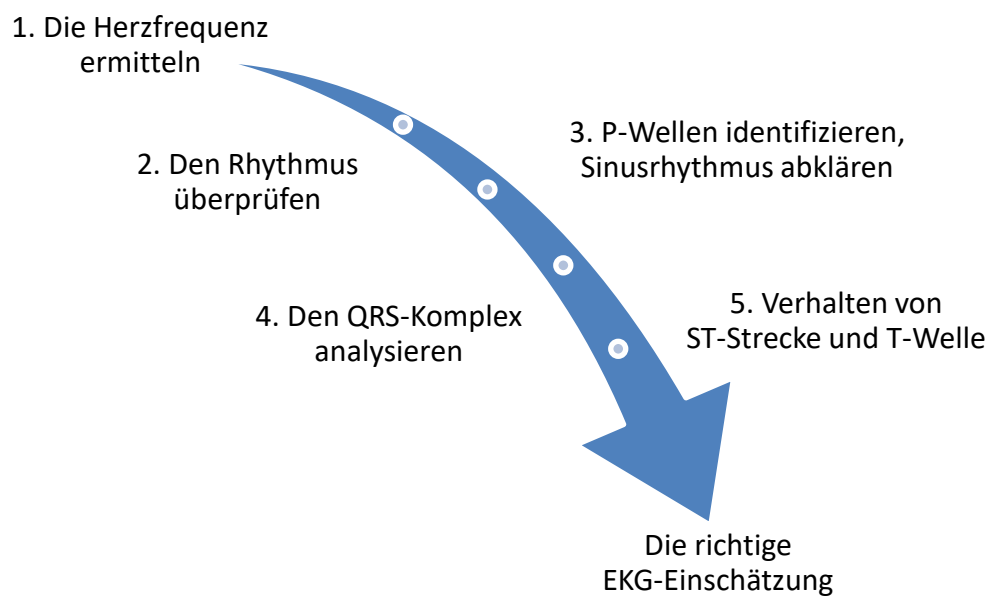


Abb. 2 Schematische Darstellung der fünf Interpretationsschritte¹⁴⁹

¹⁴⁷ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 21

¹⁴⁸ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S.12 f.

¹⁴⁹ Eigene Darstellung

5.5.3 Schritt 1: Die Herzfrequenz ermitteln

Zu Beginn der EKG-Einschätzung untersucht man, welche Herzfrequenz auf dem EKG-Auszug vorliegt. Das EKG stellt eine horizontale Zeitachse dar und wird somit immer von links nach rechts abgelesen.¹⁵⁰ Hierbei ist es wichtig zu verstehen, dass es zwei unterschiedliche Aufzeichnungseinheiten für EKGs gibt. In Deutschland wird üblicherweise die Einheit 50 mm/sek verwendet, bei der jedes kleine Quadrat (1 mm) exakt 0,02 sek. (20 Millisekunden (msek)) entspricht.¹⁵¹ Da McGrath und Sampson in ihren fünf Interpretationsschritten die 25 mm/sek EKG-Aufzeichnung verwendeten, wurden die Zahlen für diese Arbeit angepasst. Die vertikale Achse gibt in beiden Fällen den Ausschlag der Amplitude an, bei der 1 mm exakt 0,1 mVolt entspricht.^{151,152} Die physiologische Herzfrequenz eines erwachsenen Menschen sollte in Ruhe zwischen 60 und 100 Schlägen pro Minute liegen. Um sowohl die Herzfrequenz bei rhythmischen als auch arrhythmischen EKGs ermitteln zu können, empfiehlt sich die Betrachtung der abgebildeten QRS-Komplexe über sechs Sekunden, was auf einem fortlaufenden EKG-Auszug (50 mm/sek) 30 cm in Anspruch nimmt. Nach der Markierung des gewählten Abstands werden die Anzahl der QRS-Komplexe innerhalb dieses Abschnitts bestimmt (s. Abb. 3). Um die Herzfrequenz in der alltagsüblichen Einheit „Schläge pro Minute“ angeben zu können, wird das Ergebnis der identifizierten QRS-Komplexe mit zehn multipliziert (6 sek * 10 = 1 min).¹⁵² Das ermittelte Ergebnis kann zur Kontrolle mit der elektronisch errechneten Herzfrequenz auf dem EKG-Monitor abgeglichen werden. Mit einer Frequenzanalyse kann zusätzlich ermittelt werden, ob in dem vorliegenden EKG eine Tachykardie, Bradykardie oder ein normaler Herzrhythmus vorliegt.

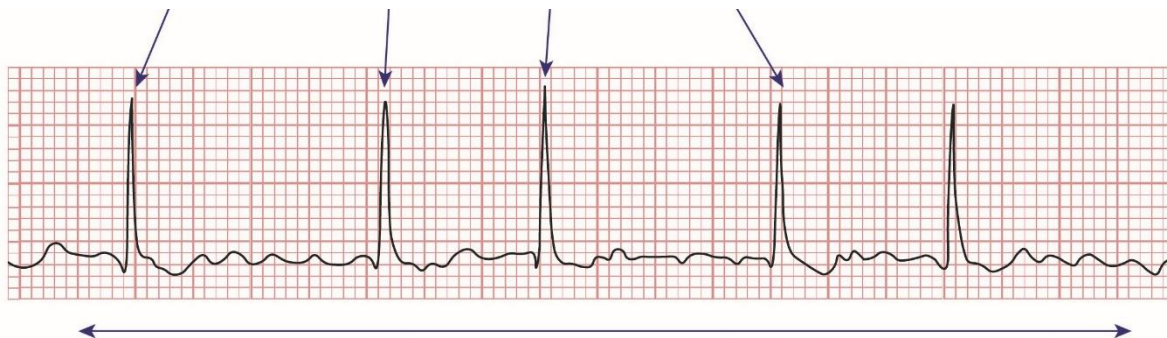


Abb. 3 Schritt 1: Die Herzfrequenz ermitteln¹⁵³

¹⁵⁰ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 22

¹⁵¹ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 15

¹⁵² Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 22

¹⁵³ In Anlehnung an: McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 22

5.5.4 Schritt 2: Den Rhythmus überprüfen

Um festzustellen, ob ein physiologischer Herzrhythmus vorliegt, werden auf dem EKG-Auszug die QRS-Komplexe identifiziert.¹⁵⁴ Der QRS-Komplex stellt hierbei die Erregungsausbreitung während der Kammerkontraktion dar.¹⁵⁵ Bei einem normalen Herzrhythmus sollten die QRS-Komplexe in regelmäßigen Abständen auftreten. Mit einem unbeschriebenen Blatt Papier kann man auf einfache und zuverlässige Art und Weise feststellen, ob der vorliegende Rhythmus regelmäßig (rhythmisch) ist. Hierzu werden drei aufeinanderfolgende R-Zacken des QRS-Komplexes auf dem Blatt Papier markiert (s. Abb. 4). Das Papier wird oberhalb des EKG-Rhythmus positioniert, damit der Abstand zwischen den R-Zacken in der fortlaufenden Aufzeichnung abgeglichen werden kann. Wenn die markierten Abstände zwischen den einzelnen QRS-Komplexen in der fortlaufenden Aufzeichnung übereinstimmen, liegt ein regelmäßiger Rhythmus vor. Sollte der Rhythmus unregelmäßig sein, kann eine Abweichung bei den markierten Abständen festgestellt werden.¹⁵⁶

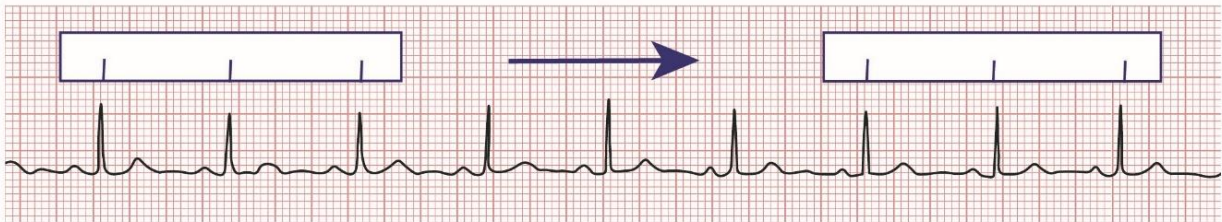


Abb. 4 Schritt 2: Den Rhythmus überprüfen¹⁵⁷

¹⁵⁴ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 22

¹⁵⁵ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 25

¹⁵⁶ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 22

¹⁵⁷ In Anlehnung an: McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 22

5.5.5 Schritt 3: P-Wellen identifizieren, Sinusrhythmus abklären

Die P-Welle bildet in einem EKG-Auszug die Erregungsausbreitung über den linken und rechten Vorhof ab.¹⁵⁸ Sie wird durch einen regelmäßigen Impuls des Sinusknotens ausgelöst. Die P-Welle wird als kleine, (halb-)runde oder zeltförmige Welle abgebildet, die in ihrer Höhe 2,5 mm nicht überschreiten sollte.¹⁵⁹ Die physiologische Dauer liegt zwischen 50-100 msek (2,5-5 kleine Kästchen).¹⁶⁰ Jede P-Welle sollte auf dem EKG gleich abgebildet sein. Um festzustellen, ob ein physiologisches EKG vorliegt, sollte überprüft werden, ob P-Wellen identifiziert werden können, ob diese regelmäßig auftreten und vor jedem QRS-Komplex vorhanden sind. Die P-Wellen sollten auf ihre Form und Dauer überprüft werden.¹⁶¹

Um ein normales EKG festzustellen, wird überprüft, ob ein regelmäßiger und normofrequenter Sinusrhythmus vorliegt. Hierfür sollte die Vorhofausbreitung über klar abgegrenzte P-Wellen sichtbar sein. Zusätzlich ist zu überprüfen, ob die Intervalle zwischen den P-Wellen regelmäßig sind, und ob auf jeden Impuls eine Kammererregung (QRS-Komplex) folgt.¹⁶² Um Überleitungsstörungen auszuschließen, überprüft man die PQ-Zeit, welche zwischen 120 und 200 msek (6-10 kleine Kästchen) liegen sollte. Können alle Punkte bejaht werden, liegt ein reiner Sinusrhythmus vor.¹⁶²

5.5.6 Schritt 4: Den QRS-Komplex analysieren

Die R- und S-Zacke werden in einem normalen EKG als charakteristisch schmale Spitzen abgebildet und stellen die Erregungsausbreitung des Kammermyokards dar. Bei der Betrachtung des QRS-Komplexes wird zusätzlich immer das Verhalten der Q-Zacke mitbestimmt. Diese beschreibt in einem EKG die Initialisierung der Kammererregung. Eine physiologische QRS-Dauer sollte zwischen 60 und 100 msek betragen (3-5 kleine Kästchen).¹⁶³ Bei einer Veränderung des QRS-Komplexes wird zwischen zwei verschiedenen Merkmalen unterschieden. Ein verbreiteter QRS-Komplex ($x > 100$ msek) weist auf eine pathologische Reizweiterleitungsstörung im Ventrikel hin, oder dass der Rhythmus innerhalb der Ventrikel selbst entstanden ist.

¹⁵⁸ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 18

¹⁵⁹ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 23

¹⁶⁰ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 18

¹⁶¹ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 23

¹⁶² Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 18, 34

¹⁶³ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 22

Eine Deformation des QRS-Komplexes deutet auf gegenläufig auftretende Strömungsflüsse der elektrophysiologischen Ausbreitung im Ventrikel hin.¹⁶⁴ Die Analyse des QRS-Komplexes gibt einen Einblick darüber, ob eine funktionierende Erregung des Kammermyokards stattfindet oder nicht. Hierdurch lassen sich auch Rückschlüsse auf die Pumpleistung des Herzens ziehen.¹⁶⁵

5.5.7 Schritt 5: Verhalten von ST-Strecke und T-Welle

Durch die Einschätzung der ST-Strecke und der T-Welle lässt sich die intraventrikuläre Erregungsrückbildung beschreiben. Dieser Schritt ist besonders in der frühzeitigen Erkennung eines STEMI wichtig. Hierbei wird die Abweichung der normalweise isoelektrisch verlaufenden ST-Strecke in den Zusammenhang mit Veränderungen der T-Welle gebracht.¹⁶⁶ Bei einem akuten ST-Strecken-Hebungsinfarkt kann neben den eindrücklichen körperlichen Symptomen die in Abb. 5 deutliche Anhebung des ST-Segments erkennbar sein. Für eine aussagekräftige EKG-Ersteinschätzung ist es wichtig, alle Ableitungen des EKGs zu betrachten, da über das Auftreten der ST-Strecken-Hebungen in den unterschiedlichen Ableitungen schon vor einer Koronarangiografie die Ischämiestelle mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bestimmt werden kann¹⁶⁷ (s. Kapitel 5.5). Typische Merkmale für einen STEMI sind das Fehlen einer S-Zacke. Dies ist durch den direkten Übergang der ST-Strecke aus einer absinkenden R-Zacke bedingt.¹⁶⁸ Ein weiteres Merkmal für einen akuten Herzinfarkt kann das „Erstickungs-T“, eine hochpositive, den QRS-Komplex übersteigende T-Welle sein. Dieses Phänomen kann auf eine beträchtliche Durchblutungsstörung des Kammermyokards hinweisen.¹⁶⁹

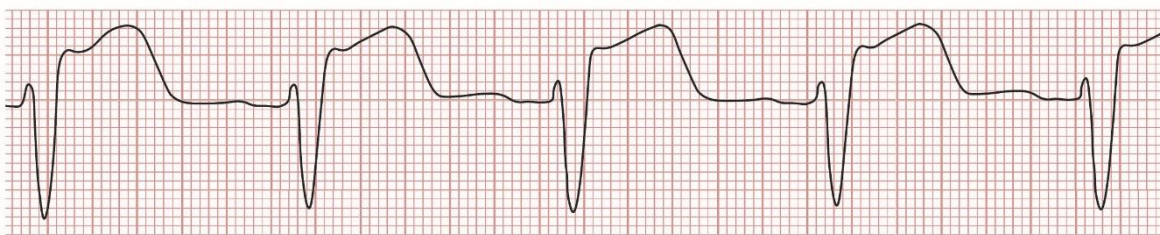


Abb. 5 Akuter Myokardinfarkt¹⁷⁰

¹⁶⁴ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 23

¹⁶⁵ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 52 f.

¹⁶⁶ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 23 f.

¹⁶⁷ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 76 f.

¹⁶⁸ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 24

¹⁶⁹ Vgl. Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 76

¹⁷⁰ In Anlehnung an: Trappe, H.J.; Schuster, H.P. (2017), S. 201

Die Anwendung dieser fünfschrittigen Methode kann als Leitfaden dienen, um Pflegefachpersonen dabei zu unterstützen, Notfall-EKGs systematisch zu betrachten und einzuschätzen. Das frühzeitige Erkennen von pathologischen EKG-Rhythmen ermöglicht eine zeitnahe und adäquate Behandlung der Patient*innen.¹⁷¹ Hierbei scheint es für die EKG-Einschätzung unerlässlich, dass sich Pflegefachpersonen intensiv mit der Fachliteratur auseinandersetzen und das Fachwissen über behandlungsbedürftige Notfallrhythmen und ihre EKG-Abbildung erlangen. McGrath und Sampson beschreiben die Rolle des Pflegefachpersonals im Rahmen der Notfallversorgung als bedeutsam, um das Patient*innen-Outcome positiv zu beeinflussen und eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.¹⁷² Die Ergebnisse dieses Kapitels wurden als Broschüre für die Erarbeitung eines klinikinternen Leitfadens zusammengefasst und im Anhang 6 abgebildet.

6 Empfehlungen für das Setting einer deutschen Notaufnahme

Aus den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit lassen sich Handlungsempfehlungen für das Setting in deutschen Notaufnahmen ableiten. Im folgenden Kapitel werden Vorschläge zur Bedarfserfassung und Qualitätsentwicklung im Rahmen der EKG-Einschätzungen durch Pflegefachpersonen vorgestellt und messbare Ziele zur Gestaltung eines angestrebten Veränderungsprozesses formuliert. Hierbei wird der Fokus besonders auf die Methodik und die theoretische Durchführung gelegt. Die im Folgenden formulierten Empfehlungen erscheinen besonders relevant für Behandlungsteams in Akutkrankenhäusern, welche weder über eine kardiologische Akutstation noch ein Herzkatheterlabor verfügen. Für dieses Setting ist die frühzeitige Erkennung von kardiologischen Notfällen unerlässlich, um Patient*innen mit akuten Symptomen zeitnah eine adäquate Behandlung zu ermöglichen. Für den Fall, dass eine Koronarangiographie für die Behandlung indiziert ist oder eine engmaschige stationäre Überwachung notwendig erscheint, muss eine unmittelbare Verlegung in die Kardiologie eines naheliegenden Akutkrankenhauses in Betracht gezogen werden. Mit dem Ziel der Qualitätsentwicklung und der Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität in deutschen Notaufnahmen können die folgenden Empfehlungen beschrieben werden.

6.1 Empfehlungen und deren Umsetzung

Um das Behandlungsteam der Notaufnahme über die Ergebnisse dieser Arbeit zu informieren, scheint es notwendig, die Zusammenfassung der Bachelorarbeit in Form eines Kurzvortrags vorzubereiten. Ziel

¹⁷¹ Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 28

¹⁷² Vgl. McGrath, A.; Sampson, M. (2018), S. 28

ist es, für das Thema einer zeitorientierten Versorgung von internistischen Notfallpatient*innen zu sensibilisieren und auf den potenziellen Bedarf einer zunehmenden Einbindung von Pflegefachpersonen in der EKG-Ersteinschätzung hinzuweisen. Feedback zur erstellten Broschüre könnte als Anregung genutzt werden, um das allgemeine Interesse an den erarbeiteten Ergebnissen zu steigern. Als Primärziel soll ein angeregter Austausch innerhalb des Behandlungsteams über die präsentierten Ergebnisse entstehen. Dabei sollen die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität und der Entwicklungsprozess von Pflegefachpersonen im Rahmen der EKG-Ersteinschätzung die zentrale Diskussionsgrundlage darstellen.

Um den tatsächlichen Bedarf für Veränderungsprozesse in der Notaufnahme festzustellen, werden belastbare Daten zu der geleisteten Patient*innen-Versorgung benötigt. Hierfür bietet sich an, gemäß den Studien in Kapitel 5.2, die „Door-to-ECG-Time“ bei internistischen Patient*innen mit thorakalen Beschwerden zu erheben, um zu einem späteren Zeitpunkt eine Aufstellung über die leitliniengerechte Versorgung von ACS-Patient*innen geben zu können. Das kurzfristige Ziel kann hierbei die Sensibilisierung des Behandlungsteams für die angestrebten Vorgaben der AHA und der ESC sein. Zusätzlich gilt es, die technischen Gegebenheiten in der Notaufnahme für eine Zeiterfassung zu überprüfen. Hierbei muss dokumentiert werden, ob eine zuverlässige Schnittstelle zwischen der Aufnahme von Notfallpatient*innen in die Dokumentationssoftware und dem Zeitstempel auf der EKG-Ableitung besteht, oder ermöglicht werden kann. Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention und um die benötigte Zustimmung für die angestrebten Veränderungsprozesse zu erhalten, gilt es in einer Befragung der Abteilungs-/Krankenhausleitung die Ziele für Qualitätsentwicklung und Veränderungsprozesse in der Pflege abzugleichen und zu legitimieren. Um die angestrebte Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung vorzubereiten, müssen der Kenntnisstand sowie die EKG-Kompetenzen der Pflegefachkräfte in der Notaufnahme erhoben werden. Hierbei sollten die in der Literatur identifizierten Stärken und Schwächen bei der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen nochmals überprüft werden. Weitere interessante Eckpunkte der Befragung könnten bereits erfolgte EKG-Kurse innerhalb der letzten fünf Jahre sein, eine Selbsteinschätzung im Umgang mit der EKG-Erhebung und -Bewertung sowie die Erhebung der intrinsischen Motivation, an einem EKG-Kurs teilzunehmen. Der angestrebte Zugewinn an Verantwortung im Rahmen der Patient*innen-Versorgung soll als Wertschätzung und Vertrauen gegenüber den Pflegefachpersonen kommuniziert werden.

Ergänzend zu den Ergebnissen wäre die Erarbeitung/Überprüfung einer, den AHA-Vorgaben entsprechenden, Fort- und Weiterbildungsmappe zu relevanten kardiologischen Notfällen mit ihren charakteristischen EKG-Abbildungen erstrebenswert. Eine Vorauswahl könnten hierbei die in der Literatur identifizierten EKG-Beispiele aus den validierten Fragebögen und den Beispielen nach McGrath und Samp-

son sowie Trappe und Schuster sein. Es gilt zu überprüfen, ob es bereits eine klinikinterne Pflegerichtlinie gibt, die das Handlungsschema bei Patient*innen mit thorakalen Beschwerden im Krankenhaus beschreibt. Als Anregung kann die zukünftige Nutzung von EKG-Interpretationshilfen in den Zielen ergänzt werden.

6.2 Anwendbarkeit und Überprüfbarkeit in der Praxis

Um die Empfehlungen in der Praxis überprüfbar zu machen und einen Maßstab an die formulierten Ziele anzulegen, wird im folgenden Abschnitt eine Einteilung anhand des Qualitätsmodells nach Donabedian beschrieben. Die Bewertung von Qualität in der Pflege geschieht hierbei durch die Validierung von (messbaren) Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Donabedian beschreibt in seinem Modell die Verkettung von Ereignissen, in der jeder Abschnitt eine notwendige Bedingung für die Erfüllung des nachfolgenden Ereignisses darstellt.¹⁷³ Dadurch entsteht ein kausaler Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen des Akutkrankenhauses, der erbrachten medizinischen Behandlung und dem erwarteten Patient*innen-Outcome.

¹⁷³ Vgl. Donabedian, A. (1966), S. 188

	Qualitätskriterien nach Donabedian
Strukturkriterien	<p>Die Pflegefachpersonen verfügen über das spezielle Wissen, ein Notfall-EKG richtig abzuleiten und können zwischen einem physiologischen und einem pathologischen Rhythmus differenzieren.</p> <p>Die Rahmenbedingungen ermöglichen die Nutzung von validierten Interpretationshilfen und ermöglichen einen interdisziplinären Austausch über die EKG-Einschätzungen.</p> <p>Die Pflegefachpersonen verfügen über die Kompetenz, Patient*innen mit thorakalen Beschwerden beim Aufnahmeprozess zu identifizieren und eine zeitorientierte EKG-Erhebung und -Einschätzung einzuleiten.</p> <p>Es wird eine interdisziplinär gültige Handlungsanweisung zur Versorgung von Patient*innen mit thorakalen Beschwerden durch die Rahmenbedingungen vorgegeben. Diese beinhaltet einen Einschätzungsleitfaden für Notfall-EKGs.</p> <p>Die Pflegefachpersonen verfügen über spezielles Wissen, unmittelbar die adäquaten Behandlungsschritte bei identifizierten Notfall-Rhythmen einzuleiten und die zuständigen ärztlichen Kolleg*innen hinzuzuziehen.</p>
Prozesskriterien	<p>Die Pflegefachpersonen sind für die Erhebung von symptomatischen sowie asymptomatischen ACS-Beschwerden bei internistischen Patient*innen sensibilisiert und dokumentieren das Ergebnis im Pflegeassessment.</p> <p>Die Pflegefachpersonen erheben bei Patient*innen mit thorakalen Beschwerden ein Notfall-EKG innerhalb der ersten zehn Minuten der Behandlung und führen die Ersteinschätzung anhand des vorgegebenen Leitfadens durch.</p> <p>Die Pflegefachpersonen nehmen aktiv an einem interdisziplinären Austausch über die EKG-Einschätzung teil und ziehen bei komplexen Fällen unmittelbar die Hilfe von Mitgliedern des Behandlungsteams hinzu.</p> <p>Die Pflegefachpersonen beteiligen sich an der Erhebung des Schulungsbedarfs und bringen eigenständige Vorschläge und Wünsche für die Gestaltung der Weiterbildungsangebote ein.</p>
Ergebniskriterien	<p>Alle Patient*innen, die im Akutkrankenhaus thorakale Beschwerden äußern, haben ein Notfall-EKG innerhalb von zehn Minuten erhalten und es liegt zu jedem EKG eine Ersteinschätzung sowie ein ärztlicher Befund vor.</p> <p>Pflegefachpersonen, bei denen während des Dienstes eine tägliche Auseinandersetzung mit der Erhebung und Einschätzung von Notfall-EKGs zu erwarten ist, können einen abgeschlossenen EKG-Kurs (nach AHA-Standard) innerhalb der letzten fünf Jahre vorweisen.</p> <p>Es liegt eine durch das Akutkrankenhaus erhobene Statistik über die durchschnittliche „Door-to-ECG-Time“, innerklinisch aufgetretene Herzinfarkte und die durchschnittliche Verweildauer von Patient*innen mit behandelten Herzinfarkten vor, die als Grundlage für die Rechtfertigung einer hohen Versorgungsqualität angeführt wird.</p> <p>Es liegt eine jährliche Erhebung des aktuellen Schulungsbedarfs für Pflegefachpersonen vor, die als Grundlage genutzt wird, um gezielt Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu planen und durchzuführen.</p>

Tab. 5 Qualitätskriterien nach Donabedian¹⁷⁴

¹⁷⁴ Eigene Darstellung

7 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, den Bedarf für die zunehmende Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung in deutschen Akutkrankenhäusern herauszuarbeiten und zu überprüfen, welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität entstehen könnten. Es wurden Lösungsansätze für das Setting in einer deutschen Notaufnahme vorgestellt und messbare Ziele für deren Umsetzung formuliert. Dazu wurden die Qualifikationen von Pflegefachpersonen überprüft, die grundlegend notwendig sind, um eine EKG-Ersteinschätzung leisten zu können. Außerdem wurde die Validität der EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen auf internationaler Ebene vorgestellt. Um Pflegefachpersonen bei der Herangehensweise an die EKG-Ersteinschätzung zu unterstützen, wurden fünf grundlegende Interpretationsschritte identifiziert und in einer Broschüre als Leitfaden zusammengefasst. Im folgenden Abschnitt werden die erarbeiteten Ergebnisse sowie die zugrundeliegende Literaturliste kritisch betrachtet und die Limitationen sowie Stärken dieser Arbeit beschrieben.

Die Reduktion des behandlungsfreien Intervalls im Rahmen der Notfallversorgung stellt sowohl für Patient*innen mit thorakalen Beschwerden als auch für die Akutkrankenhäuser ein erstrebenswertes Ziel dar, da eine Verzögerung der Behandlung nachweislich mit einer höheren Mortalität der Erkrankten korreliert.¹⁷⁵ Maliszewski et al. und Takakuwa et al. haben die zunehmende Verantwortungsübernahme von Pflegefachpersonen im Rahmen der Notfallversorgung zum Anlass genommen, um die „Door-to-ECG-Time“ von Notfallpatient*innen in der Notaufnahme den Zielvorgaben der AHA und der ESC anzupassen. In beiden Studien war die Kompetenzsteigerung des medizinischen Fachpersonals mittels Schulungen ein zentraler Aspekt der Intervention. Die Ergebnisse beider Studien sind dahingehend kritisch zu betrachten, da keine genauere Beschreibung der Schulungsinhalte offengelegt wird. Es bleibt unklar, welchen Schulungsbedarf die Forschenden identifiziert haben und ob die Fortbildungen anhand der AHA-Standards erstellt wurden. Im Rahmen der Studien wird ausgelassen, in welchem Maß die Reduktion des behandlungsfreien Intervalls eine positive Auswirkung auf die Versorgungsqualität hat, da der Fokus auf der Zeitersparnis liegt. Ob und in welchem Maß die Priorisierung der EKG-Diagnostik Auswirkungen auf die Verzögerung der sekundären Erhebungen (Blutentnahme, ausführliche Anamnese etc.) hat, wird nicht betrachtet. Zusätzlich werden mögliche Auswirkungen auf das Pflegepersonal durch die schnellen Handlungsabfolgen außer Acht gelassen. Stanfield konnte in ihrer Interventionsstudie nur eine geringe Proband*innen-Zahl rekrutieren und beschreibt eine hohe Fluktuation der Teilnehmenden während der Studierhebung. Hierdurch bleibt das tatsächliche Ergebnis unklar. In der Studie konnte lediglich eine Reduktion des behandlungsfreien Intervalls bei Patient*innen mit asymptomatischen ACS-Beschwerden erzielt werden.¹⁷⁶ Die drei Studien wurden alle in US-

¹⁷⁵ Vgl. McNamara, L. R. et al. (2006), S. 2183

¹⁷⁶ Vgl. Stanfield, L. (2018), S. 5

amerikanischen Akutkrankenhäusern durchgeführt, was auf eine gute Vergleichbarkeit der Rahmenbedingungen und des Patient*innen-Klientels hindeutet. Die direkte Übertragbarkeit der im Zwischenfazit formulierten Ergebnisse auf das deutsche Akutsetting muss besonders durch die Vielzahl unterschiedlicher Berufsqualifikationen des medizinischen Fachpersonals und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Behandlungsteams begrenzt werden. Besonders die unterschiedlichen EKG-Kompetenzen und die variierende Einbindung von Pflegefachpersonen in die Notfallversorgung deutet auf grundlegende Unterschiede der beiden Gesundheitssysteme hin. Bezüglich der Aussagekraft und Qualität wird der vorgestellten Studie von Stanfield ein niedriges bis mittleres Evidenzlevel beigemessen. Obwohl die literaturbasierte Problemstellung nachvollziehbar ist, sind die wechselnde Teilnehmendenzahl und eine fehlende Erhebung der EKG-Kompetenz der Pflegefachpersonen ausschlaggebend für die Bewertung. Den Studien von Maliszewski et al. und Takakuwa et al. wird ein mittleres bis hohes Evidenzlevel beigemessen, da einerseits eine literaturbasierte Problemstellung erarbeitet wurde und andererseits die durchgeführte Intervention sowie die langfristige Sicherung der Ergebnisse beschrieben werden. Es wurde eine repräsentative Probandenanzahl für die Untersuchung verwendet und die Ein-/Ausschlusskriterien sind beschrieben und nachvollziehbar.

Die vorliegenden Studien zur Validität der EKG-Einschätzung haben die unterschiedlichen EKG-Kompetenzen von Pflegefachpersonen auf internationaler Ebene aufgezeigt. Während des Vergleichs in Kapitel 5.3 sind die Unterschiede der präzisen Beurteilung und Identifikation von Notfall-EKGs in den Erhebungen deutlich geworden. Hierbei nimmt die Studie von Werner et al. eine Vorreiterrolle in der Erhebung der EKG-Kompetenzen von Pflegefachpersonen ein. Die viel referenzierten Ergebnisse bestätigten die Hypothese, dass Pflegefachpersonen ohne regelmäßige Anwendung ein Defizit in der Identifikation von potenziell lebensbedrohlichen Notfallrhythmen haben.¹⁷⁷ In ihrer Studie schließen die Forschenden auf einen Fort- und Weiterbildungsbedarf der Pflegefachpersonen zu dem Thema und beschreiben Lösungsvorschläge. Die Erhebung der Daten und die Identifikation von notwendigen EKG-Kompetenzen sind vergleichbar mit den im Folgenden diskutierten Studien. Der Einsatz von Pflegefachpersonen im Rahmen der EKG-Einschätzung im schwedischen Gesundheitssystem und das Einbeziehen von präklinischen Daten in die EKG-Bewertung ähneln den Abläufen im deutschen Akutsetting. Im Kontrast dazu zeigen die Ergebnisse von Coll-Badell et al. das hohe Maß an Kompetenz der befragten spanischen Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung. Besonders die hohe Quote an Pflegefachpersonen, die einen EKG-Kurs innerhalb der letzten fünf Jahre vorweisen konnten, und der Ausschluss von Berufseinsteiger*innen waren charakteristisch für die Studie. Im Vergleich zum deutschen Akutsetting waren ausschließlich akademisierte Pflegefachpersonen in den spanischen Notaufnahmen beschäftigt und die EKG-Einschätzung war bereits Bestandteil des Pflegeassessments. Das

¹⁷⁷ Vgl. Werner, K. et al. (2016), S. 264

hohe Maß an Transparenz über die Durchführung und Auswertung der Befragung sowie der von mehreren Studien entliehene Fragebogen weisen auf eine gute Methodik hin. Den Ergebnissen von Coll-Badell et al. wurde in dieser Arbeit ein mittleres bis hohes Maß an Evidenz beigemessen.

Die Studien von Rahimpour et al. sowie Tahboub und Yilmaz verwendeten zur Erhebung der EKG-Kompetenzen der Pflegefachpersonen eine übersetzte und den Bedürfnissen der Studie angepasste Version des Fragebogens nach Coll-Badell et al. Aufgrund der ähnlichen Vorgehensweise konnten gut vergleichbare Ergebnisse erzielt werden. Für Rahimpour et al. waren ebenfalls die hohe Quote an akademisierten Pflegefachpersonen charakteristisch. Obwohl etwa die Hälfte der Teilnehmenden bereits einen EKG-Kurs absolviert hatte, konnten die Forschenden nur eine mäßige EKG-Kompetenz der iranischen Pflegefachpersonen feststellen. Obwohl 90 % der Befragten angaben, dass die Beurteilung von EKGs in Ihren Aufgabenbereich fällt, benötigten sie im Alltag deutliche Unterstützung durch die ärztlichen Kolleg*innen.¹⁷⁸ Die Erkenntnisse von Tahboub und Yilmaz untermauern die Hypothese, dass eine regelmäßige Auseinandersetzung mit der Bewertung von Notfall-EKGs im Berufsalltag ausschlaggebend für ein besseres Abschneiden in der Befragung ist. Auch das Maß an Berufserfahrung zeigte eine positive Auswirkung auf die EKG-Kompetenz der zyprischen Pflegefachpersonen.¹⁷⁹ Im Vergleich zum deutschen Akutsetting zeigen die Studien Rahmenbedingungen auf, die in dieser Arbeit als Voraussetzung für die vermehrte Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Einschätzung beschrieben werden. Da besonders die zurückliegende Erfahrung der Pflegefachpersonen mit der EKG-Bewertung (auf kardiologischen Stationen) und ein absolvierter EKG-Kurs innerhalb der letzten fünf Jahre als kompetenzfördernde Eigenschaften identifiziert wurden, scheinen die Unterschiede in der Ausbildung und während des Studiums zweitrangig. Den vorgestellten Studien wird aufgrund der ähnlich transparenten Vorgehensweise und der nachvollziehbaren Präsentation der Ergebnisse das gleiche Maß an Evidenz wie der Studie von Coll-Badell et al. beigemessen.

Als Kontrast zu den bereits vorgestellten Studien wurde von Pelter et al. und Hoang et al. ausschließlich die EKG-Kompetenz im Zusammenhang mit der Einschätzung eines akuten Herzinfarkts erhoben. Neben der festgestellt hohen Sensitivität von Pflegefachpersonen bei der Identifikation eines STEMI wurde die Fragestellung durch Hoang et al. auf den Vergleich der Validität von hochqualifizierten Pflegefachpersonen mit Ärzt*innen erweitert. Pelter et al. untersuchten hingegen die Auswirkungen der „MI Vision Rule“-Interpretationshilfe auf die Qualität der vollständigen Infarkteinschätzung und beschreiben somit einen weiteren Anhaltspunkt, um die Validität der EKG-Interpretation durch Pflege-

¹⁷⁸ Vgl. Rahimpour, M. et al. (2021), S. 3

¹⁷⁹ Vgl. Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019), S. 82 f.

fachpersonen zu steigern. Der spezielle Fokus auf die Identifikation von Herzinfarkt-EKGs muss in beiden Studien kritisch betrachtet werden. Ein mögliches Bias der Teilnehmenden kann hierbei eine verstärkte Neigung zur STEMI-Identifikation beigeführt haben.¹⁸⁰ Die aufgezeigten Defizite bei der vollständigen Bewertung eines Notfall-EKGs zeigen die Grenzen der teilnehmenden Pflegefachpersonen im US-amerikanischen Setting und ermöglichen die Erwartungen und Ziele an die angestrebten Veränderungsprozesse für das deutsche Akutsetting einzugrenzen. Aufgrund der vorangestellten Studie zur Erhebung der EKG-Kompetenz von Ärzt*innen und der differenzierten Analyse im Vergleich zu den Kompetenzen der Pflegefachpersonen wird der Studie von Hoang et al. ein hohes Maß an Evidenz zugesprochen. Der Aufbau und die Durchführung von Pelter et al. haben eine vergleichbare Methodik mit den fragebogenbasierten Studien, werden jedoch aufgrund der Vermarktungsabsicht der „MI Vision Rule“ Interpretationshilfe kritisch bewertet.

Das höchste Maß an Evidenz wurde im Rahmen dieser Arbeit den Ergebnissen der PULSE-Studie beigemessen. Funk et al. konnten durch die detaillierte Darstellung der Methodik und die ausführliche statistische Aufbereitung die Ergebnisse nachvollziehbar gestalten. Die bei der AHA publizierte Studie gibt einen Einblick in die Auswirkungen einer intensiven, leitfadengestützten EKG-Schulung auf die Qualitätsentwicklung in Akutkrankenhäusern aus Kanada, China und den USA. Die Begleitung der teilnehmenden Stationen durch den Veränderungsprozess und die nachhaltige Ausrichtung sind charakteristisch für die Studie und zeigen die langfristige Wirkung auf die EKG-Kompetenz der Pflegefachpersonen. Nachteile der Studie sind der fehlende Zugang zum verwendeten Fragebogen, um die Vergleichbarkeit zu anderen Befragungen herzustellen zu können. Zusätzlich wäre die Erhebung der Auswirkungen auf die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus eine wichtige Begründung für die Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Einschätzung im deutschen Akutsetting gewesen.

Der vorgestellte Schritt-für-Schritt-Leitfaden nach McGrath und Sampson wurde für die Bedürfnisse von Pflegefachpersonen im britischen Akutsetting entworfen. Die im Rahmen dieser Arbeit erstellte Broschüre wurde an die deutschen Rahmenbedingungen angepasst und durch anerkannte Fachliteratur ergänzt. Die Einschätzung anhand der Evidenzlevel ist für Fachliteratur und Literaturarbeiten ungeeignet, da es sich nicht um klinische Studien handelt und weder das methodische Vorgehen noch die Aussagekraft der Ergebnisse bewertet werden kann. Der „5-Step“-Methode nach McGrath und Sampson wird jedoch ein hohes Maß an Evidenz beigemessen, da die zugrundeliegende Literatur dem aktuellen Kenntnisstand entspricht und durch das Vorgehen nach Trappe und Schuster bestätigt wird.

¹⁸⁰ Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 224

7.1 Zusammenfassung und Ausblick

In Anbetracht der vorgestellten Studien konnte gezeigt werden, dass Pflegefachpersonen auf internationaler Ebene, mit Unterstützung auf struktureller, persönlicher und prozessorientierter Ebene, gute bis sehr gute EKG-Einschätzungen leisten können. Die Erkenntnisse von Hoang et al. und Pelter et al. zeigen jedoch die zum Teil niedrige Spezifität der Gesamtbewertung der Notfall-EKGs auf, was besonders zu Beginn der angestrebten Veränderungsprozesse mehrschichtige Kontrollmechanismen erfordert.^{181,182} Der erwartete Anstieg der EKG-Kompetenzen in Folge einer leitfadengestützten EKG-Schulung sowie die Reduktion des behandlungsfreien Intervalls in der Notfallversorgung sind Anlass für die formulierten Empfehlungen im deutschen Akutsetting. Hieraus lässt sich auch eine Begründung für die vermehrte Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung als Ergänzung zur ärztlichen Befundung ableiten, mit dem Ziel, die Versorgungsqualität und das Patient*innen-Outcome positiv zu beeinflussen. Um Widerstände gegenüber dem angestrebten Veränderungsprozess frühzeitig zu identifizieren, muss grundlegend abgeklärt werden, ob Pflegefachpersonen in die Ersteinschätzung von Notfall-EKGs miteingebunden werden möchten. Die Befürchtung einer Doppelbelastung und zusätzlicher Zeitdruck durch die zunehmende Verantwortungsübernahme können bei der Implementierung zu Gegenwehr führen. Aufgrund der ausschließlich internationalen Literatur ist es im Rahmen dieser Arbeit erschwert, allgemeingültige Aussagen für das deutsche Akutsetting zu treffen. Die unterschiedlichen Gesundheitssysteme, Ausbildungs- und Studieninhalte sowie die unterschiedlichen Anforderungen von Pflegefachpersonen im Rahmen der EKG-Erhebung und Einschätzung können nicht ohne Weiteres mit den deutschen Rahmenbedingungen gleichgesetzt werden. Hieraus ergeben sich auch die Empfehlungen für das Setting in deutschen Notaufnahmen, eine vorangestellte Bedarfserhebung für die Akutkrankenhäuser durchzuführen und die Erkenntnisse dieser Arbeit in kleinen Schritten in den Berufsalltag zu überführen. Außerdem wäre es wünschenswert, aufgrund der vorgestellten Ergebnisse ein Schulungskonzept zu erarbeiten, um Pflegefachpersonen für die EKG-Ersteinschätzung in interdisziplinären Teams zu qualifizieren.

7.2 Limitation und Stärken

Herausforderungen dieser Arbeit waren die fehlenden wissenschaftlichen Quellen zur Betrachtung der EKG-Einschätzung durch Pflegefachpersonen unter deutschen Rahmenbedingungen. Die Verwendung einer systematischen Literaturrecherche stellt eine Stärke dieser Arbeit dar. Die Akquise und Auswahl der vorliegenden Literatur ist ausführlich beschrieben und begründet worden. Durch die systematische

¹⁸¹ Vgl. Hoang, A. et al. (2020), S. 3

¹⁸² Vgl. Pelter, M. et al. (2010), S. 223

Literaturauswahl wurde die Vielzahl an internationalen Quellen eingegrenzt. Durch den fehlenden Zugang zu drei identifizierten Referenzen, konnten für die Beantwortung der Fragestellungen möglicherweise relevante Ergebnisse nicht einbezogen werden. Eine eindeutige Beantwortung der Fragestellungen stellte sich aufgrund der Literaturergebnisse aus zehn verschiedenen Versorgungssystemen als schwierig dar. Ob, und in welchem Maße die erarbeiteten Empfehlungen Mitarbeiter*innen in deutschen Akutkrankenhäusern einen Handlungsbedarf nahelegen, bleibt zum jetzigen Zeitpunkt ungewiss. Trotz der Limitationen kann die systematische Annäherung an die Einbindung von Pflegefachpersonal in die EKG-Ersteinschätzung in deutschen Notaufnahmen als Stärke beschrieben werden. Die literaturbasierte Begründung der Hypothesen und der erkannte Bedarf für Veränderungsprozesse ermöglicht es, die Versorgungsqualität und Patient*innen-Sicherheit durch pflegewissenschaftliche Prozesse positiv zu beeinflussen. Die Überführung eines EKG-Interpretationsleitfadens für Pflegefachpersonen anhand nachvollziehbarer Quellen und die Erarbeitung von Empfehlungen für das Setting einer deutschen Notaufnahme ermöglichen die weitere Forschungsarbeit für akademisierte Pflegefachpersonen.

8 Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Arbeit sollte aufgezeigt werden, inwiefern die Einbindung von Pflegefachpersonen in die EKG-Ersteinschätzung eine Verbesserung der Versorgungsqualität bewirken kann. Um den Lesenden einen Einblick in das Thema „EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus – Ein internationaler Vergleich“ zu geben, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die beschriebenen Ergebnisse zeigen auf, dass Pflegefachpersonen zugunsten eines verbesserten Handlungsablaufs mehr Verantwortung im Bereich der EKG-Einschätzung übernehmen können. Dieser wird in Deutschland traditionsgemäß durch ärztliches Personal abgedeckt. Im Vordergrund der Kompetenzerweiterung durch Pflegefachpersonal steht hierbei unter anderem die Zeitersparnis, die das behandlungsfreie Intervall bei akuten Herzerkrankungen minimieren soll. Neben der Zeitersparnis wurde auch die Kompetenz von Pflegefachpersonen untersucht, valide Aussagen über ein EKG treffen zu können. Bei der Identifikation von wichtigen Rahmenbedingungen konnte gezeigt werden, dass Pflegefachpersonen besonders bei der Erkennung von Notfall-Rhythmen hervorragende Einschätzungen leisten können. Durch die Beleuchtung der häufigsten Fehleinschätzungen durch Pflegefachpersonen bei der EKG-Interpretation, konnten notwendige Einschränkungen für die angestrebten Veränderungsprozesse formuliert werden. Die vorgestellte Vorgabe der AHA, ein Notfall-EKG innerhalb von zehn Minuten nach der Feststellung von thorakalen Beschwerden zu erheben und zu bewerten, soll

dazu anregen, die eigenen Handlungsabfolgen in deutschen Notaufnahmen zu überprüfen. Die erarbeitete Broschüre sowie die Bewertung von Interpretationshilfen sollen als Ausgangspunkt für weitere pflegewissenschaftliche Projekte und evidenzbasierte Arbeiten dienen. Die Auseinandersetzung mit Prozessen, die eine verbesserte Versorgungsqualität zum Ziel haben, ist eine erstrebenswerte Weiterentwicklung des Pflegeberufs. Der souveräne Umgang mit der EKG-Erhebung und -Einschätzung bietet hierbei die Möglichkeit pflegerisches Selbstverständnis professionell zum Ausdruck zu bringen. In Konklusion der vorliegenden Arbeit konnten alle in 3.1 formulierten Fragestellungen herausgearbeitet und beantwortet werden. Durch die geleistete Diskussion muss die Aussagekraft mancher Ergebnisse (für das deutsche Akutsetting) jedoch weiterhin kritisch betrachtet werden. Diese Bachelorarbeit soll Pflegefachpersonen in Deutschland darin bestärken, zusätzliche Handlungskompetenzen zu erlernen und anzuwenden.

Anhang

Anlage 1	Darstellung der Suchbegriffe	Seite 54
Anlage 2	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	Seite 55
Anlage 3	Tabelle Literatúrauswahl	Seite 57
Anlage 4	Broschüre „Die fünf Schritte der EKG-Einschätzung“	Seite 66

Anhang 1: Darstellung der Suchbegriffe¹⁸³

Suchkomponente	Suchbegriff [Keywords]	MeSH terms
Population:	<p><i>Pflege [nurse] OR Pflegepersonal [nurses]</i> <i>OR Pflegekraft [nursing]</i></p> <p><i>AND Notfall [emergency]</i> <i>OR Notaufnahme [emergency department]</i></p>	<p><i>Emergency Nursing/ Standards</i></p> <p><i>Nurse's Role</i></p>
Intervention:	<p><i>AND EKG [ECG]</i> <i>OR Elektrokardiogramm [electrocardiogram]</i></p> <p><i>AND Einschätzung [interpretation]</i> <i>OR Befundung [assessment] OR Interpretation</i></p> <p><i>AND Versorgungsqualität [quality improvement]</i> <i>OR Patientensicherheit</i> <i>(≅ Patientinnensicherheit) [patient safety]</i></p>	<p><i>Electrocardiography/ Nursing</i></p> <p><i>Acute Coronary Syndrome/ Nursing</i></p> <p><i>Quality Improvement</i></p>
Comparison:	<p><i>AND Zeit [time-to-treatment] OR [time]</i> Zusatz: <i>AND Aussagekraft [effectiveness]</i></p>	<p><i>Time-to-treatment/ Standards</i></p> <p><i>Nursing Assessment</i></p>
Outcome:	<p>Zusatz: <i>AND Leitfaden [guide] OR Check-Liste [checklist]</i></p>	<p><i>Electrocardiography/ Methods</i></p> <p><i>CRISP Method</i></p>

¹⁸³ Eigene Darstellung

Anhang 2: Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche¹⁸⁴

Datenbank	Suchbegriffe und Operatoren	Filter	Anzahl gefundener Studien	Anzahl verwendeter Studien
Medline Zugriff über Pub- Med	1. <i>((Pflege OR Pflegekraft OR Pflegepersonal) AND (Notfall OR Notaufnahme) AND (EKG OR Elektrokardiogramm) AND (Einschätzung OR Befundung OR Interpretation) AND (Versorgungsqualität OR Patientensicherheit) AND (Zeit))</i>	Zeitspanne: 2009-2021 Sprache: Englisch, Deutsch	Deutsch: 0	
	2. <i>((Pflege OR Pflegekraft OR Pflegepersonal) AND (EKG OR Elektrokardiogramm) AND (Einschätzung OR Befundung OR Interpretation) AND (Zeit))</i>		Deutsch: 5	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschluss nach Bewertung des Titels: 3 ○ Ausschluss nach Bewertung des Abstracts: 1 ○ Literaturergebnisse eingeschlossen: 1
	3. <i>((nurse OR nurses OR nursing) AND (emergency OR emergency department) AND (ecg OR electrocardiogram) AND (interpretation OR assessment) AND (quality improvement OR patient safety) AND (time OR time-to-treatment))</i>		Englisch: 9	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschluss nach Bewertung des Titels: 5 ○ Ausschluss nach Bewertung des Abstracts: 2 ○ Literaturergebnisse eingeschlossen: 2
	4. <i>((nurse OR nurses OR nursing) AND (ecg OR electrocardiogram) AND (interpretation OR assessment) AND (quality OR quality improvement OR patient safety))</i>		Englisch: 82	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschluss nach Bewertung des Titels: 58 ○ Ausschluss nach Bewertung des Abstracts: 8 ○ Ausschluss aufgrund von Doppelung: 7 ○ Ausschluss aufgrund fehlender Zugangsmöglichkeiten: 2 ○ Literaturergebnisse eingeschlossen: 7
CINAHL	1. <i>((Pflege OR Pflegekraft OR Pflegepersonal) AND (Notfall OR Notaufnahme) AND (EKG OR Elektrokardiogramm) AND (Einschätzung OR Befundung OR Interpretation) AND (Versorgungsqualität OR Patientensicherheit) AND (Zeit))</i>	Zeitspanne: 2009-2021 Sprache: Englisch, Deutsch	Deutsch: 0	

¹⁸⁴ Eigene Darstellung

	2	((Pflege OR Pflegekraft OR Pflegepersonal) AND (EKG OR Elektrokardiogramm) AND (Einschätzung OR Befundung OR Interpretation))		Deutsch: 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschluss nach Bewertung des Abstracts: 2
	3	((nurse OR nurses OR nursing) AND (emergency OR emergency department) AND (ecg OR electrocardiogram) AND (interpretation OR assessment) AND (quality improvement OR patient safety) AND (time OR time-to-treatment))		Englisch: 10	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschluss nach Bewertung des Titels: 2 ○ Ausschluss nach Bewertung des Abstracts: 3 ○ Ausschluss aufgrund fehlender Zugangsmöglichkeiten: 1 ○ Literaturergebnisse eingeschlossen: 4
	4	((nurse OR nurses OR nursing) AND (emergency OR emergency department) AND (ecg OR electrocardiogram) AND (interpretation OR assessment))		Englisch: 18	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschluss nach Bewertung des Titels: 10 ○ Ausschluss nach Bewertung des Abstracts: 2 ○ Literaturergebnisse eingeschlossen: 6
Cochrane	1	((Pflege OR Pflegekraft OR Pflegepersonal) AND (Notfall OR Notaufnahme) AND (EKG OR Elektrokardiogramm) AND (Einschätzung OR Befundung OR Interpretation) AND (Versorgungsqualität OR Patientensicherheit) AND (Zeit))	Zeitspanne: 2009-2021 Sprache: Englisch, Deutsch	Deutsch: 0	
	2	Anpassung der Suchbegriffe bis hin zu ((Pflege OR Pflegekraft OR Pflegepersonal) AND (EKG OR Elektrokardiogramm))		Deutsch: 0	
	3	((nurse OR nurses OR nursing) AND (emergency OR emergency department) AND (ecg OR electrocardiogram) AND (interpretation OR assessment) AND (time OR time-to-treatment))		Englisch: 46 Cochrane Review: 1 Cochrane Protocols: 0 Trials: 45 Editorials: 0	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschluss nach Bewertung des Titels: 38 ○ Ausschluss nach Bewertung des Abstracts: 2 ○ Ausschluss aufgrund von Doppelung: 3 ○ Ausschluss aufgrund fehlender Zugangsmöglichkeiten: 1 (unveröffentlichter Beitrag für das 68. Cardiac Society Scientific Meeting) ○ Literaturergebnisse eingeschlossen: 2

Anhang 3: Tabelle Literatúrauswahl¹⁸⁵

Studientitel/ Literaturergebnis +Veröffentlichung	Autor*in	Studiendesign	Teilnehmende	Aussage	Evidenz-level nach OCEBM ¹⁸⁶	Relevanz für die Fragestellungen
Veröff: Nov. 2017 Emergency Nurse Competence in Electrocardiographic Interpretation n Spain	M. Coll-Badell M. Jiménez- Herrera M. Llaurado- Serra	Deskriptive Querschnittstudie mittels literaturbasiertem Fragebogen Erhebung demografischer Informationen	60 Pflegefachpersonen aus drei Notaufnahmen in Spanien 91% haben bereits einen EKG-Kurs belegt Nur Teilnehmende mit mehr als einem Jahr Berufserfahrung und mindestens einem regelmäßigen Arbeitstag pro Woche Pretest mit zehn Expert*innen (fünf Pfleger*innen und fünf Ärzt*innen)	In dieser Studie wird ein hohes Maß an Kompetenz der teilnehmenden Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung aufgezeigt. Die Pflegefachpersonen waren in der Lage, durchschnittlich 86.8% der zwölf Fragen richtig zu beantworten, was auf eine sehr gute EKG-Kenntnis hindeutet. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden beantwortete alle Fragen richtig. Notfall-EKG-Rhythmen (STEMI, VT und Vorhofflattern) wurden von 89% der Teilnehmenden richtig erkannt. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Notaufnahmen festgestellt werden. Lediglich die 9% der Teilnehmenden, welche innerhalb der letzten fünf Jahre kein EKG-Training erhielten, konnten durchschnittlich 4% der Fragen weniger beantworten.	Medium – High (Level 2 – Level 3)	Aussagekräftiges Ergebnis über die EKG-Einschätzungs-Skills von Pflegefachpersonen in spanischen Notaufnahmen. Ergebnisse können in Relation zu anderen Studien gesetzt werden. Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das deutsche Akutsetting eingeschränkt möglich. Alle Pflegenden hatten einen akademischen Abschluss und 90% hatten einen EKG-Kurs innerhalb der letzten fünf Jahre. Literaturbasierte Erstellung des Fragebogens, literaturbasierte Hypothesenstellung, Kontrolle des Fragebogens erfolgte durch eine Expert*innengruppe.
Veröff: Jun. 2016 Electrocardiogram Interpretation Skills Among Ambulance Nurses	K. Werner K. Kander C. Axelsson	Deskriptive Querschnittstudie mittels literaturbasiertem Fragebogen Erhebung demografischer Informationen	132 Notfallpflegende Vorerfahrung (z.B. Einsatz auf kardiologischen Stationen) wurden abgefragt und berücksichtigt	In dieser Studie wird eine mäßige Kompetenz der teilnehmenden Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung aufgezeigt. Im Durchschnitt konnten die Befragten nur 54% der Fragen richtig beantworten und erzielten eine Punktzahl von 9 aus 16. 14% der Pflegenden waren nicht in der Lage, ein akut lebensbedrohliches Kammerflimmern zu erkennen, ohne den realen Bezug zum* zur Patient*in zu haben. Die Studie zeigt, dass weder die Berufsqualifikation der Studienteilnehmer*innen, noch ihre Berufserfahrung einen signifikanten Einfluss auf	Medium (Level 2)	Aussagekräftiges Ergebnis über die EKG-Einschätzungs-Skills von Pflegefachpersonen in schwedischen Notaufnahmen. Ergebnisse können in Relation zu anderen Studien gesetzt werden. Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das deutsche Akutsetting möglich. Studienergebnis bildet einen Kontrast zu anderen Ergebnissen und kann als Diskussionsgrundlage verwendet werden. Aussage über fehlende

¹⁸⁵ Eigene Darstellung

¹⁸⁶ Vgl. Howick, J. et al. (2011), S. 1 f.

			Pretest mit fünf Pflegefachpersonen	das Abschneiden in der Wissensabfrage hatte. Lediglich das Arbeiten auf einer internistischen Station konnte die Testergebnisse positiv beeinflussen (75% der Fragen wurden richtig beantwortet und die Ergebnisse mit einer Punktzahl von 12 aus möglichen 16 bewertet).		Weiterbildung und Schulung möglich. Kontrolle und Überarbeitung des Fragebogens durch Pretest und ärztliche Korrespondenz.
Veröff: Feb. 2010 Improving Nurses' Ability to Identify Anatomic Location and Leads on 12-Lead Electrocardiograms With ST Elevation Myocardial Infarction	M. Pelter M. Carey K. Stephens H. Anderson W. Yang	Nichtrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie Auswirkungen der "MI Rule Vision" - Interpretationshilfe auf die richtige Identifizierung von STEMIs in Notfall-EKGs durch Pflegefachpersonen	75 Pflegefachpersonen, davon: 37 einer IMC Station 20 einer kardiologischen Station 18 aus der Notaufnahme 55% haben bereits einen EKG-Kurs belegt Im Durchschnitt fünf Jahre Berufserfahrung	In dieser Studie wird ein sehr hohes Maß an Kompetenz der teilnehmenden Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der Identifizierung eines STEMIs beschrieben. Die Pflegefachpersonen waren vor der Schulung in der Lage, durchschnittlich 91% der STEMIs zu identifizieren, was auf eine sehr gute Grundkompetenz hinweist. Im Anschluss an die leitfadengestützte Schulung und unter Verwendung des „MI Rule Vision“-Werkzeugs konnten die Pflegefachpersonen durchschnittlich 97% der STEMIs identifizieren. In der Einschätzung der genauen Stelle des vermuteten Verschlusses (Vorderwand-, Hinterwand- oder Lateralinfarkt) zeigten die Teilnehmenden ein niedriges Maß an Kompetenz. Vor der Schulung wurde bei ca. 12,5% der Ischämien die richtige Verschlussstelle identifiziert, wobei die Pflegefachpersonen nach der Intervention in der Lage waren, 38% der Ischämien richtig zuzuordnen. Die Ergebnisse weisen auf eine deutliche Verbesserung durch die Schulung inklusive Nutzung des Einschätzungstools hin, wobei Pflegefachpersonen in der vollständigen Interpretation der Notfall-EKGs nur unzureichend abschnitten. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Personen der verschiedenen Einsatzgebiete beschrieben.	Medium – High (Level 2 – Level 3)	Aussagekräftiges Ergebnis über die EKG-Einschätzungs-Skills von Pflegefachpersonen und die Anwendbarkeit der "MI Rule Vision" - Interpretationshilfe in den USA. EKG-Beispiele offengelegt, nachvollziehbare Aufarbeitung der Ergebnisse. Leitfadengestützte Intervention, um Aussagekraft zu erhöhen. Die Aussage kann in Relation zu anderen Studien gesetzt werden. Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das deutsche Akutsetting eingeschränkt möglich. Studienergebnis mit Werner et al. relativieren. System- und Ausbildungsunterschiede als vorrangige Einschränkung.
Veröff: Apr. 2016 How Much Do Health Care Professionals Know About the ECG?	E. Kletsiou A. Moisiadou E. Takou E. Seitanidi E. Dece P. Rammou	Nichtrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie	200 Pflegefachpersonen, davon: 138 in der Kontrollgruppe	In dieser Studie wird die unterschiedliche Kompetenz der Teilnehmenden im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung in Griechenland aufgezeigt. Während die Kontrollgruppe durchschnittlich nur 55% der vorliegenden zehn EKG-Rhythmen erkannte, konnte die Interventionsgruppe, welche drei intensive Schulungsseminare mit Schwerpunkt auf EKG-	Low - Medium (Level 1 – Level 2)	Beschränkte Aussagekraft über die EKG-Einschätzungs-Skills von Pflegefachpersonen in Griechenland. Fehlende Publizierung des eindeutigen methodischen Vorgehens und der Erhebungsinstrumente. Keine Aussage über einen Pretest, keine nähere

		mittels literaturbasiertem Fragebogen	62 in der Interventionsgruppe	Aufzeichnung und -Interpretation erhielt, 70% der Fragen richtig beantworten. Die erzielte Punktzahl zeigte keine Korrelationen mit den demografischen Merkmalen Alter, Erfahrungsjahre, Bildungshintergrund, Beruf und Arbeitsbereich auf. Die Studie zeigt mehrere Defizite bei der EKG-Einschätzung von Pflegefachpersonen, die keine regelmäßige Schulung und Auseinandersetzung mit dem Sachverhalt haben. Dagegen scheint ein häufiges und sich wiederholendes Fort- und Weiterbildungsprogramm die Pflegefachpersonen mit guten Kenntnissen zur EKG-Einschätzung auszustatten.		Erläuterung der Schulungsseminare. Ergebnisse können in Relation zu anderen Studien gesetzt werden. Übertragbarkeit der Ergebnisse möglich. Studienergebnis mit Werner et al. relativieren. Literaturbasierte Erstellung des Fragebogens anhand der Delphi-Methode.
Veröff: Jan. 2017	M. Funk K. Fennie K. Stephens J. May C. Winkler B. Drew	Randomisierte, kontrollierte Multi-Center-Interventionsstudie	3013 Pflegefachpersonen davon 686 über alle drei Interventionszeiträume verblieben	In dieser Studie wurde nach der Intervention eine gute Kompetenz der Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung aufgezeigt. Während der Erhebung der Ausgangsdaten konnte in Gruppe 1 ein Score von 49.2/100 und in Gruppe 2 ein Score von 49.4/100 erzielt werden. Die Ausgangslage weist auf die literaturbasierte Hypothese hin, dass Pflegefachpersonen ohne regelmäßige EKG-Schulungen ein Defizit in der Erkennung von abnormalen Rhythmen und Notfall-EKGs haben. In Folge der Intervention konnte in Gruppe 1 ein Score von 70.2/100 und in Gruppe 2 ein Score von 71/100 erreicht werden, was auf eine signifikante Verbesserung durch den Onlinekurs und die gesteigerte Kompetenz der Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung hinweist. Diese hohen Ergebnisse konnten in der Follow-Up-Kontrolle nicht gehalten werden, wobei Gruppe 1 durchschnittlich noch 59.4/100 Punkten erzielte. Die Pflegefachpersonen identifizierten Notfall-EKG-Rhythmen (VT, Vorhof-Flattern/Flimmern, ST-Hebungen und AV-Block 3. Grades) zu 82% in beiden Gruppen. Durch die Intervention konnte die Notfallkompetenz auf 97% in Gruppe 1 und 98% in Gruppe 2 angehoben werden. Dieser hohe Wert konnte auch in der Follow-Up-Kontrolle gehalten werden. Es wurde zwischen den Gruppen kein signifikanter Unterschied bezüglich der	High – very High (Level 3 + Step 2 Randomisierung und systematische Literaturrecherche)	Aussagekräftiges Ergebnis über die EKG-Einschätzungs-Skills von Pflegefachpersonen international (USA, Kanada, China). Aufführung möglicher Auswirkungen auf die Versorgungsqualität durch die gesteigerte Anhebung der Pflegekompetenzen. Leitfadengestützte Intervention, um Aussagekraft zu erhöhen. Die Aussagen können nur eingeschränkt in Relation zu anderen Studien gesetzt werden, da kein vergleichbares Studiendesign identifiziert wurde. Übertragbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt möglich. System- und Ausbildungsunterschiede als vorrangige Einschränkung. Fragebogen nicht offengelegt, Vergleichbarkeit zu anderen Studien eingeschränkt, da Schwierigkeitsgrad der Befragung nicht eingeschätzt werden kann.
Association of Implementation of Practice Standards for Electrocardiographic Monitoring With Nurses' Knowledge, Quality of Care, and Patient Outcomes		mittels literaturbasiertem Onlinefragebogen zusätzliche Erhebung von demografischen Daten	Randomisiert in zwei Interventionsgruppen aufgeteilt			
		Teilergebnisse der sechsjährigen Längsschnittstudie „PULSE“ (Practical Use of the Latest Standards of Electrocardiography); Auswertung der Auswirkungen eines leitfadengestützten, interaktiven, Online-Kurses auf die Fähigkeiten von Pflegenden zu drei Interventions-	Gruppe 1: Intervention zu Beginn der Studie, dann Überprüfung der Langzeitauswirkungen über 30 Monate			
			Gruppe 2: Intervention nach 15 Monaten, somit Kontrollgruppe für die erste Periode und Überprüfung der Langzeitauswirkungen über 15 Monate			
			72% akademisiertes Pflegefachpersonal			

		zeitpunkten im Abstand von 15 Monaten; Überprüfung der Fähigkeiten EKG-Einschätzungen am Monitor durchzuführen. Erhebung von patientenbezogenen Daten, um die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie die Pat.-Outcomes zu untersuchen.	Durchschnittlich hatten die Pflegefachpersonen acht Jahre Berufserfahrung, davon fünf auf einer kardiologischen Station	demografischen Daten Alter, Berufserfahrung und Einsatzgebiet festgestellt.		
Veröff: Jan. 2021 Electrocardiogram Interpretation Competency Among Emergency Nurses and Amergency Medical Service Personnel	M. Rahimpour S. Shahbazi M. Ghafourifard N. Gilani C. Breen	Deskriptive Querschnittstudie mittels literaturbasiertem Fragebogen (von Coll-Badell; übersetzt und erneut validiert) Erhebung demografischer Informationen	105 akademisierte Pflegefachpersonen aus fünf Notaufnahmen im Iran 65 akademisierte Notfallsanitäter 43% der Pflegefachpersonen und 86% der Notfallsanitäter haben bereits einen EKG-Kurs belegt 22% der Pflegefachpersonen und 1,5% der Notfallsanitäter haben bereits Berufserfahrung auf einer kardiologischen Station	In dieser Studie wird eine mäßige Kompetenz der Teilnehmenden im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung im Iran aufgezeigt. Pflegefachpersonen waren im Vergleich deutlich kompetenter in der EKG-Einschätzung als Notfallsanitäter, obgleich nur 38% der Pflegefachpersonen in der Lage waren, einen guten Score von >75% richtige Antworten zu erzielen. In dem durchgeführten Test konnten 95% der Notfallsanitäter keine ausreichende Punktzahl erreichen, was für die Autor*innen ein bestürzendes Ergebnis darstellt. Pflegefachpersonen mit Vorerfahrungen auf kardiologischen Stationen schnitten im Vergleich zu anderen Teilnehmenden besser ab. (vgl. Werner et al.) In der vorliegenden Studie konnten Pflegefachpersonen aus der Notaufnahme der kardiologischen Spezialklinik ein signifikant besseres Ergebnis erzielen.	Medium – High (Level 2 – Level 3)	Aussagekräftiges Ergebnis über die EKG-Einschätzungs-Skills von Pflegefachpersonen und Notfallsanitätern im Iran. Sehr gute Vergleichbarkeit, durch Verwendung des Fragebogens nach Coll-Badell. Ergebnisse wurden in Relation zu anderen Studien gesetzt. Übertragbarkeit der Ergebnisse mit Einschränkungen möglich. Literaturbasierte Überprüfung des Fragebogens von Coll-Badell, literaturbasierte Hypothesenerstellung, Übersetzung und Validierung des Fragebogens durch Expert*innengruppe.

			Pretest vgl. Coll-Badell mit zehn Experten (acht Pflegefachpersonen, ein Kardiologe und ein Notfallsanitäter)			
Veröff: Sep. 2019 Nurses` Knowledge and Practices of ECG Interpretation	O. Tahboub Ü. Yilmaz	Deskriptive Querschnittstudie mittels literaturbasiertem Fragebogen Erhebung demografischer Informationen	65 Pflegefachpersonen in Zypern (Intensivstation, Notaufnahme, Kardiologie, IMC und Reha Station) 94% akademisierte Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss 60% haben bereits einen EKG Kurs belegt In Folge eines Probelaufs mit zehn Pflegefachpersonen	Die vorliegende Studie zeigt ein hohes Maß an Kompetenz der teilnehmenden Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung. Die Teilnehmenden waren in der Lage, 69% aller Fragen richtig zu beantworten, was auf eine gute EKG-Kenntnis hindeutet. Besonders notfallrelevante Abbildungen (wie STEMI, VT und Vorhofflattern) wurden von 82% der Teilnehmenden richtig erkannt. Es wurde ein signifikanter Unterschied in der richtigen Beantwortung der Fragen im Zusammenhang mit dem Einsatzgebiet festgestellt. Hierbei schnitten Pflegefachpersonen der kardiologischen Station am besten und Pflegende der Rehabilitationsstationen am schlechtesten ab. Es konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied im Zusammenhang mit einer längeren Berufserfahrung, EKG-Schulungen und Selbstvertrauen für richtige Antworten gefunden werden.	Medium – High (Level 2 – Level 3)	Aussagekräftiges Ergebnis über die EKG-Einschätzungs-Skills von Pflegefachpersonen in Zypern, Ergebnisse in Relation zu anderen Studien gesetzt. Übertragbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt möglich. 90% der Pflegefachpersonen hatten einen akademischen Abschluss und 60% hatten bereits einen EKG-Kurs. System- und Ausbildungsunterschiede als vorrangige Einschränkung. Literaturbasierte Erstellung des Fragebogens sowie literaturbasierte Hypothesenstellung, Kontrolle durch EKG-Spezialist*in und Kardiolog*in.
Veröff: Jan. 2020 Comparing Physicians and Experienced Advanced Practice Practitioners on the Interpretation of Electrocardiograms in the Emergency Department	A. Hoang A. Singh Am. Singh	Deskriptive Querschnittstudie mittels Analyse von Fallbeispielen Erhebung demografischer Informationen Follow-Up von "Physician Accuracy in Interpreting Potential ST-Segment Elevation	99 Teilnehmende, davon: 19 Advanced practitioner Nurses (APN) 18 Fachärzt*innen 10-12 Ärzt*innen im ersten Jahr der Facharztweiterbildung	Im Durchschnitt konnten die Teilnehmenden einen STEMI in 76,9% der Fälle identifizieren, wobei APNs in 81,9% der vorgelegten EKGs einen STEMI richtig identifizierten. Dies war das zweitbeste Gruppenergebnis, vor Mediziner*innen in den ersten fünf Jahren der Facharztweiterbildung. Am schlechtesten schnitten Ärzt*innen im ersten Jahr der Facharztweiterbildung ab. Sie identifizierten 64,5% der STEMI richtig. Oberärzt*innen konnten die besten Ergebnisse mit 86% und einer hohen Sensivität erzielen. Die Pflegefachpersonen hatten im Vergleich zu den anderen Gruppen die höchste Fehlerquote, aufgrund falschpositiver Ergebnisse. Dies kann im Arbeitsalltag zu einer unnötigen Bindung von Ressourcen führen, da unbegründet Notfallszenarien	High (Level 3)	Aussagekräftiges Ergebnis über die EKG-Einschätzungs-Skills von Advanced practitioner Nurses mit 10 Jahren Berufserfahrung in den USA. Ergebnisse können in Relation zu anderen Studien gesetzt werden. Übertragbarkeit der Ergebnisse nur mit Einschränkungen möglich. System- und Ausbildungsunterschiede als vorrangige Einschränkung. Literaturbasierte Überprüfung und Follow-Up-Studie. Fragestellung war ausschließlich die Überprüfung von Infarkt-EKGs.

		Myocardial Infarction Electrocardiograms“	<p>10-12 Ärzt*innen im zweiten Jahr der Facharztweiterbildung</p> <p>10-12 Ärzt*innen im dritten Jahr der Facharztweiterbildung</p> <p>10-12 Ärzt*innen im vierten Jahr der Facharztweiterbildung</p> <p>10-12 Ärzt*innen im letzten Jahr der Facharztweiterbildung</p>	ausgelöst werden. Dieser Punkt wird in der Diskussion weiter ausgeführt.		
<p>Veröff: Feb. 2013</p> <p>Accuracy of Cardiac Rhythm Interpretation by Medical Nurses</p>	<p>E. Goodridge C. Furst J. Herrick J. Song p. Tipton</p>	<p>Deskriptive Querschnittstudie</p> <p>mittels Analyse von Fallbeispielen</p> <p>Erhebung demografischer Informationen</p>	<p>32 Teilnehmende, davon:</p> <p>22 examinierte/ akademisierte Pflegefachpersonen</p> <p>10 Pflegehelfende nach Abschluss einer ein-jährigen Ausbildung</p> <p>Verschiedene Stationen</p> <p>Pflegefachpersonen, die auf einer kardiologischen oder onkologischen Station arbeiteten, wurden ausgeschlossen, da literaturbasiert ein besonders gutes bzw. besonders schlechtes Ergebnis erwartet wurde. Bewertung durch</p>	<p>In dieser Studie wird eine gute Kompetenz der examinierten/akademisierten Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der EKG-Einschätzung aufgezeigt. Im Durchschnitt konnten die Pflegefachpersonen 12.8 von 20 möglichen Punkten bei einer Befragung anhand von zehn Beispiel-EKGs erzielen. Hierbei wurde den Teilnehmenden ein Punkt für eine richtige Teillösung angerechnet und zwei Punkte für die korrekte Einschätzung der gesamten Merkmale. Pflegehelfende konnten im Durchschnitt nur 6.3 von 20 Punkten erzielen, was den Median der Studie auf 9.7 von 20 senkte. Die Studie zeigt, dass die Berufsqualifikation der Studienteilnehmer*innen einen signifikanten Einfluss auf das Abschneiden der Wissensabfrage hatte. Demografische Merkmale, wie Alter, Berufserfahrung und Geschlecht hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse.</p>	Medium (Level 2)	<p>Beschränkte Aussagekraft über die Einschätzungs-Skills von Pflegefachpersonen auf nicht-kardiologischen/-onkologischen Stationen. Geringe Untersuchungspopulation, Ergebnisse können eingeschränkt in Relation zu anderen Studien gesetzt werden. Kontrast zu bisherigen Studienergebnissen und Diskussionsgrundlage, Aussage über fehlende Weiterbildung und Schulung möglich. Literaturbasierte Problemstellung und die Erhebung demographischer Informationen ermöglichen eingeschränkten Vergleich. Getestete EKG-Fallbeispiele nicht offengelegt, dadurch eingeschränkte Vergleichbarkeit des Schwierigkeitsgrads.</p>

			zwei Lehrende im Bereich der EKG-Einschätzung			
<p>Veröff: Mai. 2018</p> <p>Electrocardiograms: a Guide to Rhythm Recognition for Emergency Nurses</p>	A. Mc Grath M. Sampson	Literaturarbeit, Übersichtsarbeit	keine	Die Anwendung der „5-step-methode“ kann Pflegefachpersonal in der Notaufnahme helfen, Herzrhythmen systematisch zu bewerten, was eine frühzeitige Erkennung von abnormalen Rhythmen und eine rechtzeitige Behandlung ermöglicht. Dies kann eine bedeutende Rolle bei der Verbesserung des Patient*innen-Outcomes spielen und stellt sicher, dass das Notfallpflegepersonal in der Lage ist, die bestmögliche Versorgung für ihre Pat. zu gewährleisten.	Literaturarbeiten sind über die OCEBM Evidenzlevel nur schwer einzuordnen Evidenz High Basierend auf aktuellem Kenntnisstand, Übereinstimmung mit anerkannter Fachliteratur	Problemaufriss bezieht sich auf das britische Pflegesetting sowie auf Werner et al. und kann in Zusammenhang mit Hoang, Coll-Badell und Thaboub gesetzt werden. Ausführlicher step-by-step Leitfaden zur Ersteinschätzung eines EKGs im Akutsetting. Literaturübersicht ist nachvollziehbar und wird von den Autor*innen in den Kontext der aktuellen Studienlage gesetzt. Keine Aussage über die Überprüfbarkeit, bzw. mögliche Widerstände in der Praxis. Die Implementierung sowie die Schulung des Pflegefachpersonals wird nicht beschrieben.
<p>Veröff: Nov. 2012</p> <p>An Electrocardiogram Technician Improves in Hospital first Medical Contact-to-ECG-Times</p>	R. van Tulder D. Roth C. Weiser B. Heidinger H. Herkner W. Schreiber C. Havel	Einfach-blind randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie	354 Patient*innen 163 in der Kontrollgruppe 191 in der Interventionsgruppe	Durch die zusätzliche Verwendung eines Notfall-EKG-Technikers in den Schichten wurde eine angestrebte „Door-to-ECG-Time“ von zehn Minuten bei 58% der Notfallpatient*innen mit thorakalen Beschwerden erreicht, während in der Kontrollgruppe nur etwa 17% aller Pat. ein EKG innerhalb der ersten zehn Minuten erhielten. Hierbei wurde die Durchschnitts-„Door-to-ECG-Time“ von 23 Minuten auf 9 Minuten reduziert. Der EKG-Techniker hatte einen eigenen Arbeitsbereich und wurde von den Pflegefachpersonen umgehend	Medium (Level 2)	Ergebnis bezieht sich auf die EKG-Erhebung durch medizinisch-technisches Personal. Interpretation der Notfall-EKGs durch Ärzt*innen. Einfach-blind randomisierte Studie, bei der das beobachtete Personal nicht über das Studiendesign informiert war. Clusterbildung bei Teilnehmenden. Keine Literaturlaufstellung zur Hypothesenbildung. Die Aussage kann

			Beobachtungszeitraum: ein Monat	informiert, wenn Pat. mit thorakalen Beschwerden in der Notaufnahme vorgestellt wurden. Außerdem wurde die Auswirkung des zusätzlichen Personaleinsatzes auf die Mitarbeitendenzufriedenheit erhoben. Die durchgeführten Befragungen ergaben, dass die klare Benennung und Einführung einer zusätzlichen Fachkraft für die Versorgung von kardiologischen Notfallpat. zu einer Entlastung der Pflegefachpersonen führte. Das Personal der Notaufnahme bewertete die Maßnahme als „sehr gut“ und schlussfolgerte auch einen daraus resultierenden Zuwachs der Versorgungsqualität für ihre Pat.		kaum in Relation zu anderen Studien gesetzt werden, durch stark abweichende Fragestellungen. Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das deutsche Akutsetting kaum möglich. Studienergebnis dient der Relativierung von Handlungsabläufen. Systemunterschiede als vorrangige Einschränkung.
Veröff: Jan. 2020 Quality Improvement in the Emergency Department: A Project to Reduce Door-to-ECG-Times for Patients Presenting With Chest Pain	B. Maliszewski M. Whalen C. Lindauer K. Williams H. Gardner D.-L. Baptiste	Nichtrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie	1950 Patient*innen 893 in der Kontrollgruppe 1057 in der Interventionsgruppe Beobachtungszeitraum: sechs Monate	Implementierung eines literaturbasierten Handlungsschemas für Patient*innen mit ACS-Symptomatik. Durch die Einführung der „red heart“-Kennzeichnung für potenzielle ACS-Patient*innen wurde ein besonderer Handlungsablauf ausgelöst. Notfallpflegende waren für das Assessment und die Einschätzung der Notfall-EKGs bei atypischen ACS-Beschwerden verantwortlich. Um Ressourcen gezielt einzusetzen, wurden bei Thoraxschmerzen und Vernichtungsschmerz direkt ein*e Arzt*Ärztin zur Befundung hinzugezogen. Durch die neuen Standards konnte die „Door-to-ECG-Time“ von initial durchschnittlich 17 Minuten auf sieben Minuten gesenkt werden. Hierbei erhielten nun 83% der ACS-Pat. in unter zehn Minuten eine EKG-Ersteinschätzung.	Medium – High (Level 2 – Level 3)	Gute Aussagekraft über Struktur- und Prozesskriterien sowie die Einbindung von geschultem Notfallpflegepersonal in die Erhebung und Ersteinschätzung von Notfall-EKGs in der Notaufnahme. Setting in den USA, mit EKG Befundung bei typischen ACS-Beschwerden durch den*die Arzt*Ärztin, Pflegeinschätzung der Notfall-EKGs bei atypischen Beschwerden. Systemunterschiede als vorrangige Einschränkung.
Veröff: Sep. 2018 Improvement of Door-to-ECG-Time Using the First-Nurse Role in the ED Setting	L. Stanfield	Nichtrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie	140 Patient*innen 81 in der Kontrollgruppe 59 in der Interventionsgruppe Beobachtungszeitraum: sechs Monate	Literaturübersicht ergibt die Hypothese, dass eine Triage bereits im Warteraum durch examinierter Pflegefachpersonal zu einer Zeitersparnis bei der Erhebung von Notfall-EKGs führen könnte. Der Handlungsbedarf, die „Door-to-ECG-Time“ zu optimieren wird beschrieben und der Zusammenhang mit einer hohen Versorgungsqualität aufgezeigt. Es konnte keine signifikante Auswirkung auf die „Door-to-ECG-Time“ durch die spezielle Schulung von Triagepersonal beobachtet werden. 62% der Patient*innen in der Interventionsgruppe erhielten ein	Low - Medium (Level 1 – Level 2)	Gute Literaturübersicht, schlüssige Hypothesenableitung. Keine aussagekräftigen Ergebnisse. Eine Verbesserung durch die Intervention kann nur bei Patient*innen gefunden werden, welche mit atypischen Symptomen eines ACS in der Notaufnahme vorstellig wurden. Keine Aussage über die EKG Einschätzungskompetenz der Pflegefachpersonen. Niedrige

			Drei-monatiges Interventionstraining	Notfall-EKG innerhalb der ersten zehn Minuten nach Vorstellung in der Notaufnahme, wobei in der Kontrollgruppe ohne das Mitwirken von speziell geschultem Triagepersonal 64% der Patient*innen ein Notfall-EKG innerhalb zehn Minuten erhielten.		Proband*innen-Zahl, bei fluktuierendem Personal. Kein statistisch signifikantes Ergebnis für die Auswirkung auf die „Door-to-ecg-time“
Veröff: Okt. 2009 A Method for Improving Arrival-to-Electrocardiogram Time in Emergency Department Chest Pain Patients and the Effect on Time for ST-segment Elevation Myocardial Infraction	K. Takakuwa, G. Burek, A. Estepa, F. Shofer	Nichtrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie	718 Patient*innen 313 in der Kontrollgruppe 405 in der Interventionsgruppe Beobachtungszeitraum: zwei Monate	Ausgangspunkt der Studie war die Erhebung der durchschnittlichen „Door-to-ECG-Time“. Diese lag mit 16 Minuten deutlich über der geforderten zehn-Minuten-Grenze. Nur 16% der Notfallpatient*innen erhielt ein EKG innerhalb dieser Zielzeit. Durch eine gezielte Abfrage der potenziellen ACS-Symptomatik konnten die Teilnehmenden schneller der verantwortlichen Pflegefachperson zugeführt werden. Ohne Verzögerung wurde ein 12-Kanal-EKG erhoben. Durch die Einführung einer hauptverantwortlichen Pflegefachperson war in jeder Schicht ein*eine Ansprechpartner*in für die Versorgung der potenziellen ACS-Patient*innen definiert. Durch die neuen Standards konnte die „Door-to-ECG-Time“ auf neun Minuten gesenkt werden. Hierbei wurden nun 64% der ACS-Patient*innen in unter zehn Minuten einer EKG-Ersteinschätzung unterzogen.	Medium – High (Level 2 – Level 3)	Gute Aussagekraft über Struktur und Prozess-Kriterien, jedoch Setting in den USA, mit Kardiotechnikern und EKG-Befundung durch den*die Arzt*Ärztin. EKG-Ersteinschätzung durch Pflegefachpersonal zugunsten der Zeitersparnis wurde in der Studie nicht betrachtet. System- und Ausbildungsunterschiede als vorrangige Einschränkung.
Veröff: Nov. 2010 Evidenzbasiertes Vorgehen beim ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI)	S. Silber	Literaturarbeit, Übersichtsarbeit	Keine	Die in Deutschland geleisteten Anstrengungen, um die „Door-to-ECG-Time“ sowie die „Door-to-Ballon-Time“ bei der Ausschlussdiagnostik von STEMIs zu optimieren sind unterproportional im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern. Es gelingt nur in wenigen Fällen, ein Notfall-EKG innerhalb der vorgeschriebenen ersten zehn Minuten nach Eintreffen der Patient*innen in der Notaufnahme zu erheben und einzuschätzen. Vorschläge und Handlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft der Kardiologie (DGK) in Anlehnung an die internationalen Standards der European Society of Cardiology (ESC) werden präsentiert.	Literaturarbeiten sind über die OCEBM Evidenzlevel nur schwer einzuordnen Low – Medium Die ESC- Leitlinien wurden in 2020 aktualisiert.	Problemaufriss bezieht sich auf die Aktualisierung der ESC-Leitlinien im Zusammenhang mit der Versorgung von STEMIs in 2010. Literaturübersicht ist nachvollziehbar und wird vom Autor in den Kontext der aktuellen Studienlage gesetzt. Gute Darstellung des Akutstettings in Deutschland, jedoch wurden die ESC-Leitlinien erneut 2020 aktualisiert, mit leichten Änderungen. Die beschriebene medikamentöse Therapie ist nicht Gegenstandsbereich dieser Bachelorarbeit.

Schritt 4: Den QRS-Komplex analysieren

Die R- und S-Zacke werden in einem normalen EKG als charakteristisch schmale Spitzen abgebildet und stellen die Erregungsausbreitung des Kammermyokards dar. Bei der Betrachtung des QRS-Komplexes wird zusätzlich immer das Verhalten der Q-Zacke mitbestimmt. Diese beschreibt in einem EKG die Initialisierung der Kammererregung. Eine physiologische QRS-Dauer sollte zwischen 60 und 100 msec betragen (3-5 kleine Kästchen). Bei einer Veränderung des QRS-Komplexes werden zwischen zwei verschiedenen Merkmalen unterschieden. Ein verbreiteter QRS-Komplex ($x > 100$ msec) weist auf eine pathologische Reizweiterleitungsstörung im Ventrikel hin, oder dass der Rhythmus innerhalb der Ventrikel selbst entstanden ist. Eine Deformation des QRS-Komplexes deutet auf gegenläufig auftretende Strömungsflüsse der elektrophysiologischen Ausbreitung im Ventrikel hin. Die Analyse des QRS-Komplexes gibt einen Einblick darüber, ob eine funktionierende Erregung des Kammermyokards stattfindet oder nicht. Hierdurch lassen sich auch Rückschlüsse auf die Pumpleistung des Herzens ziehen.

Schritt 5: Verhalten von ST-Strecke und T-Welle

Durch die Einschätzung der ST-Strecke und der T-Welle lässt sich die intraventrikuläre Erregungsrückbildung beschreiben. Dieser Schritt ist besonders in der frühzeitigen Erkennung eines STEMI wichtig. Hierbei wird die Abweichung der normalerweise isoelektrisch verlaufenden ST-Strecke in den Zusammenhang mit Veränderungen der T-Welle gebracht. Bei einem akuten ST-Strecken-Hebungsinfarkt kann neben den eindrücklichen körperlichen Symptomen, die in Abb. 3 deutliche Anhebung des ST-Segments erkennbar sein. Für eine aussagekräftige EKG-Ersteinschätzung ist es wichtig alle Ableitungen des EKGs zu betrachten, da über das Auftreten der ST-Strecken-Hebungen in den unterschiedlichen Ableitungen schon vor einer Koronarangiografie die Ischämiestelle mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bestimmt werden kann. Typische Merkmale für einen STEMI sind das Fehlen einer S-Zacke. Dies ist durch den direkten Übergang der ST-Strecke aus einer absinkenden R-Zacke bedingt. Ein weiteres Merkmal für einen akuten Herzinfarkt kann das „Erstickungs-T“, eine hochpositive, den QRS-Komplex übersteigende T-Welle, sein. Dieses Phänomen kann auf eine beträchtliche Durchblutungsstörung des Kammermyokards hinweisen.

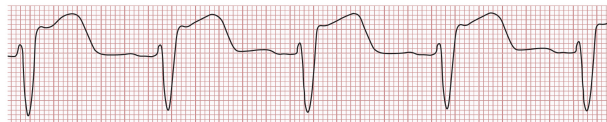


Abb. 3. Akuter Myokardinfarkt. In Anlehnung an: Trappe, H.-J.; Schuster, H.-P. (2017)

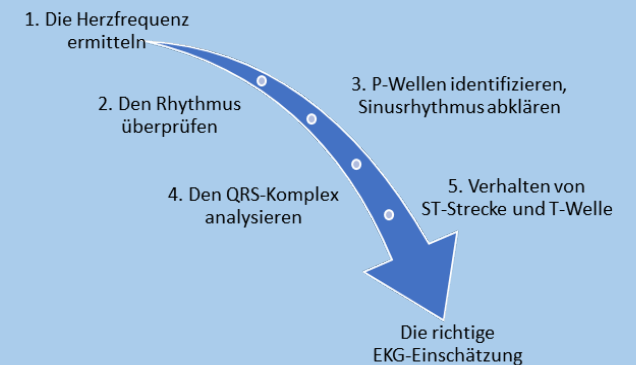
Quellen

McGrath, A.; Sampson, M. (2018): Electrocardiograms: a guide to rhythm recognition for emergency nurses. In: Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association, 26. Jg. (2018), Heft 1, S. 21-29.

Trappe, H.-J.; Schuster, H.-P. (2017): EKG-Kurs für Isabel. Georg Thieme Verlag KG. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 2017.

Die fünf Schritte der EKG-Einschätzung

Kurzanleitung



- ENTWURF -

Diese Broschüre ist nicht ohne die Zustimmung von Marius Burger oder der DHBW Stuttgart zu vervielfältigen.

Mail-Kontakt: ag18072@lehre.dhbw-stuttgart.de

Schritt 1: Die Herzfrequenz ermitteln

Zu Beginn der EKG-Einschätzung untersucht man, welche Herzfrequenz auf dem EKG-Auszug vorliegt. Das EKG stellt eine horizontale Zeitachse dar und wird somit von links nach rechts abgelesen. Als Aufzeichnungseinheit wird in Deutschland üblicherweise „50 mm/sek“ verwendet, wobei jedes kleine Quadrat (1 mm) exakt 0,02 Sekunden (= 20 msek) entspricht. Die vertikale Achse gibt den Ausschlag der Amplitude an, bei der 1 mm exakt 0,1 mVolt entspricht. Die physiologische Herzfrequenz eines erwachsenen Menschen sollte in Ruhe zwischen 60 und 100 Schlägen pro Minute liegen. Um sowohl die Herzfrequenz bei rhythmischen, als auch arrhythmischen EKGs ermitteln zu können, empfiehlt sich die Betrachtung der abgebildeten QRS-Komplexe über sechs Sekunden, was auf einem fortlaufenden EKG-Auszug (50 mm/sek) 30 cm in Anspruch nimmt. Nach der Markierung des gewählten Abstands wird die Anzahl der QRS-Komplexe innerhalb dieses Abschnitts bestimmt (s. Abb. 1). Um die Herzfrequenz in der alltagsüblichen Einheit „Schläge pro Minute“ angeben zu können, wird das Ergebnis der identifizierten QRS-Komplexe mit zehn multipliziert ($6 \text{ sek} \cdot 10 = 1 \text{ min}$). Das ermittelte Ergebnis kann zur Kontrolle mit der elektronisch errechneten Herzfrequenz auf dem EKG-Monitor abgeglichen werden. Mit einer Frequenzanalyse kann zusätzlich ermittelt werden, ob in dem vorliegenden EKG eine Tachykardie, Bradykardie oder ein normaler Herzrhythmus vorliegt.

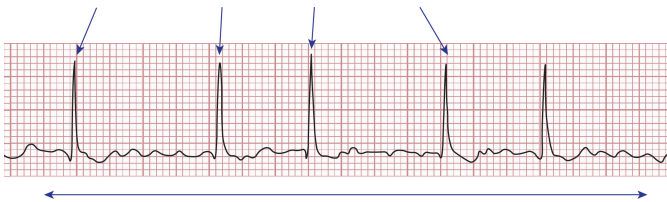


Abb. 1, Schritt 1: Die Herzfrequenz ermitteln. In Anlehnung an: McGrath, A.; Sampson, M. (2018)

Schritt 2: Den Rhythmus überprüfen

Um festzustellen, ob ein physiologischer Herzrhythmus vorliegt, werden auf dem EKG-Auszug die QRS-Komplexe identifiziert. Der QRS-Komplex stellt hierbei die Erregungsausbreitung während der Kammerkontraktion dar. Bei einem normalen Herzrhythmus sollten die QRS-Komplexe in regelmäßigen Abständen auftreten. Mit einem unbeschriebenen Blatt Papier kann man auf einfache und zuverlässige Art und Weise feststellen, ob der vorliegende Rhythmus regelmäßig (rhythmisch) ist. Hierzu werden drei aufeinanderfolgende R-Zacken des QRS-Komplexes auf dem unbeschriebenen Blatt Papier markiert (siehe Abb. 2). Das Papier wird oberhalb des EKG-Rhythmus positioniert, damit der Abstand zwischen den R-Zacken in der fortlaufenden Aufzeichnung abgeglichen werden kann. Wenn die markierten Abstände zwischen den einzelnen QRS-Komplexen in der folgenden Aufzeichnung übereinstimmen, liegt ein regelmäßiger Rhythmus vor. Sollte der Rhythmus unregelmäßig sein, kann eine Abweichung bei den markierten Abständen festgestellt werden.

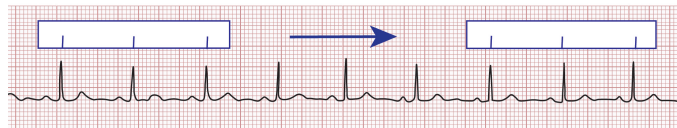


Abb. 2, Schritt 2: Den Rhythmus überprüfen. In Anlehnung an: McGrath, A.; Sampson, M. (2018)

Schritt 3: P-Wellen identifizieren, Sinusrhythmus abklären

Die P-Welle bildet in einem EKG-Auszug die Erregungsausbreitung über den linken und rechten Vorhof ab. Sie wird durch einen regelmäßigen Impuls des Sinusknotens ausgelöst. Die P-Welle wird als kleine, (halb-)runde oder zeltförmige Welle abgebildet, die in ihrer Höhe 2,5 mm nicht überschreiten sollte. Die physiologische Dauer liegt zwischen 50-100 msek (2,5-5 kleine Kästchen). Jede P-Welle sollte auf dem EKG gleich abgebildet sein. Um festzustellen, ob eine physiologisches EKG vorliegt sollte überprüft werden, ob P-Wellen identifiziert werden können, ob diese regelmäßig auftreten und vor jedem QRS-Komplex vorhanden sind. Die P-Wellen sollten auf ihre Form und Breite überprüft werden.

Um ein normales EKG festzustellen, wird überprüft ob ein regelmäßiger und normofrequenter Sinusrhythmus vorliegt. Hierfür sollte die Vorhofausbreitung über klar abgegrenzte P-Wellen sichtbar sein. Zusätzlich ist zu überprüfen, ob die Intervalle zwischen den P-Wellen regelmäßig sind, und ob auf jeden Impuls eine Kammererregung (QRS-Komplex) folgt. Um Überleitungsstörungen auszuschließen, überprüft man die PQ-Zeit, welche zwischen 120 und 200 msek (6-10 kleine Kästchen) betragen sollte. Können alle Punkte bejaht werden, liegt ein reiner Sinusrhythmus vor.

Quellenverzeichnis

AMBOSS GmbH (2021): EKG - AMBOSS, URL: <https://www.amboss.com/de/wissen/EKG> (Zugriff am 14.05.2021).

Anderson, J. L.; Adams, C. D.; Antman, E. M.; Bridges, C. R.; Califf, R. M.; Casey, D. E.; Chavey, W. E.; Fesmire, F. M.; Hochman, J. S.; Levin, T. N.; Lincoff, A. M.; Peterson, E. D.; Theroux, P.; Wenger, N. K.; Wright, R. S.; Smith, S. C.; Jacobs, A. K.; Halperin, J. L.; Hunt, S. A.; Krumholz, H. M.; Kushner, F. G.; Lytle, B. W.; Nishimura, R.; Ornato, J. P.; Page, R. L.; Riegel, B. (2007): ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction): developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons: endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. In: *Circulation*, 116. Jg. (2007), Heft 7, e148-304.

Behrens, J.; Langer, G. (2004): Evidence-based nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"; qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen, Verlag Hans Huber Programmbe- reich Pflege., Bern u.a. 2004.

Benesch, M.; Raab-Steiner, E. (2013): Klinische Studien lesen und verstehen, UTB Schlüsselkompetenzen, Bd. 3982., Wien 2013.

Coll-Badell, M.; Jiménez-Herrera, M. F.; Llauro-Serra, M. (2017): Emergency Nurse Competence in Electro- Cardiographic Interpretation in Spain: A Cross-Sectional Study. In: *Journal of emergency nursing*, 43. Jg. (2017), Heft 6, S. 560-570.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) (2018): Krankenhausstatistik, Eckdaten der Krankenhausversor- gung, URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2._Zahlen-Fakten/Folien- satz_KHstatistik20200901.pdf (Zugriff am 14.05.2021).

Diercks, D. B.; Kirk, J. D.; Lindsell, C. J.; Pollack, C. V.; Hoekstra, J. W.; Gibler, W. B.; Hollander, J. E. (2006): Door-to-ECG Time in Patients With Chest Pain Presenting to the ED. In: *The American Journal of Emergency Medicine*, 24. Jg. (2006), Heft 1, S. 1-7.

Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 44. Jg. (1966), Heft 3, Suppl:166-206.

Kletsiou, E.; Moisiadou, A.; Takou, A.; Seitanidi, E.; Dece, E.; Rammou, P. (2016): How Much Do Health Care Professionals Know About the ECG? Evaluation of the Impact of Educational Seminars in a Cohort. In: *European Journal of Cardiovascular Nursing* (2016).

Eriksen, M. B.; Frandsen, T. F. (2018): The Impact of Patient, Intervention, Comparison, Outcome (PICO) as a Search Strategy Tool on Literature Search Quality: a Systematic Review. In: *Journal of the Medical Library Asso- ciation: JMLA*, 106. Jg. (2018), Heft 4, S. 420-431.

Funk, M.; Fennie, K. P.; Stephens, K. E.; May, J. L.; Winkler, C. G.; Drew, B. J. (2017): Association of Implemen- tation of Practice Standards for Electrocardiographic Monitoring With Nurses' Knowledge, Quality of Care, and Patient Outcomes: Findings From the Practical Use of the Latest Standards of Electrocardiography (PULSE) Trial. In: *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 10. Jg. (2017), Heft 2.

Goodridge, E.; Furst, C.; Herrick, J.; Song, J.; Tipton, P. H. (2013): Accuracy of Cardiac Rhythm Interpretation by Medical-Surgical Nurses: a Pilot Study. In: Journal for nurses in professional development, 29. Jg. (2013), Heft 1, S. 35-40.

Hoang, A.; Singh, A.; Singh, A. (2021): Comparing Physicians and Experienced Advanced Practice Practitioners on the Interpretation of Electrocardiograms in the Emergency Department. In: The American Journal of Emergency Medicine, 40. Jg. (2021), S. 145-147.

Howick, J.; Chalmers, I.; Glasziou, P.; Greenhalgh, T.; Heneghan, C.; Liberati, A.; Moschetti, I.; Phillips, B.; Thornton, H. (2011): Explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence (Background Document), URL: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence> (Zugriff am 14.05.2021).

Lehmann, Y.; Schaepe, C.; Wulff, I.; Ewers, M. (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen?, Heidelberg 2019.

Maliszewski, B.; Whalen, M.; Lindauer, C.; Williams, K.; Gardner, H.; Baptiste, D.-L. (2020): Quality Improvement in the Emergency Department: A Project to Reduce Door-to-Electrocardiography Times for Patients Presenting With Chest Pain. In: Journal of emergency nursing, 46. Jg. (2020), Heft 4, 497-504.e2.

Martínez-Sellés, M.; Bueno, H.; Sacristán, A.; Estévez, A.; Ortiz, J.; Gallego, L.; Fernández-Avilés, F. (2008): Chest Pain in the Emergency Department: Incidence, Clinical Characteristics and Risk Stratification. In: Revista espanola de cardiologia, 61. Jg. (2008), Heft 9, S. 953-959.

McCabe, J. M.; Armstrong, E. J.; Ku, I.; Kulkarni, A.; Hoffmayer, K. S.; Bhave, P. D.; Waldo, S. W.; Hsue, P.; Stein, J. C.; Marcus, G. M.; Kinlay, S.; Ganz, P. (2013): Physician Accuracy in Interpreting Potential ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Electrocardiograms. In: Journal of the American Heart Association, 2. Jg. (2013), Heft 5, e000268.

McGrath, A.; Sampson, M. (2018): Electrocardiograms: a Guide to Rhythm Recognition for Emergency Nurses. In: Emergency nurse: the Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association, 26. Jg. (2018), Heft 1, S. 21-29.

McNamara, R. L.; Wang, Y.; Herrin, J.; Curtis, J. P.; Bradley, E. H.; Magid, D. J.; Peterson, E. D.; Blaney, M.; Frederick, P. D.; Krumholz, H. M. (2006): Effect of Door-to-Balloon Time on Mortality in Patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. In: Journal of the American College of Cardiology, 47. Jg. (2006), Heft 11, S. 2180-2186.

Panfil, E.-M. (Hrsg.) (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern 2017.

Pelter, M. M.; Carey, M. G.; Stephens, K. E.; Anderson, H.; Yang, W. (2010): Improving Nurses' Ability to Identify Anatomic Location and Leads on 12-Lead Electrocardiograms Eith ST Elevation Myocardial Infarction. In: European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 9. Jg. (2010), Heft 4, S. 218-225.

Peterson, E. D.; Roe, M. T.; Rumsfeld, J. S.; Shaw, R. E.; Brindis, R. G.; Fonarow, G. C.; Cannon, C. P. (2009): A Call to ACTION (Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network): a National Effort to Promote Timely Clinical Feedback and Support Continuous Quality Improvement for Acute Myocardial Infarction. In: Circulation. Cardiovascular quality and outcomes, 2. Jg. (2009), Heft 5, S. 491-499.

Rahimpour, M.; Shahbazi, S.; Ghafourifard, M.; Gilani, N.; Breen, C. (2021): Electrocardiogram Interpretation Competency Among Emergency Nurses and Emergency Medical Service (EMS) Personnel: A Cross-Sectional and Comparative Descriptive Study. In: Nursing open, 8. Jg. (2021), Heft 4, S. 1712-1719.

Scherer, M.; Lühmann, D.; Kazek, A.; Hansen, H.; Schäfer, I. (2017): Patients Attending Emergency Departments. In: Deutsches Ärzteblatt international, 114. Jg. (2017), Heft 39, S. 645-652.

Silber, S. (2010): Evidenzbasiertes Vorgehen beim ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI). Neueste Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) 2010. In: Herz, 35. Jg. (2010), Heft 8, S. 558-564.

Stanfield, L. (2018): Improvement of Door-to-Electrocardiogram Time Using the First-Nurse Role in the ED Setting. In: Journal of emergency nursing, 44. Jg. (2018), Heft 5, S. 466-471.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2020): Anzahl der Gestorbenen nach Kapiteln der und nach Geschlecht für 2019, URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/gestorbene_anzahl.html;jsessionid=9DD8664E95F5A44FF5FFA2A98A47A3B3.live721 (Zugriff am 14.05.2021).

Steg, P. G.; James, S. K.; Atar, D.; Badano, L. P.; Blömstrom-Lundqvist, C.; Borger, M. A.; Di Mario, C.; Dickstein, K.; Ducrocq, G.; Fernandez-Aviles, F.; Gershlick, A. H.; Giannuzzi, P.; Halvorsen, S.; Huber, K.; Juni, P.; Kastrati, A.; Knuuti, J.; Lenzen, M. J.; Mahaffey, K. W.; Valgimigli, M.; van 't Hof, A.; Widimsky, P.; Zahger, D. (2012): ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting With ST-Segment Elevation. In: European heart journal, 33. Jg. (2012), Heft 20, S. 2569-2619.

Stiftung München (2019): Plan-Studie, Pflege in anderen Ländern, Vom Ausland lernen, URL: <https://www.stiftung-muenchen.org/pinal-studie-pflege-in-anderen-laendern-vom-ausland-lernen/> (Zugriff am 18.01.2021).

Tahboub, O.; Yilmaz, Ü. (2019): Nurses' Knowledge and Practices of Electrocardiogram Interpretation. In: International Cardiovascular Research Journal, 13. Jg. (2019), Heft 3, 80-84.

Takakuwa, K. M.; Burek, G. A.; Estepa, A. T.; Shofer, F. S. (2009): A Method for Improving Arrival-to-electrocardiogram Time in Emergency Department Chest Pain Patients and the Effect on Door-to-balloon Time for ST-segment Elevation Myocardial Infarction. In: Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 16. Jg. (2009), Heft 10, S. 921-927.

Thronson, K.; Davis, V. (2015): Getting into the Rhythm. Equipping Nurses With the Knowledge and Practice They Need to Interpret ECGs. In: The Canadian Nurse, 111. Jg. (2015), Heft 4, S. 10-12.

Trappe, H.-J.; Schuster, H.-P. (2017): EKG-Kurs für Isabel. Georg Thieme Verlag KG. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 2017

Vu-Ngoc, H.; Elawady, S. S.; Mehayar, G. M.; Abdelhamid, A. H.; Mattar, O. M.; Halhouli, O.; Vuong, N. L.; Ali, C. D. M.; Hassan, U. H.; Kien, N. D.; Hirayama, K.; Huy, N. T. (2018): Quality of Flow Diagram in Systematic Review and/or Meta-Analysis. In: PloS one, 13. Jg. (2018), Heft 6, e0195955.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2012): Faktenblatt: Häufigste Todesursachen in Europa, URL: <https://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2012/fact-sheets/fact-sheet-leading-causes-of-death-in-europe> (Zugriff am 14.05.2021).

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2020): The top 10 causes of death, URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Zugriff am 14.05.2021).

Werner, K.; Kander, K.; Axelsson, C. (2016): Electrocardiogram Interpretation Skills Among Ambulance Nurses. In: European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 15. Jg. (2016), Heft 4, S. 262-268.

Widimsky, P.; Wijns, W.; Fajadet, J.; Belder, M. de; Knot, J.; Aaberge, L.; Andrikopoulos, G.; Baz, J. A.; Betriu, A.; Claeys, M.; Danchin, N.; Djambazov, S.; Erne, P.; Hartikainen, J.; Huber, K.; Kala, P.; Klineva, M.; Kristensen, S. D.; Ludman, P.; Ferre, J. M.; Merkely, B.; Milicic, D.; Morais, J.; Noc, M.; Opolski, G.; Ostojic, M.; Radovanovic, D.; Servi, S. de; Stenestrand, U.; Studencan, M.; Tubaro, M.; Vasiljevic, Z.; Weidinger, F.; Witkowski, A.; Zeymer, U. (2010): Reperfusion Therapy for ST Elevation Acute Myocardial Infarction in Europe: Description of the Current Situation in 30 Countries. In: European heart journal, 31. Jg. (2010), Heft 8, S. 943-957.

Zègre-Hemsey, J.; Sommargren, C. E.; Drew, B. J. (2011): Initial ECG Acquisition Within 10 Minutes of Arrival at The Emergency Department in Persons with Chest Pain: Time and Gender Differences. In: Journal of Emergency Nursing, 37. Jg. (2011), Heft 1, S. 109-112.

Korrespondenzadresse

Marius Burger

Lauterbergstr 14
76137 Karlsruhe

E-Mail: Marius.Burger@stud.uni-Heidelberg.de

Transkulturelle Palliativversorgung – Ein Scoping Review zur Identifikation versorgungsrelevanter Aspekte für Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen Raum

Von
Dominik Dupont

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Alterung der Gesellschaft, verbunden mit globale Migrationsdynamiken, geht mit einer zunehmenden Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund einher, die in diesem Land pflegedürftig werden oder Versterben. Wissens- und Handlungsdefizite zur Versorgung von Menschen mit einem anderem kulturellen Hintergrund führen bei Versorgenden und Betroffenen oft zu Unzufriedenheit und Frustration. Versorgungsstrukturen und die dazugehörigen Akteure benötigen verschiedene Handlungskompetenzen und Wissensgrundlagen, aus denen sie adäquate Interventionen personen- und familienzentriert ableiten können, um eine kultursensible und transkulturelle Behandlung zu ermöglichen. Zur palliativen Versorgung von Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen Raum, insbesondere mit hinduistischem oder buddhistischem Hintergrund, bestehen im deutschen Versorgungskontext Forschungs- und Wissenslücken. Ausgehend davon besteht der Bedarf einer strukturierter Übersicht dieses Wissens als Handlungsgrundlage für die Versorgungspraxis. **Ziele:** Das Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der unterschiedlichen kulturellen Perspektiven auf die Themen Sterben und Tod sowie die Analyse der versorgungsrelevanten Aspekte und Interventionen für Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen Raum, insbesondere mit hinduistischem und buddhistischem Hintergrund. Dadurch erhalten Gesundheitsprofessionen einen strukturierten Überblick, aus dem sie Handlungsmöglichkeiten lebensweltlich ableiten und dadurch die Qualität der palliativen Versorgung verbessern können. **Methode:** Um die erste Fragestellung nach den kulturellen Perspektiven auf die Themen Sterben und Tod beantworten zu können, wurde eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt. Die zweite, als zentraler Untersuchungsgegenstand betrachtete Fragestellung zu versorgungsrelevanten Aspekten und Interventionen für die zuvor genannten Patientengruppen, wird mit der Scoping Review Methodologie adressiert und die Ergebnisse durch Evidence Mapping in Themencluster kategorisiert und narrativ zusammengefasst. **Ergebnisse:** Die religions- und kulturbezogenen Perspektiven auf das Sterben und den Tod werden differenziert nach hinduistischen und buddhistischen Perspektiven übersichtshaft aufbereitet. Auf Grundlage der systematischen Literaturrecherche wurden 10 Publikationen in das Scoping Review eingeschlossen und im Evidence Mapping sechs Kategorien identifiziert: (1) Umgang mit belastenden Symptomen, (2) Rolle des familiären Umfelds, (3) medizinische Interventionen am Lebensende, (4) spirituelle Aspekte und Rituale, (5) Pflegerische Grundversorgung und (6) postmortale Aspekte. **Diskussion:** Mit der vorliegenden Arbeit wurde eine Wissens- und Handlungsgrundlage zur palliativen Versorgung von Menschen aus dem süd- und ostasiatischen Raum erstellt. Trotz einer hohen Trefferzahl zu Beginn wurden, anhand eines ausführlichen Screenings, die relevanten Publikationen für die zweite Forschungsfrage identifiziert. In Bezug auf die Datenextraktion konnten mehr versorgungsrelevante Aspekte für Patient*innen mit kulturellem Ursprung im Hindu-

mus extrahiert werden als für Erkrankte mit kulturellem Ursprung im Buddhismus. Zahlreiche Publikationen konnten nicht in das Volltext-Screening miteinbezogen werden, da sie ohne finanziellen Aufwand nicht zugänglich waren.

Abstract

Context: Due to societal ageing in combination with global migration dynamics, an increasing number of people with immigration background develops care dependency or deceases in Germany. Deficits in knowledge or interaction in caring for people with other cultural backgrounds often causes frustration among health care providers and dissatisfaction among patients and their relatives. To enable culturally competent and transcultural care in the palliative setting, many competencies are required. These competencies lead to the ability of health care providers to extract effective patient- and family-centered interventions in the context of palliative care settings. Caring for people, whose cultural origins are in south and east Asia, especially Hindus and Buddhists, is not well investigated in the German, palliative health care context. Resulting from the aforementioned problem description accompanied by the lack of data for the German health care context a requirement for a structured review of this knowledge as an operational framework is given. **Objectives:** Objectives are the presentation of the different cultural perspectives on death and dying as well as an analysis of caring related aspects and interventions for patient groups from south and east Asia. Especially for those with Hindu or Buddhist cultural background. In addition, health care professionals get a structured overview about the subject, of which they can extract possible actions for the individual to improve quality of palliative care. **Methods:** First research question of presentation of cultural perspectives is answered through an orientational literature research. The second research question of caring related aspects and interventions for the aforementioned patient groups, regarded as the main subject of this thesis, is addressed through Scoping Review Methodology, with a systematic literature research included. The Results are categorized in clusters through Evidence Mapping and summarized narratively. **Results:** The cultural and religious perspectives on death and dying by the described patient groups were answered as an overview differing between Hindu and Buddhist perspectives. Systematic literature approach of the Scoping Review Methodology revealed 10 included publications. As a result of the analysis of those publications, 6 categories were developed for the evidence mapping: (1) Handling of stressful symptoms, (2) role of the family environment, (3) medical interventions during end-of-life situations, (4) spiritual aspects and rituals, (5) nursing measures and (6) postmortal aspects. **Discussion:** The present thesis is a structured review of knowledge including an operational framework regarding Palliative Care for patient groups, whose cultural origins are in south and east Asia. Despite a high amount of results during

systematic literature research, relevant publications for the second research question were identified by intensive screening measures. Concerning data extraction more palliative care related aspect of Hindu population groups were identified than of Buddhist patient groups. A relevant amount of potentially suitable publications could not be included due to financial barriers of journals or authors.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	XIV
1 Einleitung.....	72
2 Methodik	73
3 Theoretischer Rahmen	78
3.1 Palliativversorgung	78
3.1.1 Begriffsbetrachtung der World Health Organization	78
3.1.2 Charta zur Betreuung sterbender und schwerstkranker Menschen in Deutschland	80
3.1.3 Spiritual Care in der Palliativversorgung	82
3.2 Transkulturelle Pflege.....	85
3.2.1 Grundgedanken der kultursensiblen Pflege nach M. Leininger	85
3.2.2 Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Domenig	86
3.3 Kultur- und religionswissenschaftliche Grundlagen.....	90
3.3.1 Hinduismus	90
3.3.2 Buddhismus	93
4 Religions- und kulturbezogene Perspektiven auf die Themen Sterben und Tod.....	96
4.1 Hinduistische Perspektive	96
4.2 Buddhistische Perspektive.....	98
5 Ergebnisse des Scoping Reviews	101
5.1 Resultate der systematischen Literaturrecherche	101
5.2 Narrative Darstellung der Ergebnisse.....	104
5.2.1 Umgang mit belastenden Symptomen.....	104
5.2.2 Rolle des familiären Umfelds.....	108
5.2.3 Medizinische Interventionen am Lebensende	112
5.2.4 Spirituelle Aspekte und Rituale	113
5.2.5 Pflegerische Grundversorgung	116
5.2.6 Postmortale Aspekte	118

6	Diskussion.....	119
7	Schlussbetrachtung	121
	Anhang	123
	Quellenverzeichnisse.....	124

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Palliativer Themenbereich im Suchschema	S. 76
Tab 2: Kulturelle und religiöse Aspekte im Suchschema	S. 76
Tab 3: Kultur, Spiritualität und Religion im Suchschema	S. 77
Tab 4: Kumulierte Anzahl an Treffer infolge des gesamten Suchstrings	S. 77
Tab 5: Ein- und Ausschlusskriterien zur Publikationsauswahl	S. 102
Tab 6: Darstellung der ausgewählten Publikationen für das Scoping Review	S. 103

1 Einleitung

In Deutschland lebt eine Vielzahl von Menschen mit unterschiedlichsten kulturellen und religiösen Hintergründen.¹ Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland unterliegen ebenso dem demographischen Alterungsprozess. Damit steigt auch die Anzahl dieser Population, die eine Pflegebedürftigkeit entwickeln oder in diesem Land ihren Sterbeprozess antreten.² Die Charta zur Betreuung sterbender und schwerstkranker Menschen in Deutschland sowie die Begriffsbetrachtung von Palliative Care der World Health Organization (WHO) sichert jeder Person in einer palliativen Situation das Recht zu, entsprechend ihrer Lebenswelt, Kultur und Religion versorgt zu werden.³⁴

Wissens- und Handlungsdefizite in der Versorgung von sterbenden und schwerstkranken Personen werden mit einer Minderung der Lebensqualität am Lebensende assoziiert. Diese Defizite beziehen sich selten auf die Qualität der durchgeführten medizinischen oder pflegerischen Interventionen, sondern auf die Berücksichtigung eines individuellen Patient*innenbildes, welches von der Lebenswelt, den kulturellen und religiösen Hintergründen von Patient*innen charakterisiert wird.⁵ Aus diesem Grund kann bei Gesundheitsprofessionen Frustration entstehen und bei Patient*innen oder Angehörigen eine Unzufriedenheit, weil sie sich in ihrer Individualität nicht berücksichtigt und dadurch nicht angemessen betreut fühlen.⁶ Versorgungsstrukturen und die dazugehörigen Akteure benötigen, um eine kultursensible und transkulturelle Behandlung zu ermöglichen, verschiedene Handlungskompetenzen und Wissensgrundlagen, aus denen sie adäquate Interventionen ableiten können.⁷

Im Rahmen einer ersten Überprüfung der vorhandenen Daten zur transkulturellen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im palliativen Setting, konnten nur wenige Publikationen identifiziert werden, welche sich mit der Betreuung von Menschen aus dem süd- und ostasiatischen Raum befassen. Resultierend aus dieser Problemstellung und einem Mangel an Daten für den deutschen Versorgungskontext ergab sich der Untersuchungsgegenstand dieser Bachelorarbeit. Es wurden zwei relevante Fragestellungen ausgewählt, mit denen sich diese wissenschaftliche Arbeit auseinandersetzt. Die erste Frage ist, welche Ansichten haben Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen Raum zu den Themen Sterben und Tod, insbesondere Menschen mit hinduistischem und buddhistischem kulturellem und religiösem Hintergrund. Die darauf aufbauende zweite Fragestellung der Bachelorarbeit ist, welche transkulturellen Aspekte und Interventionen relevant sind, um die Versorgung

¹ Vgl. Baumgartner-Bicer (2007), S. 68f.

² Vgl. Tezcan-Güntekin, H.; Razum, O. (2017), S. 73.

³ Vgl. World Health Organization (2020), <http://www.who.int> (Stand 09.02.2021).

⁴ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. u.a. (2010), S. 8f.

⁵ Vgl. Chakraborty, R. u.a. (2017), S. 609f.

⁶ Vgl. Neuberger, J. (2009), S. 15ff.

⁷ Vgl. Tezcan-Güntekin, H.; Razum, O. (2017), S. 79.

im palliativen Setting von Patientengruppen aus Süd- und Ostasien, insbesondere mit hinduistischem und buddhistischem Hintergrund, zu verbessern. Ein besonderer Fokus wird hierbei auf die Perspektive von Patient*innen und deren Angehörigen gelegt.

Das Ziel der Bachelorarbeit ist einerseits die Darstellung der Perspektiven auf die Themen Sterben und Tod der beschriebenen Patientengruppen. Andererseits die Darstellung und Analyse der versorgungsrelevanten Aspekte und Interventionen für die beschriebenen Patientengruppen. Aus diesen Resultaten sollen Gesundheitsprofessionen eine überblickshafte Darstellung, im Sinne des Scoping Reviews, zu relevanten Aspekten erhalten, um daraus erste Handlungsmöglichkeiten für den Versorgungsalltag extrahieren zu können. Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsqualität für Patientengruppen aus Süd- und Ostasien.

Um die zuvor beschriebenen Fragestellungen zu beantworten, wurden verschiedene methodische Ansätze ausgewählt. Die erste Fragestellung wird mit einer orientierenden und narrativen Literaturrecherche beantwortet. Für die zweite Fragestellung wurde die Methodik des Scoping Reviews ausgewählt. Kapitel 2 beschreibt das detaillierte Vorgehen in der Akquisition von angemessenen literarischen Quellen. Der sich anschließende theoretische Rahmen in Kapitel 3 enthält grundlegende Begriffsbetrachtungen und Modelle, welche für die Palliativversorgung, die transkulturelle Pflege und das Verständnis gegenüber der Lebenswelt der ausgewählten Personengruppen relevant sind.

Kapitel 4 widmet sich der Beantwortung der ersten Fragestellung. In Kapitel 5 wird die zweite Fragestellung beantwortet, welche als zentraler Untersuchungsgegenstand der Bachelorarbeit gilt. Darin werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche, anhand der Vorgaben zur Erstellung eines Scoping Reviews analysiert und als Evidence Mapping dargestellt. Daran schließt sich eine Diskussion der Ergebnisse, der Methodik und der limitierenden Faktoren sowie die Schlussbetrachtung an.

2 Methodik

Um den theoretischen Rahmen zu konzipieren wurde die Datenbank der WHO gesichtet. Dadurch konnte die Begriffsbetrachtung von Palliative Care der WHO erschlossen werden, welche als Grundlage für die Thematik der Bachelorarbeit angewandt wird. Um den deutschen Versorgungskontext sowie die Rahmenbedingungen für die Erbringung von Leistungen der Palliativversorgung zu analysieren und darzustellen, wurde die Webpräsenz der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu Rate gezogen. Daraus resultierte die Identifikation der Charta zur Betreuung sterbender und schwerstkranker Men-

schen in Deutschland und das Konzept der Spiritual Care in der Palliativversorgung. Das zuletzt genannte Konzept wurde aufgrund seiner thematischen Eignung und der Relevanz für die in der Einleitung formulierten Fragestellungen der Bachelorarbeit als bedeutsam erachtet und in den theoretischen Rahmen aufgenommen. Die bereits beschriebenen Quellen wurden durch eine orientierende Literaturrecherche in Google Scholar ergänzt, um weitere relevante Publikationen für den theoretischen Rahmen zu erschließen.

Während einer orientierenden Literaturrecherche in Google Scholar und dem deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information zu Publikationen der transkulturellen und kultursensiblen Versorgung in Gesundheitsdienstleistungen konnte eine Vielzahl an Modellen, Monographien und Sammelbänden zur Thematik erschlossen werden. Nach einer detaillierten Sichtung der Publikationen wurde die kultursensible Pflege nach Leininger und das Modell der transkulturellen Kompetenz nach Domenig für den theoretischen Rahmen der Bachelorarbeit ausgewählt. Die Grundlagen des Hinduismus und Buddhismus wurden anhand von Quellen beschrieben, welche das Resultat einer Literaturrecherche innerhalb des Bibliothekskatalogs der Dualen Hochschule Stuttgart und der Eberhard-Karls-Universität Tübingen sind. Da die Universität Tübingen über eine Abteilung für Indologie und vergleichende Religionswissenschaft sowie über eine Vielzahl weiterer kulturwissenschaftlicher Institutionen verfügt, wurde aus einer hohen Anzahl an Quellen, einzelne thematisch geeignete ausgewählt und für den theoretischen Rahmen genutzt.

Die erste, in der Einleitung formulierte Fragestellung zur Einstellung von Patientengruppen aus Süd- und Ostasien, insbesondere von Menschen mit hinduistischem und buddhistischem Hintergrund, zu den Themen Sterben und Tod wurde durch eine orientierende Literaturrecherche mit ansteigender Spezifität beantwortet. Diese Literaturrecherche fand beginnend über die bereits zuvor genutzten Bibliothekszugänge der Dualen Hochschule Stuttgart und der Universität Tübingen statt. Im Rahmen der dadurch gesichteten Veröffentlichungen wurden effektive Suchbegriffe erkannt, welche in einer Datenbankrecherche in Pubmed und CINAHL Anwendung fanden. Somit kam ein Konvolut an Veröffentlichungen, Reviews und Studien zustande, mit dem die beschriebene Fragestellung umfassend beantwortet werden kann.

Für die zweite, in der Einleitung formulierte Fragestellung, welche als Hauptgegenstand der Bachelorarbeit betrachtet wird, wurde das Verfahren des Scoping Reviews zur Beantwortung ausgewählt. Dieses folgt einer exakten Struktur, um Evidenz in einer Übersichtsarbeit zu erfassen. Das Scoping Review wurde als Verfahren entwickelt, um der ausgeprägten Steigerung an publizierten Primärdaten, entgegen zu kommen. Eine erste methodische Anleitung wurde 2005 von O'Malley und Arksey erstmalig gestaltet, die im Laufe der Zeit kontinuierlich weiterentwickelt wurde. In Kontrast zum systematischen

Review, welches spezifische Interventionen in Relation zum gewünschten Outcome analysiert, beabsichtigt die Methodik des Scoping Reviews die Darstellung von Schlüsselaspekten einer Thematik, die Abbildung des aktuellen Forschungsstandes und das Erfassen inhaltlicher Grenzen der Thematik.⁸ In Bezug auf die Fragestellung, welche mit der Scoping Review Methodik in dieser Bachelorarbeit bearbeitet wird, liegt der Fokus auf der Identifikation von transkulturellen Interventionen, Aspekten und weiteren Handlungsmöglichkeiten, welche die Versorgung im palliativen Setting von Patientengruppen aus Süd- und Ostasien verbessern können. Insbesondere liegt der Blickpunkt auf Patient*innen mit einem kulturellen und religiösen Hintergrund, welcher aus dem Hinduismus und Buddhismus resultiert.

Die Fragestellung wurde anhand der charakterisierenden Aspekte der Scoping Review Methodologie konzipiert. Der erste Aspekt beschreibt die Population (*Types of Participants*). In der Bachelorarbeit sind dies Patient*innen aus oder mit kulturellem Ursprung in Süd- und Ostasien. Insbesondere aus dem kulturellen Raum, der von den Religionen Hinduismus und Buddhismus geprägt ist. Im nächsten Aspekt werden die Konzepte, die untersucht werden, spezifiziert. In dieser wissenschaftlichen Arbeit sind hierbei kultursensible und transkulturelle Versorgungs- und Interventionsmöglichkeiten zu nennen, welche die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen verbessern. Abschließend ist der Kontext als Aspekt der Scoping Review Methodologie zu nennen. Dieser ist das palliative Versorgungssetting.⁹

Das Scoping Review gilt als Übersichtsarbeit, die jedoch keine methodenbezogene Bewertung der erfassten Publikationen durchführt und von einer evidenzhierarchischen Darstellung absieht. Das Scoping Review ermöglicht, die überblickhafte Betrachtung eines Untersuchungsgegenstands, um als Orientierung für zukünftige Metaanalysen und systematische Reviews zu dienen. Als Überblick können sie die klinische Entscheidungsfindung unterstützen und zukünftige Fragestellungen für wissenschaftliche Analysen eröffnen. Im Anschluss an die systematische Literaturrecherche, werden die Ergebnisse analysiert und anhand eines sogenannten Evidence Mappings dargestellt. Dieses Mapping, welches in Kapitel 5 ersichtlich wird, dient der Kategorisierung und Darstellung der Ergebnisse der verschiedenen identifizierten Publikationen.¹⁰ Die Suchstrategie zur Akquisition von Literatur im Scoping Review erfolgt anhand von drei Schritten.¹¹

Der erste Schritt bezüglich der Suchstrategie in einem Scoping Review ist eine initiale und orientierende Literaturrecherche. In diesem ersten Schritt werden relevante Aspekte und Begriffe identifiziert.

⁸ Vgl. von Elm, E.; Schreiber, G.; Haupt, C. (2019), S. 2.

⁹ Vgl. Joanna Briggs Institute (2015), S. 12f.

¹⁰ Vgl. von Elm, E.; Schreiber, G.; Haupt, C. (2019), S. 2.

¹¹ Vgl. Joanna Briggs Institute (2015), S. 13.

Diese bilden die Grundlage für den darauffolgenden zweiten Schritt einer systematischen Literaturrecherche. Zum Zwecke der Erstellung dieser Bachelorarbeit wurden die Datenbanken Medline und CINAHL ausgewählt.¹² Die einzelnen Suchbegriffe werden im Rahmen der Literaturrecherche mit den Boole'schen Operatoren verknüpft, um ein komplexes Suchmuster aufzubauen.¹³ Der vollständige Suchbefehl, inklusive Mesh Terms kann dem Anhang entnommen werden. Die nachfolgenden Tabellen stellen die systematische Literaturrecherche detailliert dar. Darin enthaltene Werte sind die kumulierten Ergebnisse der Datenbanken Pubmed und CINAHL. Die systematische Literaturrecherche wurde am 15.04.2021 durchgeführt.

Suchschritt	Suchbegriffe	Treffer (n=)
#1	palliative	161 461
#2	End-of-life	1 037 972
#3	#1 OR #2	1 164 208

Tab. 1: Palliativer Themenbereich im Suchschema¹⁴

Die erste Tabelle zeigt die Suchergebnisse, welche den Themenbereich der Palliativversorgung abbilden und den Kontext beziehungsweise das Setting repräsentieren.

Suchschritt	Suchbegriffe	Treffer (n=)
#4	Hindu	11 678
#5	Buddhist	7 529
#6	#4 OR #5	18 972
#7	„South Asian“	9 220
#8	„East Asian“	15 451
#9	#6 OR #7 OR #8	42 937

Tab. 2: Kulturelle und religiöse Aspekte im Suchschema¹⁵

¹² Vgl. ebd., S. 13.

¹³ Vgl. Simon, M. (2018), S. 64ff.

¹⁴ Eigene Darstellung.

¹⁵ Eigene Darstellung.

Kulturelle und religiöse Spezifikationen sind der zentrale Gegenstand der zweiten Tabelle. Diese fokussiert sich auf den geographischen Raum Süd- und Ostasiens sowie die für die Fragestellung relevanten religiös-kulturellen Hintergründe der ausgewählten Population.

Suchschritt	Suchbegriffe	Treffer (n=)
#10	culture	2 171 742
#11	spiritual	39 471
#12	religion	91 743
#13	#10 OR #11 OR #12	2 264 355

Tab. 3: Kultur, Spiritualität und Religion im Suchschema¹⁶

In der dritten Tabelle werden die Begriffe Kultur, Spiritualität und Religion dargestellt, da der Fokus der Bachelorarbeit auf der transkulturellen Versorgung liegt.

Suchschritt	Suchbegriffe	Treffer (n=)
#14	#3 AND #9 AND #13	772
#15	patients	9 588 446
#16	#14 AND #15	300

Tab. 4: Kumulierte Anzahl an Treffer infolge des gesamten Suchstrings¹⁷

Im Suchschritt #14 kamen 772 Treffer zustande. Um die Orientierung hin zum Patienten gezielt im Suchstring darstellen zu können wurden verschiedene Möglichkeiten überprüft. Mögliche Begriffe wie „Patient’s View“, „Patient’s Perspective“ und weitere ergaben keine positiven Resultate. Aufgrund dieses Sachverhalts musste, um einen Patientenbezug im Suchschema herzustellen das Wort „Patients“ hinzugefügt werden. Dadurch kam eine adäquate Limitierung der Trefferzahlen auf insgesamt 300 Treffer in beiden benannten Datenbanken zustande.

Der detaillierte Auswahlprozess der Studien, welcher den dritten Schritt in der Methodik des Scoping Reviews repräsentiert wird im Ergebnisteil der Bachelorarbeit umfassend dargestellt.

¹⁶ Eigene Darstellung.

¹⁷ Eigene Darstellung.

3 Theoretischer Rahmen

3.1 Palliativversorgung

3.1.1 Begriffsbetrachtung der World Health Organisation

Palliative Care wurde von der WHO im Jahre 2002 definiert als ein multidimensionales Versorgungskonzept, welches Möglichkeiten beinhaltet, um die Lebensqualität von Menschen zu verbessern, die progressiv und irreversibel erkrankt sind. Personen, die Palliative Care in Anspruch nehmen, haben bereits sämtliche kurativen Therapieoptionen ausgeschöpft oder sich bewusst gegen diese entschieden. Im Mittelpunkt der Betrachtung durch die WHO steht die Förderung und Erhaltung der Lebensqualität durch Symptomkontrolle sowie Symptomlinderung. Übelkeit, Dyspnoe oder starke Schmerzen sind Beispiele für intensive Belastungen, die eine intensitätsstarke Symptomlast charakterisieren und die Lebensführung nachhaltig beeinflussen können. Symptomkontrolle beinhaltet die Früherkennung beeinträchtigender Ausprägungen der Grunderkrankung und die Beratung von Betroffenen und Angehörigen zu adäquaten Reaktionsmöglichkeiten.¹⁸

Als multidimensionales Versorgungskonzept nimmt Palliative Care im Sinne der WHO Betroffene als Individuen innerhalb ihrer jeweiligen Lebenswelt wahr. Diese Lebenswelt wird durch soziale, psychologische, kulturelle und spirituelle Faktoren definiert. Benannte Faktoren sollen in die Versorgung und Betreuung von Erkrankten, insbesondere während der terminalen Lebensphase, miteinbezogen werden. Ein zentraler Aspekt ist die Wahrung der Autonomie von Patient*innen, ihre Lebensführung und ihre letzte Lebenszeit entsprechend ihrer persönlichen Wünsche gestalten zu dürfen. Daraus resultiert, dass Palliative Care ein patientenorientiertes und -zentriertes Konzept ist, in dem der Verlauf und die Gestaltung der Versorgung von Betroffenen ausgerichtet und bestimmt wird.¹⁹

Patientenorientierung wird innerhalb des Konzepts der WHO durch drei Hauptaspekte umgesetzt und verwirklicht. Psychosoziale Begleitung ist der erste beschriebene Aspekt. Hierbei wird Bezug auf Emotionen und Affekte genommen und die dazugehörigen Bedürfnisse nach Gespräch, Begleitung und Beistand von Erkrankten und deren Angehörigen.²⁰ Darin ist die Unterstützung bei der Verarbeitung und Bewältigung von unerledigten Angelegenheiten, erlebten Traumata oder weiteren Anliegen enthalten. Dadurch kann die Kommunikationskompetenz von unheilbar erkrankten Menschen und deren Angehörigen gezielt gefördert werden.²¹

¹⁸ Vgl. World Health Organization (2020), <http://www.who.int> (Stand 09.02.2021).

¹⁹ Vgl. ebd.

²⁰ Vgl. Kränzle, S. (2006), S. 4.

²¹ Vgl. Student, J.; Napiwotzky, A. (2007), S. 101ff.

Der zweite Hauptaspekt ist die spirituelle Begleitung. Diese widmet sich transzendenten, philosophischen und religiösen Bedürfnissen und Fragen. Im Mittelpunkt steht die persönliche Einstellung der Patientin oder des Patienten zu spirituellen und religiösen Themen, insbesondere zur Thematik Leben und Sterben sowie Gesundheit und Krankheit.²² Bei Menschen, die eine Religion aktiv praktizieren, ist der Stellenwert dieser Begleitung sehr hoch. Religiöse Amtsträger können hierbei hinzugezogen werden, aber auch direkt an der Versorgung beteiligte Gesundheitsprofessionen ermöglichen eine dem Patientenwunsch entsprechende Anpassung der Abläufe und Interventionen. Trauernde Angehörige sind durch den zunehmenden Sterbeprozess ebenfalls mit existentiellen Fragen konfrontiert und werden gezielt unterstützt und begleitet.²³

Der letzte Aspekt der Patientenorientierung in der Palliative Care ist die Verbesserung der Lebensqualität. Dieser nimmt Referenz auf die körperliche und symptombezogene aber auch die psychosoziale Dimension.²⁴ Symptomlinderung ist nicht ausschließlich durch medikamentöse Interventionen zu gestalten, sondern auf holistischer Ebene durchzuführen. Dies beinhaltet verschiedene Therapieansätze wie Ernährungs-, Musik- oder Physiotherapie angepasst an die individuellen Gegebenheiten. In der Terminalphase kann Leidensdruck aus der psychischen und affektiven Situation Betroffener resultieren. Auf der körperlichen Ebene manifestiert sich der Leidensdruck aus Schmerzen oder anderen physischen Symptomgefügen.²⁵

Mitarbeiterorientierung sowie eine gesunde Teamdynamik sind essenziell etabliert im Konzept der Palliative Care.²⁶ Palliative Care Teams bestehen aus verschiedensten Professionen und erfordern damit eine gesunde und produktive interdisziplinäre Zusammenarbeit. Palliativmediziner*innen, Pflegekräfte, Therapeut*innen sowie weitere an der Versorgung Beteiligte müssen untereinander koordiniert und geplant agieren, um für Erkrankte eine bestmögliche Betreuung zu gewährleisten.²⁷ Die Interaktion zwischen hauptamtlichen und ehrenamtlichen Akteuren in der Palliativversorgung erfordert hohe Kommunikationskompetenzen bei Koordinationsinstanzen und den einzelnen Mitarbeitenden. Diese Mitarbeitenden werden kontinuierlich mit existentiellen Krisen sowie Einzelschicksalen konfrontiert, in der eine hohe Bewältigungsfähigkeit vonnöten ist, um innerhalb von Extremsituationen professionell interagieren zu können, aber auch die eigene Psyche auf einem stabilen Niveau zu halten.²⁸

²² Vgl. Kränzle, S. (2006), S. 4.

²³ Vgl. Student, J.; Napiwotzky, A. (2007), S. 187f.

²⁴ Vgl. Kränzle, S. (2006), S. 4.

²⁵ Vgl. Student, J.; Napiwotzky, A. (2007), S. 125ff.

²⁶ Vgl. Kränzle, S. (2006), S. 4.

²⁷ Vgl. Kunz, R. (2014), S. 111f.

²⁸ Vgl. Kränzle, S. (2006), S. 4.

Durch neue und moderne Fortschritte in der medikamentösen Analgesie und Symptomlinderung, der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse in Form von Befragungen und darauf aufbauenden Studien, kann palliative Versorgung heute gezielt das Leiden betroffener Menschen lindern und infolgedessen die Lebensqualität verbessern. Aspekte wie Kommunikation, Ethik, Emotion und Beziehungsaufbau ermöglichen es, eine gezielte und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten. In diesem Sinne steht Palliative Care nicht hinter dem klassischen kurativen Ansatz der Medizin, sondern bezieht sich auf eine ganzheitliche Versorgung beziehungsweise Unterstützung der betroffenen Person, im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten und Ressourcen. Das Konzept wird in der Theorie als innere Haltung beschrieben, die in verschiedensten Formen von den beteiligten Menschen ausgelebt wird. Erst an sekundärer Stelle steht der Bezug zu Institutionen und Einrichtungen. Zu dieser Haltung gehört ebenfalls, dass aktive Sterbehilfe nicht mit den Leitgedanken der palliativen Versorgung übereinstimmt.²⁹

3.1.2 Charta zur Betreuung sterbender und schwerstkranker Menschen in Deutschland

Nachdem zuvor das Konzept der Palliative Care detailliert betrachtet wurde, wird in diesem Kapitel eine fundierte Basis aufgebaut, welche die grundlegenden Rechte von Menschen, die Palliativversorgung in Deutschland in Anspruch nehmen, beschreibt. Dies erfolgt anhand der Leitsätze der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband sowie der Bundesärztekammer im Jahre 2010 herausgegeben wurde.³⁰

Während des zehnten Kongresses der European Association for Palliative Care wurde 2007 das sogenannte Budapest Commitment beschlossen mit dem Ziel, die Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Personen zu verbessern. Gezielt erwähnt wurden die Aspekte Forschung, Qualitätsverbesserung, Aus- und Weiterbildung, Politik und der Nachschub mit medizinischen Gütern. Diese Empfehlung wurde von insgesamt 18 Ländern inklusive Deutschland aufgenommen. Aufgrund dessen wurde die Charta von den oben benannten Institutionen zwischen 2008 und 2010 angefertigt.³¹ Sie besteht aus fünf zentralen Leitsätzen, die im folgenden Abschnitt betrachtet werden.

Gesellschaftliche und politische Themen bilden den ersten Leitsatz der Charta. Darin sind einerseits juristische und ethische Aspekte enthalten und andererseits öffentliche und gesellschaftliche Grund-

²⁹ Vgl. Kränzle, S. (2006), S. 5.

³⁰ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. u.a. (2010), S. 5.

³¹ Vgl. ebd., S. 5.

lagen vertreten. Die Charta konstatiert, dass jedes Individuum ein Recht auf einen würdevoll gestalteten Sterbeprozess besitzt, was die ethische Basis der Palliativversorgung darstellt. Ein zentraler Bestandteil hiervon ist eine Betreuung, die auf die Bedürfnisse und den persönlichen Willen Betroffener zugeschnitten ist. Sie beinhaltet die Inklusion der persönlichen Lebenswelt, der Werte und der Kultur der Patientin oder des Patienten. Ebenso spielt die Verbindung zu den Angehörigen eine wesentliche Rolle des ersten Leitsatzes. Zu den juristischen Grundlagen gehört die Achtung der Menschenrechte, im Besonderen die Wahrung der Autonomie in Bezug auf Entscheidungen, welche den letzten Lebensweg prägen. Weiterhin ist die Gewährleistung einer adäquaten Versorgung und Begleitung, unabhängig von sozialem Status, Geschlecht, religiöser Zugehörigkeit oder anderer Aspekte juristisch relevant. Konkret beinhaltet dies eine Symptombehandlung anhand des aktuellen Stands der Wissenschaft (State of the Art), psychosoziale Begleitung und je nach Situation eine umfassende multiprofessionelle Versorgung. Die Versorgung Sterbender und Schwerstkranker wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, welche in der Dynamik von Familie, Ehrenamt und professioneller Unterstützung stattfindet. Unter dem Aspekt Sterben in Würde versteht die Charta, dass das Setting den betroffenen Personen entspricht und auf deren kulturelle, religiöse, spirituelle und persönliche Bedürfnisse angepasst ist. Diesbezüglich kritisiert die Charta mangelnde Versorgungsstrukturen, um diese Bedürfnisse angemessen zu erfüllen.³²

Der zweite Leitsatz beschäftigt sich mit den allgemeinen Versorgungsstrukturen. Die Charta fordert, dass Institutionen vernetzt und bedarfsorientiert interagieren, um Menschen aller Altersgruppen mit verschiedensten Erkrankungen adäquat betreuen zu können. Die Vernetzung der einzelnen Institutionen soll Brüchen in der Kontinuität der Versorgung vorbeugen. Es wird dargestellt, welche regionalen Angebote gegeben sein müssen, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten. Für die ambulante Versorgung benötigt es fachkompetente Hausärzte sowie ambulante Pflege- und Hospizdienste. Entsprechend der Bedarfe und Bedürfnisse kann eine stationäre Versorgung durch krankenhauserne Palliativstationen oder Hospize indiziert sein. Kritisiert wird, dass oftmals die regionalen Versorgungsangebote nicht den strukturellen Anforderungen entsprechen. Ein Mangel wird bei Plätzen in der stationären Versorgung und bei beratenden Institutionen gesehen.³³

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Akteuren bilden die Grundannahmen des dritten Leitsatzes. Da Betroffene, wie zuvor angemerkt, einen Anspruch auf eine Versorgung haben, die den qualitativen Anforderungen entspricht, resultiert eine hohe Nachfrage an Edukationsangeboten in palliativer Medizin und Pflege. Zusätzlich werden auch Fortbildungen in den Bereichen Ethik, Religion, Spiritualität und Kultur im Sterbeprozess empfohlen. Das multiprofessionelle

³² Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. u.a. (2010), S. 8f.

³³ Vgl. ebd., S. 9ff.

Team muss infolgedessen über eine Vielzahl an Kompetenzen verfügen, um den qualitativen Anforderungen gerecht zu werden.³⁴

Im vierten Leitsatz wird der Stellenwert der Forschung im Themenbereich palliativer Versorgung dargestellt. Bereits in den vorhergehenden Leitsätzen wurde deutlich, dass die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen eine Behandlung auf aktuellem wissenschaftlichem Stand fordert. Dies betrifft die medizinische, pflegerische und therapeutische Ebene. Dementsprechend werden Maßnahmen zur kontinuierlichen Erkenntnisgewinnung aus den Perspektiven von Medizin, Psychologie, Pflegewissenschaft und weiteren Wissenschaftsdisziplinen gefordert. Forschungsinstitutionen werden gebeten, theoretisches und praxisrelevantes Wissen in hohem Maße zur Verfügung zu stellen.³⁵

Im fünften und letzten Leitsatz wird die internationale Relevanz der palliativen Versorgung betrachtet. Gefordert wird eine Optimierung des Wissenstransfers auf internationaler Ebene sowie die gezielte Vernetzung europäischer und internationaler Institutionen. Zwischen Forschung, Praxis und Organisation wird ein koordinierter sowie interaktiver Wissens- und Erfahrungsaustausch empfohlen. Für die nationale Ebene wird eine wissenschaftliche Beobachtungsstelle gefordert, um Daten aus der Versorgungsforschung und der in der Praxis geleisteten Qualität zu erheben.³⁶

Die Leitsätze der Charta zeigen, dass bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung, ferner die Berücksichtigung der Autonomie im Kontext der individuellen Lebenssituation, die zentralen Ziele entsprechend der Definition der WHO sind. Diese werden beeinflusst von Faktoren wie den regionalen Versorgungsangeboten, dem Stand der Wissenschaft und der interdisziplinären Vernetzung. Im folgenden Kapitel wird das Konzept der Spiritual Care innerhalb der Palliativversorgung dargestellt und dessen Stellenwert erläutert.

3.1.3 Spiritual Care in der Palliativversorgung

Bereits in Kapitel 3.1.1 wurde ersichtlich, dass das Palliative Care Konzept der WHO eine multidimensionale Versorgung beinhaltet. Insbesondere soll auch die spirituelle und religiöse Komponente auf Wunsch von Betroffenen in die Versorgung miteinbezogen werden. Am Lebensende stellen sich für Erkrankte und Angehörige viele Fragen spiritueller oder religiöser Natur. Eine adäquate Begleitung in diesen Situationen wird, wie aus Kapitel 3.1.2 resultiert, nicht nur von religiösen Amtsträgern, sondern

³⁴ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. u.a. (2010), S. 15f.

³⁵ Vgl. ebd., S. 17f.

³⁶ Vgl. ebd., S. 20f.

von allen an der Versorgung Beteiligten erwartet. Das folgende Kapitel beschreibt die Grundlagen der Spiritual Care innerhalb der Palliativversorgung, perspektivisch für Gesundheitsprofessionen.

Spiritualität beschreibt eine innere Haltung und die individuelle Suche nach dem Sinn im menschlichen Leben. Mit Spiritualität können Personen den Erfahrungen ihres Lebens, insbesondere existenziellen Krisen, begegnen. Spiritualität ist unabhängig von Religion und Konfession, im Einzelfall jedoch oftmals stark mit dieser verbunden. Jede Tätigkeit innerhalb der Palliativversorgung hat einen spirituellen Aspekt.³⁷

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin beschreibt Spiritual Care oder spirituelle Begleitung als das Wahrnehmen spiritueller Bedürfnisse von erkrankten Personen, deren Angehörigen, aber auch des Versorgungsteams. Durch eine dementsprechende Betreuung und Begleitung kann die Lebensqualität der jeweiligen Personen gefördert und erhalten werden.³⁸ Diese Form der Begleitung soll in sämtlichen palliativen Situationen erbracht werden, unabhängig davon, ob sich Betroffene zu Hause oder im stationären Setting befinden. Spiritual Care ist als Angebot an Erkrankte und deren Familiensystem zu verstehen. Bei Bedarf gilt dieses Angebot auch für Akteure innerhalb der Palliativversorgung und deren Institutionen.³⁹

Analog zum Palliative Care Modell der WHO ist das Konzept der Spiritual Care in der Palliativversorgung patienten- beziehungsweise personenorientiert. Die Person innerhalb ihrer individuellen Lebenswelt ist der zentrale Ausgangspunkt für die Planung und Gestaltung der spirituellen Begleitung. Dies beinhaltet vermehrt sehr persönliche Anliegen, Bedürfnisse oder Konflikte, welche während der Begleitung thematisiert werden. Die Betreuung sieht sich als unabhängig von religiösen Zugehörigkeiten, bezieht jedoch religiöse Rituale und Bedürfnisse auf Wunsch mit ein.⁴⁰

Um spirituelle Begleitung durchführen zu können, braucht es einerseits die Bereitschaft und Motivation des Personals, aber andererseits auch einen Institutionsträger, der diese Arbeit unterstützt und im Alltag thematisiert. Wie intensiv spirituelle Aspekte in die Betreuung miteinbezogen werden, entscheiden Betroffene selbst. Die versorgende Einrichtung ist dafür verantwortlich, adäquate Rahmenbedingungen zu schaffen. Dazu gehört, dass ausreichend zeitliche Ressourcen, Informationen sowie Qualifizierungs- und Fortbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt werden. Spiritual Care im Sinne des Konzepts erfordert nicht nur Intuition, sondern Kenntnisse in Kommunikation, Ethik und philosophischen sowie religionswissenschaftlichen Grundlagen. Um Spiritual Care in

³⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2007), S.1.

³⁸ Vgl. ebd., S.1.

³⁹ Vgl. ebd., S. 2f.

⁴⁰ Vgl. Gratz, M.; Roser, T. (2019), S. 19.

der Arbeitspraxis realisieren zu können, benötigt es finanzielle Ressourcen und die Fähigkeit, diese angemessen einzusetzen, um die beteiligten Akteure bedarfsentsprechend zu qualifizieren.⁴¹

Für Berufsgruppen, die keine Grundausbildung innerhalb der Seelsorge oder Theologie haben, beschreiben Gratz und Roser verschiedene Handlungskompetenzen innerhalb der Spiritual Care, die anhand von Edukationsmaßnahmen entwickelt werden können. Diese werden im folgenden Abschnitt kurz dargestellt.

An der Versorgung Beteiligte können im Rahmen der Edukation die Kompetenz erwerben, spirituelle Bedürfnisse und Aspekte ihrer Klient*innen wahrzunehmen, diese kommunikativ zu eruieren sowie im Gespräch zu thematisieren.⁴² Wenn diese Aspekte von hoher Relevanz für die Betreuung sind, sollten diese interprofessionell vermittelt werden können.⁴³ Weiterhin wird in der Multidimensionalität von Spiritualität und Religion geschult. Begleitende Professionen können so die individuelle Lebenswelt Erkrankter kontextualisieren und dieser mit Respekt und professioneller Offenheit begegnen.⁴⁴ Hervorzuheben ist hierbei im Sinne der Palliative Care Definition der WHO eine solidarische Grundhaltung des Behandlungsteams. Widersprüche in der Spiritualität oder religiösen Haltung der Einzelperson müssen durch Betreuende akzeptiert werden.⁴⁵ Dem Behandlungsteam kann im Rahmen von Kommunikationsschulungen aufgezeigt werden, wie spirituelle Ressourcen genutzt werden können, um Bewältigungsprozesse zu führen.⁴⁶ Das Verständnis gegenüber spirituellen und religiösen Ritualen ist essenziell, um Menschen, welche auf diese viel Wert legen, bedürfnisorientiert begleiten und versorgen zu können. Vordringlich ist hierbei das prospektive Erfassen von Erwartungen seitens der betroffenen Personen und deren Angehörigen.⁴⁷ Rituale charakterisieren in einer Vielzahl von Religionen und Kulturen die Art und Weise des Übergangs insbesondere in der Palliativversorgung, und können von Angehörigen wie auch Betroffenen als stabilisierend und heilsam empfunden werden. Durch das zeremonielle Begehen oder Durchführen von Ritualen werden oftmals belastende Situationen manifest und können auch von Angehörigen gezielter bewältigt und verarbeitet werden. Professionen der Palliativversorgung müssen annehmen, dass Außenstehenden die Teilnahme nicht gestattet ist oder dass von

⁴¹ Vgl. Gratz, M.; Roser, T. (2019), S. 20.

⁴² Vgl. Heller, B.; Heller, A. (2018), S. 34.

⁴³ Vgl. Gratz, M.; Roser, T. (2019), S. 46ff.

⁴⁴ Vgl. ebd., S. 49.

⁴⁵ Vgl. Heller, A. (2018), S. 116.

⁴⁶ Vgl. Gratz, M.; Roser, T. (2019), S. 50.

⁴⁷ Vgl. ebd., S. 51.

ihnen erwartet wird, diese Handlungen gezielt in den Versorgungskontext einzubinden.⁴⁸ Die Integration dieser Aspekte, nicht nur als theoretische Kompetenzen, sondern als Handlungsfähigkeit ist unumgänglich, um Spiritual Care zu Patient*innen zu transportieren.⁴⁹

In den Kapiteln 3.1.1 sowie 3.1.2 wurde anhand der WHO Betrachtung des Begriffs Palliative Care und der Charta zur Betreuung sterbender und schwerstkranker Menschen in Deutschland, die Relevanz der Inklusion der spirituellen, religiösen und kulturellen Lebenswelt in die Palliativversorgung dargestellt. Im zurückliegenden Kapitel konnte dargestellt werden, welche Aspekte das Konzept Spiritual Care beinhaltet und wie dieses umgesetzt werden kann. Das folgende Kapitel beinhaltet eine theoretische Grundlage zur transkulturellen pflegerischen Versorgung. Diese Grundlage wird genutzt, um die Thematik einer kulturell angemessenen Palliativversorgung transparenter und greifbarer darzustellen.

3.2 Transkulturelle Pflege

3.2.1 Grundgedanken der kultursensiblen Pflege nach M. Leininger

Transkulturelle Pflege beschreibt die bedürfnisorientierte und an die Kultur und Weltanschauung des Individuums angepasste pflegerische Versorgung. Dies beinhaltet ein prozesshaftes Assessment, um soziokulturelle, von Spiritualität und Religion beeinflusste, Informationen zu generieren. Leininger konstatiert in ihrem Sunrise Modell aus den 1980er Jahren, dass Offenheit gegenüber Personen aus anderen Kulturkreisen die Betreuungsbeziehung vertrauensvoller und individuell angepasst gestalten kann.⁵⁰

Leininger beschreibt transkulturelle Pflege als Anpassung des allgemeinen pflegerischen Fokus an die individuellen Bedürfnisse von Pflegeempfänger*innen. Während dieser Anpassung werden Gemeinsamkeiten und Differenzen hinsichtlich des kulturellen Hintergrunds identifiziert, um daraufhin pflegerische Interventionen abzuleiten, die dem jeweiligen Kulturkreis entsprechen. Für pflegerisches Personal bedeutet dies einen Transformationsprozess, nach dem die eigene und die unbekannte Kultur differenziert betrachtet werden. Die Resultate des Transformationsprozesses werden genutzt, um gesundheitsbezogene Angebote an die jeweilige Situation zu adaptieren.⁵¹

⁴⁸ Vgl. Kößler, H.; Wild, T. (2018), S. 81.

⁴⁹ Vgl. Gratz, M.; Roser, T. (2019), S. 52.

⁵⁰ Vgl. Leininger, M (2002), S. 45f.

⁵¹ Vgl. Leininger, M (2002), S. 45.

Kultursensible oder transkulturelle Pflege steht somit als grundlegendes Paradigma für gesundheitsbezogene Interaktionen innerhalb institutioneller, intrafamiliärer und personenbezogener Strukturen. Jede Kultur beinhaltet eigene Normen und Werte, Gewohnheiten und Glaubensaspekte bezüglich der Thematik von Gesundheit und Krankheit sowie Leben und Sterben. Der Auftrag an professionell Pflegenden besteht darin, diese individuellen Aspekte zu erkennen und in die alltägliche Versorgung mit einzubinden.⁵² Voraussetzung hierfür ist aus Leiningers Perspektive die Motivation von Pflegekräften, sich transkulturelle Kompetenzen anzueignen. Kulturelle Spezifikationen müssen im Gespräch eruiert, zusätzliches Wissen akquiriert und der Pflegeprozess sowie die gewählten Interventionen adaptiert werden. Die Basis für diese Interaktion ist eine respektvolle, offene und professionelle Beziehung zwischen Pflege und Pflegeempfängerin oder Pflegeempfänger. Holistische Pflege kann, so Leininger, nur angemessen gestaltet werden, wenn kulturelle und individuelle personenbezogene Faktoren evaluiert und in pflegerisches Handeln assimiliert werden.⁵³

Die Thesen nach Leininger wurden geprägt von den pflegerischen Rahmenbedingungen in den Vereinigten Staaten von Amerika der 1980er Jahre. Somit sind ihre Thesen als Grundlage für moderne Konzepte der transkulturellen Pflege zu betrachten und nur begrenzt übertragbar. Dagmar Domenig beschrieb auf Grundlage von Leininger ein Pflegemodell, welches an das moderne mitteleuropäische Setting angepasst ist. Dieses Modell wird im folgenden Kapitel ausführlich analysiert.

3.2.2 Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Domenig

Dagmar Domenig, eine Pflegekraft, Juristin und Sozialanthropologin aus der Schweiz, entwickelte das Konzept der transkulturellen Kompetenz als theoretisches Modell, welches die grundlegenden Ideen der kultursensiblen oder transkulturellen Pflege darstellt. Ausgehend von ethnologischen Publikationen beschreibt Domenig einen dynamischen Kulturbegriff, welcher impliziert, dass Kulturen keinen einzelnen, isolierten und statischen Charakter beinhalten.⁵⁴ Indessen kumulieren verschiedene Kulturen, so Domenig, abhängig von der geographischen Lokation. Weiterhin sind sie personenbezogen in

⁵² Vgl. ebd., S. 61f.

⁵³ Vgl. ebd., S. 62.

⁵⁴ Vgl. Domenig, D. (2007), S. 168f.

unterschiedlich starker Ausprägung vorhanden. Menschen können infolgedessen von mehreren Kulturen innerhalb ihrer individuellen Lebenswelt beeinflusst und geprägt werden.⁵⁵ Der von Domenig gewählte Begriff der Transkulturalität setzt den Fokus auf Begegnungen, Interaktionen und Gemeinsamkeiten zwischen Individuen, welche differente kulturelle Hintergründe besitzen.⁵⁶

Transkulturelle Kompetenz wird durch die Fähigkeit charakterisiert, Personen innerhalb ihrer gesundheitsbezogenen und sozialen Situation unter den Bedingungen der individuellen kulturellen Lebenswelt einschätzen und unterstützen zu können. Die Zuordnung von Einzelpersonen zu bestimmten kulturellen Hintergründen hat nicht das Ziel, interkulturelle Disparitäten zu identifizieren. Das angestrebte Ergebnis ist, dass aufgrund der Zuordnung eine gesellschaftliche und wertfreie Orientierung gebildet werden kann, um die Lebenswelt von Patient*innen besser zu verstehen.⁵⁷ Durch die Nutzung des Kompetenzbegriffs bezieht Domenig die Fähigkeit von Gesundheitsprofessionen mit ein, aus den Resultaten der Einschätzung einer Person, Handlungs- und Denkstrukturen abzuleiten. Innerhalb dieses Vorgangs wird von diesen Professionen erwartet, dass sie ihre persönliche Lebenswelt sowie die kulturellen Hintergründe reflektieren und diese möglichst in den Hintergrund stellen, um frei von Stereotypen die Perspektive Betroffener einnehmen zu können.⁵⁸

Interaktionen zwischen Pflegekräften und erkrankten Personen werden von drei zentralen Aspekten bestimmt, welche weitere Schnittmengen enthalten können.

Der erste Hauptaspekt ist die Fähigkeit zur Selbstreflektion. Diese beinhaltet als erstes Paradigma, dass die Lebenswelt, in der ein Individuum seinen Alltag verbringt, gegeben ist und als real sowie nur begrenzt beziehungsweise nicht veränderbar wahrgenommen wird. Von Patient*innen in der transkulturellen Begegnung wird die Lebenswelt ebenfalls als etwas Unveränderbares wahrgenommen, was nur selten hinterfragt wird. Pflegekräfte interpretieren die patientenbezogene Lebenswelt auf der Basis ihrer bisherigen Erfahrungen und Assoziationen mit dem jeweiligen soziokulturellen Hintergrund. Aus diesen Interpretationen resultiert ein Bezugsrahmen für die Pflegekraft, aus der bestimmte Interventionen extrahiert werden können. Wenn Gesundheitsprofessionen einer individuellen Lebenswelt begegnen, mit der sie keine oder sehr wenige Assoziationen haben, entsteht eine Disparität aus Mangel an Erfahrung mit dem jeweiligen Kulturkreis. Durch diese Disparität kann kein Bezugsrahmen für potenzielle, gesundheitsbezogene Interventionen geschaffen werden.⁵⁹

⁵⁵ Vgl. ebd., S. 172f.

⁵⁶ Vgl. ebd., S. 173.

⁵⁷ Vgl. ebd., S. 174.

⁵⁸ Vgl. ebd., S. 174f.

⁵⁹ Vgl. Domenig, D. (2007), S. 175.

Der beschriebene Erfahrungsmangel begründet eine intrinsische, emotionale oder kognitive Anspannung bei Pflegenden. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion schult Pflegepersonen, diese Anspannung konstruktiv zu bewältigen. Enthalten ist die Analyse und Evaluation der persönlichen Lebenswelt von Pflegekräften, um sich Aspekte bewusst zu machen, die als gegeben empfunden werden. Wenn die persönliche Lebenswelt und Weltsicht evaluiert ist, kann im nächsten Schritt das unbekannte soziokulturelle Umfeld von Patient*innen betrachtet werden. Somit ist das Ziel, dass Pflegekräfte sich empathisch und wertfrei in die Perspektive der Person aus einem anderen kulturellen Umfeld einfinden. Da das vollständige Einnehmen der Perspektive einer oder eines Anderen für viele Menschen sehr schwierig ist, beschreibt Domenig, dass nichtsdestotrotz die zwischenmenschliche Annäherungskompetenz geschult werden kann. Insgesamt beugt dies der Manifestation von Stereotypen innerhalb der Interaktion zwischen Pflegenden und Betroffenen vor. Transkulturelle Kompetenz erfordert die Motivation der Fachpersonen zur Selbstreflexion und den dazugehörigen Techniken.⁶⁰

Die nächste tragende Säule der Interaktion ist die narrative Empathie. Empathie beschreibt die Fähigkeit, sich emotional und kognitiv in eine andere Person und deren Situation einzufinden. Dadurch kann die Weltsicht, die persönliche Einstellung und das Handeln einer Person besser verstanden und eingeordnet werden.⁶¹ Narration beschreibt eine Erzählung, die durch Beginn und Ende in einen chronologischen Ablauf gebracht wird.⁶² Insbesondere in der Gesundheitsversorgung geben diese Erzählungen einen Einblick in die patientenbezogene Sichtweise auf die Themen Gesundheit und Krankheit sowie Leben und Sterben. Durch sie werden Realität und persönliche Weltsicht in Einklang gebracht und verarbeitet.⁶³ Insgesamt handelt der Aspekt der narrativen Empathie von einer Aufgeschlossenheit für die Erzählungen von Patient*innen mit anderen kulturellen Hintergründen. Empathie unterstützt professionell Pflegende dabei, sich in das Verständnis von Erkrankung und Leid Betroffener hineinversetzen zu können. Voraussetzungen hierfür sind einerseits die bereits bei der Selbstreflexion erwähnte Motivation und die Offenheit für die Lebenswelt von erkrankten Personen. Andererseits benötigt narrative Empathie auch ernstes Interesse, Geduld und die damit verbundene Zeit, um eine Narration ausführlich wahrnehmen zu können. Pflegekräfte brauchen essenzielle Kompetenzen in der Kommunikation und Selbstpräsentation, um Erkrankten authentisch zu begegnen. Gezielte Fragen und Rückmel-

⁶⁰ Vgl. ebd., S. 176.

⁶¹ Vgl. ebd., S. 178.

⁶² Vgl. ebd., S. 173.

⁶³ Vgl. Kalitkus, V.; Wilm, S.; Matthiessen, P. (2009), S. 61f.

dungen können den Gesprächsverlauf und den Erkenntnisgewinn positiv beeinflussen. Für die narrative Empathie ist die Anwendung von Kommunikationstechniken unvermeidbar.⁶⁴ Die Schnittstelle zwischen narrativer Empathie und Selbstreflektion ist die individuelle Lebenswelt und die aus dieser resultierenden Gestaltung der Beziehung zwischen Fachkraft und Pflegebedürftigen.

Hintergrundwissen und Erfahrung bilden den letzten zentralen Aspekt der Interaktion und des Modells der transkulturellen Kompetenz. Domenig beschreibt mehrere Wissens- und Erfahrungsbereiche aus verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen. Darunter ist Basiswissen zu den gesellschaftswissenschaftlichen Themen Migration, Kultur und Grundrechten. Dieses fördert den Abbau von kulturellen Vorurteilen und stärkt die Handlungsfähigkeit im transkulturellen Versorgungskontext.⁶⁵ Kenntnisse über Zugangsprobleme zu Gesundheitsleistungen im Migrationskontext sind ein integrativer Bestandteil der pflegerischen Beratung. Ebenso kann Fachwissen bezüglich der jeweiligen Lebensbedingungen aus spezifischen kulturellen Bereichen zielführend sein, um die individuelle Lebenswelt von erkrankten Personen einzuschätzen und einzuordnen. Von Pflegekräften, welche eine transkulturell kompetente Haltung entwickeln, wird erwartet, dass sie Grundwissen zu Rassismus und Diskriminierung haben, um kritische Selbstreflektion betreiben zu können. Des Weiteren sind Kenntnisse zu geschlechterspezifischen Rollen und Verhaltensformen innerhalb verschiedener Kulturen unumgänglich, um alle Geschlechtsformen adäquat betreuen zu können. Dies bezieht sich auch auf die kulturell geprägten Kommunikationsformen, die insbesondere in der Begegnung von Personen mit verschiedenen Geschlechtern relevant sein können.⁶⁶

Um Betroffene gezielt im Krankheitsbewältigungsprozess zu unterstützen, ist Wissen bezüglich medizinethnologischer Konzepte essenziell. Diese variieren je nach kulturellem, religiösem und sozialem Hintergrund der Patientin oder des Patienten. Somit können unterschiedliche Perspektiven auf das Erleben von Gesundheit und Krankheit sowie Leben und Sterben eingenommen werden. Im Umgang mit geflüchteten Menschen ist Wissen um psychische Erkrankungen, welche im Kontext von Krieg oder Flucht auftreten, zentral, um eine bedürfnisorientierte Gestaltung der Versorgung zu ermöglichen. Familiensysteme und die soziale Organisation innerhalb einer Kultur können different und undurchsichtig erscheinen. Dementsprechend zeigt sich die hohe Relevanz von Fachwissen über diese Systematik in der Betreuung von Angehörigen und Familien.⁶⁷

⁶⁴ Vgl. Domenig, D. (2007), S. 178f.

⁶⁵ Vgl. Domenig, D. (2007), S. 176.

⁶⁶ Vgl. ebd., S. 177.

⁶⁷ Vgl. Domenig, D. (2007), S. 177.

Neben der Aneignung von Grundwissen zu den benannten Aspekten ist die Fähigkeit, sich kultur- oder religionsbezogenes Wissen anzueignen, unumgänglich für Pflegende in transkulturellen Betreuungssituationen. Weiterhin ist das Generieren von Kompetenz durch Handlungserfahrung ein wichtiger Bestandteil des letzten Hauptaspekts. Von Domenig wird neben den zuvor beschriebenen umfassenden Wissensbereichen die Relevanz der kommunikativen Begegnung mit Betroffenen hervorgehoben.⁶⁸

Aus dem zurückliegenden Kapitel geht hervor, dass das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Dagmar Domenig eine Vielzahl an Gemeinsamkeiten mit den beschriebenen Grundlagen von Palliative Care sowie Spiritual Care hat. Dies bestätigt die Kompatibilität der verschiedenen im theoretischen Rahmen aufgeführten Grundlagen für die Bachelorarbeit. Die nächsten Kapitel enthalten eine wissenschaftliche Kurzbeschreibung der beiden Religionen, welche für die in der Fragestellung beschriebenen Personengruppe und deren kultureller Hintergründe bedeutsam sind.

3.3 Kultur- und religionswissenschaftliche Grundlagen

3.3.1 Hinduismus

Hinduismus oder auch Brahmanismus genannt, ist die vordergründige Religion Südasiens. Insbesondere in der Region um den Fluss Ganges sind religiöse Ausrichtungen, welche dem Hinduismus angehören, verbreitet.⁶⁹ Dies bezieht die geographischen Räume der Länder Indien, Bangladesch und Nepal mit ein. Durch Migrationsbewegungen gelangten die Lehren des Hinduismus in umliegende südostasiatische Länder. Heute ist der Hinduismus in allen südostasiatischen Ländern in relevantem Umfang vertreten. Im Rahmen der Kolonialgeschichte wurden hinduistische Lehren aus Indien erstmals nach England exportiert und gelangten so nach Europa.⁷⁰

Weltweit gab es im Jahr 2010 etwa 943 Millionen Hindus.⁷¹ Der religionswissenschaftliche Medien- und Informationsdienst rechnete im Jahr 2012 mit etwa 100.000 praktizierenden Hindus in Deutschland, welche oftmals in Tempelgemeinschaften organisiert sind. Diese Tempelgemeinschaften sind stark vom geographischen Ursprung der Personen geprägt, welche die religiöse Leitungsfunktion innehaben. Dokumentiert sind Tempel von tamilischen Volksgruppen. Diese haben ihren Ursprung in Län-

⁶⁸ Vgl. ebd., S. 177f.

⁶⁹ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 13.

⁷⁰ Vgl. RGG (2008), s.v. Hinduismus.

⁷¹ Vgl. Statista Research Department (2013), <https://de.statista.com> (Stand: 15.03.2021).

dern wie Indien, Sri Lanka, Malaysia und weiteren. Der religionswissenschaftliche Medien- und Informationsdienst differenziert zwischen tamilischen und indischen Hindus. Weiterhin sind afghanische Hindus verzeichnet sowie westliche Anhänger, welche sich dieser Religion zugehörig fühlen.⁷²

Das Glaubenssystem des Hinduismus inkludiert sämtliche religiösen Bräuche, Riten, Anschauungen und Mythologien, welche sich auf die heiligen Bücher des Hinduismus, die Veden oder auf brahmanische Glaubensvorschriften beziehen.⁷³ Durch religiöse Prägung gibt es in Indien ein hierarchisches Sozialsystem. Brahmanen sind Personen, welche eine priesterähnliche Funktion innehaben. Im indisch-hinduistischen Kastensystem bilden sie die höchste Kaste. Darunter stehen die *Kshatriyas*, welche die Kriegerkaste bilden. An dritter Stelle stehen *Vaishyas*, die Kaufleute und an letzter Stelle die *Shudras*. *Shudras* werden als Handwerkende und Bedienstete bezeichnet. Unterhalb der hierarchisch aufgestellten Kasten stehen die sogenannten Unberührbaren (*Avarna*) und die indischen Ureinwohner (*Adivasi*).⁷⁴

Neben dem abstammungsbezogenen Kastensystem sind Heiratsvorschriften ein grundlegender Bestandteil der hinduistischen Kultur Indiens sowie angrenzender Länder. Maßgebend für den sozialen Aufbau, die Charakteristika und die kulturellen Prägungen durch den Hinduismus sind die Veden. Dazu gehören verschiedene Schriften, wie zum Beispiel die *Upanishaden*, die *Rigveda* und sonstige. Es gibt zahlreiche weitere vedische Schriften, welche im Zeitraum von 1500 vor unserer Zeitrechnung bis ins Jahr 1500 verfasst und gesammelt wurden.⁷⁵

Innerhalb der hinduistischen Lehren gibt es eine Vielzahl an Gött*innen. Schätzungen zufolge gibt es viele Millionen an Gött*innen, so dass keine exakte Auflistung und Darstellung existiert. Diese Gottesbilder sind teilweise familien-, kasten- oder regionsbezogen. Zusätzlich variieren die Namen einzelner spezifischer Gött*innen nach Region, Glaubensausrichtung oder der jeweiligen Sprache. Ebenso sind auch die Verehrungsformen je nach Region und Familie höchst differierend. Traditionell sind jedoch Rituale mit Bildern oder Statuen in Tempeln und Schreinen bis hin zu häuslichen altarähnlichen Bereichen. Diese werden mit Blumen, Kleidern oder vegetarischen sowie tierischen Opfergaben verehrt. Diese Rituale werden auch als *Puja* bezeichnet.⁷⁶ Eine weitere, sehr relevante Form der Verehrung im

⁷² Vgl. Religionswissenschaftlicher Medien und Informationsdienst e.V. (2021b), <https://www.remid.de/> (Stand: 15.03.2021).

⁷³ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 14.

⁷⁴ Vgl. BPB (2021), <https://m.bpb.de> (Stand: 20.03.2021).

⁷⁵ Vgl. RGG (2008), s.v. Hinduismus.

⁷⁶ Vgl. Malinar, A. (2009), S. 128f.

Hinduismus ist das Singen von Mantras und Hymnen, welche Geschichten und Lobgesänge über göttliche Ereignisse beinhalten. Mantras beinhalten oftmals nur verschieden Namen und Avatare einer Göttin oder eines Gottes.⁷⁷

Als prägnanter Überblick zur Einführung in die Welt des Hinduismus kann die *Trimurti* angeführt werden. Diese beschreibt eine Trinitätslehre: Der Gott der Schöpfung wird als *Brahma* bezeichnet. Der nächste Bestandteil dieser Trinität ist der Gott *Vishnu*, welcher die Weltordnung (*Dharma*) erhält.^{78 79} *Shiva* ist im hinduistischen Glauben der Zerstörer und wird auch als Erlöser bezeichnet.⁸⁰ Hierbei ist wichtig zu erwähnen, dass diese Trinität von einzelnen Traditionen sehr skeptisch wahrgenommen wird. Die Rollen der einzelnen Gottesbilder variieren sehr stark in verschiedenen Quellen. Einzelne Gött*innen können verschiedene Ausprägungen oder Avatare haben. Dadurch kommt eine zahlreiche und teilweise undurchsichtige Akkumulation an Gottesbildern zustande.⁸¹

Die religiöse Weltsicht des Hinduismus besteht aus verschiedenen Aspekten, darunter die Autorität der Veden und der Brahmanen.⁸² Ein weiterer Aspekt ist die These, dass der menschliche Körper lediglich als Hülle für die unsterbliche Seele (*Atman*) dient. Diese befindet sich im kontinuierlichen Kreislauf von Tod und Wiedergeburt (*Samsara*). Wenn die Seele in einem langen Prozess viele Körper durchwandert hat und zur Erleuchtung gelangt, ist Erlösung (*Mukti, Moksha*) möglich. Voraussetzung hierfür ist die Befreiung von allen Bindungen zu Materialität hin zu einer transzendenten Existenz. Diese Erleuchtung wird durch Selbst- und Gotterkenntnis erfüllt.⁸³ Zur Erlösung können verschiedene Wege führen: Darunter sind heldenhafte Taten, Gottesliebe, Wissen und Erkenntnis.⁸⁴ Wenn diese Erlösung vollbracht ist, transferiert sich die Seele der Person in einen Zustand der Harmonie, in dem sich individuelles Bewusstsein, Geist und Persönlichkeit auflösen (*Samadhi*).⁸⁵ Von anderen Quellen wird dieser Zustand jedoch auch als Beisein des Individuums in der Gegenwart einer göttlichen Entität betrachtet.⁸⁶

Das Konzept des *Karma* bestimmt die Körper, die eine Seele im Kreislauf von Tod und Wiedergeburt erlebt. Dies ist gekoppelt an eine kosmische Wertung der innerhalb einer Lebensperiode vollbrachten Handlungen und Taten.⁸⁷ Das Gesamtergebnis der karmischen Bewertung bildet das *Karman*. Dies ist

⁷⁷ Vgl. RGG (2008), s.v. Hinduismus.

⁷⁸ Vgl. Malinar, A. (2009), S. 131f.

⁷⁹ Vgl. RGG (2008), s.v. Hinduismus.

⁸⁰ Vgl. Malinar, A. (2009), S. 137f.

⁸¹ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 65f.

⁸² Vgl. RGG (2008), s.v. Hinduismus.

⁸³ Vgl. Malinar, A. (2009), S. 234ff.

⁸⁴ Vgl. RGG (2008), s.v. Hinduismus.

⁸⁵ Vgl. Malinar, A. (2009), S. 234ff.

⁸⁶ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 68.

⁸⁷ Vgl. Malinar, A. (2009), S. 234f.

sozusagen der Ballast, der in ein nachfolgendes Leben mitgenommen wird und dieses zentral mitbestimmt. Nach dem Tod sind laut den hinduistischen Lehren eine Reinkarnation als Tier möglich oder ein vorübergehender Aufenthalt in einer Zwischenwelt. Dies dient einer kosmischen Bestrafung oder Belohnung, welche vom jeweiligen *Karma* abhängig ist.⁸⁸

Das zurückliegende Kapitel zeigt die Komplexität sowie die Vielschichtigkeit der Traditionen und Ausprägungen der hinduistischen Religionslehre. Dies soll als Einführung in die Thematik des Hinduismus betrachtet werden, da die innerhalb der Bachelorarbeit untersuchten Personengruppen aus einem Kulturkreis stammen, welcher von dieser Religion intensiv geprägt wurde. Die ausgewählten Quellen arbeiten auf Basis einer kultur- und religionswissenschaftlichen Vorgehensweise, welche nicht als antagonistisch gegenüber dem individuellen Erleben des Glaubens betrachtet werden sollte. Je nach Tradition des Hinduismus können Unterschiede zwischen der hier aufgeführten wissenschaftlichen Betrachtung und der religiösen Praxis vorhanden sein. Das folgende Kapitel betrachtet die Grundlagen des Buddhismus aus religions- und kulturwissenschaftlicher Perspektive.

3.3.2 Buddhismus

Der Begriff Buddhismus bezieht sich auf die Lehre, welche von dem Begründer der Religion *Buddha* vermittelt wurde. In Bezug auf die Sprache Sanskrit und den davon abgeleiteten indischen Sprachen bedeutet *Buddha* der Erwachte oder Erleuchtete. Gemeint ist das Erwachen des Selbst gegenüber dem Lichte der Erkenntnis.⁸⁹ Die exakten Lebensdaten der historischen Persönlichkeit sind wissenschaftlich umstritten. Allgemein angenommen wird jedoch der Zeitraum von 563 bis 483 vor unserer Zeitrechnung. Der buddhistische Weg zielt darauf ab, Menschen zur Erlösung zu helfen, um den Kreislauf des Leidens und der Wiedergeburt zu beenden.⁹⁰ Für Menschen, welche sich dem Glaubenssystem des Buddhismus zugehörig fühlen, steht die Lehre Buddhas, nicht seine historische Biographie, im Vordergrund. Dementsprechend wird auf die Darstellung des Lebens der historischen Person *Buddha*, mit ursprünglichem Namen Siddharta Gautama, verzichtet. In Kontrast zum zuvor beschriebenen Hinduismus akzeptiert der Buddhismus die Autorität, den sozialen Status und die damit verbundenen Lehren der Brahmanen nicht. *Buddha* wird auch als nicht-brahmanischer Lehrer bezeichnet.⁹¹

In Indien, zur Zeit der Lebensdaten von *Buddha* entstanden, breitet sich das Glaubenssystem zuerst nach Südostasien aus, darunter die geographischen Regionen um die Länder Sri Lanka und Myanmar.

⁸⁸ Vgl. ebd., S. 235.

⁸⁹ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 74.

⁹⁰ Vgl. RGG (2008), s.v. Buddhismus.

⁹¹ Vgl. RGG (2008), s.v. Buddha.

Daraufhin gelangen buddhistische Lehren in den umfassenden südostasiatischen Raum und prägten zunehmend auch mittel- sowie ostasiatische Gebiete. Als Folge der weitläufigen Verbreitung im Süden und Südosten Asiens, drangen buddhistische Lehren zur Zeitwende bis nach Zentralasien vor und breiteten sich aus. Im Anschluss daran, ausgehend von Ländern wie Tibet, Nepal und der Mongolei, verbreitete sich der Buddhismus auf dem chinesischen Festland. Infolgedessen konnten buddhistische Missionare über den Meeresweg nach Japan vordringen. Bereits im zeitlichen Rahmen von Alexander dem Großen konnten erste Fragmente des Buddhismus nach Europa gelangen. Philologisch und religionswissenschaftlich wurde der Buddhismus als vom Hinduismus unabhängige Religion erst während des 19. Jahrhunderts im Rahmen der Kolonialisierung Indiens durch Großbritannien erschlossen.⁹²

Im Jahr 2010 konnten weltweit etwa 463 Millionen Buddhist*innen gezählt werden.⁹³ Der religionswissenschaftliche Medien- und Informationsdienst rechnete im Jahr 2015 mit ungefähr 270.000 Angehörigen des Buddhismus in Deutschland, darunter viele deutsche Staatsbürger, die konvertiert sind. Die vordringlichen Ursprungsländer von Menschen buddhistischen Glaubens mit Migrationshintergrund in Deutschland sind Thailand und Vietnam.⁹⁴

Die buddhistische Lehre geht davon aus, dass alles, was existiert, vergänglich ist. Aus dieser Vergänglichkeit resultiert aus Perspektive des Buddhismus das existentielle Leid, dem Geschöpfe ausgesetzt sind. *Buddhas* Lehre sieht ab von der Beschreibung ewig existierender Entitäten wie Göttinnen, Göttern und anderem.⁹⁵ In buddhistischen Lehren wird der Mensch und seine individuelle Lebenswelt nicht als eine einheitliche Existenz dargestellt, sondern als ein aus Einzelfaktoren bestehendes System.⁹⁶ Einzelfaktoren können Körperlichkeit (*Rupa*), Empfindungen (*Ved ana*), Wahrnehmungen (*Samjna*), Bewusstsein (*Vijnana*) und Einprägungen (*Samskara*) sein.⁹⁷ Die Manifestation der Einzelfaktoren zu einem Individuum ist ähnlich dem Hinduismus einer Weltordnung unterworfen (*Dharma*). Ebenso spielt die Kausalität der Vergeltung (*Karma*) in der buddhistischen Lebensführung eine zentrale Rolle.⁹⁸ Im Gegensatz zum Hinduismus reinkarniert in der Lehre des Buddhismus keine individuelle Seele, sondern es entsteht ein neues Wesen aus den karmischen Rückständen einer verstorbenen Persönlichkeit und einer Summe von weiteren Faktoren. Dieser neu entstandene Komplex manifestiert sich in einer neuen Hülle, dem Neugeborenen.⁹⁹ Die Wiederverkörperung geschieht aufgrund von menschlichen Leidenschaften. Diese verbinden das vergangene Individuum mit demjenigen, welches

⁹² Vgl. RGG (2008), s.v. Buddhismus.

⁹³ Vgl. Statista Research Department (2013), <https://de.statista.com> (Stand: 15.03.2021).

⁹⁴ Vgl. Religionswissenschaftlicher Medien und Informationsdienst e.V. (2021a), <https://www.remid.de/> (Stand: 15.03.2021).

⁹⁵ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 95f.

⁹⁶ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 92.

⁹⁷ Vgl. RGG (2008), s.v. Buddhismus.

⁹⁸ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 92.

⁹⁹ Vgl. ebd., S. 93.

aus diesen karmischen Rückständen reinkarniert. Insbesondere die Gier verknüpft ein vergangenes Leben mit einem neuen.¹⁰⁰ Die Auflösung von Leidenschaften und Begierden bedingt somit das Ziel der Erlösung, welches *Nirvana* genannt wird.¹⁰¹

Innerhalb des Buddhismus gibt es zwei mögliche Ausprägungen sozialer Strukturen. Diejenigen, die als Nonne oder Mönch wohnungslos sowie zurückgezogen leben und oftmals eine Form der Askese begleitet von intensiver Meditation praktizieren. Auf der anderen Seite gibt es die Laienform des Buddhismus, in der Personen ihren sozialen Pflichten innerhalb der Gesellschaft nachgehen. Neben der Meditation und Askese ist die Verehrung von Reliquien ein essenzieller Bestandteil des Buddhismus. Zusätzlich gibt es klare Vorschriften zum Einhalten von Verhaltensregeln und dem Lesen beziehungsweise Rezitieren von heiligen Texten (*Sutren*). Abschließend ist die Pilgerfahrt zu erwähnen, welche durch regionale oder traditionsbezogene Aspekte der buddhistischen Lehre geprägt werden.¹⁰²

Der Buddhismus hat eine Vielzahl an spezifischen Ausprägungen und Richtungen, welche dementsprechende Unterschiede innerhalb der religiösen Praxis aufweisen.¹⁰³ Die buddhistischen Verhaltensvorschriften beziehen sich explizit auf das Verrichten guter Taten und die Abneigung vom Verwerflichen. Meditation gilt hierbei als Mittel der Läuterung, dadurch ist eine schrittweise Annäherung zum Nirvana möglich. Der sittliche Lebenswandel beinhaltet für buddhistische Laien fünf verbotene Handlungen: Töten, Stehlen, Ehebruch, Lügen und das Trinken von Alkohol. Das Durchführen dieser verbotenen Handlungen belastet das Karma und hält die Person damit im Kreislauf von Wiedergeburt (*Samsara*). Die Abkehr von diesen Aspekten ermöglicht den Weg hin zur Erlösung und dem Eintreten in das Nirvana. Nonnen und Mönche müssen neben verschiedenen Ordensregelungen zusätzliche Vorschriften, wie die Abkehr von der Geschlechtlichkeit, einhalten.¹⁰⁴

Wie bereits im Kapitel zuvor ist die dargestellte Beschreibung der Grundlagen des Buddhismus als wissenschaftliche Annäherung zu betrachten. Auf die ausführliche Betrachtung buddhistischer Handlungskonzepte wurde verzichtet, da diese nur begrenzt relevant für die Thematik der Bachelorarbeit sind. Die religiöse Praxis einzelner Traditionen dieses Glaubenssystems kann aufgrund der großen Varianz abweichen.

¹⁰⁰ Vgl. ebd., S. 93ff.

¹⁰¹ Vgl. RGG (2008), s.v. Buddhismus.

¹⁰² Vgl. RGG (2008), s.v. Buddhismus.

¹⁰³ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 93ff.

¹⁰⁴ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 120.

4 Religions- und kulturbezogene Perspektiven auf die Themen Sterben und Tod

4.1 Hinduistische Perspektive

In Kapitel 3.3.1 wurden die Grundlagen des hinduistischen Glaubenssystems dargestellt. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Perspektive des hinduistischen Kulturkreises auf die Themen Krankheit und Tod. Im Hinduismus wird der Tod nicht als finaler Teil des Lebens betrachtet, sondern als ein Übergangsritus in eine neue Form der Existenz. Nichtsdestotrotz beinhaltet der Hinduismus eine Vielzahl an Traueraspekten und dementsprechenden Riten und Praktiken.¹⁰⁵

Die Seele (*Atman*) kann aus hinduistischer Perspektive nicht sterben. Sie führt eine zyklische Existenz innerhalb des Kreislaufs von Tod und Reinkarnation. Sie ist somit nicht an das Individuum gebunden, sondern inkarniert immer wieder neu bis die Erlösung (*Mukti, Moksha*) erreicht ist. Trotz sich verändernder biologischer Hüllen bleibt die Seele selbst unverändert und persistent.¹⁰⁶ Kognitive und vitale Aspekte des menschlichen Seins werden unter dem Begriff Geist (*Jiva*) zusammengefasst. Der innere Kern des Geistes (*Jiva*) ist die Seele (*Atman*). Der Tod wird als unvermeidliche Bedingung innerhalb der Existenz betrachtet. Alles was geboren und genährt wird sowie den Elementen ausgesetzt ist, wird sterben. Im Anschluss an den Tod verlässt der Geist den Körper und wird vom Gott *Yama* in das Jenseits begleitet. Der Geist nimmt die Lebensenergie (*Prana*) nach dem Zeitpunkt des Todes mit in das Jenseits. Der Tod geschieht somit nur für die biologische Hülle, den Körper und nicht für das geistige Bewusstsein. Dieses Bewusstsein ist während des Lebens in vollem Ausmaß in den biologischen Körper integriert und eingebettet. Nach dem Tod verbringt der Geist einen Aufenthalt in verschiedensten Dimensionen bis er an einer überirdischen Lokation ankommt.¹⁰⁷

In Indien werden Körper von Verstorbenen innerhalb von 24 Stunden kremiert. Der hinduistische Glaube geht davon aus, dass der Geist während der letzten zeremoniellen Riten anwesend ist. Diese Anwesenheit gründet sich einerseits auf Verbundenheit zum vergangenen Körper und andererseits darauf, Zeugnis über die Zeit auf der Erde abzulegen und die letzten Momente mit Familie und Angehörigen zu verbringen.¹⁰⁸ Relevant ist ebenfalls die Art und Weise, wie der Sterbeprozess abläuft. Der Tod wird als positiver Prozess betrachtet, wenn die oder der Sterbende hochbetagt, alle vorhandenen Angelegenheiten geregelt und die Möglichkeit Abschied zu nehmen gegeben ist. Ein weiteres Kriterium, um den Sterbeprozess positiv zu betrachten, ist der Tod zu Hause oder in der Nähe des *Ganges*.

¹⁰⁵ Vgl. Bülow, H. u.a. (2008), S. 426.

¹⁰⁶ Vgl. Nichols, S. u.a. (2018), S. 315.

¹⁰⁷ Vgl. Bilimoria, P. (2021), S. 2.

¹⁰⁸ Vgl. ebd., S. 2.

Ein gewaltsamer und frühzeitiger Tod, weit von der Heimat des Individuums entfernt, wird als negativer Sterbeprozess betrachtet.¹⁰⁹ Der Sterbeprozess selbst kann, so die hinduistische Glaubenslehre, auch davon abhängig sein, in welchem Ausmaß die Ziele des Lebens erfüllt wurden. Diese Ziele resultieren aus dem *Dharma*, der Weltordnung, in der auch die Bestimmung des Individuums enthalten ist. Je nach *Dharma* werden in der Literatur Erfolg in Politik oder Wirtschaft, das Leben nach moralischen und religiösen Grundsätzen oder sexuelle Erfüllung genannt.¹¹⁰

In einigen vedischen Quellen wird berichtet, dass Geist und Seele gemeinsam reinkarnieren. In diesem Fall bleiben die Spuren der letzten durchlebten Inkarnation im Unterbewusstsein zurück. Dies ist ein limitierender Faktor für den Aspekt des freien Willens der Menschen. Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass der Tod im Hinduismus als Mysterium betrachtet wird und verschiedene Erklärungsansätze, abhängig von der vedischen Quelle, verzeichnet sind.¹¹¹ Bereits in Kapitel 3.3.1 wurde dargestellt, dass die Art der Wiederverkörperung abhängig vom *Karma* der Person ist.¹¹²

Die Angst vor Krankheit und Tod wird im hinduistischen Kulturkreis nicht als unnatürlich betrachtet. Ausgeprägte Angst vor diesen Meilensteinen der Existenz kann sich im Verlauf verschiedener Inkarnationen akkumulieren. Das Überwinden der Angst vor Krankheit und Tod sowie das Ablegen der Verbundenheit zum Leben wird als ein Aspekt betrachtet, um der Erlösung näher zu kommen. Da im Hinduismus Leben und Leiden unveränderbar miteinander verbunden sind, wird der Tod als vom Leid erlösend betrachtet. Somit kann das Sterben auch eine positive Konnotation hervorrufen.¹¹³ Nichtsdestotrotz werden Themen wie Palliative Care und die Thematik des Sterbens generell in den medizinischen Curricula der indischen Universitäten nur rudimentär vermittelt.¹¹⁴ Der Hinduismus selbst beinhaltet jedoch zahlreiche, teilweise divergente Rituale, welche am Lebensende durchgeführt werden können.¹¹⁵

Das Leben als Hindu ist von einer Vielzahl an Einflussfaktoren und Handlungsstrukturen geprägt, welche darauf abzielen, das Karma positiv zu beeinflussen und somit eine verbesserte Existenz in der nächsten Inkarnation zu führen.¹¹⁶ Im höheren Alter sieht der Hinduismus den Fokus auf spirituellen Handlungen und dem Abwenden vom weltlichen Leben. Der terminale Lebensabschnitt soll von Bescheidenheit bis hin zur Askese geprägt sein.¹¹⁷ In Indien existiert eine althergebrachte Tradition des

¹⁰⁹ Vgl. Bülow, H. u.a. (2008), S. 426.

¹¹⁰ Vgl. Heller, B. (2012), S. 33.

¹¹¹ Vgl. Bilimoria, P. (2021), S. 2.

¹¹² Vgl. Heller, B. (2012), S. 34.

¹¹³ Vgl. Bilimoria, P. (2021), S. 3.

¹¹⁴ Vgl. Bülow, H. u.a. (2008), S. 426.

¹¹⁵ Vgl. Bilimoria, P. (2021), S. 3.

¹¹⁶ Vgl. ebd., S. 3f.

¹¹⁷ Vgl. Heller, B. (2012), S. 34.

Suizids, welcher unter Berücksichtigung enger Kriterien im Hinduismus erlaubt ist. Charakterisierend hierfür ist der Suizid als Maßnahme der spirituellen Reinigung, wenn eine Person progressiv und unheilbar erkrankt ist. Die Vermeidung von negativen Anzeichen des nahenden Todes steht im Vordergrund, darunter die unkontrollierte Ausscheidung von Fäkalien oder weiteren belastenden Symptomen. Konterkariert wird dies jedoch durch den Aspekt, dass aktive Sterbehilfe in Indien seit 1860 illegal ist.¹¹⁸

Die dargestellte Betrachtung basiert auf Quellen mit explizit wissenschaftlichem Hintergrund. Da der Hinduismus eine Vielzahl von Strömungen unter sich vereint, können die individuellen Perspektiven auf die Themen Sterben und Tod variieren. Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich mit der beschriebenen Thematik aus Perspektive des Buddhismus.

4.2 Buddhistische Perspektive

Bereits in Kapitel 3.3.2 wurde ersichtlich, dass im Buddhismus kein individualisierter Seelenbegriff existiert. Eine neue Inkarnation bildet sich aus karmischen Rückständen, welche keinen Bezug mehr zur Persönlichkeit des letzten Lebens enthalten. Dies verdeutlicht, dass aus Perspektive des Buddhismus keine Permanenz existiert, sondern alles vergänglich ist. Im Kontrast zum hinduistischen Seelenbegriff (*Atman*), welcher den Kern des Individuums verkörpert, wird diese Perspektive im Buddhismus ausdrücklich negiert. Die individuelle Persönlichkeit wird als Illusion betrachtet. Die buddhistische Praxis enthält zahlreiche Möglichkeiten der Meditation, um sich von einer individualisierten Sichtweise des Selbst zu distanzieren.¹¹⁹ In der Realität stößt diese religiös-kulturelle Ansicht jedoch vermehrt auf Probleme, da ein solcher Transformationsprozess sehr viel religiöse Hingabe erfordert.¹²⁰

Im Buddhismus gibt es keine zentrale Autorität, die ethische oder medizinisch orientierte Leitlinien definiert, an denen sich Gläubige orientieren können. Essenziell ist für Buddhist*innen, dass sie den Tod und den Sterbeprozess als unumgänglichen Bestandteil des Lebens anerkennen.¹²¹ Lokale Bräuche sowie die Beziehung zwischen Gesundheitspersonal und Betroffenen sind von höherer Relevanz als die exakte Berücksichtigung buddhistischer Doktrinen.¹²² Respekt vor dem Leben und Mitgefühl sind integrative Bestandteile der Glaubenslehre, die für den praktischen Umgang mit dem Tod bedeutsam sind. Jede Form des Lebens beginnt mit der Geburt und endet mit dem Tod. Während der Lebenszeit lehrt

¹¹⁸ Vgl. Bülow, H. u.a. (2008), S. 426.

¹¹⁹ Vgl. Nichols, S. u.a. (2018), S. 315.

¹²⁰ Vgl. ebd., S. 329.

¹²¹ Vgl. Keown, D. (2005), S. 952.

¹²² Vgl. Bülow, H. u.a. (2008), S. 427.

der Buddhismus eine Form des moralischen Respekts, der unabhängig von psychologischen, physiologischen oder kognitiven Faktoren in der Lebensführung erwartet wird. Die antike buddhistische Lehre geht vom Tod eines Lebens aus, wenn es von Vitalität (*Ayu*), Wärme (*Usma*) und Empfindungen (*Vinnana*) befreit ist.¹²³

Aus den zuvor genannten Aspekten, die für den Tod eines Lebewesens aus buddhistischer Perspektive sprechen, geht hervor, dass das moderne Kriterium des Hirntods durchaus umstritten gesehen wird. Einige Buddhist*innen sehen den Hirntod als Folge der traditionellen Todeskriterien und erkennen diesen an. Insbesondere in konservativen Strömungen können jedoch Konflikte entstehen, wenn lediglich das Kriterium des Hirntods in der medizinischen Praxis angewandt wird. In antiken buddhistischen Schriften wurde Buddha von seinen Anhänger*innen als tot beschrieben, dies wurde anhand der traditionellen Kriterien festgelegt. Buddha selbst befand sich jedoch in einem Zustand der Trance. Diese Fehlinterpretation wird als Mahnung für die Glaubensgemeinschaft gesehen und befürwortet in begrenztem Rahmen, den Hirntod als zusätzliches Kriterium anzuerkennen.¹²⁴

Buddhas Lebensweg war geprägt von seiner Abkehr gegenüber seiner Familie und den familiären Traditionen. Dessen ungeachtet ist die Rolle der Familie und des Haushalts eines Individuums im Sterbeprozess, insbesondere unter buddhistischen Laien, sehr bedeutsam. Buddhistische Nonnen und Mönche messen diesem Aspekt weniger Bedeutung zu, da sie im Regelfall beim Eintritt in ein Kloster den Kontakt zu ihrer Familie weitestgehend minimiert haben. In diesem Fall gewinnen freundschaftliche Relationen an Bedeutung für moralische Themen, auch für die Sterbebegleitung.¹²⁵

Das Beschleunigen des Sterbeprozesses oder aktive Sterbehilfe sind mit der Glaubenslehre primär nicht vereinbar. Ein in allen Strömungen des Buddhismus vertretener Grundsatz ist, dass man keinem Lebewesen Schaden zufügen darf. Dies kann jedoch aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden: Ein Leben aus Mitgefühl zu beenden mit der finalen Absicht, Leiden zu lindern, entspricht der buddhistischen Lehre. Daraus resultiert ein Konflikt, welche durch eine Orientierung an der Intention einer Person erklärt werden kann.¹²⁶

Die Absicht, das Leben eines Menschen oder eines Tieres zu beenden, ist nicht vereinbar mit den grundlegenden Geboten des Buddhismus. Aus Mitgefühl, das Leiden eines Lebewesens zu minimieren, ist jedoch eine Tugend im Buddhismus.¹²⁷ Innerhalb der religiösen Praxis wird diese Kontroverse jedoch

¹²³ Vgl. Keown, D. (2005), S. 952.

¹²⁴ Vgl. ebd., S. 952.

¹²⁵ Vgl. Kachru, S. (2021), S. 52.

¹²⁶ Vgl. Keown, D. (2005), S. 952.

¹²⁷ Vgl. ebd., S. 954.

nur wenig berücksichtigt. Aktive Sterbehilfe sowie die Verkürzung des Sterbeprozesses werden im Regelfall nicht toleriert, da das intentionale Beenden eines Lebens den Grundgedanken widerspricht. Das Abbrechen medizinischer Interventionen wie Beatmung oder ähnliches, kann diesbezüglich exkludiert werden. Dies ist abhängig von der individuellen Situation der Betroffenen vertretbar aus buddhistischer Perspektive.¹²⁸ Lebenserhaltung mit allen Mitteln würde das Leugnen der Unvermeidbarkeit des Todes bedeuten.¹²⁹

Das Anerkennen des eigenen Todes als Ende des gelebten Lebens wird im Buddhismus als sehr relevant angesehen. Dies beinhaltet die Abkehr von medizinischen Interventionen, wenn keine vollständige Heilung mehr möglich ist. Wenn ein Individuum die Endlichkeit seiner Existenz nicht einsehen kann, wird dies als Wahnvorstellung (*Moha*) oder als überdimensionierte Verbundenheit (*Tanha*) zum Leben gesehen. Ein Ziel des Buddhismus ist es, gerade diese Verbundenheit zur Individualität und dem dazugehörigen Leben abzulegen.¹³⁰ Daraus resultiert, dass viele Angehörige des buddhistischen Glaubens dem nahenden Tod mit begrenzter emotionaler Erregung oder gar Gleichgültigkeit begegnen. Es gibt zahlreiche Riten, die die Vorbereitung auf das Sterben ermöglichen.¹³¹

Buddhistische Strömungen unterstützen den Gedanken der Hospizversorgung. Bereits 1986 wurde der Buddhist Hospice Trust im Vereinigten Königreich gegründet, um die Realisierung der Ideen der Hospizbewegung zu unterstützen. Dieser erforscht die Aspekte Sterben, Tod und Trauer im buddhistischen Kontext. Gleichwohl können über diese Institution Kontakte zu ehrenamtlichen Sterbebegleitenden vermittelt werden, analog zu den ambulanten Hospizdiensten in Deutschland.¹³²

Zusammenfassend kann die Multidimensionalität der Perspektiven auf Sterben und Tod hervorgehoben werden. Diese können zwischen traditionellen und modernen Strömungen stark variieren. Ebenso wird konstatiert, dass der geographische Hintergrund der jeweiligen buddhistischen Strömung und die dadurch bedingten soziokulturellen Einflüsse auf die Lebensführung die Sicht von Buddhist*innen nachhaltig prägen.¹³³

¹²⁸ Vgl. Keown, D. (2005), S. 95.

¹²⁹ Vgl. Bülow, H. u.a. (2008), S. 427.

¹³⁰ Vgl. Keown, D. (2005), S. 954.

¹³¹ Vgl. Neuberger, J. (2009), S. 77.

¹³² Vgl. Keown, D. (2005), S. 954.

¹³³ Vgl. Bülow, H. u.a. (2008), S. 427.

5 Ergebnisse des Scoping Reviews

5.1 Resultate der systematischen Literaturrecherche

Die differenzierte Darstellung der einzelnen Suchbegriffe sowie das Vorgehen bei der Entwicklung des finalen Suchstrings, kann Kapitel 2 entnommen werden. Die nachfolgende Abbildung zeigt den Auswahlprozess der verwendeten Publikationen aus den Datenbanken CINAHL und Pubmed.

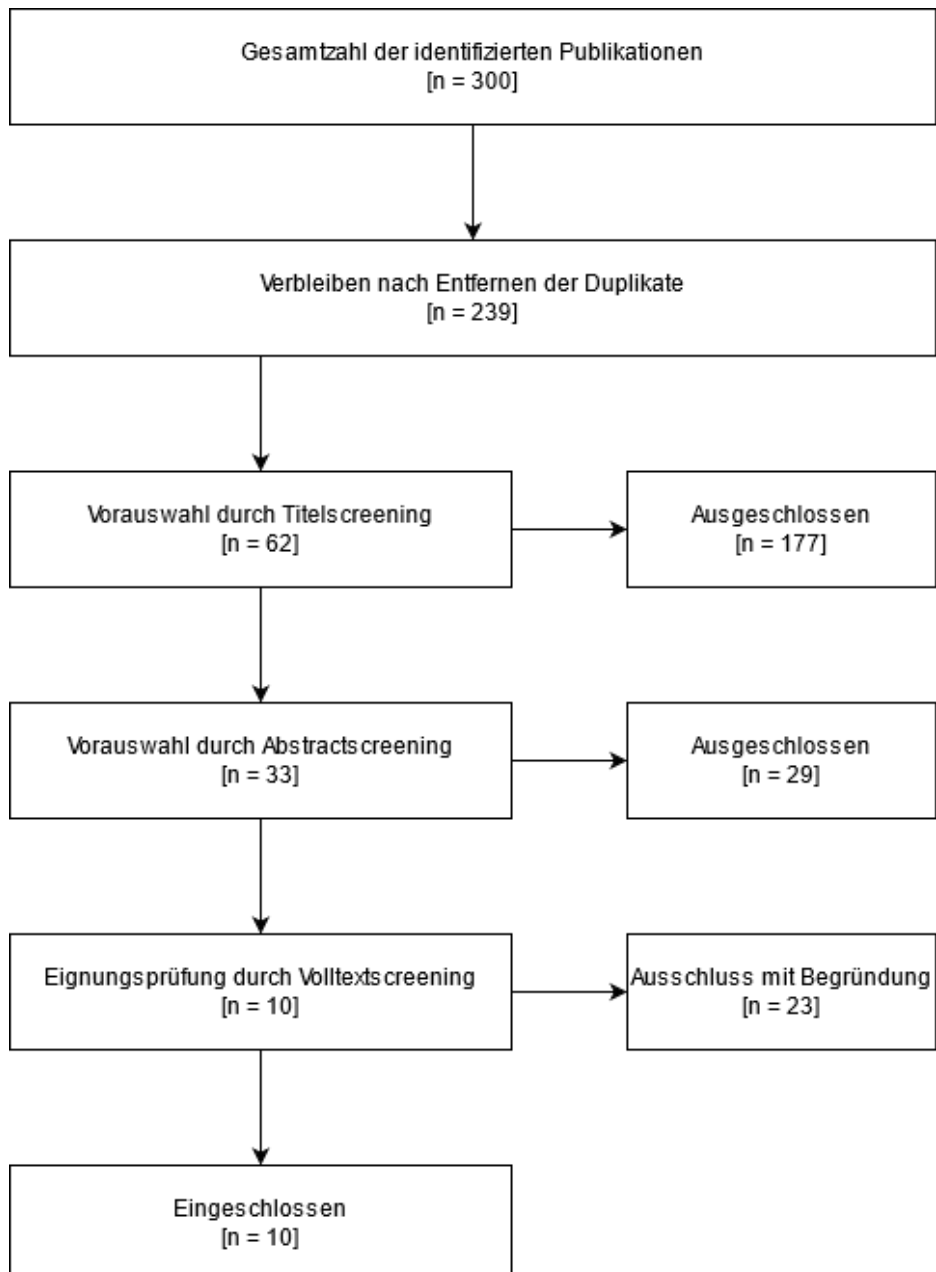


Abb. 1: Flowchart zur systematischen Literaturrecherche¹³⁴

¹³⁴ In Anlehnung an: Moher, D. u.a. (2009), S. 3.

Durch die systematische Literaturrecherche über Pubmed und CINAHL am 15.04.2021 konnten insgesamt 300 Treffer erzielt werden. Infolgedessen wurden 61 Duplikate entfernt, die Titel der verbliebenen Publikationen geprüft und 62 anhand ihrer inhaltlichen Eignung zum Abstractscreening zugelassen. Das Abstractscreening beinhaltet die Überprüfung der Zusammenfassungen der Veröffentlichungen anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Ebenso wurden die 33 Publikationen hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit über die Zugänge der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und der Universität Tübingen eruiert. Mehrere Publikationen wurden im Abstractscreening als inhaltlich geeignet erachtet, konnten jedoch aufgrund der finanziellen Barrieren nicht in die Eignungsprüfung der Volltexte aufgenommen werden. Eine tertiäre Suche, um zusätzliche Quellen zu identifizieren, wurde nicht vorgenommen.

Wie aus dem Flussdiagramm ersichtlich wird, wurden insgesamt zehn Veröffentlichungen zum Untersuchungsgegenstand eingeschlossen. Innerhalb der Scoping Review Methodik können verschiedene Publikationen wie Studien, Reviews und andere einbezogen werden.¹³⁵ Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht die Kriterien für einen Einschluss beziehungsweise Ausschluss von Studien:

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> – Bezug zur Kultur oder Religion von Patient*innen aus Süd- und Ostasien (Population) – Bezug zu medizinischen, pflegerischen oder betreuungsbezogenen Interventionen, Aspekten oder patienten- und kulturbezogenen Anforderungen und Erwartungen am Lebensende und im palliativen Setting (Konzept und Kontext) – Qualitative, quantitative und Mixed Methods Studien sowie Literaturreviews – Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> – Kommentare, Interviews, Abstractbeiträge – Fremdsprachen (außer den oben genannten) – Finanzielle Barrieren

Tab. 5: Ein- und Ausschlusskriterien zur Publikationsauswahl¹³⁶

Auf eine temporale Einschränkung der Publikationsdaten bezüglich der Einschlusskriterien wurde verzichtet, um ein sensitives Suchspektrum zu ermöglichen. Weiterhin wurden keine Reglementierungen bezüglich der Eigenschaften der Probanden von qualitativen oder quantitativen Studien vorgenommen. Der Untersuchungsgegenstand der Bachelorarbeit ist unabhängig von Alter oder Geschlecht der

¹³⁵ Vgl. Joanna Briggs Institute (2015), S. 13f.

¹³⁶ Eigene Darstellung.

Studienteilnehmenden in den ausgewählten Publikationen. Es gibt keine geographischen Beschränkungen, da der Fokus auf dem religiös-kulturellen Hintergrund von Patient*innen liegt, nicht auf dem aktuellen Aufenthaltsort.¹³⁷

Die methodischen Vorgaben für die Erstellung eines Scoping Reviews beinhalten eine Darstellung aller eingeschlossenen Publikationen. Diese werden in der folgenden Tabelle kurz dargestellt und im Anschluss daran die Inhalte der ausgewählten Publikationen narrativ anhand von verschiedenen Überschriften geordnet und analysiert.¹³⁸

Autor/Jahr	Titel	Methodik	Ergebnis
Chakraborty, R. u.a. 2017	A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions	Systematisches Review	<ul style="list-style-type: none"> – 40 eingeschlossene Treffer für das Review – Kategorisierung der Ergebnisse in 5 Einheiten mit Unterpunkten je nach Religion
Deshpande, O. u.a. 2005	Attitudes of Asian-Indian Hindus Toward End-of-Life Care	Literaturreview mit Fallstudien	Beschreibung der Einstellung von indischen Hindus zur Versorgung am Lebensende
Shanmugasundaram, S. u.a. 2010	Culturally competent care at the end of life: a Hindu perspective	Literaturreview	Beschreibung von transkultureller Betreuung am Lebensende durch eine hinduistische Perspektive
Rao, A. u.a. 2008	Elderly Indo-Caribbean Hindus and End-of-Life Care: A Community-Based Exploratory Study	Explorative Studie mit semi-strukturiertem Interviewleitfaden	<ul style="list-style-type: none"> – 44 Personen wurden interviewt – Beschreibung von Palliative Care Aspekten aus der Perspektive von älteren indo-karibischen Hindus
Dosani, N. u.a. 2020	Perceptions of palliative care in a South Asian community: findings from an observational study	Prospektiv beobachtende Studie	<ul style="list-style-type: none"> – Rekrutierung von insgesamt 34 Personen mit süd-asiatischem Hintergrund – Explorative Identifikation von Aspekten, welche die Wahrnehmung von Palliative Care charakterisieren
Khosla, N. u.a. 2016	Perspectives of Health Care Providers on US South Asians' Attitudes Toward Pain Management at End of Life	Qualitativ deskriptive Studie mit einem multimethodischen Ansatz	<ul style="list-style-type: none"> – 57 Personen wurden interviewt – Detaillierte Beschreibung von patienten- oder kulturbezogenen Sichtweisen auf

¹³⁷ Vgl. Joanna Briggs Institute (2015), S. 20.

¹³⁸ Vgl. ebd., S. 20f.

			Schmerz- und Symptommanagement
Bruce, A. 2007	Time(lessness): Buddhist perspectives and end-of-life	Literaturreview	Analyse der Relation zwischen Zeitverständnis aus buddhisti- scher Perspektive und Versor- gung am Lebensende
Sharma, R. u.a. 2011	Traditional Expectations Versus US Realities: First- and Second- Generation Asian Indian Perspectives on End-of-Life Care	Qualitativ explora- tive Fokusgruppen Studie mit Inhalts- analyse	Verschiedene Themen, welche Bezug zum kulturellen Hinter- grund aufbauen bezüglich präfi- naler Versorgung konnten iden- tifiziert werden
Chan, T. u.a. 2011	What nurses need to know about Buddhist perspec- tives of end-of-life care and dying	Literaturreview	Darstellung der buddhistischen Sichtweise auf palliative Versor- gungsinterventionen
Kongsuwan, W. u.a. 2012	Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs	Deskriptiv qualita- tive Studie	<ul style="list-style-type: none"> – 9 Teilnehmende – Insgesamt fünf zentrale As- pekte wurden bezüglich ei- nes friedvollen Sterbepro- zesses identifiziert und Im- plikationen für die prakti- sche Gesundheitsversor- gung abgeleitet

Tab. 6: Darstellung der ausgewählten Publikationen für das Scoping Review¹³⁹

Die aufgeführte Tabelle soll die Methodik und die Ergebnisse der jeweiligen Publikationen als Überblick darstellen. Die folgenden Kapitel kategorisieren und analysieren die Inhalte der Veröffentlichungen differenziert und detailliert. Dieses Evidence-Mapping wird narrativ vorgenommen.

5.2 Narrative Darstellung der Ergebnisse

5.2.1 Umgang mit belastenden Symptomen

Patientengruppen mit hinduistischem Hintergrund

Zum Umgang mit belastenden Symptomen wie Schmerzen und Dyspnoe werden verschiedene Standpunkte in der Literatur beschrieben. Das systematische Review von Chakraborty und anderen beschreibt, dass unter Ärzt*innen mit hinduistischem Hintergrund die Wahrscheinlichkeit um den Faktor Vier erhöht wird, dass sie einer palliativen Sedierung kritisch oder ablehnend gegenüberstehen. Dies

¹³⁹ Eigene Darstellung.

steht in Relation zu Ärzt*innen mit anderem religiös-kulturellem Hintergrund. Im Kontrast dazu berichtet das Review, dass 86 Prozent der hinduistischen Mediziner*innen in den Vereinigten Staaten nicht denken, dass ihre kulturelle und religiöse Prägung in Konflikt mit palliativer Sedierung stehen. Von den Befragten wurde jedoch keine hohe Religiosität angegeben.¹⁴⁰

Eine qualitativ explorative Studie von Sharma und anderen, welche Fokusgruppen mit asiatisch-indischen Hindus aus den Vereinigten Staaten analysierte, beschreibt, dass Leiden durch belastende Symptome von vielen Teilnehmenden der jungen sowie älteren Generation als zentrale Ängste galten. Im Hinduismus resultiert jegliches Leiden aus dem Konzept des Karmas, wie bereits in Kapitel 3.3.1 und 4.1 ersichtlich wurde. Der Personenkreis, welcher an dieser Studie teilnahm, war sich einig, dass der Glaube an das System des Karmas der Behandlung von belastenden Symptomen nicht entgegenstehe.¹⁴¹ Die Assoziation zwischen Karma, Schmerzerleben und Leid wird von einem Literaturreview mit Fallstudien von Deshpande und anderen bestätigt.¹⁴²

Khosla und andere konstatieren in den Ergebnissen ihrer qualitativ deskriptiven Studie mit Gesundheitsdienstleistenden aus den Vereinigten Staaten, dass Schmerzmanagement von sozialen, psychologischen und kulturellen Faktoren beeinflusst wird. Weiterhin werden die physiologischen, kognitiven und psychischen Aspekte von Schmerz beschrieben. Die Wahrnehmung von Schmerztherapie jedoch wird in einem größeren Gefüge von Umweltfaktoren und den bereits benannten entwickelt. Unter Hindus, so Khosla und andere, kann eine Zurückhaltung gegenüber Schmerzáußerungen beobachtet werden, da eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik ein Anzeichen eines negativ konnotierten Sterbegriffs ist.¹⁴³ Die befragten Gesundheitsprofessionen bestätigen dies durch die subjektiv beschriebene Wahrnehmung, dass südasiatische Patient*innen zögernd gegenüber Schmerzáußerungen und medikamentöser Schmerztherapie am Lebensende agieren. Von den befragten Personen wurde der Wunsch, anderen nicht zur Last zu fallen, als möglicher Grund angegeben. Die Zurückweisung von Schmerzmanagement von männlichen Pflegeempfängern wird mit einem geschlechterspezifischen Rollenbild assoziiert. Nebenwirkungen, die Möglichkeit von Verwirrtheit oder eingeschränktem Bewusstsein werden als weitere Begründung für diese Zurückhaltung angegeben.¹⁴⁴

Die Verfassenden der Studie empfehlen als Reaktion eine klare Kommunikation möglicher Vorteile von medikamentösem Schmerzmanagement. Positive Nebenwirkungen von Analgetika, wie Anxiolyse oder Minimierung der Dyspnoe, können kommunikativ zusätzlich hervorgehoben werden. Von einer Teilnehmerin oder einem Teilnehmer der Studie mit kulturellen Wurzeln in Indien wurde beschrieben,

¹⁴⁰ Vgl. Chakraborty, R. u.a. (2017), S. 617.

¹⁴¹ Vgl. Sharma, R. u.a. (2011), S.313.

¹⁴² Vgl. Deshpande, O.; Reid, M.; Rao, A. (2005), S. 133.

¹⁴³ Vgl. Khosla, N.; Washington, K.; Regunath, H. (2016), S. 850.

¹⁴⁴ Vgl. ebd., S. 852.

dass in den Gesundheitssystemen Südasiens generell zurückhaltend mit der Verschreibung von Medikamenten umgegangen wird und Interventionen, wie Massagen, deutlich mehr Anwendung finden. Die Infrastruktur Südasiens bezüglich der Versorgung mit Medikamenten sei strukturell limitiert und nicht umfassend ausgebaut, was die Zugangsmöglichkeiten begrenzt.¹⁴⁵

Die Assoziation zwischen Leid und Karma wird auch im Literaturreview von Shanmugasundaram und anderen beschrieben. Zusätzlich konstatieren sie, dass Symptomkontrolle aufgrund dessen vermehrt von hinduistischen Patient*innen zurückgewiesen werden kann. Für Gesundheitsprofessionen wird empfohlen, den Kontakt zur Familie und dadurch zu Angehörigen hinduistischer Glaubensinstitutionen aufzunehmen. Diese können mit Erkrankten religiöse Riten vollziehen und im Dialog Empfehlungen hinsichtlich medikamentöser Interventionen machen.¹⁴⁶

In der prospektiv beobachtenden Studie von Dosani und anderen wird dargestellt, dass die Teilnehmenden einen positiven Sterbeprozess mit der Vermeidung oder der Kontrolle einer Schmerzsymptomatik verbinden. Damit wurde eine verbesserte Lebensqualität und weniger Leidensdruck verknüpft.¹⁴⁷ Dazu ist zu erwähnen, dass diese Studie unabhängig von der religiösen Zugehörigkeit durchgeführt wurde und Aussagen zu Menschen aus dem geographischen Raum Südasiens tätigt.¹⁴⁸

Patientengruppen mit buddhistischem Hintergrund

Im systematischen Review von Chakraborty und anderen wurden nur wenige Resultate bezüglich medikamentöser Analgesie oder Symptomkontrolle im Allgemeinen dargestellt. Beschrieben wird die Angst vor einer Vigilanzminderung aufgrund von Medikamenten, aber auch die Inanspruchnahme einer Einzelperson von Analgetika in den letzten 48 Stunden ihres Lebens.¹⁴⁹

Das Literaturreview von Chan und weiteren beschreibt die hohe Relevanz eines klaren Bewusstseins in der terminalen Phase im buddhistischen Glauben. Um das Bewusstsein zu stärken und meditative Handlungen, welche für die Erleuchtung notwendig sind, durchzuführen, benötigt es eine ruhige, positive Einstellung und einen klaren, orientierten Geisteszustand. Wie in Kapitel 3.3.2 und 4.2 beschrieben, konstatiert die buddhistische Philosophie, dass Leiden ein Teil des Lebens ist und dass von Gläubenden erwartet wird, Leiden mit einer ruhigen und friedvollen Einstellung zu begegnen. Emotionaler Unruhe soll durch achtsames Leben und Meditation gezielt vorgebeugt werden.¹⁵⁰

¹⁴⁵ Vgl. Khosla, N.; Washington, K.; Regunath, H. (2016), S. 853f.

¹⁴⁶ Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 2f.

¹⁴⁷ Vgl. Dosani, N. u.a. (2020), S. 144f.

¹⁴⁸ Vgl. ebd., S. 145f.

¹⁴⁹ Vgl. Chakraborty, R. u.a. (2017), S. 617.

¹⁵⁰ Vgl. Chan, T.; Poon, E.; Hegney, D. (2011), S. 63.

Da, so Chan und andere, im Buddhismus eine sehr hohe Priorität auf einem klaren Bewusstsein liegt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Erkrankte Analgetika strikt ablehnen. Meditative Übungen, um Schmerzen und Symptome zu kontrollieren, werden als mögliche Alternativen zur medikamentösen Analgesie angegeben. Gesundheitsprofessionen können durch opiatfreie Analgetika oder niederdoppende Opiode versuchen, Betroffenen medikamentöse Möglichkeiten anzubieten, die keinen oder nur begrenzten Einfluss auf den Bewusstseinszustand ausüben. Auf sedierende oder neurolytische Interventionen sollte verzichtet werden. Insbesondere bei Patient*innen, die eine Analgesie ablehnen, ist eine adäquate Erfassung und Dokumentation der Schmerzsituation äußerst bedeutsam. Dies gilt neben klinischen Settings auch für das Hospiz oder die ambulanten Versorgungsbereiche.¹⁵¹

Angehörige und Erkrankte müssen von professionell Versorgenden darüber aufgeklärt werden, dass im Falle einer Schmerzexazerbation jederzeit mit einer palliativen Sedierung begonnen werden kann. Die Tiefe der Sedierung kann an die Bedürfnisse der sterbenden Person angepasst werden. Chan und andere betonen daneben, dass positive Nebenwirkungen mancher, vermehrt opiathaltiger, Analgetika bezüglich Dyspnoe, Agitation oder Unruhe zusätzlich kommunikativ hervorgehoben werden können. Aus juristischer Perspektive wird empfohlen, dass die Ablehnung von medikamentösen Optionen möglichst vor einer weiteren unabhängigen Person geschieht und adäquat dokumentiert wird.¹⁵²

In einer qualitativ phänomenologischen Studie aus Thailand, die von Kongsuwan und anderen veröffentlicht wurde, konnten neun Angehörige von Verstorbenen auf Intensivstationen hinsichtlich eines friedvollen Todes interviewt werden.¹⁵³ Alle Beteiligten hatten einen buddhistischen Hintergrund. Aus Perspektive der Angehörigen ist die Abwesenheit von Leid und belastenden Symptomen ein zentrales Charakteristikum eines friedvollen Sterbeprozesses. Die Kontrolle der Schmerz- und Atemsituation wurde als vordringlicher Wunsch der Teilnehmenden angegeben. Weiterhin wurde von den Befragten hervorgehoben, dass ein leidender Körper im Gegensatz zu einem friedvollen Bewusstsein steht.¹⁵⁴

Das zurückliegende Kapitel zeigt eine ausgeprägte Komplexität der Perspektiven von Erkrankten, Angehörigen und Gesundheitsprofessionen bezüglich der Symptombehandlung, insbesondere durch medikamentöse Interventionen. Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich mit der Rolle des familiären und persönlichen Umfelds von Individuen im Sterbeprozess.

¹⁵¹ Vgl. ebd., S. 63f.

¹⁵² Vgl. ebd., S. 64.

¹⁵³ Vgl. Kongsuwan, W.; Chaipetch, O.; Matchim, Y. (2012), S. 152.

¹⁵⁴ Vgl. ebd., S. 154f.

5.2.2 Rolle des familiären Umfelds

Patientengruppen mit hinduistischem Hintergrund

Sharma und weitere berichten, dass innerhalb des asiatischen und insbesondere indischen Kulturkreises, die familiäre Dynamik von einem ausgeprägten Pflichtbewusstsein sowie einer starken Eltern-Kind-Beziehung geprägt ist. In die Gesundheitsversorgung involvierte Personen stehen oftmals vor dem Konflikt, dass sich große Familiensysteme an der Versorgung und klinischen Entscheidungsfindung beteiligen möchten. Ein weiteres Problem sind teilweise hohe geographische Distanzen zwischen Pflegeempfängerin oder Pflegeempfängern und deren Familien. Verschiedene, teilweise kritisierende Ansichten von Familienmitgliedern zur westlichen Schulmedizin, können zur Priorisierung komplementärer Interventionen führen. Konservative Sichtweisen in Bezug auf Geschlechterrollen werden ebenso als potenzielle Spannungsfaktoren betrachtet. Der Wunsch, Betroffene in ihre ursprüngliche Heimat zurückzuholen, kann von Angehörigen thematisiert werden.¹⁵⁵

In südasiatischen Familien ist traditionell der älteste Sohn der Hauptansprechpartner für die Versorgung seiner Eltern. Die Fokusgruppen der qualitativen Studie von Sharma und anderen beschreiben ein ausgeprägtes Pflichtgefühl erstgeborener Söhne gegenüber den Eltern.¹⁵⁶ Aufgrund dessen können moderne und traditionelle Ansichten bezüglich familiärer Rollenbildung kollidieren. Die qualitative Studie konstatiert, dass in Bezug auf die klinische Entscheidungsfindung das traditionelle Rollenbild vorherrschend ist. Des Weiteren wird dargestellt, dass sich dieser Standpunkt aufgrund von Urbanisierung, Bildungsmaßnahmen und Globalisierung in Zukunft ändern könnte.¹⁵⁷ Dies bestätigt das Literaturreview von Shanmugasundaram und anderen. Weiterhin konstatiert diese Publikation, dass der Ehemann die Entscheidungen für die erkrankte Ehefrau treffen sollte. Darüber hinaus wird angeführt, dass ältere Personen sozial respektiert und anerkannt sind. Jüngere sollten aus traditioneller Perspektive den Älteren gehorchen und ihre Ratschläge befolgen. Oftmals leben drei Generationen in einem Haushalt. Die Rolle des ältesten Sohnes wird hier ebenfalls hervorgehoben.¹⁵⁸

Deshpande und Kolleg*innen beschreiben in ihrem Literaturreview, dass Familien im Zusammenschluss klinische und behandlungsbezogene Entscheidungen fällen, nicht das betroffene Individuum. Ebenso können Familiensysteme den Wunsch äußern, der Patientin oder dem Patienten keine Details über den Erkrankungsprozess mitzuteilen. In diesem Literaturreview wird auf spezifische familieninterne Hierarchien Bezug genommen.¹⁵⁹ Dazu wird in der qualitativen Studie von Sharma und anderen

¹⁵⁵ Vgl. Sharma, R. u.a. (2011), S.313.

¹⁵⁶ Vgl. ebd., S.313.

¹⁵⁷ Vgl. ebd., S.314.

¹⁵⁸ Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 4.

¹⁵⁹ Vgl. Deshpande, O.; Reid, M.; Rao, A. (2005), S. 133.

beschrieben, dass die Zurückhaltung von Informationen gegenüber erkrankten Individuen vermehrt unter südasiatischen Familien vorkommen kann. Dies steht antagonistisch gegenüber der westlich geprägten, umfassenden Informationsvermittlung, um eine autonome Entscheidungsfindung Betroffener zu unterstützen. Innerhalb dieser Studie haben sich alle Personen aus der älteren Generation für die Zurückhaltung von Informationen gegenüber Sterbenden ausgesprochen. Als Grund dafür wird angegeben, dass man die emotionale Belastung im Sterbeprozess reduzieren möchte.¹⁶⁰

Durch eine Patientenverfügung wäre es möglich einer Vielzahl dieser Konflikte vorzubeugen.¹⁶¹ Das systematische Review von Chakraborty und weiteren beschreibt, dass die Belastung, die aus der familiären Entscheidungsfindung resultiert, ein wichtiger Aspekt ist, der die Einstellung zur Anfertigung einer Patientenverfügung beeinflusst.¹⁶² Sharma und weitere stellen in ihrer Studie dar, dass Teilnehmende der älteren Generation ihre Wünsche bezüglich klinischer Entscheidungsfindung in der Terminalphase ihren Familienmitgliedern mitgeteilt haben. Ein geringerer Anteil, insgesamt drei von zwölf befragten Personen der älteren Generation gaben an, eine Patientenverfügung zu besitzen. Weiterhin wird dargestellt, dass das Erstellen einer Patientenverfügung als Abkehr von traditionellen Handlungsweisen gesehen wird. Dementsprechend haben, so die Publikation, Amerikaner*innen mit kulturellem Ursprung in Asien und Indien seltener eine Patientenverfügung als Einwohner*innen mit anderem kulturellen Hintergrund.¹⁶³

In der qualitativ-explorativen Studie von Rao und anderen, welche anhand von semistrukturierten Interviewleitfäden eine indo-karibische Gemeinschaft von Hindus untersuchte, wird erklärt, dass ein Wissensdefizit bezüglich Patientenverfügungen unter dieser Population besteht.¹⁶⁴ Unterschiedliche Begrifflichkeiten um Patientenverfügung und Vollmachten konnten nicht klar zugeordnet oder differenziert werden. Hinsichtlich einer generalisierten Willensverfügung gaben sechs Prozent der Teilnehmenden an, diese zu besitzen und in Bezug auf eine gesundheitsbezogene Verfügungsverfügung gaben acht Prozent an, eine zu besitzen. Insgesamt wurden Patientenverfügungen jedoch als Möglichkeit der Stressreduktion gegenüber den Familienmitgliedern gesehen, die an versorgungsbezogenen Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Die in dieser Studie interviewten Personen waren für eine offene Kommunikation der Diagnose gegenüber den erkrankten Menschen.¹⁶⁵

Shanmugasundaram und weitere erklären, dass die Zurückhaltung von Informationen gegenüber Erkrankten juristische Probleme im westlichen Setting nach sich ziehen kann. Transkulturell versorgende

¹⁶⁰ Vgl. Sharma, R. u.a. (2011), S.314.

¹⁶¹ Vgl. Chakraborty, R. u.a. (2017), S. 610.

¹⁶² Vgl. ebd., S. 614.

¹⁶³ Vgl. Sharma, R. u.a. (2011), S.314.

¹⁶⁴ Vgl. Rao, A. u.a. (2008), S. 1130f.

¹⁶⁵ Vgl. Rao, A. u.a. (2008), S. 1131.

Gesundheitsprofessionen müssen kontinuierlich zwischen rechtlichen Rahmenbedingungen und kulturellen Spezifika abwägen. Die Autor*innen sehen als Handlungsempfehlung, dass eine Person, wenn möglich der älteste Sohn, als Ansprechpartner ausgewählt wird und dieser mit dem Rest der Familie bezüglich der Entscheidungsfindung interagiert. In welchem Ausmaß Betroffene über den Erkrankungsprozess informiert werden, obliegt, abgesehen von den juristischen Rahmenbedingungen, dem Familiensystem. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass ältere Hindus mit Migrationserfahrung potenziell Probleme mit der lokalen Sprache haben und dadurch eine Kommunikationsbarriere entstehen kann.¹⁶⁶

Dosani und Kolleg*innen stellen dar, dass die Durchführung von Versorgungsmaßnahmen und Interventionen ein Aspekt von hoher Relevanz für Familien aus dem südasiatischen Raum repräsentiert. Pflege und Versorgung wird in der Regel von Angehörigen übernommen. Das familieninterne Unterstützungssystem beinhaltet viele Personen wie die Töchter und Söhne, deren Partner*innen sowie Enkelkinder und weitere. Wie bereits zuvor dargestellt, leben diese oft in multigenerationalen Haushalten mit älteren Familienmitgliedern und können somit die Versorgung aufteilen. Die in dieser Studie Befragten gaben den Wunsch an, im hohen Alter Zuhause von ihren Angehörigen versorgt zu werden. Wie bereits im Kapitel zuvor erwähnt, ist das Sampling dieser Studie allgemein auf den südasiatischen Raum bezogen und berücksichtigt religiöse Aspekte nur peripher.¹⁶⁷

Die Ausgestaltung und Qualität des Sterbeprozesses beeinflussen die Trauerarbeit mit Hinterbliebenen in intensivem Maße. Ein, aus hinduistischer Perspektive, negativer Tod, der von viel Leid, Unruhe oder ähnlichem begleitet wird, kann Ängste hinsichtlich des Geistes der oder des Verstorbenen auslösen. Unabhängig von einem negativen oder positiven Sterbeprozess, essen und trinken Hindus in der Trauerzeit nur bescheidene und kleine Mahlzeiten. Andere Familien und Freunde meiden die trauernde Familie während der Trauerzeit. Männliche Hinterbliebene rasieren sich in manchen Fällen den Kopf, wenn Verstorbene nahe Verwandte waren. Eine andere Ausprägung in der Trauerzeit ist, dass sich Hinterbliebene nicht die Haare oder den Bart schneiden dürfen. Ebenso dürfen sie die vedischen Texte nicht lesen oder Opfergaben an Gött*innen machen. Alternativ ist es jedoch möglich, das Heldenepos der *Bhagavad Gita* zu lesen. Die Trauerzeit dauert zwischen 10 und 16 Tagen.¹⁶⁸

Patientengruppen mit buddhistischem Hintergrund

Aus dem systematischen Review von Chakraborty und Kollegen resultiert, dass 37 Prozent der älteren Personen in Singapur, welche aus China immigriert sind, eine Patientenverfügung für bedeutsam hal-

¹⁶⁶ Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 4.

¹⁶⁷ Vgl. Dosani, N. u.a. (2020), S. 145f.

¹⁶⁸ Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 7f.

ten. 54 Prozent wünschten sich, dass Ärzt*innen als stellvertretende Entscheidungspersonen bei klinischen Fragestellungen am Lebensende agieren. 35 Prozent wünschten, dass Familienangehörige Entscheidungen treffen.¹⁶⁹

Wenn eine palliative Sedierung indiziert ist, empfehlen Chan und andere eine offene Aussprache mit Betroffenen und deren Angehörigen. Die Vorbereitung auf die Terminalphase wird in buddhistischen Familien gemeinsam durchgeführt und kann meditative oder spirituelle Handlungen enthalten. Das Vermitteln einer palliativen Diagnosestellung sollte gegenüber Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen passieren, da diese eine offene Kommunikation bevorzugen. Im Buddhismus ist es von zentraler Bedeutsamkeit, den Tod als unvermeidliches Ende des Lebens anzuerkennen. Deshalb sollten in Bezug auf die Krankheit die damit einhergehenden Komplikationen und die dazugehörige Versorgung nicht verschwiegen werden. In manchen Fällen ist es möglich, dass Betroffene Entscheidungen gemeinsam mit buddhistischen Lehrenden tätigen. Eine offene Kommunikation wird von erkrankten Individuen und deren Familien als Zeichen des Respekts wahrgenommen.¹⁷⁰

An der Versorgung beteiligte Gesundheitsprofessionen sowie Familienmitglieder sollen von der Darstellung intensiver Emotionen absehen, da dies den Bewusstseinszustand der Patientin oder des Patienten einschränken kann. Bevorzugt wird eine terminale Versorgung im häuslichen Umfeld, in dem die Angehörigen möglichst einen Großteil der Maßnahmen durchführen.¹⁷¹

Im Sterbeprozess allein gelassen zu werden, ist aus Perspektive der Studienteilnehmenden in der Untersuchung von Kongsuwan und anderen, ein Zeichen eines negativen Todes. Ein friedvoller Tod geschieht, wenn die geliebten Personen während des Sterbeprozesses anwesend sind. Körperliche Berührung durch Familienangehörige und die dadurch vermittelte Wärme, wird als außerordentlich positiv betrachtet. Auch das Einflüstern oder Sprechen liebender Worte in das Ohr der oder des Sterbenden durch die vertrauten Stimmen der Familie, wird als förderlich für einen positiven und friedvollen Tod empfunden.¹⁷²

Um eine friedvolle Umgebung im Sterbeprozess eines Individuums zu gestalten, wird von Familienmitgliedern erwartet, ihre Trauer, auch nach dem Tod, zurückzuhalten. Das wird im Buddhismus als Charakteristikum für einen friedvollen Tod gesehen, da der Geist beziehungsweise das Bewusstsein einer sterbenden Person glücklich und zufrieden ist, wenn er die Trauer nicht wahrnimmt. Dadurch wird eine Reinkarnation in einem guten Umfeld unterstützt.¹⁷³ Dazu stellt Bruce in ihrer Literaturanalyse dar,

¹⁶⁹ Vgl. Chakraborty, R. u.a. (2017), S. 614.

¹⁷⁰ Vgl. Chan, T.; Poon, E.; Hegney, D. (2011), S. 64.

¹⁷¹ Vgl. ebd., S. 64.

¹⁷² Vgl. Kongsuwan, W.; Chaipetch, O.; Matchim, Y. (2012), S. 155.

¹⁷³ Vgl. ebd., S. 155.

dass die Fixierung auf den aktuellen Moment von Angehörigen buddhistischen Glaubens auch im Sterbeprozess, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in sich vereint und der Moment als vollständig angesehen werden kann. Dies bedeutet, dass sich weder Angehörige noch Versorgende auf die Zukunft ohne die oder den Sterbenden fixieren sollen, sondern auf den aktuellen Zeitpunkt mit ihr oder ihm.¹⁷⁴ Daraus resultiert auch die Empfehlung von Bruce, dass Tagesabläufe nicht mehr relevant sind, sondern sich auf die Gegenwart fixiert werden soll, das unterstreicht sie mit dem Beispiel, dass Betroffene, welche um drei Uhr nachts Eis essen möchten, dies auch können sollten.¹⁷⁵

Das zurückliegende Kapitel stellt einerseits die Familiendynamik der jeweiligen kulturellen Hintergründe im Sterbeprozess dar und andererseits zeigt es auf, mit welchen Konfliktpunkten professionell Versorgende rechnen könnten. Die Antizipation der intrafamiliären Aspekte und Faktoren auf die Qualität des Sterbeprozesses, ist unumgänglich für eine holistische Betreuung am Lebensende. Insbesondere bei Familiensystemen aus dem südasiatischen Raum wird erkannt, wie komplex diese im Einzelfall aufgebaut sein können. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit medizinischen Interventionen am Lebensende.

5.2.3 Medizinische Interventionen am Lebensende

In diesem Kapitel wird betrachtet, wie die Einstellung zu künstlicher Nutrition und Hydratation, antibiotischer Therapie sowie zur kardiopulmonalen Reanimation in den jeweiligen Patientengruppen aussieht. Die Entscheidungsfindung bezüglich der angesprochenen Themen wird nicht explizit dargestellt, da sich das letzte Kapitel bereits mit sämtlichen Aspekten zu Entscheidungen am Lebensende beschäftigt hat.

Patientengruppen mit hinduistischem Hintergrund

Deshpande und weitere beschreiben in ihrem Literaturreview mit Fallstudien, dass das Anbringen einer künstlichen Ernährungssonde in den meisten Fällen eine Maßnahme ist, die das Leben Betroffener verlängert. Da, wie bereits in Kapitel 3.3.1 beschrieben, im Hinduismus die Akzeptanz des eigenen Todes eine zentrale Rolle im Sterbeprozess spielt, werden diese Interventionen mit hoher Wahrscheinlichkeit von Patient*innen oder deren Familien abgelehnt werden. Wenn eine antibiotische Therapie, beispielsweise bei einer Pneumonie, den Sterbeprozess nicht verlängert aber den Symptom- und Lei-

¹⁷⁴ Vgl. Bruce, A. (2007), S. 153.

¹⁷⁵ Vgl. ebd., S. 154.

densdruck vermindert, wäre dies eine akzeptable Option aus hinduistischer Perspektive. Das Anbringen einer Ernährungssonde könnte als Eingreifen in den natürlichen Sterbeprozess und damit als Eingriff in das Karma Erkrankter betrachtet werden.¹⁷⁶

Rao und Kolleg*innen beschreiben, dass Partizipierende in ihrer Studie mit älteren indo-karibischen Hindus ablehnend gegenüber lebensverlängernden oder -erhaltenden Interventionen standen. Dies jedoch nur unter der Voraussetzung, dass es sich um eine progrediente und nicht heilbare Erkrankung handelt. In Bezug auf eine mechanische Beatmung oder die kardiopulmonale Reanimation gaben die Teilnehmenden an, in Ruhe und ohne diese Maßnahmen sterben zu wollen.¹⁷⁷

Patientengruppen mit buddhistischem Hintergrund

Kongsuwan und andere zeigen in ihrer Publikation auf, dass die befragten buddhistischen Angehörigen in ihrer Studie nicht nur belastende Symptome als Leid betrachten, sondern auch technische Interventionen wie Beatmung, künstliche Ernährung oder Infusionen bei kritisch oder terminal Erkrankten als Leid empfunden werden. Sämtliche lebenserhaltende Maßnahmen wurden als leidgenerierend für Betroffene betrachtet und erfüllen den buddhistischen Maßstab eines friedvollen Sterbeprozesses nicht. Aus deren Perspektive sollte auf diese Maßnahmen, inklusive der kardiopulmonalen Reanimation, verzichtet werden.¹⁷⁸

Das systematische Review von Chakraborty identifizierte diesbezüglich lediglich eine Fallstudie, die beschreibt, wie ein buddhistisches Individuum künstliche Nutrition und Hydratation in den letzten 48 Stunden seines Lebens ablehnte.¹⁷⁹

5.2.4 Spirituelle Aspekte und Rituale

Patientengruppen mit hinduistischem Hintergrund

Wie in Kapitel 4.1 dargestellt, ist die Seele (*Atman*) im Hinduismus unsterblich und unveränderbar. Daraus leitet Deshpande mit Kolleg*innen ab, dass die Angst vor dem Tod unter hinduistischen Patient*innen weniger ausgeprägt ist, als es bei Menschen aus der westlichen Welt der Fall ist. Durch das Verfolgen des *Dharma*, der Weltordnung und auch individuellen Bestimmung, können Hindus durch

¹⁷⁶ Vgl. Deshpande, O.; Reid, M.; Rao, A. (2005), S. 133.

¹⁷⁷ Vgl. Rao, A. u.a. (2008), S. 1131f.

¹⁷⁸ Vgl. Kongsuwan, W.; Chaipetch, O.; Matchim, Y. (2012), S. 154.

¹⁷⁹ Vgl. Chakraborty, R. u.a. (2017), S. 617.

Gebete und Meditation die Trauer und die Angst vor dem Tod umgehen und die Seele (*Atman*) als unsterblich anerkennen.¹⁸⁰

Im Literaturreview von Deshpande und anderen wird weiterhin beschrieben, dass im Falle einer terminalen Erkrankung bestimmte Rituale durchgeführt werden müssen. Pflegende und weitere Gesundheitsprofessionen können hierbei unterstützen, indem sie für diese Handlungen genügend Raum schaffen. Dies zeigt den Familien Verständnis und Respekt gegenüber ihrer Kultur und ermöglicht aus hinduistischer Perspektive einen adäquaten Transfer in das Jenseits und daraufhin in die nächste Inkarnation. Das Ausführen der Rituale durch Angehörige ist deren Pflicht aufgrund des *Dharma*. In diese Praktiken einzugreifen, bedeutet negatives *Karma* für die Familie und kann zu ausgeprägten Spannungen zwischen Gesundheitspersonal und Angehörigen führen. Ein bedeutsames Ritual ist, dass die Gedanken und Worte, die Sterbende in ihrer letzten Lebensphase sprechen, auf Gött*innen des hinduistischen Pantheons fokussiert sind. Dies basiert auf dem Glauben, dass die Gedanken im Sterbeprozess entscheidend zur Destination und Situation der nächsten Inkarnation beitragen. Die Angehörigen beten oder singen Mantras während dieser Zeit. Des Weiteren platzieren sie heiliges Wasser aus dem *Ganges* oder Blätter im Mund der sterbenden Person.¹⁸¹

Shanmugasundaram und weitere konstatieren in ihrem Literaturreview, dass hinduistische Sakramente (*Samskara*) eine zentrale Rolle in der spirituellen Begleitung einnehmen. Sakramente beabsichtigen den Wohlstand Betroffener zu erhalten und deren Spiritualität zu verbessern. Im weiteren Sinne sollen sie das Verständnis gegenüber Aspekten wie Leben und Sterben verbessern. Da das nächste Leben von Menschen hinduistischen Glaubens eine höhere Priorität einnimmt als das aktuelle, ist das Sterbesakrament von essenzieller Bedeutung. Dies wird im Regelfall durch brahmanische, priesterähnliche Begleitende (*Pandit*) durchgeführt. Aspekte dieser Begleitung sind, wie bereits zuvor erwähnt, das Platzieren von heiligem Wasser aus dem *Ganges*, dem heiligen Fluss der Hindus, in den Mund oder die Unterstützung bei der *Puja*, dem Verehrungsritual für Gött*innen, das bereits in Kapitel 3.3.1 beschrieben wurde.¹⁸²

Weitere Bedürfnisse gläubiger Hindus können das Aufstellen kleiner religiöser Statuen sein, wie der Familiengottheit oder regelmäßige Gebetszeiten, beginnend bei Sonnenaufgang. Das Literaturreview von Shanmugasundaram empfiehlt Pflegekräften, das Abspielen religiöser Videos oder Musik zu erlauben. Als Akt der Reinigung, wie bereits bei Deshpande erwähnt, werden heilige Blätter oder Wasser in den Mund eingelegt. Im Hinduismus werden zahlreiche religiöse Rituale und Zeremonien von Räucher-

¹⁸⁰ Vgl. Deshpande, O.; Reid, M.; Rao, A. (2005), S. 132.

¹⁸¹ Vgl. ebd., S. 133.

¹⁸² Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 5.

werk und Öllampen begleitet. Wenn die Benutzung des Räucherwerks oder der Öllampen den Angehörigen verwehrt wird, kann dies, aus hinduistischer Perspektive, bedeuten, dass die Seele der sterbenden Person im nächsten Leben beeinträchtigt wird. In manchen Fällen werden religiöse Perlenketten (*Mala*) in den Händen Betroffener platziert, welche das Beten begleiten.¹⁸³

Wenn der Tod kurz bevorsteht, so Shanmugasundaram und andere, steigt die Zahl der Besuchenden und verschiedene Rituale und Gesänge werden durchgeführt. Nach dem Tod werden spezifische Worte und Mantras gesungen, darunter die heilige Vorsilbe *OM* oder es wird aus der *Bhagavad Gita* vorgelesen. Als Empfehlung für die Pflegepraxis beschreiben die Autor*innen des Literaturreviews eine hohe Sensibilität gegenüber den religiösen Handlungen. Da es im Hinduismus zahlreiche Rituale und Zeremonien gibt, wird empfohlen, Patient*innen nach Wunsch und Möglichkeit zeitnah in die häusliche Umgebung zu entlassen. Wenn dies nicht realisiert werden kann, sollte möglichst ein Einzelzimmer organisiert werden, um der Familie Privatsphäre zu ermöglichen.¹⁸⁴

Patientengruppen mit buddhistischem Hintergrund

Chan und Kolleg*innen beschreiben, dass die Vorbereitung auf den Tod ein integrativer Bestandteil buddhistischer Lebensführung ist. Spätestens vor dem Tod ist es für Buddhist*innen essenziell, sich mit der Unvermeidbarkeit des Sterbens und der Vergänglichkeit aller Existenzen abzufinden. Achtsamkeit und Meditation haben insbesondere vor dem Tod die Bedeutung, sterbenden Personen die drei Charakteristika des Buddhismus zu verdeutlichen. Die erste heißt *Dukka* und verdeutlicht, dass Leben immer Leiden bedeutet. *Anatta* bildet das zweite Charakteristikum und repräsentiert die Haltung, dass kein individuelles Selbst existiert. Abschließend ist *Anicca* anzuführen, welche darstellen soll, dass alles vergänglich ist.¹⁸⁵

Im Literaturreview von Chan und anderen wird ein häusliches Versorgungssetting empfohlen, um die spirituellen Praktiken umfassend ermöglichen zu können. In die Pflege- und Versorgungsplanung können Zeitpunkte integriert werden, in denen die sterbende Person bereit ist, die Meditation zu pausieren. Vor und während der Meditation können Pflegende unterstützen, indem sie für ein ruhiges Umfeld sorgen und ablenkende Faktoren vermeiden oder entfernen. Im klinischen Setting sollte sterbenden Buddhist*innen ein Einzelzimmer ermöglicht werden, das sich in möglichst großer Distanz zu den Geräuschen des stationären Alltags befindet.¹⁸⁶

¹⁸³ Vgl. ebd., S. 6.

¹⁸⁴ Vgl. ebd., S. 6.

¹⁸⁵ Vgl. Chan, T.; Poon, E.; Hegney, D. (2011), S. 63.

¹⁸⁶ Vgl. ebd., S. 64.

Kongsuwan und weitere beschreiben in ihrer qualitativen Studie die gleichen spirituellen Aspekte eines klaren Bewusstseins und einer friedvollen und ruhigen Umgebung. Um das Bewusstsein sterbender Personen auf den nahenden Tod vorzubereiten, wird in dieser Publikation zusätzlich empfohlen, wenn möglich, buddhistische Lehrende zu konsultieren, die weitere Zeremonien und Meditationen mit Betroffenen durchführen können.¹⁸⁷ Das Literaturreview von Bruce bestätigt die zuvor benannten Aspekte, indem die Relevanz von Meditation für ein friedvolles Bewusstsein und Sterbeerlebnis aus buddhistischer Perspektive dargestellt wird.¹⁸⁸

Aus dem zurückliegenden Kapitel geht hervor, dass die hinduistische Kultur eine Vielzahl an Riten und spirituellen Aspekten im Sterbeprozess beinhaltet. Aus den Publikationen, welche zum Buddhismus akquiriert werden konnten, gehen weniger konkrete Praktiken hervor. Die Quellen zur buddhistischen Perspektive zeigen die Relevanz von Meditation und einer dazugehörigen Bewusstseinsstufe, im Gegensatz zur Orientierung an Zeremonien und Ritualen der hinduistischen Perspektive. Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich mit den relevanten Aspekten der pflegerischen Grundversorgung der jeweiligen Patientengruppen.

5.2.5 Pflegerische Grundversorgung

Pflegerische Grundversorgung beinhaltet Interventionen wie die Körperpflege, patientenbezogene Hygiene oder die Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den religiösen und kulturellen Besonderheiten, welche in der Versorgung von Patientengruppen mit kulturellem Ursprung in Süd- und Ostasien bedeutsam sind.

Patientengruppen mit hinduistischem Hintergrund

Shanmugasundaram und Kolleg*innen konstatieren, dass laut der hinduistischen Philosophie alle Lebewesen respektiert werden müssen. Daraus entsteht das Prinzip des *Ahimsa*, welches beschreibt, dass weder Tieren noch Menschen irgendeine Form von Leid zugefügt werden darf. Das Resultat dieses Prinzips ist weit verbreiteter Vegetarismus oder Veganismus. Zusätzlich werden im Hinduismus einige Tiere verehrt. Beispiele hierfür sind Primaten, Kobras, Kühe oder der Pfau. Da die Kuh als heiliges Tier verehrt wird, ist es nicht erlaubt, Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, welche auf Kühe zurückzuführen sind. Einige Hindus verzichten lediglich auf Rindfleisch, essen aber Käse, Joghurt, Eier und Milch.¹⁸⁹

¹⁸⁷ Vgl. Kongsuwan, W.; Chaipetch, O.; Matchim, Y. (2012), S. 154.

¹⁸⁸ Vgl. Bruce, A. (2007), S. 153.

¹⁸⁹ Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 3.

Diese Einstellung zu Nahrungsmitteln ist nicht universell und ist abhängig von den individuellen oder familiären Nahrungspräferenzen. Für die Pflegepraxis wird empfohlen, das Thema Ernährung gezielt und sensibel gegenüber Patient*innen oder deren Angehörigen anzusprechen. Wenn es die hygienischen Richtlinien einer stationären Versorgungseinrichtung erlauben, können Angehörige ermutigt werden, selbstgekochte Mahlzeiten mitzubringen. In der hinduistischen Kultur gibt es eine Vielzahl an Speisen, die für erkrankte Personen vorgesehen sind. Im Falle einer Dysphagie kann Brei oder Suppe aus Früchten und Gemüse angeboten werden. Fasten hat eine hohe Relevanz und das Bedürfnis danach kann auch im Sterbeprozess auftreten, da es als Reinigungsritual angesehen wird. Dies kann zu Konflikten bei der Einnahme von Medikamenten am Lebensende führen. Als alternative Möglichkeit um die Symptomlast zu mindern, kann eine subkutane, intravenöse oder transdermale Applikation von Medikamenten angeboten werden. Diese Interventionen sollten jedoch mit Betroffenen oder Angehörigen eruiert werden.¹⁹⁰

Wenn Pflegeempfänger*innen zunehmend schwächer werden und die Körperpflege nicht mehr allein durchführen können, gibt es spezifische Vorgaben. Bei der Durchführung der Körperpflege im Bett oder bei körperlichen Untersuchungen ist darauf zu achten, dass die Privat- und Intimsphäre erkrankter Personen in vollem Maße respektiert wird. Außerdem sollten nach Möglichkeit keine anderen Pflegekräfte im Raum sein und intime Körperregionen bedeckt werden, wenn sie nicht gewaschen werden. Frauen sollten von einer gleichgeschlechtlichen Pflegekraft betreut werden. Männer dürfen den Raum erst betreten, wenn die Frau vollständig angekleidet ist. Diese Regelungen gelten ausschließlich für weibliche Hindus.¹⁹¹

Reinheit wird im Hinduismus nicht nur physisch, sondern auch spirituell assoziiert. Pflegempfangende können anfragen, ob sie möglichst früh am Morgen versorgt werden können, da vor dem morgendlichen Gebet die Körperwaschung vorgesehen ist. In der terminalen Lebensphase ist physische und spirituelle Reinheit von sehr hoher Priorität, deshalb sind tägliche Dusch- oder Badeanfragen möglich. Vor dem Beten muss zudem ein Toilettengang vollzogen und saubere, frische Kleidung angezogen werden. Da intime Gespräche über Defäkation oder Miktion überwiegend vermieden werden, muss eine adäquate und sensible Assessment der Stuhlgewohnheiten inklusive der Regelmäßigkeit zur Obstipationsprophylaxe gegeben sein.¹⁹²

¹⁹⁰ Vgl. ebd., S. 3.

¹⁹¹ Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 4.

¹⁹² Vgl. ebd., S. 5.

Patientengruppen mit buddhistischem Hintergrund

Die Literaturlage innerhalb der eingeschlossenen Publikationen zur pflegerischen Grundversorgung ist sehr begrenzt. Lediglich Chan und andere haben in ihrem Literaturreview einzelne Angaben bezüglich der Pflege von buddhistischen Nonnen und Mönchen gemacht. Wenn möglich sollte die pflegerische und ärztliche Versorgung durch Angehörige desselben Geschlechts durchgeführt werden. Diese Einstellung variiert jedoch je nach Geschlecht und Alter betroffener Buddhist*innen. Heutzutage steigt die Akzeptanz gegenüber Behandlung und Versorgung von Gesundheitsprofessionen des anderen Geschlechts, insbesondere wenn die Ressourcen und die Verfügbarkeit im palliativen Setting limitiert sind. Im Regelfall würde eine andere Nonne oder ein anderer Mönch sämtliche Tätigkeiten, welche die Intimsphäre erkrankter Individuen tangiert, übernehmen. Diesbezüglich müsste jedoch geklärt werden, ob diese Hilfsperson in der stationären Einrichtung mit untergebracht werden kann.¹⁹³

5.2.6 Postmortale Aspekte

Patientengruppen mit hinduistischem Hintergrund

Falls Verwandte von Sterbenden zum Todeszeitpunkt nicht anwesend sind, sollten diese, so Shanmugasundaram und weitere, unverzüglich informiert werden. Die Aufgabe der Angehörigen ist es, schnellstmöglich die angemessenen Rituale und Zeremonien zu organisieren. Die oder der Verstorbene sollten in ein ruhiges Zimmer gebracht werden, in dem die Angehörigen die letzten Abschiedsrituale vollziehen können und der Trauer Raum gegeben werden darf. Professionell Pflegende sollten den Torso verstorbener Personen so wenig wie möglich berühren. Lediglich die Familie darf Verstorbene berühren. Pflegekräfte können vor Eintreten des Todes mit den Angehörigen absprechen, wie verfahren werden soll und wenn überhaupt, sollten ausschließlich Pflegepersonen desselben Geschlechts den Leichnam berühren. Wie bereits in Kapitel 4.1 beschrieben wurde, werden die meisten Hindus kremiert. Die Kremation sollte zwischen 24 und 48 Stunden post mortem stattfinden, was bedeutet, dass der Totenschein zeitnah ausgestellt werden sollte. Im Anschluss verstreuen die Angehörigen die Asche im *Ganges*, in Varanasi in Indien.¹⁹⁴ Manche Hindus, so das Literaturreview von Shanmugasundaram und anderen, stehen Organspenden nach dem Tod ablehnend gegenüber.¹⁹⁵

Patientengruppen mit buddhistischem Hintergrund

Chan und Kolleg*innen stellen dar, dass nach dem Todeszeitpunkt der Leichnam für acht Stunden unberührt und ungestört bleiben sollte. Nach diesen acht Stunden können Pflegende beginnen, den

¹⁹³ Vgl. Chan, T.; Poon, E.; Hegney, D. (2011), S. 65.

¹⁹⁴ Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 6f.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S. 7.

Leichnam für die Aufbahrung vorzubereiten. Die verstorbene Person und die Angehörigen sollten eine ruhige Räumlichkeit für den letzten Abschied erhalten. Diese Aspekte tragen zum Bild eines positiven Sterbeprozess bei.¹⁹⁶

6 Diskussion

Im zurückliegenden Scoping Review konnten verschiedene versorgungsrelevante Aspekte für Patientengruppen aus Süd- und Ostasien, insbesondere mit buddhistischem und hinduistischem Hintergrund, identifiziert und analysiert werden. Zuvor wurde durch eine orientierende Literaturrecherche die Frage beantwortet, wie Menschen aus hinduistischen oder buddhistischen Kulturkreisen zu den Themen Sterben und Tod stehen. Damit liegt nun eine praxisbezogene Wissensgrundlage zur palliativen Versorgung von Menschen aus dem süd- und ostasiatischen Raum vor.

Die systematische Literaturrecherche für das Scoping Review konnte adäquat nach den Richtlinien zur Erstellung eines Scoping Reviews des Joanna Briggs Institut in Australien durchgeführt und dokumentiert werden. Trotz einer hohen Trefferzahl zu Beginn wurden die relevanten Publikationen für die zweite Forschungsfrage, welche in der Einleitung aufgestellt wurde, identifiziert. Aufgrund eines final spezifischen Vorgehens beim Titelscreening ist es nicht auszuschließen, dass potenziell relevante Studien durch die Eingrenzung der Suchbegriffe verloren gegangen sind. Auffällig ist, dass sechs identifizierte Publikationen Menschen aus Südasien mit hinduistischem Hintergrund thematisieren und lediglich vier Publikationen Bezug zu Patientengruppen aus Ostasien, beziehungsweise mit buddhistischem Hintergrund nehmen. Hinsichtlich der Datenextraktion konnten mehr versorgungsrelevante Aspekte für Patient*innen mit kulturellem Ursprung im Hinduismus extrahiert werden als für Erkrankte mit kulturellem Ursprung im Buddhismus. Als limitierender Faktor sind die begrenzten finanziellen Ressourcen zu betrachten, da zahlreiche Publikationen nicht in das Volltext-Screening miteinbezogen werden konnten, da sie nicht zugänglich waren. Interessenskonflikte des Verfassers konnten nicht festgestellt werden.

Die Resultate des Scoping Reviews zeigen auf, wie multidimensional eine holistische Palliativversorgung, im Sinne der Begriffsbetrachtung der WHO aus Kapitel 3.1.1, in der Praxis durchgeführt werden sollte. Um Menschen in ihrer letzten Lebensphase ganzheitlich und patientenorientiert zu begleiten, braucht es eine Vielzahl an Kompetenzen, an Wissen und an interaktiven Fähigkeiten.¹⁹⁷ Die Charta zur Betreuung sterbender und schwerstkranker Menschen in Deutschland, wie sie in Kapitel 3.1.2 dargestellt wurde, sichert allen Betroffenen eine individuell angepasste Pflege zu, welche an die Lebenswelt

¹⁹⁶ Vgl. Chan, T.; Poon, E.; Hegney, D. (2011), S. 65.

¹⁹⁷ Vgl. World Health Organization (2020), <http://www.who.int> (Stand 09.02.2021).

der Person angepasst ist und diese miteinbezieht. Weiterhin thematisiert die Charta die Themen Aus-, Fort- und Weiterbildung.¹⁹⁸ Kapitel 5 zeigt auf, dass zahlreiche Inhalte in ein transkulturelles Curriculum für Palliativpflegende aufgenommen werden könnten.

Spiritual Care in der Palliativversorgung, wie sie in Kapitel 3.1.3 beschrieben wurde, trägt einen essenziellen Teil dazu bei, die Ziele der WHO zur Palliative Care und die Charta zur Betreuung sterbender und schwerstkranker Menschen in Deutschland zu erfüllen. Um Patient*innen bedarfs- und bedürfnisorientiert begegnen zu können, liefert das Modell der transkulturellen Kompetenz nach Domenig zahlreiche relevante Aspekte, welche die Handlungsfähigkeit nicht nur von Pflegenden, sondern von sämtlichen Gesundheitsdienstleistenden verbessern kann. Bei der Reflektion der in Kapitel fünf beschriebenen Ergebnisse des Scoping Reviews, kann betrachtet werden, dass das Hintergrundwissen, so Domenig, nur ein Aspekt der transkulturellen Versorgung ist, welcher von weiteren ergänzt wird.¹⁹⁹ Aus den multidimensional beschriebenen Versorgungsaspekten für Patientengruppen mit hinduistischer oder buddhistischer Prägung, geht die Bedeutsamkeit der Kommunikationskompetenz von Gesundheitsprofessionen gegenüber ihren Klient*innen hervor. Diese thematisiert Domenig als narrative Empathie, welche die Fähigkeit beschreibt, aus der Kommunikation und den Erzählungen Betroffener ein höheres Verständnis gegenüber ihrer Kultur und Lebenswelt zu entwickeln.²⁰⁰

Der Hinduismus sowie der Buddhismus beinhalten zahlreiche Strömungen und Ausrichtungen der jeweiligen Religionen.²⁰¹ Im vierten Kapitel konnten die grundlegenden Aspekte aufgezeigt werden, die in der Betrachtung von Sterben und Tod aus den Perspektiven dieser Religionen und den damit verbundenen Kulturen von Bedeutung sind. Das fünfte Kapitel enthält dann die versorgungsrelevanten Aspekte für diese Patientengruppen im palliativen Setting. Somit bildet diese Bachelorarbeit eine Wissens- und Handlungsgrundlage, welche die Betreuung dieser Menschen und die damit einhergehende Versorgungsqualität potenziell verbessern kann.

Die westliche bioethische Betrachtung von Themen wie Sterben und Tod fokussiert sich auf die Autonomie der Patientin oder des Patienten.²⁰² Wie aus Kapitel 5.2.2 hervorgeht, kann dies zu kulturbezogenen Kollisionen in der Versorgung von Menschen aus den jeweiligen Kulturkreisen führen, da diese sich nicht auf die Autonomie, sondern auf eine familiäre Entscheidungsfindung konzentrieren. Zurückzuführen sind diese Kollisionen auch auf die Perspektive, welche Gesundheitsdienstleistende mit eu-

¹⁹⁸ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. u.a. (2010), S. 15f.

¹⁹⁹ Vgl. Domenig, D. (2007), S. 174f.

²⁰⁰ Vgl. ebd., S. 178.

²⁰¹ Vgl. Von Glasenapp, H. (2005), S. 13.

²⁰² Vgl. Deshpande, O.; Reid, M.; Rao, A. (2005), S. 134.

ropäischer kultureller Prägung innehaben. Diese Perspektive ist sehr von einem christlichen und individualisierten Menschenbild beeinflusst.²⁰³ Die von Domenig beschriebene Fähigkeit zur Selbstreflexion bietet hierbei eine Möglichkeit, die Kompetenz zu erlangen, wertneutral und empathisch Erkrankte aus einem anderen Kulturkreis in ihrer Lebenswelt, ihrem Handeln und ihrem Verhalten zu verstehen.²⁰⁴ Eine der zentralen Divergenzen ist der Unterschied zwischen einer zyklischen Existenz, wie sie im Hinduismus oder dem Buddhismus gelehrt wird und einer linearen Existenz, wie sie in den abrahamitischen Religionen und Kulturen gängig ist.²⁰⁵

Von hoher Relevanz ist ebenfalls, dass in der kanadischen Publikation von Dosani und anderen ein ausgeprägtes Wissensdefizit von Menschen aus Südasien gegenüber dem Themenbereich Palliative Care ermittelt wurde. Lediglich 70 Prozent der Befragten kannten den Begriff. Von diesen Teilnehmenden konnten 10 Prozent ungefähr erklären, was Palliative Care bedeutet, 10 weitere Prozent wussten exakt, welche Aspekte der Begriff Palliative Care beinhaltet. Wenn dieses Wissensdefizit induktiv auf Patient*innen mit Ursprung in Südasien projiziert wird, lässt sich ein ausgeprägter Edukationsbedarf hinsichtlich Palliative Care verifizieren. Die vollständige Teilnehmerzahl (n=34) der Studie lässt jedoch keinen Schluss auf eine Grundgesamtheit zu, gibt jedoch Hinweise auf potenzielle Problempunkte.²⁰⁶

Mehrere untersuchte Publikationen haben konstatiert, dass buddhistische sowie hinduistische Personen bevorzugt Zuhause sterben möchten.²⁰⁷²⁰⁸ Daraus resultiert ein Bedarf an Versorgungs- und Beratungsmaßnahmen des Entlassungsmanagements oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Die Zugangsgerechtigkeit zu Leistungen aus dem Sektor der ambulanten Palliativversorgung wäre ein relevanter Untersuchungsgegenstand für zukünftige Forschungen.

7 Schlussbetrachtung

Die in der Einleitung formulierte erste Fragestellung, welche Ansichten Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen Raum, insbesondere Menschen mit hinduistischem und buddhistischem Hintergrund, zu den Themen Sterben und Tod haben, konnte durch die gewählte Methodik beantwortet werden. Das Scoping Review Verfahren hat sich als geeignet für die zweite in der Einleitung formulierte Fragestellung erwiesen. Verschiedene, für Patientengruppen aus dem süd- und ostasiatischen Raum,

²⁰³ Vgl. ebd., S. 134.

²⁰⁴ Vgl. Domenig, D. (2007), S. 175.

²⁰⁵ Vgl. Deshpande, O.; Reid, M.; Rao, A. (2005), S. 134.

²⁰⁶ Vgl. Dosani, N. u.a. (2020), S. 144.

²⁰⁷ Vgl. Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M., Sellick, K. (2010), S. 6.

²⁰⁸ Vgl. Chan, T.; Poon, E.; Hegney, D. (2011), S. 64.

insbesondere mit hinduistischem und buddhistischem Hintergrund, relevante Aspekte und Interventionen konnten dargestellt und analysiert werden. Die Extraktion der Daten wurde ausführlich durchgeführt. Nichtsdestotrotz konnten einige Kategorien, beispielsweise Kapitel 5.2.5 und 5.2.6 nur teilweise dargestellt werden. Insbesondere die buddhistischen Versorgungsaspekte in einigen Kapiteln waren nur begrenzt in Studien und Reviews erforscht.

Um den Untersuchungsgegenstand dieser Bachelorarbeit vollständig zu analysieren, ist die Erhebung von weiteren qualitativen und gegebenenfalls quantitativen Primärdaten notwendig. Diese wissenschaftliche Arbeit erfüllt jedoch das in der Einleitung formulierte Ziel, einer Überblickshaften Darstellung und Analyse versorgungsrelevanter Aspekte für die jeweiligen Patientengruppen. Zukünftige Forschende könnten die Resultate dieser Bachelorarbeit als Anlass nehmen, weitere Primärdaten zu erheben oder ein umfassendes und detailliertes systematisches Review, im Sinne einer Metaanalyse mit Sekundärdaten, durchzuführen. Um das in der Einleitung formulierte Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Kenntnis dieser Aspekte und Interventionen zu bestätigen, bräuchte es eine Studie, welche Interventionen anhand von Kontrollgruppen prüft. Da eine Vielzahl dieser Studiendesigns jedoch die individuelle Lebenswelt von Teilnehmenden nicht berücksichtigt, wäre die Eignung und Aussagekraft einer solchen Untersuchung fraglich.

Durch die in dieser Bachelorarbeit analysierten Daten können Gesundheitsprofessionen Handlungsempfehlungen und Wegweiser ableiten, welche die Interaktion, Betreuung und Versorgung der ausgewählten Patientengruppen erleichtern und patientenorientierter gestalten. Obwohl diese Bachelorarbeit ein hohes Maß an Aspekten und Interventionen liefert, kann sie die kommunikativen und interaktiven Aspekte und Kompetenzen, welches Gesundheitspersonal in der Begegnung mit Patient*innen benötigt, nicht ersetzen. Von zentraler Relevanz ist, dass jeder Mensch, unabhängig von seinem kulturellen oder religiösen Hintergrund, in einer individuellen Lebenswelt existiert. Dementsprechend ist auch die Relevanz von Religion oder Kultur sehr different und vom Individuum abhängig. Das Maß der religiösen und kulturellen Aspekte, welche in die Versorgungsplanung und in den tatsächlichen Versorgungsalltag integriert werden, bestimmen Patient*innen in Abstimmung mit den Versorgenden.

Anhang

Anlage 1:

Vollständiger Suchbefehl der systematischen Literaturrecherche des Scoping Reviews

Searchstring

((end of life) OR (palliative)) AND ("East Asian" OR "south asian" OR (buddhist OR hindu))) AND (religion OR spiritual OR culture) AND patients

("death"[MeSH Terms] OR "death"[All Fields] OR ("end"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "end of life"[All Fields] OR ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields] OR "palliative"[All Fields] OR "palliatively"[All Fields] OR "palliatives"[All Fields])) AND ("East Asian"[All Fields] OR "south asian"[All Fields] OR ("buddhism"[MeSH Terms] OR "buddhism"[All Fields] OR "buddhist"[All Fields] OR "buddhistic"[All Fields] OR "buddhists"[All Fields] OR ("hinduism"[MeSH Terms] OR "hinduism"[All Fields] OR "hindu"[All Fields] OR "hindus"[All Fields]))) AND ("religion"[MeSH Terms] OR "religion"[All Fields] OR "religions"[All Fields] OR "religion s"[All Fields] OR "spiritual"[All Fields] OR "spiritualism"[MeSH Terms] OR "spiritualism"[All Fields] OR "spirituality"[MeSH Terms] OR "spirituality"[All Fields] OR "spiritualities"[All Fields] OR "spirituality s"[All Fields] OR "spiritually"[All Fields] OR "spirituals"[All Fields]) OR ("culturabilities"[All Fields] OR "culturability"[All Fields] OR "culturable"[All Fields] OR "culturalism"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms] OR "culture"[All Fields] OR "cultural"[All Fields] OR "culturally"[All Fields] OR "cultures"[All Fields] OR "culture s"[All Fields] OR "cultured"[All Fields] OR "culturing"[All Fields] OR "culturings"[All Fields] OR "ethnology"[MeSH Subheading] OR "ethnology"[All Fields])) AND ("patient s"[All Fields] OR "patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields] OR "patients s"[All Fields])

Translations

end of life: "death"[MeSH Terms] OR "death"[All Fields] OR ("end"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "end of life"[All Fields]

palliative: "palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields] OR "palliative"[All Fields] OR "palliatively"[All Fields] OR "palliatives"[All Fields]

buddhist: "buddhism"[MeSH Terms] OR "buddhism"[All Fields] OR "buddhist"[All Fields] OR "buddhistic"[All Fields] OR "buddhists"[All Fields]

hindu: "hinduism"[MeSH Terms] OR "hinduism"[All Fields] OR "hindu"[All Fields] OR "hindus"[All Fields]

religion: "religion"[MeSH Terms] OR "religion"[All Fields] OR "religions"[All Fields] OR "religion's"[All Fields]

spiritual: "spiritual"[All Fields] OR "spiritualism"[MeSH Terms] OR "spiritualism"[All Fields] OR "spirituality"[MeSH Terms] OR "spirituality"[All Fields] OR "spiritualities"[All Fields] OR "spirituality's"[All Fields] OR "spiritually"[All Fields] OR "spirituals"[All Fields]

culture: "culturabilities"[All Fields] OR "culturability"[All Fields] OR "culturable"[All Fields] OR "culturalism"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms] OR "culture"[All Fields] OR "cultural"[All Fields] OR "culturally"[All Fields] OR "cultures"[All Fields] OR "culture's"[All Fields] OR "cultured"[All Fields] OR "culturing"[All Fields] OR "culturings"[All Fields] OR "ethnology"[Subheading] OR "ethnology"[All Fields]

patients: "patient's"[All Fields] OR "patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields] OR "patients's"[All Fields]

Quellenverzeichnisse

Baumgartner-Bicer, J. (2007): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage, Bern 2007, S. 67-86.

Bilimoria, P. (2021): Hindu Response to Dying and Death in the Time of COVID-19. In: *Frontiers in Psychology*, Vol. 12 (2021), Article 636384, S. 1-5.

Bruce, A. (2007): Time(lessness): Buddhist perspectives and end-of-life. In: *Nursing Philosophy*, Vol. 8 (2007), Nr. 3, S. 151-157.

Bundeszentrale für politische Bildung (2021): Gesellschaftliche Strukturen Indiens, <https://m.bpb.de/izpb/263152/gesellschaftliche-strukturen> (Stand: 20.03.21).

Bülow, H.; Sprung, C.; Reinhart, K.; Prayag, S.; Du, B.; Armaganidis, A.; Abroug, F.; Levy, M. (2008): The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. In: *Intensive Care Medicine*, Vol. 34 (2008), Nr. 3, S. 423-430.

Chakraborty, R.; El-Jawahri, A.; Litzow, M.; Syrjala, K.; Parnes, A.; Hashmi, S. (2017): A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. In: *Palliative and Supportive Care*, Vol. 15 (2017), Nr. 5, S. 609-622.

Chan, T.; Poon, E.; Hegney, D. (2011): What nurses need to know about Buddhist perspectives of end-of-life care and dying. In: *Progress in Palliative Care*, Vol. 19 (2011), Nr. 1, S. 61-65.

Deshpande, O.; Reid, M.; Rao, A. (2005): Attitudes of Asian-Indian Hindus Toward End-of-Life Care. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 53 (2005), Nr. 1, S. 131-135.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.; Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V.; Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2007): Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung. Konzept des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung, <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/070709%20Spirituelle%20Begl%20in%20Pm%20070510.pdf> (Stand 09.03.2021).

Domenig, D. (2007): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage, Bern 2007, S. 165-190.

Dosani, N.; Bhargava, R.; Arya, A.; Pang, C.; Tut, P.; Sharma, A.; Chasen, M. (2020): Perceptions of palliative care in a South Asian community: findings from an observational study. In: BMC Palliative Care, Vol. 19 (2020), Nr. 1, S. 141-152.

Gratz, M.; Roser, T. (2019): Spiritual Care in Qualifizierungskursen für nicht-seelsorgliche Berufe. Grundsätze der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Stuttgart.

Heller, A. (2018): Die Spiritualität der Hospizbewegung. In: Heller, B.; Heller, A. (Hrsg.): Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. 2. ergänzte und erweiterte Aufl., Bern 2018, S. 97-118.

Heller, B. (2012): Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung. Freiburg im Breisgau.

Heller, B.; Heller, A. (2018): Spiritual Care: Die Wiederentdeckung des ganzen Menschen. In: Heller, B.; Heller, A. (Hrsg.): Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. 2. ergänzte und erweiterte Aufl., Bern 2018, S. 17-42.

Joanna Briggs Institute (2015): Reviewers Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide.

Kachru, S. (2021): Death and the Afterlife: The View from South Asian Buddhism. In: The Journal of Religion – The University of Chicago Press, Vol. 101 (2021), Nr. 1, S. 48-76.

Kalitzkus, V.; Wilm, S.; Matthiessen, P. (2009): Narrative Medizin – Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Vol. 85 (2009), Nr. 2, S. 60-66.

Keown, D. (2005): End of life: the Buddhist view. In: The Lancet, Vol. 366 (2005), Nr. 9489, S. 952-955.

Khosla, N.; Washington, K.; Regunath, H. (2016): Perspectives of Health Care Providers on US South Asians' Attitudes Toward Pain Management at End of Life. In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine, Vol. 33 (2016), Nr. 9, S. 849-857.

Kongsuwan, W.; Chaipetch, O.; Matchim, Y. (2012): Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. In: Nursing in Critical Care, Vol. 17 (2012), Nr. 3, S. 151-159.

Kränzle, S. (2006): Geschichte und Wesen von Palliative Care. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Heidelberg 2006, S. 1-12.

Kunz, R. (2014): Interdisziplinäre Betreuung und Integrierte Versorgung. In: Schulte, V.; Steinebach, C. (Hrsg.): Innovative Palliative Care. Bern 2014, S. 109-118.

Kößler, H.; Wild, T. (2018): Spirituelle und religiöse Aspekte in der End-of-Life Care. In: Trachsel, M. (Hrsg.): End-of-Life Care. Psychologische, ethische, spirituelle und rechtliche Aspekte in der letzten Lebensphase. Bern 2018, S. 55-84.

Leininger, M. (2002): Essential Transcultural Nursing Care Concepts, Principles, Examples, and Policy Statements. In: Leininger, M.; McFarland, M. (Hrsg.): Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practice. 3. Aufl., New York u.a. 2002, S. 45-70.

Malinar, A. (2009): Hinduismus. Göttingen; Stuttgart.

Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D.; The Prisma Group (2009): Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. In: PLoS Medicine, Vol. 6 (2009), Nr. 7, S. 1-6.

Neuberger, J. (2009): Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Aufl., Bern.

Nichols, S.; Strohminger, N.; Rai, A.; Garfield, J. (2018): Death and the Self. In: Cognitive Science, Vol. 42 (2018), Nr. 1, S. 314-332.

Rao, A.; Deshpande, O.; Jamoona, C.; Reid, M. (2008): Elderly Indo-Caribbean Hindus and End-of-Life Care: A Community-Based Exploratory Study. In: Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 56 (2008), Nr. 6, S. 1129-1133.

Religionswissenschaftlicher Medien- und Informationsdienst e.V. (2021a): Religionen & Weltanschauungsgemeinschaften in Deutschland: Mitgliederzahlen - Buddhismus, https://www.remid.de/info_zahlen/buddhismus/ (Stand: 15.03.2021).

Religionswissenschaftlicher Medien- und Informationsdienst e.V. (2021b): Religionen & Weltanschauungsgemeinschaften in Deutschland: Mitgliederzahlen - Hinduismus, https://www.remid.de/info_zahlen/hinduismus/ (Stand: 15.03.2021).

RGG – Religion in Geschichte und Gegenwart (2008): s.v. Buddhismus, 4. neu bearbeitete Aufl., Tübingen.

RGG – Religion in Geschichte und Gegenwart (2008): s.v. Hinduismus, 4. neu bearbeitete Aufl., Tübingen.

Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M.; Sellick, K. (2010): Culturally competent care at the end of life: a Hindu perspective, Kent, UK.

Sharma, R.; Khosla, N.; Tulsy, J.; Carrese, J. (2011): Traditional Expectations Versus US Realities: First- and Second- Generation Asian Indian Perspectives on End-of-Life Care. In: Journal of General Internal Medicine, Vol. 27 (2011), Nr. 3, S. 311-317.

Simon, M. (2018): Literaturrecherche. In: Brandenburg, H.; Panfil, E.; Mayer, H.; Schrems, B. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., Bern 2018, S. 47-72.

Statista Research Department (2013): Verteilung der Weltbevölkerung nach Religionen in den Jahren 1900 und 2010, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256878/umfrage/verteilung-der-welt-bevoelkerung-nach-religionen/> (Stand: 15.03.2021).

Student, J.; Napiwotzky, A. (2007): Palliative Care. Wahrnehmen – Verstehen – Schützen. Stuttgart; New York.

Tezcan-Güntekin, H.; Razum, O. (2017): Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflegereport 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart 2017, S. 73-82.

Von Elm, E.; Schreiber, G.; Haupt, C. (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 143 (2019), S. 1-7.

Von Glasenapp, H. (2005): Die fünf Weltreligionen. Hinduismus, Buddhismus, chinesischer Universalismus, Christentum, Islam. Kreuzlingen; München.

World Health Organization (2020): WHO Definition of Palliative Care, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Stand: 09.02.2021).

Korrespondenzadresse

Dominik Dupont

Wackersteinstr. 18
72116 Mössingen

E-Mail: DominikDupont@gmx.de

Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der Intensivstation

von
Claudia Gaisler

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Aufnahme eines Kindes auf der Kinderintensivstation, führt zum Verlust der elterlichen Rolle. Diese belastende Situation hat Auswirkungen auf die ganze Familie und kann zu psychischen und körperlichen Folgen führen.

Ziele: Untersuchung des Einflusses von Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf das Situationserleben sowie die Möglichkeiten zur Umsetzung in der Praxis.

Methode: Diese Bachelorarbeit basiert auf einer systematische Literaturrecherche, die in den Datenbanken PubMed, CINAHL und PsycINFO durchgeführt wurde. Auf dieser wissenschaftlichen Grundlage werden Empfehlungen für die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes in der Praxis abgeleitet.

Ergebnisse: Es können vier Hauptthemen zusammengefasst werden: Die Stärkung der Elternrolle, die Anleitung der Eltern in Pflegemaßnahmen, geeignete und von den Eltern bevorzugte Pflegemaßnahmen und beeinflussende Faktoren auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes. Der Einfluss auf das Situationserleben der Eltern wird durch die Stärkung der Elternrolle erreicht. Diese wird zum einen durch die aktive Beteiligung der Eltern bei der Pflege ihres Kindes und zum andern durch die Berücksichtigung der elterlichen Expertise erreicht. Die Umsetzung der Partizipation findet durch strukturierte Elternanleitung statt. Hierbei nehmen förderliche und hinderliche Faktoren Einfluss auf eine erfolgreiche Durchführung.

Diskussion: Die Partizipation der Eltern ist ein Schlüsselaspekt bei der Verbesserung des Situationserleben der Eltern auf der Kinderintensivstation, die eine konzeptionelle Umsetzung in der Praxis erfordert.

Abstract

Background: The admission of a child to the pediatric intensive care unit, leads to the loss of the parental role. This stressful situation has an impact on the whole family and can lead to psychological and physical consequences.

Objectives: To investigate the influence of parents' participation in the care of their child on the experience of the situation, as well as the possibilities for implementation in practice.

Method: This bachelor thesis is based on a systematic literature review carried out in the PubMed, CINAHL and PsycINFO databases. On this scientific basis, recommendations for the participation of parents in the care of their child in practice are derived.

Results: Four main themes can be summarized: strengthening the role of parents, guiding parents in care measures, appropriate care measures preferred by parents, and factors influencing parental participation in the care of their child. The influence on the situation experience of the parents is achieved by strengthening the role of the parent. This is achieved on the one hand through the active participation of parents in the care of their child and on the other hand through the consideration of parental expertise. The implementation of participation takes place through structured parent guidance. Here, beneficial and hindering factors influence a successful implementation.

Discussion: The participation of parents is a key aspect in improving the situation experience of parents in the paediatric intensive care unit, which requires a conceptual implementation in practice.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	XIX
Abbildungsverzeichnis	XX
Tabellenverzeichnis.....	XXI
1 Einleitung	128
1.1 Einführung ins Thema	128
1.2 Problemstellung	128
1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung.....	129
2 Methodik.....	131
3 Begriffserklärung	133
3.1 Eltern	133
3.2 Familie	134
3.3 Pflege und Pflegemaßnahmen.....	135
3.4 Partizipation.....	136
3.5 Situationserleben	137
3.6 Stressoren	137
4 Theoretischer Hintergrund.....	138
4.1 Elternrolle und Familiensystem auf der PICU.....	138
4.2 Stressoren von Eltern auf einer PICU.....	140
4.2.1 Veränderte Elternrolle.....	141
4.2.2 Ungewissheit	141
4.2.3 Prozeduren	142
4.2.4 Veränderungen des Aussehens und des Verhaltens des Kindes	142
4.2.5 PICU Umgebung und Regeln	143
4.2.6 Kommunikation und Beziehung zum Personal.....	144
4.3 Zeitlicher Ablauf der Belastung.....	144
4.4 Auswirkungen der Stressoren.....	145

4.5	Bewältigungsstrategien	146
5	Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der Intensivstation	147
5.1	Darstellung der Studienlage	148
5.2	Darstellung der Studienergebnisse.....	150
5.3	Synthese der Studienergebnisse	167
5.3.1	Der Einfluss von Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf das Situationserleben.....	168
5.3.2	Umsetzung der Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der Intensivstation.....	170
6	Diskussion.....	174
6.1	Kritische Bewertung der Studienqualität	174
6.2	Kritische Bewertung der Ergebnisse	178
7	Empfehlungen für die Praxis.....	183
7.1	Ist-Zustand PICU Tübingen	183
7.2	Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis.....	185
7.3	Anleitungsmethoden.....	191
7.3.1	Modeling mit Metalog.....	192
7.3.2	Lernen am Modell.....	192
7.3.3	Cognitive Apprenticeship.....	192
8	Fazit	193
9	Ausblick	196
	Anhang.....	197
	Literaturverzeichnis.....	260

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
ECLS	Extracorporeal Life Support
FCC	Family-Centered Care
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICCA	IntelliSpace Critical Care and Anesthesia
ICU	Intensive Care Unit
ml/kgKG/Tag	Milliliter pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag
MNPP	Mother–Nurse Partnership Programme
NFCC	non-FCC
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
PCICU	Paediatric Cardiac Intensive Care Unit
PICO	Population Intervention Control Outcome
PICo	Population Phenomenon of Interest Context
PICU	Pediatric Intensive Care Unit
PIMCU	Paediatric Intensive Mid-Care Unit
PMTS	Pediatric Medical Traumatic Stress
PPAS	Parent Participation Attitude Scale
PPCD	Personal and Professional Characteristics Data
PSS:NICU	Parental Stressor Scale Neonatal Intensive Care Unit
PSS:PICU	Parental Stressor Scale Pediatric Intensive Care Unit
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RACHS	Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery
RCT	Randomized Controlled Trial
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threats
UKT	Universitätsklinikum Tübingen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stufen der Partizipation	136
Abbildung 2: Vier Ansätze der Familienpflege	140
Abbildung 3: Vier Hauptthemen der Elternpartizipation	168

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schlagwörter und MeSH Begriffe 132

Tabelle 2: Übersicht der verwendeten Studien..... 148

1 Einleitung

1.1 Einführung ins Thema

Eltern, deren Kind auf einer Pediatric Intensive Care Unit¹ (PICU) aufgenommen wird, erleben eine Situation, die durch hohe Stressbelastung gekennzeichnet ist.² Die Ursache für die Übernahme auf die PICU ist mit lebensbedrohlichen Zuständen des Kindes verbunden, die eine intensive Überwachung und komplexe Behandlung erfordern.³ Diese führen zu Veränderungen, die sowohl das Aussehen als auch das Verhalten des Kindes betreffen.⁴ Die Umgebung einer PICU ist mit hochentwickeltem technischen Equipment ausgestattet. Lärm, unklare Geräusche, helles Licht, ein hohes Betriebstempo und krisenorientierte Interventionen stellen eine Herausforderung für die Kinder und Eltern dar.⁵

Neben den Herausforderungen durch die Umgebung und Abläufe der PICU müssen sich die Eltern an das Leben im Krankenhaus anpassen und ihre Rolle als Eltern eines kritisch kranken Kindes neu definieren. Kompetenzverlust, Instabilität und Kontrollverlust machen die Eltern verletzlich und hilflos. In manchen Fällen bedeutet die Aufnahme des Kindes im Krankenhaus die erste Trennung von den Eltern. Die Veränderung der elterlichen Rolle und die Störung der Eltern-Kind Beziehung führen zu einer erheblichen Stressbelastung bei den Eltern.⁶ Um dem Kind Sicherheit und Schutz zu vermitteln und ihm zu helfen, die Eindrücke der PICU besser zu verarbeiten, ist die Anwesenheit eines Elternteils auf der Station von zentraler Bedeutung.⁷ Die Eltern sorgen sich um die Bedürfnisse ihrer Kinder und stellen diese in der Regel über die eigenen Bedürfnisse, was dazu führen kann, dass sich die Eltern nicht ausreichend um sich selbst kümmern.⁸

1.2 Problemstellung

Diese im Vorfeld dargestellte Situation birgt ein hohes Belastungspotential für die Eltern und kann zu seelischen und körperlichen Erkrankungen führen.⁹ Laut einem systematischen Review von Yagiela et al. liegt beispielsweise die Quote für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) bei Eltern inner-

¹ Kinderintensivstation

² vgl. Alzawad, Z.; Lewis, F. M.; Li, M. (2020), S. 1

³ vgl. Richards, C. A. u.a. (2017), S. 238

⁴ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 143

⁵ vgl. Rodríguez-Rey, R.; Alonso-Tapia, J. (2016), S. 151

⁶ vgl. Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008), S. 11

⁷ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 853

⁸ vgl. Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008), S. 11

⁹ vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 26 ff.

halb von zwölf Monaten nach dem PICU Aufenthalts der Kinder bei 10-42%. Nach mehr als zwölf Monaten nach der Entlassung des Kindes sind 21-27% der Eltern weiterhin von einer PTBS betroffen.¹⁰ Inwieweit die Erlebnisse auf der PICU bei den Eltern zu psychischen und körperlichen Auswirkungen führen, ist dabei abhängig vom Grad der Belastungen, denen die Eltern während des Aufenthaltes ihres Kindes auf der PICU ausgesetzt sind.¹¹

Es ist nicht möglich die Belastung der Eltern während des Klinikaufenthaltes zu vermeiden. Deshalb besteht das Ziel darin, die bestmögliche Unterstützung anzubieten, um diese Erfahrung weniger traumatisch zu machen.¹² Durch den engen Kontakt zum kranken Kind nimmt das Pflegepersonal bei der Betreuung der Familien eine wichtige Rolle ein. Es ist relevant, dass die Pflegenden sowohl die Faktoren, die zu Stress und einer Zunahme der Belastungen bei den Familien führen, als auch Interventionen, die das Stress- und Belastungserleben reduzieren, kennen.¹³

Lebel und Charette untersuchten Pflegeinterventionen, die zur Stressreduktion bei Eltern von kritisch kranken Kindern durchgeführt werden können. Diese zielen darauf ab, die elterliche Beteiligung zu fördern und die Eltern in ihrer Rolle als Eltern für das erkrankte Kind wertzuschätzen.¹⁴ Family-Centered Care¹⁵ (FCC) wird als ein partnerschaftlicher Ansatz definiert, der auf die Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung aller beteiligten Personen in der Gesundheitsversorgung abzielt¹⁶ und die elterliche Rolle und Beteiligung der Eltern an der Pflege ihres Kindes unterstützt.¹⁷ FCC umfasst die vier Kernkonzepte: Würde und Respekt, Informationsaustausch, Partizipation sowie Zusammenarbeit. Durch die Konzepte der FCC sollen das traumatische Erleben und die Folgen eines PICU Aufenthaltes sowohl für die Eltern als auch für die Kinder verbessert werden.¹⁸

1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung

Die in Kapitel 1.1 und 1.2. beschriebene Situation und Problematik trifft ebenfalls auf die PICU in Tübingen zu. Am Universitätsklinikum Tübingen (UKT) werden pro Jahr mehr als 700 Kinder auf der PICU aufgenommen und behandelt. Als Station in einem Haus der Maximalversorgung, handelt es sich dabei

¹⁰ vgl. Yagiela, L. M. u.a. (2019), S. 763

¹¹ vgl. Stremmer, R. u.a. (2017), S. 36

¹² vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 363

¹³ vgl. Lebel, V.; Charette, S. (2021), S. 34

¹⁴ vgl. ebd. (2021), S. 40

¹⁵ Familienzentrierte Pflege

¹⁶ vgl. © Institute for Patient- and Family-Centered Care® (2021), <https://www.ipfcc.org> (Stand: 25.04.2021)

¹⁷ vgl. Richards, C. A. u.a. (2017), S. 238

¹⁸ vgl. Johnson, B. u.a. (2008), <https://www.sehealthcarequalityconsulting.com> (Stand: 25.04.2021), S. vi

zu einem hohen Anteil um komplexe Fälle. Die Kinder erhalten eine herausfordernde Therapie, bei der sie durch ihre Familien begleitet und unterstützt werden.

Um die Situation von Eltern und Kindern zu verbessern, werden im Rahmen des Projekts Familienzentrierte-Intensivmedizin der Tübinger Universitätskinderklinik die Entwicklung und Untersuchung von wissenschaftlichen Behandlungsprotokollen durchgeführt. In diesem Zusammenhang wird das Screening und eine begleitende Therapie von intensivtherapiebedingten Belastungsstörungen der Kinder, Geschwister und Eltern untersucht. Allen Behandlungsprotokollen liegt die Stärkung der elterlichen Kompetenz und die Einbindung der Eltern in die Pflege und Versorgung ihrer Kinder zugrunde.¹⁹

Auf der Station liegen bislang keine einheitlichen Vorgaben zur Einbindung der Eltern in die Pflege vor. Die Pflegenden handeln intuitiv und anhand ihrer persönlichen Vorstellungen. Hinzu kommt, dass nicht alle Pflegenden der Station den Nutzen der Elternanleitung erkennen können und stattdessen die aus ihrer Sicht damit verbundene Mehrbelastung im Alltag sehen. Diese Bachelorarbeit soll deshalb einen Beitrag leisten, den Mehrwert, den Eltern durch die Pflege ihres Kindes erleben, darzustellen und auf einer wissenschaftlichen Basis zu begründen.

In diesem Zusammenhang beschäftigt sich diese Bachelorarbeit mit der Forschungsfrage: Inwiefern hat die Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der Intensivstation einen Einfluss auf ihr Situationserleben? Um die Erkenntnisse in der Praxis anwenden zu können, soll zusätzlich die Frage geklärt werden: Wie kann Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes in der Praxis umgesetzt werden?

Das Ziel der Arbeit ist es, den aktuellen Stand der Wissenschaft zum Thema Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes zu untersuchen. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse sollen im zweiten Schritt als Grundlage zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen dienen, anhand derer die Pflegenden die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der PICU durchführen, um dadurch das Situationserleben der Eltern zu verbessern.

Zu Beginn der Arbeit (Kapitel 3) werden die Begriffe aus der Forschungsfrage erläutert. Der theoretische Hintergrund (Kapitel 4) beschäftigt sich mit Aspekten, die zum Verständnis des Situationserlebens von Eltern auf der PICU relevant sind. Dies steht zum einem im Zusammenhang mit der Elternrolle sowie zahlreichen Stressoren, denen die Eltern auf der Intensivstation ausgesetzt sind.

¹⁹ vgl. Neunhoeffler, F. (2021), <https://www.medizin.uni-tuebingen.de> (Stand: 27.07.2021)

Der zweite Teil der Arbeit (Kapitel 5) stellt die Ergebnisse der Studien, die zur Beantwortung der Forschungsfrage identifiziert wurden, dar. Diese werden im Anschluss (Kapitel 6) diskutiert und die Forschungsfrage beantwortet.

Der letzte Teil der Arbeit (Kapitel 7) beschäftigt sich mit der Ableitung der Erkenntnisse in die Praxis. In diesem Zusammenhang wird ein Überblick über die Situation der PICU Tübingen gegeben. Im Anschluss werden Handlungsempfehlungen gegeben anhand derer die Umsetzung der Partizipation in der Praxis verbessert werden kann. Ein Fazit, mit Ausblick auf weitere Vorhaben im Zusammenhang mit der Partizipation der Eltern an der Pflege, schließt diese Arbeit ab.

2 Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde die Methodik der Literaturliteraturarbeit gewählt. Zur Identifikation geeigneter Schlagworte und Orientierung über die vorhandene Literatur zum Thema, fand im Februar und März 2021 eine Grobrecherche in den Datenbanken CINAHL und PubMed statt. Die Schlagworte wurden anhand des PICO und PICO²⁰ Schemas ermittelt und mit den Operatoren „OR“ und „AND“ verknüpft. Im Anschluss erfolgte zur Beantwortung der Forschungsfrage eine systematische Literaturrecherche mit den aus der Grobrecherche identifizierten Schlagworten und MeSH Begriffen (s. Tabelle 1).

Die systematische Literaturrecherche fand im Zeitraum von April bis Mai 2021 in den Datenbanken CINAHL, PubMed, und PsycINFO statt. Der Suchterm wurde an die jeweilige Datenbank angepasst. Die Darstellung der Literaturrecherche ist dem Suchprotokoll (s. Anhang 1-3) zu entnehmen. Die Begriffe, die sich auf „Nursing“ „Stress“ und „Coping“ beziehen, führten zu Treffern, die keinen Zusammenhang mit einem Einfluss auf das Situationserleben der Eltern im Sinne der Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes beinhalteten und wurden deshalb im Suchterm nicht berücksichtigt.

²⁰ Die Kontrollgruppe (C) ist im Zusammenhang mit der Forschungsfrage nicht relevant

Suchwörter zum theoretischen Hintergrund		
P (Population)	I (Phenomenon of Interest)	Co (Context)
Parents	Feeling	Pediatric intensive care unit
parental	Desires	PICU
Parent*	Needs of parents	Critical ill children
Mother	experience	
Father	expectations	
Family	perception	
	Impact	
Suchwörter zur Beantwortung der Forschungsfrage		
P (Population)	I (Intervention)	O (Outcome)
Parents	Care intervention	Cope stressful situations
parental	Nursing interventions	Stress management
Parent*	Nursing care	Stress prevention
Mother	Nursing support	Stress reduction
Father		
	Care	Parental stress
Newborn		Family stress
Child	Participation	
adolescent	Participation in care	cope
	Parent participation	coping
Pediatric intensive care unit		coping strategies
PICU	parental care	coping mechanisms
Critical ill children	Parental involvement	coping skills
	Parental support	Cope stressful situation

Tabelle 1: Schlagwörter und MeSH Begriffe

Die Studienlage zur Beantwortung der Forschungsfragen war begrenzt. Aus diesem Grund konnte eine Selektion auf randomisierte kontrollierte Studien, Interventionsstudien und Reviews nicht umgesetzt werden. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sowohl quantitative als auch qualitative Studiendesigns eingeschlossen. Die Limitierung des Zeitraums wurde primär auf 2017 festgelegt, da in diesem Jahr die neuen „Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric and Adult Intensive Care Unit“²¹ publiziert wurden. Aufgrund der reduzierten Treffer wurde der Zeitraum bis 2006 erweitert.

Die Treffer wurden auf deutsch-, englisch- und spanischsprachige Artikel eingegrenzt. Anhand von Ein- und Ausschlusskriterien (s. Anhang 4) wurden die Publikationen auf ihre Eignung zur Beantwortung der Forschungsfrage geprüft. Eingeschlossen wurden Publikationen, die das Situationserleben von Eltern, Vätern oder Müttern auf einer PICU beschreiben, die Wünsche und Bedürfnisse von Eltern zur

²¹ Leitlinien für die familienzentrierte Pflege auf der neonatologischen, pädiatrischen und Erwachsenen-Intensivstation

pflegerischen Versorgung ihres Kindes untersuchen oder die pflegerischen Aspekte, die von den Eltern durchgeführt wurden, beinhalten. Ebenfalls eingeschlossen wurden Studien zu FCC, die Aussagen zur Partizipation der Eltern an der Pflege enthalten.

Ausgeschlossen wurden Studien, die sich auf Eltern von Frühgeborenen beziehen sowie Eltern in palliativen Versorgungssituationen auf der PICU. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien über Eltern von Kindern, die auf einer Intensivstation für Erwachsene behandelt wurden und Studien, die Aspekte von Eltern mit langjähriger Pflegeerfahrung ihres geistig und körperlich behinderten oder chronisch kranken Kindes auf der PICU beinhalten. Das Situationserleben dieser Eltern lässt sich begrenzt auf die Eltern übertragen, deren Kind im Rahmen eines akuten oder postoperativen Problems auf einer PICU behandelt wird. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien mit Behandlungsansätzen, die stark von der europäischen Kultur abweichen oder auf spirituellen Einflüssen basieren.

Der Auswahlprozess der Literatur wurde schrittweise durchgeführt und in einem Flussdiagramm (s. Anhang 5) dargestellt.

In einem ersten Screening wurden die 255 Artikel anhand der Titel und Abstracts auf die Eignung zur Beantwortung der Forschungsfrage geprüft. Im Anschluss erfolgte die Beschaffung von 41 Volltexten. Diese wurden anhand eines zweiten Screenings auf die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Nach Ausschluss der Duplikate konnten zehn Studien als geeignet identifiziert werden.

3 Begriffserklärung

Im folgenden Kapitel werden die Begriffe, die im Zusammenhang mit der Forschungsfrage relevant sind, dargestellt.

3.1 Eltern

Laut gesetzlicher Regelung der Elternschaft in Deutschland wird die Mutter als die Frau gekennzeichnet, die das Kind geboren hat. Der Vater kann laut dieser Regelung entweder der Mann sein, der zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter verheiratet ist, der die Vaterschaft anerkennt oder der gerichtlich festgestellt wird.²² Der leibliche Vater hat, solange die Vaterschaft eines anderen Mannes besteht, laut § 1686a Absatz 1 BGB (Rechte des leiblichen, nicht rechtlichen Vaters) bei ernsthaftem Interesse am

²² vgl. o.V. (2018), <https://www.bundestag.de> (Stand: 01.05.2021), S. 6

Kind, eingeschränkte Rechte. Die Elternschaft kann ebenfalls durch Adoption begründet werden. In diesem Fall findet bei dem Begriff Mutter oder Vater eine geschlechterspezifische Zuordnung statt. Die Mutter ist mit dem Merkmal „Frau“ versehen, beziehungsweise eine Person unbestimmten Geschlechts oder als intersexuelle Person definiert. Gleiches ist in Bezug auf den Vater zu verstehen. In diesem Fall wird hier das Merkmal „Mann“ oder eine Person unbestimmten Geschlechts oder eine intersexuelle Person zugeordnet.²³ Jedes Kind kann in Deutschland eine rechtliche Mutter und einen rechtlichen Vater haben. Im Falle einer Adoption wird das Recht auf die Adoptiveltern übertragen.²⁴ Die Aufgaben der Eltern werden sowohl durch die leiblichen Eltern als auch von Ersatzpersonen zum Beispiel Adoptiveltern, Stiefeltern oder Pflegeeltern übernommen.²⁵ Das Elternrecht beinhaltet nach dem Grundgesetz das Recht und die Pflicht für das minderjährige Kind die Pflege und Erziehung selbstverantwortlich wahrzunehmen.²⁶ Elterliche Aufgaben werden nicht ausschließlich von Personen übernommen die rechtlich diese Funktion übertragen haben, sondern ebenfalls von Person, die mit der elterlichen Fürsorge betraut sind. Dies kann in bestimmten Umständen zum Beispiel durch die Großeltern oder Freunde der Familie stattfinden.²⁷

3.2 Familie

Der Begriff Familie löst bei jeder Person ein individuelles Bild aus. Er hat sich im Laufe der Geschichte weiterentwickelt.²⁸ Heutzutage erfolgt die Einteilung des Familienbegriffs in drei Bereiche: Die Übernahme einer bestimmten gesellschaftlichen Funktion, eine Differenzierung anhand der Generationen oder ein auf Verantwortungsgemeinschaft gegründetes Kooperations- und Solidaritätsverständnis.²⁹

Das Grundverständnis des Begriffes der bürgerlichen Familie beinhaltet die Vorstellung eines verheirateten Ehepaares mit ihren leiblichen Kindern. Seit Anfang der 1970er Jahre ist diese Konstellation nicht mehr alleinig vorherrschend.³⁰ Zu der bürgerlichen Familie erweitert sich das Verständnis einer Familie um nichteheliche Lebensgemeinschaften, gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften, Ein-Eltern Familien, Stieffamilien, Adoptivfamilien, heterologe Inseminationsfamilien und Ein- und Mehrgenerationenhaushalte.³¹ Der heutige Familienbegriff bezeichnet eine Lebensform, die mindestens ein

²³ vgl. ebd. (2018), S. 7

²⁴ vgl. ebd. (2018), S. 9

²⁵ vgl. Ecarius, J. (2007), S. 174

²⁶ vgl. o.V. (2021a), <https://brockhaus.de> (Stand: 25.04.2021)

²⁷ vgl. Holoch, E. (2017), S. 39

²⁸ vgl. Kaakinen, J. R.; Hanson, S. M. H.; Denham, S. (2010), S. 5

²⁹ vgl. o.V. (2021), <https://brockhaus.de> (Stand: 30.05.2021)

³⁰ vgl. Böllert, K.; Peter, C. (2012), S. 20

³¹ vgl. Ecarius, J. (2007), S. 36 ff.

Kind und ein Elternteil umfasst und einen durch Solidarität und persönliche Verbundenheit charakterisierten Zusammenhang aufzeigt.³² Familie stellt eine Einheit mit Struktur und Organisation dar, die in einer Wechselbeziehung mit der Umwelt steht. Innerhalb einer Familie gibt es verschiedene Subsysteme, die unterschiedliche Aufgaben zum Ziel haben. So obliegt zum Beispiel die Kindererziehung den Eltern. Eine Familie besteht aus allen Personen, die eine Person als ihrer Familie zugehörig empfindet. Eine verwandtschaftliche Verbundenheit ist nicht von Bedeutung, sondern das Verständnis Freude und Leid dieser Personen zu teilen und diese am eigenen Leben teilhaben zu lassen.³³ Ein wichtiges Merkmal einer Familie ist die Bedeutungszunahme von Liebe, Emotionalität und affektiver Solidarität.³⁴

Die Aufgaben und Ziele einer Familie sind vielfältig. Ein für diese Arbeit wichtiges Ziel einer Familie ist es, sich gegenseitig Halt und Sicherheit zu geben.³⁵ Im Falle von Schicksalsschlägen innerhalb der Familie bekommt die Spiritualität eine besondere Bedeutung. Sie ist Teil der Familienkultur und beruht auf den Werten, an denen sich die Familie orientiert.³⁶

3.3 Pflege und Pflegemaßnahmen

Berufliche Pflege bedeutet die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Menschen, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Weitere Bereiche der Pflege umfassen die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheit sowie die Versorgung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Eine Schlüsselaufgabe der Pflege ist ebenfalls die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse sowie die Förderung einer sicheren Umgebung.³⁷

Neben der Frage was Pflege ist, ist es wichtig zu klären, was Pflege für die individuelle Person wertvoll macht. Benner sieht hier eine auf die Bedürfnisse und Werte der erkrankten Person abgestimmte Pflege als wertvoll an.³⁸ Pflege ist der ganzheitliche Blick auf die zu pflegende Person und setzt eine fürsorgliche Beziehung zwischen den Gepflegten und den Pflegenden voraus.³⁹

Im Duden wird der Begriff Pflege mit „sorgender Obhut“ definiert.⁴⁰ Die englische Übersetzung von „Pflege“ ist „Care“. Der Begriff „Caring“ steht für Fürsorge und Sorge und wird mit der Pflegetätigkeit

³² vgl. ebd. (2007), S. 32

³³ vgl. Friedemann, M.-L.; Köhlen, C. (2018), S. 41

³⁴ vgl. Ecarus, J. (2007), S. 32

³⁵ vgl. Friedemann, M.-L.; Köhlen, C. (2018), S. 43

³⁶ vgl. Friedemann, M.-L.; Köhlen, C. (2018), S. 45

³⁷ vgl. DBfK (2021), <https://www.dbfk.de> (Stand: 01.06.2021)

³⁸ vgl. Benner, P. (2017), S. 24

³⁹ vgl. Mattsson, J. Y. u.a. (2014), S. 337

⁴⁰ vgl. o.V. (2021), <https://www.duden.de> (Stand: 01.06.2021)

in Verbindung gebracht.⁴¹ Pflege ist demnach mehr als ein über die Handlung definierter Begriff. „Caring“ beinhaltet neben der pflegerischen Leistung zwischenmenschliche Aspekte und eine sich sorgende Haltung⁴² und ist ein wichtiger Bestandteil im Aufbau der Beziehung zwischen der Pflegenden und der gepflegten Person.⁴³

Pflegemaßnahmen sind Teil der täglichen Krankenhausroutine und gehören zum professionellen Tätigkeitsbereich der Pflegenden. Im Gegensatz dazu stellen sie für die Laienbevölkerung abstrakte und neue Situationen dar.⁴⁴

3.4 Partizipation

Partizipation leitet sich vom lateinischen Wort „particeps“ ab und steht für Beteiligung, Teilhabe, Mitwirkung oder Einbeziehung. Teilhabe und Partizipation werden in der Literatur häufig identisch verstanden.⁴⁵ Unter Partizipation wird die aktive Beteiligung an Entscheidungen, die das eigene Leben beeinflussen, verstanden. Durch Partizipation werden die Personen befähigt, sich für ihre Interessen einsetzen zu können. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die Person dadurch in der Lage ist ihre eigenen Wertvorstellungen und Erfahrungen einbringen zu können.⁴⁶ Somit sind die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung mit dem Begriff Partizipation verknüpft.⁴⁷ Zwei Ansätze werden benötigt, damit Partizipation gelingt. Zum einen die Gelegenheit zur Partizipation und zum anderen die Nutzung dieser Gelegenheit.⁴⁸

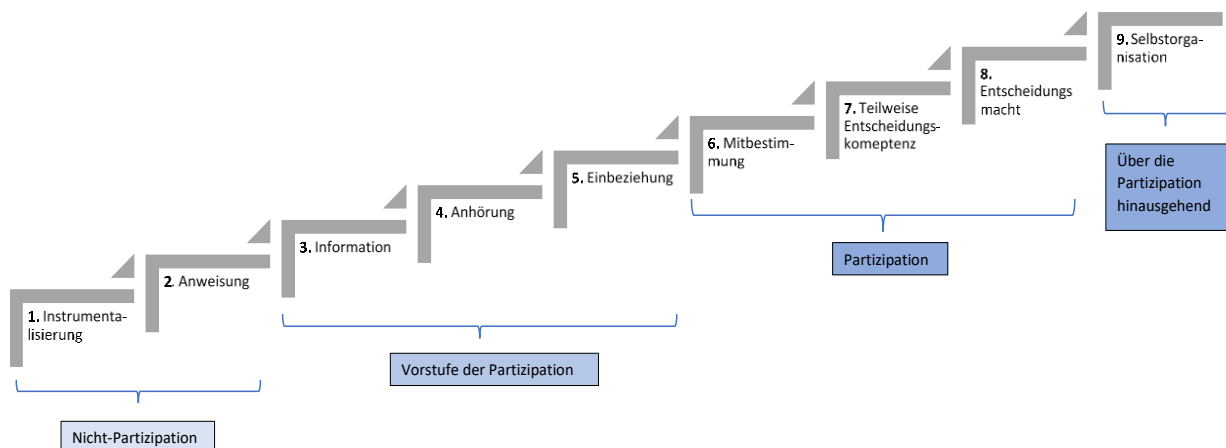


Abbildung 1: Stufen der Partizipation⁴⁹

⁴¹ vgl. o.V. (2021), <https://brockhaus.de> (Stand: 01.06.2021)

⁴² vgl. Benner, P. (2017), S. 23

⁴³ vgl. Perini, C. u.a. (2006), S. 347

⁴⁴ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 853

⁴⁵ vgl. Tielking, K. (2019), S. 425

⁴⁶ vgl. o.V. (2021), <https://www.bmz.de> (Stand: 01.06.2021)

⁴⁷ vgl. Munsch, C.; Müller, F. (2021)

⁴⁸ vgl. Tielking, K. (2019), S. 425

⁴⁹ in Anlehnung an: Tielking, K. (2019), S. 426

Das in der Pflege angewendete „Einbeziehen“ der Angehörigen ist als Vorstufe der Partizipation zu verstehen. Anhand der Stufen der Partizipation wird deutlich, dass Partizipation dann beginnt, wenn eine Mitbestimmung ermöglicht wird (s. Abb. 1).⁵⁰

3.5 Situationserleben

Situationserleben setzt sich aus den beiden Wörtern Situation und Erleben zusammen. Situation kommt vom lateinischen „situs“ und bedeutet Lage. Unter Situation ist die Gesamtheit der augenblicklichen Umstände zu verstehen. Sie wird zum einem durch die Umwelt, zum anderen durch die damit verbundenen Akteure bestimmt. Wie eine Situation erlebt wird, hängt von den Erfahrungen, Erlebnissen und der Motivation ab, die die Interpretation der objektiven Situation einer Person beeinflussen.⁵¹

Das Wort Erleben bedeutet betroffen und beeindruckt zu sein, erfahren zu müssen oder können sowie mitmachen oder durchmachen.⁵² Erleben beinhaltet die Gesamtheit aller im Bewusstsein einer Person repräsentierten Vorgänge und schließt die psychischen Phänomene wie Empfinden, Wahrnehmen, Denken, Vorstellen, Gedächtnis, Gefühle oder Motive ein. Das Erleben ist individuell für diese eine Person zugänglich.⁵³

Situationserleben bedeutet demnach, dass jede Person die Gesamtheit der aktuellen Umstände in der sie sich befindet, individuell wahrnimmt, bewertet und erlebt.

3.6 Stressoren

Stressoren sind Reize oder Situationen, die Stress auslösen. Stressoren können anhand von fünf Faktoren eingeteilt werden. Dazu gehören äußere Faktoren wie zum Beispiel Lärm- oder Lichtüberflutung, Faktoren, die zu einer Unterversorgung primärer Bedürfnisse führen wie zum Beispiel der Entzug von Nahrung, Wasser oder Schlaf, Leistungsfaktoren wie zum Beispiel Überforderung, soziale Faktoren wie zum Beispiel Isolation sowie psychische und psychosoziale Faktoren wie zum Beispiel Ungewissheit. Ein kritisches Lebensereignis wie zum Beispiel der Eintritt in die Pubertät kann einen Stressor darstellen.⁵⁴

⁵⁰ vgl. Tielking, K. (2019), S. 425

⁵¹ vgl. o.V. (2021c), <https://brockhaus.de> (Stand: 25.04.2021)

⁵² vgl. o.V. (2021), <https://www.duden.de> (Stand: 02.06.2021)

⁵³ vgl. o.V. (2021b), <https://brockhaus.de> (Stand: 25.04.2021)

⁵⁴ vgl. o.V. (2021), <https://brockhaus.de> (Stand: 26.04.2021)

Die Reaktion auf Stressoren fällt bei jeder Person unterschiedlich aus. Je nach Vorerfahrung führt ein Stressor zu einer Stressreaktion oder nicht.⁵⁵ Die Stressoren können einzelne Personen oder mehrere Personen der Familie betreffen. Diese können jeweils unterschiedlich stark betroffen sein. Die Stressoren können innerhalb oder außerhalb der Familie auftreten.⁵⁶

4 Theoretischer Hintergrund

Mit der Aufnahme ihres Kindes auf der Kinderintensivstation, erleben die Eltern eine belastende Situation. Wodurch die Belastung entsteht, soll im folgenden Kapitel dargestellt werden.

4.1 Elternrolle und Familiensystem auf der PICU

„Gute Elterlichkeit“⁵⁷ beinhaltet die Aspekte Liebe, Fürsorge und Verbindlichkeit.⁵⁸ Weinen oder Jammern des Kindes gehören zu den typischen Verhaltensmustern, um eine Bindung mit den Eltern herzustellen. Die Eltern reagieren auf die Signale des Kindes mit einer angemessenen Reaktion, indem sie ihr Kind trösten, beruhigen oder auf den Arm nehmen. Je mehr Fürsorge ein Kind erfährt, desto stärker wird die Bindung zu seiner Bezugsperson. Eltern können somit die Bindung zu ihrem Kind fördern, wenn sie sofort und geduldig auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren.⁵⁹ Durch den kommunikativen und interaktiven Austausch mit ihrem Kind tragen sie dazu bei, dass dieses lernt, Reize und Anforderungen der Umwelt zu verarbeiten und künftig einzuordnen.⁶⁰

Die Behandlung eines Kindes auf der Intensivstation nimmt Einfluss auf das Verhalten des Kindes und die Rolle der Eltern.⁶¹ Eltern sind die Personen, die ihre Kinder beschützen, sie vor Schaden oder Personen bewahren, die sie verletzen würden. Mit der Aufnahme auf die PICU übergeben sie ihr Kind in die Obhut des Behandlungsteams. Die medizinische Behandlung beinhaltet Maßnahmen, bei denen das Kind durch Zugänge und Ableitungen verletzt wird. Eine Situation, die für Eltern inakzeptabel ist, wird in diesem Fall notwendig, um das Überleben des Kindes zu sichern. Eltern sind gezwungen, ihre Beschützerrolle aufzugeben⁶² und eine passive Rolle einzunehmen. Dieser Zwiespalt sich als Mutter

⁵⁵ vgl. ebd.(2021)

⁵⁶ vgl. Patterson, J. M. (1988), S. 210

⁵⁷ Holoch, E. (2017), S. 39

⁵⁸ vgl. ebd. (2017), S. 39

⁵⁹ vgl. BZGA (2021), <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/0-12-monate/bindung/CC-BY-NC-ND> (Stand: 31.05.2021)

⁶⁰ vgl. Holoch, E. (2017), S. 41 f.

⁶¹ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146

⁶² vgl. Goldstein, S. J.; Todres, I. D. (2009)

oder Vater verantwortlich zu fühlen und die eigenen Aufgaben mit denen des Behandlungsteams in Einklang zu bringen stellt eine große Anstrengung und Belastung für die Eltern dar.⁶³

Wenn ein Kind im Krankenhaus behandelt werden muss, hat dies Auswirkungen auf das Kind und die mit ihm verbundenen Personen.⁶⁴ Anhand des Family Health Care Nursing⁶⁵ Ansatzes wird deutlich, wie sich die Aufnahme eines Kindes auf die ganze Familie auswirkt (s. Abb. 2). Vier Perspektiven sind hierbei von Bedeutung. Bei der ersten Perspektive, die Familie als Kontext, steht das Individuum, das kranke Kind, im Fokus der Versorgung. Die Familie, als Kontext, ist für das kranke Kind eine wichtige Ressource.⁶⁶ Bei der zweiten Perspektive, die Familie als Klient, wird die Auswirkung der Erkrankung eines Kindes auf die gesamte Familie betrachtet. Hier steht die Familie im Fokus. Jeder Einzelne in der Familie ist durch eine Erkrankung eines Familienmitgliedes auf seine Weise betroffen. Mutter oder Vater können daher unterschiedlich auf eine Diagnose reagieren.⁶⁷ Die dritte Perspektive, Familie als System, konzentriert sich auf die Interaktion zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Die Erkrankung des Kindes hat einen Einfluss auf alle Familienmitglieder, wenn zum Beispiel die Mutter im Krankenhaus bei dem erkrankten Kind bleibt.⁶⁸ Die vierte Perspektive, Familie als Bestandteil der Gesellschaft, zeigt, dass die Erkrankung des Kindes Auswirkungen auf die Gesellschaft haben kann, wenn zum Beispiel die Aufnahme des Kindes im Krankenhaus die Versorgung der Geschwisterkinder durch den Vater erfordert und dieser seiner Arbeit vorübergehend nicht nachkommen kann.⁶⁹

⁶³ vgl. Mattsson, J. Y. u.a. (2014), S. 337

⁶⁴ vgl. Friedemann, M.-L.; Köhlen, C. (2018), S. 23

⁶⁵ Familien Gesundheitspflege

⁶⁶ vgl. Kaakinen, J. R. (2010), S. 10

⁶⁷ vgl. Kaakinen, J. R. (2010), S. 10

⁶⁸ vgl. ebd. (2010), S. 11

⁶⁹ vgl. ebd. (2010), S. 12

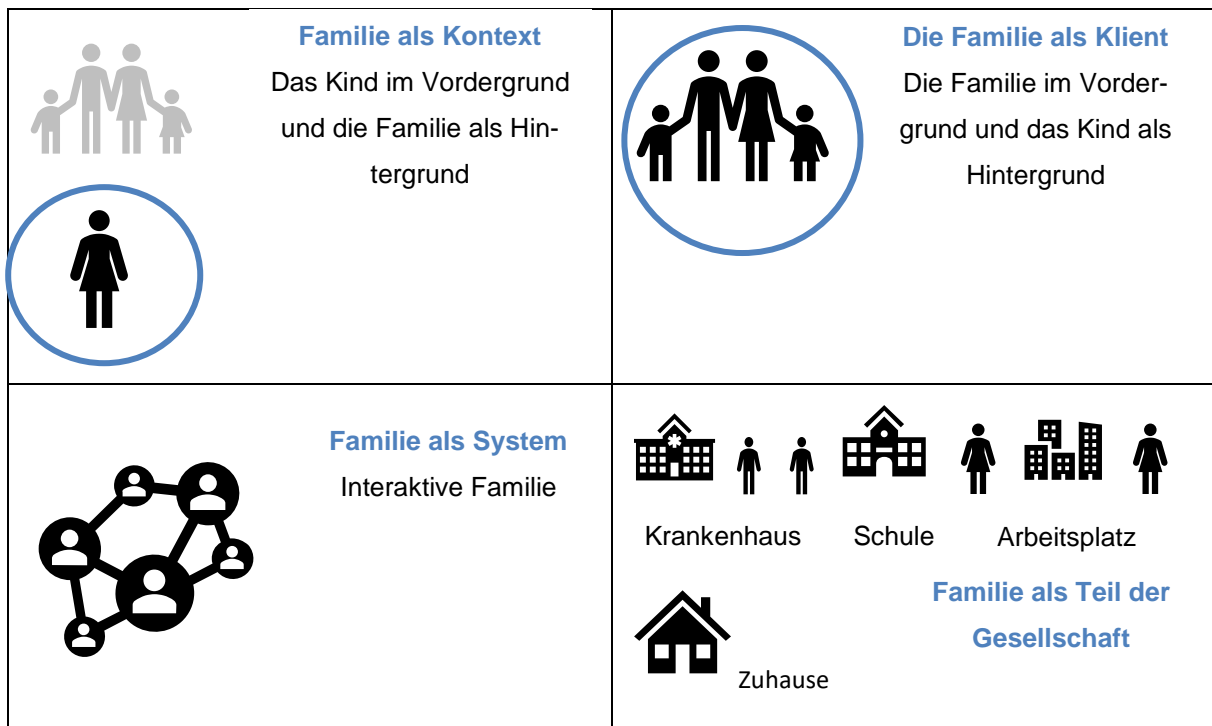


Abbildung 2: Vier Ansätze der Familienpflege⁷⁰

Wenn die Mutter auf der Intensivstation bei dem erkrankten Kind bleibt und der Vater mit den Geschwisterkindern zuhause ist, muss sich die Familie mit dem Leben an zwei Orten zurechtfinden. Diese Separation der Familie führt zu einer Steigerung des Stressniveaus aller Beteiligten.⁷¹ Die bisherige Aufgaben- und Rollenverteilung wird unklar und neue Personen wie Verwandte, Freunde oder Klinikpersonal werden ein neuer Bestandteil des Familiensystems.⁷² Mütter, die auf der Intensivstation bei ihrem kranken Kind bleiben, sind durch ihre veränderte Rolle belastet und von Schuldgefühlen geplagt. Sie sorgen sich, die Bedürfnisse der Geschwisterkinder zuhause nicht befriedigen zu können und den Ehemann durch die zusätzlichen Aufgaben in Haushalt und Kinderbetreuung zu überlasten, während sie selbst in ihrer Situation im Krankenhaus überfordert sind.⁷³

4.2 Stressoren von Eltern auf einer PICU

Faktoren wie äußere Reize, Überforderung oder Ungewissheit sind Stressoren, denen die Eltern auf einer PICU während ihrer Anwesenheit kontinuierlich ausgesetzt sind (vgl. Kap. 3.6). In den folgenden sechs Abschnitten soll ein Überblick über die Faktoren gegeben werden, die im Zusammenhang mit dem Situationserleben der Eltern stehen.

⁷⁰ In Anlehnung an: Kaakinen, J. R.; Hanson, S. M. H.; Denham, S. (2010), S. 11

⁷¹ vgl. Hagstrom, S. (2017), S. 33

⁷² vgl. ebd. (2017), S. 32

⁷³ vgl. Hagstrom, S. (2017), S. 36

4.2.1 Veränderte Elternrolle

Der belastendste Stressor für Eltern, deren Kind auf einer Intensivstation aufgenommen wurde, ist laut Dahav und Sjöström-Strand die Veränderung ihrer elterlichen Rolle. Instabile Kreislaufzustände des Kindes und intensivmedizinisches Equipment wie Drainagen oder Sonden, erschweren oder verhindern den Eltern einen Umgang mit ihrem Kind.⁷⁴ Sie fühlen sich hilflos, da sie nicht wissen, wie sie ihr Kind in diesem Zustand trösten und unterstützen können, wodurch sie ihrer elterlichen Fürsorgeaufgabe nicht nachkommen können (vgl. Kap. 4.1).⁷⁵ Diese Hilflosigkeit und das Gefühl als Zuschauer fungieren zu müssen, macht den Aufenthalt auf der Intensivstation für die Eltern zu einer stressbelasteten Erfahrung, bei der sie ihre Verantwortung für das Kind an das medizinische Fachpersonal abtreten müssen.⁷⁶ Die Eltern können Schmerzen oder körperliche, emotionale und spirituelle Bedürfnisse ihrer Kinder erkennen und möchten diese an das Behandlungsteam weitergeben. Sie wollen dadurch beitragen Fehlentscheidungen zu minimieren und die Qualität der Entscheidungen zu verbessern.⁷⁷ Aus diesem Grund ist es für die Eltern wichtig, als kompetentes Teammitglied bei der Versorgung ihres Kindes anerkannt zu werden.⁷⁸

4.2.2 Ungewissheit

Nicht zu wissen, ob das Kind den nächsten Tag überlebt, führt zu einer ausgeprägten Stressreaktion der Eltern.⁷⁹ Diese Ungewissheit führt zu kontinuierlicher Angst, Befürchtung und Sorge, das Kind zu verlieren.⁸⁰ Dieser Stress hindert die Eltern teilweise daran, bei ihrem Kind auf der Intensivstation zu sein, aus Angst, es könnte während ihrer Anwesenheit zu einer kritischen Situation kommen.⁸¹ Dem gegenüber stehen die Gedanken, was bei ihrem Kind alles passieren könnte in der Zeit, falls sie die Station kurz verlassen, um zum Beispiel einen Kaffee zu trinken oder einzukaufen.⁸²

Die Eltern beschäftigen sich mit Fragen, die sowohl die aktuelle Situation als auch die Zukunft ihres Kindes betreffen. Die kontinuierliche Ungewissheit über den Erfolg der Behandlung, die Überlebens-

⁷⁴ vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 28

⁷⁵ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 364

⁷⁶ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 143

⁷⁷ vgl. Richards, C. A. u.a. (2017), S. 242

⁷⁸ vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 26

⁷⁹ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 367

⁸⁰ vgl. Alzawad, Z. u.a. (2020), S. 12

⁸¹ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 367

⁸² vgl. Alzawad, Z. u.a. (2020), S. 12

chancen des Kindes oder die nächsten Ereignisse führen dazu, dass die Eltern mental starken Belastungen ausgesetzt sind.⁸³ Eltern versuchen zu ergründen, wie die Ereignisse zusammenhängen.⁸⁴ Sie machen sich Gedanken über die Zukunft des Kindes, den zu erwartenden Verlauf der Krankheit, die Fähigkeiten und Entwicklungsschritte des Kindes und die dadurch bedingten Auswirkungen auf die gesamte Familie.⁸⁵

4.2.3 Prozeduren

Die Anwesenheit bei medizinischen Eingriffen⁸⁶ und der Durchführung von schmerzvollen Prozeduren an ihrem Kind, ohne das Leid lindern zu können, ist für die Eltern belastend und beängstigend.⁸⁷ Dem gegenüber steht der Wunsch der Eltern bei der Durchführung schmerzhafter Prozeduren, beispielsweise der täglichen Pflege, Blutuntersuchungen, dem Legen von Zugängen oder weiteren diagnostischen Maßnahmen ihrem Kind beistehen zu können. Einen zentralen Stressor stellt es für die Eltern dar, wenn sie in ihrem Bedürfnis, eine aktive Rolle in diesen Situationen zu übernehmen, keine Unterstützung erfahren.⁸⁸ In einer Untersuchung von Latour et al. gaben die Eltern an, dass ihre Kinder mehr Schmerzen erleiden mussten als diese erwartet hatten. Die Eltern sorgen sich über die langfristigen Auswirkungen, die bei ihren Kindern im Zusammenhang mit dem Schmerzerleben zurückbleiben.⁸⁹

4.2.4 Veränderungen des Aussehens und des Verhaltens des Kindes

Das eigene Kind an Monitore und technische Geräte angeschlossen zu sehen, löst bei Eltern eine Stressreaktion aus.⁹⁰ Das Wissen, dass diese Geräte für das Überleben des Kindes notwendig sind, führt zu extremer Angst bei den Eltern.⁹¹ Die höchsten Stresswerte zeigen Eltern deren Kind, während dem PICU Aufenthalt intubiert werden muss,⁹² kreislaufunterstützende Medikamente benötigt oder einen instabilen Allgemeinzustand hat.⁹³ Das Stressniveau der Eltern steigt synchron zu der Schwere der Erkrankung des Kindes. Eine weitere Spitze des Stresspegels kommt im Falle einer Komplikation hinzu.

⁸³ vgl. ebd. (2020), S. 11

⁸⁴ vgl. ebd. (2020), S. 12

⁸⁵ vgl. Hagstrom, S. (2017), S. 37 f.

⁸⁶ vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 26

⁸⁷ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 364

⁸⁸ vgl. Wan Mohd Annuar, W. S. H.; Pien, L. S.; Makhtar, A. (2021), S. 379

⁸⁹ vgl. Latour, J. M.; van Goudoever, J. B.; Hazelzet, J. A. (2008), S. 782

⁹⁰ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 364

⁹¹ vgl. Simeone, S. u.a. (2018), S. 634

⁹² vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 26

⁹³ vgl. Lebel, V.; Charette, S. (2021)

Das Miterleben von Notfällen wie zum Beispiel der Abfall der Sauerstoffsättigung führt zu einer Verstärkung von Angstzuständen bei den Eltern.⁹⁴

Durch sedierende Medikamente und die Intubation sind das Aussehen, die Emotionen und das Verhalten des Kindes verändert. Dadurch wird die Kommunikation mit dem Kind erschwert und führt zu einem Gefühl der Hilflosigkeit bei den Eltern, da diese nicht wie gewohnt mit ihrem Kind in Kontakt treten können (vgl. Kap.4.1).⁹⁵ Eltern erleben es als belastend, wenn sie ihr Kind in unruhigen Phasen oder in Situationen von Unwohlsein nicht beruhigen können.⁹⁶

4.2.5 PICU Umgebung und Regeln

Die technische Ausstattung, der Lärm, eine medizinische Fachsprache und das hohe Aktivitätsniveau auf der PICU führen bei den Eltern zu einer Überforderung (vgl. Kap. 3.6).⁹⁷ Die Gerüche und Geräusche der Umgebung führen zu ängstlichem und zurückhaltendem Verhalten der Eltern.⁹⁸ Alarmer und optische Warnsignale erschweren den Eltern sich auf ihr Kind zu konzentrieren.⁹⁹ Eine räumliche Enge, die durch die anwesenden behandelnden Personen¹⁰⁰ und die technischen Geräte am Kind auf der Station entsteht, erschweren den Eltern den Kontakt mit ihrem Kind.¹⁰¹ Der Anblick des eigenen Kindes und miterleben zu müssen, wie andere Kinder und ihre Eltern leiden, ohne helfen zu können, stellen für Eltern eine Belastung dar.¹⁰²

Die mangelnde Privatsphäre in den Räumlichkeiten der PICU ist ein weiterer stressauslösender Faktor. Auf Intensivstationen, die das Übernachten von Eltern direkt auf der Station ermöglichen, fehlt den Eltern ein Rückzugsort. Durch den ständigen Lärm- und Lichtpegel sowie den kontinuierlichen Betrieb, fällt es Eltern schwer, tagsüber zur Ruhe zu kommen beziehungsweise nachts zu schlafen. Unbequeme oder zu kurze Betten stellen eine weitere Belastung für die Eltern dar.¹⁰³

⁹⁴ vgl. Hagstrom, S. (2017), S. 37

⁹⁵ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 143

⁹⁶ vgl. Hagstrom, S. (2017), S. 37

⁹⁷ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 363

⁹⁸ vgl. ebd. (2018), S. 364

⁹⁹ vgl. ebd. (2018), S. 367

¹⁰⁰ vgl. ebd. (2018), S. 364

¹⁰¹ vgl. Wan Mohd Annuar, W. S. H.; Pien, L. S.; Makhtar, A. (2021), S. 379

¹⁰² vgl. Alzawad, Z. u.a. (2020), S. 12

¹⁰³ vgl. ebd. (2020), S. 11

4.2.6 Kommunikation und Beziehung zum Personal

Für Eltern ist es schwierig, eine hohe Anzahl an Informationen auf einmal zu erhalten, da sie mit der Verarbeitung der aktuellen Situation gefordert sind.¹⁰⁴ Ein weiteres Problem entsteht für Eltern, wenn sie verschiedene Aussagen zu einer Situation bekommen und dadurch eine Verunsicherung stattfindet. Die Eltern wollen verstehen, aus welchen Gründen die Entscheidungen zu unterschiedlichen Maßnahmen getroffen werden. Sie wünschen sich, die Informationen über anstehende Prozesse frühzeitig zu erfahren, um dadurch ihr Kind angemessen zu unterstützen. Zu wissen was kommt, gibt ihnen die Sicherheit „das Richtige“ tun zu können, wodurch sie sich in ihrer Rolle als Eltern gestärkt sehen.¹⁰⁵ Beschönigende Worte oder das Weglassen von Inhalten, mit dem Ziel die Eltern zu schützen, führt zu einem Gefühl der Machtlosigkeit und Angst sowie einem Vertrauensverlust in das Behandlungsteam.¹⁰⁶

Die hohe Anzahl verschiedener Personen, die an der Behandlung des Kindes auf der Intensivstation teilhaben, ist für die Eltern in der Anfangszeit überfordernd.¹⁰⁷ Ungleiche Macht und Autoritätsverhältnisse zwischen den Eltern und dem pflegerischen und medizinischen Team führen dazu, dass Eltern Schwierigkeiten haben, Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern. Sie fürchten sich davor, dass dies sich negativ auf die Versorgung ihres Kindes auswirken könnte.¹⁰⁸

4.3 Zeitlicher Ablauf der Belastung

Die Eltern sorgen sich bereits vor einer geplanten Aufnahme ins Krankenhaus.¹⁰⁹ Die Aufnahme des Kindes auf der Intensivstation erleben die Eltern als Tiefpunkt des Aufenthalts. Dies trifft besonders auf Eltern zu, deren Kind mit lebensbedrohlichen Zuständen aufgenommen wurde. Der Verlauf der folgenden Tage bleibt als eine skizzenhafte Erinnerung zurück.¹¹⁰ Alzawad et al. fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass Eltern die Zeit auf der Intensivstation mit einer Fahrt in der Achterbahn vergleichen. Es wechseln sich Höhen und Tiefen, gute und schlechte Momente sowie schnelle und langsame Passagen ab. Parallel dazu verläuft das Stressniveau der Eltern in den jeweiligen Abschnitten. Sie versuchen die Situation zu beherrschen, die Kontrolle zu behalten und halten an den positiven Momenten fest. Negative Gedanken werden vermieden und ausgeschlossen.¹¹¹ Nach der anfänglichen Phase, die

¹⁰⁴ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 367

¹⁰⁵ vgl. Simeone, S. u.a. (2018), S. 634

¹⁰⁶ vgl. Richards, C. A. u.a. (2017), S. 240 f.

¹⁰⁷ vgl. Alzawad, Z. u.a. (2020), S. 11

¹⁰⁸ vgl. Richards, C. A. u.a. (2017), S. 242

¹⁰⁹ vgl. Simeone, S. u.a. (2018), S. 634

¹¹⁰ vgl. Alzawad, Z. u.a. (2020), S. 11

¹¹¹ vgl. ebd. (2020), S. 10

von Zurückhaltung und Angst geprägt ist,¹¹² gewöhnen sich die Eltern langsam an die Umgebung, die Sprache und die Abläufe der PICU. Die Eltern stellen mehr Fragen, und erwarten in die Entscheidungen über die Pflege ihres Kindes einbezogen zu werden. In dieser Phase kommt der Wunsch der Eltern nach einer aktiven Beteiligung an der Pflege ihres Kindes auf.¹¹³

4.4 Auswirkungen der Stressoren

Yagiela et al. untersuchten die Stressbelastung von Eltern in einem systematischen Review, in das sie 23 Studien einschlossen. Sie gliederten die Ergebnisse in drei Phasen anhand des Integrative Trajectory Model of PMTS¹¹⁴. Das Modell definiert die familiären Erfahrungen in der Phase vor, während und nach einer kritischen Erkrankung eines Kindes. Die Reaktion der Familie hängt von vorhandenen Familienmerkmalen und Bewältigungsfähigkeiten ab. In der ersten Phase, dem Peri Trauma, findet das potenziell traumatisierende Erlebnis statt, gefolgt von subjektiven Reaktionen der Familie auf das Erlebnis. Die zweite Phase beschreibt die akute medizinische Behandlung des Kindes während und nach dem Krankenhausaufenthalt und die subjektiven Reaktionen auf diese Behandlung. Die dritte Phase beschreibt, wie die Familie im Anschluss mit dieser Erfahrung in ihrem familiären Umfeld umgeht.¹¹⁵

Bei 42-53% der Eltern bestand ein Risiko für eine psychiatrische Erkrankung. 17-29% davon nahmen nach der Entlassung des Kindes psychologische Unterstützung in Anspruch. Am häufigsten wurden PTBS bei 10-42% und Angstzustände bei 23-30% der Eltern beschrieben. Ein Jahr nach der Entlassung des Kindes waren 21-27% der Eltern weiterhin von einer PTBS und 26% von Angstzuständen betroffen. Eine Studie des systematischen Reviews wies darauf hin, dass bei 70% der Familien eine Auswirkung auf die körperliche Gesundheit nachweisbar war. Fünf der untersuchten Studien beschäftigten sich vorwiegend mit der Frage nach Aspekten der Familienfunktion einschließlich dem familiären Zusammenhalt, der Anpassungsfähigkeit, Belastungen und Beziehungen. 21-59% der Familien erlebten starke familiäre Belastungen, wenn das Kind während des Intensivaufenthalts einen Herzstillstand erlitten hat.¹¹⁶ Ein hoher Anteil der Belastungen, die im Zusammenhang mit dem Intensivaufenthalt des Kindes stehen, entwickeln sich in der ersten Phase des Trajectory Model of PMTS, daher zu Beginn des PICU Aufenthalts.¹¹⁷

¹¹² vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 364

¹¹³ vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e496

¹¹⁴ Pediatric Medical Traumatic Stress. Unter PMTS wird eine psychosoziale und physiologische Reaktion verstanden, die das Kind und seine Familie aufgrund von Schmerzen, Verletzungen, schweren Krankheiten medizinischen Verfahren und invasive oder angstausslösende Behandlungserfahrungen durchmacht.

¹¹⁵ vgl. Yagiela, L. M. u.a. (2019), S. 760

¹¹⁶ vgl. ebd. (2019), S. 763

¹¹⁷ vgl. ebd. (2019), S. 764

Stremler et al. untersuchten bei Eltern, deren Kind auf einer PICU aufgenommen wurde, den Zusammenhang zwischen den psychischen Auswirkungen in Form von Angst und Depression und der Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Alle Eltern (n=118) wiesen eine mittlere Ängstlichkeit nach, wobei 24% schwere Ängstlichkeit aufwiesen. Bei 51% der teilnehmenden Eltern zeigten sich Hinweise auf eine Depression. Bei 26% der Eltern wurden Anzeichen für eine Entscheidungsfindungsschwierigkeit festgestellt. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Werten der Mütter oder der Väter.¹¹⁸ Die Reduktion der Entscheidungsfähigkeit in Zusammenhang mit Stress und Depression nehmen im Rahmen der FCC einen besonderen Stellenwert ein, da hier die Partizipation und gemeinsame Entscheidungsfindung von besonderer Bedeutung sind.¹¹⁹

Zusätzlich zu den psychischen und körperlichen Auswirkungen können familiäre Folgen in Form von Ehekonflikten bis hin zur Scheidung durch die Stressexposition entstehen.¹²⁰ Die Beziehungen zu Familienmitgliedern ist belastet. Die Eltern haben Schwierigkeiten, ein Gleichgewicht zwischen dem Zuhause und dem Krankenhaus zu finden (vgl. Kap. 4.1).¹²¹ Bestehende Belastungen innerhalb der Familie können sich dadurch verschärfen oder zugunsten der Bewältigung der aktuellen Situation verdrängt werden.¹²²

Terp und Sjöström-Strand untersuchten in einer qualitativen Studie mit halbstrukturierten Interviews die Erlebnisse und Gefühle von Eltern zwei Jahre nach dem Aufenthalt ihres Kindes auf der Intensivstation. Es zeigte sich, dass die Eltern trotz der vergangenen Zeit von zwei Jahren noch stark betroffen waren. Es fiel ihnen schwer, die Erinnerungen aufleben zu lassen.¹²³ Sie erinnerten sich lebhaft an die Umgebung und Geräusche auf der Intensivstation, an die Schuldgefühle, das Kind in dieser Umgebung allein lassen zu müssen, an das stark veränderte Aussehen des Kindes, an das Gefühl der Machtlosigkeit sowie an Belastungen, die sich durch die Situation für die Familie ergeben haben.¹²⁴

4.5 Bewältigungsstrategien

Bewältigungsstrategien können Eltern helfen mit den Belastungen umzugehen und negative Auswirkungen zu verringern.¹²⁵ Abela et al. identifizierten verschiedene Aspekte, die Eltern während des Krankenhausaufenthaltes ihres Kindes unterstützen. Dazu zählen Spiritualität und Glauben, Gespräche mit

¹¹⁸ vgl. Stremler, R. u.a. (2017), S. 39

¹¹⁹ vgl. ebd. (2017), S. 37

¹²⁰ vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 22

¹²¹ vgl. ebd. (2020), S. 28

¹²² vgl. ebd. (2020), S. 22

¹²³ vgl. Terp, K.; Sjöström-Strand, A. (2017), S. 145

¹²⁴ vgl. ebd. (2017), S. 145 f.

¹²⁵ vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 22

Freunden, eine mentale Vorbereitung auf anstehende medizinische Eingriffe am Kind, eine bewusste Kontrolle der eigenen Emotionen, positives Denken und das Ausblenden von belastenden Geräuschen und Anblicken.¹²⁶ Die Berufung auf die innere Stärke hilft ihnen, ihre Emotionen zu kontrollieren, um eine positive und haltgebende Situation für ihr Kind zu gestalten.¹²⁷ Unterstützung in der Situation wird durch die Familie und Freunde erlebt. Gespräche mit der Partnerin oder dem Partner stärken die gemeinsame Beziehung und bieten eine positive Grundlage bei der Bewältigung der Situation. Familie und Freunde tragen zum Zusammenhalt bei und leisten praktischen und emotionalen Beistand. Die Eltern fühlen sich beruhigt, wenn sie die Intensivstation als sicheren Ort für sich und ihr Kind wahrnehmen. Eine vertrauensvolle Beziehung zum Personal, das Fürsorge und Empathie zeigt, stärkt das Vertrauen der Eltern.¹²⁸

In Bezug auf das Wohlbefinden der Eltern stellen Foster et al. fest, dass die Unterstützung der praktischen Bedürfnisse der Eltern in Form von Unterbringung, Verpflegung und Parkmöglichkeiten als wertvolle Ressource anerkannt wird. Im Gegensatz dazu stellt die Versorgung der emotionalen Bedürfnisse der Eltern eine Herausforderung dar. Diese müssen während des PICU Aufenthaltes erkannt und angesprochen werden. Eltern neigen dazu, ihre Bedürfnisse zurückzustellen. Die Unterdrückung der Emotionen ist ein Risikofaktor für psychologische Stresssymptome und emotionales Trauma. Die Anwendung von FCC kann sich positiv auf das Erleben der Eltern auswirken.¹²⁹ Ein Aspekt der FCC ist die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes. Eltern können die Situation besser bewältigen, wenn sie an den Pflegemaßnahmen des Kindes teilnehmen konnten.¹³⁰ Ein proaktives Verhalten, im Gegensatz zum hilflosen neben dem Bett sitzen, kann sich positiv auf das Situationserleben der Eltern auswirken.¹³¹

5 Partizipation von Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der Intensivstation

Die dargestellten Stressoren und die damit verbundene Belastung der Eltern beeinflussen das Situationserleben der Eltern auf der PICU während des gesamten Aufenthalts. Wie in Kapitel 4.4 festgestellt wurde, kann dies zu körperlichen und psychischen Erkrankungen der Eltern führen. Im Folgenden soll nun geklärt werden, inwieweit die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes einen Einfluss auf das Situationserleben der Eltern hat und wie die Partizipation auf der PICU umgesetzt werden kann.

¹²⁶ vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 28

¹²⁷ vgl. Foster, K. u.a. (2019), S. 1077

¹²⁸ vgl. ebd. (2019), S. 1078

¹²⁹ vgl. ebd. (2017), S. 118

¹³⁰ vgl. Abela, K. M. u.a. (2020), S. 28

¹³¹ vgl. Foster, K. u.a. (2019), S. 1078

5.1 Darstellung der Studienlage

Im Folgenden wird ein Überblick über die zur Beantwortung der Forschungsfragen identifizierten Studien gegeben (s. Tabelle 2). Die Reihenfolge wurde anhand des Designs festgelegt.

Autoren	Bewertung	Design	Land	Setting	Teilnehmende	Alter der Kinder
Ames et al. (2011)	92% Stark	Interview	Kanada	PICU	2 Väter 5 Mütter	NG-16J
Dahav Sjöström-Strand (2018)	77% Stark	Interview	Schweden	PICU	7 Mütter 2 Väter 3 Paare	NG-16 Mon.
Geoghegan et al. (2016)	62% Moderat	Interview	England	PICU NICU CICU	26 Eltern	NG-28 Mon.
Mattsson et al. (2014)	69% Stark	Interview Beobachtung	Schweden	PICU	7 Eltern	NG-7J
Molina und Marcon (2009)	62% Moderat	Interview Beobachtung	Brasilien	PICU	6 Mütter	4 Mon.-10J
Hill et al. (2017)	64% Moderat	integratives Review			49 Studien	
Bernardo et al. (2017)	86% Stark	prospektive Pilot-Kohortenstudie	Italien	NICU	48 Mütter 48 Väter	NG
Martens et al. (2008)	36% Moderat	Fragebogen	Belgien	PICU PIMCU	53 Mütter	K. A.
Uhm und Choi (2019)	58% Moderat	deskriptiv	Republik Korea	PCICU	36 Mütter	NG
Uhm und Kim (2019)	93% Stark	Quasi experimentelles Design	Republik Korea	PCICU	36 Mütter 37 Mütter	NG

Tabelle 2: Übersicht der verwendeten Studien

Es handelt sich um fünf qualitative Studien, vier quantitative Studien und ein integratives Review. Die Ergebnisse der qualitativen Studien wurden durch Interviews sowie Beobachtungen erhoben. Die Studiendesigns der quantitativen Studien waren eine prospektive Pilot-Kohortenstudie, ein Fragebogen, ein deskriptives Design mit prospektiven Daten einer Programmeinführung und ein quasi experimentelles Design. Die Studien wurden weltweit durchgeführt. Fünf Studien stammen aus dem europäischen Raum. Die Veröffentlichung der Studien wurde im Zeitraum 2008 bis 2019 vorgenommen. Eine Studie wurde auf einer neonatologischen Station und acht Studien auf einer PICU beziehungsweise kardiologischen Kinderintensivstation durchgeführt. Die Kinder der befragten und untersuchten Eltern wurden aufgrund interdisziplinärer Erkrankungen behandelt mit einem hohen Anteil kardiochirurgischer Diagnosen. Das Alter der Kinder lag überwiegend im Neugeborenen- und Kleinkindalter. Das älteste Kind wurde mit 16 Jahren auf der PICU behandelt. Die Behandlungsdauer der Kinder betrug in vier Studien bis zu 16 Tage beziehungsweise in den Studien Bernardo et al. und Geoghegan et al. bis zu 128 Tage. Die Stichproben beinhalteten in allen Studien mehr Mütter als Väter als Untersuchungspersonen. Väter nahmen in fünf Studien teil. Weitere Familienmitglieder wurden in keiner der verwendeten Studien untersucht. Die vollständigen Angaben zu den einzelnen Studien können in der Studienanalyse eingesehen werden (s. Anhang 6-15).

Die Qualität der Studien wurde mit Bewertungsschecklisten angelehnt an Behrens & Langer (V 1.2)¹³² sowie dem Methodenpapier 1.0/2.0¹³³ der FIT-Nursing Care Plattform geprüft. Die qualitativen Studien wurden anhand einer einheitlichen Bewertungsscheckliste für qualitative Studien eingestuft. Aufgrund der unterschiedlichen Designs der quantitativen Studien, die mitunter deskriptive Aspekte beinhalteten, konnte keine einheitliche Bewertungsscheckliste verwendet werden. Deshalb wurden einzelne Bewertungskriterien aus drei Checklisten (Kohortenstudie, quasi experimentelles Design sowie qualitative Studie) zusammengeführt, um die relevanten Aspekte zur Bewertung zu erfassen. Zur Bewertung der Glaubwürdigkeit wurden die Aspekte zur Fragestellung, Auswahl und Beschreibung der Stichprobe sowie des Settings, Erhebung bis zur theoretischen Sättigung beziehungsweise das Durchführen einer Poweranalyse berücksichtigt. Ein weiterer Schwerpunkt der Bewertung lag auf der Anwendbarkeit der Studien. Es wurde keine Gewichtung einzelner Aspekte vorgenommen.

Die einzelnen Fragen zu den Bewertungsaspekten der Checkliste wurden mit Kommentaren versehen, aus denen eine Punktevergabe abgeleitet wurde. Bei vollständiger oder überwiegender Beantwortung der Frage wurde ein Punkt vergeben. Im Falle einer ungenügenden Ausführung des Checklistenaspekts wurde kein Punkt vergeben. Die Anzahl der bewerteten Aspekte war je nach Checkliste unterschiedlich. Aus diesem Grund wurden die Ergebnisse in eine prozentuale Skala umgerechnet und diese in

¹³² vgl. EBN-Zentrum, <https://www.medizin.uni-halle.de> (Stand: 27.06.2021)

¹³³ FIT-Nursing Care (2021), <https://www.fit-care.ch> (Stand: 02.08.2021)

eine Bewertungsskala mit den drei Bereichen stark, moderat und schwach überführt. Der Bereich 0-33,3% erhielt die Einstufung schwach, 33,3-66,6% die Einstufung moderat und 66,6-100% die Einstufung hoch. Fünf der Studien konnten als stark und fünf als moderat eingestuft werden. Die Studie von Martens liegt mit 36% knapp an der Grenze zu einer schwachen Bewertung. Die Bewertungsschecklisten können im Anhang eingesehen werden (s. Anhang 16-25).

5.2 Darstellung der Studienergebnisse

Die Darstellung der Studienergebnisse erfolgte im Hinblick auf die Forschungsfragen dieser Arbeit. Zu Beginn der Ergebnisvorstellung wird zum besseren Verständnis jeweils ein kurzer Überblick über das ausgewählte Design, die Fragestellung beziehungsweise Zielsetzung, das Setting, die relevanten Aspekte der Stichprobe, die Studiendurchführung und das Gesamtergebnis der Studie gegeben. Im Anschluss werden die Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen hinsichtlich der Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes dargestellt und zusammengefasst.

Ames et al.

Ames et al. veröffentlichten 2011 die Ergebnisse ihrer qualitativen Forschung mit dem Ziel, die Wahrnehmung von Eltern in Bezug auf ihre Elternrolle auf einer pädiatrischen Intensivstation zu untersuchen. Sie führten sieben halbstrukturierte Interviews auf einer interdisziplinären PICU in einem Universitätskrankenhaus in Kanada durch. Die Stichprobe bestand aus zwei Vätern und fünf Müttern, deren Kinder zwischen 13 Tage und 16 Jahre alt waren. Die Diagnosen der Kinder waren interdisziplinär wie zum Beispiel Herzoperationen, Verkehrsunfall und Sepsis. Die Kinder wurden zwischen drei bis elf Tage auf der PICU behandelt. Die Datenerhebung erfolgte durch acht offen formulierte Interviewfragen auf Basis eines Interviewleitfadens. Die Daten wurden anhand einer fallorientierten Analyse ausgewertet.¹³⁴ Das Ergebnis der Studie zeigt drei Dimensionen in Bezug auf die Elternrolle. Zum einen die Anwesenheit und Teilnahme an der Pflege des Kindes, zum anderen die Bildung einer vertrauensvollen Partnerschaft mit dem Pflorgeteam der PICU und zuletzt die Information über den Fortschritt und den Behandlungsplan des Kindes durch die Person, die das Kind am besten kannte. Die Elterninterviews gaben Auskunft über die Erfahrungen der Eltern, die mit Emotionen wie Angst, Schuldgefühl und Hilflosigkeit behaftet sind sowie Erleichterung, Hoffnung und Optimismus beinhalten können. Die Ungewissheit, ob das Kind überleben wird, stellte neben dem Gefühl sicherstellen zu müssen, dass das eigene Kind gut versorgt wird, eine der größten Belastungen für die Eltern dar.¹³⁵

¹³⁴ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 144 f.

¹³⁵ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 145 f.

In Bezug auf die Partizipation an der Pflege suchten die Eltern die Möglichkeit, ihrem Kind nahe zu sein und zu interagieren. Erschwert wurde dies durch die Auswirkungen der sedierenden Medikamente sowie den Schläuchen und Kabeln der Überwachung und intensivmedizinischen Behandlung. Die Eltern empfanden es als wertvoll, durch die Pflege ihres Kindes wichtiges für ihr Kind tun zu können. Die Teilnahme an der Pflege war in drei Aspekte eingeteilt: Anwesend sein und Trost spenden, aktiv Pflegen sowie das Kind beruhigen und ihm Erklärungen geben. Vor allem in der Anfangsphase des PICU Aufenthalts bestand die Möglichkeit für die Eltern, sich durch die reine Anwesenheit und dem Trösten des Kindes zu beteiligen. Sie konnten die Hand des Kindes halten, für das Kind beten oder auf das Kind aufpassen. Schwer war es für die Eltern in dieser Phase, dass sie ihr Kind nicht in den Arm nehmen konnten.¹³⁶ Die aktive Beteiligung an der Pflege hing vom Genesungszustand des Kindes ab. Eltern erlebten es als zufriedenstellend, wenn sie ihr Kind baden konnten oder den Windelwechsel übernehmen durften. Wichtig war in diesem Zusammenhang, dass die Eltern ihre Rolle so verstanden, wie sie es normalerweise zu Hause tun würden. Dies bedeutete, dass die Mütter ihre Aufgabe im „Bemuttern“ ihres Kindes sahen und von den Pflegenden erwarteten, dass diese ihre fachliche Rolle ausübten. Die Ergebnisse betonen, wie wichtig es war, dass Pflegende und Eltern ihre Rollenerwartungen zu Beginn ihrer Beziehung klärten, um die Kommunikation und die gesamte Betreuung der Familie auf der PICU zu erleichtern.¹³⁷ Die Eltern konnten die Trennung zwischen den Aufgaben des medizinischen Personals, zum Beispiel der Behandlung mit Medikamenten und ihren Aufgaben als Eltern, zum Beispiel dem Verabreichen der Nahrung, dem auf dem Arm Halten oder dem Beruhigen des Kindes, akzeptieren und umsetzen. Eltern erlebten sich als hilfreich, wenn sie das Pflegeteam bei der Positionierung ihres Kindes unterstützten, indem sie zum Beispiel die Schläuche des Kindes hielten. Dem gegenüber stand die Sorge und Unsicherheit das eigene Kind mit den Schläuchen und Kabeln zu berühren. Eltern fühlten sich in ihrer Rolle gestärkt, wenn sie ihr Kind beruhigen oder ihm Situationen oder Maßnahmen erklären konnten, damit es die Behandlung besser akzeptieren konnte. Sie unterstützten ihr Kind dabei, seine Gefühle auszudrücken, damit dieses seine Emotionen regulieren konnte.¹³⁸

Eltern besitzen die elterliche Expertise für ihr Kind. Sie mussten akzeptieren, dass ihr Kind aufgrund der Erkrankung die medizinische Expertise des Personals benötigt. Trotzdem erkannten sie, dass ihr Beitrag an der Pflege wichtig für den Genesungsprozess ist. Die Eltern schätzten es deshalb, wenn das Personal sie als Eltern bat, ihnen Besonderheiten des Kindes mitzuteilen oder wenn sie gefragt wurden, ob ihnen etwas in der Situation oder an ihrem Kind aufgefallen ist. Die Eltern beobachteten deshalb ihr Kind auf Zeichen von Schmerzen oder Veränderungen, um diese an das Team rückzumelden.¹³⁹ Den

¹³⁶ vgl. ebd. (2011), S. 146

¹³⁷ vgl. ebd. (2011), S. 148

¹³⁸ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146

¹³⁹ vgl. ebd. (2011), S. 146

Eltern fiel es schwer ihre Aufgabe als Versorgende an die Pflegenden abzugeben. Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen den Eltern und den Pflegenden war deshalb von hoher Bedeutung. Für Eltern, die ihr krankes Kind Zuhause versorgt hatten, war das Abgeben der Verantwortung schwierig. Die Eltern waren dankbar, wenn sie kleine Aufgaben übernehmen durften, die sie Zuhause selbstständig übernommen hatten.¹⁴⁰

Die Forschenden kommen zu dem Schluss, dass die Veränderung der elterlichen Rolle der größte Stressfaktor für die Eltern darstellt. In Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes, kann durch Anleitung der Eltern in Pflegemaßnahmen sowie die Berücksichtigung ihrer elterlichen Expertise, Erleichterung für das Situationserleben erreicht werden.¹⁴¹ Die befragten Eltern gaben an, dass sich das Wohlbefinden ihres Kindes durch die Partizipation an der Pflege verbesserte und deshalb von großer Bedeutung für sie war.¹⁴² Trotz der Komplexität der Bedürfnisse ihres Kindes und ihrem Stresserleben wünschten sich die Eltern eine Teilnahme bei der Betreuung ihres Kindes, da sie dadurch in der Lage waren, ihrer Elternrolle nachzukommen.¹⁴³

Dahav und Sjöström-Strand

Dahav und Sjöström-Strand veröffentlichten 2018 die Ergebnisse ihrer qualitativen Forschung mit dem Ziel, die Erfahrungen der Eltern im Zusammenhang mit der Aufnahme ihres Kindes auf der PICU zu beschreiben. Sie führten mit zwölf Elternteilen, deren Kind auf einer PICU in Südschweden behandelt wurde, halbstrukturierte Interviews durch. Die Kinder ab dem Neugeborenenalter bis zu 16 Monate wurden zwischen vier und 16 Tage auf der PICU behandelt und waren überwiegend aufgrund von Herzfehlern hospitalisiert. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Januar bis Juni 2016 basierend auf Interviewfragen eines Interviewleitfadens. Die Daten wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Das Ergebnis der Studie beschreibt, dass Eltern die PICU als einen „unwirklichen“ und fremden Ort wahrgenommen haben, der ihnen ein Gefühl von Unwohlsein vermittelte und ihre Lebensumstände chaotisch werden ließ. Für die Eltern war es unbegreiflich, ihr Kind inmitten dieses Ortes zu erleben. Die Eltern hatten das Gefühl in einer anderen Welt zu sein. Das Ergebnis teilte sich in zwei Kategorien: Eltern wollten involviert sein und sie wollten informiert sein.¹⁴⁴

Die Partizipation an der Pflege ihres Kindes war für die Eltern ein wesentlicher Aspekt, der aus ihrer Sicht sowohl Vorteile für das Kind als auch für sie selbst hatte. Eltern waren dankbar gegenüber dem Pflegepersonal, wenn dieses ihnen ermöglichte, an der Pflege ihres Kindes teilzunehmen. Es war für die Eltern wichtig, nach ihrer Meinung gefragt zu werden und zu wissen, dass diese akzeptiert und

¹⁴⁰ vgl. ebd. (2011), S. 147

¹⁴¹ vgl. ebd. (2011), S. 150

¹⁴² vgl. ebd. (2011), S. 148

¹⁴³ vgl. ebd. (2011), S. 149

¹⁴⁴ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 365

berücksichtigt wurde. Wenn der Zustand des Kindes sich stabilisierte, konnten die Eltern aktiv teilnehmen und Aufgaben wie den Windelwechsel oder das Verabreichen der Nahrung übernehmen. Die Übernahme dieser gewöhnlichen Aufgaben gab ihnen Stabilität und sie fühlten sich in ihrer Elternrolle bestärkt.¹⁴⁵

Die Pflegenden unterstützten die Eltern dabei, ihr Kind inmitten all der Geräte, Kabel und Schläuche wahrzunehmen. Dies ermöglichte es den Eltern sich ihrem Kind zu nähern, ihm Trost zu spenden und das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Im Verlauf des Aufenthalts war es den Eltern möglich am Pflegeprozess des Kindes teilzuhaben. Sie wurden durch die Pflegenden angeleitet, wie sie ihr Kind unterstützen und auf dem Arm halten können, was zu Vertrauen und Zuversicht bei den Eltern führte.¹⁴⁶ Im Gegensatz dazu erlebten die Eltern es als belastend, wenn sie bei der Pflege als Zuschauer agieren mussten. Dies vermittelte den Eltern das Gefühl, dass ihr Kind dem Team der Station gehört, anstatt ihnen. Sie fühlten sich ausgeschlossen und vermissten das Gefühl, ihrem Kind Sicherheit und Vertrauen geben zu können. Eltern von Neugeborenen berichteten über die Schwierigkeit, eine Bindung mit dem Kind aufzubauen, was sich durch die Durchführung von Pflegemaßnahmen verbesserte.¹⁴⁷ Die Kontinuität des Pflegepersonals verbesserte die Chance für die Eltern bei der Pflege mitzuwirken. Bei den Eltern stieg die Zufriedenheit, wenn auf sie gewartet wurde, um die Pflege des Kindes gemeinsam durchzuführen.¹⁴⁸

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass durch die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes deren Zufriedenheit anstieg, sie ein Gefühl von Sinnhaftigkeit erhielten und sich in ihrer Rolle als Eltern gestärkt fühlten.¹⁴⁹

Geoghegan et al.

Geoghegan et al. veröffentlichten 2016 die Ergebnisse ihrer qualitativen Forschung mit dem Ziel, die Erfahrungen von Eltern, deren Kind über einen langen Zeitraum¹⁵⁰ auf einer Intensivstation behandelt wurde, zu verstehen und Mechanismen zur Unterstützung der Eltern zu finden. Es wurde sowohl die Perspektive von 26 Elternteilen als auch 17 Mitarbeitenden des Behandlungsteam von drei Intensive Care Unit¹⁵¹ (ICU) Stationen in London berücksichtigt. Die Befragung fand auf einer neonatologischen, pädiatrischen und kardiologischen ICU statt. Die 18 Kinder der befragten Elternteile wurden zwischen 23 und 128 Tage auf der ICU behandelt und waren zwischen dem Neugeborenenalter bis zu 28 Monate

¹⁴⁵ vgl. ebd. (2018), S. 365 f.

¹⁴⁶ vgl. ebd. (2018), S. 366

¹⁴⁷ vgl. ebd. (2018), S. 366

¹⁴⁸ vgl. ebd. (2018), S. 367

¹⁴⁹ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 368

¹⁵⁰ Langzeitaufenthalt: >28d PICU/NICU bzw. >14d CICU

¹⁵¹ Intensivstation

alt.¹⁵² Die Datenerhebung erfolgte durch eine Person auf Basis eines Interviewleitfadens. Die Daten wurden anhand des Framework Ansatzes ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in zwei übergreifende Kategorien mit sechs Unterkategorien eingeteilt. Zum einen, die Kategorie Elternprozess mit den Unterkategorien: Anpassung und Normalisierung/Institutionalisierung, zum anderen die Kategorie Schnittstelle Eltern und Personal mit den Unterkategorien: Konflikt, Einbindung in die Betreuung des Kindes, individualisierte Betreuung und Verlegung unterteilt.¹⁵³

Die Partizipation der Eltern an der Pflege wurde sowohl von den Eltern als auch von den Pflegenden diskutiert. Vorteile und Herausforderungen ergaben sich durch die Anleitung von Eltern in die Pflege. Die Mitarbeitenden des Behandlungsteams bemerkten einen Unterschied zwischen Eltern, die einen kurzen oder langen Aufenthalt auf der Intensivstation hatten. Die Pflegenden stellten fest, dass Eltern mit einem kurzen Aufenthalt auf der PICU erst im Zusammenhang mit der Verlegung auf die Allgemeinpädiatrische Station in die Pflege eingebunden wurden. Eltern, die einen langen Zeitraum mit ihrem Kind auf der Intensivstation verbrachten, beschrieben die Anleitung in die Pflegemaßnahmen als wertvoll und schätzten jede Kleinigkeit, die sie übernehmen durften. Sowohl die Pflegenden als auch die Eltern empfanden die Übernahme von Pflegeaktivitäten als hilfreich. Bei der Pflegerunde wurden von Seiten der Pflegenden die Tätigkeiten geprüft, die durch die Eltern übernommen werden konnten. Trotzdem kam es vor, dass manchen Eltern nicht klar war, wie sie sich einbringen konnten. Bei einem Personalwechsel mussten die Eltern erneut die Pflegemaßnahmen abklären, die sie übernehmen wollten. Ob Pflegemaßnahmen an die Eltern abgegeben wurden, war von der jeweiligen Pflegenden abhängig. Die Eltern gaben an, dass ihnen diese Abhängigkeit Angst machte. Wenn Eltern die Pflege übernehmen konnten, erlebten sie ein Stück Unabhängigkeit und eine Normalisierung der Situation. Von Seiten der Mitarbeitenden wurde eine gewisse Gefahr geäußert, dass die Einbindung der Eltern in die Pflege die Beziehung des Personals zum Kind behindern könnte.¹⁵⁴

Die Eltern wünschten sich, dass die Pflege auf die Bedürfnisse ihres Kindes individuell angepasst wurde. Es war frustrierend für sie zu erleben, dass ihr Kind geweckt wurde, weil der Ablauf der Station dies vorgab. Dies führte dazu, dass sie sich in ihrer Rolle als Eltern nicht ernst genommen fühlten. Förderlich war in dieser Situation eine Kontinuität der Pflegenden, damit diese die Gewohnheiten des Kindes besser verstehen und individuell reagieren konnten.¹⁵⁵ Für die Eltern bedeutete die Pflege mehr als reine Tätigkeiten wie zum Beispiel Absaugen oder Wäschewechsel. Für sie war es von großer Bedeutung, dass die Pflege dazu beitrug, dass es dem Kind besser ging und die Grundbedürfnisse des Kindes

¹⁵² vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e497

¹⁵³ vgl. ebd. (2016), e496

¹⁵⁴ vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e499

¹⁵⁵ vgl. ebd. (2016), e499

erfüllt wurden. Hier konnte in der Studie ein deutlicher Unterschied der Bedeutung von Pflege zwischen den Eltern und den Pflegenden festgestellt werden.¹⁵⁶

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Eltern sich die Partizipation an der Pflege wünschten und diese sich positiv auf das Stresserleben der Eltern auswirkte. Für das Erleben der Eltern auf der Intensivstation war es förderlich, wenn eine Kontinuität bei den Pflegenden vorhanden war, da dies die Möglichkeiten an der Beteiligung erhöhte und die Pflege individuell auf das Kind angepasst wurde. Die Forschenden empfehlen die Entwicklung von Pflegeplänen, um die Einbindung der Eltern zu fördern.¹⁵⁷

Mattson et al.

Mattson et al. veröffentlichten 2014 die Ergebnisse ihrer Untersuchung, die sie anhand der interpretativen phänomenologischen Methode erhoben haben mit dem Ziel, die Bedeutung von Caring auf der PICU aus der Perspektive der Eltern zu erfassen. Dazu führten sie Beobachtungen bei Eltern von sieben Kindern, die auf einer PICU in Schweden aufgenommen wurden, durch. Die Kinder wurden aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung behandelt und waren Neugeborene und Kinder im Alter bis sieben Jahre. Die Datenerfassung erfolgte von März bis Juni 2011. Durch die Beobachtung der direkten Interaktion zwischen den Eltern und ihrem Kind konnte die Situiertheit der Situation erfasst werden. Im Anschluss an die Beobachtung wurden Interviews anhand eines Themenkatalogs durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte nach dem Vier Phasen Prozess.¹⁵⁸ Die Forschenden konnten vier signifikante Themen zur Bedeutung von Caring aus der Elternperspektive feststellen: Eine Brücke zum Kind bauen, eine geschützte Atmosphäre schaffen, die Bedürfnisse des Kindes erfüllen und die Umgebung an das Familienleben anpassen.¹⁵⁹

Durch die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes, konnte die durch die Umgebung und Maßnahmen einer PICU Station verursachte Distanz der Eltern zu ihrem Kind verringert werden. Die Pflegenden bauten eine Brücke zwischen Eltern und Kind, indem sie ihnen zeigten, wie diese ihr Kind berühren konnten und luden sie ein mit dem Kind zu sprechen. Die Gestaltung einer vertrauensvollen Umgebung durch die Pflegenden ermöglichte es den Eltern, emotionale Nähe zu ihrem Kind aufzubauen. Erklärende und beschreibende Gespräche der Pflegenden während der Maßnahmen am Kind, halfen den Eltern die Situation besser einzuschätzen. Dadurch konnten die Eltern die Bedürfnisse ihrer durch die intensivmedizinischen Maßnahmen veränderten Kinder erkennen und auf diese eingehen.¹⁶⁰ Für die Eltern war es von großer Bedeutung, dass die Pflegenden die Bedürfnisse ihres Kindes erkannten und sich individuell mit ihrem Kind beschäftigten. Mitgefühl mit dem Kind und Verständnis für die

¹⁵⁶ vgl. ebd. (2016), e500

¹⁵⁷ vgl. ebd. (2016), e500

¹⁵⁸ vgl. Mattsson, J. Y. u.a. (2014), S. 339

¹⁵⁹ vgl. ebd. (2014), S. 341

¹⁶⁰ vgl. ebd. (2014), S. 341

Situation der Eltern waren eine wichtige Voraussetzung, damit sich die Eltern nicht aus der Pflege ausgeschlossen und ihrem Kind zugehörig fühlen konnten.¹⁶¹ Die Einbindung der Eltern in die Pflege wirkte sich positiv auf das Situationserleben der Eltern aus. Das Vorleben durch die Pflegenden, wie der Kontakt zum Kind aufgebaut werden konnte, erleichterte den Eltern dies selbstständig zu tun.¹⁶²

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Eltern verschiedene Aspekte der Pflege wahrgenommen haben. Eine ganzheitliche Haltung, bei der das Kind an erster Stelle steht, war für die Eltern von Bedeutung. Fürsorge für das Kind zeigte sich für die Eltern, in Form einer individuellen und fachlich kompetenten Pflege des Kindes durch die Pflegenden. Die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse des Kindes war entscheidend für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Pflegenden und den Eltern. Diese war die Grundlage damit die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes gelang.¹⁶³

Molina und Marcon

Molina und Marcon veröffentlichten 2009 die Ergebnisse ihrer deskriptiven konvergenten Pflegestudie mit qualitativem Design. Das Ziel der Studie war es die Vorteile, die mit der Anwesenheit und Beteiligung der Mutter an der Pflege ihres Kindes auf der PICU verbunden sind, aus Sicht der Mutter zu identifizieren.¹⁶⁴ Die Untersuchung wurde auf einer PICU in einem brasilianischen Krankenhaus durchgeführt. Es wurden sechs Mütter von sechs Kindern schrittweise in die Pflege ihres Kindes auf der PICU eingewiesen. Vier der Kinder waren chronisch krank, wovon zwei der Kinder seit ihrer Geburt auf der Intensivstation behandelt wurden. Zwei der Kinder waren akut krank und zum ersten Mal auf einer PICU. Die Datenerfassung erfolgte im Zeitraum von Januar bis Mai 2007. Vor der Einführung in die Pflegemaßnahmen wurde das erste von drei halbstrukturierten Interviews mit der Mutter geführt. Dieses wurde im Anschluss der Einführungsphase und vor Verlegung auf die allgemeinpädiatrische Station beziehungsweise vor Entlassung wiederholt. Mit drei Müttern wurde aufgrund des Versterbens ihres Kindes kein abschließendes Interview geführt. Während der schrittweisen Einführung in die Pflegemaßnahmen wurde die Mutter durch die Forscherin beobachtet. Die Beobachtungen waren die Grundlage für zusätzliche informelle Interviews, die im Anschluss der Beobachtung geführt wurden. Sieben Treffen fanden durchschnittlich mit jeder Mutter statt.¹⁶⁵ Im Rahmen der Studie wurde es den Müttern ermöglicht, ganztägig bei ihrem Kind zu bleiben und in die Pflege des Kindes eingewiesen zu werden. Außerhalb der Studie war dies bis zu diesem Zeitpunkt nicht möglich.¹⁶⁶ Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Anwesenheit und Fürsorge durch die Mutter eine stärkere Bindung zwischen Mutter und

¹⁶¹ vgl. ebd. (2014), S. 342

¹⁶² vgl. ebd. (2014), S. 343 f.

¹⁶³ vgl. ebd. (2014), S. 344

¹⁶⁴ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 853

¹⁶⁵ vgl. ebd. (2009), S. 854

¹⁶⁶ vgl. ebd. (2009), S. 855

Kind ermöglichen. Das Vertrauen der Mutter wurde gestärkt und das Wohlbefinden des Kindes konnte verbessert werden. Die Mutter erlebte positive Gefühle und Zufriedenheit. Die Pflegenden sollten eine Haltung einnehmen, die die Einbindung der Mutter in die Pflege ihres Kindes fördert.¹⁶⁷

In Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes, konnten sich die Mütter durch die Anwesenheit bei ihrem Kind als hilfreich erleben, da sie auf die Bedürfnisse ihres Kindes eingehen und sich für sein Wohlergehen einsetzen konnten. Die Mütter waren sich sicher, dass ihre Kinder dadurch schneller genesen konnten. Die Mütter erlebten die Präsenz am Bett des Kindes als hilfreich, um eine Bindung zu ihrem Kind zu entwickeln. Sie konnten ihr Kind streicheln, trösten und im Arm halten, wodurch sie sich in ihrer Rolle als Mutter bestärkt fühlten.¹⁶⁸ Durch die Pflege ihres Kindes erlebten die Mütter besondere Momente der Nähe mit ihrem Kind. Das Verantwortungsgefühl der Mütter wuchs und sie erlangten Autonomie. Die Mütter konnten ihre Wünsche und Vorstellungen zur Pflege ihres Kindes umsetzen.¹⁶⁹

In den Befragungen die kurz vor der Entlassung der Kinder geführt wurden, berichteten die Mütter von Glücksgefühlen und Freude über die Sicherheit zu wissen, dass sie in der Lage sind, ihr Kind zu Hause versorgen zu können. Durch das Einarbeiten in die Pflegemaßnahmen wurden die Zweifel der Mütter ausgeräumt, Barrieren durchbrochen und Hindernisse überwunden. Als weiterer Aspekt konnten dadurch die Schuldgefühle der Mütter reduziert werden. Die Mütter waren stolz auf sich, diese Leistung trotz der fremden Umgebung und der Besonderheiten ihrer Kinder, die sich durch die Intensivbehandlung ergab, bewältigt zu haben. Dadurch, dass die Eltern selbst die Pflege ihres Kindes zusammen mit den Pflegenden in der komplexen Umgebung durchgeführt hatten, wuchs das Vertrauen in das Behandlungsteam. Dies führte dazu, dass es den Müttern leichter fiel ihre Pausenzeiten außerhalb der PICU zu verbringen.¹⁷⁰

Die Mütter sorgten sich, dass sie ihrem Kind Schmerzen, Unbehagen oder Schäden zufügten, solange dieses an die Geräte angeschlossen war. In diesem Zusammenhang war es hilfreich, dass die Pflegenden Wissen über die Ängste, Erwartungen und Befürchtungen der Mütter besaßen, die im Zusammenhang mit der Partizipation an der Pflege ihres Kindes entstanden. Um Partizipation zu ermöglichen war es wichtig die Wünsche und Grenzen der Mütter im Anleitungsprozess zu berücksichtigen und ihnen Orientierung im Anleitungsprozess zu geben.¹⁷¹ Die Mütter, deren Kind im Vorfeld auf der Intensivstation behandelt worden waren, fanden sich schneller im Krankenhausalltag zurecht. Der Umgang mit den Geräten und Materialien an ihrem Kind war ihnen vertraut und sie konnten die Pflege ihres Kindes

¹⁶⁷ vgl. ebd. (2009), S. 852

¹⁶⁸ vgl. ebd. (2009), S. 855

¹⁶⁹ vgl. ebd. (2009), S. 858

¹⁷⁰ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 857

¹⁷¹ vgl. ebd. (2009), S. 859

ohne Schwierigkeiten übernehmen. Das Miterleben von Komplikationen wie zum Beispiel ein Aspirationsereignis ihres Kindes und die damit verbundenen Maßnahmen wie zum Beispiel das Kind hochnehmen machte die Mütter der chronisch erkrankten Kinder sicherer und zuversichtlich, die Pflege des Kindes zuhause bewältigen zu können.¹⁷²

Die Forschenden kommen zu dem Schluss, dass die Anleitung der Mütter in die Pflege ihres Kindes Vorteile für das Situationserleben der Mütter und das Wohlbefinden des Kindes hatte. Es ist aus ihrer Sicht darauf zu achten, dass auf die Verfassung der Mütter geachtet wird und die Grenzen der Mütter berücksichtigt werden. Ein Überstülpen der Pflegeaufgaben führt zur Überforderung der Mütter. Der schrittweise Einführungsprozess der Anleitung der Mütter ist sowohl von Seiten des Teams als auch von Seiten der Mütter erforderlich.¹⁷³

Hill et al.

Hill et al. führten 2016 ein integratives Review durch, mit dem Ziel herauszufinden inwieweit die Umsetzung der vier Kernkonzepte der FCC: Respekt und Würde, Informationsaustausch, Beteiligung an der Pflege sowie Zusammenarbeit in den veröffentlichten Forschungsartikel, die sich mit der Perspektive der Beteiligung der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf einer PICU befassen, dargestellt werden. Das sekundäre Ziel war zu überprüfen, ob die Definitionen der vier Konzepte eine Verfeinerung oder Erweiterung benötigen, um elterliche Perspektiven und Erfahrungen zu berücksichtigen und ob die Evidenz zusätzliche Kernkonzepte nahelegt.¹⁷⁴ Dazu wurden 49 Artikel aus 44 Studien untersucht. 32 der eingeschlossenen Artikel verwendeten qualitativ/gemischte Methoden und 17 verwendeten quantitative Designs. Die Bewertung der Studien wurde prozentual vorgenommen und in 25% Schritten eingeteilt. 100% entsprach der besten Einstufung. Die Studien lagen 30-mal bei 75% und 13-mal bei 100%, sechs Studien bei 50% und keine der Studien lag darunter.¹⁷⁵ Die Forschenden kommen zu dem Ergebnis, dass die Kernkonzepte Respekt und Würde, Informationsaustausch sowie Partizipation in der Literatur gut vertreten waren. Zusammenarbeit wurde einmal erwähnt. Ein weiteres Ergebnis ist, dass die physische und psychische Umgebung der PICU Einfluss auf die Wahrnehmung der Implementierung von FCC nimmt. Eltern wussten, bedingt durch die schwere Erkrankung ihres Kindes, nicht wie sie ihr Kind in der PICU Umgebung versorgen konnten. In Bezug auf den Einfluss der FCC erlebten die Eltern sowohl eine positive als auch negative Umsetzung der Kernkonzepte. Die Pflegenden benötigen das Wissen und Verständnis, in Bezug auf die Schwierigkeiten und Ängste der Eltern.¹⁷⁶

¹⁷² vgl. ebd. (2009), S. 858

¹⁷³ vgl. ebd. (2009), S. 858 f.

¹⁷⁴ vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 23

¹⁷⁵ vgl. ebd. (2017), S. 22

¹⁷⁶ vgl. ebd. (2017), S. 32

In Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes, war es für die Eltern wichtig als Experten ihres Kindes anerkannt zu werden. Sie erwarteten, dass die Werte, Überzeugungen oder Überlegungen der Familie sowie zusätzliche Informationen zur Pflege ihres Kindes bei der Behandlung und Betreuung berücksichtigt werden.¹⁷⁷ Die Eltern beteiligten sich entweder aktiv an der Pflege, um das Wohlbefinden ihres Kindes zu verbessern oder passiv, indem sie den Gesundheitszustand ihres Kindes beobachteten und sich anwaltschaftlich für ihr Kind einsetzten. Die Eltern erlebten Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Stress durch die Veränderung ihrer elterlichen Rolle und Fürsorgeaufgaben. Diesen konnten sie im Krankenhaus nicht in der üblichen Art und Weise nachkommen. Die hochtechnisierte PICU Umgebung wurde von Eltern als Hindernis für die Beteiligung an der Pflege und am Aufbau einer Beziehung zu ihrem Kind empfunden. Der negative Einfluss der PICU Umgebung auf die Beteiligung der Eltern konnte durch gezielte Anleitung durch die Pflegenden verbessert werden. Die Eltern fürchteten sich davor, dass durch das Berühren von Kabeln oder Schläuchen „etwas kaputt“ gehen könnte, wodurch sie verunsichert waren, wie und an welcher Stelle sie ihr Kind berühren durften. Weitere Barrieren der Partizipation entstanden aufgrund der räumlichen Enge, mangelnder Privatsphäre oder nicht kindgerechter Einrichtungen der Zimmer. Die Regeln, die auf einer PICU gelten wie zum Beispiel kurze Besuchszeiten oder das Verlassen des Zimmers aufgrund von Notfällen im Zimmer des Kindes, waren ebenfalls Gründe, die die Partizipation der Eltern behinderten. Im Gegensatz dazu berichteten die Eltern von einem positiven Einfluss auf die Beteiligung an der Pflege, wenn es ihnen ermöglicht wurde, persönliche Gegenstände des Kindes mitzubringen und den Raum so zu gestalten, wie es ihrem Kind gefiel.¹⁷⁸

Die Forschenden unterteilten das Kernkonzept Partizipation in vier Hauptthemen: Eltern als Experten für ihr Kind, die Art und Weise der Partizipation, der Einfluss der Umgebung auf die Partizipation und die ärztliche Visite als Forum für Partizipation.¹⁷⁹ Eltern sollen dazu ermutigt werden, sich auf ihre Art und Weise in die Versorgung des Kindes einzubringen. Es müssen Absprachen zwischen den Pflegenden und den Eltern getroffen werden, wofür die Entwicklung von Pflegeplänen hilfreich ist.¹⁸⁰

Bernardo et al.

Bernardo et al. veröffentlichten 2017 die Ergebnisse ihrer prospektiven Pilot-Kohortenstudie. Das Ziel der Studie war es, die Zufriedenheit und das Stressniveau von Eltern, deren Kind auf einer Neonatal Intensive Care Unit¹⁸¹ (NICU) behandelt wird, sowie die Gewichtszunahme der Kinder, in zwei Gruppen zu vergleichen. Die Gruppeneinteilung erfolgte in die Interventionsgruppe, deren Behandlung nach

¹⁷⁷ vgl. ebd. (2017), S. 29

¹⁷⁸ vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 30

¹⁷⁹ vgl. ebd. (2017), S. 29

¹⁸⁰ vgl. ebd. (2017), S. 32

¹⁸¹ Neonatologische Intensivstation

dem FCC Ansatz durchgeführt wurde (FCC Gruppe) und der Vergleichsgruppe, deren Behandlung nach den bisher gültigen NICU Ansatz versorgt wurde (non-FCC (NFCC) Gruppe). Die Untersuchung wurde auf einer NICU mit Level III in Neapel durchgeführt. Es wurden 48 Mütter und 48 Väter von 24 Neugeborenen in die Studie eingeschlossen, deren Kind sich am Ende einer 30-tägigen Erholungsphase, nach einer einmaligen Operation aufgrund einer chirurgischen Erkrankung befand. Die Kinder wurden im Durchschnitt 86,58 (SD±60,73) Tage in der FCC Gruppe und 89,71 (SD±48,1) Tage in der NFCC Gruppe behandelt. In beiden Gruppen wurden die Mehrheit der Kinder wegen einer Ösophagusatresie (46% FCC Gruppe vs. 54% NFCC Gruppe) behandelt. Die soziodemographischen Daten wurden auf Homogenität ausgewertet und ergaben keinen Unterschied.¹⁸² Die Datenerhebung fand im Zeitraum von März 2014 bis April 2015 durch eine Zufriedenheitsumfrage nach Abdel-Latif ME et al. und der Parental Stressor Scale NICU (PSS-NICU) statt. Es fand ein Vergleich der Ergebnisse sowohl innerhalb der Interventions- und Vergleichsgruppe als auch zwischen Mutter und Vater statt. Die Signifikanz wurde bei $p < 0,05$ festgelegt.¹⁸³ Im Rahmen der Einführung des FCC Ansatzes wurde eine Verlängerung der Besuchszeiten auf acht Stunden umgesetzt. Während der verlängerten Besuchszeit, wurde es den Eltern ermöglicht, an der Pflege ihres Kindes sowie den Visiten teilzunehmen. Zusätzlich bestand die Möglichkeit zu Gesprächen mit dem ärztlichen Behandlungsteam. Die Eltern erhielten täglich Informationen über den Zustand und Behandlungsverlauf ihres Kindes. Es wurden zwei Elternzimmer mit der Möglichkeit zum Rückzug sowie eine Elternküche geschaffen. Die Eltern wurden in die Regeln und Abläufe der NICU eingewiesen und durch die Pflegenden in die Versorgung ihres Kindes angeleitet. Sie beteiligten sich beim Baden und Windelwechsel des Kindes, stillten Ihre Kinder und waren bei schmerzhaften Prozeduren der Kinder anwesend. In der Vergleichsgruppe (NFCC) fand die Behandlung der Kinder unter den bislang vorherrschenden NICU Regeln statt und beinhaltete eine Stunde Besuchszeit.¹⁸⁴ Die Studie kommt zu den signifikanten Ergebnissen, dass FCC die Stresswerte der Eltern gesenkt hat und eine höhere Zufriedenheit in der FCC Gruppe vorhanden war. Die Gewichtszunahme der Neugeborenen war in der FCC Gruppe signifikant höher als die der Neugeborenen in der NFCC Gruppe.¹⁸⁵ In Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes konnte durch die Einführung des FCC Modells festgestellt werden, dass sich die Eltern als aktive Mitglieder bei der Behandlung ihres Kindes wahrgenommen haben und an der Pflege ihres Kindes teilnehmen konnten.¹⁸⁶ Die Zufriedenheitsmessung in der FCC Gruppe war wie von den Forschenden erwartet größer. In der Subskala Kommunikation und Zusammenarbeit konnte signifikant festgestellt werden, dass die Eltern der FCC

¹⁸² vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 4 f.

¹⁸³ vgl. ebd. (2017), S. 2

¹⁸⁴ vgl. ebd. (2017), S. 3

¹⁸⁵ vgl. ebd. (2017), S. 1

¹⁸⁶ vgl. ebd. (2017), S. 5

Gruppe (Median 5 (4-5)¹⁸⁷) signifikant zufriedener waren bei der Planung und Zusammenarbeit an der Pflege ihres Kindes im Gegensatz zur NFCC Gruppe (Median 1 (1-2) $p < 0,05$).¹⁸⁸

Die Ergebnisse der Stressmessung zeigten, dass die Eltern der FCC Gruppe weniger Stress empfanden als die NFCC Gruppe. In der Subskala elterliche Rolle zeigten sich signifikant niedrigere Stresswerte auf die Frage, ob die Eltern sich in der Lage fühlten, ihr Kind zu versorgen (FCC Gruppe Median 4 (2-4,55) vs. NFCC Gruppe Median 5 (4-5) $p < 0,05$). Ebenfalls signifikant geringer in dieser Subskala waren die gemessenen Werte der FCC Gruppe zum Stressempfinden in Bezug auf die Möglichkeit, alleine mit dem Kind Zeit zu verbringen (FCC Gruppe Median 3 (1-3) vs. NFCC Gruppe Median 5 (3,45-5) $p < 0,05$), dem Gefühl, dass die Pflegenden mehr Nähe zum Kind als die Eltern haben (FCC Gruppe Median 2 (1-3) vs. NFCC Gruppe Median 4 (2,45-5) $p < 0,05$) und der Möglichkeit das Kind auf dem Arm halten zu können (FCC Gruppe Median 4 (2,45-5) vs. NFCC Gruppe Median 4 (3-5) $p < 0,05$). Nicht signifikant waren die Antworten auf die Fragen, ob sie ihr Kind vor schmerzhaften Prozeduren schützen (FCC Gruppe Median 5 (4-5) vs. NFCC Gruppe Median 5 (4-5) $p > 0,05$) sowie das Kind trösten und sein Wohlbefinden fördern konnten (FCC Gruppe Median 5 (4-5) vs. NFCC Gruppe Median 5 (4-5) $p > 0,05$).¹⁸⁹ Diese positiven Ergebnisse der FCC Gruppe lassen sich im Vergleich zwischen der Mutter und dem Vater bestätigen, weshalb die Forschenden davon ausgehen, dass der FCC Ansatz die elterliche Rolle beider Elternteile gleichermaßen fördert.¹⁹⁰

Die Forschenden kamen zum Ergebnis, dass die Partizipation der Eltern das Stress- und Angsterleben senkt und die Zufriedenheit steigt.¹⁹¹

Martens et al.

Martens et al. veröffentlichten 2008 die Ergebnisse ihrer Studie mit dem Ziel, die Einstellung von Müttern und Pflegenden in Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes zu evaluieren. Die Untersuchung wurde in einem Universitätskrankenhaus in Belgien auf zwei PICUs und einer Paediatric Intensive Mid-Care¹⁹² (PIMCU) Unit durchgeführt. 53 Mütter und 47 Pflegenden nahmen an der Befragung teil. Die Datenerhebung erfolgte von Dezember 2003 bis März 2004 anhand eines Fragebogens auf Basis der Parent Participation Attitude Scale (PPAS) und der Personal and Professional Chara-

¹⁸⁷ (5°-95°) Angaben entnommen aus Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6

¹⁸⁸ vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6

¹⁸⁹ vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6

¹⁹⁰ vgl. ebd. (2017), S. 8

¹⁹¹ vgl. ebd. (2017), S. 1

¹⁹² Pädiatrische Intensivüberwachungsstation

cteristics Data (PPCD), der die Zustimmung oder Ablehnung zu Aspekten der Pflege ermittelt. Die Aspekte unterteilen sich in eine aktive und passive Partizipation an der Pflege.¹⁹³ Die Ergebnisse der Befragung zeigten eine Ähnlichkeit der Zustimmung sowohl von den Pflegenden als auch von den Müttern in Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege. Pflegende nahmen eine zurückhaltende Position in Bezug auf komplexe Pflegeaktivitäten ein. Insgesamt bestand eine positive Einstellung zu verschiedenen Pflegeaspekten durch die Eltern.¹⁹⁴

In Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes kann festgestellt werden, dass sowohl die Pflegenden als auch die Mütter der aktiven Form der Partizipation an der Pflege zustimmten. Dies betraf die Aspekte der oralen Nahrungsverabreichung (Pflege 100% positiv vs. Mütter 83% positiv), Körperpflege (Pflege 82,6% positiv¹⁹⁵ vs. Mütter 71% positiv) und Gabe oraler Medikamente (Pflege 61,7% positiv vs. Mütter 47,2% positiv). Kontrovers war die Aussage zu dem Aspekt der Nahrungsverabreichung über die Sonde. Hier stimmten 32,1% der Mütter dafür und 30,2% dagegen. Die Pflegenden sahen diese Aufgabe mit 42,6% als eine an die Eltern delegierbare Aufgabe. Die Körperpflege eines beatmeten Kindes war aus Sicht der Pflegenden zu 55,3% nicht auf die Eltern übertragbar. Im Gegensatz dazu hätten sich 29% der Mütter diese Aufgabe unter Anleitung von Pflegenden zuge- traut. Die Pflege eines Kindes mit Infusion war aus Sicht der Mütter zu 66% eine geeignete Aufgabe zur Übernahme durch die Mütter. Die Pflegenden teilten diese Ansicht mit 36,8%. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bei der Wundversorgung die sich 54,7% der Mütter zutrauten. Die Durchführung der post- operativen Wundversorgung war für 47,2% der Mütter nicht vorstellbar. Verbrennungswunden waren sowohl aus Sicht der Mütter als auch aus Sicht der Pflegenden keine auf die Mütter übertragbare Auf- gabe. Eine überwiegend negative Einstellung lag sowohl von Seiten der Pflegenden als auch von Seiten der Mütter, in Bezug auf die Beteiligung der Eltern, an den Pflegeaspekten Verabreichung von Medi- kamenten intramuskulär (Pflegende 95,8% negativ vs. Mütter 66,4% negativ) und intravenös (Pfle- gende 70% negativ vs., Mütter 52,3%) vor.¹⁹⁶

Positive Zustimmung wurde sowohl von den Pflegenden als auch von den Müttern auf die Fragen ge- geben, ob die Anwesenheit der Eltern die Kinder bei der Verarbeitung des PICU Aufenthalts unterstützt (Pflegende 76,6% vs. Mütter 79,3%), das Wohlbefinden verbessert (Pflegende 59,6% vs. Mütter 77,4%) und die Nahrungsverabreichung durch die Eltern stattfinden sollte (Pflegende 46,6% vs. Mütter 46,6%).¹⁹⁷ Kontroverse Antworten wurden auf die Fragen nach einem zeitlich unbeschränkten Zutritt

¹⁹³ vgl. Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008), S. 12 f.

¹⁹⁴ vgl. ebd. (2008), S. 11

¹⁹⁵ 5-stufige Likert Skala (Ganz und gar nicht zustimmen (sehr negative Einstellung), Ablehnen (negative Einstel- lung), weder zustimmen oder nicht zustimmen (neutrale Einstellung), zustimmen (positive Einstellung), völlig ein- verstanden (sehr positive Einstellung). In dieser Darstellung wurden die Aussagen „sehr positive“ und „positive“ Einstellung wurde als positive Einstellung zusammengefasst, „negative“ und „sehr negative“ Einstellung wurde als negative Einstellung zusammengefasst

¹⁹⁶ vgl. Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008), S. 13 f.

¹⁹⁷ vgl. ebd. (2008), S. 14

der Eltern zu ihrem Kind gegeben. Hier stimmten die Pflegenden mit 23,4% zu und 25,5% dagegen. Die Mütter stimmten mit 50,9% für eine Besucherregelung ohne zeitliche Vorgaben. Einer Sondierung der Medikamente durch die Pflegenden bei Kindern, die zuhause von ihren Eltern Medikamente verabreicht bekommen haben, stimmten 29,8% der Pflegenden nicht zu. Die Mütter waren zu 49% gegen diese Regelung. Eine starke Zustimmung durch die Mütter wurde in Bezug auf die Anwesenheit bei Untersuchungen des Kindes mit 75,5% festgestellt. Pflegende stimmten der Anwesenheit der Eltern mit 31,9% zu.¹⁹⁸

Die Forschenden kamen zu dem Schluss, dass die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes einer der Schlüsselaspekte der elterlichen Beteiligung auf der PICU war. Sie erkannten eine positive Einstellung sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Müttern zu einer Reihe an Pflegeaspekten.¹⁹⁹

Uhm und Choi

Uhm und Choi veröffentlichten 2019 die Ergebnisse ihrer Studie mit deskriptivem Design mit dem Ziel, die Bedürfnisse und Präferenzen der Mütter in Bezug auf Informationen und aktiver Beteiligung an der Pflege ihres Kindes in der postoperativen Erholungsphase nach einer komplexen kardiochirurgischen Operation zu ermitteln. Zusätzlich sollte das Bedürfnis nach einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen den Müttern und den Pflegenden untersucht werden. Die Untersuchung wurde auf einer Paediatric Cardiac Intensive Care Unit²⁰⁰ (PCICU) in der Republik Korea durchgeführt. An der Studie nahmen 36 Mütter von Säuglingen, die innerhalb von drei Monaten nach ihrer Geburt eine Herzoperation erhielten, teil. Die Säuglinge wurden durchschnittlich zehn Tage behandelt. Die Forschenden entwickelten ein Partnerschaftsprogramm zwischen Müttern und Pflegenden. Das Programm beinhaltete den Informationsaustausch zwischen den Pflegenden und den Müttern und der Sammlung und Bewertung von Fragen, die zusätzlich zum Informationsaustausch für die Mütter relevant waren. Es wurden zwei Formen der elterlichen Beteiligung umgesetzt. Die passive Beteiligung bestand aus Aktivitäten wie zum Beispiel das Kind mit seinem Namen anzusprechen oder Ähnlichkeiten zwischen Kind und Mutter zu identifizieren, zu spielen, zu trösten oder vorzusingen, aufhängen eines Mobiles, das Kind zu fotografieren oder ihm vorzulesen sowie gemeinsam Musik zu hören. Die aktive Beteiligung bestand aus Pflegetätigkeiten wie zum Beispiel die Nahrungsverabreichung über die Flasche, das Sondieren der Nahrung über die Magensonde, das Wechseln der Windel, streicheln und berühren des Kindes, auf dem Arm halten und „kuscheln“ des Kindes, der Durchführung der Körperpflege, Positionierung und Zudecken des Kindes sowie dem An- und Ausziehen von Socken oder Mütze. Die Beteiligungen der Mütter an der Pflege waren abhängig von den Wünschen der Mütter und des Genesungszustand des Kindes.

¹⁹⁸ vgl. Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008), S. 14

¹⁹⁹ vgl. ebd. (2008), S. 14

²⁰⁰ kardiologischen Kinderintensivstation

Die Pflegenden der Station zeigten den Müttern die Pfllegetätigkeiten, die sie in der jeweiligen postoperativen Phase übernehmen konnten und ermutigten die Mütter sich an der Pflege zu beteiligen. Zusätzlich integrierten sie die Mütter so häufig wie möglich bei der von der Mutter bevorzugten Pflegemaßnahme.²⁰¹ Im Programm wurden unterschiedliche Phasen der Genesung berücksichtigt. Die Phasen wurden in die direkte postoperative Phase (1), die frühe Weaning Phase (2), die späte Weaning/frühe Extubationsphase (3), die extubierte Phase (4) und die Phase vor Verlegung (5) eingeteilt.

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Juni bis Dezember 2016. Die Auswertung erfolgte anhand eines durch die Forschenden selbstentwickelten Instruments sowie durch Beobachtung und Messung des physischen Engagements und der emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind anhand einer visuellen Analogskala. Die Signifikanz wurde bei $p < 0,001$ festgelegt. Die Forschenden kamen zu dem Ergebnis, dass die Mütter in der frühen postoperativen Phase Informationen zur Stabilität des Zustandes ihres Kindes benötigen. In der Phase vor der Verlegung verlagerte sich das Interesse an Informationen auf Inhalte zur Pflege sowie zur Verlegung des Kindes. Die Beteiligung der Mütter an der Pflege ihres Kindes stieg mit zunehmender Genesung. Gleiches konnte für die physische Aktivität und die emotionale Bindung zum Kind festgestellt werden. Der Zustand des Kindes entschied über die Bedürfnisse der Mütter und nahm Einfluss auf die partnerschaftliche Beziehung zwischen der Mutter und den Pflegenden. Aus Sicht der Forschenden sollten die Pflegenden dieses Wissen dazu verwenden, die Informationen und Partizipation der Mütter phasengerecht zu gestalten.²⁰²

In Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes konnte festgestellt werden, dass diese proportional zur Genesung ihres Kindes verlief. Direkt nach der Operation beteiligten sich die Mütter aufgrund der Instabilität des Zustandes der Kinder nicht an den Pflegemaßnahmen. Die Beteiligung in der zweiten Phase lag bei 13 passiven und 96 aktiven Tätigkeiten ($n=109$ gesamt) und in der fünften Phase bei 16 passiven und 147 aktiven Tätigkeiten ($n=163$ gesamt). Insgesamt konnten 594 Aktivitäten durch die Mütter (16,5 Aktivitäten/Mutter) gemessen werden. Eine passive Beteiligung ($n=76 \pm 2,1$ Aktivitäten/Mutter) wurde im Vergleich zu einer aktiven Beteiligung ($n=518 \pm 14,4$ Aktivitäten/Mutter) seltener durchgeführt. Die höchste Beteiligung der Mütter fand in der dritten Phase mit 31 passiven und 153 aktiven Tätigkeiten ($n=184$) statt. Die Aktivitäten Singen oder Spielen ($n=40$) mit dem Kind waren die häufigsten passiv durchgeführten Tätigkeiten. Im Gegensatz dazu wurde den Kindern selten Musik vorgespielt ($n=4$). In der frühen postoperativen Phase war das Berühren des Kindes ($n=43$ /Phase 2+3, $n=52$ gesamt) die häufigste aktive durchgeführte Tätigkeit. In der späteren postoperativen Phase wechselten die Aktivitäten zum Windelwechseln ($n=83$ Phase 3+4+5, $n=94$ /gesamt) und Verabreichung der Nahrung über die Flasche ($n=66$ Phase 4+5, $n=66$ /gesamt). Das Halten und Kuscheln des Kindes wurde erst ab der vierten Phase durchgeführt (Phase 4 $n=8$ /Phase 5 $n=32$). Die Dauer der

²⁰¹ vgl. Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 80 f.

²⁰² vgl. ebd. (2019), S. 85

Beteiligung an der Pflege nahm in den aufeinanderfolgenden Phasen stetig zu. Zu Beginn beteiligten sich die Mütter 15,82 ($\pm 8,76$) Minuten und in der letzten Phase 29,46 ($\pm 4,53$) Minuten an der Pflege ihres Kindes. Das physische Engagement der Mütter und die emotionale Bindung zu ihrem Kind zeigten ebenfalls eine stetige Zunahme im Verlauf der Erholungsphasen.²⁰³

Die Beteiligung der Mütter an der Pflege ihres Kindes war von den unterschiedlichen Phasen des postoperativen Verlaufes abhängig. Direkt nach der Operation wollten die Mütter sich nicht an der Pflege ihres Kindes beteiligen. Die Forschenden sahen hier einen Zusammenhang mit einem erhöhten Stressniveau und dem veränderten Aussehen und Verhalten des Kindes durch die intensivmedizinischen Maßnahmen. Die Mütter bevorzugten passive Aktivitäten in der frühen postoperativen Phase. Für erstgebärende Mütter führten einfache Pflegeaktivitäten wie Windelwechsel zur Verunsicherung. Die Pflegenden müssen hier eine individuell angepasste Unterstützung für die Mütter anbieten. Die Ermutigung durch die Pflegenden wirkte sich förderlich auf das Engagement der Mütter aus. Die Mütter sahen die Pflegenden als Vorbilder und konnten vom Coaching durch die Pflegenden profitieren. Die Pflege muss sich an den Bedürfnissen der Mutter orientieren und darf nicht aufgezwungen werden. Die Partizipation der Mütter an der Pflege ihres Kindes führte dazu, dass die Mütter sich als selbstwirksam wahrgenommen haben und weniger Ängste hatten.²⁰⁴

Uhm und Kim

Uhm und Kim veröffentlichten 2016 die Ergebnisse ihrer quasi experimentellen Studie mit dem Ziel, die Auswirkung eines Mother-Nurse Partnership Programme²⁰⁵ (MNPP) in Bezug auf die elterliche Zufriedenheit, die elterliche Selbstwirksamkeit, die wahrgenommene Partnerschaft und die Ängstlichkeit der Mütter zu evaluieren. Zusätzlich wurden die Auswirkungen des Programms auf die Dauer des enteralen Nahrungsaufbaus und der postoperativen Aufenthaltsdauer von Säuglingen mit Herzoperationen untersucht. Sie stellten folgende Hypothesen auf: Die partnerschaftliche Beziehung zu den Pflegenden, die Zufriedenheit und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit der Mütter in der Experimentalgruppe, die am MNPP teilgenommen haben, wird höher sein als in der Kontrollgruppe. Die wahrgenommene Ängstlichkeit der Mütter in der Experimentalgruppe wird sich verringern und die Dauer des Nahrungsaufbaus sowie die Dauer des postoperativen Krankenhausaufenthaltes der Säuglinge aus der Experimentalgruppe werden kürzer sein als in der Kontrollgruppe. Die Untersuchung wurde auf einer PCICU in einem Krankenhaus in der Republik Korea durchgeführt. In der Experimentalgruppe nahmen 36 Mütter und in der Kontrollgruppe 37 Mütter von Säuglingen mit angeborenem Herzfehler, die innerhalb von drei Monaten nach ihrer Geburt eine Herzoperation erhielten, am Programm teil. Die

²⁰³ vgl. Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 82 ff.

²⁰⁴ vgl. ebd. (2019), S. 85

²⁰⁵ Partnerschaftsprogramm für Mütter und Pflegenden

Säuglinge wurden durchschnittlich zehn Tage auf der PCICU behandelt.²⁰⁶ Das MNPP wurde während der regulären Besuchszeit von zweimal 30 Minuten pro Tag mit den Müttern durchgeführt. Die Programminhalte waren ein Informationsaustausch, die Partizipation an der Pflege und Mitbestimmung. Die Mütter erhielten ein individuelles Informationsblatt, das den aktuellen Zustand des Kindes beinhaltete. Es wurden weitere anfallende Fragen beantwortet. Zusätzlich konnten die Mütter die Pflegetätigkeit, an der sie teilnehmen wollten, frei auswählen. Diese Maßnahmen orientierten sich an der postoperativen Genesungsphase des Säuglings. Die Daten Erhebung erfolgte im Zeitraum von Dezember 2015 bis Dezember 2016. Die Erhebung der Zufriedenheit erfolgte anhand der Kurzform des Instrumentes zur Zufriedenheitsmessung (Latour 2013), die Selbstwirksamkeitsmessung anhand der Karitane Parenting Confidence Scale, die Messung der wahrgenommenen Partnerschaft zwischen Mutter und Pflegenden anhand der Parent-Nurse Partnership Scale und die Messung der Ängstlichkeit anhand der State Anxiety Scale. Das bewertete Ziel des Nahrungsaufbaus lag bei 100ml/kgKG/Tag²⁰⁷. Die Signifikanz der Werte wurde bei $<0,05$ festgelegt.²⁰⁸ Das Ergebnis der Studie zeigte, dass die elterliche Zufriedenheit, Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Partnerschaft zwischen Eltern und Pflegenden signifikant durch die Einführung eines MNPP stiegen. Durch das Programm wurde die Ängstlichkeit der Mütter reduziert. Die Gewichtszunahme der Säuglinge so wie die Aufenthaltsdauer nach einer Herzoperation blieben unbeeinflusst durch das MNPP.²⁰⁹

In Bezug auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes wurde durch die Anleitung und Partizipation der Eltern eine signifikante Verbesserung des Situationserleben erreicht. Die elterliche Zufriedenheit zeigte im Posttest einen signifikanten Anstieg in der Experimentalgruppe (M 5,49 \pm SD 0,43) im Unterschied zur Kontrollgruppe (M 4,45 \pm SD 0,7) ($p < 0,001$). Auf der Subskala „Pflege und Versorgung“ konnte durch die Programmdurchführung ein deutlicher Zuwachs der Zufriedenheit in der Experimentalgruppe (Pretest: M 4,55 \pm SD 0,91 Posttest: M 5,54 \pm SD 0,42) im Vergleich zur Kontrollgruppe (Pretest: M 4,50 \pm SD 0,87 Posttest: M 4,54 \pm SD 0,79) mit einer Signifikanz von $p < 0,001$ festgestellt werden. Das Selbstwirksamkeitserleben ergab im Posttest der Experimentalgruppe einen signifikanten Unterschied (M 52,29 SD \pm 6,61) im Vergleich zur Kontrollgruppe (M 47,45 SD \pm 7,30) ($p = 0,008$). Der positive Effekt auf die wahrgenommene Partnerschaft zwischen Mütter und Pflegenden konnte ebenfalls beim Posttest in der Experimentalgruppe (M 4,68 SD \pm 0,35) im Unterschied zur Kontrollgruppe (M 3,82 SD \pm 0,51) ($p < 0,001$) bestätigt werden. Ein deutlicher Unterschied konnte in Bezug

²⁰⁶ vgl. Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 80 f.

²⁰⁷ Milliliter pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag

²⁰⁸ vgl. Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 81 f.

²⁰⁹ vgl. ebd. (2019), S. 79

auf die Ängstlichkeit der Mütter festgestellt werden. Die Werte der Experimentalgruppe fielen signifikant (Pretest: M 49,16 SD \pm 12,96 Posttest: M 34,31 SD \pm 9,69) im Vergleich zur Kontrollgruppe (Pretest: M 51,57 SD \pm 13,5 Posttest: M 45,19 SD \pm 11,35) $p < 0,001$ ab.²¹⁰

Die Forschenden konnten ebenfalls feststellen, dass die Eltern die Anleitung in die Pflege des Kindes als hilfreich empfunden haben und es ihnen möglich war, diese in ihrer bevorzugten Art und Weise durchzuführen. Für die erstgebärenden Mütter bot das MNPP die Möglichkeit, die Versorgung ihres Kindes durch die Pflegenden zu erlernen und bei Unsicherheiten Unterstützung und Coaching zu erhalten. Dadurch, dass das Programm speziell auf die Bedürfnisse von Kindern nach einer Herzoperation ausgerichtet wurde, war es den Eltern trotz hämodynamischer Instabilität ihres Kindes möglich, sich an der Pflege zu beteiligen.²¹¹

5.3 Synthese der Studienergebnisse

Durch die Bearbeitung der Studien zum Thema Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der PICU können vier Hauptthemen identifiziert werden, die zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen werden. Die Stärkung der Elternrolle, die Anleitung der Eltern in Pflegemaßnahmen, geeignete und von den Eltern bevorzugte Pflegemaßnahmen und beeinflussende Faktoren auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes (s. Abb. 3). Die Synthese der Studienergebnisse soll im Folgenden mit Bezug zu den Forschungsfragen dargestellt werden.

²¹⁰ vgl. Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 82 ff.

²¹¹ vgl. ebd. (2019), S. 85 f.



Abbildung 3: Vier Hauptthemen der Elternpartizipation²¹²

5.3.1 Der Einfluss von Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf das Situationserleben

Stärkung der Elternrolle

Die Eltern sind dankbar und zufrieden, wenn die Pflegenden sie aktiv auffordern sich an der Pflege zu beteiligen, ihnen kleine Aufgaben übertragen oder auf sie warten, um ihnen die Teilnahme an der Pflege zu ermöglichen.²¹³ Die Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und den Eltern trägt dazu bei, das Vertrauen in das Behandlungsteam zu stärken.²¹⁴ Die Durchführung von einfachen Pflegetätigkeiten, die die Eltern von Zuhause kennen wie zum Beispiel der Windelwechsel, führt zur Stabilisierung und Normalisierung der Situation.²¹⁵ Eine aktive Beteiligung ist für die Eltern wichtig, da sich dadurch das Gefühl der Hilflosigkeit, Nutzlosigkeit und das Gefühl, aus der Pflege des Kindes ausgeschlossen zu werden, reduziert.²¹⁶ Das selbstständige oder unter Anleitung durchgeführte Handeln führt zu mehr

²¹² Eigene Darstellung

²¹³ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 147; ebenso vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6; Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 365 f.; Geoghegan, S. u.a. (2016), e499

²¹⁴ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 147; ebenso vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6; Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 367; Mattsson, J. Y. u.a. (2014), S. 344; Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 857; Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 82 f.

²¹⁵ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 365 f.; ebenso vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e499

²¹⁶ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6; Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 367

Nähe²¹⁷ zwischen Eltern und Kind wodurch sich eine Bindung zum Kind entwickeln²¹⁸ oder aufrechterhalten werden kann.²¹⁹ Durch die Nähe zu ihrem Kind können die Eltern ihr Kind beruhigen und trösten. Es gelingt ihnen die Angst ihres Kindes zu reduzieren, dadurch dass sie ihm die Situation erklären. Dadurch unterstützen sie ihr Kind, die Situation auf der Intensivstation besser zu verstehen und zu verarbeiten.²²⁰

Durch die Partizipation an der Pflege erleben sich die Eltern als aktives Mitglied des Behandlungsteams,²²¹ sie fühlen sich unabhängiger,²²² das Gefühl der Autonomie²²³ und das Selbstwirksamkeitserleben steigt²²⁴ und die Schuldgefühle werden reduziert.²²⁵ Die Eltern gewinnen durch ihr Handeln ihr Vertrauen und ihre Zuversicht in sich selbst zurück.²²⁶ Das Selbstvertrauen und das Gefühl von Sicherheit wachsen.²²⁷ Die Eltern sind in der Lage, selbst in der herausfordernden Umgebung der Intensivstation an der Pflege teilzunehmen.²²⁸ Das Miterleben von kritischen Situationen und zu sehen wie Pflegende die Situation unter Kontrolle bringen, fördert die Kompetenzen der Eltern und das Vertrauen in Bezug auf die Sicherheit zuhause. Die Eltern tragen die Verantwortung für ihr Kind. Dadurch, dass sie an Pflegemaßnahmen teilnehmen, können sie sich verantwortlich fühlen oder im Falle einer selbstständigen Übernahme von Pflegetätigkeiten die Verantwortung für ihr Handeln übernehmen.²²⁹

Eltern sehen sich als Experten für ihr Kind und wollen in ihrer Rolle ernst genommen werden.²³⁰ Sie kennen die Bedürfnisse ihres Kindes am besten, wissen wie es reagiert, wenn es krank ist und welche Hilfe es benötigt, um sich wohlfühlen oder schneller gesund zu werden.²³¹ Eine individuelle, an die Bedürfnisse ihres Kindes angepasste Pflege ist aus ihrer Sicht wichtig für das Wohlbefinden und die Genesung des Kindes und steht im Konflikt mit den Regeln und Abläufen der Intensivstationen. Aus Sicht der Eltern dienen Pflegemaßnahmen dazu, das Kind im Genesungsprozess zu unterstützen und

²¹⁷ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 365 f.; Mattsson, J. Y. u.a. (2014), S. 343 f.

²¹⁸ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 366

²¹⁹ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 856; ebenso vgl. Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 82 ff.

²²⁰ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146

²²¹ vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 5

²²² vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e499

²²³ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 857

²²⁴ vgl. Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 84 f.

²²⁵ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 857

²²⁶ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 366

²²⁷ vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6; ebenso vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 857

²²⁸ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 857

²²⁹ vgl. ebd. (2009), S. 858

²³⁰ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 29

²³¹ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 147

sind demnach mehr als eine reine Tätigkeit.²³² Die Durchführung der Pflege durch die Eltern wird deshalb von ihnen als wertvoll und hilfreich erlebt, da sie damit einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden und zur Genesung ihres Kindes leisten können.²³³

Eltern, die sich nicht aktiv an der Pflege ihres Kindes beteiligen können oder wollen, führen passive Tätigkeiten durch, indem sie ihr Kind beobachten und ihre Wahrnehmungen dem Behandlungsteam mitteilen. Damit die Eltern ihre Expertise als Teil der Behandlung erkennen können ist es wichtig, dass diese Beobachtungen bei der Pflege und Behandlung berücksichtigt werden.²³⁴ In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls für die Eltern von Bedeutung, dass das Behandlungsteam sie aktiv nach ihrer Meinung, ihren Vorstellungen, Wünschen und Gewohnheiten des Kindes fragt, damit diese bei der Pflege und Behandlung berücksichtigt werden.

Durch die Partizipation wird es möglich, dass die Eltern die Pflege in ihrem Sinne anhand der Gewohnheiten, Bedürfnisse und Vorstellungen der Familie durchführen.²³⁵ Durch die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes erleben die Eltern sich bestärkt in ihrer Elternrolle²³⁶ und erlangen Stabilität²³⁷ wodurch sie weniger Stress empfinden,²³⁸ sich Angstgefühle reduzieren²³⁹ und die wahrgenommene Zufriedenheit der Eltern steigt.²⁴⁰

5.3.2 Umsetzung der Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf der Intensivstation

Elternanleitung in Pflegemaßnahmen

Die Pflegenden ermöglichen den Eltern ihr Kind inmitten des intensivmedizinischen Settings wahrzunehmen.²⁴¹ Es gelingt ihnen eine Brücke für die Eltern zu bauen, indem sie vorleben, wie sie mit dem Kind Kontakt aufbauen, sprechen, es berühren und Maßnahmen durchführen.²⁴² Dadurch, dass die

²³² vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e500

²³³ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 30; Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 856

²³⁴ vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 30

²³⁵ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 147; ebenso vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6; Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 365 f.; Hill, C. u.a. (2017), S. 30; Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 858; Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 85 f.

²³⁶ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 149; ebenso vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 856

²³⁷ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 858

²³⁸ vgl. Bernardo, G. de u.a. (2017), S. 6; ebenso vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 858

²³⁹ vgl. Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 84 f.

²⁴⁰ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 858; Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 84 f.

²⁴¹ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 366

²⁴² vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 366; ebenso vgl. Mattsson, J. Y. u.a. (2014), S. 343 f.; Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

Pflegenden laut aussprechen, was sie am Kind durchführen und welche Beobachtungen sie dabei machen, können Eltern die Situation des Kindes und der Umgebung besser einschätzen. Sie lernen dadurch ebenfalls die Bedürfnisse ihres intensivpflichtigen, instabilen oder intubierten Kindes zu erkennen.²⁴³

Pflegende sorgen für eine vertrauensvolle Umgebung.²⁴⁴ Sie unterstützen die Eltern aktiv im Umgang und Handling mit dem Kind. Sie leiten die Eltern in die Pflegemaßnahmen an und zeigen ihnen, wie sie ihr Kind auf den Arm nehmen können.²⁴⁵ Erstgebärende Eltern profitieren von der Anleitung, da diese den Umgang und die Pflege ihres Kindes grundsätzlich, und in diesem Fall unter erschwerten Bedingungen, erlernen müssen.²⁴⁶

Die Pflegenden müssen die Wünsche und Grenzen der Eltern kennen und über deren Ängste und Sorgen im Zusammenhang mit der Anleitung ihres intensivpflichtigen Kindes informiert sein.²⁴⁷ Bei der Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes muss darauf geachtet werden, dass diese sich am Bedarf und an den Bedürfnissen der Eltern orientiert. Die Pflgetätigkeiten dürfen keinesfalls den Eltern aufgedrängt oder verpflichtend gemacht werden.²⁴⁸

Eine schrittweise Durchführung der Elternanleitung unterstützt die Eltern beim Erlernen von Pflegemaßnahmen auf der PICU.²⁴⁹ Die Einführung eines Konzeptes zur Partizipation in Form der FCC oder MNPP unterstützt die Umsetzung der Partizipation und macht die Beteiligung der Eltern bei instabilen Kindern möglich.²⁵⁰

Geeignete und von den Eltern bevorzugte Pflegeaktivitäten

Die Eltern zeigen in Bezug auf die selbstständige Durchführung von Pflegemaßnahmen ein hohes Selbstvertrauen. Die positive Einstellung zur Partizipation an der Pflege des Kindes kann sowohl von Seiten der Eltern als auch von den Pflegenden bestätigt werden. Die Pflegeaktivitäten, die von den Eltern entweder unter Anleitung oder selbstständig durchgeführt werden können, teilen sich in aktive und passive Pflgetätigkeiten.²⁵¹

²⁴³ vgl. Mattsson, J. Y. u.a. (2014), S. 343 f.

²⁴⁴ vgl. ebd. (2014), S. 343 f.

²⁴⁵ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 366; ebenso vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 30; Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85; Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 85 f.

²⁴⁶ vgl. Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 85 f.

²⁴⁷ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 858

²⁴⁸ vgl. Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

²⁴⁹ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 858

²⁵⁰ vgl. Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019), S. 85 f.

²⁵¹ vgl. Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008), S. 13 f.

Zu den passiven Pflgetätigkeiten, die vor allem in der Anfangsphase des PICU Aufenthalts und in Phasen, in denen das Kind instabil ist, durchgeführt werden, gehören Aktivitäten wie das Kind zu beruhigen, zu trösten, die Hand zu halten und ihm die Situation zu erklären.²⁵² Die Eltern sehen ihre Aufgabe in dieser Phase ebenfalls in der Beobachtung des Kindes, um Rückmeldung an die Pflgenden zu geben, um dadurch für die Sicherheit ihres Kindes zu sorgen.²⁵³ Ebenfalls führen die Eltern Tätigkeiten durch wie zum Beispiel das Kind mit seinem Namen anzusprechen oder Ähnlichkeiten zwischen Kind und Mutter zu identifizieren, zu spielen, vorzusingen, aufhängen eines Mobiles, das Kind zu fotografieren oder ihm vorzulesen sowie gemeinsam Musik zu hören.²⁵⁴

Zu den aktiven und von den Eltern bevorzugten Pflgetätigkeiten gehören die Verabreichung der Nahrung entweder per Flasche oder über die Magensonde, der Windelwechsel²⁵⁵ und Tätigkeiten der Körperpflege wie zum Beispiel die Mundpflege, Waschen oder Eincremen des Kindes, Streicheln und Berühren, auf dem Arm halten und Kuscheln des Kindes, Positionierung und Zudecken des Kindes sowie dem An- und Ausziehen von Socken oder Mütze.²⁵⁶ Ebenfalls unterstützen die Eltern die Pflgenden bei der Durchführung der Pflege, indem sie helfen die Kabel zu halten und bei den Positionswechseln mitzuwirken.²⁵⁷ Zusätzlich können sich die Eltern eine selbstständige Durchführung der oralen Medikamentengabe, der Wundversorgung und die Körperpflege eines beatmeten Kindes mit Unterstützung durch die Pflgenden vorstellen.²⁵⁸

Beeinflussende Faktoren auf die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes

Sobald sich der Gesundheitszustand des Kindes stabilisiert hat und das Kind extubiert werden kann, wächst das Selbstvertrauen der Eltern, was sich förderlich auf die Partizipation der Eltern an der Pflege auswirkt. Sie fühlen sich in der Lage sich aktiv zu beteiligen und ihr Kind auf den Arm zu nehmen.²⁵⁹ Die Pflgenden prüfen die Tätigkeiten, die Eltern unter Aufsicht oder selbstständig durchführen können.²⁶⁰ Der Zuspruch und die Ermutigungen durch die Pflgenden wirkt sich zusätzlich unterstützend auf die

²⁵² vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 366; Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 856; Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

²⁵³ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 30

²⁵⁴ vgl. Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

²⁵⁵ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 365 f.; Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

²⁵⁶ vgl. Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

²⁵⁷ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146

²⁵⁸ vgl. Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008), S. 13 f.

²⁵⁹ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 365 f.; Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

²⁶⁰ vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e499

Partizipation der Eltern aus.²⁶¹ Persönliche Gegenstände der Familie ermöglichen den Eltern die Gestaltung einer familienfreundlichen Atmosphäre in der hochtechnisierten Umgebung.²⁶² Eltern, die im Vorfeld mit ihrem Kind hospitalisiert waren, finden sich schneller auf der Intensivstation zurecht.²⁶³

Eine Klärung der Rollen und den damit verbundenen Aufgaben trägt dazu bei, dass die Eltern bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen in ihrer elterlichen Rolle bleiben können.²⁶⁴ Die Eltern sind dafür zuständig, das Wohlbefinden des Kindes zu steigern und auf die Bedürfnisse zu reagieren. Die fachliche Expertise bleibt beim Pflegepersonal.²⁶⁵

Für die Partizipation ist eine konstante Bezugsperson von Vorteil, da diese die Gewohnheiten und Bedürfnisse des Kindes kennen lernt und bei der Pflege berücksichtigen kann. Ebenfalls wird dadurch eine Kontinuität bei der Anleitung der Eltern erreicht und tägliche neue Absprachen entfallen.²⁶⁶

Die Auswertung der Literatur gibt Hinweise über die Faktoren, die die Partizipation der Eltern an der Pflege hindern. Hier steht vor allem das intensivpflegerische Setting mit den Zu- und Ableitungen der Kinder im Vordergrund. Den Eltern fällt es schwer ihr Kind inmitten des intensivmedizinischen Equipments wahrzunehmen, sie haben Schwierigkeiten und Ängste sich ihrem Kind zu nähern und sie wissen nicht, wie sie ihr Kind berühren können. Die Eltern sorgen sich etwas „falsch oder kaputt“ zu machen.²⁶⁷ Besuchszeiten und Regeln der Intensivstation wie zum Beispiel der Zutritt der Station erst nach Aufforderung oder das Verlassen des Raumes, bei Interventionen von weiteren Kindern im Raum, sind ebenso hinderlich für die Partizipation.²⁶⁸

Ein weiterer wichtiger Faktor ist der aktuelle Gesundheits- und Behandlungszustand des Kindes. Instabile und kritische Zustände, die Phase direkt nach der Operation, in der das Kind Schmerzen haben könnte und die Tatsache einer Beatmungstherapie, in der das Kind intubiert sein muss, führen dazu, dass die Eltern sich eine aktive Beteiligung an der Pflege nicht zutrauen.²⁶⁹ In diesem Zusammenhang beteiligen sich die Eltern überwiegend mit passiven Pflegetätigkeiten.²⁷⁰

Die Einstellung der Pflegenden zur Partizipation der Eltern nimmt ebenfalls Einfluss. Diese sehen den Aufbau einer Beziehung zwischen den Pflegenden und dem Kind gefährdet, wenn sie Aufgaben an die

²⁶¹ vgl. Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

²⁶² vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 30

²⁶³ vgl. Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009), S. 858

²⁶⁴ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 148

²⁶⁵ vgl. ebd. (2011), S. 146

²⁶⁶ vgl. Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018), S. 367; ebenso vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e499

²⁶⁷ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146; ebenso vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 30

²⁶⁸ vgl. Hill, C. u.a. (2017), S. 30

²⁶⁹ vgl. Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011), S. 146

²⁷⁰ vgl. Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019), S. 85

Eltern abgeben. Die Eltern erleben vereinzelt eine Abhängigkeit von den Pflegepersonen bei der Beteiligung an der Pflege.²⁷¹

In diesem Zusammenhang steht ebenfalls, wenn den Eltern die Tätigkeiten nicht klar sind, die sie unter Aufsicht oder selbstständig durchführen können und dürfen.²⁷²

6 Diskussion

Im folgenden Kapitel wird die kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen dargestellt. Diese findet zum einen in Bezug auf die Studienqualität statt, indem die Ergebnisse der Bewertungsschecklisten transparent gemacht werden. Zum andern findet eine Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf den theoretischen Rahmen und die Zielsetzung statt.

6.1 Kritische Bewertung der Studienqualität

Zur Einschätzung der Ergebnisse ist es zuerst von Bedeutung, die Qualität der Studien zu betrachten. Die Qualität der Studien liegt auf der für diese Arbeit erstellten Skala bei einem Median von 66,5% und liegt somit direkt an der Grenze zwischen der moderaten und starken Bewertung. Die Abzüge bei der Bewertung lassen sich auf mehrere Aspekte zurückführen.

In den Studien von Ames et al., Uhm und Choi sowie Uhm und Kim wird eine Forschungsfrage formuliert. Laut Flick, U. beinhaltet die theoretische Phase des Forschungsprozess, sowohl in der qualitativen als auch der quantitativen Forschung, die Formulierung einer Fragestellung.²⁷³ Sieben der Studien beschränken sich auf die Formulierung eines Forschungsziels. Dies könnte im Zusammenhang mit der überwiegend deskriptiven Herangehensweise der Studien liegen. Im Gegensatz zu der Bearbeitung einer gezielten Forschungsfrage, bei der eine fokussierte Betrachtung des Themas stattfindet, kann durch eine vorliegende Zielsetzung das Untersuchungsfeld umfangreicher betrachtet werden.

Von den fünf qualitativ durchgeführten Studien beschreibt, abgesehen von Ames et al., keine die Durchführung einer Literaturrecherche. Laut Flick, U. dient die Literaturrecherche dazu, die Beobach-

²⁷¹ vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e499

²⁷² vgl. Geoghegan, S. u.a. (2016), e499

²⁷³ Vgl. Flick, U. (2016), S. 72

tungen und Aussagen der Untersuchung im Feld einordnen zu können und Unterschiede, beziehungsweise neue Erkenntnisse einzuschätzen.²⁷⁴ Alle fünf Studien verweisen in der Einleitung auf vorhergehende Untersuchungen, wodurch davon auszugehen ist, dass eine Auseinandersetzung mit dem Forschungsfeld stattgefunden hat. Der Zeitraum und wie die Angaben recherchiert wurden bleibt unklar.

Die Angaben, die zur Übertragbarkeit der Studien in andere Bereiche notwendig sind, führten ebenfalls zu Abzügen bei der Bewertung.

Eine Angabe zur Auswahl der Stichprobengröße der quantitativen Studien ist bei Uhm und Kim dargestellt. Die Berechnung einer Poweranalyse ist bei Experimenten, beziehungsweise Effektivitätsnachweisen laut Mayer, H. ein wichtiges Vorgehen, um eine statistische Signifikanz nachweisen zu können.²⁷⁵ Bei den qualitativen Studien machen Ames et al. und Dahav und Sjöström-Strand Angaben zur theoretischen Sättigung. Bei qualitativen Designs steht das theoretische Sampling im Vordergrund, da eine Vollerhebung der Grundgesamtheit auf der PICU nicht möglich ist. Entscheidend ist deshalb laut Flick, U., dass die Erhebungen bis zur theoretischen Sättigung durchgeführt werden.²⁷⁶ Die Stichprobenauswahl erfolgte in allen qualitativen Studien gezielt, beziehungsweise konsekutiv. Bei der qualitativen Erhebung besteht das Ziel darin, das Feld breit oder tiefgründig zu erfassen, um eine gegenstands begründete Theorie entwickeln zu können, weshalb die Auswahl der Stichprobe gezielt stattfindet.²⁷⁷ In diesem Zusammenhang kommt der Beschreibung der Stichprobe und des Settings ebenfalls eine hohe Bedeutung zu.

Die Ein- und Ausschlusskriterien aller in der Arbeit verwendeten Stichproben wurden überwiegend transparent dargestellt. Allerdings macht Martens et al. diesbezüglich keine Angaben. Bei Mattsson et al. bleiben die Erkrankungen und Behandlungen unklar, die hinter der Aussage „lebensbedrohliche Zustände“ stehen. In allen Studien wurden überwiegend Mütter, beziehungsweise Eltern von Neugeborenen und Kleinkindern untersucht, abgesehen von Molina und Marcon und Ames et al., die Kinder im Alter von zehn bis 16 Jahren in ihren Studien untersucht haben. Die Auswahl der Stichprobe in quantitativen Untersuchungen soll laut Mayer, H. auf die Population übertragbar sein.²⁷⁸ Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse, auf Eltern mit Kindern in einem Alter nach der Kleinkindphase, ist somit eingeschränkt gewährleistet, da sich sowohl die anfallenden Pflegetätigkeiten als auch die Kommunikation unterscheidet.

²⁷⁴ vgl. Flick, U. (2017), S. 74

²⁷⁵ vgl. Mayer, H. (2015), S. 329

²⁷⁶ vgl. Flick, U. (2016), S. 94

²⁷⁷ vgl. ebd. (2016) (2016), S. 72

²⁷⁸ vgl. Mayer, H. (2015), S. 323

Die Beschreibung der Stichprobe weist ebenfalls starke Unterschiede auf. Martens hat keine Angaben zur Stichprobe aufgeführt. Die Angaben zu weiteren Kindern der Eltern fehlen in den Untersuchungen von Dahav und Sjöström-Strand, Geoghegan et al., Mattsson et al., Bernardo et al., Martens et al. und Uhm und Kim. Diese Angabe ist in Bezug auf das Stresserleben der Eltern wichtig, da sich die Doppelbelastung der Betreuung der Kinder zuhause und dem kranken Kind im Krankenhaus als ein relevanter Stressor darstellt, der sich auf das Situationserleben auswirkt (vgl. Kap. 4.1).

Die Angabe, ob die Eltern im Vorfeld Erfahrungen mit einer Hospitalisierung gemacht haben, wurden bei Ames et al, Molina und Marcon und Uhm und Kim angegeben. Die Angaben zu einer geplanten oder Notfall-Aufnahme auf die Intensivstation werden bei Ames et al., Dahav und Sjöström-Strand, Molina und Marcon dargestellt. Uhm und Choi sowie Uhm und Kim machen in diesem Zusammenhang Angaben zu einer intrauterinen Diagnostik. Laut Molina und Marcon hat die Vorerfahrung der Eltern Auswirkungen darauf, wie schnell sie sich auf der Intensivstation zurechtfinden. Ein kritischer Zustand bei der Aufnahme hat einen direkten Einfluss auf das Stressempfinden der Eltern (vgl. Kap. 4.3).

In Bezug auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse kann ebenfalls festgestellt werden, dass abgesehen von Mattsson et al., Bernardo et al. sowie Uhm und Kim keine der Untersuchungen eine nachvollziehbare Beschreibung des Settings vornimmt. Die PICU Umgebung beeinflusst das Situationserleben der Eltern und stellt einen relevanten Stressor dar (vgl. Kap. 4.2.5). Behandlungsverfahren und -möglichkeiten, Anzahl der Beatmungsplätze sowie die Personalausstattung sind in diesem Zusammenhang relevant für die Übertragbarkeit in das eigene Setting. Bei den Ergebnissen von Bernardo et al. muss berücksichtigt werden, dass die Neugeborenen aufgrund einer chirurgischen Operation hospitalisiert waren. Die häufigste Erkrankung der untersuchten Neugeborenen war eine Ösophagusatresie. Die Darstellung der postoperativen invasiven Beatmungszeit wird nicht transparent dargestellt. Postoperativ wird bei dieser Erkrankung eine nichtinvasive Beatmungstherapie im Anschluss ausgeschlossen, was eine längere Intubationszeit zur Folge haben kann.²⁷⁹ Die Intubationsdauer der Kinder nimmt einen entscheidenden Einfluss auf die Partizipation der Eltern.

Bei den qualitativen Studien fällt des Weiteren auf, dass abgesehen von Dahav und Sjöström-Strand keine der Untersuchungen eine ausreichende Transparenz der Forschenden, in Bezug auf die Beziehung zwischen der forschenden Person und den Teilnehmenden, dargestellt hat. Laut Hussy et al. beeinflusst die Rolle der forschenden Person beziehungsweise die Beziehung zu den Teilnehmenden die wechselseitige Offenheit, die sowohl ethische Auswirkung als auch Auswirkungen auf die Qualität der Untersuchung hat.²⁸⁰ Im Gegensatz dazu konnten alle Studien bis auf Geoghegan et al. die Erhebung

²⁷⁹ Therapieregime Kinderchirurgie Tübingen

²⁸⁰ vgl. Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G. (2010), S. 270

der Daten sowie bis auf Molina und Marcon die durchgeführte Analyse der Daten, ausreichend darstellen.

Eine positive Bewertung konnte bei allen qualitativen Studien in Bezug auf die Bestätigung der Ergebnisse festgestellt werden. Die Forschenden arbeiteten überwiegend in Teams zusammen, beziehungsweise wurde bei Ames et al. eine Bestätigung der Ergebnisse durch die Eltern (Member Check) durchgeführt.

Uhm und Kim und Bernardo et al. führten Vergleiche von zwei Gruppen durch. Positiv fällt auf, dass beide Studien eine Berechnung der Homogenität der Stichproben vorgenommen haben. Bei Uhm und Kim kann nicht nachvollzogen werden, ob die Gruppen parallel oder nacheinander untersucht wurden. In diesem Zusammenhang wird nicht deutlich, inwieweit eine Beeinflussung der Gruppen stattgefunden hat. Uhm und Kim haben eine Pretest Messung zur Einschätzung des primären Outcomes durchgeführt. Damit eine Veränderung auf eine zusätzliche Maßnahme zurückzuführen ist, muss laut Mayer, H. eine Messung vor und nach der Maßnahme erfolgen.²⁸¹ Bei Bernardo et al. fand lediglich eine Messung am Ende der Untersuchung statt. Inwieweit die gemessenen Zufriedenheits- und Stresswerte der Eltern aussagekräftig sind, kann somit nicht eindeutig festgestellt werden. In beiden Studien wird nicht beschrieben, wie das Behandlungsteam auf die Implementierung der FCC, beziehungsweise das MNPP eingeführt wurden. Somit kann die Effektivität der beiden Interventionen nicht sicher bestätigt werden. Die positiven Ergebnisse der beiden Studien sprechen für eine erfolgreich stattgefundenene Einführung.

Die Ergebnisse beider in der Republik Korea durchgeführten Untersuchungen durch Uhm und Choi sowie Uhm und Kim wurden unter einer restriktiven Besuchszeit durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist zweifelhaft, wie es den Forschenden gelingen konnte, die Mütter innerhalb dieser stark begrenzten Zeit sowohl umfassend zu informieren als auch im Anschluss eine patienten- und situationsgerechte Elternanleitung durchzuführen. Dies ist ebenfalls bei der Aussage zur Dauer der Beteiligung der Mütter zu berücksichtigen. Die koreanische Kultur lässt sich nicht mit der europäischen Kultur vergleichen. Aufgrund der für diese Arbeit relevanten Untersuchungsziele wurden die Studien eingeschlossen. Die Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar dargestellt, weshalb die positiven Ergebnisse als relevant erachtet werden.

Bei der Untersuchung von Uhm und Choi muss berücksichtigt werden, dass die Erhebung der bevorzugten Informationen und Pflegemaßnahmen durch das Stationspersonal durchgeführt wurde. Durch die oben beschriebene fehlende Darstellung, inwieweit das Personal diesbezüglich geschult wurde,

²⁸¹ vgl. Mayer, H. (2015), S. 137

muss hier von Abweichungen bei der Erhebung ausgegangen werden. Ebenfalls kritisch ist in diesem Zusammenhang die Verwendung eines selbst entwickelten, nicht validierten Erhebungsinstruments.

Die Erhebung von Martens et al. wurde 2003 durchgeführt. Die pädiatrische Intensivmedizin hat seitdem erhebliche Veränderungen sowohl bei den Behandlungsmöglichkeiten sowie der damit verbundenen Therapie gemacht. Die Aussagen der Mütter müssen diesbezüglich bei den heutigen Möglichkeiten der PICUs berücksichtigt werden. Ebenfalls kritisch bewertet werden muss die Befragung der Mütter am dritten Behandlungstag. Die Stressreaktion und damit verbundene eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit ist zu dieser frühen Phase der PICU Behandlung je nach Zustand und Situation des Kindes noch hoch (vgl. Kap. 4.4). Die Erhebung findet ausschließlich zu diesem Zeitpunkt statt. Inwieweit sich die Antworten der Mütter im Verlauf des Intensivaufenthalts verändert hätten, wird somit nicht dargestellt.

Die Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien, des integrativen Reviews von Hill et al., wurde von einer der drei forschenden Personen vorgenommen. Laut Mayer, H. ist die Studienqualität entscheidend für die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.²⁸² Es ist unklar, warum dies nur durch eine der drei Forscherinnen durchgeführt wurde.

6.2 Kritische Bewertung der Ergebnisse

Das Situationserleben der Eltern wird im Zusammenhang mit einer aktiven Beteiligung an der Pflege ihres Kindes verbessert. Die Eltern fühlen sich dadurch weniger nutzlos und das Gefühl der Hilflosigkeit wird verbessert und die Situation stabilisiert sich. Dies wird durch die Ergebnisse von Ames et al., Bernardo et al., Dahav und Sjöström-Strand, Geoghegan et al., Mattsson et al. sowie Uhm und Choi bestätigt. Durch die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes entsteht mehr Nähe zum Kind, wodurch sich eine Bindung des Kindes zu den Eltern entwickeln oder festigen kann. Bindung entwickelt sich dadurch, dass Eltern fürsorglich auf die Bedürfnisse ihres Kindes eingehen (vgl. Kap. 4.1). Aufgrund der intensivmedizinischen Maßnahmen und Behandlungen mit zum Beispiel sedierenden Medikamenten ist es für die Eltern schwierig mit ihrem Kind zu kommunizieren (vgl. Kap. 4.2.4). Dies führt zu negativen Gefühlen, Hilflosigkeit und Stress bei den Eltern. In diesem Zusammenhang sind die Erkenntnisse von Dahav und Sjöström-Strand, Mattsson et al. sowie Uhm und Choi relevant, die festgestellt haben, dass die Pflegenden eine entscheidende Rolle bei der Partizipation der Eltern an der Pflege übernehmen. Dadurch, dass die Pflegenden bei den Pflegemaßnahmen laut aussprechen was sie am Kind durchführen und beobachten, gelingt es den Eltern die Situation ihres Kindes besser zu verstehen

²⁸² vgl. Mayer, H. (2015), S. 380

und die Bedürfnisse zu erkennen. Dies setzt voraus, dass die Pflegenden der Intensivstation über das Wissen und die Kompetenzen verfügen diese Anleitungsmethode während ihrer Maßnahmen am Kind durchzuführen.

Die für die Behandlung notwendigen Geräte zur Überwachung, Beatmung oder der Infusionstherapie tragen dazu bei, dass sich die Distanz der Eltern zu ihrem Kind vergrößert. Die Ergebnisse von Ames et al., Dahav und Sjöström-Strand, Hill et al., Molina und Marcon, Uhm und Choi bestätigen, dass die Eltern Angst und Hemmungen haben ihr Kind mit Zu- und Ableitungen sowie in einem instabilen, postoperativen oder intubierten Zustand zu berühren. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse von Dahav und Sjöström-Strand, Mattsson sowie Uhm und Choi relevant, die herausgefunden haben, dass Pflegende den Eltern zum einen als Vorbild dienen und zum anderen die Eltern dazu anleiten, diese Barriere zu überwinden. Die Anleitung von Eltern in pflegerische Tätigkeiten erhöht die elterliche Kompetenz und fördert die elterliche Autonomie.²⁸³

Die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes basiert in allen Studien auf Basis von Anleitung, die durch die Pflegenden der Station durchgeführt wurde. Die Untersuchung einer strukturierten Anleitung von Eltern in Pflegemaßnahmen wurde von Uhm und Choi sowie Uhm und Kim durchgeführt. Sie konnten zum einen die Pflgetätigkeiten, die Eltern in den unterschiedlichen Phasen des Behandlungsverlaufs präferieren, herausfinden und zum andern die Reduktion von Stress und Angst sowie den Anstieg der Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit durch die Beteiligung der Eltern beweisen. Offen bleibt, wie die Umsetzung der Elternanleitung und -beteiligung im PICU Alltag umgesetzt werden kann. Laut den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen, ist eine Pflegeperson für zwei Intensivpatientinnen oder Intensivpatienten (Versorgungsschlüssel 2:1) pro Schicht verantwortlich.²⁸⁴ Dies bedeutet, dass eine Pflegeperson sich zwischen zwei Elternpaaren aufteilen muss, um die Anleitung oder Begleitung der Pflege durchzuführen. Hinzu kommen die noch geltenden Besuchszeiten für die Familien, durch die sich die Möglichkeiten zur gemeinsamen Versorgung des Kindes je nach Umfang der Besuchszeit weiter einschränkt. Hill et al. und Geoghegan et al. empfehlen die Einführung von Pflegeplänen, durch die sich geeignete Zeitfenster und Maßnahmen für die Partizipation festlegen lassen. Dies steht im Widerspruch zu der individuellen, an die Bedürfnisse des Kindes angepasste Pflege (vgl. Kap. 3.3).

Zusätzlich zu den zeitlichen und organisationalen Herausforderungen der Pflegenden ist offengeblieben, über welche Kompetenzen die Pflegenden, im Zusammenhang mit der Elternanleitung auf den

²⁸³ vgl. Holoch, E. (2017), S. 21 f.

²⁸⁴ vgl. Waydhas, C. (2020), <https://www.divi.de> (Stand: 27.06.2021)

untersuchten PICUs verfügen. Aufgrund des generellen Personalmangels²⁸⁵ in der Pflege steigt die Anzahl der frischexamierten Pflegenden auf der Intensivstation. Diese sind aufgrund der erhöhten Komplexität der intensivmedizinischen Versorgung, im Vergleich zu der in der Ausbildung erlernten allgemeinpädiatrischen Versorgung, nicht in der Lage die Eltern in die von ihnen selbst noch ungeübten Tätigkeiten anzuleiten. Eine weitere Herausforderung ist die ungeklärte rechtliche Situation für die Pflegenden, wenn Eltern angeleitete Pflegemaßnahmen durchführen. Im Fall zum Beispiel einer Aspiration, aufgrund des Sondierens der Nahrung durch die Eltern, ist nicht geklärt wer die Verantwortung trägt. Eine dauerhafte Beaufsichtigung der Eltern während den Pflegemaßnahmen mindert das Rollenverständnis der Eltern. Für die Pflegenden ist dies aufgrund des aktuell gültigen Versorgungsschlüssels von 2:1 nicht möglich.

Die Entwicklung von elterlicher Kompetenz im Umgang mit ihrem intensivpflichtigen Kind spielt eine entscheidende Rolle für die Partizipation der Eltern. Eltern können aufgrund der unter Aufsicht oder selbständig durchgeführte Pflege eigene Vorstellungen, Werte oder Bedürfnisse umsetzen. Partizipation bedeutet eine aktive Beteiligung und findet dann statt, wenn eine Mitbestimmung möglich ist (vgl. Kap. 3.4). Die Berücksichtigung der elterlichen Expertise ist demnach eine wichtige Voraussetzung, damit die Partizipation der Eltern gelingt. Die positiven Auswirkungen der Mitbestimmung bei der Behandlung und Pflege des Kindes werden durch Ames et al., Bernardo et al., Dahav und Sjöström-Strand, Hill et al., Molina und Marcon sowie Uhm und Kim bestätigt.

Diese Erkenntnisse führen zu einem weiteren relevanten Ergebnis dieser Arbeit. Neben der aktiven Beteiligung der Eltern an der Pflege, führt die Berücksichtigung der elterlichen Expertise zur Stärkung der Elternrolle. Eltern tragen die Verantwortung für ihr Kind. Sie unterstützen die Entwicklung ihres Kindes durch fürsorgliches und verantwortungsbewusstes Handeln. Eltern wissen, was am besten für ihr Kind ist, wie es sich verhält und wie es sich trösten lässt (vgl. Kap. 4.1). Benner betont, dass die Pflege wertvoll ist, wenn sie auf die Bedürfnisse und Werte einer erkrankten Person abgestimmt wird (vgl. Kapitel 3.3).²⁸⁶ Ein ganzheitlicher Blick auf die zu pflegende Person setzt eine fürsorgliche Beziehung voraus.²⁸⁷ Hierbei wird deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen den Eltern und den Pflegenden eine wichtige Voraussetzung für die Pflege des Kindes ist. Die elterliche Expertise muss durch die medizinische und professionelle Expertise der Pflegenden ergänzt werden. Daraus lassen sich zwei Aspekte ableiten. Zum einen müssen Voraussetzungen geschaffen werden, die einen engmaschigen Austausch zwischen Eltern und Behandlungsteam ermöglichen und zum anderen benötigt es eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Eltern und Behandlungsteam. Dies wird durch die Ergebnisse von Ames

²⁸⁵ vgl. Isfort, P. M., <https://www.bibliomed-pflege.de> (Stand: 26.07.2021)

²⁸⁶ vgl. Benner, P. (2017), S. 24

²⁸⁷ vgl. Mattsson, J. Y. u.a. (2014), S. 337

et al., Dahav und Sjöström-Strand, Geoghegan et al., Mattsson et al., Molina und Marcon, Bernardo et al., Uhm und Choi sowie Uhm und Kim bestätigt. Die Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU von Davidson, JE, geben diesbezüglich Empfehlungen zur Kommunikation mit Familienmitgliedern. Diese bestehen aus einer routinemäßigen interdisziplinären Familienkonferenz, strukturierten Kommunikationsansätzen sowie familienzentriertes Kommunikationstraining für das intensivmedizinische Behandlungsteam.²⁸⁸

Die Ergebnisse von Ames et al., Hill et al., Geoghegan et al., Mattsson et al. und Molina und Marcon zeigen, dass sich durch die aktive Beteiligung an der Pflege bei Eltern das Gefühl entwickelt, das Wohlbefinden ihres Kindes verbessern zu können. Dies konnte durch die Untersuchung von Bernardo et al. nicht bestätigt werden. Der gemessene Wert war hier nicht signifikant. Die Frage inwieweit das Wohlbefinden der Kinder tatsächlich verbessert werden kann, bleibt somit offen.

Die Eltern wünschen sich, dass die Pflege individuell auf ihr Kind abgestimmt wird und an die häuslichen Gewohnheiten anknüpft. Laut Geoghegan et al. und Mattsson et al. dient Pflege aus Sicht der Eltern dazu, das Wohlbefinden und die Genesung des Kindes zu unterstützen. In diesem Zusammenhang wird der Vorteil einer konstanten Bezugsperson genannt. Dahav und Sjöström-Strand und Geoghegan et al. haben in ihrer Untersuchung festgestellt, dass durch die Kontinuität der Pflegenden die elterlichen Präferenzen in Bezug auf die Pflege ihres Kindes besser umgesetzt werden können. Es ist zu berücksichtigen, dass die aktuellen organisatorischen und personellen Strukturen auf den Intensivstationen eine Bezugsperson nicht in jedem Fall ermöglichen. In diesem Zusammenhang könnte die Dokumentation einer Anamnese, die Informationen über zum Beispiel Bedürfnisse, Verhalten, Reaktionen des Kindes und die elterlichen Werte und Vorstellungen beinhaltet, unterstützend für die Pflegenden sein. Die Kontinuität der Pflegenden hat einen weiteren Vorteil. Dadurch wird vermieden, dass die angeleiteten und von den Eltern durchgeführten Pflegetätigkeiten, bei einem Personalwechsel erneut abgesprochen und unter Beweis gestellt werden müssen. Unterschiedliche Aussagen durch die Pflegenden führen zu Unsicherheiten bei den Eltern (vgl. Kap. 4.2.6). Deshalb ist es notwendig, ein einheitliches Verständnis über die Pflegetätigkeiten, die von Eltern durchgeführt werden können, bei den Pflegenden zu erreichen. Eine Dokumentation der Anleitung könnte die Partizipation der Eltern bei häufigem Personalwechsel unterstützen.

Die Untersuchung von Bernardo et al. macht deutlich, dass die Implementierung der FCC Kernkonzepte Strukturveränderungen notwendig machen, die sich sowohl räumlich als auch in Bezug auf die Stationsabläufe auswirken. Dem gegenüber steht die quasi experimentelle Untersuchung von Uhm und Kim

²⁸⁸ vgl. Davidson, J. E. u.a. (2017), S. 106

die mit ihrer Einführung eines MNPP, innerhalb der regulären Besuchszeit der Eltern von 2x30 Minuten, eine Verbesserung der Kommunikation erreicht haben sowie signifikante Unterschiede zwischen den beiden Elterngruppen bei den Angst-, Zufriedenheits- und Stressmessungen.

Grenzen der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit basieren auf Publikationen, die Aussagen von Eltern und Beobachtungen zum Erleben und den Wahrnehmungen von Eltern, deren Kind auf einer PICU behandelt wurde, untersucht haben. Ebenfalls wurden Publikationen verwendet, die Stress-, Angst- und Zufriedenheitsmessungen im Zusammenhang mit der Einführung des FCC Ansatzes oder MNPP, beziehungsweise Informationen zu bevorzugten Pfl egetätigkeiten durch die Eltern, erhoben haben. Die Ergebnisse des integrativen Reviews von Hill basieren ebenfalls auf den Kernkonzepten der FCC. Keine der in dieser Arbeit verwendeten Studien untersucht den direkten Zusammenhang zwischen der Partizipation der Eltern an der Pflege und den Einfluss auf das Situationserleben. Die Ergebnisse müssen demnach kritisch im Zusammenhang mit der Beantwortung der Forschungsfrage betrachtet werden.

Beantwortung der Forschungsfragen

Das Situationserleben der Eltern kann durch die Partizipation der Eltern an der Pflege nachweislich beeinflusst werden. Die Situation der Eltern wird durch die PICU Umgebung und das Behandlungsteam bestimmt. Zahlreiche Stressoren können dazu führen, dass die Situation der Eltern als belastend erlebt wird und zu Folgeproblemen führt. Dies ist von der individuellen Wahrnehmung und Bewertung der Ereignisse durch die Eltern abhängig. Indem die Pflegenden Kenntnisse über die belastende Situation besitzen, können diese in das Geschehen eingreifen und die Eltern dabei unterstützen, Normalität und Stabilität auf der PICU zu erlangen. Die Stärkung der Elternrolle steht hierbei im Vordergrund.

Die Ergebnisse der Studien machen deutlich, dass das Situationserleben durch die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes positiv beeinflusst wird. Dies wird durch die Aussagen der untersuchten Eltern bestätigt, die eine Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens, einen Rückgang von Schuldgefühlen, eine Stärkung der Autonomie und ein Gefühl von Sicherheit angeben. Zusätzlich wird der Rückgang des Angst- und Stresserlebens sowie ein Anstieg der Zufriedenheit bewiesen.

Die Umsetzung der Partizipation lässt sich in allen Studien auf die Anleitung der Eltern in die Pflege ihres Kindes zurückführen. Diese wird durch die Pflegenden der Intensivstation durchgeführt, wodurch sich die Wichtigkeit der Pflegenden bei der Umsetzung der Partizipation der Eltern hervorhebt. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass durch die Anleitung der Eltern das Verantwortungsgefühl steigt und sie sich sicherer im Umgang mit ihrem Kind erleben. Die Autonomie der Eltern wird gestärkt und sie erleben sich als unabhängiger.

7 Empfehlungen für die Praxis

Die dargestellten Ergebnisse bieten eine umfangreiche Basis, um daraus Empfehlungen für eine Umsetzung der Partizipation der Eltern auf der PICU der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin abzuleiten. Im Folgenden werden zuerst die Strukturen und bisherigen Vorgehensweisen der PICU in Tübingen vorgestellt, um daran angepasst geeignete Empfehlungen für die Partizipation der Eltern an der Pflege vorzunehmen.

7.1 Ist-Zustand PICU Tübingen

Station 34

Auf der PICU des UKT werden Kinder ab der 35. Schwangerschaftswoche bis zum jungen Erwachsenenalter stationär oder im Rahmen von Interventionen behandelt. Die Krankheitsbilder der Kinder betreffen alle Fachdisziplinen des UKT, inklusive Nieren-, Leber- und Darmtransplantationen. Das Therapiespektrum beinhaltet modernste Überwachungs- und Behandlungstechniken. Dazu gehören invasive und nichtinvasive Beatmungsverfahren inklusive Maskenbeatmung, Hochfrequenzoszillation, Stickstoffmonoxid, Heliox und Unterdruckbeatmung, Organersatzverfahren wie zum Beispiel Dialyse oder extracorporale und intracorporale Herzunterstützungssysteme sowie die diagnostische und invasive Bronchoskopie, inklusive Fremdkörperentfernung. Hinzu kommt die pädiatrische Transportmedizin inklusive eines interklinischen Intensivtransportes aller Altersklassen.²⁸⁹

Im Jahr 2019 wurden in der Abteilung 736 vollstationäre Fälle behandelt.²⁹⁰ Zu den vollstationären Fällen wird die Behandlung weiterer Kinder im Rahmen von Interventionen wie zum Beispiel der Anlage eines zentralvenösen Katheters in Analgosedierung oder der Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie in Intubationsnarkose durchgeführt. Die Behandlungsdauer auf der PICU beträgt bei Kindern, die aufgrund einer intensivmedizinischen Überwachung nach einer komplexen Operation aufgenommen werden, durchschnittlich 24 Stunden. Im Falle von komplexen Erkrankungen wie zum Beispiel syndromale Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen oder bei Kindern mit Herzfehler kann die Behandlungsdauer mehrere Wochen betragen.

²⁸⁹ vgl. Station 34 (2021), <https://www.medizin.uni-tuebingen.de> (Stand: 27.07.2021)

²⁹⁰ vgl. G-BA (2021), <https://www.medizin.uni-tuebingen.de> (Stand: 28.07.2021)

Das Pflegeteam besteht aus 55 Vollzeitstellen²⁹¹ und erfüllt die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geforderten Personalanforderungen.²⁹² Der aktuelle Versorgungsschlüssel liegt bei 2:1 Kindern pro Pflegeperson beziehungsweise 1:1 bei hochkomplexen Behandlungen wie zum Beispiel dem Extracorporeal Life Support (ECLS).

Die Behandlung der Kinder findet auf 14 Behandlungsplätzen statt, die alle für eine maximale Therapie ausgerüstet sind. Übernachtungsmöglichkeiten stehen den Eltern im benachbarten Ronald McDonald Elternhaus zur Verfügung.²⁹³

Die Eltern und Angehörigen haben rund um die Uhr Zutritt zur Intensivstation.²⁹⁴ Eine Besuchsempfehlung besteht für die Zeiten zwischen 9.00 bis 13.00 Uhr und 15.00 bis 20.30 Uhr. Die Eltern und Angehörigen betreten nach der Anmeldung über eine Türöffner-Anlage die Station. Ihre persönlichen Gegenstände können die Eltern in einem Elternraum ablegen. Hier besteht ebenfalls die Möglichkeit zur Durchführung einer hygienischen Reinigung der Hände. Aufgrund von Übergaben, Visiten oder Interventionen an den Kindern, bei denen die Eltern den Raum vorübergehend verlassen müssen, verbringen die Eltern derzeit durchschnittlich bis zu acht Stunden bei ihrem Kind. Seit März 2021 besteht während der ärztlichen Übergabe am Nachmittag die Möglichkeit für die Eltern, mit der Anwendung eines geräuschunterdrückenden Kopfhörers am Bett bei ihrem Kind zu bleiben.²⁹⁵

Aktuelle Umsetzung der Partizipation der Eltern

Je nach Gesundheitszustand des Kindes und der Situation der Eltern ist es möglich, die Eltern in die Pflege ihres Kindes einzubeziehen. Die Pflegenden orientieren sich an den Bedürfnissen der Eltern. Es werden sowohl passive als auch aktive Pflegetätigkeiten angeleitet. Die Anleitung basiert auf der Intuition und Erfahrung der Pflegenden. Ein Konzept zur Partizipation der Eltern liegt nicht vor. Unterstützende Instrumente wie zum Beispiel Informationsbroschüren stehen derzeit nur zum Delirmanagement zur Verfügung (s. Anhang 26). Die Umsetzung der Elternanleitung ist abhängig vom aktuellen Arbeitsaufkommen der Station sowie den organisatorischen Strukturen wie zum Beispiel interprofessionelle Übergaben oder geplanten und ungeplanten Interventionen.

Im Anschluss an eine Anleitung in die Pflegemaßnahmen ist eine teilweise selbstständige oder selbstständige Versorgung der Kinder durch ihre Eltern möglich. Eine begleitete Durchführung findet bei instabilen oder intubierten Kindern statt. Bei intubierten Kindern benötigen die Eltern Unterstützung, da bei einem wachen Zustand des Kindes oder nach Pflegemaßnahmen Trachealsekret abgesaugt werden

²⁹¹ Station 34 (2021), <https://www.medicin.uni-tuebingen.de> (Stand: 27.07.2021)

²⁹² G-BA, <https://www.g-ba.de> (Stand: 27.07.2021)

²⁹³ vgl. Station 34 (2021), <https://www.medicin.uni-tuebingen.de> (Stand: 27.07.2021)

²⁹⁴ Abhängig von den aktuell gültigen COVID 19 Regelungen des UKT

²⁹⁵ vgl. Station 34 (2021), <https://www.medicin.uni-tuebingen.de> (Stand: 27.07.2021)

muss, um die respiratorische Funktion und das Wohlbefinden des Kindes sicherzustellen. Diese Maßnahme wird ausschließlich durch die Pflegenden der Station übernommen, wodurch eine selbstständige Versorgung durch die Eltern nicht möglich ist. Die Verabreichung von Schmerzmitteln liegt ebenfalls in der Verantwortung der Pflegenden, wodurch die Versorgung von Kindern mit Schmerzen in Absprache mit den Pflegenden stattfinden muss. Eine selbstständige Versorgung kann zum Beispiel bei Kindern, die mit einer Atemhilfe unterstützt werden oder stabile Kreislaufverhältnisse haben, nach Rücksprache mit der zuständigen Pflegenden von den Eltern übernommen werden. Das Sondieren der Nahrung kann bei allen Kindern von den Eltern durchgeführt werden.

Eine einheitliche Anleitung und transparente Dokumentation des Anleitungszustandes der Eltern ist bislang nicht implementiert. Dies führt zu Verunsicherungen bei Eltern im Falle von uneinheitlichen Aussagen durch die Pflegenden. Beim Wechsel der zuständigen Pflegeperson müssen erneut Absprachen getroffen werden. Die aktuelle Dokumentation der Elternanleitung (s. Anhang 27) begrenzt sich auf die Dauer der Anleitung und ermöglicht es nicht die Anleitung inhaltlich nachzuvollziehen.

Die Partizipation in Form von Mitbestimmung beschränkt sich für Eltern auf Entscheidungen zu Pflegeprodukten, Säuglings- oder Kindernahrung sowie Trinkflaschen oder Saugern. Die Eltern haben die Möglichkeit, persönliche Gegenstände wie zum Beispiel Kuscheltiere, Mobile oder Bodys und Söckchen mitzubringen. Bei Eltern eines pflegebedürftigen oder chronisch erkrankten Kindes erweitert sich die Partizipation durch die Berücksichtigung häuslicher Erfahrungswerte, sofern diese für die aktuelle Behandlungssituation des Kindes relevant sind.

7.2 Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis

Die Darstellung des Ist-Zustandes der Station macht deutlich, dass ein hohes Potential für die Partizipation der Eltern vorhanden ist. Die kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Studien zeigt, dass eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigt werden muss, die zur Umsetzung auf der hochkomplexen Station im interdisziplinären Team entscheidend sind. Eine Konzeptentwicklung zur Partizipation der Eltern an der Pflege ist die Voraussetzung, um die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Im Vorfeld sollte eine Positionsbestimmung zum Beispiel anhand einer SWOT²⁹⁶ Analyse durchgeführt werden.

Anhand dieser Arbeit wird ein Veränderungsbedarf für die Pflegenden, die Zeitressourcen für die Anleitung benötigen sowie eine rechtliche Klärung der Verantwortlichkeiten im Falle von Zwischenfällen,

²⁹⁶ Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken)

die bei der von Eltern durchgeführten Pflegemaßnahmen vorkommen könnten, deutlich. Rahmenbedingungen, die die Station betreffen, beziehen sich auf organisationale Faktoren wie eine Anpassung oder Öffnung der Besuchszeiten sowie einen unbeschränkten Zugang zur Intensivstation. Ebenso müssen die stationsüblichen Regeln reflektiert werden und Möglichkeiten geschaffen werden, die es den Eltern bei Interventionen oder anderen Maßnahmen im Zimmer erlauben, bei ihrem Kind bleiben zu können. Strukturelle Veränderungen wie Rückzugsorte für die Eltern, Lärm und Lichtkonzepte oder Gestaltungsmöglichkeiten des Patientenplatzes mit persönlichen Gegenständen sind ebenfalls notwendige Aspekte. Ein wichtiger Faktor ist die Veränderung der Kommunikationsstrukturen, die die Möglichkeiten zum Austausch und zur Mitbestimmung zwischen Behandlungsteam und Eltern ermöglichen. Instrumente wie zum Beispiel eine Pflegeanamnese, die die häuslichen Gewohnheiten des Kindes für die Pflegenden transparent macht oder Informationsblätter die zum Beispiel die relevanten Informationen zum Sondieren der Nahrung zusammenfassen, unterstützen die Partizipation in der Umsetzung.

Das Ziel der Arbeit ist es, Empfehlungen für die Umsetzung der Partizipation in der Praxis zu gestalten. Die Anleitung der Eltern durch die Pflegenden und die Berücksichtigung der elterlichen Expertise sind die zentralen Faktoren zur Stärkung der Elternrolle. Hierbei leisten die Pflegenden einen entscheidenden Beitrag. Im Folgenden soll deshalb anhand von Handlungsempfehlungen, die auf den Ergebnissen aus dieser Arbeit basieren, die bislang intuitive Einbeziehung der Eltern in die Pflege in eine Anleitung der Eltern, die Mitbestimmung und Teilhabe im Sinne der Partizipation ermöglicht, überführt werden.

Handlungsempfehlung 1: Stärkung der Elternrolle

Um zu gewährleisten, dass die Rolle der Eltern gestärkt wird, ist ein einheitliches Verständnis über die Absicht der Elternanleitung für alle beteiligten Personen notwendig.

Die Anleitung der Eltern zielt darauf ab, das Selbstwirksamkeitserleben der Eltern zu stärken. Dadurch, dass die Eltern eine angeleitete oder selbstständig durchgeführte Pflege ihres Kindes durchführen, fühlen sie sich als aktives Mitglied bei der Behandlung ihres Kindes. Den Eltern wird dadurch ermöglicht, die Pflege auf die von ihnen bevorzugte Art und Weise durchzuführen und an häusliche Gewohnheiten anzuknüpfen, wodurch die Eltern Normalität erreichen und ihnen Mitbestimmung ermöglicht wird. Durch die Anleitung der Eltern steigt die elterliche Kompetenz, wodurch es ihnen möglich wird, die Pflege individuell auf die aktuelle Situation des Kindes angepasst durchzuführen.

Die Rolle der Pflegenden ist bei der Anleitung auf die fachliche Expertise ausgerichtet. Die Pflegenden verfügen über die medizinische Expertise und die Kompetenz, den Heilungsprozess zu unterstützen sowie Schmerzen zu lindern. Sie weisen die Eltern auf situationsbezogene Aspekte im Zusammenhang

mit dem Wohlbefinden des Kindes hin. Sie geben den Eltern Hinweise und Unterstützung, wie diese auf die Aspekte reagieren können. Die Pflegenden agieren in ihrer Funktion als Vorbild. Sie bestärken die Eltern, indem sie ihnen Zuspruch geben und sie zur unterstützten oder selbstständigen Durchführung von Pflegemaßnahmen motivieren.

Die Rolle der Eltern ist bei der Anleitung auf die elterliche Expertise ausgerichtet. Die Eltern sind Experten in Bezug auf die Bedürfnisse und Vorlieben ihres Kindes. Sie bringen eigene Erfahrungswerte in die Anleitungssituation ein. Während der Anleitung beobachten sie, wie ihr Kind auf die pflegerischen Maßnahmen reagiert und äußern ihre Gefühle und Wahrnehmungen. Die Eltern führen die von der Pflege angeleiteten Pflegemaßnahmen unter Aufsicht oder selbstständig durch. Dadurch fühlen sie sich durch die Pflegenden unterstützt und in ihrer Elternrolle wertgeschätzt.

Beide Parteien arbeiten auf ein gemeinsames Ziel hin, für das sie ihr Wissen und ihre Expertise einbringen. Gegenseitiger Respekt, Akzeptanz und Vertrauen sind für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit Grundvoraussetzung, damit die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes gelingt.²⁹⁷

Handlungsempfehlung 2: Gefühlswelt der Eltern

Um sicherzustellen, dass die Eltern während der Anleitung emotional nicht überfordert werden, müssen die Pflegenden Kenntnisse über das Situationserleben der Eltern haben.

Die intensivmedizinische Behandlung setzt eine Vielzahl von Zu- und Ableitungen am Kind voraus. Dies führt bei den Eltern zu Hemmungen, Sorgen und Ängste ihr Kind zu berühren. Intensivpflichtige Kinder können während der Pflegemaßnahmen mit einer Veränderung der Vitalparameter und des Belastungszustandes reagieren. Um Veränderungen zeitnah festzustellen, müssen die Pflegenden die Kompetenz besitzen, die Anzeichen einer akuten Situationsveränderung oder Belastung des Kindes zu erkennen, die das Auslösen eines Alarms der Überwachungsmonitore verursacht.²⁹⁸ Alarme führen zu Konzentrationsstörungen (vgl. Kap. 4.2.5) bei den Eltern und erhöhen ihr Angsterleben (vgl. Kap. 4.2.4). Die Eltern fürchten sich davor „etwas kaputt“ zu machen oder ihrem Kind Schmerzen zuzufügen. Die Stressbelastung der Eltern ist zu Beginn des PICU Aufenthalts besonders hoch und wird durch die Anwendung von kreislaufunterstützenden Maßnahmen oder eine Intubation des Kindes verstärkt. Mit zunehmendem Genesungszustand des Kindes wächst die Sicherheit der Eltern und die Bereitschaft zur Beteiligung steigt (vgl. Kap.4.3). Die Gefühlswelt und Reaktion auf das aktuelle Geschehen auf der Intensivstation können sich zwischen der Mutter und dem Vater unterscheiden (vgl. Kap. 4.1).

²⁹⁷ vgl. Brødsgaard, A. u.a. (2019), S. 3121

²⁹⁸ vgl. Larsen, R. (1999), S. 1181

Die Pflegenden müssen über die Ängste und Sorgen, die Eltern auf der Intensivstation erleben, informiert werden und dieses Wissen bei ihrer Arbeit berücksichtigen. Um die Individualität des Situationserlebens jedes Elternteils besser zu verstehen, ist es hilfreich, dass die Pflegenden ihre aktuelle Einschätzung während der Übergabe weitergeben. Die Eltern können die Situation ihres Kindes besser einschätzen, wenn die Pflegenden ihre Maßnahmen und Handlungen während der Pflege laut aussprechen. Sie wenden dafür die Methode Modeling mit Metalog an. Dadurch wird es den Eltern möglich, die Bedürfnisse ihres intensivpflichtigen Kindes zu erkennen, wodurch sie die Möglichkeit bekommen, fürsorglich darauf zu reagieren. Eine individuelle, an die Bedürfnisse des Kindes angepasste Pflege des Kindes zusammen mit den Eltern stärkt das Vertrauen zwischen den Eltern und den Pflegenden.

Handlungsempfehlung 3: Einheitliches Vorgehen

Um eine einheitliche Anleitung zu gewährleisten, muss ein Konsens über die geeigneten Pflegemaßnahmen sowie die Ziele und Schritte, die die Eltern bei der Anleitung erreichen sollen, bei den Pflegenden herbeigeführt werden.

Damit ein einheitliches Verständnis für die Anleitungssequenzen der Eltern entsteht, müssen die Lernziele für die Pflegesituationen und die Verhaltensweisen, die Eltern nach der Anleitung können müssen, festgelegt werden. Ebenso müssen die Bedingungen und die Kriterien, die für die Durchführung notwendig sind, festgestellt werden, damit die Eltern die Pflegemaßnahme in Zukunft selbst übernehmen können.²⁹⁹ Ein schrittweises Vorgehen bei der Anleitung sorgt dafür, dass die Eltern nicht überfordert werden. Die Eltern bevorzugen in der Anfangsphase des PICU Aufenthalts und bei instabilem Zustand des Kindes passive Tätigkeiten. Mit zunehmender Genesung des Kindes und im extubierten Zustand werden die Eltern sicherer und haben das Bedürfnis sich aktiv zu beteiligen.

Die Pflegemaßnahmen, die von den Eltern durchgeführt werden können, orientieren sich am Gesundheitszustand des Kindes und dem Kompetenzstand der Eltern. Sie werden von den Pflegenden ausgewählt und um die Bedürfnisse der Eltern erweitert. Damit die Eltern die Möglichkeit haben mitzubestimmen, findet im Vorfeld an die Durchführung eine Absprache zwischen den Pflegenden und den Eltern statt. Durch dieses Gespräch kann die Beziehung zwischen den Eltern und den Pflegenden aufgebaut werden. Dies kann ebenfalls situationsbedingt während einer Pflegerunde stattfinden. Wichtig ist, dass die Beteiligung oder Durchführung von Pflegemaßnahmen durch die Eltern in jedem Fall als Angebot an die Eltern zu verstehen und keinesfalls verpflichtend ist.

Um sicherzustellen, dass die Eltern und die Pflegenden die Pflegemaßnahmen kennen, die von den Eltern durchgeführt werden können, wird eine Übersicht über die möglichen passiven und aktiven

²⁹⁹ vgl. Schulz z. Wiesch, H. (2013)

Pflegemaßnahmen durch das Team der Station erarbeitet. Eine Grundlage dafür könnte die Aufstellung zu den passiven und aktiven Pflegemaßnahmen der Ergebnissynthese darstellen, die auf die Bedürfnisse der PICU des UKT angepasst werden sollten.

Damit die Anleitung auf einheitlichen Inhalten basiert und Verunsicherungen der Eltern vermieden werden, ist die Festlegung der Anleitungsziele und Anleitungsschritte erforderlich. Dies könnte in Form eines Informationsblatts gestaltet werden, damit die Pflegenden sowie die Eltern die Möglichkeit haben, die einzelnen Schritte nachzulesen.

Handlungsempfehlung 4: Kompetenzmanagement

Um zu gewährleisten, dass die elterliche Kompetenz durch die Anleitung weiterentwickelt wird, ist es wichtig, Lernschritte während der Anleitung einzuhalten.

Dadurch, dass den Eltern die notwendigen Kompetenzen vermittelt werden, die sie zur Pflege ihres Kindes benötigen, erlangen sie die Flexibilität in verschiedenen Situationen handeln zu können.³⁰⁰ Die Kompetenzen der Eltern entwickeln sich durch die wiederholte Durchführung von Maßnahmen, bei denen ihr vorhandenes Wissen und ihre erlernten Fertigkeiten zur Anwendung kommen. Die Durchführung der Maßnahme wird durch Motivation der Eltern getriggert und durch ihre Werte geleitet. Durch eine Reflexion der durchgeführten Maßnahme werden die neuen Erfahrungen zu den vorhandenen Ressourcen ergänzt, wodurch die Steigerung der Kompetenz stattfindet.³⁰¹

Zur Einschätzung der elterlichen Kompetenz ist es daher von zentraler Bedeutung, dass die Pflegenden eine aktuelle Standortbestimmung über den Kompetenzzustand der Eltern durchführen. Dies findet bestenfalls durch ein direktes Gespräch mit den Eltern statt. Indem die Eltern berichten, welche Maßnahmen sie durchgeführt haben, findet eine Wiederholung statt, die zum Lernerfolg beiträgt. Dabei wird das Anleitungsziel (Pflegemaßnahme), der Weg (unter Aufsicht/selbstständig) und wie dieses erreicht werden soll festgelegt. Zum Beispiel kann vereinbart werden, dass die Eltern das Eincremen des Kindes unter Aufsicht durchführen. Die Pflegenden begleiten die Eltern, während diese das Kind eincremen und geben situationsbedingt Rückmeldung, über positive Reaktionen des Kindes während der Maßnahme oder geben Rückmeldung zu notwendigen Anpassungen wie zum Beispiel dem Arbeitstempo oder der Berührungsqualität. Im Anschluss geben die Pflegenden den Eltern ein positives Feedback, indem sie die gelungenen Aspekte der Durchführung hervorheben.³⁰²

Handlungsempfehlung 5: Sicherung des Anleitungsprozesses

³⁰⁰ vgl. Schulz z. Wiesch, H. (2013)

³⁰¹ vgl. North, K.; Reinhardt, K.; Sieber-Suter, B. (2013), S. 46

³⁰² vgl. ebd. (2013), S. 25

Um sicherzustellen, dass die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes umgesetzt wird, müssen die Pflegenden der Station die positiven Auswirkungen der Elternpartizipation kennen und der Anleitungsprozess muss nachvollziehbar dargestellt werden.

Die Eltern sorgen sich, dass die Anleitung und Durchführung von Pflegemaßnahmen abhängig von der zuständigen Pflegeperson sind. Ein ungleiches Machtverhältnis zwischen den Eltern und dem Behandlungsteam verstärkt diese Sorge. Eine partnerschaftliche Beziehung zwischen den Pflegenden und den Eltern sowie eine positive Einstellung der Pflegenden leistet einen wichtigen Beitrag zum Erfolg der Partizipation. Die Eltern erreichen durch die Anleitung an ihrem Kind eine Normalisierung und Stabilisierung des Situationserlebens. Durch die aktive Beteiligung oder Durchführung der Pflegemaßnahmen sinken die Angst- und Stresswerte der Eltern und die Zufriedenheit steigt. Das Verantwortungsgefühl und die Autonomie der Eltern werden dadurch gestärkt.

Die Pflegenden der Station müssen über die positive Wirkung der Elternanleitung informiert werden. Die Entwicklung einer Kultur, in der die Partizipation der Eltern als wichtig anerkannt wird, ist für die Umsetzung notwendig. Die Partizipation kann durch die Einteilung einer kontinuierlichen Bezugsperson unterstützt werden und muss deshalb bei der Patientenzuordnung auf die Pflegenden berücksichtigt werden. Die vollständige Dokumentation des Anleitungsprozesses macht den aktuellen Stand nachvollziehbar und unterstützt die Pflegenden. Dafür muss ein Anleitungprotokoll von den Pflegenden der Station entwickelt werden. Dies soll die durchgeführte Maßnahme, das angeleitete Familienmitglied, die bei der Anleitung festgestellten Besonderheiten, die Methode sowie das erreichte Ergebnis im Anleitungprotokoll (Entwurf s. Anhang 28) nachweisen. Die Dokumentation sichert Informationen des Anleitungsprozesses für die Pflegenden, die bislang nicht an der Betreuung des Kindes und seiner Familie beteiligt waren und macht zusätzlich die edukative Arbeit der Pflegenden sichtbar.

Handlungsempfehlung 6: Implementierungsstrategie

Damit die Elternpartizipation von den Pflegenden akzeptiert und nachhaltig eingeführt wird, müssen Implementierungsschritte umgesetzt werden.

Die Umsetzung von Veränderungen in der Pflegepraxis stellt eine komplexe Herausforderung dar. Die Widerstände basieren auf einem Gefühl der Überforderung, dem Eindruck, dass sich zu viel, zu schnell ändert und einem Gefühl allen Veränderungen nicht gerecht werden zu können.³⁰³

Primär müssen Möglichkeiten zur Orientierung über die einzuführenden Handlungsempfehlungen und Instrumente zur Dokumentation und Anleitung für das Team gegeben werden. Hilfreich sind hierfür unterschiedliche Kommunikationswege wie zum Beispiel ein Impulsvortrag im Rahmen der Mittagsfortbildung oder Informationsflyer. Die Informationen müssen auf die unterschiedlichen Informationsstände der Mitarbeitenden ausgelegt sein. Der Sinn und Zweck der Handlungsempfehlungen muss für die Mitarbeitenden nachvollziehbar dargestellt werden. Engmaschige Wiederholungen des Impulsvortrags, der ein Zeitfenster zur Klärung offener Fragen und Möglichkeit zum Feedback beinhaltet, sollen dabei berücksichtigt werden.³⁰⁴

Damit erfolgreich gezeigt werden kann, dass die Umsetzung der Handlungsempfehlungen in der Praxis möglich ist, ist der Einsatz von Schlüsselpersonen von zentraler Bedeutung, die den Prozess vorleben und als Ansprechpartner dienen. Diese Schlüsselpersonen werden gezielt ausgewählt, um unterschiedliche Charaktere des Teams zu erreichen. Bei Bedarf erfolgt eine individuelle Schulung. Eine schriftlich vorliegende Form der Handlungsempfehlungen sowie die regelmäßige Auffrischung der Inhalte sorgen für Nachhaltigkeit bei der Implementierung.³⁰⁵

7.3 Anleitungsmethoden

Um sicherzustellen, dass die Elternanleitung in einer einheitlichen Qualität durchgeführt wird, benötigen die Pflegenden Anleitungskompetenz. Diese setzt sich zum einen aus Kenntnissen über Methoden der Anleitung und zum anderen aus Erfahrung in der Durchführung zusammen. Die Anleitungsmethoden müssen unter Berücksichtigung der Elternsituation sowie dem Zweck der Anleitung entsprechend ausgewählt werden. Im Folgenden werden drei geeignete Methoden vorgestellt.

³⁰³ vgl. Hoben, M.; Bär, M.; Wahl, H.-W. (2016), S. 13

³⁰⁴ vgl. Breimaier, H. E. (2016), S. 175

³⁰⁵ vgl. ebd. (2016), S. 175

7.3.1 Modeling mit Metalog

Die Eltern nehmen bei dieser Methode eine beobachtende Rolle ein und sind somit indirekt eingebunden. Bei dieser Methode spricht die Pflegende ihre Gedanken, Ideen, Eindrücke und Interpretationen, die ihr während der Pflegemaßnahmen durch den Kopf gehen, laut aus.³⁰⁶ Die Eltern bekommen dadurch einen Einblick über die Wirkung der Pflegemaßnahme auf das Kind und über die Handlungsalternativen, die möglich wären. Die Wahrnehmung der Eltern wird gelenkt und ihre Beobachtungen werden mit kontextorientiertem Wissen verknüpft. Dieses neue Wissen wird dann mit dem vorhandenen Wissen der Eltern abgeglichen und erweitert.³⁰⁷ Durch diese Methode wird es den Eltern möglich, ihr Kind inmitten des Intensivsettings wahrzunehmen und seine Bedürfnisse und Reaktionen zu erkennen, wodurch sie lernen die Situation besser einzuschätzen. Diese indirekte Methode der Anleitung eignet sich vor allem in der Anfangsphase des Intensivaufenthalts, wenn die Gefühlswelt der Eltern noch von Ängsten dominiert wird (vgl. Kap. 4.3).

7.3.2 Lernen am Modell

Bei dieser Methode bleiben die Eltern weiter in der passiven Rolle und lernen durch die Beobachtung der Pflegeperson, wie neue oder bekannte Pflegemaßnahmen an ihrem intensivpflichtigen Kind durchgeführt werden und worauf bei der Durchführung geachtet werden muss. Diese Methode eignet sich für Eltern, deren Stressniveau so weit gesunken ist, dass es ihnen möglich ist, ihre Aufmerksamkeit auf das Modell (Pflegeperson) zu lenken. Die Methode setzt voraus, dass die beobachtende Person sich auf die gezeigte Aufgabe konzentrieren kann und in der Lage ist, die Beobachtung im Gedächtnis zu speichern. Ohne Speicherung gelingt es den Eltern nicht, die gesehene Aufgabe abzurufen. Die Aufgabe muss den manuellen Fertigkeiten der Eltern entsprechen, damit diese in der Lage sind, diese zu reproduzieren. Störungen in Form von Alarmen oder Unterbrechungen der Anleitungssequenz gefährden die Aufmerksamkeit der Eltern (vgl. Kap. 4.2.5).³⁰⁸

7.3.3 Cognitive Apprenticeship

Diese Methode stellt den gesamten Prozess der Elternanleitung dar. Sie besteht aus sechs Phasen, bei denen sich die anleitende Pflegeperson schrittweise aus dem Prozess zurückzieht. Die Eltern erlangen

³⁰⁶ vgl. Schmal, J. (2019), S. 39

³⁰⁷ vgl. Leibig, A.; Sahmel, K.-H. (2019), S. 9

³⁰⁸ vgl. Kauffeld, S. (2016), S. 43

in jeder Phase mehr Selbstständigkeit und entscheiden über ihre eigene Lerngeschwindigkeit.³⁰⁹ Die erste Phase ist die „Modeling Phase“ (vgl.7.3.1). Ab der zweiten Phase, der „Coaching Phase“, wird die Pflegemaßnahme von den Eltern durchgeführt. Die Pflegeperson ist in dieser Phase direkt beteiligt, indem sie die Eltern bei der Durchführung berät und aktive Unterstützung anbietet. In der dritten Phase, der „Scaffolding und Fading“³¹⁰ Phase, steht die anleitende Pflegeperson beratend zur Seite. Die Eltern übernehmen die Durchführung der Pflegemaßnahmen selbstständig. Bei aufkommenden Unsicherheiten oder Fragen versucht die Pflegeperson primär durch Tipps zu unterstützen, ohne aktiv einzugreifen.³¹¹ In den Stufen vier „Artikulationsphase“ und fünf „Reflektionsphase“ findet Lernen durch die Artikulation der erlernten Inhalte der Pflegemaßnahme und durch die Reflektion relevanter Inhalte von Durchführungsaspekten der Pflegemaßnahme statt. In der sechsten Phase, der „Explorationsphase“ findet die Übertragung der erlernten Aspekte auf weitere Situationen, zum Beispiel der Positionsunterstützung des Kindes im Kinderwagen, statt.³¹² Der Zweck der Elternanleitung besteht darin, die Elternrolle zu stärken und eine aktive Beteiligung im Intensivsetting zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sind für die Anleitung auf der PICU die Phasen eins bis drei relevant. Für Eltern, bei denen davon ausgegangen werden muss, dass sie komplexe Pflegemaßnahmen auch zuhause weiterhin durchführen müssen, können die Anleitungsphasen weiter durchgeführt werden.

8 Fazit

Eltern, deren Kind auf einer Intensivstation behandelt wird, sind Stressoren ausgesetzt, die ihr Situationserleben beeinflussen. Die Reaktion auf die Stressoren kann zu psychischen und physischen Auswirkungen führen, die sich zum Beispiel in einer PTBS zeigen. Eltern tragen die Verantwortung für ihr Kind. Mit Liebe und Fürsorge sorgen sie dafür, dass ihr Kind sich entwickeln kann und vor Schaden bewahrt wird. Im Falle eines Intensivaufenthalts erleben die Eltern eine einschneidende Veränderung ihrer Elternrolle. Das Kind befindet sich in einer lebensbedrohlichen Situation und ist von der Expertise des Behandlungsteams abhängig. Dies führt bei den Eltern zu Schuldgefühlen, Ängsten und Hilflosigkeit. Sie erleben ihr Kind inmitten von Maschinen und Geräten, die zur Behandlung notwendig sind. Die Behandlung durch Medikamente sowie Zu- und Ableitungen verändern sowohl das Aussehen als auch das Verhalten des Kindes. Die Eltern sind unsicher, wie sie sich in dieser Situation verhalten können. Sie erleben, wie ihr Kind Leid und Schmerzen aushalten muss, ohne in der Lage zu sein, ihrem Kind helfen zu können. Die Abläufe und Strukturen der PICU sowie ein interdisziplinäres Behandlungsteam

³⁰⁹ vgl. Leibig, A.; Sahmel, K.-H. (2019), S. 10

³¹⁰ Zurücknehmende Unterstützung

³¹¹ vgl. Denzel, S. (2019), S. 94

³¹² vgl. Schewior-Popp, S. (2011), S. 9 f.

sind 24 Stunden rund um das Kind aktiv, wodurch sich die Eltern in eine passive Rolle gedrängt fühlen. Ein Mangel an Informationen, wechselndes Personal, Alarme und Geräusche führen zur Überforderung der Eltern. Hinzukommt die Herausforderung der Eltern, allen Familienmitgliedern gerecht werden zu können.

Die vier Kernkonzepte der familienzentrierten Pflege greifen diese Problematik auf und empfehlen Behandlungsstrategien, um das Situationserleben der Eltern zu verbessern und Folgeschäden für die Familie zu vermeiden. Eines der Kernkonzepte ist die Partizipation der Eltern. Partizipation findet dann statt, wenn den Eltern Mitbestimmung ermöglicht wird. In diesem Zusammenhang untersucht diese Arbeit die Frage, welchen Einfluss die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf das Situationserleben der Eltern hat und wie diese auf der Intensivstation umgesetzt werden kann.

Durch die Literaturrecherche kann festgestellt werden, dass die Studienlage zur Partizipation der Eltern an der Pflege keine direkte Betrachtung des Zusammenhangs der Partizipation an der Pflege und dem Einfluss auf das Situationserleben ermöglicht. Es stehen qualitative Untersuchungen zur Verfügung, anhand derer die Erfahrungen der Eltern mit dem PICU Aufenthalt beschrieben werden können. Eltern erleben es als wertvoll, wenn es ihnen ermöglicht wird, sich aktiv an der Pflege ihres Kindes zu beteiligen. Sie benötigen dazu die Unterstützung durch die Pflegenden. Pflegende können dadurch, dass sie die Maßnahmen und die Beobachtungen, die sie während einer Pflegerunde durchführen, laut aussprechen, den Eltern Einblicke in die Reaktionen und das Verhalten des Kindes geben. Dies ermöglicht den Eltern, die Bedürfnisse ihres Kindes und die Situation besser einzuschätzen. Die Eltern erleben sich als selbstwirksam, wenn sie aktiv an der Pflege des Kindes beteiligt sind. Quantitative Untersuchungen haben ermittelt, welche Pflegetätigkeiten die Eltern abhängig von der Genesungsphase ihres Kindes durchführen wollen. Zu Beginn des PICU Aufenthaltes ist das Stressniveau am höchsten. Die Eltern beteiligen sich überwiegend mit passiven Pflegetätigkeiten. Sie trösten und beruhigen ihr Kind, halten die Hand, sie singen oder lesen dem Kind Geschichten vor. Mit zunehmender Genesung des Kindes erlangen die Eltern im Verlauf des PICU Aufenthalts mehr Sicherheit und Vertrauen. In dieser Phase wollen sie aktive Tätigkeiten übernehmen, wie zum Beispiel ihrem Kind die Nahrung zu geben, die Windel zu wechseln oder die Körperpflege durchzuführen.

Die Zu- und Ableitungen stellen eine Barriere für die Beteiligung der Eltern dar. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass die Eltern durch die Pflegenden angeleitet werden, wie sie ihr Kind berühren und Pflegemaßnahmen im intensivmedizinischen Setting durchführen können. Durch die unter Aufsicht durchgeführte oder selbstständige Pflege gelingt es den Eltern, in ihre Elternrolle zurückzufinden. Sie können die Pflege individuell an die Bedürfnisse des Kindes anpassen und eigene Werte und

Vorstellungen integrieren. Die Akzeptanz der elterlichen Expertise und die damit verbundene Möglichkeit der Mitbestimmung machen Partizipation möglich. Die positiven Ergebnisse der Partizipation werden sowohl durch die Eltern in den qualitativen Studien bestätigt als auch durch die Forschenden gemessen. Die Stresswerte der Eltern gehen durch die Partizipation an der Pflege zurück. Sie erleben weniger Angst und die Selbstwirksamkeit steigt. Die Diskussion der Ergebnisse macht deutlich, dass zur Umsetzung der Elternpartizipation Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen. Es empfiehlt sich eine SWOT-Analyse durchzuführen, auf deren Basis die Entwicklung eines Konzepts stattfindet.

Damit die Erkenntnisse dieser Arbeit in Bezug auf die Elternanleitung in der Praxis angewendet werden können, sind Handlungsempfehlungen notwendig, die eine einheitliche, strukturierte und ergebnisorientierte Elternanleitung sicherstellen. Die Pflegenden müssen das Situationserleben von Eltern auf der PICU sowie die damit verbundene Absicht der Elternanleitung kennen. Die aktive Beteiligung der Eltern und die Möglichkeit zur Mitbestimmung führen dazu, dass die Eltern sich in ihrer Rolle gestärkt fühlen, wodurch das Selbstwirksamkeitserleben der Eltern gefördert wird. Bei der Anleitung müssen die Pflegenden auf die aktuelle Gefühlswelt der Eltern Rücksicht nehmen. Damit wird sichergestellt, dass die Ängste und Sorgen der Eltern, das Kind mit den Zu- und Ableitungen zu berühren, ihm eventuell Schmerzen zuzufügen oder „etwas kaputt“ zu machen, berücksichtigt werden. Ein einheitliches Vorgehen und ein Konsens über geeignete passive und aktive Pflegemaßnahmen unterstützen die Pflegenden und die Eltern dabei, eine situationsangepasste Auswahl der Pflegemaßnahmen zu treffen. Einheitliche Inhalte gewährleisten, dass keine unterschiedlichen Aussagen getroffen werden, die die Eltern verunsichern. Grundsätzlich müssen die Anleitung und Durchführung der Pflege durch die Eltern als Angebot und keinesfalls verpflichtend verstanden werden. Die Förderung der elterlichen Kompetenz sollte als wesentlicher Bestandteil des Anleitungsprozesses angesehen werden. Unterstützt wird der Anleitungsprozess durch eine kontinuierliche Bezugsperson sowie eine transparente und nachvollziehbare Dokumentation. Akzeptanz und Nachhaltigkeit der Elternpartizipation wird erreicht, indem Implementierungsschritte eingehalten werden.

Die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes verbessert das Situationserleben der Eltern. Dadurch, dass sie sich als aktiv beteiligte Personen im Behandlungsprozess ihres Kindes wahrnehmen und die Möglichkeit zur Mitbestimmung erhalten, wird ihre Elternrolle gestärkt. Die Partizipation der Eltern wird durch die Pflegenden der Intensivstation durch Anleitung in die Pflegemaßnahmen unterstützt und gefördert.

9 Ausblick

Die Erkenntnisse dieser Arbeit legen nahe, dass die Partizipation der Eltern an der Pflege ihres Kindes relevant ist, um das Situationserleben der Eltern zu verbessern. Strukturierte Anleitungen durch die Pflegenden spielen hierbei eine wichtige Rolle. Aktuell gibt es keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, die diesen Zusammenhang beweisen. Wünschenswert wäre eine wissenschaftliche Untersuchung, um die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit zu bestätigen. Dies könnte im Zuge des wissenschaftlich begleiteten Projekts für Familienzentrierte-Intensivmedizin auf der PICU in Tübingen erfolgen. Diesem liegt der Schwerpunkt der Stärkung der elterlichen Kompetenz und die Einbindung der Eltern in die Pflege und Versorgung ihrer Kinder zugrunde.

Anhang

Anhang 1: Suchprotokoll (Teil 1: APA PsycINFO)	198
Anhang 2: Suchprotokoll (Teil 2: CINAHL)	199
Anhang 3: Suchprotokoll (Teil 3: PubMed)	200
Anhang 4: Ein-/Ausschlusskriterien.....	201
Anhang 5: Flussdiagramm zur Darstellung der Literatursauswahl	202
Anhang 6: Studienanalyse (Teil 1: Ames et al.)	203
Anhang 7: Studienanalyse (Teil 2: Dahav und Sjöström-Strand).....	206
Anhang 8: Studienanalyse (Teil 3: Geoghegan et al.).....	209
Anhang 9: Studienanalyse (Teil 4: Mattsson et al.).....	212
Anhang 10: Studienanalyse (Teil 5: Molina und Marcon)	214
Anhang 11: Studienanalyse (Teil 6: Hill et al.).....	217
Anhang 12: Studienanalyse (Teil 7: Bernardo et al.).....	219
Anhang 13: Studienanalyse (Teil 8: Martens et al.)	223
Anhang 14: Studienanalyse (Teil 9: Uhm und Choi).....	227
Anhang 15: Studienanalyse (Teil 10: Uhm und Kim).....	232
Anhang 16: Studienbewertung (Teil 1: Ames et al.).....	238
Anhang 17: Studienbewertung (Teil 2: Dahav und Sjöström-Strand).....	240
Anhang 18: Studienbewertung (Teil 3: Geoghegan et al.)	242
Anhang 19: Studienbewertung (Teil 4: Mattsson et al.)	244
Anhang 20: Studienbewertung (Teil 5: Molina und Marcon).....	246
Anhang 21: Studienbewertung (Teil 6: Hill et al.)	248
Anhang 22: Studienbewertung (Teil 7: Bernardo et al.).....	250
Anhang 23: Studienbewertung (Teil 8: Martens et al.).....	252
Anhang 24: Studienbewertung (Teil 9: Uhm und Choi)	254
Anhang 25: Studienbewertung (Teil 10: Uhm und Kim)	256
Anhang 26: Ausschnitt aus der Informationsbroschüre zum Delirmanagement.....	258
Anhang 27: aktuelle Dokumentation der Elternanleitung in ICCA (IntelliSpace Critical Care and Anesthesia).....	258
Anhang 28: Entwurf Anleitungsprotokoll (Vorbereitet für die Implementierung in ICCA).....	259

Anhang 1: Suchprotokoll (Teil 1: APA PsycINFO)

Datenbank	Filter	gefundene Studien	relevante Studien
APA PsycINFO	„2006“ „Englisch“ „Spanisch“	44	5
<p>Suchterm:</p> <p>((TI ("pediatric intensive care*" OR picu OR "pediatric critical care unit*" OR "paediatric intensive care unit*") OR AB ("pediatric intensive care*" OR picu OR "pediatric critical care unit*" OR "paediatric intensive care unit*")) AND (TI (child* OR infant* OR newborn* OR adolescent*) OR AB (child* OR infant* OR newborn* OR adolescent*)) AND ((DE "Parents") OR TI (parent* OR mother OR father) OR AB (parent* OR mother OR father)) AND ((DE "Parental Involvement") OR TI (care N5 participation) OR AB (care N5 participation) OR TI ((parent* N2 (care OR involvement OR support OR perception)) OR (providing N2 support)) OR AB ((parent* N2 (care OR involvement OR support OR perception)) OR (providing N2 support))))</p>			
<p>Relevante Studien:</p> <p>Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011): A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit.</p> <p>Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018): Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world.</p> <p>Hill, C.; Knafl, K. A.; Judge Santacroce, Sheila; Santacroce, S. J. (2017): Family-Centered Care from the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review.</p> <p>Mattsson, J. Y.; Arman, M.; Castren, M.; Forsner, M. (2014): Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study.</p> <p>Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2018 // 2019): Impact of the mother-nurse partnership programme on mother and infant outcomes in paediatric cardiac intensive care unit.</p>			

Anhang 2: Suchprotokoll (Teil 2: CINAHL)

Datenbank	Filter	gefundene Studien	relevante Studien
CINAHL	„2006“ „Englisch“ „Spanisch“	136	7
<p>Suchterm:</p> <p>((MH "Intensive Care Units, Pediatric") OR TI ("pediatric intensive care*" OR picu OR "pediatric critical care unit*" OR "paediatric intensive care unit*")) OR AB ("pediatric intensive care*" OR picu OR "pediatric critical care unit*" OR "paediatric intensive care unit*")) AND ((MH "Child, Hospitalized") OR (MH "Infant, Hospitalized") OR (MH "Infant, Newborn") OR (MH "Adolescent, Hospitalized")) OR TI (child* OR infant* OR newborn* OR adolescent*) OR AB (child* OR infant* OR newborn* OR adolescent*) AND ((MH "Parents+") OR TI (parent* OR mother OR father) OR AB (parent* OR mother OR father)) AND ((MH "Participation: Health Care Decisions (Iowa NOC)") OR TI (care N5 participation) OR AB (care N5 participation) OR TI ((parent* N2 (care OR involvement OR support OR perception)) OR (providing N2 support)) OR AB ((parent* N2 (care OR involvement OR support OR perception)) OR (providing N2 support))))</p>			
<p>Relevante Studien:</p> <p>Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011): A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit.</p> <p>Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018): Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world.</p> <p>Hill, C.; Knafelz, K. A.; Judge Santacroce, Sheila; Santacroce, S. J. (2017): Family-Centered Care from the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review.</p> <p>Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008 // 2017): Parental participation in care in the pediatric intensive care unit.</p> <p>Mattsson, J. Y.; Arman, M.; Castren, M.; Forsner, M. (2014): Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study.</p> <p>Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009): Benefits of mothers' permanence and participation in the care for their hospitalized child.</p> <p>Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2018 // 2019): Impact of the mother-nurse partnership programme on mother and infant outcomes in paediatric cardiac intensive care unit.</p>			

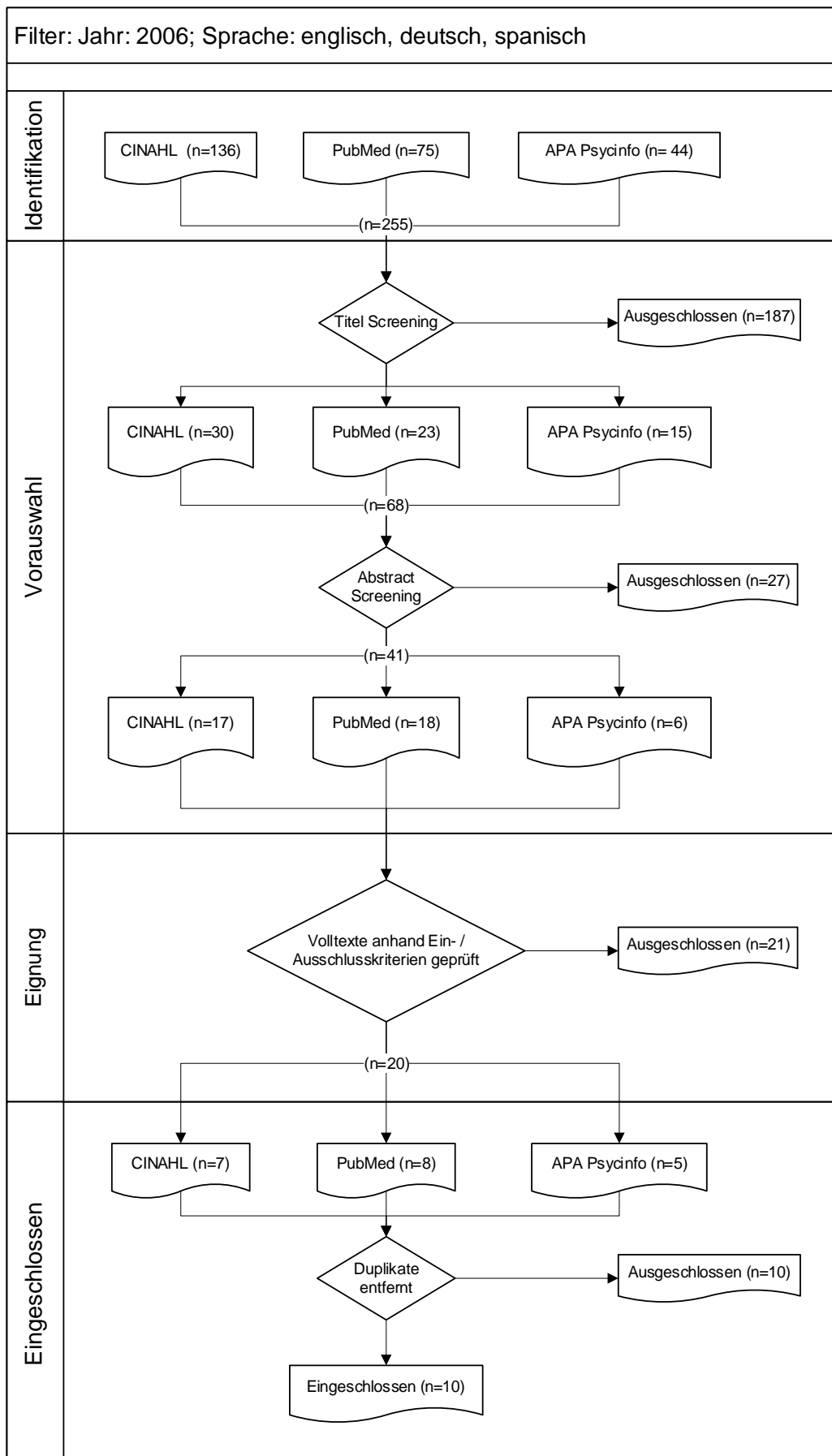
Anhang 3: Suchprotokoll (Teil 3: PubMed)

Datenbank	Filter	gefundene Studien	relevante Studien
PubMed	„2006“ „Englisch“ „Spanisch“	75	8
<p>Suchterm:</p> <p>((("intensive care units, pediatric"[MeSH Terms:noexp] OR "pediatric intensive care"[Title/Abstract] OR "PICU"[Title/Abstract] OR "pediatric intensive care unit"[Title/Abstract] OR "paediatric intensive care unit"[Title/Abstract]) AND ("Child"[MeSH Terms] OR "Adolescent"[MeSH Terms] OR "infant, newborn"[MeSH Terms:noexp] OR "newborn"[Title/Abstract] OR "child*"[Title/Abstract] OR "adolescent*"[Title/Abstract]) AND ("Parents"[MeSH Terms] OR "parent*"[Title/Abstract] OR "mother"[Title/Abstract] OR "father"[Title/Abstract]) AND (("care"[Title/Abstract] AND "participation"[Title/Abstract]) OR "participation in care"[Title/Abstract] OR "parental care"[Title/Abstract] OR "parental involvement"[Title/Abstract] OR "parental support"[Title/Abstract] OR "parents perception"[Title/Abstract] OR "needs of parents"[Title/Abstract] OR "providing support"[Title/Abstract]))))</p>			
<p>Relevante Studien:</p> <p>Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011): A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit.</p> <p>Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018): Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world.</p> <p>Geoghegan, S.; Oulton, K.; Bull, C.; Brierley, J.; Peters, M.; Wray, J. (2016): The Experience of Long-Stay Parents in the ICU: A Qualitative Study of Parent and Staff Perspectives.</p> <p>Hill, C.; Knafelz, K. A.; Judge Santacroce, Sheila; Santacroce, S. J. (2017): Family-Centered Care from the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review.</p> <p>Mattsson, J. Y.; Arman, M.; Castren, M.; Forsner, M. (2014): Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study.</p> <p>Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009): Benefits of mothers' permanence and participation in the care for their hospitalized child.</p> <p>Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019): Mothers' needs regarding partnerships with nurses during care of infants with congenital heart defects in a paediatric cardiac intensive care unit.</p> <p>Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2018 // 2019): Impact of the mother-nurse partnership programme on mother and infant outcomes in paediatric cardiac intensive care unit.</p>			

Anhang 4: Ein-/Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Studiendesign: Quantitative Studien, Qualitative Studien	Setting: NICU, Palliative, Kinder auf einer ICU (Erwachsene)
Sprache: deutsch, englisch, spanisch	Patienten: palliativ Pflege Langzeitpflege von geistig und körperlich behinderten, chronisch kranken Kindern
Situationserleben von Eltern oder Familienangehörige auf einer PICU	Spirituelle und kulturelle Einflüsse die stark von der europäischen Kultur abweichen
Wünsche und Bedürfnisse von Eltern zu pflegerischen Aspekte, Pflegetätigkeiten durch Eltern	
Partizipation der Eltern an der Pflege in FCC Programmen	

Anhang 5: Flussdiagramm zur Darstellung der Literatursuche



Anhang 6: Studienanalyse (Teil 1: Ames et al.)

Quelle	Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011): A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. In: Intensive & critical care nursing, 27. Jg. (2011), Heft 3, S. 143-150.																																																									
Keywords	Parent experience; Parents' perception; Paediatric intensive care unit; PICU; Intensive care; Parental role																																																									
Fragestellung / Zielsetzung	Das Ziel dieser Studie war es, die Wahrnehmung der elterlichen Rolle auf der pädiatrischen Intensivstation (PICU) zu untersuchen 1. Wie nehmen Eltern ihre Rolle auf der PICU wahr? 2. Wie nehmen die Eltern die Veränderung ihrer Rolle auf der PICU wahr? 3. Wie können Pflegende die Elternschaft unterstützen?																																																									
Design	qualitatives, interpretatives Design, halbstrukturierte Interviews																																																									
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Kanadische Universitätsklinik • Interdisziplinäre PICU 																																																									
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Stichprobe <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>Elternteile</td><td>7</td></tr> <tr><td> Mütter</td><td>5</td></tr> <tr><td> Väter</td><td>2</td></tr> <tr><td>Alter:</td><td></td></tr> <tr><td> Jahre</td><td>26 - 53 Jahre</td></tr> <tr><td>Familienstand</td><td></td></tr> <tr><td> verheiratet</td><td>6</td></tr> <tr><td> geschieden</td><td>1</td></tr> <tr><td>Weitere Kinder</td><td></td></tr> <tr><td> Anzahl</td><td>1-3</td></tr> <tr><td> Alter</td><td>8 Monate – 16 Jahre</td></tr> <tr><td>Bildungsstand</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>-</td></tr> <tr><td>Einkommen</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>-</td></tr> </table> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>Kinder</td><td>7</td></tr> <tr><td>Alter:</td><td></td></tr> <tr><td> </td><td>13 Tage bis 16 Jahre</td></tr> <tr><td>Diagnosen</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>interdisziplinär</td></tr> <tr><td>Frühere PICU Aufnahmen</td><td></td></tr> <tr><td> Ja</td><td>2</td></tr> <tr><td> Nein</td><td>5</td></tr> <tr><td>Art der Aufnahme</td><td></td></tr> <tr><td> Geplant</td><td>2</td></tr> <tr><td> Notfall</td><td>5</td></tr> <tr><td>Aufenthaltsdauer</td><td></td></tr> <tr><td> Tage</td><td>3 – 11</td></tr> </table>		Elternteile	7	Mütter	5	Väter	2	Alter:		Jahre	26 - 53 Jahre	Familienstand		verheiratet	6	geschieden	1	Weitere Kinder		Anzahl	1-3	Alter	8 Monate – 16 Jahre	Bildungsstand			-	Einkommen			-	Kinder	7	Alter:			13 Tage bis 16 Jahre	Diagnosen			interdisziplinär	Frühere PICU Aufnahmen		Ja	2	Nein	5	Art der Aufnahme		Geplant	2	Notfall	5	Aufenthaltsdauer		Tage	3 – 11
Elternteile	7																																																									
Mütter	5																																																									
Väter	2																																																									
Alter:																																																										
Jahre	26 - 53 Jahre																																																									
Familienstand																																																										
verheiratet	6																																																									
geschieden	1																																																									
Weitere Kinder																																																										
Anzahl	1-3																																																									
Alter	8 Monate – 16 Jahre																																																									
Bildungsstand																																																										
	-																																																									
Einkommen																																																										
	-																																																									
Kinder	7																																																									
Alter:																																																										
	13 Tage bis 16 Jahre																																																									
Diagnosen																																																										
	interdisziplinär																																																									
Frühere PICU Aufnahmen																																																										
Ja	2																																																									
Nein	5																																																									
Art der Aufnahme																																																										
Geplant	2																																																									
Notfall	5																																																									
Aufenthaltsdauer																																																										
Tage	3 – 11																																																									

Ein -/ Ausschluss Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezogen wurden englischsprachige Eltern deren Kinder kurz vor der Entlassung waren. • Ausgeschlossen wurden Eltern von Kindern unter Missbrauchs Verdacht.
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Interviewleitfaden (abgebildet)
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Literatur Review • Ethische Genehmigung • Schriftliche Einverständniserklärung der Eltern und offene Ausstiegsmöglichkeit • Tiefgehende halbstrukturierte Interviews • Entwicklung der Interviewfrage + offenen Fragen, um alle Eindrücke der Eltern zu erörtern • Zirkuläre Vorgehensweise mit Follow-UP+ Probes zur Erweiterung relevanter Fragen • Acht offen formulierte Fragen • Interviewleitfaden vorhanden • Interviewdauer 25 – 60 Minuten • Audioaufnahme • Feldnotizen • Interviewleitfaden im Artikel abgebildet
Analyse	<p>Fallorientierte Analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenbeschreibung anhand konstanten Vergleiches • Wortwörtliche Transkribieren der Tonbandaufnahmen • Lesen aller Feldnotizen • Line-by-Line coding, zeilenweise Kodierung der Rohdaten • Offenes und axiales kodieren <ul style="list-style-type: none"> ○ Markierung und Kodierung relevanter Textstellen ○ Kombination der Codes ○ Clustern in Themen <p>Teamarbeit Evaluation der Strenge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triangulation der Forschenden, um Voreingenommenheit zu verringern • Überprüfung der Ergebnisse durch die Eltern
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation der Eltern in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern wollen ihrem Kind nahe sein • Hindernisse: Sedierung, Kabel und Schläuche • Pflege durch die Eltern ist wichtig und wertvoll • Drei Wege der Beteiligung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anwesend sein ○ Aktiv pflegen ○ Tost spenden und Erklären • Eltern trennen die Aufgaben von Personal und sich als Eltern • Stärkung der Elternrolle durch Beruhigung des Kindes und Verbesserung der Situation durch Erklärungen • Eltern haben elterliche Expertise und wollen dies bei der Behandlung einbringen • Eine vertrauensvolle Beziehung erleichtert den Eltern die Abgabe der Verantwortung mit dem Team → Eltern wollen geteilte Verantwortung
Ergebnisse	Drei Dimensionen der elterlichen Wahrnehmung

	<ul style="list-style-type: none"> • die Anwesenheit und Teilnahme an der Pflege des Kindes <ul style="list-style-type: none"> ○ Anwesend sein und Trost spenden ○ aktive Pflege ○ Erklärungen und Beruhigen des Kindes • die Bildung einer vertrauensvollen Partnerschaft mit dem Pflgeteam der PICU <ul style="list-style-type: none"> ○ Fachwissen mit den Eltern teilen ○ Vertrauen zum Team aufbauen ○ Auf sich selbst aufpassen • die Information über den Fortschritt und den Behandlungsplan des Kindes als die Person, die das Kind am besten "kennt" <ul style="list-style-type: none"> ○ Zustand des Kindes kennen ○ Maßnahmen verstehen ○ Wissen was kommt
Schlussfolgerungen	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Einblicke in die Wahrnehmung der Eltern wie ihre Rolle verändert wird und was sich daraus für Implikationen für die Praxis ableiten lassen <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilnahme an der Pflege ○ Aufbau einer vertrauensvollen Partnerschaft mit dem Team ○ Elterliche Expertise einbringen

Anhang 7: Studienanalyse (Teil 2: Dahav und Sjöström-Strand)

Quelle	Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018): Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world. In: Scandinavian journal of caring sciences, 32. Jg. (2018), Heft 1, S. 363-370.																																														
Keywords	parents' experiences, paediatric intensive care, content analysis, family-centered care, qualitative study.																																														
Fragestellung / Zielsetzung	Ziel dieser Studie war es die Erfahrungen von Eltern deren Kind auf einer Intensivstation aufgenommen wurde zu beschreiben.																																														
Design	Exploratives Design, halbstrukturierte Interviews																																														
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Universitätskrankenhaus in Südschweden • PICU 																																														
Stichprobe	<table border="1"> <tr> <td>Elternteile</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Mütter</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Väter</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Paare</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Familienstand</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Weitere Kinder</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Bildungsstand</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Einkommen</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Kinder</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 Neugeborene</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>1 Kind</td> <td>16 Monate</td> </tr> <tr> <td>Diagnosen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Herzerkrankung</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Zwerchfellhernie</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Frühere PICU Aufnahmen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unterschiedlich, nicht spezifiziert</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Art der Aufnahme</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Geplant</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Notfall</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Aufenthaltsdauer</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tage</td> <td>4 - 16</td> </tr> </table>	Elternteile	15	Mütter	7	Väter	2	Paare	3	Alter:	-	Familienstand	-	Weitere Kinder	-	Bildungsstand	-	Einkommen	-	Kinder	12	Alter:		11 Neugeborene	11	1 Kind	16 Monate	Diagnosen		Herzerkrankung	11	Zwerchfellhernie	1	Frühere PICU Aufnahmen		Unterschiedlich, nicht spezifiziert		Art der Aufnahme		Geplant	1	Notfall	11	Aufenthaltsdauer		Tage	4 - 16
Elternteile	15																																														
Mütter	7																																														
Väter	2																																														
Paare	3																																														
Alter:	-																																														
Familienstand	-																																														
Weitere Kinder	-																																														
Bildungsstand	-																																														
Einkommen	-																																														
Kinder	12																																														
Alter:																																															
11 Neugeborene	11																																														
1 Kind	16 Monate																																														
Diagnosen																																															
Herzerkrankung	11																																														
Zwerchfellhernie	1																																														
Frühere PICU Aufnahmen																																															
Unterschiedlich, nicht spezifiziert																																															
Art der Aufnahme																																															
Geplant	1																																														
Notfall	11																																														
Aufenthaltsdauer																																															
Tage	4 - 16																																														
Ein- / Ausschluss Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschlossen wurden schwedisch sprechende Eltern deren Kinder > drei Tage aufgenommen wurden. • Ausgeschlossen wurden Eltern von Kindern, die auf der PICU verstorben waren. 																																														

Instrumente	Interviewleitfaden (nicht abgebildet)
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Mündliche und schriftliche Information über die Studie • Ethische Genehmigung • Einverständnis aller Teilnehmenden und offene Ausstiegsmöglichkeit • Zeitraum (01-06/2015) • Ort zuhause oder auf der PICU (nach Wunsch der Eltern), 2 telefonisch • Zeitpunkt der Interviews (1-4 Wochen nach Entlassung) • Erstellung eines Interviewleitfadens basierend auf vorhanden Forschungsergebnissen und eigenen Erfahrungen • Offene Fragen, Folgefragen bei Bedarf • Einstiegsfrage abgebildet • Interviewdauer 33-62 Minuten • Aufzeichnung • Eine Durchführende Forscherin (Erstautorin)
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Wortwörtliche Transkribieren durch Erstautorin • Auswertung qualitative Inhaltsanalyse • Induktiver Ansatz, inhaltsanalytisches Modell • Wiederholtes lesen der Transkriptionen • Extrahierung bedeutender Angaben • Abstraktion und Kodierung der Einheiten • Kategorienbildung • Diskussion und Reflektion der Codes durch zweite Forscherin • Abschließende Themenformulierung
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation der Eltern in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation an der Pflege ist wichtig für die Eltern und das Kind • Dankbarkeit, wenn dies von Seiten des Personals ermöglicht wurde • Eltern wollen ihre Meinung mitteilen und wünschen, dass diese respektiert wird • Bei stabilem Zustand des Kindes Übernahme einfacher Pflegetätigkeiten • Dadurch bekommen Eltern Halt und Anerkennung der Elternrolle • Pflegenden spielen eine wichtige Rolle, um Eltern und Kind Nähe zu ermöglichen • Pflegenden leiten Eltern an • Wenn Eltern als Zuschauer agieren, fühlen sie sich ihrem Kind fremd und ausgeschlossen • Eltern von Neugeborenen fällt der Aufbau von Bindung schwer • Kontinuität der Pflegenden verbessert die Partizipation der Eltern
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Analyse ergab zwei Kategorien: "beteiligt sein" und „informiert sein“ mit sieben Unterkategorien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fürsorge für die Eltern ○ Sicherheit und Vertrauen ○ Veränderung der der elterlichen Rolle ○ Stress und Angst ○ Bedeutung von Wissen

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Interaktion im Pflegeprozess ○ Vorbereitet sein ● Die Aufnahme eines Kindes auf einer pädiatrischen Intensivstation ist eine stressige Situation. Damit die Eltern in der Lage sind mit der Angst und dem Stress umgehen zu können müssen sie informiert und in die Betreuung ihres Kindes einbezogen werden.
Schlussfolgerungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Erfahrungen der Eltern sind voller Emotionen ● Gute Information, Einbeziehung und positive Erfahrung bei der Verlegung reduzieren den Stress und die Angst der Eltern ● Ergebnisse können für ein Nachsorgeangebot für Kinder und Eltern genutzt werden

Anhang 8: Studienanalyse (Teil 3: Geoghegan et al.)

Quelle	Geoghegan, S.; Oulton, K.; Bull, C.; Brierley, J.; Peters, M.; Wray, J. (2016): The Experience of Long-Stay Parents in the ICU: A Qualitative Study of Parent and Staff Perspectives. In: Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies, 17. Jg. (2016), Heft 11, e496-e501.																																															
Keywords	families; long stay; staff; qualitative																																															
Fragestellung / Zielsetzung	Ziel dieser Studie war es die Erfahrungen von Eltern deren Kind über einen langen Zeitraum (Langzeitaufenthalt: >28d PICU/NICU bzw. >14d CICU) auf einer Intensivstation aufgenommen wurde zu verstehen und Mechanismen zur Unterstützung zu finden. Es wurde die Perspektive der Eltern und des Personals betrachtet.																																															
Design	Qualitatives Design, halbstrukturierte Interviews																																															
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderkrankenhaus in London • 3 Stationen <ul style="list-style-type: none"> ○ PICU (Pädiatrie) ○ CICU (Kardiologie) ○ NICU (Neonatologie) 																																															
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Auswahl <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Mitarbeitende</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td> ärztliches Personal</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td> Pflegerische</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td> Allied-Health Professionals</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Berufserfahrung:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">9 Monate - 21 Jahre</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Elternteile</td> <td style="text-align: right;">26</td> </tr> <tr> <td> Mütter</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td> Väter</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td> Paare</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Alter:</td> </tr> <tr> <td> 5</td> <td style="text-align: right;"><30 Jahre</td> </tr> <tr> <td> 4</td> <td style="text-align: right;">31 – 40 Jahre</td> </tr> <tr> <td> 8</td> <td style="text-align: right;">41 – 50 Jahre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Familienstand</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Weitere Kinder</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bildungsstand</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Einkommen</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">-</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Kinder</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> </table>		Mitarbeitende	17	ärztliches Personal	3	Pflegerische	7	Allied-Health Professionals	7	Berufserfahrung:		9 Monate - 21 Jahre		Elternteile	26	Mütter	7	Väter	3	Paare	8	Alter:		5	<30 Jahre	4	31 – 40 Jahre	8	41 – 50 Jahre	Familienstand		-		Weitere Kinder		-		Bildungsstand		-		Einkommen		-		Kinder	18
Mitarbeitende	17																																															
ärztliches Personal	3																																															
Pflegerische	7																																															
Allied-Health Professionals	7																																															
Berufserfahrung:																																																
9 Monate - 21 Jahre																																																
Elternteile	26																																															
Mütter	7																																															
Väter	3																																															
Paare	8																																															
Alter:																																																
5	<30 Jahre																																															
4	31 – 40 Jahre																																															
8	41 – 50 Jahre																																															
Familienstand																																																
-																																																
Weitere Kinder																																																
-																																																
Bildungsstand																																																
-																																																
Einkommen																																																
-																																																
Kinder	18																																															

	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Alter:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Neugeborene bis 28 Monate</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Diagnosen</td> </tr> <tr> <td colspan="2">-</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Frühere PICU Aufnahmen</td> </tr> <tr> <td>Ja</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Art der Aufnahme</td> </tr> <tr> <td colspan="2">-</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Aufenthaltsdauer</td> </tr> <tr> <td>Tage</td> <td>23 - 128</td> </tr> </table>	Alter:		Neugeborene bis 28 Monate		Diagnosen		-		Frühere PICU Aufnahmen		Ja	3	Nein	15	Art der Aufnahme		-		Aufenthaltsdauer		Tage	23 - 128
Alter:																							
Neugeborene bis 28 Monate																							
Diagnosen																							
-																							
Frühere PICU Aufnahmen																							
Ja	3																						
Nein	15																						
Art der Aufnahme																							
-																							
Aufenthaltsdauer																							
Tage	23 - 128																						
Ein- / Ausschluss Kriterien	Eingeschlossen wurden Kinder die über einen langen Zeitraum (>28d PICU/NICU bzw. >14d CICU) auf der Intensivstation behandelt wurden																						
Instrumente	Themenleitfaden																						
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Mündliche Information über die Studie • Ethische Genehmigung • Einverständnis aller Teilnehmenden • Teilnehmende wurden anonymisiert und durch die Buchstaben P=Parents /S=Staff gekennzeichnet • Themenleitfaden + offene Fragen • Interviewdauer 30-60 Minuten Personal, 60-120 Minuten Eltern • Eltern wurden zuhause oder in der Klinik befragt, face to face • Zeitraum der Datenerhebung unklar (über 18 Monate) • Eine Person zur Datenerhebung 																						
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Tonband Aufzeichnung • Wortwörtlich transkribiert • Framework Ansatz <ul style="list-style-type: none"> ○ Einarbeitung, Identifizierung eines thematischen Rahmens, Indizierung, Diagrammerstellung sowie Kartierung und Interpretation • Entwicklung von Frameworks und Rastern →Zusammenfassung der beschreibenden Überschriften • Eintragen der Daten in das jeweilige Raster • Extrahierung von Schlüsselthemen • Prüfung der Beziehung zwischen den Themen 																						
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation der Eltern in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschied bei der Partizipation zwischen „Langzeiteltern“ und „Kurzlieger“ • Kurzlieger werden erst kurz vor Verlegung angeleitet • Langzeiteltern schätzen es, wenn sie an der Pflege beteiligt sein können • Pflege durch Eltern wird auch vom Team geschätzt • Wichtig ist eine klare Kommunikation darüber was Eltern an Tätigkeiten übernehmen dürfen • Übernahme der Pflege macht Eltern unabhängig und sie fühlen sich in ihrer Elternrolle bestätigt • Eltern wünschen sich, dass die Pflege des Kindes individuell an die aktuellen Bedürfnisse angepasst ist 																						

	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegende und Eltern haben unterschiedliche Ansichten in Bezug auf die Pflegemaßnahmen („Arbeit“ vs. Wohlbefinden fördern)
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Analyse ergab zwei Kategorien: "Elternprozess“ und „Schnittstelle Eltern/Personal“ mit sechs Unterkategorien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anpassung ○ Normalisierung/Institutionalisierung ○ Konflikt ○ Einbindung in die Betreuung des Kindes ○ Individualisierte Betreuung ○ Verlegung
Schlussfolgerungen	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern von Langzeitpatienten auf der Intensivstation werden vertrauter mit der Umgebung der Intensivstation Sie wissen mehr über die medizinischen Bedürfnisse ihres Kindes und sind vertrauter mit dem Personal, das sich um ihr Kind kümmert. Daraus ergeben sich eine Reihe von Implikationen für das Personal, das auf der Intensivstation arbeitet.

Anhang 9: Studienanalyse (Teil 4: Mattsson et al.)

Quelle	Mattsson, J. Y.; Arman, M.; Castren, M.; Forsner, M. (2014): Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study. In: Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community, 18. Jg. (2014), Heft 4, S. 336-345.																																					
Keywords	Intensive care, nurse–family relationships, parenting support, pediatric, phenomenology																																					
Fragestellung / Zielsetzung	Das Ziel der Studie ist, die Bedeutung von „Caring“ auf der pädiatrischen aus der Perspektive der Eltern zu beleuchten.																																					
Design	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitatives Design, interpretative phänomenologische Methode • 2 Teile: Beobachtungen und Interviews 																																					
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Schweden • 3 PICCUs <ul style="list-style-type: none"> ○ Interdisziplinär inklusive operativer komplexer Kardiologischer Erkrankungen ○ Kinder von NG Alter bis 18. LJ 																																					
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Konsekutive Stichprobenziehung <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Elternteile</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td> Mütter</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td> Väter</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td> Paare</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Familienstand</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Weitere Kinder</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Bildungsstand</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Einkommen</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Kinder</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td style="text-align: right;">Neugeborene bis 7 Jahre</td> </tr> <tr> <td>Diagnosen</td> <td style="text-align: right;">Schwere lebensbedrohliche Zustände</td> </tr> <tr> <td>Frühere PICU Aufnahmen</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Art der Aufnahme</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Aufenthaltsdauer</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Geschlecht</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Mädchen</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td> Jungen</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>		Elternteile	11	Mütter	7	Väter	4	Paare	-	Alter:	-	Familienstand	-	Weitere Kinder	-	Bildungsstand	-	Einkommen	-	Kinder	7	Alter:	Neugeborene bis 7 Jahre	Diagnosen	Schwere lebensbedrohliche Zustände	Frühere PICU Aufnahmen	-	Art der Aufnahme	-	Aufenthaltsdauer	-	Geschlecht		Mädchen	2	Jungen	5
Elternteile	11																																					
Mütter	7																																					
Väter	4																																					
Paare	-																																					
Alter:	-																																					
Familienstand	-																																					
Weitere Kinder	-																																					
Bildungsstand	-																																					
Einkommen	-																																					
Kinder	7																																					
Alter:	Neugeborene bis 7 Jahre																																					
Diagnosen	Schwere lebensbedrohliche Zustände																																					
Frühere PICU Aufnahmen	-																																					
Art der Aufnahme	-																																					
Aufenthaltsdauer	-																																					
Geschlecht																																						
Mädchen	2																																					
Jungen	5																																					

Ein-/Ausschlusskriterien	Eingeschlossen wurden Eltern deren Kinder zum Zeitpunkt der Datenerhebung auf der PICU aufgenommen wurden
Instrumente	Interviews mit Themenkatalog
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Studie ist Teil des Projekts zu Untersuchung der Schmerzmanagements • Ethische Genehmigung • Information über Studie • Einverständnis aller Teilnehmenden und offene Ausstiegsmöglichkeiten • Eltern hatten die Möglichkeit die Beobachtung abzubrechen • Datenerfassung 03-06/2011 • Nummerierung der Teilnehmenden • Beobachtung und Interview von der gleichen forschenden Person durchgeführt • Beobachtung der direkten Interaktion zwischen Eltern und Kind, um die Situietheit zu erfassen • offene Beobachtung • 2-4h Beobachtungen in klinischer Umgebung • Erstellung von Feldnotizen, die für die Interviews verwendet wurden • Interviews direkt im Anschluss an die Beobachtung auf der PICU im separaten Raum durchgeführt (1 Elternpaar aufgrund des instabilen Zustands ihres Kindes am Bett befragt) • Rückfragen durch die Untersuchenden • Dauer 30-60 Minuten • Aufnahme der Interviews
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Wortwörtliches transkribieren des Interviews • Eine Person die sowohl die Interviews wie die Beobachtungen transkribiert hat • Auswertung nach Vier Phasen Prozess
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation der Eltern in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation der Eltern an der Pflege kann die Distanz der Eltern zu ihrem Kind verringern • Pflege baut eine Brücke • Pflege unterstützt Eltern beim Umgang mit ihrem Kind sowohl emotional und praktisch • Eltern können durch Pflegende die Bedürfnisse ihres Kindes in der speziellen Situation erkennen • Mitgefühl und Verständnis für die Situation der Eltern fördert die Beziehung wodurch sich die Eltern nicht ausgeschlossen fühlen • Pflegende werden als Vorbild von den Eltern wahrgenommen
Ergebnisse	<p>Aspekte der Fürsorge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Brücke zum Kind bauen • eine geschützte Atmosphäre zu schaffen • die Bedürfnisse des Kindes zu erfüllen • die Umgebung an das Familienleben anzupassen
Schlussfolgerungen	Fürsorge ist dann vorhanden, wenn fachkundige körperliche Pflege in Kombination mit der Erfüllung emotionaler Bedürfnisse und der Unterstützung der fortlaufenden täglichen elterlichen Fürsorge für das Kind in einer einladenden Umgebung angeboten wird.

Anhang 10: Studienanalyse (Teil 5: Molina und Marcon.)

Quelle	Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009): Benefits of mothers' permanence and participation in the care for their hospitalized child* // Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. In: Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 43. Jg. (2008 // 2009), Heft 4, S. 856-864.																																														
Keywords	Child, hospitalized, Mother-child relations, Intensive Care Units, Pediatric																																														
Fragestellung / Zielsetzung	Das Ziel der Studie war es, aus der Perspektive der Mütter die Vorteile zu identifizieren, die mit ihrer Anwesenheit und Beteiligung an der Pflege ihres Kindes auf der PICU verbunden sind.																																														
Design	Qualitatives Design, deskriptive konvergente Pflegestudie																																														
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Brasilien, Krankenhaus in der Region Maringá • PICU 																																														
Stichprobe	<table border="1"> <tr> <td>Elternteile</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Mütter</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Väter</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Paare</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td>16 – 37 Jahre</td> </tr> <tr> <td>Familienstand</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verheiratet</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Geschieden</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Alleinstehend</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Weitere Kinder</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anzahl</td> <td>0 - 4</td> </tr> <tr> <td>Bildungsstand</td> <td></td> </tr> <tr> <td>High School Abschluss</td> <td>3 (1x unabgeschlossen)</td> </tr> <tr> <td>Collage</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Elementary School</td> <td>2 (1x unabgeschlossen)</td> </tr> <tr> <td>Einkommen</td> <td>Ein – zweifacher Mindestlohn</td> </tr> <tr> <td>Kinder</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td>Vier Monate bis 10 Jahre</td> </tr> <tr> <td>Diagnosen</td> <td>Syndrome, Bronchialdysplasie, Sepsis, Resp. Versagen</td> </tr> <tr> <td>Weitere PICU Aufnahmen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ja</td> <td>6 (2 seit Geburt)</td> </tr> <tr> <td>Art der Aufnahme</td> <td>2 Kinder akut erkrankt 4 Kinder chronischer Verlauf</td> </tr> <tr> <td>Aufenthaltsdauer</td> <td>-</td> </tr> </table>	Elternteile	6	Mütter	6	Väter	-	Paare	-	Alter:	16 – 37 Jahre	Familienstand		Verheiratet	4	Geschieden	1	Alleinstehend	1	Weitere Kinder		Anzahl	0 - 4	Bildungsstand		High School Abschluss	3 (1x unabgeschlossen)	Collage	1	Elementary School	2 (1x unabgeschlossen)	Einkommen	Ein – zweifacher Mindestlohn	Kinder	6	Alter:	Vier Monate bis 10 Jahre	Diagnosen	Syndrome, Bronchialdysplasie, Sepsis, Resp. Versagen	Weitere PICU Aufnahmen		Ja	6 (2 seit Geburt)	Art der Aufnahme	2 Kinder akut erkrankt 4 Kinder chronischer Verlauf	Aufenthaltsdauer	-
Elternteile	6																																														
Mütter	6																																														
Väter	-																																														
Paare	-																																														
Alter:	16 – 37 Jahre																																														
Familienstand																																															
Verheiratet	4																																														
Geschieden	1																																														
Alleinstehend	1																																														
Weitere Kinder																																															
Anzahl	0 - 4																																														
Bildungsstand																																															
High School Abschluss	3 (1x unabgeschlossen)																																														
Collage	1																																														
Elementary School	2 (1x unabgeschlossen)																																														
Einkommen	Ein – zweifacher Mindestlohn																																														
Kinder	6																																														
Alter:	Vier Monate bis 10 Jahre																																														
Diagnosen	Syndrome, Bronchialdysplasie, Sepsis, Resp. Versagen																																														
Weitere PICU Aufnahmen																																															
Ja	6 (2 seit Geburt)																																														
Art der Aufnahme	2 Kinder akut erkrankt 4 Kinder chronischer Verlauf																																														
Aufenthaltsdauer	-																																														

	Geschlecht		
	Mädchen	3	
	Jungen	3	
Ein-/Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Eingeschlossen wurden Mütter oder Bezugspersonen, die die Pflege des Kindes überwiegend übernommen haben, verfügbar waren und sich bereit erklärt haben die Pflege des Kindes während ihrer Anwesenheit zu übernehmen und deren Kind länger als 5 Tage auf der Station behandelt wurde 		
Instrumente	Skript mit verschiedenen Fragen auf Grundlage des Forschungsziels		
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> Ausführliche Information über die Studie Ethische Genehmigung Einverständnis aller Teilnehmenden offene Ausstiegsmöglichkeiten nicht thematisiert Datenerfassung 01-05/2007 Erfassung in 3 Phasen 3 Halbstrukturierte Interviews vor der Einführung in die Pflege und nach der Einführung anhand eines Skripts mit verschiedenen Fragen auf Grundlage des Forschungsziels sowie erneute Befragung vor Verlegung auf die pädiatrische Station/Entlassung, um aufgetretene Schwierigkeiten während des Prozesses zu bearbeiten, und die Mütter auf die Verlegung/Entlassung vorzubereiten (nur 4 Mütter, da 3 Kinder verstorben sind) Abgleich des Interviewfragen durch 2 weitere Forschende Teilnehmende Orientierungseinheit mit anschließender teilnehmender Beobachtung Die Mütter hatten die Möglichkeit 24h beim Kind zu bleiben Schrittweise Einarbeitung der Mutter durch die Forscherin. Komplexität der Pflegeaktivitäten an den aktuellen Zustand des Kindes angepasst. Beobachtung aller Interaktionen der Mutter während der Einführungsphase in die Pflege durch die Forscherin. Gleichzeitige Datenerhebung, die als Grundlage für die informellen Interviews im Anschluss an die Beobachtung verwendet wurde. Während der Anleitung der Mütter wurden direkt auftretende Probleme identifiziert und bei der nächsten Sequenz bearbeitet. Die Aspekte, die zur Förderung der Mutter-Kind Bindung beitragen, wurden ebenfalls berücksichtigt. Zusätzlich wurde ein Plan erstellt in dem die präferierten Tätigkeiten der Mutter festgelegt und geplant wurden. Die Anleitung der Mütter erfolgte durch die Stationsschwester. Diese führte während der Anleitung die Beobachtung durch. Sie kam außerhalb ihrer Dienstzeiten, um die Datenerhebung und Anleitung der Mütter durchzuführen. Während dieser Phase wurde darauf geachtet keine Mischung ihrer Tätigkeiten als Stationsschwester und Forscherin vorzunehmen 		
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> Vier generische Prozesse der Analyse angewendet Anonymisierung der Teilnehmenden durch Blumennamen 		

<p>Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation der Eltern in der Pflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mütter erleben sich als hilfreich da sie auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können • Mütter sind überzeugt, dass ihre Anwesenheit zur schnelleren Genesung des Kindes beiträgt • Bindung wird gefördert • Rolle als Mutter wird bestärkt • Verantwortungsgefühl und Autonomie wächst • Pflege kann nach eigenen Vorstellungen umgesetzt werden • Sicherheit für Versorgung zuhause wird erlangt • Schuldgefühle reduziert • Pflege trotz komplexer Umgebung möglich • Gemeinsame Pflege mit Team stärkt die Beziehung • Miterleben von Lösungen kritischer Ereignisse fördert die Kompetenz der Mütter
<p>Ergebnisse</p>	<p>Die Anwesenheit und Fürsorge der Mütter stärkt die Bindung zwischen Mutter und Kind, erhöht das Vertrauen und führt zu einem ruhigeren Kind. Durch die Pflege an ihrem Kind entwickeln sich bei der Mutter positive Gefühle wie Freude und Zufriedenheit. Die Haltung der Pflegenden gegenüber der Mutter, die ihr Kind im Krankenhaus begleitet, ist entscheidend und muss diesbezüglich überprüft werden.</p>
<p>Schlussfolgerungen</p>	<p>Die Anleitung der Mütter in die Pflege ihres Kindes hat Vorteile für das Situationserleben der Mutter und das Wohlbefinden des Kindes. Dabei ist aus Sicht der Forschenden zu achten, dass auf die Verfassung der Mutter beachtet werden muss und die Grenzen der Mutter berücksichtigt werden müssen. Ein Überstülpen der Pflegeaufgaben führt zur Überforderung der Mutter. Der schrittweise Einführungsprozess der Anleitung der Mütter ist sowohl von Seiten des Teams und von Seiten der Mütter erforderlich.</p>

Anhang 11: Studienanalyse (Teil 6: Hill et al.)

Quelle	Hill, C.; Knaf, K. A.; Judge Santacroce; Sheila; Santacroce, S. J. (2017): Family-Centered Care from the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review // Family-Centered Care from the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. In: Journal of pediatric nursing, 41. Jg. (2017), S. 22-33.
Keywords	Family-Centered Care, PICU, Parent, Institute for Patient and Family Centered Care
Fragestellung/Zielsetzung	Das Ziel der Studie war es herauszufinden inwieweit die die Umsetzung der vier Kernkonzepte der FCC: Respekt und Würde, Informationsaustausch, Beteiligung an der Pflege sowie Zusammenarbeit in den veröffentlichten Forschungsartikel, die sich mit der Perspektive der Beteiligung der Eltern an der Pflege ihres Kindes auf einer PICU befassen, dargestellt werden. Sekundäres Ziel war zu überprüfen ob die Definitionen der vier Konzepte eine Verfeinerung oder Erweiterung benötigen, um elterliche Perspektiven und Erfahrungen einzubeziehen und ob die Evidenz zusätzliche Kernkonzepte nahelegt.
Design	Integratives Review
Suchstrategie	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche angelehnt an PRISMA • Entwicklung der Suchstrategie • Zeitraum 07-10.2016 • CINAHL, Embase, PubMed, PsycInfo • Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Englische Sprache ○ Veröffentlicht zwischen 01.2006-10.2016 ○ Methode: qualitativ, quantitativ, gemischt ○ Setting: PICU ○ Ergebnisse der elterlichen Perspektive mittels Elternbericht in Bezug auf die PICU Versorgung ○ Artikel dürfen maximal 10 Jahre zurückliegen • Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anderes Setting ○ Berichte von medizinischem Personal, wenn sie sich nicht von den Aussagen der Eltern unterscheiden lassen ○ Berichte aus erster Hand, Leitartikel, Artikel, die keine Primärforschung darstellen • Keywords: PICU, pediatric intensive care unit, family centered care, parent, collaboration, decision-making, participation and information
Eingeschlossenen Studien	<ul style="list-style-type: none"> • 49 Artikel aus 44 Studien eingeschlossen • 32 verwendeten qualitativ/gemischte Methoden, 17 quantitative Designs
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Studienbewertung: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung im Range von 0,25,50,75,100% je nach Anzahl der Bewertungspunkte • Studien mit schlechter Qualität wurden nicht ausgeschlossen

Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Extrahierung der Daten anhand einer Extraktionsvorlage • Strukturiert anhand der Kernkonzepte der FCC und anhand von Belegen für Verfeinerung der Definitionen • Erster Autor extrahierte die Daten, zweiter oder dritter Autor überprüften die Zusammenfassungen auf Vollständigkeit und konzeptioneller Passung • Absprache zwischen den Autoren in Bezug auf Unstimmigkeiten
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation der Eltern in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern wollen als Experte für ihr Kind anerkannt werden • Werte, Überzeugungen und Überlegungen „von Zuhause“ und weitere Informationen sollen berücksichtigt werden • Aktive Beteiligung: Förderung des Wohlbefindens • Passive Beteiligung: Beobachtungen und anwaltschaftliche Fürsprache • Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Stress durch veränderte Elternrolle • Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> ○ hochtechnisierte PICU Umgebung, Kabel und Schläuche ○ Angst etwas kaputt zu machen ○ PICU Ausstattung (enge, nicht kindgerecht, keine Privatsphäre) und Regeln • Überwindung der Barrieren <ul style="list-style-type: none"> ○ Anleitung durch Pflegende ○ persönliche Gegenstände
Ergebnisse	Die Kernkonzepte Respekt und Würde, Informationsaustausch und Partizipation waren in der Literatur gut vertreten. Zusammenarbeit wurde nur einmal erwähnt. Die physische und psychische Umgebung der PICU nimmt Einfluss auf die Wahrnehmung der Implementierung von FCC.
Schlussfolgerungen	Die Eltern schwerstkranker Kinder berichten über positive und negative Erfahrung in Bezug auf die FCC Kernkonzepte

Anhang 12: Studienanalyse (Teil 7: Bernardo et al.)

Quelle	Bernardo, G. de; Svelto, M.; Giordano, M.; Sordino, D.; Riccitelli, M. (2017): Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study. In: Italian journal of pediatrics, 43. Jg. (2017), Heft 1, S. 36.																																																																													
Keywords	Family care, Parental stress level, Newborn																																																																													
Fragestellung/Zielsetzung	Ziel der Studie war die Zufriedenheit und das Stressniveau von Eltern in zwei Gruppen zu vergleichen. Eine Elterngruppe mit FCC Modells eine Elterngruppe mit der üblichen NICU Behandlung (NFCC). Zusätzlich werden die Mütter und Väter individuell ausgewertet. Als weiteres Ziel wurde die Gewichtszunahme von Neugeborenen 60 Tage nach Aufnahme in die jeweilige Gruppe gemessen und verglichen.																																																																													
Design	prospektive Pilot-Kkohortenstudie																																																																													
Setting	<ul style="list-style-type: none"> NICU, Level III Krankenhaus in Neapel, Italien 10 Patientenplätze 																																																																													
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> Nicht randomisiert <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Elternteile 96</th> <th>FCC</th> <th>NFCC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">Paare</td> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">48</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Alter:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jahre</td> <td style="text-align: center;">Mean 34,81 (±SD 4,91)</td> <td style="text-align: center;">Mean 36,65 (±SD 5,39)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Familienstand</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Weitere Kinder</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Bildungsstand:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Primary</td> <td style="text-align: center;">4%</td> <td style="text-align: center;">2%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Lower Secondary</td> <td style="text-align: center;">25%</td> <td style="text-align: center;">33%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">High School</td> <td style="text-align: center;">48%</td> <td style="text-align: center;">48%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">University Degree</td> <td style="text-align: center;">23%</td> <td style="text-align: center;">17%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Einkommen</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Kinder 48</th> <th>FCC</th> <th>NFCC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Alter:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">SSW</td> <td style="text-align: center;">Mean 32.7 (±SD 5,25)</td> <td style="text-align: center;">Mean 34,2 (±SD 5,25)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Diagnosen</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ösophagus Atresie</td> <td style="text-align: center;">46%</td> <td style="text-align: center;">54%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zwerchfellhernie</td> <td style="text-align: center;">17%</td> <td style="text-align: center;">17%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Posthämorrhagischer Hydrocephalus</td> <td style="text-align: center;">37%</td> <td style="text-align: center;">29%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Voraufnahmen PICU</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Art der Aufnahme</td> </tr> </tbody> </table>			Elternteile 96	FCC	NFCC	Paare	48	48	Alter:			Jahre	Mean 34,81 (±SD 4,91)	Mean 36,65 (±SD 5,39)	Familienstand				-	-	Weitere Kinder				-	-	Bildungsstand:			Primary	4%	2%	Lower Secondary	25%	33%	High School	48%	48%	University Degree	23%	17%	Einkommen				-	-	Kinder 48	FCC	NFCC	Alter:			SSW	Mean 32.7 (±SD 5,25)	Mean 34,2 (±SD 5,25)	Diagnosen			Ösophagus Atresie	46%	54%	Zwerchfellhernie	17%	17%	Posthämorrhagischer Hydrocephalus	37%	29%	Voraufnahmen PICU				-	-	Art der Aufnahme		
Elternteile 96	FCC	NFCC																																																																												
Paare	48	48																																																																												
Alter:																																																																														
Jahre	Mean 34,81 (±SD 4,91)	Mean 36,65 (±SD 5,39)																																																																												
Familienstand																																																																														
	-	-																																																																												
Weitere Kinder																																																																														
	-	-																																																																												
Bildungsstand:																																																																														
Primary	4%	2%																																																																												
Lower Secondary	25%	33%																																																																												
High School	48%	48%																																																																												
University Degree	23%	17%																																																																												
Einkommen																																																																														
	-	-																																																																												
Kinder 48	FCC	NFCC																																																																												
Alter:																																																																														
SSW	Mean 32.7 (±SD 5,25)	Mean 34,2 (±SD 5,25)																																																																												
Diagnosen																																																																														
Ösophagus Atresie	46%	54%																																																																												
Zwerchfellhernie	17%	17%																																																																												
Posthämorrhagischer Hydrocephalus	37%	29%																																																																												
Voraufnahmen PICU																																																																														
	-	-																																																																												
Art der Aufnahme																																																																														

		-	-
	Aufenthaltsdauer		
	Tage	86,58 (±SD 60,73)	89,71 (±SD 48,1)
Ein- / Ausschluss Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Einschlusskriterien der Kinder: <ul style="list-style-type: none"> ○ Neugeborene nach einer 30-tägigen Erholungsphase nach einer chirurgischen Erkrankung mit einmaliger Operation • Ausschlusskriterien Kinder: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zwillinge ○ Schwere Komplikationen • Einschlusskriterien Eltern: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alter > 18 Jahre ○ Nicht alleinerziehend ○ Keine psychiatrischen oder kognitiven Vorerkrankungen ○ Keine Drogenabhängigkeit ○ Nur italienische Kinder aus Neapel • Ausschlusskriterien Eltern: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fehlende Einwilligung 		
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsmessung: Seca Baby Waage Fragebogen: <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen1: Zufriedenheitsumfrage nach Abdel-Latif ME et al.(validiert) <ul style="list-style-type: none"> ○ 9 Fragen mit 3 Subskalen ○ 5-stufige Likert Skala (1-ich stimme überhaupt nicht zu bis 5- ich stimme voll zu) • Fragebogen 2: Parental Stressor Scale NICU (PSS-NICU) (validiert) <p>Übersetzt ins italienische und Überarbeitung durch einen englischsprachigen Übersetzer</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 22 Fragen ○ 3 Dimensionen ○ 5-stufige Likertskala (1-nicht stressig bis 5-extrem stressig) 		
Intervention / Programm	Durchführung der Studie: Beginn mit: <ul style="list-style-type: none"> • NFCC Gruppe: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rekrutierung 03.2014-09.2014 ○ Intervention: 1h Besuchszeit/Tag Im Anschluss: <ul style="list-style-type: none"> • FCC Gruppe: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rekrutierung: 10.2014-04.2015 ○ Intervention: 8h Besuchszeit/Tag + FCC Modell • Maßnahmen im Zusammenhang mit dem FCC Modell <ul style="list-style-type: none"> ○ Erweiterung der NICU ○ 2 Zimmer + Familienküche ○ Pro Zimmer Aufnahme von 2 Elternteilen möglich ○ Zimmer für Ruhephasen und bei Bedarf auch Übernachtungsmöglichkeiten ○ Gestaltung eines Eingangsbereichs • Intervention während der Besuchszeit 10-18 Uhr 		

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Unterweisung der Eltern durch die Pflegenden der Station über 10 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationsabläufe und Praktiken der NICU ○ Regeln: festgelegte Besuchszeiten, Einweisung in Vermeidung von Kontaminationsrisiken (Händedesinfektion + Schutzkittel) ○ Partizipationsmöglichkeiten der Eltern: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilnahme an der klinischen Visite 2x täglich, ärztliche Gespräche zum Verlauf der Behandlung und der Zustand des Kindes, Nutzung der Ruheräume und Küche ● Beteiligung an der Pflege: <ul style="list-style-type: none"> ○ Primär: nur Beobachtung bei z.B. Kapillärer oder venöser Blutentnahme, auch bei intubierten Kindern ○ Im Verlauf: aktive Beteiligung beim Baden, Windelwechsel, Stillen, Anwesenheit bei schmerzhaften Eingriffen
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ● Durchführung 03.2014-04.2015 ● Ethische Genehmigung ● Schriftliche Einverständniserklärung ● Erhebung der soziodemographischen Daten der Eltern ● Homogenitätsprüfung der beiden Stichproben ● Ausfüllen von zwei Fragebögen am Tag der Entlassung durch jeweils beide Elternteile. ● Erhebung auf Station bzw. aufgrund der erschwerten Teilnahme beider Elternteile an der Befragung wurden die fehlenden Elternteile durch einen der Forschenden angerufen, um die Daten zu erheben.
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ● Errechnung des Gesamtstresslevels jeder Subskala ● Erfahrungen, die von den Eltern nicht gemacht wurden, erhielten denn Wert 1 ● Berechnung des Medians ● Auswertung des Bogens, wenn mehr als 90% ausgefüllt war ● Analyse der Daten anhand SPSS ● Auswertung und Gegenüberstellung der Werte sowohl zwischen FCC und NFCC Gruppe als auch zwischen Müttern und Vätern ● $P < 0,05$ statistisch signifikant ● 11 Elternpaare haben die Studie abgelehnt ● 4 Neugeborene sind verstorben ● Analyse von jeweils 48 Elternteilen von ursprünglich 126
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation der Eltern in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> ● Eltern nehmen sich als aktives Mitglied bei der Behandlung ihres Kindes wahr ● Eltern nehmen an der Pflege ihres Kindes teil ● Zufriedenheit der Eltern durch FCC höher ● Kommunikation in Bezug auf Planung der Pflege besser in FCC Gruppe ● Stressmessung in FCC Gruppe niedriger ● Eltern fühlen sich in der Lage ihr Kind zu versorgen (FCC Gruppe Median 4 (2-4,55) vs. NFCC Gruppe Median 5 (4-5) $p < 0,05$).

	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern können allein Zeit mit dem Kind verbringen (FCC Gruppe Median 3 (1-3) vs. NFCC Gruppe Median 5 (3,45-5) $p < 0,05$) • Die Eltern haben weniger das Gefühl, dass die Pflegenden mehr Nähe zum Kind haben als sie selbst (FCC Gruppe Median 2 (1-3) vs. NFCC Gruppe Median 4 (2,45-5) $p < 0,05$) • Eltern der FCC Gruppe können ihr Kind halten (FCC Gruppe Median 4 (2,45-5) vs. NFCC Gruppe Median 4(3-5) $p < 0,05$) • Beide Gruppen haben nicht das Gefühl ihr Kind vor schmerzhaften Prozeduren schützen zu können • Kein signifikanter Unterschied der Messung zwischen Vater und Mutter
Ergebnisse	Eltern aus der FCC Gruppe waren zufriedener und weniger gestresst als in der NFCC Gruppe. Die Gewichtszunahme der NG in der FCC Gruppe war höher als bei den NG der NFCC Gruppe
Schlussfolgerungen	Die Anwendung des Pflegeorientierten FCC Modells konnte die Zufriedenheit und den Leidensdruck der Eltern von kranken NG senken. Die Qualität und Dauer der FCC muss in der Abteilung verbessert werden.

Anhang 13: Studienanalyse (Teil 8: Martens et al.)

Quelle	Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008): Parental participation in care in the pediatric intensive care unit. In: Pediatric Intensive Care Nursing, 9 // 185 (2008 // 2017), Heft 1, S. 11-15.																																						
Keywords	Communication, Cooperation, Nursing, Participation, Pediatric Intensive Care																																						
Fragestellung /Zielsetzung	Evaluation der Einstellung zur Partizipation von Eltern an der Pflege ihres kritisch kranken Kindes auf der PICU von Pflegenden im Vergleich zu Müttern.																																						
Design	Quantitative Studie Fragebogen auf Basis der Parent Participation Attitude Scale (PPAS) und Personal and Professional Characteristics Data (PPCD)																																						
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • 2 PICUs und 1 PIMCU (Paediatric Intensive Mid-Care Unit) • Belgien • Universitätsklinik 																																						
Stichprobe	<p>53 Mütter (Rücklaufquote 93%) 47 Pflegenden (Rücklaufquote 76%)</p> <table border="1"> <tr> <td>Mitarbeitende</td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>Beruf</td> <td>Pflegepersonal der Abteilungen</td> </tr> <tr> <td>Berufserfahrung:</td> <td>-</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Elternteile</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>Mütter</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>Väter</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Paare</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Familienstand</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verheiratet</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Geschieden</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Alleinstehend</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Weitere Kinder</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Bildungsstand</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Einkommen</td> <td>-</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Kinder</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Diagnosen</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Frühere PICU Aufnahmen</td> <td>-</td> </tr> </table>	Mitarbeitende	47	Beruf	Pflegepersonal der Abteilungen	Berufserfahrung:	-	Elternteile	53	Mütter	53	Väter	-	Paare	-	Alter:	-	Familienstand		Verheiratet	-	Geschieden	-	Alleinstehend	-	Weitere Kinder	-	Bildungsstand	-	Einkommen	-	Kinder	-	Alter:	-	Diagnosen	-	Frühere PICU Aufnahmen	-
Mitarbeitende	47																																						
Beruf	Pflegepersonal der Abteilungen																																						
Berufserfahrung:	-																																						
Elternteile	53																																						
Mütter	53																																						
Väter	-																																						
Paare	-																																						
Alter:	-																																						
Familienstand																																							
Verheiratet	-																																						
Geschieden	-																																						
Alleinstehend	-																																						
Weitere Kinder	-																																						
Bildungsstand	-																																						
Einkommen	-																																						
Kinder	-																																						
Alter:	-																																						
Diagnosen	-																																						
Frühere PICU Aufnahmen	-																																						

	<table border="1"> <tr> <td>Art der Aufnahme</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Aufenthaltsdauer</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td> </tr> </table>	Art der Aufnahme			-	Aufenthaltsdauer			-
Art der Aufnahme									
	-								
Aufenthaltsdauer									
	-								
Ein - / Ausschluss Kriterien	Eingeschlossen wurden Mütter, deren Kind für mindestens 2 Tage auf der Station behandelt wurde								
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Anonymer Fragebogen • Auf Basis des Parent Participation Attitude Scale (PPAS) und der Personal and Professional Characteristics Data (PPCD) • Parent Participation Attitude Scale (PPAS) (valide und reliabel) <ul style="list-style-type: none"> ○ 24 Items ○ 5-stufige Likert Skala <ol style="list-style-type: none"> 1. Ganz und gar nicht zustimmen (sehr negative Einstellung) 2. Ablehnen (negative Einstellung) 3. Weder zustimmen oder nicht zustimmen (neutrale Einstellung) 4. Zustimmen (positive Einstellung) ○ Völlig einverstanden (sehr positive Einstellung) <p>Definition der Partizipation im Kontext der Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktive Formen der elterlichen Partizipation bestehen aus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nahrungsverabreichung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orale Verabreichung ▪ Sondenernährung ○ Körperpflege <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit Infusion ▪ Ohne Infusion ▪ Maschinell beatmetes Kind ○ Wundversorgung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kleine Wundversorgung ▪ Postoperative Wundversorgung ▪ Große Wundversorgung ○ Verabreichung von Medikamenten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oral ▪ Sublingual ▪ Intravenös ▪ Subkutan ▪ Intramuskulär ▪ Magensonde ○ Beobachtung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temperatur ▪ Infusionen • Passive Formen der elterlichen Partizipation bestehen aus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anwesenheit des Elternteils am Patientenbett ○ Über die Entwicklung des Kindes auf dem Laufenden sein ○ 24-stündige offene Besuchsregelung ○ Anwesenheit des Elternteils bei schmerzhaften Eingriffen 								

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Helfen, das Kind bei schmerzhaften Eingriffen zu fixieren ○ Assistieren der Pflegekraft bei kleineren Eingriffen
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Genehmigung • Durchführung einer Pilotstudie <ul style="list-style-type: none"> ○ Test von 10 Fragebögen ○ Jeweils 5 auf Französisch und 5 auf Niederländisch ○ Ausgefüllt durch 1 Mutter und 1 Pflegende der Station ○ Anpassung des Fragebogens • Die Eltern nahmen am 3. Tag nach der Aufnahme ihres Kindes an der Befragung teil. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Eltern Wissen über gewisse Pflegeaspekte auf der PICU haben ○ Und die Eltern mit dem Stress der durch die Aufnahme des Kindes entstanden umgehen können • Zeitraum der Erhebung: 12/2003-03/2004
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • SPSS
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation der Eltern in der Pflege	<p>Höchste Zustimmung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orale Nahrungsverabreichung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 100% positiv ○ Mütter: 83% positiv • Körperpflege: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 82,6% positiv ○ Mütter: 71% positiv • Orale Medikamenten Gabe: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 61,7% positiv ○ Mütter 47,2% positiv <p>Kontrovers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nahrungsverabreichung über Sonde <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 42,6% positiv, 21,3% negativ ○ Mütter: 32,1% positiv, 30,2% negativ, 22,6% neutral • Körperpflege beatmetes Kind: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 27,7% neutral, 55,3% negativ ○ Mütter: 29% positiv (unter Aufsicht von Pflege), 17% negativ • Pflege mit Infusion <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 36,8% positiv, 21,3% negativ, 27,7% neutral ○ Mütter: 66% positiv • Wundversorgung <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 14,9%, 46,8% negativ, 14,9% neutral ○ Mütter: 54,7% positiv, 14,9% neutral • Postoperative Wundversorgung <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 31,9% negativ, 48,9% sehr negativ ○ Mütter: 26,4% negativ, 20,8% sehr negativ • Verbrennungspflege <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 29,8% negativ, 61,7% sehr negativ ○ Mütter: 26,4% negativ, 20,8% sehr negativ

	<p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamenten Verabreichung i.m. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 27,7% negativ, 68,1% sehr negativ ○ Mütter: 26,4% negativ, 40% sehr negativ • Medikamenten Verabreichung i.v. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 17,5 % negativ, 52,5% sehr negativ ○ Mütter: 28,3% negativ, 24% sehr negativ <p>Zustimmende Aussagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kinder verarbeiten den Aufenthalt im Krankenhaus besser, wenn die Eltern anwesend sind <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 76,6% ○ Mütter: 79,3% • Die Anwesenheit der Eltern tröstet das Kind: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 59,6% ○ Mütter: 77,4% • Es ist besser, wenn Eltern die Nahrungsverabreichung übernehmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 46,6% ○ Mütter: 46,6% <p>Kontroverse Aussagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eltern dürfen ihr Kind NICHT besuchen wann sie wollen <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 23,4% Zustimmung, 25,5% keine Zustimmung, 25,5% neutral ○ Mütter: 22,6% Zustimmung, 50,9% keine Zustimmung, 15,1% neutral • Pflegende sollen die Medikamentenverabreichung übernehmen, auch wenn die Eltern dies zuhause verabreichen <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 48,9% neutral, 29,8% negative Einstellung ○ Mütter: 49% keine Zustimmung, 28,3% neutral • Eltern sollen bei Untersuchungen nicht beim Kind anwesend sein <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege: 31,9% keine Zustimmung, 44,7% neutral ○ Mütter: 75,5% keine Zustimmung
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Ähnlichkeiten der Daten zwischen Pflegenden und Müttern • Pflegepersonal deutlich zurückhaltender in Bezug auf elterliche Beteiligung bei komplizierten Aspekten der Pflege
Schlussfolgerungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mütter und Pflegende haben eine positive Einstellung in Bezug auf die Partizipation der Eltern an verschiedenen Pflegeaspekten ihres Kindes.

Anhang 14: Studienanalyse (Teil 9: Uhm und Choi)

Quelle	Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019): Mothers' needs regarding partnerships with nurses during care of infants with congenital heart defects in a paediatric cardiac intensive care unit. In: Intensive & critical care nursing, 54. Jg. (2019), S. 79-87.																														
Keywords	Mothers, Heart defects, Congenital, Postoperative period, Paediatric cardiac intensive care unit																														
Fragestellung/Zielsetzung	<p>Das Ziel der Studie war die Bedürfnisse und Präferenzen für Informationen und aktiver Beteiligung an der Pflege des Kindes abhängig von der postoperativen Erholungsphase des Kindes zu erheben. Zusätzlich soll das Bedürfnis einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen den Müttern und den Pflegenden abhängig vom Erholungszustand des operierten Kindes festgestellt werden.</p> <p>Forschungsfragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Informationen benötigen Mütter in verschiedenen Phasen der Genesung ihrer Säuglinge während der Aufnahme in die PCICU? 2. Welche Pflegeaktivitäten bevorzugen Mütter in verschiedenen Erholungsphasen während der Aufnahme ihres Kindes auf der Intensivstation? 3. An welchen Aktivitäten nehmen die Mütter nach Absprache mit dem Pflegepersonal teil? 4. Wie lange beteiligen sich die Mütter während der Besuchszeit an der Betreuung der Säuglinge? 5. Wie veränderte sich das körperliche Engagement und die psychische Verbundenheit der beobachteten Mütter während der Genesung der Säuglinge? 																														
Design	Deskriptives Design von Sekundärdaten und Erhebung von prospektiven Daten während der Durchführung eines strukturierten Programms mit Müttern und Pflegenden																														
Setting	PCICU, 11 Betten Republik Korea																														
Stichprobe	<p>Konsequente Auswahl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angaben der Mütter <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Elternteile</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Mütter</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Väter</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Paare</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Alter:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>33 (\pm3,76) Jahre</td> </tr> <tr> <td>Familienstand</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verheiratet</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Geschieden</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Alleinstehend</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Weitere Kinder</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>83% Erstgebärende</td> </tr> <tr> <td>Bildungsstand</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Einkommen</td> <td></td> </tr> </table>	Elternteile	36	Mütter	36	Väter	-	Paare	-	Alter:			33 (\pm 3,76) Jahre	Familienstand		Verheiratet	-	Geschieden	-	Alleinstehend	-	Weitere Kinder			83% Erstgebärende	Bildungsstand			-	Einkommen	
Elternteile	36																														
Mütter	36																														
Väter	-																														
Paare	-																														
Alter:																															
	33 (\pm 3,76) Jahre																														
Familienstand																															
Verheiratet	-																														
Geschieden	-																														
Alleinstehend	-																														
Weitere Kinder																															
	83% Erstgebärende																														
Bildungsstand																															
	-																														
Einkommen																															

	-																																
	<table border="1"> <tr> <td>Kinder</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Alter:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">19,89 ± 21,98 Tage am OP Tag</td> </tr> <tr> <td colspan="2">30,42 ± 22,80 Tage bei Programm Ende</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Post OP-Behandlungsverlauf</td> </tr> <tr> <td>Thorax apertum</td> <td style="text-align: right;">39 %</td> </tr> <tr> <td>Totalkorrektur</td> <td style="text-align: right;">56 %</td> </tr> <tr> <td>Relaxierung</td> <td style="text-align: right;">86 %</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vorherige PICU Aufnahme</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">entfällt</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Art der Aufnahme</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">91% Diagnose in der Schwangerschaft</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Aufenthaltsdauer PICU</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">10,53 ± 7,24 Tage</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Gewicht</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">am OP Tag: 3,14 ± 0,63 kg</td> </tr> </table>	Kinder	36	Alter:		19,89 ± 21,98 Tage am OP Tag		30,42 ± 22,80 Tage bei Programm Ende		Post OP-Behandlungsverlauf		Thorax apertum	39 %	Totalkorrektur	56 %	Relaxierung	86 %	Vorherige PICU Aufnahme		entfällt		Art der Aufnahme		91% Diagnose in der Schwangerschaft		Aufenthaltsdauer PICU		10,53 ± 7,24 Tage		Gewicht		am OP Tag: 3,14 ± 0,63 kg	
Kinder	36																																
Alter:																																	
19,89 ± 21,98 Tage am OP Tag																																	
30,42 ± 22,80 Tage bei Programm Ende																																	
Post OP-Behandlungsverlauf																																	
Thorax apertum	39 %																																
Totalkorrektur	56 %																																
Relaxierung	86 %																																
Vorherige PICU Aufnahme																																	
entfällt																																	
Art der Aufnahme																																	
91% Diagnose in der Schwangerschaft																																	
Aufenthaltsdauer PICU																																	
10,53 ± 7,24 Tage																																	
Gewicht																																	
am OP Tag: 3,14 ± 0,63 kg																																	
Ein- / Ausschlusskriterien	Eingeschlossen wurden die Mütter von Säuglingen die innerhalb von 3 Monaten nach der Geburt eine komplexe KHK Stufe 3-6 gemäß der RACHS-Methode (Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery) im ersten Stadium Operation erhielten.																																
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Die Datenerhebung erfolgte anhand eines von den Forschenden selbst entwickeltes Instrument • Beobachtung und Messung des physischen Engagements sowie der emotionalen Bindung anhand der visuellen Analogskala 																																
Intervention / Programm	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn Partnerschaftsprogramm Mütter/Pflegende 06.-12.2016 • Restriktive Besuchszeiten • Ethische Genehmigung • Informierte Zustimmung der Mütter <p><u>Fünfschrittige Programmentwicklung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Literaturrecherche und Untersuchung von 10 Forschungsartikeln in Bezug auf Methoden, Inhalte und Kernkomponenten von Partnerschaftlichen Programmen ○ Tiefeninterviews mit 11 Müttern zur Erforschung ihrer Bedürfnisse und <p>Konzeptanalyse zur Ermittlung des Informationsbedarfs und Aktivitäten an denen die Mütter teilnehmen möchten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entwurfentwicklung des Programms anhand der beiden vorherigen Schritte ○ Evaluation der praktischen Validität und Inhaltsvalidität der Entwurfsversion 																																

	<p>Zehn Pflegende bewerteten in Bezug auf die Anwendbarkeit und fünf Pflegeprofessoren und ein Arzt bewerteten die Inhaltsvalidität.</p> <p>Berechnung des Inhaltsvaliditätsindex und Anpassung der Inhalte anhand vorgegebener Werte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pilottest des Programms mit zwei Müttern anhand der Entwurfsversion ● Festlegung des Endgültigen Programms ● Entwicklung einer Broschüre mit Informationen über die erwartete Entwicklung des Säuglings orientiert an dem ermittelten Informationsbedürfnis der Mütter ● Entwicklung eines Umfragetools zur Erleichterung des Programmablaufs basierend auf der Grundlage der Literaturrecherche und Interviews mit den Müttern. <p><u>Programmdurchführung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Information der Mutter durch die Pflegenden über die mögliche Beteiligung an der Pflege in den jeweiligen 5 postoperative Phasen <ul style="list-style-type: none"> ○ Direkt postoperativ (1) ○ Frühes Weaning (2) ○ Spätes Weaning und Phase direkt nach Extubation (3) ○ Extubierte Phase (4) ○ Phase vor der Verlegung (5) ● Individuelle Informationsweitergabe an die Mutter in Bezug auf hämodynamische Stabilität, Laborwerte, Ernährungszustand, usw. ● Bewertung von Fragen der Mutter über die Erholung des Kindes und Präferenz in Bezug auf die Pflege des Kindes und Berücksichtigung dieser Aspekte bei der Pflege durch die Pflegenden ● Aktive Beteiligung der Eltern bei der Nahrungsverabreichung, Körperpflege und Windelwechsel in jeder Phase je nach Präferenz der Mutter in Absprache mit den Pflegenden ● Unterstützung der Mutter bei der Pflege bei Unsicherheiten durch die Pflegenden <p><u>Programmablauf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Respiratorweaning 2. post OP Tag ● Start enterale Ernährung: 3. Post OP Tag ● Durchschnittliche Dauer der einzelnen Phasen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Phase 1: 1,76 ± 1,3 Tage ○ Phase 2: 1,71 ± 1,13 Tage ○ Phase 3: 3,28 ± 3,18 Tage ○ Phase 4: 1,5 ± 0,88 Tage ○ Phase 5: 2,46 ± 2,12 Tage
Datenerhebung	<p>Variablen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informationen (Abfrage) <ul style="list-style-type: none"> ○ Häufigstes Interesse der Mütter ○ Basic Informationen z.B. verabreichte Medikamente, aktuelle Vitalzeichen, Schmerzmanagement, ... ● Bevorzugte Aktivitäten der Mütter (deskriptiv)

	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Pflegeaktivitäten (deskriptiv) <ul style="list-style-type: none"> ○ in Absprache mit der Pflege ○ Eingeteilt in aktive und passive Aktivitäten • Dauer der Teilnahme (Zeitmessung) <ul style="list-style-type: none"> ○ Messung der Durchführung der Aktivität in Minuten • Physisches Engagement und psychologische Verbundenheit (visuelle Analogskala 0-10) <ul style="list-style-type: none"> ○ Physisches Engagement: Grad der aktiven Beteiligung an der Pflege <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hohes Physisches Engagement: Ausgeprägte Beteiligung und ausgeprägte emotionale Bindung zum Kind ○ psychologische Verbundenheit: Grad der emotionalen Bindung zum Kind zwischen Eltern und Kind (z.B. Ansprechen des Kindes beim Namen) • Tägliche Daten Sammlung mithilfe eines Erhebungsinstruments (direkte Befragung und Beobachtung) • Informationsbedarf und Präferenz der Pflegetätigkeit aktive offene Abfrage • Beobachtung und Dokumentation der durchgeführten Pflegetätigkeit sowie Dauer der Beteiligung durch die Pflegenden • Dokumentation der Beteiligung der Mutter während der Besuchszeit der Mütter • Beobachtung und Messung des physischen Engagements sowie der emotionalen Bindung durch Clinical Nurse Specialist (2 Bewertende) • Eingabe der Werte in eine Tabellenkalkulation • Erhebung der persönlichen Daten durch einen Fragebogen
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der gewünschten Informationen, Aktivitäten und Teilnahme an der Pflegeanleitung in Bezug auf die Häufigkeit • Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichung für die Dauer der Teilnahme, physische Aktivität und psychologische Verbundenheit • Berechnung der Intraklassen-Korrelation (ICC) zwischen den beiden Clinical Nurse Specialist • Berechnung des Unterschieds in Bezug auf die Dauer der aktiven Teilnahme an der Pflege und emotionalen Bindung in Abhängigkeit der Erholungsphase des Kindes anhand einer Varianzanalyse
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation	<p><u>Bevorzugte Tätigkeiten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 234 bevorzugte Pflegeaktivitäten <ul style="list-style-type: none"> ○ Durchschnittlich 6,5 pro Mutter ○ 1,6 pro Phase • Frühe Phase: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kind berühren ○ Handschuhe und Socken an-/ausziehen ○ 7 Mütter Unsicherheit bei den Müttern was sie tun können ○ 5 Mütter Ablehnung von Tätigkeiten ○ Mütter haben Sorge das Kind zu wecken

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wunsch nach Aktivitäten, die nicht regulär im Programm enthalten waren (Socken an-/ ausziehen, Windel öffnen, um Kind beobachten zu können) ● Späte Phase: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktivere Tätigkeiten z.B. Nahrung verabreichen und Halten ● Bei Stabilisierung des Zustands nahmen alle Mütter an der Pflege teil ● Bewegung und Augenöffnen des Kindes fördern die mütterliche Beteiligung ● In der Beatmungsphase konnten einige Mütter aus Sorge die Schläuche zu stören nicht teilnehmen <p><u>Partizipation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 594 Aktivitäten ● 16,6 pro Mutter (auf der PICU) ● 4,1 in Erholungsphase ● Tätigkeiten frühe Phase: Socken an-/ ausziehen, Kind berühren ● Tätigkeiten später Phase: Sondierung der Nahrung, Windelwechsel, Nahrungsverabreichung per Flasche ● Unterstützung und Aufforderung durch die Pflegenden bei den Tätigkeiten ● Kind beim Namen nennen, Ähnlichkeiten suchen, vorlesen und singen durch die Mütter ● Wünsche der Mütter konnten überwiegend umgesetzt werden → Instabilität des Kindes und PICU Struktur/Regeln waren Hindernisse <p><u>Dauer der Teilnahme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proportionale Zunahme der Teilnahm zum Genesungszustand des Kindes ● 15,82 Min. (±8,76) bis 29,46 Min. (±4,53) <p>Physisches Engagement (aktive Beteiligung) und psychologische Verbundenheit (emotionale Bindung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proportionale Zunahme der Teilnahm zum Genesungszustand des Kindes ● Physisch: 2,79 (±1,42) bis 7,46 (±1,23) p< 0,001 ● Psychologisch: 4,29 (±1,51) bis 8,39 (±0,99) p<0,001
Ergebnisse	<p>Mütter benötigen in der frühen postoperativen Phase Informationen zur Stabilität des Zustandes ihres Kindes. In der Phase vor der Verlegung verlagert sich das Interesse an Informationen auf Inhalte zur Verlegung sowie der Pflege des Kindes.</p> <p>Die Beteiligung der Mütter an der Pflege ihres Kindes stieg mit zunehmender Genesung. Gleiches konnte für die physische Aktivität und die emotionale Bindung zum Kind festgestellt werden.</p>
Schlussfolgerungen	<p>Der Zustand des Kindes entscheidet über die Bedürfnisse der Mütter und nimmt somit Einfluss auf die partnerschaftliche Beziehung zwischen der Mutter und den Pflegenden. Die Pflegenden müssen dieses Wissen dazu verwenden die Informationen und Partizipation der Mütter phasengerecht zu gestalten.</p>

Anhang 15: Studienanalyse (Teil 10: Uhm und Kim)

Quelle	Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019): Impact of the mother-nurse partnership programme on mother and infant outcomes in paediatric cardiac intensive care unit. In: Intensive & critical care nursing, 50. Jg. (2019), S. 79-87.
Keywords	Congenital heart defects, Mother–nurse partnership programme, Parental participation in care, Parental satisfaction, Parental self-efficacy
Fragestellung/ Zielsetzung	<p>Das Ziel der Studie war die Evaluation der Auswirkung eines Partnerschaftsprogramm für Mütter und Pflegende (mother–nurse partnership programme (MNPP)) in Bezug auf die elterliche Zufriedenheit, die elterliche Selbstwirksamkeit, die wahrgenommene Partnerschaft und die Ängstlichkeit der Mütter. Zusätzlich wurden die Auswirkungen des Programms auf die Dauer des enteralen Nahrungsaufbaus und der postoperativen Aufenthaltsdauer von Säuglingen mit Herzoperationen untersucht.</p> <p><u>Hypothesen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die die partnerschaftliche Beziehung zu den Pflegenden, die Zufriedenheit und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit der Mütter in der Experimentalgruppe, die am MNPP teilgenommen hat, wird höher sein als in der Kontrollgruppe • Die wahrgenommene Ängstlichkeit wird sich in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe verringern. • Die Dauer des Nahrungsaufbaus und die Dauer des postoperativen Krankenhausaufenthaltes der Säuglinge aus der Experimentalgruppe wird kürzer sein als der in der Kontrollgruppe
Design	Quasi experimentelle Studie
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Asan Medical Hospital in Seoul, Republik Korea • PCICU mit 11 Betten (600 kardiologische Operationen/Jahr) • Patienten-Pflege Verhältnis 2,2:1 • Besuchszeiten pro Tag 2x 30 Minuten

Stichprobe

• konsekutiv ausgewählt

Mütter	Experimental-gruppe (n=36) % oder M ± SD	Kontroll- gruppe (n= 37) % oder M ± SD
Alter:		
Jahre	33,00 ± 3,76	32,92 ± 4,76
Beschäftigung:		
berufstätig	23	25
nicht berufstätig	23	25
Weitere Kinder		
		-
Bildungsstand:		
High school	6	3
College	28	30
Graduate school	2	4
Monatliches Einkommen (Millionen Won):		
<2.5	5	10
≥ 2.5 ~5	21	17
≥ 5	10	10
Diagnostizierte Krankheit:		
Ja	3	2
Nein	33	35
Geburt:		
Normal	14	21
Sectio	22	16
Foetal Diagnostic		
Ja	33	35
Nein	3	2

Säuglinge	Experimental-gruppe (n=36) % oder M ± SD	Kontroll- gruppe (n= 37) % oder M ± SD
Alter:		
Tage	19,89 ± 21,98	29,22 ± 25,14
Gewicht:		
Kg	3,14 ± 0,63	3,39 ± 0,54
Frühgeburt:		
Ja	7	7
Nein	29	30
RACHS:		
≥ 4	6	3
< 4	28	30
Einstufige Korrektur:		
Ja	20	16
Nein	16	21
Thorax apertum:		
Ja	14	12
Nein	22	25
Peritonealdialyse:		
Ja	16	19
Nein	20	18
Relaxierung:		
Ja	31	34
Nein	5	3
Beginn Nahrungsaufbaus post OP Tag		
POD	2,19 ± 1,69	2,41 ± 2,11

	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Beatmungstage</td> </tr> <tr> <td>Tage</td> <td>6,5 ± 5,79</td> <td>7,76 ± 6,86</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Aufenthalt PCICU</td> </tr> <tr> <td>Tage</td> <td>10,53 ± 7,24</td> <td>10,43 ± 7,67</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Frühe NICU Behandlung</td> </tr> <tr> <td>Ja</td> <td>30</td> <td>10</td> </tr> </table>	Beatmungstage			Tage	6,5 ± 5,79	7,76 ± 6,86	Aufenthalt PCICU			Tage	10,53 ± 7,24	10,43 ± 7,67	Frühe NICU Behandlung			Ja	30	10
Beatmungstage																			
Tage	6,5 ± 5,79	7,76 ± 6,86																	
Aufenthalt PCICU																			
Tage	10,53 ± 7,24	10,43 ± 7,67																	
Frühe NICU Behandlung																			
Ja	30	10																	
Ein-/Ausschlusskriterien	In die Studie eingeschlossen wurden Mütter von Säuglingen mit angeborenem Herzfehler (RACHS 3-6) die innerhalb von drei Monaten nach Geburt eine Herzoperation im ersten Stadium erhalten haben																		
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzform des Instrumentes zur Zufriedenheitsmessung (Lator 2013) (Cronbachs Alpha 0,97.) <ul style="list-style-type: none"> ○ 30 Items (5 Subskalen Information, Fürsorge, Organisation, elterliche Beteiligung, Einstellung) ○ Likert Skala 1-6 • Selbstwirksamkeitsmessung anhand Karitane Parenting Confidence Scale (Umformulierung einer negativen Formulierung in eine positive Aussage) (Cronbachs Alpha 0,90.) <ul style="list-style-type: none"> ○ 15 Items (3 Subskalen: Elternschaft, Unterstützung, Entwicklung) ○ Likertskala 1-4 ○ Werte < 31 schwerer Verlauf ○ 32-35 moderat ○ 36-39 mild ○ >40 kein • Messung der wahrgenommenen Partnerschaft zwischen Mutter- Pflege anhand des parent–nurse partnership scale (Cronbachs Alpha 0,97.) <ul style="list-style-type: none"> ○ 34 Items (7 Subskalen: Gegenseitigkeit, Fachwissen, Sensibilität, Zusammenarbeit, Kommunikation, Informationsaustausch und Vorsicht.) ○ Likerstskala 1-5 • Messung der Ängstlichkeit anhand state anxiety scale (Cronbachs Alpha 0,95.) <ul style="list-style-type: none"> ○ 20 Items ○ Likertskala 1-4 • Nahrungsaufbau <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziel: 100ml/kgKG/Tag • Dauer des Krankenhausaufenthaltes <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl der Tage von Aufnahme auf die Intensivstation bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus 																		
Intervention / Programm	<ul style="list-style-type: none"> • 37 Säuglinge in der Kontrollgruppe <ul style="list-style-type: none"> ○ Stationsübliche Pflege 																		

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abgabe einer Broschüre mit Informationen über den postoperativen Verlauf (Beendigung der Siedierung, Extubation, Beginn Nahrungsaufbau, geplante Entlassung) ● 36 Säuglinge in der Experimentalgruppe <ul style="list-style-type: none"> ○ Programminhalte: Informationsaustausch, Partizipation an der Pflege und Absprache/Mitbestimmung ○ Durchführung während der üblichen Besuchszeiten (2x30 Min.) ○ 5 Phasen orientiert am postoperativen Genesungsprozess <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phase 1: 24-48 Stunden nach Aufnahme ▪ Phase 2: Mentale Erholung ▪ Phase 3: Beginn der Beatmungsgeräte-Entwöhnung ▪ Phase 4: Enterale Ernährung ▪ Phase 5: Verlegung auf die Allgemeinstation ○ 24-48h postoperativ erfolgte die erste Phase zur Orientierung ○ Phase zwei bis fünf beinhalteten die o.g. Programminhalte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmorientierung und Anerkennung der jeweiligen Rolle Förderung einer vertrauensvollen Beziehung ▪ Sicheres Mitwirken bei der Pflege des Säuglings ▪ Gewählte Tätigkeiten durch die Mütter: Halten von Händen und Füßen, Sicherstellen der Körperpflege, Anziehen von Socken, Eincremen, Windeln wechseln, Sondenernährung, Anziehen des Säuglings, Positionierung ▪ Flaschennahrung, Aufstoßen des Kindes ▪ Auf den Arm nehmen des Säuglings, Tragen des Säuglings ○ Die Mütter erhielten ein individuelles Informationsblatt, das den aktuellen Zustand des Kindes beinhaltete und es wurden weitere anfallende Fragen beantwortet. ○ Die Mütter konnten frei auswählen ob und an welcher Pflegemaßnahme sie teilnehmen wollten. Sie trafen ihre Entscheidung in Absprache mit den Pflegenden. Diese Maßnahmen orientierten sich an der postoperativen Genesungsphase des Säuglings
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ● G*Power 3.1 Analyse zur Berechnung der Stichprobengröße ● Ethische Genehmigung ● Informierte Einwilligung der Teilnehmenden ● Programmdurchführung 01.-11.2016 ● Datensammlung zwischen 12.2015-12.2016

	<ul style="list-style-type: none"> • 18-36h nach Aufnahme des Kindes Pretest zur Erfassung der persönlichen Daten und primärer Outcome der Mütter vor der Programmdurchführung anhand eines Fragebogens der eigenständig durch die Mütter bearbeitet wurde • Abschlusstest 12h nach Verlegung der Kinder auf die pädiatrische Station • Auswertung des Verlaufs Nahrungsaufbaus anhand der Patientenakte
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • SPSS • Deskriptive Statistik der demographischen Daten • Homogenitätsmessung der Gruppen anhand t-Test sowie Kovarianz Analyse • Signifikanz: P Wert < 0,05
Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation	<p>(Darstellung der statistischen Angaben aus dem Text übernommen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikant höhere Zufriedenheit <ul style="list-style-type: none"> ○ Posttest Experimentalgruppe signifikante Unterschied $5,49 \pm 0,43$ im Vergleich zu $4,45 \pm 0,75$ in der Kontrollgruppe ($p < .001$) ○ Subskala „Pflege und Versorgung“ <p>Anstieg der Zufriedenheit in der Experimentalgruppe M 4,55 ($\pm SD 0,91$) auf M 5,54 ($\pm SD 0,42$) im Vergleich zu Kontrollgruppe von M 4,50 ($\pm SD 0,87$) auf 4,54 ($\pm SD 0,79$) mit einer Signifikanz von $p < 0,001$</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikant höhere Selbstwirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> ○ Posttest Experimentalgruppe signifikanter Unterschied $52,29 \pm 6,61$ im Vergleich zur $47,45 \pm 7,30$ in der Kontrollgruppe ($p = 0.008$) ○ Kontrollgruppe neun Müttern beim Pretest im leichten bis schweren klinischen Bereich Posttest sieben Mütter befanden sich im leichten bis mittleren klinischen Bereich. ○ Experimentalgruppe elf Mütter beim Pretest im leichten bis schweren klinischen Bereich, Posttest alle Mütter im nicht-klinischen Bereich • Signifikant höhere wahrgenommene Partnerschaft zw. Pflegenden und Müttern <ul style="list-style-type: none"> ○ Posttest Experimentalgruppe signifikanter Unterschied $4,68 \pm 0,35$ im Vergleich zu $3,82 \pm 0,51$ in der Kontrollgruppe ($p < .001$) • Signifikante Abnahme der Ängstlichkeit <p>Abfall der Ängstlichkeit Experimentalgruppe M 49,16 ($SD \pm 12,96$) auf M 34,31 ($SD \pm 9,69$) im Vergleich zur Kontrollgruppe M 51,57 ($SD \pm 13,5$) auf M 45,19 ($SD \pm 11,35$) $p < 0,001$</p> • Kürzere Dauer des Nahrungsaufbaus nicht signifikant <ul style="list-style-type: none"> ○ Experimentalgruppe $10,22 \pm 12,65$ Tage im Unterschied zu $14,14 \pm 14,21$ Tage in der Kontrollgruppe ($p = .145$). • Kürzere postoperative Krankenhausverweildauer nicht signifikant

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Experimentalgruppe mittlere postoperative Krankenhausverweildauer $19,25 \pm 16,84$ Tage im Unterschied zur Kontrollgruppe $26,59 \pm 22,43$ Tage ($p = 0.087$).
Ergebnisse	Die elterliche Zufriedenheit, Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Partnerschaft zwischen Eltern und Pflegenden steigen signifikant durch die Einführung eines MNPP. Zusätzlich wird dadurch die Ängstlichkeit der Mütter reduziert. Die Gewichtszunahme der Säuglinge so wie die Aufenthaltsdauer nach einer Herzoperation bleiben unbeeinflusst durch das MNPP.
Schlussfolgerungen	MNPP verbessert die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und den Müttern und hat dadurch einen positiven Effekt auf die emotionalen und kognitiven Ergebnisse der Mütter

Anhang 16: Studienbewertung (Teil 1: Ames et al.)

Quelle	Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	+ Drei klar formulierte Forschungsfragen + Ziele der Untersuchung wurden definiert + Forschungsthema wurde im Umfeld diskutiert (in der Einleitung)	1
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	+ qualitatives, interpretatives Design + Erfassung der kontextuellen und einzigartigen Natur der Erfahrung jeden Elternteils	1
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	+ Literatur Review - Vor der Studie, keine genaue Angabe zum Zeitraum + Stand der Wissenschaft dargestellt - Quellen liegen bis zu 29 Jahre zurück	1
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	+ Ja, Eltern deren Kind auf der PICU aufgenommen wurde - Begründung nicht benannt + zielgerichtete heterogenen Stichprobe Verschiedene Diagnosen der Kinder alle Altersstufen der Kinder + Ein- /Ausschlusskriterien wurden beschrieben	1
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	+ Stichprobe tabellarisch im Artikel dargestellt Teilnehmende: + Familienstand, Anzahl der Kinder - Keine Angaben über Einkommen oder Bildungsstand - Setting nicht konkret beschrieben	1
6. Wurden die Forscher und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	+ Angabe zum Arbeitsort - Keine Angaben zur Qualifikation - Angaben zur Finanzierung - Beziehung der Forschenden zu Teilnehmenden nicht ausreichend dargestellt	0
7. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	+ Datensammlung passend zum Design + Datensammlung detailliert beschrieben + Interviewleitfaden dargestellt - Ort und Zeitraum (kurz vor Entlassung) unklar → unklar inwiefern dadurch Beeinflussung der Aussagen stattgefunden haben - unklar wie viele Forschende bei der Erhebung beteiligt waren	1
8. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	+ Datenanalyse detailliert beschrieben, passend zum Design + Gütekriterien beachtet + Triangulation der Forschenden	1

9. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	+ Zirkuläres Verfahren mit Follow-Up und Probes + Stichprobengröße ermöglicht ein reichhaltiges und ganzheitliches Verständnis der elterlichen Erfahrung + Interviewdauer wirkt angemessen	1
Aussagekraft		
10. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	+ Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar dokumentiert + Zitate enthalten	1
11. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	+ Bestätigung der Interpretation durch die Eltern (Member Check)	1
Anwendbarkeit		
12. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	+ Ja, Stichprobe übertragbar - Soziodemografische Merkmale der Stichprobe sind ungenügend beschrieben	1
13. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	+ Interaktion zwischen Pflege und Eltern ist von Bedeutung	1
Bewertung der Studienqualität: 12/13 (92%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
		x

Anhang 17: Studienbewertung (Teil 2: Dahav und Sjöström-Strand)

Quelle	Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	- Keine Forschungsfrage + Ziel der Untersuchung wurden definiert + Forschungsthema wurde im Umfeld diskutiert (in der Einleitung)	1
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	+ Exploratives Design, Inhaltsanalyse + Qualitativer Ansatz, um ein tieferes und umfassenderes Verständnis der elterlichen Erfahrung zu bekommen	1
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	- Literaturrecherche unklar + Stand der Wissenschaft dargestellt (Einleitung) - Quellen liegen bis zu 30 Jahren zurück	0
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	+ Ja, Eltern deren Kind auf der PICU aufgenommen wurde - Begründung nicht benannt - Stichprobe homogen <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnosen einseitig ○ Altersstufen der Kinder einseitig + Ein- /Ausschlusskriterien wurden beschrieben	0
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	+ Die Stichprobe wurde tabellarisch Dargestellt - Keine Angabe zu Alter, Einkommen oder Bildungsstand - Keine Angabe über weitere Kinder - Aussage über „unterschiedliche“ Erfahrung unpräzise - Setting nicht konkret beschrieben	0
6. Wurden die Forscher und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	+ Angaben zur Qualifikation 1 wissenschaftliche Mitarbeiterin 1 Forscherin hat PICU Erfahrung + Beziehung der Forschenden zu Teilnehmenden ausreichend dargestellt + Beziehung nimmt keinen Einfluss auf die Erhebung	1
7. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	+ Datensammlung passend zum Design + Datensammlung detailliert beschrieben + Einstiegsfrage dargestellt + Ort und Zeitraum angegeben + Durchführung durch dieselbe Forscherin - Keine Angabe zu Feldnotizen während des Interviews	1
8. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	+ Datenanalyse detailliert beschrieben, passend zum Design + Gütekriterien beachtet	1

9. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	+ lt. Angaben der Forschenden + Interviewdauer wirkt angemessen	1
Aussagekraft		
10. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	+ Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar + Zitate enthalten	1
11. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	+ Auswertung, Diskussion und Reflektion durch 2 Autoren	1
Anwendbarkeit		
12. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	+ Ja, Stichprobe übertragbar, da hoher Anteil an Neugeborenen und identische Diagnosen im eigenen Bereich - Soziodemografische Merkmale der Stichprobe sind ungenügend beschrieben - Übertragbarkeit in andere Bereiche eingeschränkt	1
13. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	+ Ja, Einbeziehung der Eltern	1
Bewertung der Studienqualität: 10/13 (77%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
		x

Anhang 18: Studienbewertung (Teil 3: Geoghegan et al.)

Quelle	Geoghegan, S.; Oulton, K.; Bull, C.; Brierley, J.; Peters, M.; Wray, J. (2016)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	- Keine Forschungsfrage + Ziel der Untersuchung wurde definiert + Forschungsthema wurde im Umfeld diskutiert (in der Einleitung)	1
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	+ Qualitativer Ansatz - Keine Begründung	1
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	- Literaturrecherche unklar + Stand der Wissenschaft dargestellt (s.o. in der Einleitung) - Kein Zeitraum angegeben - Quellen liegen bis zu 27 Jahre zurück	0
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	+ Ja, Eltern deren Kind auf der PICU aufgenommen wurde + Gezielte Auswahl der Teilnehmenden + Begründung Langzeitpatienten - Keine Angaben zur Diagnose der Kinder oder Art der Einweisung + Einschlusskriterien wurden beschrieben in Bezug auf Definition Langzeitaufenthalt - keine weiteren Ein- oder Ausschlusskriterien angegeben	1
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	+ Einzelne Angaben in Tabelle dargestellt - Keine Angabe zu Einkommen oder Bildungsstand - Keine Angabe über weitere Kinder - Setting nicht konkret beschrieben	0
6. Wurden die Forscher und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	+ Angaben zur Qualifikation - Keine Angaben, ob aus dem Fachbereich + Angaben zur Unterstützung + Aussage über nicht bestehenden Interessenkonflikt - Beziehung der Forschenden zu Teilnehmenden nicht ausreichend dargestellt	0
7. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	+ Datensammlung passend zum Design + Datensammlung detailliert beschrieben + Ort angegeben - Zeitraum nicht angegeben - Keine Angabe zu Feldnotizen während des Interviews + Interviews durch 1 Person - Leitfadentwicklung unklar - Interviewleitfaden nicht im Artikel abgebildet	0
8. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	+ Datenanalyse detailliert beschrieben,	1

	passend zum Design + Gütekriterien beachtet	
9. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	- Keine Angabe + Interviewdauer Eltern wirkt angemessen - unklar warum Personalbefragung doppelt so lange dauert	0
Aussagekraft		
10. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	+ Zitate enthalten + Ergebnisse ausführlich dargestellt	1
11. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	+ Arbeit im Forschungsteam	1
Anwendbarkeit		
12. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	+ Perspektive von Langzeitpatienten von Bedeutung - Übertragbarkeit durch ungenügende Angaben der Stichprobe und Setting eingeschränkt	1
13. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	+ Ja, Einbeziehung der Eltern + Erstellen eines Pflegeplan	1
Bewertung der Studienqualität: 8/13 (62%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
	X	

Anhang 19: Studienbewertung (Teil 4: Mattsson et al.)

Quelle	Mattsson, J. Y.; Arman, M.; Castren, M.; Forsner, M. (2014)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	- Keine Forschungsfrage + Ziel der Untersuchung wurden definiert + Forschungsthema wurde im Umfeld diskutiert (in der Einleitung)	1
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	+ Qualitatives Design, interpretative phänomenologische Methode + die bedeutungsvollen Aspekte im Leben der Untersuchten verstehbar zu machen	1
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	- Literaturrecherche unklar - Kein Zeitraum angegeben + Stand der Wissenschaft dargestellt (in der Einleitung) - Quellen liegen bis zu 25 Jahre zurück	0
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	+ Ja, Eltern deren Kind auf der PICU aufgenommen wurde + Gezielte Auswahl der Teilnehmenden - Begründung nicht angegeben - Keine Angaben zur Diagnose der Kinder oder Art der Einweisung + lebensbedrohliche Zustände der Kinder + 3 repräsentative PICUs, alle Altersklassen (NG bis 18 LJ), alle Fachrichtungen inklusive komplexer operativer Kardiologische Behandlungen - keine Ein- /Ausschlusskriterien beschrieben	1
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	- Keine Angabe zu Alter, Einkommen oder Bildungsstand - Keine Angabe über weitere Kinder - keine Aussage über PICCU Erfahrung - Aussage über die Erkrankung der Kinder Unspezifisch - unklar wie lange die Kinder auf der PICCU behandelt wurden - Setting: Angaben zur Versorgung komplexer Erkrankungen, nicht genau spezifiziert	0
6. Wurden die Forscher und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	+ Angaben zur Qualifikation, unterschiedliche berufliche Erfahrung - Keine ausführlichen Angaben, ob aus dem Fachbereich + Angaben das keine Unterstützung stattgefunden hat - eine Forscherin hat PICU Erfahrung Wodurch, die Ergebnisinterpretation	0

	beeinflusst sein könnte - Beziehung der Forschenden zu Teilnehmenden nicht ausreichend dargestellt	
7. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	+ ausführliche Darstellung der Datensammlung + 2 Teile: offene Beobachtungen und Interviews - beobachtende Person, keine Angabe, ob die gleiche Person oder ob ein Wechsel stattgefunden hat + Beobachtende und interviewende Person ist identisch + Einstiegsfrage dargelegt - Interviewleitfaden mit thematischen Fragen, nicht in Artikel abgebildet + Ort und Zeitraum der Interviews dargestellt	1
8. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	+ Darstellung der Methode und einzelner Schritte	1
9. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	- keine Angabe + Interviewdauer wirkt angemessen	0
Aussagekraft		
10. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	+ Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar + Zitate enthalten	1
11. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	+ Triangulation durch gemeinsame Interpretation, Vergleich und Kontrastierung + thematische Analyse durch Ko-Autoren	1
Anwendbarkeit		
12. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	+ Ja, „kritisch kranke“ Kinder identisch mit UKT Tübingen + Aussagen der Studie beziehen sich überwiegend auf die Pflege der Kinder durch die Pflegenden, konkreter Verbesserung des Situationserlebens durch Pflegende möglich	1
13. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	+ ganzheitliche Pflege des Kindes und die Erfüllung der emotionalen Bedürfnisse des Kindes erhöht die Beteiligung der Eltern an der Pflege	1
Bewertung der Studienqualität: 9/13 (69%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
		x

Anhang 20: Studienbewertung (Teil 5: Molina und Marcon.)

Quelle	Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	- Keine Forschungsfrage + Ziel der Untersuchung wurden definiert + Forschungsthema wurde im Umfeld diskutiert (Einleitung)	1
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	+ Qualitatives Design, deskriptive konvergente Pflegestudie + Forschung ist der direkten Verbesserung des untersuchten sozialen Kontextes verpflichtet + Theoretische Referenz: Trans- Kulturelle-Care Theorie, da die Mütter ihre Kinder nach besonderen Überzeugungen und kulturellen Werten betreuen	1
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	- Literaturrecherche unklar - Kein Zeitraum angegeben + Stand der Wissenschaft dargestellt (Einleitung) + Quellen liegen bis zu 9 Jahre zurück	0
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	+ Ja, Mütter deren Kind auf der PICU aufgenommen wurde - Mütter, da diese die überwiegend die Zeit beim Kind verbringen → dadurch eingeschränkte Übertragbarkeit auf Väter und andere Familienmitglieder + Einschlusskriterien beschrieben - Ausschlusskriterien fehlen	1
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	+ Detaillierte Beschreibung der Stichprobe - Art der Aufnahme unklar - Setting nicht eindeutig nur PICU	0
6. Wurden die Forscher und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	- Forscherin ist Stationsleitung der Abteilung → hohes Potential zur Beeinflussung des Verhaltens der Eltern durch das Abhängigkeitsverhältnis + 2 promovierte Fakultätsmitglieder die im Familienbereich oder in der Pädiatrie arbeiten	0
7. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	+ Genaue Beschreibung der Programmdurchführung + Zeitraum der Erhebung definiert - Ort der halbstrukturierten Interviews Unklar - Keine Angabe zur Aufnahme der Interviews	1
8. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	- keine konkrete Beschreibung über die einzelnen Analyseschritte	0
9. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	- keine Angabe	0

Aussagekraft		
10. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	+ Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar + Zitate enthalten	1
11. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	+ thematische Analyse durch Ko Autoren	1
Anwendbarkeit		
12. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	+ Ergebnisse lassen sich eindeutig auf die Anleitung der Eltern in die Pflege ihres Kindes zurückführen - Setting nicht eindeutig + Erkrankung der Kinder identisch im Setting Tübingen, Schwere des Verlaufes unklar - Keine Angaben wie lange die Besuchszeit und somit die Möglichkeit der Pflege ihres Kindes für die Mütter bestand - Bislang wurde keinen Eltern eine lange Anwesenheit erlaubt, erst im Zusammenhang mit der Studie. Die Qualität der Elternanleitung ist aufgrund der fehlenden Erfahrung fraglich + Ergebnisse sprechen für gelungene Umsetzung	1
13. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	+ schrittweiser Einarbeitungsprozess der Mütter + Grenzen der Mütter dabei respektieren + Gemeinsame Planung der Maßnahmen sichert die spontane mütterliche Beteiligung + Team muss über das Situationserleben der Mütter Bescheid wissen	1
Bewertung der Studienqualität: 8/13 (62%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
	x	

Anhang 21: Studienbewertung (Teil 6: Hill et al.)

Quelle	Hill, C.; Knafelz, K. A.; Judge Santacroce; Sheila; Santacroce, S. J. (2017)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	- Keine Forschungsfrage + klar formuliertes Ziel.	0
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	+ Ja, klar definierte Ein- und Ausschlusskriterien.	1
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	+ Suche in 3 Datenbanken. + Suchstrategie im Vorfeld festgelegt. + Alle Studiendesigns berücksichtigt. - Keine Handsuche beschrieben + Studienauswahl im Prisma Diagramm dargestellt	1
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	+ Ja, Instrument passt zu den gefundenen Studien + Studienbewertung: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)	1
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	+ Darstellung von Frage/Ziel, Stichprobe, und Ergebnissen - Keine Darstellung der Einzelnen Bewertungspunkte + Gesamtbeurteilung der Studie im Bereich von 25,50,75,100% dargestellt <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Studie <50% ○ 6 Studie bei 50% ○ 0 Studien bei 75% ○ 13 bei 100% - Kein Ausschluss von Studien anhand der Qualitätseinstufung - Qualität der Studien nicht in der Diskussion berücksichtigt + Quellen der Studien nachvollziehbar	1
6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung überein?	- Obwohl 3 Forschende beteiligt waren, gibt es keine Aussage in Bezug einer sekundären Überprüfung der Studienqualität + gegenseitiges Überprüfen der Datenextraktion	0
7. Waren die Studien ähnlich?	- sehr breites Spektrum der Beteiligung. Von morgendlichen Visitenrunden bis zu Teilnahmen an Reanimation oder Therapieentscheidungen am Lebensende - Das Behandlungsspektrum (Diagnosen) und das medizinische Spektrum (z.B. Anzahl der Beatmungsplätze) der PICUs aus den eingeschlossenen Studien sind nicht nachvollziehbar - Die genauen Angaben zur Umsetzung der	0

	FCC Konzepte z.B. Länge der Besuchszeiten oder die Möglichkeit von Übernachtungen für Eltern sind nicht transparent	
Aussagekraft		
8. Was sind die Ergebnisse?	+ Deskriptive Darstellung der Ergebnisse + Kategorien gebildet	1
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	+ Aussagen durch Quellen belegt + Übersichtliche, gut nachvollziehbare Ergebnisse - Keine Schwerpunktlegung der Ergebnisse	1
Anwendbarkeit		
10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	+ Die dargestellte elterliche Wahrnehmung in Bezug auf das problematische und positive Erleben auf der PICU stimmen mit der eigenen Einschätzung überein.	1
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse beachtet?	- Die Ergebnisse machen nicht kenntlich ob und in welchen Settings die FCC implementiert wurde. Die Ergebnisse wurden dahingehend nicht getrennt bewertet	0
Bewertung der Studienqualität: 7/11 (64%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
	x	

Anhang 22: Studienbewertung (Teil 7: Bernardo et al.)

Quelle	Bernardo, G. de; Svelto, M.; Giordano, M.; Sordino, D.; Riccitelli, M. (2017)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	- Keine Forschungsfrage + Klare Zielformulierung	1
2. Wurden die Einschlusskriterien für die Stichprobe genau beschrieben?	+ Ein- und Ausschlusskriterien definiert	1
3. Wurden die Studienteilnehmenden und das Setting detailliert beschrieben?	+ Ausführliche Beschreibung der Stichprobe + Stichprobe tabellarisch im Artikel abgebildet + Level III Neo enthält Aussagen zu Patientenklientel und Grad der Versorgung - Keine genauere Beschreibung der weiteren Behandlungsoptionen auf der Station z.B. außer chirurgischen Kindern auch kardiologische Versorgung?)	1
4. Waren die Teilnehmenden, die in die Vergleiche eingeschlossen wurden, ähnlich?	+ Statistische Berechnung der Stichprobe auf Homogenität + Keine Unterschiede festgestellt bei den Kindern und den Daten der Eltern	1
5. Haben die Teilnehmenden, die in die Vergleiche eingeschlossen wurden, ähnliche Behandlung / Betreuung erhalten, abgesehen von der Exposition oder der Intervention von Interesse?	+ Gruppen wurden nacheinander verglichen. FCC Gruppe im Anschluss, deshalb keine Beeinflussung + Offizielle Programmeinführung + Klare Beschreibung der Programminhalte und -ablauf + Ausführliche Beschreibung der Erweiterten Maßnahmen die im Rahmen des FCC Programms notwendig waren - Keine Aussage wie das Team auf das FCC Programm vorbereitet wurde	1
6. Gab es eine Kontrollgruppe?	+ ja	1
7. Gab es mehrere Ergebnismessungen sowohl vor als auch nach der Intervention / Exposition?	- Keine Erhebung der Zufriedenheits- und Stresswerte zu Beginn der Exposition, um Aussage über die Ausgangslage von Stress und Zufriedenheit der Eltern zu messen	0
8. War das Follow-Up vollständig und falls nicht, wurden Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf das Follow-Up angemessen beschrieben und untersucht?	+ 4 Neugeborene sind verstorben + Analyse von jeweils 48 Elternteilen (n=96) von ursprünglich 126	1
9. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen?	+ Validierte Fragebögen + Messung am Tag der Entlassung - Teilweise wurden Daten telefonisch erhoben → wie lange nach der Entlassung ist unklar	1

10. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet?	+ Ja, Angaben aller statistischen Messungen + Auswertung des Bogens, wenn mehr als 90% ausgefüllt war	1
11. Wurde eine Poweranalyse zur Berechnung der Stichprobengröße durchgeführt?	- Keine Aussage zur Berechnung der notwendigen Stichprobengröße (Poweranalyse)	0
Aussagekraft		
12. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	+ Tabellen abgebildet + Dargestellte Werte sind nachvollziehbar - Berechnung der Gesamtwerte der Skalen nicht sichtbar - Darstellung der Werte nicht optimal nachvollziehbar, da nur Median, SD, 5°-95° und p-Wert abgebildet sind	1
Anwendbarkeit		
13. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	+ Ergebnisse lassen sich eindeutig auf die Einführung der FCC zurückführen - Setting nicht eindeutig (Keine Angaben zur Instabilität, Beatmungszustand, sonst. Behandlungsmöglichkeiten der Station) + Erkrankung der Kinder identisch im Setting Tübingen, jedoch Schwere des Verlaufes unklar - Keine Angaben zu regulärem Umgang mit Eltern der PICU	1
14. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	+ Einführung FCC hat großen Vorteil für Zufriedenheit und Stress der Eltern + Mütter und Väter profitieren gleichermaßen von den Vorteilen	1
Bewertung der Studienqualität: 12/14 (86%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
		x

Anhang 23: Studienbewertung (Teil 8: Martens et al.)

Quelle	Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	- Keine Frage, dafür + Zielformulierung	1
2. Wurden die Einschlusskriterien für die Stichprobe genau beschrieben?	- Einschlusskriterien ungenügend dargestellt	0
3. Wurden die Studienteilnehmenden und das Setting detailliert beschrieben?	- Stichprobe nicht dargestellt, weder Mütter noch Personal - Setting ungenügend dargestellt	0
4. Wurden Störfaktoren (Confounders) identifiziert?	- Nein	0
5. Wurden Strategien für den Umgang mit Störfaktoren genannt?	- Nein	0
6. Wurden die Ergebnisse valide und reliabel gemessen?	Validität: + 3 Stationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten - Universitätskrankenhäuser keine Vergleichsklinik + Tag 3 auf Station + selbstständiges Ausfüllen der Bögen - Erkrankung und Behandlung der Kinder unklar → Mehrdeutigkeit? Reliabilität: + alle Mütter wurden zum selben Zeitpunkt erhoben - Situation der Mütter/des Kindes am Erhebungstag kann stark abweichen - Angaben zu den Pflegenden fehlen + freies Antworten möglich, Antworten auf die Fragen im Fragebogen nehmen keinen Einfluss auf die weitere Behandlung - Fragestellung nicht transparent + kein Interpretationsspielraum der Antworten	1
7. Wurde eine geeignete statistische Analyse verwendet?	+ prozentuale Darstellung der Antworthäufigkeit Keine weiteren Berechnungen	1
8. Erfolgte eine Poweranalyse zur Berechnung der Stichprobengröße?	- Keine Angaben zur Berechnung der Stichprobengröße	0
Aussagekraft		
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	+ Darstellung einzelner Items per Balkendiagramm, % Angaben - Nicht alle Antworten der Likert-Skala veröffentlicht, von den Forschenden sortiert in Zustimmend/ Kontrovers/ Ablehnend + Unterschied Mütter/Personal gut dargestellt - Keine Abbildung des Fragebogens	0

	<ul style="list-style-type: none"> - Eindeutige Fragestellung nicht nachvollziehbar - Genaue Aspekte wie Eltern die Partizipation umsetzen z.B. „hygienic care“, Wundversorgung, ... nicht klar - Erhebung nur zu einem Zeitpunkt, keine Feststellung wie sich die Einstellung der Mütter verändern würde 	
Anwendbarkeit		
10. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	<ul style="list-style-type: none"> + Fragen des Fragebogens entsprechend überwiegend den Partizipationsmöglichkeiten der eigenen Station + Eindeutiges Selbstvertrauen der Eltern Pflgetätigkeiten im PICU Setting zu übernehmen - Aufgrund der ungenügenden Darstellung der Stichprobe und des Settings sowie die aktuelle Situation des Kindes ist die Übertragbarkeit nicht Möglich - Messung fand 2003 statt →Komplexität der Intensivtherapie seitdem zunehmend 	0
11. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	+ Klare Zielvorgabe für eine zukünftige Umsetzung, Vorarbeit notwendig um ein gemeinsames Verständnis für elterlicher Partizipation im eigenen Bereich zu erreichen	1
Bewertung der Studienqualität: 4/11 (36%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
	x	

Anhang 24: Studienbewertung (Teil 9: Uhm und Choi)

Quelle	Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	+ Ja	1
2. Wurden die Einschlusskriterien für die Stichprobe genau beschrieben?	+ Säuglinge, die innerhalb von 3 Monaten nach der Geburt eine komplexe KHK Stufe 3-6 gemäß der RACHS-Methode (Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery) im ersten Stadium Operation erhielten + Konsekutive Auswahl der Mütter, angemessen für die Möglichkeiten auf der Station	1
3. Wurden die Studienteilnehmenden und das Setting detailliert beschrieben?	- Nein, ○ Angaben zur PCICU: Anzahl der Behandlungsplätze, Personal ○ Mütter: nur Angaben zu Alter, Geburtsmodus, Anzahl der Schwangerschaften und Zeitpunkt der Diagnosestellung	0
4. Gab es mehrere Ergebnismessungen sowohl vor als auch nach der Intervention/Exposition?	+ ja, kontinuierliche Messung über den gesamten postoperativen Verlauf	1
5. Wurden Störfaktoren (Confounders) identifiziert?	+ Ja, aus Sicht der Forschenden + Struktur, Regeln der PICU + Unstimmigkeiten bei den Pflegenden bei der Umsetzung gewisser Pflgetätigkeiten durch die Mütter zum Beispiel Baden + restriktive Besuchszeit + Keine genauen Angaben wie lange die Besuchszeit gedauert hat	1
6. Wurden Strategien für den Umgang mit Störfaktoren genannt?	- nein	0
7. Wurden die Ergebnisse valide und reliabel gemessen?	Validität - Nur eine Kardiologische Station für die Erhebung + klare zeitliche Angaben wann und wie häufig die Erhebungen stattfanden, Gleichbehandlung aller Mütter - Datenerhebung und Information der Mütter durch unterschiedliches Pflegepersonal + 2 feste Clinical Nurse Specialist zur Beobachtung und Messung des physischen Engagements sowie der emotionalen Bindung → ICC berechnet + Genaue Angaben über zeitlichen Ablauf und Inhalt des Programms sowie dem Zustand der Kinder in den Phasen Reliabilität + alle Mütter wurden zum selben Zeitpunkt erhoben	0

	<ul style="list-style-type: none"> + kein Zusammenhang der Beobachtung und Abfrage auf die Behandlung des Kindes - Fragestellung kann durch unterschiedliche Personen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen - Keine validen Messinstrumente - Interpretationsspielraum der Antworten nicht klar/transparent 	
8. Wurde eine geeignete statistische Analyse verwendet?	+ ja	1
9. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung / Poweranalyse der Stichprobengröße	- keine Angabe	0
Aussagekraft		
10. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<ul style="list-style-type: none"> + Darstellung der Ergebnisse in Tabellen und Graphiken - Unterschiedliche Angabe im Text und Tabelle bei Anzahl der Tätigkeiten durch die Mütter - Anzahl der Aktivitäten kann auf die Anzahl der Mütter nicht glaubwürdig nachvollzogen werden z.B. 2,1 passive Aktivitäten /Mutter - Nicht alle Tätigkeiten sind in der Tabelle zu sehen 	0
Anwendbarkeit		
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	<ul style="list-style-type: none"> + Ja, Untersuchungsfragen und Ziel relevant für eigenes Setting + Hoher Anteil herzoperierter Säuglinge im eigenen Setting + hohe Beteiligung der Eltern ab der extubierten Phase spricht für hohes Interesse der Eltern - Nur Messung der Mütter - Übertragbarkeit auf Väter nicht gegeben - Nur kardiologische Säuglinge → eingeschränkte Übertragbarkeit auf andere Kinder 	1
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	<ul style="list-style-type: none"> Ja + Beratung auf Basis der Bedürfnisse der Eltern + Rahmenbedingungen schaffen, die Partizipation ermöglichen (Besuchszeit, Räumlichkeit, Personal...) + Anleitung durch Pflegende, um Partizipation an der Pflege zu unterstützen + Beziehungsaufbau zwischen Müttern und Pflegenden fördern 	1
Bewertung der Studienqualität: 7/12 (58%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
	x	

Anhang 25: Studienbewertung (Teil 10: Uhm und Kim)

Quelle	Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019)	
Glaubwürdigkeit		
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	+ Klar formulierte Forschungsfrage/Hypothesen	1
2. Wurden die Einschlusskriterien für die Stichprobe genau beschrieben?	+ Säuglinge mit angeborenem Herzfehler (RACHS 3-6), die innerhalb von drei Monaten nach Geburt eine Herzoperation im ersten Stadium erhalten haben	1
3. Wurden die Studienteilnehmenden und das Setting detailliert beschrieben?	+ gute Stichprobenbeschreibung - Angaben der Mütter: fehlen Angaben zu weiteren Kindern + Angaben der Kinder gut + Setting gut ○ Angaben zur PCICU: Anzahl der Behandlungsplätze, Personal, Personalschlüssel, Behandlungsschwere der Patienten, Anzahl der Operationen /Jahr	1
4. Waren die Teilnehmenden, die in die Vergleiche eingeschlossen wurden, ähnlich?	+ Deskriptive Statistik der demographischen Daten und Abbild. einer Tabelle + Homogenitätsmessung der Gruppen anhand t-Test sowie Kovarianzanalyse + Hohe Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben - Die Kinder der Experimentalgruppe hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe öfter einen Vorstationären Aufenthalt auf der NICU	1
5. Haben die Teilnehmenden, die in die Vergleiche eingeschlossen wurden, ähnliche Behandlung/Betreuung erhalten abgesehen von der Exposition oder der Intervention von Interesse?	+ Ja, medizinische Behandlung gleichwertig + Abweichung nur anhand der Inhalte des MNPP - aufgrund der konsekutiven Auswahl und des langen Messungszeitraums die Gefahr, dass die Behandlung sich schleichend verändert hat - es wird nicht klar, ob die Gruppen hintereinander oder parallel untersucht wurden	0
6. Gab es eine Kontrollgruppe?	+ ja	1
7. Gab es mehrere Ergebnismessungen sowohl vor als auch nach der Intervention/Exposition?	+ Ja, Pretest und Posttest	1
8. War das Follow-Up vollständig und falls nicht, wurden Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf das Follow-Up angemessen beschrieben und untersucht?	+ ja	1
9. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen?	+ Ja, Datenerhebung mittels validierter Instrumente + Hohe interne Konsistenz + Beide Gruppen wurden auf dieselbe Weise gemessen (Zeitpunkt, Ort...) - Übersetzungsmethode der Instrumente nicht	1

	anhand der ESS Translation Guidelines (2014) TRAPD durchgeführt. Pretest fehlt	
10. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet?	+ Darstellung der Ergebnisse im Gruppenvergleich anhand von: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mittelwert und Standardabweichung ○ P- Wert 	1
11. Wurde eine Poweranalyse zur Berechnung der Stichprobengröße durchgeführt?	+ Ja, Poweranalyse	1
Aussagekraft		
12. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	+ Alle Werte nachlesbar + Werte anhand Tabellen dargestellt	1
Anwendbarkeit		
13. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	+ Übertragbarkeit trotz des eingeschränkten Settings mit ausschließlich Kardiologischen Kindern auf die Kinderintensivstation Tübingen gegeben + Programminhalte relevant für eigenes Setting - Generelle Übertragbarkeit begrenzt (Säuglinge, PCICU) - Durchführung des Programms in 2x30 Minuten Besuchszeit: Es ist unrealistisch, dass die Durchführung von Kind- und situationsgerechte Pflegeaktivitäten, und ein vollständiger Informationsaustausch stattfinden konnte! - Keine Messung der Väter - Konsekutive Erhebung + angemessen aufgrund der geringen Bettenzahl der Station und damit eingeschränkter Auswahl geeigneter Patienten + Eine Ausweitung des Programms auf mehrere Kliniken hätte zwar die Anzahl der Teilnehmenden erhöht, jedoch die gleiche Behandlung der Teilnehmenden gefährdet.	1
14. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	+ MNPP ist eine Möglichkeit FCC unter z.B. strikten Besucherregelungen umzusetzen	1
Bewertung der Studienqualität: 13/14 (93%)		
Einstufung der Qualität:		
0-33.3% schwach	33.3-66.6% moderat	66.6-100% stark
		x

Anhang 26: Ausschnitt aus der Informationsbroschüre zum Delirmanagement

Universitätsklinik für
Kinder- und Jugendmedizin

Informationen zu Delirium und Medikamentenentzug bei Kindern

Kinderintensivstation 34



Universitätsklinikum
Tübingen

Mit diesen Maßnahmen unterstützen Sie als Eltern und wir als Behandlungsteam Ihr Kind:

- Sprechen Sie ruhig und in klaren, kurzen Sätzen, auch dann, wenn Ihr Kind selbst noch nicht sprechen kann.
- Erzählen Sie Ihrem Kind, wer Sie sind und warum Sie da sind. Wiederholen Sie dies, wenn nötig.
- Erklären Sie Ihrem älteren Kind zu dessen Orientierung, wo Sie sich mit ihm befinden (Krankenhaus, Station), welcher Tag bzw. welche Tageszeit es ist, damit es sich immer wieder zeitlich und örtlich orientieren kann.
- Ist Ihr Kind wach, setzen Sie Ihr Kind, wenn möglich, im Bett auf, damit es seine Umgebung betrachten kann. Beschreiben Sie ihm, was die Menschen, die im Zimmer sind, gerade tun.
- Bringen Sie Bilder von zu Hause, Ihrer Familie und ggf. Freunden mit. Die Bilder können so aufgehängt werden, dass Ihr Kind sie sieht.
- Es hilft dem Kind, einfache Fragen gestellt zu bekommen, auf die es nur eine Antwort gibt: „Ja“ oder „Nein“ (z.B.: „Hast du gut geschlafen?“ statt „Hast du gut geschlafen oder bist du oft aufgewacht?“)
- Wenn zu viele Fragen gestellt werden, verwirrt dies die Kinder. Meist ist es ausreichend und wertvoll für Ihr Kind, wenn Sie als wichtige Bezugsperson einfach da sind.

Anhang 27: aktuelle Dokumentation der Elternanleitung in ICCA (IntelliSpace Critical Care and Anesthesia)

<input type="checkbox"/> Kommunikation Angehörige				
Kommunikation	▼			
Dauer [min]				
<input type="checkbox"/> Kommunikation Pflegeprozess				
<input type="checkbox"/> Kommunikation Team				
		<div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;"><Eintrag löschen></div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Angehörige an der Tür holen/zur Tür bringen</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Gespräch zum Pflege-/Behandlungsprozess durchführen</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Telefonische Konsultation durchführen</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Gespräch zur Sterbebegleitung durchführen</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Beschwerdegespräch durchführen</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Ärztliches Gespräch assistieren</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px; background-color: #0070c0; color: white;">Anleitung Pflege/ Behandlungsmaßnahmen unter Aufsicht durchgeführt</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">LL Integr</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Dolmetschergespräch</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Entlassgespräch</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Krisenintervention</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">Andere...</div>		

Anhang 28: Entwurf Anleitungsprotokoll (Vorbereitet für die Implementierung in ICCA)

Dokument	Section	Intervention (32)	Property (16)	Coded Therms (64)	Mehrfachauswahl	
Pflege	KommunikationAngehörige	Elternanleitung	Pflegetmaßnahme passiv	Kontaktaufbau verbal	x	
				Kontaktaufbau Berührung	x	
				Freitext	x	
				Pflegetmaßnahme aktiv	Mundpflege/orale Stimulation	x
					Sondieren Nahrung	x
					Sondierung Medikamente	x
					Socken an-/ausziehen	x
					eincremen	x
					Positionswechsel	x
					Durchbewegen	x
					Windelwechsel	x
					waschen	x
					Trinkversuch	x
				aus dem Bett nehmen	x	
				Anleitungsmethode	Freitext	x
					moderierter Dialog	
			gesehen			
			unter Aufsicht			
			selbstständig			
			Freitext			
			Ergebnis		hoher Unterstützungsbedarf	
					mittlerer Unterstützungsbedarf	
					kein Unterstützungsbedarf	
					Freitext	
			Bemerkungen		achtet auf Reaktion des Kindes	x
					kann das Tempo an Sitauion anpassen	x
					hygienisch durchgeführt	x
					Freitext	x
					Person	Mutter
			Vater			x
			Oma	x		
			Opa	x		
sonstige	x					
Edukativ	absaugen Tracheostoma					
	XXX					
		Dauer > 60 Min.	(Angabe in Minuten)			

Literaturverzeichnis

© Institute for Patient- and Family-Centered Care® (20.04.2021): What is PFCC?, URL:

<https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html> (Stand: 25.04.2021).

Abela, K. M.; Wardell, D.; Rozmus, C.; LoBiondo-Wood, G. (2020): Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: An Updated Systematic Review. In: Journal of pediatric nursing, 51. Jg. (2020), S. 21-31.

Alzawad, Z.; Lewis, F. M.; Kantrowitz-Gordon, I.; Howells, A. J. (2020): A Qualitative Study of Parents' Experiences in the Pediatric Intensive Care Unit: Riding a Roller Coaster. In: Journal of pediatric nursing, 51. Jg. (2020), S. 8-14.

Alzawad, Z.; Lewis, F. M.; Li, M. (2020): Content Validity of Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit (PSS:PICU). In: Western journal of nursing research, 43. Jg. (2020), Heft 4, S. 1-11.

Ames, K. E.; Rennick, J. E.; Baillargeon, S. (2011): A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. In: Intensive & critical care nursing, 27. Jg. (2011), Heft 3, S. 143-150.

Benner, P. (2017): Stufen zur Pflegekompetenz. 3. Aufl., Bern 2017.

Bernardo, G. de; Svelto, M.; Giordano, M.; Sordino, D.; Riccitelli, M. (2017): Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study. In: Italian journal of pediatrics, 43. Jg. (2017), Heft 1, S. 1-11.

Böllert, K.; Peter, C. (Hrsg.) (2012): Mutter + Vater=Eltern? Sozialer Wandel, Elternrollen und soziale Arbeit. Wiesbaden 2012.

Breimaier, H. E. (2016): Einflussfaktoren im Implementierungsprozess. Strategien zur Beeinflussung und Steuerung von Implementierungsprozessen. In: Hoben, M.; Bär, M.; Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - ein Handbuch. Stuttgart 2016, S. 167-185.

Brødsgaard, A.; Pedersen, J. T.; Larsen, P.; Weis, J. (2019): Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis. In: Journal of clinical nursing, 28. Jg. (2019), 17-18, S. 3117-3139.

BZGA (31.05.2021): Bindung: Streben nach Sicherheit und Geborgenheit, URL: <https://www.kindergesundheitsinfo.de/themen/entwicklung/0-12-monate/bindung/CC-BY-NC-ND> (Stand: 31.05.2021).

Dahav, P.; Sjöström-Strand, A. (2018): Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world. In: Scandinavian journal of caring sciences, 32. Jg. (2018), Heft 1, S. 363-370.

Davidson, J. E.; Aslakson, R. A.; Long, A. C.; Puntillo, K. A.; Kross, E. K.; Hart, J.; Cox, C. E.; Wunsch, H.; Wickline, M. A.; Nunnally, M. E.; Netzer, G.; Kentish-Barnes, N.; Sprung, C. L.; Hartog, C. S.; Coombs, M.; Gerritsen, R. T.; Hopkins, R. O.; Franck, L. S.; Skrobik, Y.; Kon, A. A.; Scruth, E. A.; Harvey, M. A.; Lewis-Newby, M.; White, D. B.; Swoboda, S. M.; Cooke, C. R.; Levy, M. M.; Azoulay, E.; Curtis, J. R. (2017): Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. In: Critical care medicine, 45. Jg. (2017), Heft 1, S. 103-128.

DBfK (01.06.2021): Bedeutung professioneller Pflege, URL:

<https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php> (Stand: 01.06.2021).

Denzel, S. (2019): Praxisanleiter. Pflegen, ausbilden, begleiten. 4. überarbeitete Auflage, Stuttgart u.a. 2019.

EBN-Zentrum: Beurteilungshilfen, URL: <https://www.medizin.uni-halle.de/einrichtungen/institute/gesundheits-und-pflegewissenschaft/leistungsspektrum/wissenswertes/ebn-zentrum> (Stand: 27.06.2021).

Ecarius, J. (2007): Handbuch Familie. Wiesbaden 2007.

FIT-Nursing Care (02.08.2021): Methodenpapier, URL: <https://www.fit-care.ch/methodik> (Stand: 02.08.2021).

Flick, U. (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen: ein Überblick für die BA-Studiengänge, Rororo Rowohlts Enzyklopädie, Bd. 55702. 3. Auflage, Reinbek bei Hamburg 2016.

Flick, U. (August 2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, Rororo Rowohlts Enzyklopädie, Bd. 55694. Originalausgabe, 8. Auflage, Reinbek bei Hamburg August 2017.

Foster, K.; Mitchell, R.; Young, A.; Van, C.; Curtis, K. (2019): Resilience-promoting factors for parents of severely injured children during the acute hospitalisation period: A qualitative inquiry. In: Injury, 50. Jg. (2019), Heft 5, S. 1075-1081.

Foster, K.; Young, A.; Mitchell, R.; Van, C.; Curtis, K. (2017): Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. In: Injury, 48. Jg. (2017), Heft 1, S. 114-120.

Friedemann, M.-L.; Köhlen, C. (2018): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systematischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. 4., überarbeitete und ergänzte Auflage, Bern 2018.

G-BA: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie: Konkretisierung der Personalanforderungen, URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2768/2016-11-24_KiHe-RL_Konkretisierung-Personalanforderungen_BAnz.pdf (Stand: 27.07.2021).

G-BA (31.05.2021): Qualitätsbericht_2019_UKT, URL: https://www.medizin.uni-tuebingen.de/files/view/4Lj92WyowK7BWWIXzgRm5rMG/Qualitaetsbericht_2019_UKT.PDF (Stand: 28.07.2021).

Geoghegan, S.; Oulton, K.; Bull, C.; Brierley, J.; Peters, M.; Wray, J. (2016): The Experience of Long-Stay Parents in the ICU: A Qualitative Study of Parent and Staff Perspectives. In: Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies, 17. Jg. (2016), Heft 11, e496-e501.

Goldstein, S. J.; Todres, I. D. (2009): Outcomes and Quality: Definitions, Assessment, and Analysis. In: Wheeler, D. S.; Wong, H. R.; Shanley, T. P. (Hrsg.): Science and Practice of Pediatric Critical Care Medicine. London 2009, S. 43-50.

Hagstrom, S. (2017): Family Stress in Pediatric Critical Care. In: Journal of pediatric nursing, 32. Jg. (2017), S. 32-40.

Hill, C.; Knafel, K. A.; Judge Santacroce; Sheila; Santacroce, S. J. (2017): Family-Centered Care from the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. In: Journal of pediatric nursing, 41. Jg. (2017), S. 22-33.

Hoben, M.; Bär, M.; Wahl, H.-W. (2016): Einführung. In: Hoben, M.; Bär, M.; Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - ein Handbuch. Stuttgart 2016.

Holoch, E. (2017): Grundlegende Konzepte. In: Witkowski, K.; Kocks, A.; Bischoff, T.; Kleemeier-Dittus, S.; Kohl-Lorig, G.; Scholtes-Spang, K.; Holoch, E.; Lüdeke, M.; Zoller, E. (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Stuttgart 2017, S. 21-60.

Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G. (2010): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften, Springer-Lehrbuch. Berlin u.a. 2010.

Isfort, P. M.: Permanent "am Limit", URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/pi/artikel/33646-permanent-am-limit> (Stand: 26.07.2021).

Johnson, B.; Abraham, M.; Conway, J.; Simmons, L.; Edgman-Levitan, S.; Sodomka, P.; Schlucter, J.; Ford, D. (2008): Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health

Care System, URL: <https://www.sehealthcarequalityconsulting.com/wp-content/uploads/2019/04/IHIPartneringwithPatientsandFamiliesRecommendationsApr08.pdf> (Stand: 25.04.2021).

Kaakinen, J. R. (Hrsg.) (2010): Family health care nursing. Theory, practice and research. 4th ed., Philadelphia 2010.

Kaakinen, J. R.; Hanson, S. M. H.; Denham, S. (2010): Family Health Care Nursing: An Introduction. In: Kaakinen, J. R. (Hrsg.): Family health care nursing. Theory, practice and research. 4th ed., Philadelphia 2010, S. 3-33.

Kauffeld, S. (2016): Nachhaltige Personalentwicklung und Weiterbildung. Betriebliche Seminare und Trainings entwickeln, Erfolge messen, Transfer sichern. 2. Auflage, Berlin, Heidelberg 2016.

Larsen, R. (Hrsg.) (1999): Anästhesie und Intensivmedizin. Für Schwestern und Pfleger. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin, Heidelberg u.a. 1999.

Latour, J. M.; van Goudoever, J. B.; Hazelzet, J. A. (2008): Parent satisfaction in the pediatric ICU. In: Pediatric clinics of North America, 55. Jg. (2008), Heft 3, 779-90, xii-xiii.

Lebel, V.; Charette, S. (2021): Nursing Interventions to Reduce Stress in Families of Critical Care Patients: An Integrative Review. In: Critical care nurse, 41. Jg. (2021), Heft 1, S. 32-44.

Leibig, A.; Sahmel, K.-H. (2019): Methodische Kompetenzen von PraxisanleiterInnen für die hochschulische Ausbildung. In: PADUA, 14. Jg. (2019), Heft 1, S. 7-12.

Martens, F.; Loof, S. de; Idrissi, S. H. (2008): Parental participation in care in the pediatric intensive care unit. In: Pediatric Intensive Care Nursing, 9 // 185 (2008), Heft 1, S. 11-15.

Mattsson, J. Y.; Arman, M.; Castren, M.; Forsner, M. (2014): Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study. In: Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community, 18. Jg. (2014), Heft 4, S. 336-345.

Mayer, H. (2015): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Wien 2015.

Molina, R. C. M.; Marcon, S. S. (2009): Benefits of mothers' permanence and participation in the care for their hospitalized child* // Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. In: Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 43. Jg. (2009), Heft 4, S. 852-860.

Munsch, C.; Müller, F. (2021): Jenseits der Intention. Ambivalenzen, Störungen und Ungleichheit mit Partizipation zusammendenken. In: Müller, F.; Munsch, C. (Hrsg.): Jenseits der Intention – ethnografische Einblicke in Praktiken der Partizipation. Weinheim u.a. 2021, S. 10-33.

Neunhoeffer, F. (27.07.2021): Familienzentrierte Intensivmedizin, URL: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/kinderklinik/kinderheilkunde-ii/forschung-ii> (Stand: 27.07.2021).

North, K.; Reinhardt, K.; Sieber-Suter, B. (2013): Kompetenzmanagement in der Praxis. Wiesbaden 2013.

o.V. (2018): Gesetzliche Regelungen der Elternschaft, URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/585678/34e06f29abb83eb4f3ecec7f13507408/WD-7-146-18-pdf-data.pdf> (Stand: 01.05.2021).

o.V. (25.04.2021a): Eltern (Pädagogik), URL: <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/eltern-p%C3%A4dagogik> (Stand: 25.04.2021).

o.V. (25.04.2021b): Erleben, URL: <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/erleben> (Stand: 25.04.2021).

o.V. (25.04.2021c): Situation (Psychologie), URL: <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/situation-allgemein> (Stand: 25.04.2021).

o.V. (26.04.2021): Stress, URL: <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/stress> (Stand: 26.04.2021).

o.V. (30.05.2021): Familie, URL: <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/familie> (Stand: 30.05.2021).

o.V. (01.06.2021): Care-Arbeit, URL: <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/care-arbei> (Stand: 01.06.2021).

o.V. (01.06.2021): Partizipation, URL: <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/partizipation-14752> (Stand: 01.06.2021).

o.V. (01.06.2021): Pflege, URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Pflege> (Stand: 01.06.2021).

o.V. (02.06.2021): erleben, URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/erleben> (Stand: 02.06.2021).

Patterson, J. M. (1988): Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response Model: II. Applying the FAAR Model to health-related issues for intervention and research. In: Family Systems Medicine, 6. Jg. (1988), Heft 2, S. 202-237.

Perini, C.; Stauffer, Y.; Grunder, M.; Gandon, M.; Dätwyler, B.; Hantikainen, V. (2006): Die Bedeutung von Caring aus der Sicht von Patienten mit chronischen Wunden bei Peripher Arteriellen Verschlusskrankheiten. In: Pflege, 19. Jg. (2006), Heft 6, S. 345-355.

Richards, C. A.; Starks, H.; O'Connor, M. R.; Doorenbos, A. Z. (2017): Elements of Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. In: Journal of hospice and palliative

nursing: JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association, 19. Jg. (2017), Heft 3, S. 238-246.

Rodríguez-Rey, R.; Alonso-Tapia, J. (2016): Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. In: Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 29. Jg. (2016), Heft 3, S. 151-157.

Schewior-Popp, S. (2011): Praktische Ausbildung – eine Standortbestimmung. Berufliche Handlungskompetenz als übergeordnetes Ziel. In: PADUA, 6. Jg. (2011), Heft 1, S. 6-10.

Schmal, J. (2019): Praxisanleitung: Lernen und Lehren. In: Pflege Zeitschrift, 72. Jg. (2019), Heft 1, S. 38-40.

Schulz z. Wiesch, H. (2013): Unterricht planen mit System. Didaktische Bausteine für den handlungsorientierten Unterricht; mit vielen Hinweisen zur inklusiven Förderung. Dortmund 2013.

Simeone, S.; Pucciarelli, G.; Perrone, M.; Angelo, G. D.; Teresa, R.; Guillari, A.; Gargiulo, G.;

Comentale, G.; Palma, G. (2018): The lived experiences of the parents of children admitted to a paediatric cardiac intensive care unit. In: Heart & lung: the journal of critical care, 47. Jg. (2018), Heft 6, S. 631-637.

Station 34 (27.07.2021): Station 34 | Universitätsklinikum Tübingen, URL: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/kinderklinik/kinderheilkunde-ii/station-34> (Stand: 27.07.2021).

Stremler, R.; Haddad, S.; Pullenayegum, E.; Parshuram, C. (2017): Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. In: Journal of pediatric nursing, 34. Jg. (2017), S. 36-43.

Terp, K.; Sjöström-Strand, A. (2017): Parents' experiences and the effect on the family two years after their child was admitted to a PICU-An interview study. In: Intensive & critical care nursing, 43. Jg. (2017), S. 143-148.

Tielking, K. (2019): Partizipation, Teilhabe und Gesundheit. In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg 2019, S. 423-432.

Uhm, J.-Y.; Choi, M.-Y. (2019): Mothers' needs regarding partnerships with nurses during care of infants with congenital heart defects in a paediatric cardiac intensive care unit. In: Intensive & critical care nursing, 54. Jg. (2019), S. 79-87.

Uhm, J.-Y.; Kim, H. S. (2019): Impact of the mother-nurse partnership programme on mother and infant outcomes in paediatric cardiac intensive care unit. In: Intensive & critical care nursing, 50. Jg. (2019), S. 79-87.

Wan Mohd Annuar, W. S. H.; Pien, L. S.; Makhtar, A. (2021): Parents' experiences of caring for their child in a Paediatric Intensive Care Unit: A literature review. In: *Enfermeria clinica*, 31 Suppl 2 (2021), S377-S380.

Waydhas, C. (30.11.2020): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen, URL: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin/empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-kurzversion> (Stand: 27.06.2021).

Yagiela, L. M.; Carlton, E. F.; Meert, K. L.; Odetola, F. O.; Cousino, M. K. (2019): Parent Medical Traumatic Stress and Associated Family Outcomes After Pediatric Critical Illness: A Systematic Review. In: *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 20. Jg. (2019), Heft 8, S. 759-768.

Korrespondenzadresse

Claudia Gaisler

Stellv. Bereichsleitung II
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Abteilung II Kinderkardiologie
Pädiatrische Intensivmedizin
Station 34
Hoppe-Seyler-Straße 3
72076 Tübingen

E-Mail: claudia.gaisler@med.uni-tuebingen.de

Belastungen der Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit postoperativem Delirium – Eine Übersicht qualitativer Studienergebnisse

Von
Gesa Meyer

Zusammenfassung

Hintergrund: Delirium nimmt, besonders bei älteren Patient*innen, im Krankenhaus und nach chirurgischen Eingriffen zu, sodass Angehörige eine stetig wachsenden Bedeutung in der stationären Versorgung einnehmen. Bislang wurden die Auswirkungen eines Delirs auf nahestehende Familienangehörige oder Freund*innen bei den Präventions- und Interventionsempfehlungen unzureichend berücksichtigt.

Ziel: Die Belastungen und Bedarfe der Angehörigen von Patient*innen mit postoperativem Delirium sollen erfasst werden, indem das individuelle Erlebnis beschrieben wird. Empfehlungen für die Einbindung von nahestehenden Personen soll abgeleitet werden.

Methode: Diese qualitative Übersichtsarbeit wurde in Anlehnung an die Methodik der Meta-Aggregation nach dem Joanna Briggs Institut verfasst. Eine systematische Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken CINAHL und MEDLINE wurde durchgeführt und sechs qualitative Primärstudien identifiziert. Die Originalfindings der inkludierten Studien, die anhand wörtlicher Zitate belegt wurden, sind die Grundlage der synthetisierten Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit.

Ergebnisse: 54 Findings wurden auf der Grundlage wörtlicher Belege von 69 Studienteilnehmer*innen zum Erlebnis von Delirium aus der Angehörigenperspektive aggregiert. Daraus wurden zwölf Kategorien gebildet, die Aspekte des Miterlebens und Bedarfe von Angehörigen im klinischen Kontext identifizierten und zu vier synthetisierten Findings zusammengeführt werden konnten: die multifaktoriellen Aspekte des komplexen Delirerlebens verstehen, den Bedarf an individueller Beratung erkennen, die Einflussfaktoren auf das Delirerlebnis aufdecken und die Interaktion zwischen Angehörigen und Personal fördern.

Schlussfolgerung: Die Vorteile der Einbindung stehen der unzureichenden Interaktion zwischen klinischem Personal und den Angehörigen gegenüber. Fehlendes Vorwissen der Angehörigen, die Plötzlichkeit der Verhaltensveränderung von Patient*innen mit Delirium und mangelnde Einbindung durch das Krankenhauspersonal können Angehörige bei der Interaktion mit den, ihren sonst vertrauten, Familienmitglieder und Freund*innen belasten. Mit empathischer Unterstützung der Angehörigen wirken Pflegefachpersonen dem Gefühl von Machtlosigkeit und Verunsicherung entgegen und begünstigen die Situation für alle Beteiligten. Klinisches Fachpersonal kann die Ergebnisse dieser qualitativen Übersichtsarbeit als Sensibilisierung für die Angehörigenperspektive beim Miterleben von Delirium in zukünftige Interaktionen miteinbeziehen. Belastungserleben und Bedarfe sollten individuell adressiert und evaluiert werden, um den Angehörigen und schließlich auch den Patient*innen in der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden. Bei abzuschätzendem Risiko sollte zu postoperativem Delirium präoperativ aufgeklärt werden.

Schlüsselworte: Delirium, postoperatives Delirium, POD, ACS, Angehörige, Familienmitglieder, Belastungen, Bedarfe, systematic review, Qualitativ

Abstract

Context: The delirium prevalence in elderly patients is rising in hospitals and typically after surgical procedures. Consequently, relatives need to cope with their increasing importance as support for patients with delirium in a clinical setting. Relatives' individual delirium experience of an altered loved one, due to the multiplex symptoms of delirium, need consideration. Specially regarding the positive influence relatives' involvement has on the patients' state of delirium.

Objective: The delirium experience from the relatives' perspective is to be investigated. The burden and needs of relatives, who witness postoperative delirium of a related person, are to be described to gain insight into the lived experience and consequently formulate suggestions for the clinical practice.

Method: A qualitative review approach was chosen to conduct this investigation. The methods are orientated towards the meta-aggregation described by the Joanna Briggs Institute. A systematic literature search across the electronic databases CINAHL and MEDLINE identified six relevant qualitative studies. The original findings, which were all verified through literal citations, represent the foundation of the synthesized results.

Results: 56 findings resulting from 69 sample participants were aggregated to twelve categories. Regarding the addressed needs of relatives witnessing delirium, four synthesized findings were identified on the basis of narrated experiences: understanding the multifactorial phenomenon of a complex delirium experience, recognizing the essential need for individual communication and consultation, identifying individual factors influencing the delirium experience of relatives and beneficially increasing the engagement for all involved persons.

Conclusion: The benefits emerging from relatives' involvement are in contrast with insufficient cooperation between professional staff and relatives. Relatives' lack of knowledge and the abrupt onset of behavioral changes, shown by patients experiencing delirium, can be disturbing and creates worries. By providing intelligible and compassionate support towards the relatives, nurses can counteract possible feelings of powerlessness and insecurity to facilitate the situation for everyone involved. Professionals can incorporate the synthesized results from this meta-aggregation when interacting with relatives of patients with delirium. The different burdens and needs of delirium experiences require to be evaluated and considered individually to grant an adequate health care for relatives and subsequently for patients. Through education and support of nurses, relatives achieve a greater understanding of the delirium their next of kin is experiencing, and relatives are then capable of offering support and help to the patient. When assessing the risk for postoperative delirium, information for relatives need to be provided in advance.

Key words: delirium, postoperative delirium, POD, ACS, relatives, family members, burden, needs, systematic review, qualitative

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abbildungsverzeichnis.....	XXVII
Tabellenverzeichnis.....	XXVIII
1 Einleitung.....	267
2 Theoretischer Hintergrund.....	269
2.1 Delirium.....	269
2.1.1 Ätiologie, Formen und Risikofaktoren von Delirium.....	270
2.1.2 Postoperatives Delirium bei Patient*innen im Krankenhaus.....	271
2.1.3 Bedeutung von Delirium für Betroffene.....	272
2.2 Die Rolle von Angehörigen in der Pflege.....	273
2.2.1 Angehörigenkommunikation.....	274
2.2.2 Rolle von Angehörigen bei Delirium.....	276
2.3 Belastung der Angehörigen als komplexes Phänomen.....	277
2.3.1 Körperliche und psychische Aspekte von Belastung.....	278
2.3.2 Einflussfaktoren und Entlastung des Belastungserlebens.....	279
2.4 Relevanz des Belastungserlebens der Angehörigen bei Delirium.....	280
2.5 Ziel und Fragestellung.....	281
3 Methodik.....	281
3.1 Methodenbeschreibung der Meta-Aggregation und Begründung.....	282
3.2 Vorgehen zur systematischen Literaturrecherche- und Auswahl.....	283
3.2.1 Begründung und Anwendung des SPIDER-Schemas.....	284
3.2.2 Auswahlkriterien der Literatur.....	286
3.2.3 Literatursuche und Suchstring.....	287
3.2.4 Literaturauswahl.....	289
3.3 Literaturbewertung.....	290
3.4 Datenerfassung.....	292
3.5 Datensynthese.....	293
4 Ergebnisse.....	295
4.1 Studienauswahl.....	295
4.2 Übersicht der inkludierten Studien.....	297
4.2.1 Studiensamples.....	297
4.2.2 Interessensphänomen und Ziele der inkludierten Studien.....	299
4.2.3 Setting und Kontext.....	300

4.2.4	Methoden.....	301
4.2.5	Zusammenfassung der Studienergebnisse.....	304
4.3	Bewertung der Studien.....	306
4.4	Ergebnisse der Synthese.....	308
5	Diskussion.....	317
5.1	Methodische Reflexion und Limitationen	320
5.2	Empfehlungen für die klinische Praxis.....	322
6	Konklusion	324
	Anhang	325
	Literaturverzeichnis.....	350

Abkürzungsverzeichnis

ACS	Acute confusional state
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CAM	Confusion Assessment Method
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DOS	Delirium Observation Screening
ESC	European Society of Cardiology
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 10
ICU	Intermediate Care Unit
JBI	Joanna-Briggs-Institut
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
POPS	Proactive Care of the Older Person
PRESS	Peer Review of Electronic Search Strategies
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROSPERO	Prospective Register of Systematic Reviews
POD	Postoperative delirium
RKI	Robert Koch-Institut
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
TAVI	Transkatheter-Aortenklappenimplantation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Deduktiver Kategorienkatalog aus MAXQDA	Seite 294
Abb. 2	Darstellung der systematischen Literaturrecherche	Seite 296
Abb. 3	Zusammenfassung der Praxisempfehlungen	Seite 323

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	SPIDER-Schema zur Organisation der Forschungsfrage	Seite 285
Tab. 2	Ein- und Ausschlusskriterien	Seite 286
Tab. 3	Komponenten des Suchstrings	Seite 288
Tab. 4	1. synthetisiertes Finding: Relatives' experience with delirium	Seite 309
Tab. 5	2. synthetisiertes Finding: Mutual interaction with health care professionals	Seite 312
Tab. 6	3. synthetisiertes Finding: Relatives' determinants	Seite 314
Tab. 7	4. synthetisiertes Finding: Relatives' suggestions for better Involvement	Seite 315

1 Einleitung

Manche Angehörige umschreiben ihre nahestehenden Familienmitglieder, die sie als Patient*innen mit Delirium im Krankenhaus erleben, als völlig fremde, verrückte Personen mit leerem Blick.¹ Ein Delirium wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als ein „ätiologisch unspezifisches hirnorganisches Syndrom“² bezeichnet, das sich sowohl durch Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörungen, als auch kognitiven und sensorischen Wahrnehmungsveränderungen äußert. Es kann dabei in seiner Dauer von wenigen Stunden bis zu mehreren Tagen und dem Grad der Ausprägung stark fluktuieren.³ Der Symptomkomplex ist in den meisten Fällen reversibel. Dennoch oder gerade deshalb sind die möglichen Folgen, wie beispielsweise erhöhte Mortalitätsraten oder weitere Verlaufskomplikationen, häufig ungeahnt und gravierend.⁴ Das Statistische Bundesamt erfasste in Deutschland 2018 46.262 Fälle von Delirium in der stationären Krankenhausversorgung. Damit ist die Inzidenz in den letzten zehn Jahren um circa 13.000 Fälle gestiegen.⁵ Mit zunehmendem Alter nimmt die Prävalenz von Delirium zu und wird bei über 80-Jährigen auf bis zu 10% geschätzt, was das Delirium zur verbreitetsten (sub-) akuten neuropsychiatrischen Störung in dieser Altersgruppe macht. Der demografische Wandel und die damit einhergehende alternde Bevölkerung, steigende Chronifizierung und Multimorbidität, korreliert mit zunehmend mehr chirurgischen Eingriffen in deutschen Krankenhäusern. Sehr häufig erleiden ältere Patient*innen in den ersten postoperativen Tagen eine Delirepisode. Die Wahrscheinlichkeit dafür ist von einer breiten Anzahl bestehender Risikofaktoren abhängig.⁶ Es findet sich eine breite Inzidenzvariabilität von 5,1% und bis zu mehr als 52% der über 70-Jährigen nach Operationen in einem Delirium unterschiedlicher Schweregrade.⁷ Es lässt sich entsprechend eine hohe Dunkelziffer von erlebtem Delirien im Krankenhaus vermuten. Neben den erheblichen Belastungen und Komplikationen für die Betroffenen, die in Studien von Bélanger und Ducharme (2011) oder Schmitt et al. (2019) erfasst wurden⁸, haben Delirien nachhaltige Folgen für das Gesundheits- und Pflegesystem.⁹

Aufgrund der zunehmenden Problematik, die ein Delirium für alle Beteiligten mit sich bringt, wird von Fachgesellschaften und Expert*innen in den letzten Jahren ein verstärkter Fokus auf die Präventions-

¹ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1706.

² DIMDI (Hrsg.) (2021), <https://www.dimdi.de> (Stand: 01.04.2022).

³ Vgl. Baumgartner, M; Hafner, M. (2017), S. 21.

⁴ Vgl. Witlox, J. et al. (2010), S. 443.

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2021), www.de.statista.com (Stand: 01.04.2022).

⁶ Vgl. Popp, J. (2017b), S. 37.

⁷ Vgl. Zoremba, N.; Coburn, M. (2018), S. 101.

⁸ Vgl. Schmitt, E. et al. (2019), S. 327.; NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 5.; Bélanger, L.; Ducharme, F. (2011), S. 303.

⁹ Vgl. Popp, J. (2017b), S. 38.

und Therapiemaßnahmen gefordert.¹⁰ Multiple Studien befassen sich mit den effektivsten Komponenten der Delirprävention und Behandlung. Basierend auf den Ergebnissen, werden 40% der Fälle von Delirium durch nicht-pharmakologische Präventionsmaßnahmen als vermeidbar eingeschätzt. Dazu zählen, neben orientierungsfördernden Maßnahmen, auch die Einbindung und Schulung von Angehörigen der Patient*innen in die adäquate Versorgung.¹¹ Auch Mitwirkende von Behandlungskonzepten bei postoperativem Delir sprechen sich für den Miteinbezug von Angehörigen in präventive oder therapeutische Maßnahmen aus.¹² In internationalen Leitlinien zum Thema Delirmanagement werden Angehörige von Patient*innen mit Delirium zur Unterstützung von nicht-pharmakologischen Maßnahmen ebenfalls evidenzbasiert aufgezählt.¹³ Die Notwendigkeit und der Nutzen der Einbindung von Angehörigen sind bereits umfangreich festgestellt worden. Für die Umsetzung in die klinische Praxis ist es allerdings unzureichend sich ausschließlich auf die Mechanismen der Pathophysiologie oder Therapiewirkweisen zu konzentrieren.

Das Befindlichkeitserleben der beteiligten Personen im Kontext von Krankheiten wurde bereits von den zwei Pflegewissenschaftlerinnen Morse und Johnson (1991) Ende des 20. Jahrhunderts aus ihrer qualitativen Forschungsperspektive heraus hervorgehoben.¹⁴ Der Pflegewissenschaftler Schnepf (2002) lehrte und forschte zu familienzentrierter Pflege und betonte vor 20 Jahren, dass Angehörige bewusstseins eingeschränkter Menschen im stationären Setting wenig Aufmerksamkeit erhielten.¹⁵ Aktuellere Forschung verknüpft diese Erkenntnisse an verschiedene spezifische Krankheitserlebnisse. Die amerikanischen Wissenschaftler*innen Fong et al. (2019) kommen in ihrer prospektiven Kohortenstudie zum Ergebnis, dass postoperatives und anderweitig klinisch-assoziiertes Delirium bei älteren Patient*innen eine signifikante und wesentliche Erhöhung eines „caregiver burden“ bereiten.¹⁶ Mögliche Belastungen von Angehörigen eines*iner Patient*in mit Delirium werden im Gegensatz zu Personen mit Demenz kaum beschrieben. Zwar könnten Belastungen in Teilen möglicherweise übereinstimmen, jedoch setzt ein Delir meist unerwartet ein und ist konträr zur Demenz von fluktuierenden Symptomen geprägt. Studienergebnisse von Schmitt et al. (2019) weisen auf Wissensdefizite bei Angehörigen von Patient*innen mit Delirium hin. Besonders die plötzliche Verhaltensänderung, infolge eines postoperativen Delirs, lässt die befreundeten oder familiären Bezugspersonen sorgenvoll zurück.¹⁷ Auch der Schweizer Delirexperte Hasemann beschreibt in seiner Leitlinie zu Delir (2017), neben der Therapie

¹⁰ Vgl. Hasemann, W. et al. (2017a), S. 63.; NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 5f.

¹¹ Vgl. Schmitt, E. et al. (2019), S. 335.

¹² Vgl. Schubert, M. et al. (2010), S. 321.

¹³ Vgl. AWMF (Hrsg.) (2015), <https://www.awmf.org> (Stand: 01.04.2022), S. 31.; RNAO (Hrsg.) (2016), <https://rnao.ca> (Stand: 01.04.2022), S. 45f.

¹⁴ Vgl. Morse, J.; Johnson, J. (1991a), S. 2.

¹⁵ Vgl. Horn, A. (2002), S. 17.

¹⁶ Vgl. Fong, T. et al. (2019), S. 2590.

¹⁷ Vgl. Schmitt, E. et al. (2019), S. 328f.

von Patient*innen mit Delirium durch Pflegende, die Notwendigkeit deren Angehörige zu betreuen und zu informieren.¹⁸

Somit ergibt sich der Bedarf zur Vertiefung der Thematik, indem die Belastungen und Bedarfe der Angehörigen von Patient*innen mit postoperativem Delirium im klinischen Setting erfasst werden sollen. Es braucht frühzeitige Information, um die betroffenen Angehörigen in belastenden Situationen auf verschiedenen Ebenen zu unterstützen.¹⁹ In der vorliegenden Arbeit soll das Erleben von Angehörigen, deren nahestehende Familienmitglieder oder Freund*innen ein Delirium erleiden, mit der Aggregation systematisch identifizierter, qualitativer Primärstudien aufgezeigt werden. In Anlehnung an den Ansatz der Meta-Aggregation nach dem australischen Joanna Briggs Institute für evidenzbasierte Forschung (JBI), sollen so generalisierte Aussagen aus den Einzelstudien abgeleitet werden.²⁰ Damit trägt diese qualitative Übersichtsarbeit zur Erweiterung des Wissenskörpers zur Angehörigeninteraktion in der praktischen und klinischen Pflegewissenschaft bei. Ein vertieftes Verständnis der Bedarfe soll schließlich zur Ableitung von klinischen Empfehlungen für den Umgang und die Einbindung der Angehörigen in das Management von postoperativem Delirium münden.

2 Theoretischer Hintergrund

Um die erlebten Symptome der Angehörigen nachzuvollziehen zu können, ist es notwendig die pathophysiologischen und klinischen Aspekte von Delirium genauer zu untersuchen. Darüber hinaus wird die Bedeutung von Angehörigen im klinischen Setting beleuchtet sowie das Belastungsphänomen, als Hintergrund der deduktiven Themensammlung für die Meta-Aggregation, beschrieben.

2.1 Delirium

Delirium ist ein in der Medizin seit jeher bekanntes Thema, dessen Beschreibung bis zurück in die Antike reichen. Abgeleitet von den lateinischen Begriffen „delirare“ oder „de lira ire“ lassen die Übersetzungen „wahnsinnig“ oder „aus der Spur geraten“ von Baumgartner und Hafner (2017) Rückschlüsse auf die Symptome des, heute diagnostisch im internationalen Klassifikationssystem ICD-10 verankerten, Delirs zu.²¹ Delirium wird in der Fachliteratur auch als „acute confusional state“ bezeichnet.²²

¹⁸ Vgl. Hasemann, W. et al. (2017a), S. 71f.

¹⁹ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 140.

²⁰ Vgl. Lockwood, C.; Munn, Z.; Porritt, K. (2015), S. 180.

²¹ Vgl. Baumgartner, M.; Hafner, M. (2017), S. 21.

²² Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 5.

2.1.1 Ätiologie, Formen und Risikofaktoren von Delirium

Die Ursachen für die Entwicklung eines Delirs sind bei älteren Menschen meist multikomplex bedingt.²³ Der Zustand des Delirs kann in seiner Dauer und Schwere stark variieren.²⁴ Die Anzeichen dafür sind besonders markant, wenn Verhaltensveränderungen oder -fluktuationen auftreten, die oftmals von Pflegenden oder Angehörigen wahrgenommen werden. Eine Veränderung der Vigilanz, die sich beispielsweise durch eine Abnahme der Reaktionszeit oder der Konzentration des*der Betroffenen oder durch Veränderungen im sozialen Verhalten sowie durch Halluzinationen zeigt, kann auf ein Delirium hinweisen.²⁵ Es wird zwischen hyper-, hypoaktivem und gemischten Formen eines Delirs unterschieden, die sich durch Ruhelosigkeit und Aggressivität bis zu Zurückgezogenheit und Schläfrigkeit äußern. Ein Delirium wird von der einschlägigen Leitlinie des englischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) als eine ernst zu nehmende Komplikation, die schwerwiegenden Folgen mit sich bringen kann, bezeichnet. Die Prävention und Therapie werden als dringend ernst zu nehmend gesehen, um schwere Verläufe zu vermeiden.²⁶

Zahlreiche präzipitierende, im Sinne von auslösende, und prädisponierende Faktoren werden mit einem erhöhten Risiko für Delirium in Verbindung gebracht. Die individuellen prädisponierenden Risikofaktoren, wie beispielsweise Seh- und Hörstörungen, Multimorbidität oder Polypharmazie, treten vor allem im Alter auf.²⁷ Ein Alter über 70 Jahren und bestehende kognitive Störungen werden als häufigste Faktoren mit der Entwicklung eines Delirs assoziiert. Darüber hinaus scheinen das männliche Geschlecht, Depressionen sowie der Konsum von Alkohol und Opiaten das Risiko für ein Delirium zu erhöhen.²⁸ 2016 wurden 46.165 Patient*innen mit Delirium vom Deutschen Statistischen Bundesamt registriert. Knapp 80% waren über 75 Jahre alt, jedoch wurden nur Patient*innen mit Delirium ohne Einfluss von Alkohol oder weitere psychotrope Substanzen inkludiert.²⁹ Zu möglichen präzipitierenden Faktoren zählen unter anderem chirurgische Eingriffe, Immobilisierung, emotionaler oder physischer Stress.³⁰ Eine Vielzahl an Faktoren werden darüber hinaus mit der Entstehung von Delirium, ohne gänzlich eindeutige Evidenz, in Verbindung gebracht, wie beispielsweise Blasen-, intravenöse oder subkutane Katheter, Dehydratation, Elektrolytentgleisungen oder Schmerzen.³¹ Viele dieser auslösenden Faktoren sind postoperativ gegeben oder im intensivmedizinischen Setting präsent. Beruhigungsmedikamente, wie Benzodiazepine, oder Bluttransfusionen werden nach Devlin et al. (2018) auf Intensivsta-

²³ Vgl. Popp, J. (2017a), S. 31.

²⁴ Vgl. DIMDI (Hrsg.) (2019), <https://www.dimdi.de> (Stand: 01.04.2022).

²⁵ Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 7.

²⁶ Vgl. ebd., S. 5.

²⁷ Vgl. Verloo, H. et al. (2017), S. 42ff.; Popp, J. (2017a), S. 31.

²⁸ Vgl. ebd., S. 45f.

²⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017), <https://www.destatis.de> (Stand: 01.04.2022), S. 25.

³⁰ Vgl. Verloo, H. et al. (2017), S. 42ff.

³¹ Vgl. Verloo, H. et al. (2017), S. 48f.

tionen mit einem erhöhten Risiko für ein Delirium assoziiert. Neben den vermehrt aufzufindenden präzipitierenden Faktoren, bringen Intensivpatient*innen häufiger auch prädisponierende Faktoren für ein Delirium mit sich.³²

Ein Risiko Screening für die beschriebenen delirbezogenen Faktoren sollte bei jeder Erstvorstellung im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung durchgeführt werden.³³ Die folgenden vier Kriterien werden von dem englischen NICE als ausschlaggebend für ein bestehendes Delirrisiko beschrieben: ein Alter von 65 oder älter, bereits bestehende kognitive Einschränkungen, Hüftfrakturen oder weitere schwere Erkrankungen.³⁴ Die Delirium Observation Screening Scale (DOS) ist bei einem ersten Risiko empfohlen, um mögliche Verhaltensveränderungen schichtübergreifend dokumentieren und feststellen zu können.³⁵

Vom DIMDI wird zwischen Delirium mit und ohne Demenz unterschieden sowie sonstige Formen von Delirium, wozu das postoperative Delirium gezählt wird.³⁶ Demenz und Delir können in der Praxis jedoch häufig schwer unterschieden werden, auch weil diese zusammen auftreten können. Bei bestehender Demenzdiagnose besteht ein erhöhtes Delirrisiko, das entsprechend präventiv gehandhabt werden muss.³⁷ Andersherum wird Delirium mit der Entstehung oder Verschlechterung von Demenz in Verbindung gebracht. Wenn eine Demenz noch nicht bekannt ist, können sich die Symptome der beiden Erkrankungen stark ähneln. Delirium ist eine Differenzialdiagnose von Demenz und auch Depression. Die eindeutigsten differenzialdiagnostischen Merkmale eines Delirs sind ein akuter Beginn, ein fluktuierender Verlauf, eine kurze Dauer und mögliche Bewusstseinsstörungen.³⁸ Zur Diagnose eines Delirs hat sich die Confusion Assessment Method (CAM) bewährt, um besonders zwischen Demenz, Delirium oder einer Mischform unterscheiden zu können. Im Intensivsetting wird die CAM-ICU verwendet.³⁹

2.1.2 Postoperatives Delirium bei Patient*innen im Krankenhaus

Die Prävalenz von Delirepisoden nach Operationen verweist, mit diffusen Ergebnissen von 15% bis zu 53%, bei Patient*innen im Alter von 65 Jahren und älter, auf eine hohe graue Ziffer und dringenden

³² Vgl. Devlin, J. et al. (2018), S. 842f.

³³ Vgl. Hasemann, W. (2017b), S. 107.

³⁴ Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 7.

³⁵ Vgl. Hasemann, W. (2017b), S. 111.

³⁶ Vgl. DIMDI (Hrsg.) (2019), <https://www.dimdi.de> (Stand: 01.04.2022).

³⁷ Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 5ff.

³⁸ Vgl. Popp, J. (2017a), S. 33f.

³⁹ Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 7.

Behandlungsbedarf. Delirium kann außerhalb des Klinikaufenthalts auch in Langzeitpflegeeinrichtungen oder während der Einlieferung ins Krankenhaus entstehen.⁴⁰

Die Relevanz von postoperativem Delirium, auch bei minimalinvasiven Eingriffen, wird mit der folgenden Studie verdeutlicht. Eine deutsch-amerikanische Kohortenstudie von Mauri et al. (2021) zum minimalinvasiven, kardiologischen Aortenklappenersatz Verfahren, auch TAVI genannt, ermittelte eine Inzidenz für postoperatives Delirium von 10% nach den Eingriffen.⁴¹ Dieser kathetergestützte Aortenklappenersatz gilt als bevorzugtes Therapieverfahren bei Menschen mit erhöhtem Operationsrisiko. Zu den patient*innenbezogenen Indikationen, die den Einsatz einer TAVI gegenüber einem chirurgischen Aortenklappenersatz präferabel machen, gehören ein Alter von 75 Jahren oder älter, das Vorfinden des geriatrischen Syndroms der Frailty, das mit einem altersbedingt reduzierten Allgemeinzustand einhergeht, und bestehende Komorbiditäten. Diese Faktoren tragen zu einem deutlich erhöhten Komplikations- und Mortalitätsrisiko für Operationen bei.⁴²

Ein Risiko für Delirium findet in der einschlägigen Leitlinie der Europäischen Gemeinschaft für Kardiologie (ESC) keine Erwähnung. Bei der Risikoabwägung werden lediglich Patient*innen mit reduziertem Allgemeinzustand beschrieben sowie die Notwendigkeit sich auf Einschränkungen des kognitive, funktionalen und Ernährungsstatus zukünftig vermehrt zu fokussieren.⁴³ Auch die Ergebnisse der Kohortenstudie von Mauri et al. (2021) stimmen mit den beschriebenen Risikoindikatoren überein, da eben diese Faktoren das Risiko für postoperatives Delirium erhöhen. Neben befundener Frailty wird das männliche Geschlecht, die Narkose und perioperative Komplikationen assoziativ mit postoperativem Delirium benannt. Langfristig ließ sich von Mauri et al. (2021) feststellen, dass postoperatives Delirium zu signifikant verlängerten Intensiv- und Krankenhausaufenthalten führte sowie zu einer erhöhten Mortalitätsrate im Krankenhaus.⁴⁴ Die Betreuung von Patient*innen mit Delirium ist sowohl ökonomisch als auch emotional mit einer erhöhten Belastung in der Betreuung und Versorgung verbunden.⁴⁵

2.1.3 Bedeutung von Delirium für Betroffene

Qualitative Forschungsmethoden sind in der Pflegewissenschaft von großer Bedeutung, um von betroffenen Individuen Fragestellungen zum subjektiven Empfinden und Erleben beantworten zu können.⁴⁶ Einige Studien haben sich bereits mit dem Erleben aus der Sicht der betroffenen Patient*innen

⁴⁰ Vgl. Reddy, S. et al. (2017), S. 292.; NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 5.

⁴¹ Vgl. Mauri, V. et al. (2021), S. 3.

⁴² Vgl. ESC (Hrsg.) (2017), S. 2757.

⁴³ Vgl. ebd., S. 2746.

⁴⁴ Vgl. Mauri, V. et al. (2021), S. 4.; Witlox, J. et al. (2010), S. 443.

⁴⁵ Vgl. Schubert, M. et al. (2010), S. 318.

⁴⁶ Vgl. Möhler, R. (2016), S. 74.

auseinandergesetzt. Retrospektive Berichte von erlebten Delirepisoden liefern Hinweise dazu, dass Betroffenen ihre Umgebung trotz Verhaltens- und Wesensveränderungen wahrnehmen. Erinnerungen an Gesprochenes, die Umgebung oder Körpersprache kann in einigen Fällen Jahre nach den Erlebnissen rekapitulierend berichtet werden.⁴⁷ Wenn sich die Umgebung eines Menschen verändert, können wir unsere subjektive Realitätswahrnehmung anpassen und Zusammenhänge neu verknüpfen. Wenn die Wahrnehmungsfähigkeit jedoch beeinträchtigt ist, wie es beim Delirium der Fall ist, kann diese Fähigkeit verloren gehen.⁴⁸ Die qualitative Studie von Instenes et al. (2019) kommt zu dem Schluss, dass Patient*innen nach postoperativem Delirium enge Unterstützung von pflegerischen und medizinischen Fachkräften sowie Angehörigen brauchen. Das Erleben eines Delirs kann die Betroffenen verletzlich und ängstlich zurücklassen und manche erinnern sich anschließend noch an Halluzinationen. Personen im engen Umfeld kommen dadurch, neben der Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten, eine mental-unterstützende Aufgabe zu. Pflegefachpersonal sowie enge Angehörige scheinen eine beruhigende Wirkung auf Patient*innen mit postoperativem Delir zu haben, da diese sich mit der Unterstützung sicherer und umsorgt fühlen.⁴⁹ Laut den Pflegewissenschaftlerinnen Friedemann und Köhlen (2018) ist es „unumstritten, dass die Familie bzw. die primäre Bezugsgruppe sowohl für Kinder als auch für Erwachsene einen höchst einflussreichen Teil der Umwelt darstell[en]“⁵⁰. Im Kontext von stationär betreuten Patient*innen mit Delirium nach chirurgischen Eingriffen werden alle Personen aus dem Familien- oder Freundeskreis als Angehörige gezählt.⁵¹

2.2 Die Rolle von Angehörigen in der Pflege

Angehörige repräsentieren eine Gruppe von Menschen aus verschiedenen Generationen, Lebenswelten und Beziehungskonstellationen zu den Patient*innen, die meist in einem familiären Verhältnis zueinanderstehen.⁵² Eine eindeutige Abgrenzung, der in den Begriff „Angehörige“ einbezogenen Personen, erlebt in der Literatur keinen übereinstimmenden Konsens und wird meist auf der Grundlage des subjektiven Verhältnisses von einer Person und dem*der Pflegebedürftigen bewertet. Angehörige können somit Bekannte, Verwandte oder Freund*innen sein, die unterstützende und pflegerische Tätigkeiten übernehmen.⁵³ Entscheidend ist laut den Pflegewissenschaftlerinnen Friedemann und Köhlen (2018), wer durch ein Zugehörigkeitsgefühl und menschlichen Kontakt als subjektiv zugehörig bestimmt wird. In ihrer systemischen Pflege-theorie sind Angehörige, laut ihrer Definition, dem System

⁴⁷ Vgl. Instenes, I. et al. (2019), S. 230.

⁴⁸ Vgl. Horn, A. (2002), S. 15f.

⁴⁹ Vgl. Instenes, I. et al. (2019), S. 228.

⁵⁰ Friedemann, M.; Köhlen, C. (2018) S. 23.

⁵¹ Vgl. Reifegerste, D. (2019), S. 2.

⁵² Vgl. ebd., S. 6.

⁵³ Vgl. Reifegerste, D. (2019), S. 10.

der Familie gleichzusetzen.⁵⁴ Der englische Fachbegriff „caregiver“ ist in der Literatur nicht fest definiert, bezieht sich jedoch häufig auf „family caregivers“, die als Laien die Pflege und Versorgung von Familienmitgliedern übernehmen. Wenn es dabei aufgrund von einem Wissensdefizit oder mangelnder Unterstützung zu einer erhöhten physischen, psychischen oder finanziellen Belastung kommt, findet in Praxis und Theorie oft der Begriff „caregiver burden“ Verwendung.⁵⁵

Mit den Ergänzungen der aktuell geltenden Pflegestärkungsgesetze wird ein Anspruch auf eine umfassende und qualifizierte Pflegeberatung geltend gemacht. Im ambulanten Setting bedeutet dies, dass neben einer professionellen Bedarfserhebung oder einem professionellen Versorgungsplan auch ein präventiver Ansatz in Form von Leistungen zur Unterstützung von Pflegepersonen angeboten werden muss. Konkret zielt das auf die Verbesserung und Entlastung der Versorgungssituation von Angehörigen ab.⁵⁶ Die derzeit aktuellsten Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) zu pflegenden Angehörigen in Deutschland stammen aus dem Jahr 2015 und geben Einblicke hinsichtlich der Bedeutung der Angehörigen für Pflegebedürftige. In Deutschland haben 4,7 Millionen Personen regelmäßig eine pflegebedürftige Person betreut, wovon 65% Frauen waren. Aufgrund der demografischen Altersverschiebung und der zunehmenden Komorbiditäten, steigt die Zahl der Menschen, die kurz- oder langfristig auf Unterstützung anderer angewiesen sind.⁵⁷ Die nahestehenden Menschen von betroffenen Patient*innen entschließen sich meist aus Verbundenheits- oder Verpflichtungsgefühl dazu, mögliche Defizite zu kompensieren und Aufgaben zu übernehmen. Die emotionale Bindung zu einem unterstützungsbedürftigen Angehörigen und die erfahrene Wertschätzung für die Übernahme von Fürsorge und Hilfestellungen lässt eine Mehrheit der pflegenden Angehörigen gut mit komplexen Pflegesituationen zurechtkommen. Das RKI adressiert jedoch ebenso die vielfältigen Belastungen, die für die Angehörigen entstehen.⁵⁸

2.2.1 Angehörigenkommunikation

Den Pflegewissenschaftlerinnen Friedemann und Köhlen (2018) zufolge, gehören die Angehörigen ebenso in das Umfeld eines Krankenhauses, wie der*die Patient*in. Der Einfluss der medizinischen Institution mit seinen Vorschriften führt bei ihnen jedoch dazu, dass sie ein Stück Individualität verlieren.⁵⁹ Angehörige schildern ihre Wahrnehmung sich als Störfaktoren gegenüber dem Klinikpersonal behandelt zu fühlen. Sie werden weder als Teil der Versorgung gesehen, noch werden sie in den Ablauf

⁵⁴ Vgl. Friedemann, M.; Köhlen, C. (2018), S. 41.

⁵⁵ Vgl. Bastawrous, M. (2012), S. 431f.

⁵⁶ Vgl. Palesch, A. (2019), S. 35.

⁵⁷ Vgl. Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015), S. 1.

⁵⁸ Vgl. ebd., S. 3.

⁵⁹ Vgl. Friedemann, M.; Köhlen, C. (2018), S. 130.

eingebunden oder als mögliche Personen wahrgenommen, die einen pflegerelevanten Bedarf haben.⁶⁰ Es wird von Konfliktpotenzial berichtet und von empfundener Überfürsorglichkeit, sodass die Angehörigen als Kopatient*innen gesehen werden können.⁶¹ Häufig beschränken sich die Gespräche zwischen dem Personal und den Angehörigen auf das Nötigste, indem sie zufällig und kurz stattfinden.⁶² Dabei wird die Wirkung von Angehörigen auf den Genesungsprozess Erkrankter als sehr hoch eingeschätzt.⁶³ Sie liefern einen wichtigen Beitrag zur Autonomie der Patient*innen bei, sind Vermittler*innen und stellen personelle und finanzielle Ressourcen für Erkrankte dar. Neben der körperlichen Unterstützung erhöhen sie die Lebensqualität, indem sie besonders soziale und psychosoziale Hilfe für die Krankheitsbewältigung geben.⁶⁴ Angehörige zeigen häufig einen hohen Einsatz in der Betreuung und Unterstützung ihrer Liebsten, auch wenn der Genesungsprozess stagniert oder nur langsam vorangeht.⁶⁵

Der Pflegewissenschaftlerin Bienstein (1999) zufolge tragen professionelle Pflegende eine besondere Verantwortung als Kontakt- und Verbindungsstelle nach außen. Angehörige gehören unterstützt und eingebunden, um ihren Kontakt zum sozialen Umfeld zu erhalten.⁶⁶ Laut Bienstein (1999) ist es dafür notwendig, dass Pflegefachkräfte die „behutsame Eindringung in das Thema, das ernste Interesse an den Sorgen der Angehörigen, die Erfassung ihrer Motivation Angehörige zu pflegen, die Ausprägung der Akzeptanz der schwierigen, sich verändernden Situation und der Fähigkeit die Pflege zu handeln“⁶⁷ als zentrale Themen in die Interaktion mit Angehörigen einbringen. Auch wenn gesundheitliche Defizite physisch nur eine Person betreffen, beschrieben die Pflegeforscherinnen Morse und Johnson in ihrem „Illness-Constellation Model“ (1991) die Auswirkungen des Miterlebens von Leid, Schmerz und Lebensbedrohung für Familienmitglieder und andere nahestehenden Personen. In belastenden und aufwühlenden Krankheitsepisoden sollten die höchsten Bemühungen einer Leidminderung und der Unterstützung gelten.⁶⁸

⁶⁰ Vgl. Reifegerste, D. (2019), S. 4f.

⁶¹ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 142.

⁶² Vgl. Reifegerste, D. (2019), S. 5.

⁶³ Vgl. Horn, A. (2002), S. 14.

⁶⁴ Vgl. Reifegerste, D. (2019), S. 1ff.

⁶⁵ Vgl. Horn, A. (2002), S. 14f.

⁶⁶ Vgl. Blom, M.; Duijnste, M.; Schnepf, W. (Hrsg.) (1999), S. 7f.

⁶⁷ Ebd., S. 8.

⁶⁸ Vgl. Morse, J.; Johnson, J. (1991b), S. 316.

2.2.2 Rolle von Angehörigen bei Delirium

Einschlägige Leitlinien zu Delirium empfehlen multifaktorielle Interventionsansätze, bei denen ein bestehendes Risiko von interdisziplinären Stationsteams präventiv berücksichtigt werden muss. Bewährte Präventionsinterventionen, wie das Verwenden von Kalendern oder Uhren, Tageslicht und dem regelmäßigen Besuch von Familie und Freund*innen, dienen der Kognitionsförderung.⁶⁹ Weitere wichtige Aspekte sind Schlafförderung, das Gewährleisten einer ruhigen Umgebung und einer Tag- Nachtstruktur sowie dem Anwenden von Seh- und Hörhilfen.⁷⁰ Mit Blick auf die Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr sollte einer Dehydratation und Mangelernährung vorgebeugt werden und beispielsweise auf das Einsetzen von Zahnprothesen geachtet werden.⁷¹ Diese beschriebenen Maßnahmen dienen sowohl der Prävention, als auch der Therapie von Delirium und sind nur effektiv, wenn sie konsequent von allen Beteiligten umgesetzt werden. Dazu gehören auch Angehörige, die ihre Familienmitglieder oder nahestehende Freund*innen im Krankenhaus besuchen oder poststationär betreuen. Angehörige sollten außerdem einbezogen werden, um Verhaltensveränderungen bei den Patient*innen zu erkennen und beurteilen.⁷² Die Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) bezeichnet Familienmitglieder und pflegende Angehörige als eine von drei zu integrierenden Gruppen des Delirmanagements. Neben der betroffenen Person selbst und einem interprofessionellen Team, sollen die Angehörigen in die Planung und Implementierung von Präventions- und Therapiemaßnahmen eingebunden werden.⁷³

In der Leitlinie zur Deliriumprävention des NICE wird mehrfach auf die Einbindung von Angehörigen als Informationsquelle und Förderung von Orientierung oder Mobilität hingewiesen.⁷⁴ Überdies liefern Angehörige wichtige sekundäre Daten zur Anamnese und Ursachenforschung für das Delirium.⁷⁵ Die Evidenz, dass Angehörige in der Versorgung von Patient*innen mit Delirium positiven Einfluss nehmen können, wird in weiteren internationalen Leitlinien aufgegriffen⁷⁶ und in zahlreichen randomisierten Kontrollstudien belegt.⁷⁷ Regelmäßige Besuche von bekannten Menschen wirken sich bei Patient*innen mit Delirium kognitionsförderlich aus und sollten vom Klinikpersonal ermöglicht und unterstützt werden.⁷⁸ Die randomisierten Kontrollstudie von Waszynski et al. (2018) liefert Hinweise auf die mögliche Reduktion von Symptomen des hyperaktiven Delirs, bei präexistenten, kognitiven Defiziten, durch das Vorspielen von Familiennachrichten per Video.⁷⁹ Die Angehörigen, die das Bezugsnetzwerk

⁶⁹ Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 12.

⁷⁰ Vgl. ebd., S. 14.; Davidson, J. et al. (2015), S. 29.

⁷¹ Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 12f.

⁷² Vgl. ebd., S. 16.; RNAO (Hrsg.) (2016), <https://rnao.ca> (Stand: 01.04.2022), S. 49; Hasemann, W. et al. (2017a), S. 71.

⁷³ Vgl. RNAO (Hrsg.) (2016), <https://rnao.ca> (Stand: 01.04.2022), S. 45f.

⁷⁴ Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 14f.

⁷⁵ Vgl. Hasemann, W. et al. (2017a), S. 71.

⁷⁶ Vgl. RNAO (Hrsg.) (2016), <https://rnao.ca> (Stand: 01.04.2022), S. 46; AWMF (Hrsg.) (2015), <https://www.awmf.org> (Stand: 01.04.2022), 31.

⁷⁷ Vgl. Martinez, F. et al. (2012), S. 631; Waszynski, C. et al. (2018), S. 154.

⁷⁸ Vgl. Godfrey, M. et al. (2013), S. 6f.

⁷⁹ Vgl. Waszynski, C. et al. (2018), S. 154.

der Außenwelt darstellen, telefonieren oder interagieren persönlich mit den Patient*innen mit Delirium im Krankenhaus und sollten in die dafür adäquaten Kommunikationsmethoden eingewiesen werden. Die Information und Mitbetreuung der Angehörigen ist auch aufgrund des möglichen, verstörenden Miterlebens des Delirs bei aggressivem oder psychotischem Verhalten der Patient*innen notwendig, um Missverständnissen vorzubeugen und eine Kooperation zu begünstigen.⁸⁰

2.3 Belastung der Angehörigen als komplexes Phänomen

Das Belastungsphänomen von pflegenden Angehörigen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, dient dem Ableiten möglicher Themen der Belastungserfahrung und Bedürfnissen der Angehörigen von Patient*innen mit postoperativem Delirium. Bei der Vertiefung der Belastungsthematik konnten deduktive Kategorien für die folgende Meta-Aggregation gebildet werden, indem die Merkmale des Belastungserlebens zunächst beleuchtet und dann mit der Situation von Angehörigen von Menschen mit Delir abgeglichen werden.

Im Bereich der Demenzforschung und Versorgung findet bereits mehr Praxistransfer von der Theorie der Belastungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz statt. Pflegende Angehörige verbringen im häuslichen Setting viel Zeit mit den Betroffenen und übernehmen eine Vielzahl von Tätigkeiten, die mit einer hohen Pflegebelastung einhergehen.⁸¹ Ergebnisse von Schnepf (2002), in Bezug zur Zusammenarbeit mit Angehörigen, beschreiben, dass das Erleben von bewusstseinsingeschränkten Betroffenen für Angehörige komplex ist und verschiedene Faktoren einen Einfluss auf ihr Wohlbefinden haben.⁸² Das grundlegende Verständnis von Belastungsentstehen wird als Dysbalance zwischen dem wachsenden Ausmaß von einer subjektiv empfundenen Last und der Belastbarkeit der jeweiligen Person, die diese erfährt, beschrieben.⁸³ Das Belastungserleben setzt sich aus der objektiven und subjektiven Belastung zusammen und wird von Einflussfaktoren bestimmt. Diese sind, nach Duijnste (1992), die Art der Handhabung einer Situation, die Akzeptanz dieser und die persönliche Motivation.⁸⁴ Des Weiteren zählen Faktoren wie der Charakter der Angehörigen, die Dauer der Erkrankung, das Krankheitsverständnis und die Beziehung zwischen den Personen zu den beeinflussenden Elementen des Belastungserlebens.⁸⁵ Ein stationärer Aufenthalt beeinflusst zusätzlich die bisher bestehenden Familienstrukturen.⁸⁶ Die Schweizer Pflegeforscherin Brügger kam gemeinsam mit ihren Kolleginnen Jaquier

⁸⁰ Vgl. Hasemann, W. et al. (2017a), S. 71.

⁸¹ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 138.

⁸² Vgl. Horn, A. (2002), S. 17.

⁸³ Vgl. Willems, H. (2002), S. 64.

⁸⁴ Vgl. Duijnste, M. (1992), S. 212ff.

⁸⁵ Vgl. Blom, M.; Duijnste, M.; Schnepf, W. (Hrsg.) (1999), S.29f.

⁸⁶ Vgl. Horn, A. (2002), S. 17.

und Sottas (2015) in ihrer qualitativen Studie zum Belastungserleben von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zu den folgenden fünf Schwerpunktthemen von Belastungen pflegender Angehöriger: Müdigkeit und Überlastung, sich alleingelassen und unverstanden fühlen, Trauern/Leid und Zukunftssorgen, Hilf- und Machtlosigkeit sowie Fremdbestimmung.⁸⁷

Von den Pflegewissenschaftler*innen Blom und Duijnsteer wurde im Jahr 1993 gemeinsam ein Erhebungsinstrument namens „Pflegekompas“ zur Erfassung von Belastungen und Bedarfen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz entwickelt. Wissenschaftler*innen, die dieses Instrument bereits in der Praxis erprobten, konkludieren, dass die Belastungen der Angehörigen unabdingbar frühzeitig erkannt werden müssen, um mögliche Gefährdungen für die betreffenden pflegenden Angehörigen sowie die Erkrankten abwenden zu können.⁸⁸ Möglicher Kritik an der Zeitaufwendung der Belastungsbestimmung steht die langfristige Auszahlung der Ressourcen- und Kraftschonung aller Beteiligten entgegen.⁸⁹

2.3.1 Körperliche und psychische Aspekte von Belastung

Angehörige, die Menschen mit Demenz versorgen, beschreiben ihre gesundheitliche Belastung der Pflege in Form von Erschöpfung, Schlafschwierigkeiten und ständiger Anstrengung, deren Symptome sich als Rücken-, und Kopfschmerzen oder Blutdruckanstiegen manifestieren.⁹⁰ Neben dem Verrichten von körperlich anstrengenden Tätigkeiten tragen organisatorische und koordinative Leistungserbringungen zur Erschöpfung bei. Im häuslichen Umfeld kommen zudem nächtliche Störungen, die den Erholungsschlaf unterbrechen, oder das Verrichten von Haushaltstätigkeiten als körperlich belastende Aspekte für Angehörige hinzu.⁹¹ Diese Auswirkungen können zu einer Verschlechterung der eigenen Gesundheit führen.⁹² Körperliche Belastungen können auch aus psychischen Belastungen und Sorgen resultieren.⁹³

Die psychische Komponente von Belastungen bei pflegenden Angehörigen wird am häufigsten in der Literatur beschrieben. Es zeigt sich, dass psychosoziale Anteile von empfundener Belastung von Angehörigen stärker gewichtet werden als physische.⁹⁴ Familienmitglieder und Nahestehende einer leidenden, erkrankten Person sind stets am Erleben des Krankheitsphänomens beteiligt und beeinflussen

⁸⁷ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 139.

⁸⁸ Vgl. Bögershausen, S. et al. (1999), S. 67.

⁸⁹ Vgl. ebd., S. 81.

⁹⁰ Vgl. ebd., S. 75.

⁹¹ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 139.

⁹² Vgl. Blom, M.; Duijnsteer, M.; Schnepf, W. (Hrsg.) (1999), S. 19.

⁹³ Vgl. Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015), S. 3.

⁹⁴ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 141.

dieses. Die Angehörigen wollen das von ihnen wahrgenommene Leiden lindern, indem sie es teilen und dadurch zum Wohlbefinden beitragen können.⁹⁵ Die Balance zwischen eigener Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, der Betreuung von Kindern und der eigenen Freizeit sowie die gleichzeitige Bewältigung bürokratischer Aufgaben im Zusammenhang mit der Pflege stellt für viele Angehörige eine große Herausforderung dar. Dies kann, neben den Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit, auch Folgen für das soziale Netz und die Erwerbstätigkeit mit sich bringen.⁹⁶

Angehörige beschrieben das Gefühl einer Machtlosigkeit gegenüber äußeren Umständen im System der Gesundheitsversorgung, die Personal- und Zeitmangel zur Folge haben. Unzureichende Behandlungen sind für sie oft auf diese unbeeinflussbaren Bedingungen zurückzuführen.⁹⁷ Besonders die Unwissenheit hinsichtlich des Krankheitsphänomens, Zukunftssorgen oder ein Wissensdefizit führen zu einem Gefühl der Hilflosigkeit.⁹⁸ Die Krankenhauseinlieferung wird von Friedemann und Köhlen (2018) in vielen Fällen als ein überwältigendes Erlebnis bezeichnet. Die Situation kann die Angst vor der eigenen Vergänglichkeit, oder dem Verlust eines geliebten Menschen plötzlich präsent machen.⁹⁹ Ein möglicherweise drohender Abschied von der geliebten Person und der Umgang mit Trauer kommen hinzu.¹⁰⁰ Die Empfindung hängt von den vorhandenen Bewältigungsstrategien sowie den persönlichen und externen Ressourcen ab.¹⁰¹

2.3.2 Einflussfaktoren und Entlastung des Belastungserlebens

Das individuelle Erleben von Belastung im Umgang mit pflegebedürftigen Angehörigen beschreibt Duijnste (1992) in vier Kategorien: Finanzielle Umstände, die Wohnsituation, das soziale Netzwerk und die professionelle Unterstützung.¹⁰² Als intrinsische Einflussmerkmale kann die Beziehung der Angehörigen zu den Betroffenen gezählt werden, die stark beeinflusst, wie belastend die Situation wahrgenommen wird. Eheleute haben unterschiedlich tiefe Verbindungen miteinander und Kinder-Eltern Beziehungen divergieren ebenfalls.¹⁰³ Vorhandene Coping-Strategien und die Reflexion der Handhabung von herausfordernden Situationen sind Faktoren, die das Belastungserleben zusätzlich beeinflussen.¹⁰⁴ Das Klinikpersonal und dessen subjektiv wahrgenommene Versorgung sind weitere Komponente, die

⁹⁵ Vgl. Morse, J.; Johnson, J. (1991b), S. 316.

⁹⁶ Vgl. Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015), S. 3.

⁹⁷ Vgl. Horn, A. (2002), S. 30.

⁹⁸ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 140; Blom, M.; Duijnste, M.; Schnepf, W. (Hrsg.) (1999), S.19.

⁹⁹ Vgl. Friedemann, M.; Köhlen, C. (2018), S. 129.

¹⁰⁰ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 139.

¹⁰¹ Vgl. ebd., S. 141.

¹⁰² Vgl. Duijnste, M. (1992), S. 223.

¹⁰³ Vgl. Horn, A. (2002), S. 21.

¹⁰⁴ Vgl. Willems, H. (2002), S. 63.

als positive und negative Einflussfaktoren auf das Belastungserleben der Angehörigen einwirken.¹⁰⁵ Allgemein sollten persönliche und umgebungsbezogene Einflussfaktoren der Angehörigen bei dem Nachvollziehen des Belastungserleben berücksichtigt werden, um einer Verzerrung des Belastungsverstehens vorzubeugen.¹⁰⁶

Die Frage nach Gründen der Anteilnahme und Sorge beantworten pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit Selbstverständlichkeit, da aufgrund ihrer Religion, ihrem Zugehörigkeitsgefühl oder der familiären Konstellation nichts anderes für sie infrage kommen würde.¹⁰⁷

Pflegende Angehörige beschreiben selbst Strategien zur Handhabung ihrer Situationen. Dabei werden Unterstützungssysteme durch professionelle Pflegende, Selbsthilfegruppen oder individuelle Rituale und Kniffe im Umgang mit ihren kognitiv eingeschränkten Angehörigen genannt.¹⁰⁸ Als Entlastung wird besonders das soziale Umfeld gewichtet, das mit Gesprächen und aktiver Beteiligung an der Situation teilnimmt.¹⁰⁹ Angehörige berichten, dass sie sich der Aufgabe zu betreuen und zu pflegen, trotz eingehenden Belastungen, besser gewachsen fühlen, wenn sie die Möglichkeit haben über ihre Ängste und Sorgen zu sprechen.¹¹⁰

2.4 Relevanz des Belastungserlebens der Angehörigen bei Delirium

Ergebnisse von Schnepf (2002), in Bezug auf die pflegerische Zusammenarbeit mit Angehörigen, beschreiben, dass das Erleben von bewusstseinsingeschränkten Betroffenen für Angehörige komplex ist und verschiedene Faktoren einen Einfluss auf ihr Wohlbefinden haben.¹¹¹ Breitbart, Gibson und Tremblay (2002) berichten von schweren psychischen Belastungen in Form von „Distress“ bei Angehörigen im Zusammenhang mit Delirium bei schwer erkrankten Patient*innen.¹¹² Delirium tritt bei Patient*innen in unterschiedlichen Ausprägungen, jedoch häufig unerwartet und mit erschreckender, sorgenerzeugender Wirkung für Nahestehende, auf.¹¹³ Das individuelle Belastungserleben, ausgelöst von einem unvorhergesehenem Ereignis, wird von vorherigen Situationen beeinflusst, die die Perspektive und Lebenswelt der Personen in ihrer Vergangenheit geprägt sowie Ressourcen geschaffen oder aufgebraucht haben.¹¹⁴

¹⁰⁵ Vgl. Horn, A. (2002), S. 22ff.

¹⁰⁶ Vgl. Blom, M.; Duijnste, M.; Schnepf, W. (Hrsg.) (1999), S. 20f.

¹⁰⁷ Vgl. Bögershausen, S. et al. (1999), S. 75f.

¹⁰⁸ Vgl. ebd., S. 77f.

¹⁰⁹ Vgl. Horn, A. (2002), S. 28.

¹¹⁰ Vgl. Bögershausen, S. et al. (1999), S. 77f.; Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 139.

¹¹¹ Vgl. Horn, A. (2002), S. 17.

¹¹² Vgl. Breitbart, W.; Gibson, C.; Tremblay, A. (2002), S. 188f.

¹¹³ Vgl. Hasemann, W. et al. (2017a), S. 71.

¹¹⁴ Vgl. Willems, H. (2002), S. 63.

Was das Miterleben eines postoperativen Delirs für die Angehörigen der betroffenen Patient*innen bedeutet, ist bisher kaum im Forschungsbereich zu Delirium sowie der praktischen Patient*innenversorgung bekannt. Die vorliegende Arbeit soll deshalb der Bündelung von Erkenntnissen aus qualitativen, einschlägigen Primärstudien und deren Bedeutung für die klinische Praxis dienen.

2.5 Ziel und Fragestellung

Nach der Identifizierung des Forschungsfeldes und der Themenrelevanz wurde aus diesen Themenkomplexen die Fragestellungen abgeleitet.¹¹⁵ Zur Formulierung von themenspezifischen Forschungsfragen wurde das SPIDER-Schema angewandt, dessen Präzision von Wissenschaftler*innen diskutiert wird.¹¹⁶ Die Methodik wird in Kapitel 3 genauer beschrieben.

Der vorliegenden Arbeit liegen die folgenden zwei Forschungsfragen zugrunde:

1. Welche Belastungen empfinden Angehörige, die Patient*innen mit postoperativem Delirium im Krankenhaus miterleben?
2. Welchen Bedarf an Information oder Beratung haben Angehörige von Patient*innen mit postoperativem Delirium?

Das Ziel ist es, die möglichen Belastungen der Angehörigen im Kontext von Delirium abzubilden und beschriebene Bedarfe zu erfassen, um aus aggregierten Ergebnissen Empfehlungen für die klinische Praxis zu formulieren.

3 Methodik

Im folgenden Kapitel wird die Methodik der vorliegenden Übersichtsarbeit von qualitativen Studien detailliert beschrieben, um die Transparenz und Reproduzierbarkeit des Recherche- und Analyseprozesses zu gewährleisten.¹¹⁷

In den Gesundheitswissenschaften ist ein deutlicher Zuwachs an der Quantität und dem Ansehen qualitativer Forschung festzustellen.¹¹⁸ Sie bietet eine Ergänzung zu quantitativen Forschungsergebnissen,

¹¹⁵ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 26.

¹¹⁶ Vgl. Cooke, A.; Smith, D.; Booth, A. (2012), S. 1437.; Methley, A. et al. (2014), S. 2.

¹¹⁷ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 49.

¹¹⁸ Vgl. Hitzler, R. (2014), S. 56f.

indem auch die Sichtweisen von Betroffenen aufgezeigt werden und daraus Interventionen und Empfehlungen für Praxis und Wissenschaft entwickelt werden können.¹¹⁹ Die steigende Anzahl an Primärstudien rückt den Bedarf von Ergebnissynthesen in den Vordergrund, da durch die Zusammenfassung kleinerer Einzelstudien eine verbreitete Datenbasis, Aussagekraft und Kostenreduktion für die Praxis und Theorie gegeben werden kann.¹²⁰ Aufrufen aus dem Forschungsraum folgend, dem wissenschaftlichen Auftrag des Fragen Beantwortens nachzukommen, sollen die Ergebnisse einzelner Studien rezipiert werden.¹²¹ Der Gesundheitswissenschaftler Möhler (2016) begrüßt die Zunahme von qualitativen Synthesen, weist jedoch auf deren bisher unzureichend klar zugeordnete Methoden und Standards hin.¹²² Vor diesem Hintergrund wurde sich bei dieser qualitativen Übersichtsarbeit für die Orientierung an der Methode der Meta-Aggregation nach dem JBI entschieden.

Seit den 1990ern entwickelt die Cochrane Organisation, die sich für die Verbreitung und Nutzung von zusammengefasster Evidenz einsetzt, und das JBI Methoden und Standards für Übersichtsliteratur, die evidenzbasierte Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung sicherstellen soll.¹²³ Das JBI, mit seinem Sitz an der Universität von Adelaide, ist eine international agierende Organisation und global führend in der Disziplin der evidenzbasierten Forschung. Die Institution wirkt an der professionell und wissenschaftlich fundierten Entscheidungsfindung, unter anderem im Bereich der Pflege, mit.¹²⁴ Das JBI arbeitet mit über 70 kooperierenden Universitäten und Krankenhäusern weltweit zusammen, um Wissenssynthesen und deren Implementierung zu fördern und schließlich zur Verbesserung der globalen Gesundheitssituation beizutragen.¹²⁵

3.1 Methodenbeschreibung der Meta-Aggregation und Begründung

Da inzwischen eine Vielzahl an Methoden im wissenschaftlichen Raum bestehen und Anwendung finden, wird sich in der vorliegenden Arbeit zu einer Methode bekannt. Der Ansatz der Meta-Aggregation entspringt dem Anspruch der qualitativen Forschung, die Sicht aus den betreffenden Menschen heraus auf Phänomene zu erfassen und damit zu einer Perspektiverweiterung und einer Förderung der unterschiedlichen Wirklichkeitsverständnisse beizutragen.¹²⁶ Der Ansatz dieser Übersichtsarbeit berücksichtigt entsprechend pragmatische und phänomenologische Traditionen.¹²⁷

¹¹⁹ Vgl. Möhler, R. (2016), S. 73.

¹²⁰ Vgl. ebd., S. 70.; Munn, Z. et al. (2014), S. 2.

¹²¹ Vgl. Lüders, C. (2017), S. 642.

¹²² Vgl. Möhler, R. (2016), S. 70f.

¹²³ Vgl. Munn, Z. et al. (2014), S. 1.

¹²⁴ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 2.

¹²⁵ Vgl. Aromataris, E.; Munn, Z. (Hrsg.) (2020), <https://synthesimanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

¹²⁶ Vgl. Flick, U.; Von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2017), S. 14.

¹²⁷ Vgl. Munn, Z. et al. (2014), S. 2.

Im Unterschied zu anderen Ansätzen von qualitativen Synthesen, zielt die Methode der Meta-Aggregation nicht auf die Neu- oder Reinterpretation von Ergebnissen ab, sondern ermöglicht eine metaphorische Zusammenarbeit mit den Primärautor*innen, deren Intentionen und Ergebnisse zum Gesamtergebnis beitragen sollen. Das wird von Expert*innen der qualitativen Forschung als einer der Hauptvorteile des Ansatzes beschrieben. Der resultierende Pragmatismus von generalisierten Aussagen, als Empfehlungen für Praxis und Politik, wird als eine weitere Stärke der Meta-Aggregation benannt.¹²⁸ Dafür werden sogenannte Findings aus den ausgewählten Studien extrahiert und gesammelt. Diese werden unterschiedlich als Themen, Metaphern oder Kategorien von den Primärautor*innen gebildet und im Datenerfassungsprozess der Meta-Aggregation aufgegriffen.¹²⁹ Die Findings müssen laut Definition des JBI wörtliche Auszüge der Ergebnisse, der gesammelten Daten, also Zitate, oder der analytischen Interpretation der Autor*innen sein. Es muss stets ein stützendes Zitat, eine Beobachtungsbeschreibung oder andere belegende Daten als Illustration aus der Originalstudie einem Finding zugeordnet werden.¹³⁰ Die Begrifflichkeiten wurden dem JBI Manual für Meta-Aggregation entnommen und werden in der Methodik an anderer Stelle genauer definiert.¹³¹ Der Ansatz des JBI eignet sich, den Begründer*innen zufolge, zur Aggregation von wenig sowie einer Vielzahl von Studien.¹³²

Das JBI verweist in seinem Manual zur Methode der Meta-Aggregation auf das eigene „JBI critical appraisal Tool“ in Kombination mit dem „ConQual Prozess“ von Munn et al. (2014), um die eingeschlossenen Studien adäquat methodisch zu reflektieren.¹³³ Das JBI critical appraisal Tool wurde in Zusammenarbeit des JBI und weiteren Institutionen entwickelt, die Inhalte wurden peer reviewed und zielen auf die Identifizierung möglicher Bias in der Methodik, Durchführung und Analyse von Primärstudien ab. Das JBI fordert dazu auf, die Literaturbewertung von zwei unabhängigen, kritischen Forscher*innen durchführen zu lassen.¹³⁴

3.2 Vorgehen zur systematischen Literaturrecherche- und Auswahl

Initialrecherchen in der Cochrane Library im Februar 2021 erzielten bei der Suche nach „delirium“ 34 systematische Reviews, die nach einem Titelscreening hauptsächlich die Effektivität von Interventionen zusammenfassend bewerteten. Eine Suche von veröffentlichten Reviewprotokollen in der Daten-

¹²⁸ Vgl. Hannes, K.; Lockwood, C. (2011), S. 1637ff.

¹²⁹ Vgl. ebd., S. 1634.

¹³⁰ Vgl. Lockwood, C.; Munn, Z.; Porritt, K. (2015), S. 183.

¹³¹ Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

¹³² Vgl. Lockwood, C.; Munn, Z.; Porritt, K. (2015), S. 183.

¹³³ Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

¹³⁴ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 2.

bank PROSPERO mit den Schlagworten „delirium“ und „relatives“ fand 14 veröffentlichte Reviewprotokolle. Alle wurden in den letzten drei Jahren veröffentlicht und Stand Mai 2021 sind drei davon als fertige Reviews, mit patient*innenorientiertem Fokus, veröffentlicht worden. Seit 2018 kamen insgesamt 494 neu registrierte Studienprotokolle hinzu, was eine mögliche Interpretation zum steigenden Bedarf von wissenschaftlichen Arbeiten zu Delirium zulässt.

Im Zeitraum vom 14.01.2021 bis zum 28.02.2021 wurde über die Datenbanken MEDLINE, CINAHL with Fulltext, Cochrane Library sowie den Bibliothekskatalogen der DHBW, der württembergischen Landesbibliothek und den Leitlinienregistern des NICE und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine Hintergrundrecherche zur Eingrenzung des Forschungsthemas sowie der methodischen und inhaltlichen Wissensvertiefung durchgeführt.¹³⁵ Als methodische Vorlage wurden registrierte Protokolle für Meta-Synthesen von PROSPERO hinzugezogen.¹³⁶ Zur Literaturverwaltung wurde die Software Citavi Version 6.8 verwendet.¹³⁷ Für den strukturierten Prozess zur Erstellung einer systematischen Literaturrecherche wurde sich an der Vorlage von Nordhausen und (2020) Hirt orientiert und die Schritte dokumentiert.¹³⁸

3.2.1 Begründung und Anwendung des SPIDER-Schemas

Mit der Schilderung des Vorgehens zur Formulierung der Forschungsfragen soll die Transparenz der Themenfindung und Fragenformulierung gewährleistet werden, damit Lesende aus Praxis und Wissenschaft den Erarbeitungsprozess nachvollziehen können.¹³⁹ Wissenschaftler*innen diskutieren die Anwendung unterschiedlicher Tools zur Formulierung von qualitativen Forschungsfragen derzeit noch.¹⁴⁰ Die bereits beschriebene Forschungsfragen wurde im Angesicht der geschilderten Themenrelevanz und der bisher unzureichenden Betrachtung der Angehörigenperspektive mit dem SPIDER-Mnemonic abgeleitet. Die Auswahl für das Organisationsinstrument der Forschungsfrage wurde abgewogen und trotz der kritischen Äußerungen von Methley et al. (2014), in Bezug auf unzureichende Sensitivität gegenüber dem PICO-Schema Schema (Population, Intervention, Comparison, and Outcome), dass in der quantitativen Forschung vorzugsweise Anwendung findet, ausgewählt.¹⁴¹ Das SPIDER-Schema, als Äquivalent zu dem PICO-Schema, findet bei qualitativen Evidenzsynthesen gegenwärtig

¹³⁵ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 29.

¹³⁶ Vgl. Möhler, 2016, S. 72.

¹³⁷ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 45.

¹³⁸ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 8.

¹³⁹ Vgl. Lockwood, C.; Munn, Z.; Porritt, K. (2015), S. 181.

¹⁴⁰ Vgl. Cooke, A.; Smith, D.; Booth, A. (2012), S. 1437.; Methley, A. et al. (2014), S. 2.

¹⁴¹ Vgl. Methley, A. et al. (2014), S. 9.

zunehmend Anwendung.¹⁴² Die identifizierten Komponenten zur Spezifizierung der Forschungsfragen, sortiert nach dem SPIDER-Schema, werden in Tabelle 1 aufgezeigt und im Folgenden ausgeführt.

S ample	Angehörige: Familienmitglieder oder enge Bekannte, die die*den Patient*in mit Delirium miterlebt haben
P henomenon of I nterest	Das Miterleben von Delirium aus der Perspektive der Angehörigen
D esign	Phänomenologischer Ansatz, Grounded Theory Ansatz: Interviews, Fokusgruppen
E valuation	Empfundene Belastungen und Bedarfe der Angehörigen (Ansichten, Perspektiven, Meinungen)
R esearch Type	Qualitative Forschung

Tab. 1 SPIDER-Schema zur Organisation der Forschungsfrage¹⁴³

Aufgrund der deutlich geringeren Zahl der Studienteilnehmenden, dabei aber inhaltlich gehaltvoller und detaillierter gegenüber quantitativen Studienpopulationen, wird die Personengruppe als Sample bezeichnet.¹⁴⁴ Mit dem „Sample“ werden die angestrebte Interessensgruppe der Thematik beschrieben. In der vorliegenden Arbeit sind das die Angehörigen von Patient*innen mit Delirium, die unter den Einschlusskriterien noch genauer definiert werden. Das „Phenomenon of Interest“ (PI) greift die Thematik, die erforscht werden soll, auf. Das Erleben und die Perspektive der Angehörigen sollen beleuchtet und durchdrungen werden. Mit der Beschreibung des „Designs“ werden mögliche methodische Einschlusskriterien beschrieben. Aufgrund des qualitativen Fokus der Übersichtsarbeit werden phänomenologische Philosophien oder Grounded Theory Ansätze präferiert. Die „Evaluation“ ist der Fokus der Aggregation, die empfundenen Belastung und mögliche individuelle Bedarfe, zu beschreiben. Der „Research Type“ sind qualitative Studien. Die Fragestellungen wurden bereits zu Beginn des Forschungsprozesses generiert und nicht mehr verändert, wenn auch eine Anpassung oder Konkretisierung retrospektiv aufgrund von möglicher Induktion im Verlauf des Projekts jederzeit offengehalten wurde.¹⁴⁵

Die Verwendung des SPIDER-Schemas sollte bei der Suche nach relevanten Suchbegriffen unterstützen und organisiert den systematischen Literaturrechercheprozess, der in den folgenden Unterkapiteln beschrieben wird. Ein- und Ausschlusskriterien konnten vom SPIDER-Schema abgeleitet werden.¹⁴⁶

¹⁴² Vgl. ebd., S. 1436f.

¹⁴³ In Anlehnung an: Methley, A. et al. (2014), S. 9.

¹⁴⁴ Vgl. Cooke, A.; Smith, D.; Booth, A. (2012), S. 1437.

¹⁴⁵ Vgl. Flick, U. (2017a), S. 258.

¹⁴⁶ Vgl. Cooke, A.; Smith, D.; Booth, A. (2012), S. 1436f.

3.2.2 Auswahlkriterien der Literatur

Vor dem Beginn des systematischen Suchprozesses wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, die eine Sensitivität im Suchprozess erhöhen sollten. Die Auswahl wurde an den Kriterien des Interessensphänomens, dem Setting, dem Sample und der Methodik der Literatur, in Übereinstimmung mit den Empfehlungen des JBI, angelehnt. Die ausgewählten Kriterien sind in Tabelle 2 aufgelistet.¹⁴⁷

Domäne	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Interessensphänomen	Beschreibung von miterlebtem Delirium, das bei den Patient*innen ärztlich diagnostiziert wurde; POD; "acute confusion" oder "acute confusional state"	Substanzen- oder alkoholindiziertes Delirium; Patient*innen unter 18; Delirium im onkologischen oder palliativen Kontext
Sample	Familienmitglieder, Bezugspersonen, Freund*innen, die engen und regelmäßigen Kontakt zu den Patient*innen haben	Fokus auf das Delirerleben von Patient*innen oder Personal
Setting	Krankenhaus, Intensivstationen	Studien ohne klinisches Setting
Methode	Qualitative Primärstudien	Reviews, Synthesen
Sprache	Deutsch; Englisch	Kein englischer oder deutscher Abstract

Tab. 2 Ein- und Ausschlusskriterien¹⁴⁸

Die Einschlusskriterien Demenz und ACS wurden, nach dem Auffinden valider Argumente für die enge Verknüpfung der beiden Themen, im Verlauf des Rechercheprozess aufgenommen. Dabei wurde festgelegt, dass das PI nicht nur das postoperative Delirium einschließt. Demenz wurde als mögliche Nebendiagnose inkludiert, da sich die Symptome in der Realität häufig ähneln und kognitive Einschränkungen zu einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung eines Delirs gelten.¹⁴⁹ Die Angehörigen sollten Delirium in einem klinischen Setting, auf einer Normalstation oder einer Intensivstation, miterlebt haben, damit ähnliche Umgebungsbedingungen im Gesamtsample bestehen. Von der Methodik der Meta-Aggregation entsprechend vorgegeben, wurden Interviews, potenziell einzeln oder als Gruppe durchgeführt, eingeschlossen.¹⁵⁰ Es wurden nur Primärstudien eingeschlossen, die Originalzitate der Angehörigen enthielten, da der qualitative Schwerpunkt dieser Übersichtsarbeit ein tieferes Verständnis vom Angehörigenerleben ersucht und nach Einblicken in das natürliche Geschehen des

¹⁴⁷ Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

¹⁴⁸ Eigene Darstellung.

¹⁴⁹ Vgl. Popp, J. (2017a), S. 33f.; Stenwall, E. et al. (2008), S. 244.

¹⁵⁰ Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

Erlebnisphänomens und dessen Bedeutung für die Angehörigen strebt.¹⁵¹ Aus Verständnisgründen sollte die Studiensprache Deutsch oder Englisch sein.

Bei der initialen Formulierung der Ausschlusskriterien wurde sich an der Delirium Leitlinie des NICE orientiert, die Delirium gegenüber Delirium im palliativen Kontext und Zusammenhänge zu Vergiftungen oder Alkohol abgegrenzt behandelt. Qualitative Studienergebnisse, die Delirium im onkologischen oder palliativen Kontext erforschten, wurden ausgeschlossen. Onkologische Komorbiditäten bringen spezifische Vorbelastungen der Angehörigen mit sich, die nicht berücksichtigt werden sollten.¹⁵² Bei palliativem Delirium besteht der Schwerpunkt der Belastungen ebenfalls auf einem langen Krankheits- und dem Sterbeprozess. Die Therapieempfehlungen unterscheiden sich bei einem terminalen Delirium deswegen von einem postoperativen Delirium und ergänzen die Begründung des Ausschlusses.¹⁵³ Kinder und junge Erwachsene unter 18 wurden ebenfalls ausgeschlossen.¹⁵⁴

3.2.3 Literatursuche und Suchstring

Sensitive Literaturrecherchen gelten in der qualitativen Forschung als schwierig, da Expert*innen bisher noch unzureichend konsequente Verwendung von Schlüsselbegriffen und mangelnde Indexierung feststellen.¹⁵⁵ Bei der Literatursuche wurde ein iterativer Prozess angestrebt¹⁵⁶, der durch wiederholte Initialrecherchen und mehrfache Anpassung einer komplexen Suchstrategie zu einem möglichst sensitiven Ergebnis kommen sollte.¹⁵⁷ Dem Zweck der Erstellung einer Meta-Aggregation zufolge, zielte die systematische Literaturidentifikation auf eine möglichst hohe Vollständigkeit ab.¹⁵⁸

Es wurden zunächst die Begriffe aus dem SPIDER-Schema als Schlüsselworte für Freitextsuchen verwendet und damit aus einschlägiger Fachliteratur und Studien Synonyme abgeleitet. Datenbankspezifische Schlagwortkataloge wurden durchsucht, Ergebnisse auf ihre Eignung hin gesichtet und themenrelevante Artikel wurden auf ihre Schlagworte abgeglichen.¹⁵⁹ Die medizinisch- und pflegewissenschaftlichen Datenbanken MEDLINE, Zugriff via PubMed, und CINAHL with Fulltext, mit Zugriff durch den amerikanischen Betreiber EBSCO, wurden für die Literaturrecherche ausgewählt.¹⁶⁰ Es wurden der

¹⁵¹ Vgl. Lockwood, C.; Munn, Z.; Porritt, K. (2015), S. 179.

¹⁵² Vgl. Partridge, J. et al. (2012), S. 808.

¹⁵³ Vgl. Namba, M. et al. (2007), S. 592.

¹⁵⁴ Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk/de> (Stand: 01.04.2022), S. 6.

¹⁵⁵ Vgl. Methley, A. et al. (2014), S. 2.; Möhler, R. (2016), S. 74.

¹⁵⁶ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 43.

¹⁵⁷ Vgl. ebd., S. 32.; Möhler, R. (2016), S. 72.

¹⁵⁸ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 33.

¹⁵⁹ Vgl. ebd., S. 35.; McGowan, J. et al. (2016), S. 41.

¹⁶⁰ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 15.; Ebd., S. 54.

Schlagwortkataloge MeSH von MEDLINE und die „Subject Headings“ von CINAHL in einer Initialrecherche durchsucht, die Treffer gescannt und die Schlagworte dann in den Suchstring integriert, um eine Treffersättigung möglichst sensitiv zu erhöhen.¹⁶¹ In Tabelle 3 sind die Komponenten als Grundlage des Suchstrings dargestellt.

Komponenten	Searchstring in MEDLINE	Searchstring in CINAHL
Interessensphänomen: Postoperative Delirium	"Post-operative delirium" OR "Postoperative delirium" OR POD OR OR "DELIRIUM"[MESH]	post operative OR post-operative OR postoperative OR post surgery AND delirium OR acute confusion OR ("DELIRIUM")
	AND	AND
Sample: Angehörige	Caregiver* OR spouse OR "informal caregiver" OR family OR carer* OR confidant* OR "family member" OR "FAMILY"[MESH] OR "CAREGIVERS"[MESH]	CAREGIVER OR SPOUSE OR INFORMAL CAREGIVER OR FAMILY OR CONFIDANT OR (MH "Family+")
	AND	AND
Evaluation/ Forschungsdesign	QUALITATIVE OR INTERVIEW OR "QUALITATIVE RESEARCH"[MESH] OR "FOCUS GROUPS"[MESH] OR EXPERIENCE* OR VIEW* OR PERCEPTION* OR BELIEF* OR BELIEVE* OR FEELING* OR STORY OR STORIES	qualitative OR interview OR focus group OR (MH "QUALITATIVE STUDIES+") OR (MH "audiorecording" not MM "audiorecording") or (TI qualitative stud* or AB qualitative stud*) motiv* OR characteristic* OR experience OR expect* OR decision* OR decide* OR attitude* OR view* OR perception* OR perspective* OR opinion* OR impact* OR choreograph* OR judgement* OR belief* OR believe* OR reflect* OR impression* OR insight* OR issues OR feeling* OR evaluate* OR understanding OR learn* OR know* OR story OR stories OR diar* OR reason* OR transition* OR meaning* OR account* OR represent* OR behav* OR process* OR document* OR prefer*

Tab. 3 Komponenten des Suchstrings¹⁶²

Die drei Suchkomponenten wurden von den fünf Themenbereichen des SPIDER-Schemas abgeleitet. Dabei wurden Evaluation und Methodik zusammengefasst. Die einzelnen Suchbegriffe in Text- und Schlagwortversion wurden durch wiederholte Initialsuchen auf Themenspezifität und den Einfluss auf die Trefferanzahl geprüft und dokumentiert. Passende Schlagworte wurden in den Suchstring integriert, um eine Treffersättigung möglichst sensitiv zu erhöhen.¹⁶³ Bei gleichbleibenden Treffern wurden

¹⁶¹ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 32; Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), S. 36.

¹⁶² Eigene Darstellung.

¹⁶³ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 32.

Schlagwortsynonyme entfernt. Zur Identifizierung weiterer spezifischer Schlagworte für „Evaluation“ und „Research Type“ wurden Vorschläge aus einschlägiger Literatur übernommen.¹⁶⁴

Die Kriterien des Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS) Guideline Statements (2015) wurden zur Orientierung hinzugezogen, um die Literaturrecherche evidenzgestützt und systematisiert vorzubereiten.¹⁶⁵ Die PRESS Leitlinie wird von internationalen Institutionen zur Evidenzsynthese empfohlen, um die Vollständigkeit der einbezogenen Literatur durch die angewendete Suchstrategie sicherzustellen.¹⁶⁶ Die Anwendung zielt auf die präzise Berichterstattung bei Übersichtsarbeiten ab, die unerlässlich für die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Qualität ist. Damit soll die subjektive Validität der Suchstrategie erhöht werden.¹⁶⁷ Die Checkliste des PRESS Guideline Statements 2015 wurde prospektiv von der Autorin durchgegangen, ausgefüllt und der dokumentierte Prozess, um den Suchstring zu erstellen sowie der Suchstring selbst, wurde überprüft. Diese PRESS Checkliste und der erstellte Suchstring wurden, im Sinne der Autor*innen der PRESS Guideline¹⁶⁸, ergänzend von einer Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin mit langjähriger Erfahrung bei der Erstellung von systematischen Reviews und Leitlinien gesichtet. Anmerkungen wurden integriert und der Suchstring in einem zweiten Zyklus erneut überarbeitet, indem ein Fokuswechsel der Suchkomponenten auf die Evaluation und den Einschluss der Methodik sensitiver gestaltet wurde.

Die finale Literaturrecherche in MEDLINE via PubMed erfolgte am 18.02.2021 und ist als Anlage 1 detailliert abgebildet. Sprachfilter für English und Deutsch wurden gesetzt. Die finale Literaturrecherche in CINAHL with Fulltext via EBSCO erfolgte am 17. und 18. Februar 2021 und ist als Anlage 2 einzusehen. Ein Meldealarm für neue Treffer wurde in beiden Datenbanken hinterlegt, jedoch wurde dadurch keine neue Literatur identifiziert.

3.2.4 Literatúrauswahl

Ein bewährtes Programm, das zur Unterstützung der Literatursichtung verwendet werden kann, ist das Covidence Tool.¹⁶⁹ Potenzielle Literaturtreffer von CINAHL und MEDLINE wurden in dem internationalen Reviewmanagement Programm Covidence archiviert. Das Programm entfernte 13 Duplikate, sodass 229 Titel und Abstracts gescreent wurden. Die Kriterien für die Methodik, das Sample und das PI wurden abgeglichen und bei Übereinstimmung oder Unklarheit zunächst in einer ersten Auswahlrunde

¹⁶⁴ Vgl. Methley, A. et al. (2014), S. 4.; Cooke, A.; Smith, D.; Booth, A. (2012), S. 1438.

¹⁶⁵ Vgl. McGowan, J. et al. (2016), S. 41.

¹⁶⁶ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 42.

¹⁶⁷ Vgl. McGowan, J. et al. (2016), S. 41.

¹⁶⁸ Vgl. ebd., S. 44.

¹⁶⁹ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 47.

eingeschlossen. In einer zweiten Auswahlrunde wurden die Volltexte zur Begutachtung herangezogen. Durch den Ausschluss der Studien bei eindeutigen Ausschlusskriterien ergab sich eine erste Auswahl. Anschließend wurde zu fünf verbleibenden Studien eine qualifizierte Zweitmeinung, unter genauen Angaben möglicher Bedenken, eingeholt. So wurden schließlich fünf treffende Studien über die systematische Literaturrecherche identifiziert. Eine weitere Studie wurde über eine ergänzende Rückwärtsuche identifiziert, indem die Referenzlisten der identifizierten Primärstudien und von thematisch relevanten Übersichtsarbeiten studiert wurden.¹⁷⁰

Ein Flussdiagramm, in Anlehnung an die international empfohlene Protokollierungsleitlinie des PRISMA Statements 2020 von Page et al., dient der Ergebnisdarstellung der systematischen Literaturrecherche und wird in Kapitel 4.1 abgebildet und beschrieben.¹⁷¹

3.3 Literaturbewertung

Zwar findet die qualitative Forschung immer häufiger ihre Berechtigung und Präsenz in der Gesundheits- und Pflegeforschung¹⁷², aber aus der nahen Vergangenheit persistieren noch kritische Meinungen, dass qualitative Forschung nur jene „zweiter Klasse“ sei.¹⁷³ In der Wissenschaft herrscht jedoch noch Uneinigkeit darüber, ob und in welcher Weise eine Beurteilung stattfinden soll und kann.¹⁷⁴ Zudem herrscht Unklarheit zur einheitlichen Empfehlung der Qualitätsbewertung von qualitativen Studien in Synthesen. Übergeordnet deutet der wissenschaftliche Konsens darauf hin, dass wichtige Kriterien transparent und nachvollziehbar für Lesende herausgearbeitet werden müssen. Um an der Durchsetzung einheitlicher Standards und angestrebte Akzeptanz der qualitativen Forschung mitzuwirken, wurde sich aus bereits beschriebenen Gründen für die einheitliche Methodik der Meta-Aggregation nach dem JBI entschieden.¹⁷⁵

Aus Ressourcengründen wurde die kritische Würdigung der inkludierten Studien nach den Empfehlungen des JBI von der Autorin der vorliegenden Arbeit durchgeführt und die Begründungen, unter der Verwendung empfohlener Instrumente, dokumentiert. Eine Vorlage der Checkliste des critical appraisal nach dem JBI ist als Anlage 3 einzusehen.

¹⁷⁰ Vgl. Möhler, R. (2016), S. 72.

¹⁷¹ Vgl. UK EQUATOR Centre (Hrsg.) (2021), <https://www.equator-network.org> (Stand: 01.04.2022).

¹⁷² Vgl. Möhler, R. (2016), S. 70.

¹⁷³ Vgl. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. (2007), S. 356.

¹⁷⁴ Vgl. Möhler, R. (2016), S. 72.

¹⁷⁵ Vgl. Knoblauch, H. (2017), S. 630.

Das von Munn et al. (2014) erstellte Bewertungssystem bewertet die „confidence in the qualitative synthesised finding“¹⁷⁶ und wurde abgeleitet „ConQual“ benannt. Die kritische Würdigung der Literatur beginnt nach den Wissenschaftler*innen Munn et al. (2014) mit der Glaubwürdigkeit der Findings, auf deren Grundlage schließlich synthetisierte Ergebnisse zu allgemeinen Empfehlungen abzuleiten sind.¹⁷⁷ Die aggregierten Ergebnisse sind, über die Methodik der Synthese hinaus, an die Qualität der Primärstudien geknüpft. Die beschriebenen Ergebnisse werden zu Erkenntnissen und Empfehlungen abgeleitet und müssen eine hohe Transparenz in ihrer Berichterstattung aufweisen, um sie nachvollziehbar und entsprechend aggregiert nutzen zu können.¹⁷⁸ Die Begriffe der „Dependability“ und der „Credibility“ werden für die qualitative Forschung, in Anlehnung an die Reliabilität und interne Validität der quantitativen Forschung, von Munn et al. (2014) geprägt und im Folgenden übernommen. Die benannte Dependability soll den logischen Prozess der Studienmethodik prüfen und Transparenz sicherstellen. Die Dependability wird anhand fünf der zehn Kriterien der Checkliste des JBI critical appraisal Tool bewertet.¹⁷⁹ Für die vorliegende Übersichtsarbeit wurde jede inkludierte Studie anhand der zehn Qualitätsmerkmale der Checkliste des JBI critical appraisal Tool bewertet. Die ersten fünf der zehn Kriterien der JBI Checkliste deckten dabei die Zusammenhänge und Übereinstimmung zwischen der Forschungsmethodik und der philosophischen Perspektive, der Forschungsfrage und der Zielsetzung, der Datensammlung, der Analyse und Ergebnisdarstellung sowie der Interpretation von den Primärstudien auf. Darüber hinaus wurde mit den Fragen sechs bis acht der Checkliste nach Hintergrund und Einfluss der Forscher*innen auf die Arbeiten kritisch hinterfragt. Frage neun würdigte die Berücksichtigung von ethischen Kriterien und dem Einholen von Bewilligungen entsprechender Institutionen. Die zehnte Frage richtete sich an die Glaubwürdigkeit der Analyse und Interpretation, indem diese nachvollziehbar von erhobenen Daten belegt wurden.¹⁸⁰ Die zehnte Frage der JBI Critical appraisal Tools knüpfte an den Anspruch von Munn et al. (2014) an, dass die Credibility der Findings für jede Studie bewertet werden muss. Findings ohne Belege hätten als „unsupported“ eingeordnet werden müssen. Schließlich wurde die Credibility aller Findings als „unequivocal“ befunden werden, da alle Findings von wörtlichen Belegen transparent stützt wurden.¹⁸¹ Die Bewertung der eingeschlossenen Studien mithilfe der JBI Checkliste sind in Kapitel 4.3 erläutert. Davon abgeleitet wurden die fünf Aspekte der Checkliste für die Dependability nach Munn et al. (2014) in der Beurteilung des jeweiligen ConQual Scores der inkludierten Studien berücksichtigt. In Anlehnung an das Instrument zur Bewertung von quantitativen Reviews, dem „Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation“ (GRADE), ließ sich mit den beiden Bewertungsinstrumenten am Ende ein Ranking erstellen, in

¹⁷⁶ Munn, Z. et al. (2014), S. 5.

¹⁷⁷ Vgl. ebd., S. 3f.

¹⁷⁸ Vgl. Lockwood, C.; Munn, Z.; Porritt, K. (2015), S. 183.

¹⁷⁹ Vgl. Munn, Z. et al. (2014), S. 3f.

¹⁸⁰ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 3.

¹⁸¹ Vgl. Munn, Z. et al. (2014), S. 4.

das nach einer vorgegebenen Reihenfolge zuerst die Dependability der Studien und dann die Credibility in die Bewertung einfluss. Das Ergebnis ist ein Gesamtranking entsprechend der Bewertung „high“, „moderate“, „low“ oder „very low“ und diente, über die kritische Würdigung der inkludierten Primärstudien hinaus, der Sicherung an Glaubwürdigkeit für die eigenen synthetisierten Findings der Meta-Aggregation.¹⁸² Sowohl das ConQual Bewertungsinstrument, also auch die ausführlichere Checkliste des JBI zur kritischen Würdigung qualitativer Studien, wurden in der vorliegenden Arbeit angewendet und in Kapitel 4.3 genauer ausgeführt. Das JBI Manual zu den JBI Critical appraisal Tools enthält eine Diskussion und Erläuterung der einzelnen Kategorien mit Beispielen und wurde bei der Entscheidungsfindung miteinbezogen.¹⁸³ Die Ergebnisse und Reflexionen der Bewertung dienen dem tiefergreifenden Verständnis der synthetisierten Findings und werden bei der Interpretation der Studienergebnisse berücksichtigt.¹⁸⁴

3.4 Datenerfassung

Die Datenextraktion erfolgt als Prozess, der phasenweise in die thematische Tiefe eindrang. In der ersten Phase der Datenextraktion wurden die Studiencharakteristiken der identifizierten Primärstudien in vorab definierte Kategorien eingeordnet, indem wiederholt jede Studie einzeln gelesen wurde. Die Beschreibung der Studien, deren Findings aggregiert wurden, mussten, nach den Bestimmungen des JBI für die Meta-Aggregation, umfassend und detailliert genug sein, um verständlich und reproduzierbar zu sein.¹⁸⁵ Hierfür wurde eine Tabelle mit definierten Kategorien erstellt, die in Anlage 4 einzusehen ist und in Kapitel 4.2 inhaltlich beschrieben wird. Die Kategorien orientieren sich an den Empfehlungen des JBI zur transparenten Datenextraktion und der Einteilung des SPIDER-Organisationsinstruments.¹⁸⁶ Den Studien wurden, bei wiederholtem Lesen, die Charakteristiken entsprechend der Kategorien entnommen, bis sich ein Gesamtverständnis zu jeder Studie ergab. Bei Unklarheiten zum Kontextverständnis einer Studie wurde gezielt nach den Beschreibungen gesucht. Dieser erste Schritt der Datenerfassung diente dazu, die Rahmenbedingungen und den Hintergrund der einzelnen Studie nachzuvollziehen, aus denen im zweiten Schritt die Findings entnommen wurden. Bei diesem Schritt überschnitten sich die Datenerfassung und die Datensynthese.¹⁸⁷

¹⁸² Vgl. ebd., S. 3ff.

¹⁸³ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 4ff.

¹⁸⁴ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 2.

¹⁸⁵ Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

¹⁸⁶ Vgl. ebd.; Cooke, A.; Smith, D.; Booth, A. (2012), S. 1437f.

¹⁸⁷ Vgl. Lockwood, C.; Munn, Z.; Porritt, K. (2015), S. 183.

3.5 Datensynthese

Die drei Schritte der Datensynthese bei Meta-Aggregation nach dem JBI wurden beachtet, alle sechs Studien durchgelesen und die Findings der Autor*innen identifiziert. Dazu wurde die computergestützte Analysesoftware „MAXQDA“ für qualitative Forschung in der Version 2020 verwendet. In allen Studien waren die identifizierten Findings definierte Kategorien für die analytische Interpretation der jeweiligen Studienergebnisse und wurden von Originalzitate gestützt.¹⁸⁸ Die Findings ließen sich anhand von Übersichtstabellen¹⁸⁹ oder entsprechenden Überschriften von den interpretierten Bezeichnungen¹⁹⁰ erkennen. Mit der Analysesoftware ließen sich die Findings und die bereits zugeordneten Zitate einander zugehörig markieren. 54 Findings wurden identifiziert, indem die Studien einzeln wiederholt gelesen wurden. Die primären Interpretationen der Autor*innen wurden in ihrem Wortlaut auf Englisch übernommen, um bei der Übersetzung keine Bedeutungsveränderung zu verursachen. Der Aufbau der einzelnen, interpretierten Ergebnisse in den inkludierten Studien folgte meist drei Strukturebenen. Die Begriffsbezeichnungen waren verschieden, jedoch bildete stets eine Essenz die Überkategorie der Ergebnisse und ein bis zwei Themen oder Unterthemen beschrieben die zusammengefassten Interpretationen des Empfindens von Angehörigen. Diese Themen und Unterkategorien wurden als Findings in dieser Übersichtsarbeit festgelegt und sind, mit entsprechender Zuordnung zu zugehörigen Primärstudien, nummeriert in Anlage 6 einzusehen. Die Originalzitate zu den Findings sind mit derselben Nummer in Anlage 8 hinterlegt. Ausschlüsse von Findings werden in Kapitel 4.2.4 begründet. Die Eindrücke und Empfindungen beim Lesen der Interpretationen wurden pro Studie festgehalten und flossen in den Syntheseprozess mit ein.

Jeweils mindestens zwei identifizierte Findings wurden im zweiten Syntheseschritt mit Verwendung der MAXQDA Software sortiert und schließlich zu Kategorien (aus dem Englischen von „Category“ nach dem JBI) aggregiert. Diese Aggregation der Findings erfolgte bei einem erkennbaren Bedeutungszusammenhang, der sich aus den Ergebnisbeschreibungen der Primär*autorinnen oder anhand ähnlicher Begriffsverwendungen erkennen ließ. Jede Kategorie wird im Ergebnisteil von Kapitel 4.4 beschrieben.¹⁹¹ Die Formulierung der Kategorien erfolgte vor dem theoretischen Hintergrund zunächst deduktiv und wurde im Verlauf der Datenextraktion induktiv erweitert. Die Bezeichnungen wurden der Studiensprache entsprechend auf Englisch formuliert. Deduktive Themen zur Belastung von Angehörigen wurden während der Literaturrecherche und Hintergrundübersicht gesammelt und zu einem theoretischen Rahmen zusammengefügt. Diese Kategorien wurden aus einschlägiger Literatur zu Krankheitsbildern der Demenz, dem Schlaganfall und der Situation von pflegenden Angehörigen in häuslichen

¹⁸⁸ Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

¹⁸⁹ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88; Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1705; Smithburger, P. et al. (2017), S. 4.

¹⁹⁰ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 232.

¹⁹¹ Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

und ambulanten Settings gebildet. Die Ausführungen, zur Annahme der Eignung der Themen für die Kategorienbildung, finden sich in Kapitel 2. Diese Kategorien dienen der Orientierungshilfe für individuelle Belastungswahrnehmungen und Situationskomplexe von Angehörigen pflegebedürftiger, geliebter Personen. Der primäre Kategorienkatalog ist in Abbildung 1 zu sehen, wie er in die Analysesoftware MAXQDA eingepflegt war.

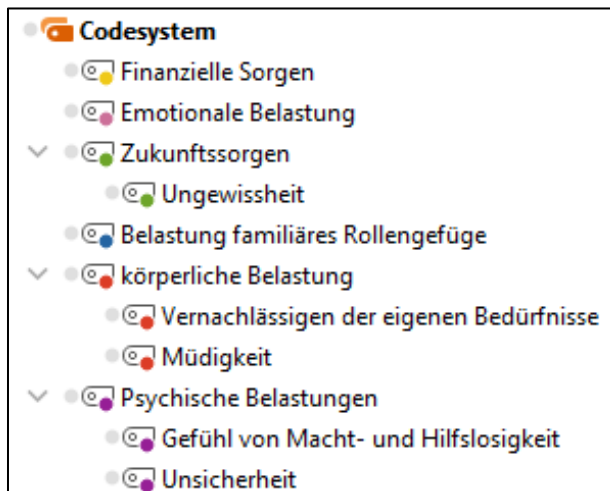


Abb. 1 Deduktiver Kategorienkatalog aus MAXQDA¹⁹²

Beim Aggregationsprozess wurden die Kategorien induktiv ergänzt oder angepasst. Die Findings der Primärstudien wurden den Kategorien bei ähnlichen Begrifflichkeiten, übereinstimmenden Aussagen der Studienteilnehmer*innen oder empfundenem Zusammenhang von der Autorin, in Anbetracht des angeeigneten Hintergrundwissens, zugeordnet. Die Bezeichnungen der Kategorien orientieren sich zu Teilen an Interpretationen aus den Primärstudien und an inhaltlich abgeleiteten Themen. Dieser Prozess wurde detailliert dokumentiert und induktive Änderungen der Kategorien konnten in Memos, die den Kategorien in dem Softwareprogramm MAXQDA angefügt wurden, festgehalten werden. Aus diesen Kategorien ließen sich im Verlauf des Syntheseprozesses Themencluster erkennen, die schließlich zu synthetisierten Findings zusammengeführt werden konnten. Nach dem dritten Schritt, der Datensynthese des JBI für Meta-Aggregation, wurde daraus eine dritte Ergebnisebene an sogenannten synthetisierte Findings aus zwei oder mehr Kategorien gebildet. Dabei wurde der Gesamteindruck, der iterativ bei den Überarbeitungsrunden der einzelnen Studien entstand und kontinuierlich handschriftlich dokumentiert wurde, und der Konsens der Interpretationsergebnisse, berücksichtigt. Die Findings, Kategorien und synthetisierte Findings wurden nummeriert und werden als Syntheseergebnis dargestellt.

¹⁹² Eigene Darstellung.

4 Ergebnisse

Die eingeschlossenen Studien, zum Erleben von Delirium aus der Perspektive von Angehörigen Betroffener, werden im Folgenden entsprechend der beschriebenen Methodik dargestellt und die Schritte bis zum synthetisierten Ergebnis vorgestellt.

4.1 Studienauswahl

Über den, in Kapitel 3.2 beschriebenen, Rechercheprozess konnten sechs qualitative Primärstudien identifiziert werden, deren Ergebnisse schließlich in der vorliegenden Arbeit synthetisiert wurden. Das Flussdiagramm (Abb. 2) bildet die Schritte der systematischen Literaturrecherche in den wissenschaftlichen Datenbanken MEDLINE und CINAHL with Fulltext ab. Der Ausschluss von 16 Studien, durch die Volltext Review Funktion des Covidence Programms, wurde dreifach mit unpassendem Studiendesign, vierfach mit ungeeignetem Interessensphänomen und neunfach mit importunen Samples begründet.

Eine Meta-Synthese von Partridge et al. (2021), die sowohl qualitative als auch quantitative Literatur einschloss, wurde über den Suchstring identifiziert und mit der Referenzliste zur Identifizierung relevanter Literatur abgeglichen.¹⁹³ Der Fokus der Studie liegt auf dem Erleben der Angehörigen von Patient*innen mit Delirium im palliativen Pflegesetting und.¹⁹⁴ Die analysierten Primärstudien der Meta-Synthese wurden aufgrund der Methode oder Einschlusskriterien der Patient*innen mit Delirium und onkologischen Erkrankungen oder terminalem Delirium nicht in diese Arbeit eingeschlossen.¹⁹⁵ Die phänomenologische Studie von Stenwall et al. (2008) wurde über das Literaturscreening von der systematisch identifizierten Studie von Day und Higgins (2015) gesichtet und nach Prüfung von den Ein- und Ausschlusskriterien und dem Übereinstimmen der SPIDER-Schema Kategorien aufgenommen.

Die Mixed-Methods Studie von Smithburger et al. (2017) wurde eingeschlossen, da die Studienmethodik transparent und getrennt interpretiert wurde und die Ergebnisse unabhängig aggregiert werden konnten. Die Findings wurden von den Wissenschaftler*innen mit wörtlichen Auszügen der Interviews belegt.¹⁹⁶ Die Ergebnisse dieser Studie werden als ergänzender Beitrag für ein möglichst umfassendes Abbild der erlebten Belastungen und Bedarfe der Angehörigen von Patient*innen mit Delirium befunden. Da diese Arbeit eine Übersicht zu beschriebenen, individuellen Belastungen und Bedarfen abbilden soll, wurden Studien mit verschiedenen oder unklaren Deliriumursachen aufgenommen. Studien mit Patient*innen, die Delirium mit Demenz¹⁹⁷ und ohne Demenz¹⁹⁸ sowie Delirium mit unterschiedlich

¹⁹³ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 21.

¹⁹⁴ Vgl. Partridge, J. et al. (2012), S. 808.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S. 805.

¹⁹⁶ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 4ff.

¹⁹⁷ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1702.

¹⁹⁸ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

zugeordneter Ursache¹⁹⁹, postoperativem Delirium²⁰⁰ oder auch ohne Ursachenerklärung²⁰¹ diagnostiziert hatten, wurden inkludiert. Die individuellen und gemeinsamen Charakteristiken werden im Kapitel 4.2 beschrieben und erläutert. Im Anschluss erfolgt die kritische Würdigung der Literatur entsprechend den Ansprüchen des JBI.²⁰²

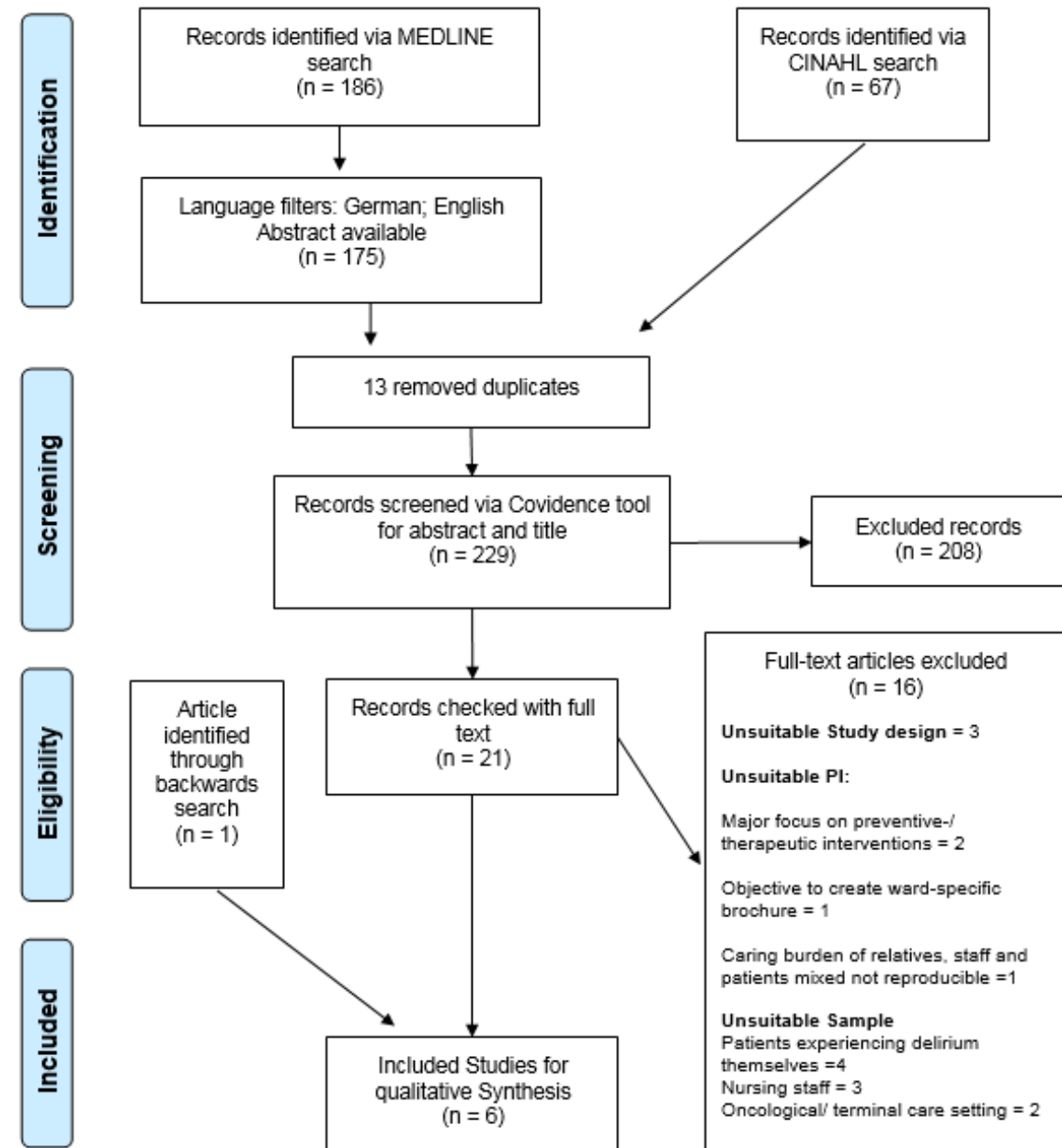


Abb. 2 Darstellung der systematischen Literaturrecherche²⁰³

¹⁹⁹ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 204.

²⁰⁰ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 232.

²⁰¹ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 85; Smithburger, P. et al. (2017), S. 2ff.

²⁰² Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

²⁰³ In Anlehnung an: Page, M. et al. (2021), S. 5.

4.2 Übersicht der inkludierten Studien

Sechs internationale Studien von 22 Wissenschaftler*innen aus den letzten 13 Jahren wurden in die Übersichtsarbeit einbezogen (Stenwall et al. (2008), Toye et al. (2012), Day und Higgins (2015), Smith-burger et al. (2017), Bohart; Møller; Herling (2019) und Meilak et al. (2020)). Die Studien stammen den Ländern Australien, Schweden, Dänemark, England, Australien und den USA. Die Studienorte zählen damit alle zu Ländern mit hohem Einkommen und spiegeln ein nationenübergreifendes Abbild der individuellen Bedarfe und Belastungen von Angehörigen, die im klinischen Setting Delirium miterleben, wider. In Anlage 4 ist die Tabelle mit den Charakteristiken der inkludierten Studien beigefügt, aus der das jeweilige Sample, Interessensphänomen, das Setting und der Kontext, das Studiendesign und Informationen zu den Methoden detailliert herausgelesen werden können. Die Charakteristiken, entsprechend dieser Kategorien, wurden den Studien im Datenextraktionsprozess entnommen und die Tabelle ist das zusammengefasste Ergebnis hiervon, das in die Studiensprache English übersetzt wurde.

4.2.1 Studiensamples

Zu den Angehörigen der Patient*innen mit Delirium wurden in den inkludierten Studien hauptsächlich Familienmitglieder mit Verwandtschafts- oder Verschwägerungsverhältnis (Eltern, Kinder oder nähere Verwandte) gezählt.²⁰⁴ Lediglich die Studie von Bohart, Møller und Herling (2019) zählte enge Freund*innen mit zu den Angehörigen.²⁰⁵ Detaillierte Charakteristiken zu den Verhältnissen und Geschlechtern der Angehörigen, die das Gesamtsample dieser Übersichtsarbeit abbilden, ist als Anlage 5 angefügt. Die Ergebnisse der vorliegenden Übersichtsarbeit beruhen auf der Grundlage des beschriebenen Erlebens von 69 Angehörigen mit unterschiedlichen Familien- und Beziehungsverhältnissen. Der überwiegende Anteil der berichtenden Angehörigen war weiblich. Die Hälfte der Gesprächsteilnehmer*innen erlebte die eigenen Eltern im Delirium, 24 Personen waren Eheleute, vier sonstige Angehörige und eine eng befreundete Person wurde ebenfalls in das Gesamtsample inkludiert. Die Aufteilung der Beziehungsverhältnisse kann der Tabelle aus Anlage 5 entnommen werden. Die Familienmitglieder des Studiensamples von Day und Higgins (2015) gaben ausdrücklich liebevolle Beziehung zu den Betroffenen an.²⁰⁶ Ihr Sample der Angehörigen beschränkten Stenwall et al. (2008) auf Ehepartner*innen oder erwachsene Kinder, die nicht als Pflegende fungierten und während der Delirepisode mindestens zweimal im Krankenhaus zu Besuch waren.²⁰⁷ In der Studie von Toye et al. (2012) waren stark reglementierte Einschlusskriterien vorgegeben. Mindestens drei

²⁰⁴ Vgl. Reifegerste, D. (2019), S. 6.

²⁰⁵ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 87.

²⁰⁶ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1702.

²⁰⁷ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

Besuche innerhalb einer Woche wurde von erwachsenen Familienmitgliedern, die emotional und physische Unterstützung auch nach der Entlassung gaben, verlangt.²⁰⁸ Die Forscher*innen Smithburger et al. (2017) definierten Angehörige in ihren Einschlusskriterien nicht genauer, jedoch fanden sich im beschriebenen Sample nur verwandte oder verschwägte Familienmitglieder.²⁰⁹ In der Studie von Meilak et al. (2020) wurden Patient*innen, die ein Delirium selbst erlebt hatten retrospektiv ebenfalls interviewt. Es wurden nur pflegende Angehörige oder Familienmitglieder eingeschlossen, die Delirium miterlebt hatten.²¹⁰ Die Ergebnisse von den Patient*innen wurden von jenen der Angehörigen offensichtlich getrennt. In der Charakteristikenübersicht aller inkludierter Studien in Anlage 4 wird dabei auf das Sample der Angehörigen, die das Delirium als fürsorgliche Außenstehende miterlebten, eingegangen.

Die Definition von Angehörigen und deren Bezug zu den Betroffenen war bei der Sampleauswahl ausschlaggebend. Die Ausschlusskriterien der Studien gaben weitere Einblicke in die Samplecharakteristiken und folglich auf die interpretierten Ergebnisse. Den Ausschluss von drei potenziellen Studienteilnehmer*innen aus ihrem Studiensample begründeten Bohart, Møller und Herling (2019) mit angegebener Kraftlosigkeit der Angehörigen und Instabilität der Patient*innen.²¹¹ Die beiden Forscherinnen Day und Higgins (2015) beschrieben die Gründe von drei ihrer Teilnehmerinnen, an keinem weiteren Gespräch im Rahmen ihrer Studie teilzunehmen, mit eignen gesundheitlichen Einschränkungen oder anderweitigen Verpflichtungen.²¹² Das Alter der Angehörigen variierte in dem Gesamtsample zwischen 26 Jahren²¹³ und 88 Jahren²¹⁴.

Von den 69 Angehörigen im Gesamtsample hatten mindestens 59 diagnostiziertes Delirium bei einer geliebten Person hautnah miterlebt. In der Studie von Day und Higgins (2015) wurden die Delirsymptome und Formen nur nach den Berichten der Angehörigen beschrieben.²¹⁵ Die Patient*innen in der Studie von Stenwall et al. (2008) mussten alle wegen ACS in klinischer Behandlung gewesen sein, damit deren Angehörige inkludiert wurden.²¹⁶ Als Instrumente zur positiven Diagnosestellung wurde bei Bohart, Møller und Herling (2019) das CAM-ICU erfordert.²¹⁷ Ärztlich diagnostiziert und die Aufnahme auf der Deliriumschwerpunktstation waren die Kriterien für Delirium von Toye et al. (2012).²¹⁸ Die Samplerekrutierung in der Studie von Meilak et al. (2020) erfolgte durch das klinische Personal und die

²⁰⁸ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 202.

²⁰⁹ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 4.

²¹⁰ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 231.

²¹¹ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 90.

²¹² Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1704.

²¹³ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 4.

²¹⁴ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

²¹⁵ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1703.

²¹⁶ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

²¹⁷ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 85.

²¹⁸ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 201.

Diagnosestellung eines postoperativen Delirs wurde somit bei einer Vermittlung bestätigt.²¹⁹ Die Studie von Smithburger et al. (2017) ließ, aufgrund des Fokus auf der präventiven Zusammenarbeit der Angehörigen von intensivmedizinischen Patient*innen, die ein entsprechend hohes Risiko für ein Delirium hatten, keine eindeutige Methode der Diagnosestellung erkennen.²²⁰ Aus den Beschreibungen der Angehörigen ließen sich jedoch Symptome von Delirium bei den Patient*innen identifizieren.

Die Altersspanne der Patient*innen mit Delirium lag zwischen 51²²¹ bis 100 Jahren²²². Die Studien von Day und Higgins (2015) und Stenwall et al. (2008) hatten ein Alter von mindestens 65 Jahren als Einschlusskriterium festgelegt²²³. Die Angehörigen der Patient*innen aus der Studie von Meilak et al. (2020) hatten alle postoperativ Delirepisoden miterlebt.²²⁴ In der Studie von Stenwall et al. (2008) wurde ein Teil der Angehörigen von einer orthopädisch-chirurgischen Station inkludiert, die entsprechend postoperatives Delirium miterlebt haben könnten.²²⁵ Die anderen Wissenschaftler*innen nannten andere Delirursachen oder auch keine. Wie bereits in Kapitel 3.2.2 begründet wurden Studien zu Delirium im Beisein von Demenz inkludiert. In der Studie von Stenwall et al. (2008) war Demenz ein Ausschlusskriterium.²²⁶ Die Wissenschaftler*innen Day und Higgins (2015) nahmen sieben Angehörige von Patient*innen mit Demenz in ihr Studiensample mit auf.²²⁷ In der Studie von Meilak et al. (2020) hatten vier Patient*innen mit Delirium, deren Angehörigen auch befragt wurden, bereits zuvor kognitive Einschränkungen.²²⁸

4.2.2 Interessensphänomen und Ziele der inkludierten Studien

Alle Studien zeigten Aspekte aus der Sicht einzelner Angehöriger, die im direkten Beisein Delirepisoden bei ihnen nahestehenden Personen erlebt hatten oder in die Delirprävention eingebunden worden waren, auf. Der Schwerpunkt der Studie von Day und Higgins (2015) war die erlebte Erfahrung der Angehörigen abzubilden und was das Delirerlebnis von anderen Belastungen unterschied.²²⁹ Auch Stenwall et al. (2008) nahmen die Erlebenswelt von Angehörigen von Patient*innen mit Delirium in ihren Forschungsfokus, mit dem Ziel daraus weitere Empfehlungen für den Umgang mit betroffenen

²¹⁹ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 231.

²²⁰ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 5.

²²¹ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 87.

²²² Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1702f.

²²³ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245; Toye, C. et al. (2012), S. 204.

²²⁴ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 231.

²²⁵ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

²²⁶ Vgl. ebd., S. 244.

²²⁷ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1702.

²²⁸ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 232.

²²⁹ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1702ff.

Patient*innen abzuleiten.²³⁰ Die Wissenschaftler*innen Toye et al. (2012) erfassen das Verständnis von Delirium und das Miterleben von pflegenden Angehörigen der älteren, hospitalisierten Patient*innen. Dabei ging es ihnen zielführend um den Unterstützungsbedarf der Angehörigen im Umgang mit ihren Familienmitgliedern mit Delirium, den die Betroffenen selbst sehen.²³¹ Die Forscher*innen Meilak et al. (2020) verwendeten die Informationen aus der Angehörigenperspektive für Interventionen zur Belastungsreduktion.²³² Im Kontext des intensivmedizinischen Settings standen für Bohart, Møller und Herling (2019) in ihrer Studie das Erleben und die Erfahrungen von Angehörigen, die das Delirium bei klinisch instabilen Patient*innen miterleben.²³³ Schließlich untersuchen Smithburger et al. (2017) die Wahrnehmung und Einstellung von Delirprävention bei Angehörigen von Patient*innen auf einer Intensivstation. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Angehörigen zusätzlich allgemeine Belastungen aus dem Setting einer Intensivstation heraus, beschrieben. Aus den Beschreibungen der Angehörigen lässt sich jedoch entnehmen, dass Delirsymptome miterlebt wurden.²³⁴

4.2.3 Setting und Kontext

Alle Interviews wurden in einer ruhigen Umgebung durchgeführt. Entweder im Krankenhaus²³⁵, an öffentlichen Plätzen, dem Arbeitsplatz²³⁶ oder dem eignen Heim²³⁷ kam es zu persönlichen Gesprächen zwischen Forscher*innen und den Angehörigen. Zwei Studien führten, aufgrund des Intensivsettings der Studie²³⁸ und im Fall bereits erfolgter Entlassungen²³⁹, auch telefonische Gespräche.

Neben der Studie von Smithburger et al. (2017) wurde auch die Studie von Bohart, Møller, Herling (2019) im Setting einer Intensivstation durchgeführt.²⁴⁰ Die anderen vier Studien fanden auf Normalstationen mit unterschiedlichen Fachspezialisierungen statt. Die Studie von Toye et al. (2012) gab Einblicke in das Delirmanagement auf einer spezialisierten Delireinheit eines mittelgroßen australischen Versorgungskrankenhauses.²⁴¹ Die rekrutierten Angehörigen von Stenwall et al. (2008) wurden von

²³⁰ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 244.

²³¹ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 201.

²³² Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 231.

²³³ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 85.

²³⁴ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 2.

²³⁵ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 231; Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 86.

²³⁶ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1704.

²³⁷ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

²³⁸ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 2.

²³⁹ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 202.

²⁴⁰ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 2; Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 85.

²⁴¹ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 201.

einer geriatrischen und einer orthopädisch-chirurgischen Station eines schwedischen Akutkrankenhauses bezogen.²⁴² Die Settingauswahl von Day und Higgins (2015) berücksichtigte die Wechsel zwischen Institutionen ein und spiegelte in den Ergebnissen dadurch das Erleben der Angehörigen von Entlassungen und Aufnahmen wider.²⁴³ Die Wissenschaftler*innen Meilak et al. (2020) führten ihre Studie als einzige in dieser Gesamtdarstellung im Kontext von ausschließlich postoperativem Delirium durch, da ihr Studienort die chirurgische Station eines englischen Lehrkrankenhauses war.²⁴⁴

Der Zeitpunkt der Interviews wurde als relevant bewertet, da die retrospektiv gesammelten Daten bei längerem Zurückliegen möglicherweise Erinnerungsfehlern unterliegen können. Datenerhebungen mit kürzer zurückliegenden Ereignissen wurden als zuverlässiger gesehen. Die Qualität der Erinnerung ist bei kürzlich zurückliegenden Ereignissen sehr gut.²⁴⁵ Ein geringer Teil der Angehörigen nahm an den Gesprächen teil, während ihre Familienmitglieder noch im Delirium waren. Drei Angehörigengespräche konnten retrospektiv zum zeitgleich stattfindenden Delirium der Patient*innen zugeordnet werden²⁴⁶, in den Studien von Stenwall et al. (2008) und Toye et al. (2012) jedoch wurde nicht eindeutig differenziert, welche Betroffenen noch im Delirium waren und welche Angehörigen erst nach der Entlassung bei entsprechender Zustandsverbesserung befragt wurden.²⁴⁷ Acht Frauen nahmen an der Studie von Day und Higgins (2015) teil, nachdem die Personen mit Delirium verstorben waren.

Poststationär schwankten die Zeitpunkte der Entlassung zwischen einem Tag²⁴⁸ und bis zu neun Jahren, wobei in diesem Fall von den Autor*innen über detaillierte Erlebnisschilderungen berichtet wurde²⁴⁹. Aus den Angaben der Autor*innen geht hervor, dass mindestens 50 der Angehörigen des Gesamtsamples von dem Delirium berichteten, das sie noch im Moment miterlebt oder innerhalb eines Jahres erlebt hatten.²⁵⁰

4.2.4 Methoden

Die verschiedenen Studiendesigns prägten die verwendeten Methoden der Primärforscher*innen. Dabei lag in vier Studien der Schwerpunkt auf der Frage, welche Gesichtspunkte bedeutsam für das Erleben oder die Erfahrung der Individuen waren.²⁵¹ Die qualitativen Studien von Day und Higgins (2015),

²⁴² Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

²⁴³ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1702.

²⁴⁴ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 231.

²⁴⁵ Vgl. Mika, T.; Stegmann, M. (2014), S. 1078.

²⁴⁶ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 233; Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1703.

²⁴⁷ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245; Toye, C. et al. (2012), S. 204.

²⁴⁸ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 204.

²⁴⁹ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1703.

²⁵⁰ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 233; Bohart, S; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 86.

²⁵¹ Vgl. Morse, J.; Johnson, J. (1991a), S. 6.

Stenwall et al. (2008), Bohart und Kolleginnen (2019) sowie Meilak et al. (2020) verfolgten einen phänomenologischen Ansatz. Aus der Methodik lässt sich herauslesen, dass durch unterschiedliche Ansätze, beispielsweise der Analysestruktur nach Dahlberg et al. (2001)²⁵² oder der „systematic text condensation“ nach Malterude (2012)²⁵³, das Erleben der Angehörigen intensiv durchdrungen und thematisch interpretiert werden sollte. Die Forscherinnen Day und Higgins (2015) orientierten sich in ihrer Methodik an Van Manen (1990) und Munhall (2007), deren Ansatz sich in ihrem Vorgehen der Datenanalyse deutlich herauslesen ließ.²⁵⁴ Bei der Wahl ihres philosophischen Hintergrundes bezogen sich Smithburger et al. (2017) auf den Grounded Theory Ansatz und begründeten dies mit der Themenextraktion aus den gesammelten Daten anstelle von vorhandenen Theorien.²⁵⁵ Das gewählte Mixed-Methods Design von Toye et al. (2012), mit seiner hohen qualitativen Komponente, wurde auch von einer Fragebogenerhebung nach quantitativem Ansatz gestützt. Deren selbst entwickelter und getesteter Fragebogen ermittelte in einem ersten Themengebiet Belastungen und Bedarfen der Angehörigen und erfragte im zweiten Gebiet das Empfinden gegenüber Informationsvermittlung. Antwortmöglichkeiten wurden hier in Likert Skalen zwischen eins und fünf zur Verfügung gestellt. Eine dritte Fragenkategorie forderte die Angehörigen dazu auf als hilfreich empfundene Informationsvermittlung und weiteren Informationsbedarf anzugeben. Zwölf Angehörige, die einen Fragebogen abgaben, wurden anschließend interviewt.²⁵⁶

In Kooperation mit dem gewählten Studiensetting führten Day (2015) und Stenwall (2008), als jeweils erste Autorinnen, die Samplerekrutierung in ihren Studien durch.²⁵⁷ In der Studie von Bohart, Møller und Herling (2019) fand die Vorauswahl der Angehörigen durch das Personal der Intensivstation statt. Bei entsprechend beschriebenen Einschlusskriterien nahm eine der Forscherinnen den Kontakt zu den potenziellen Interviewpartner*innen auf.²⁵⁸ Alle Studienteilnehmer*innen konnten in ihrer jeweiligen Muttersprache kommunizieren, sodass keine Übersetzungshilfe in Anspruch genommen wurde. Alleamt waren in der Lage und gaben ihre Einwilligung in die Aufzeichnung und Teilnahme der Interviews.

Die Autor*innen der sechs Studien benennen oder beschreiben das Prinzip des „purposeful samplings“ zur Begründung der Samplegröße. Thematische Sättigung wurde jeweils im Forschungsteam besprochen. Die Wissenschaftler*innen Toye et al. (2012) beschrieben, dass bei den Teilnehmerinnen thematische Sättigung erreicht werden konnte, weisen jedoch auf die unzureichende männliche Vertretung

²⁵² Zit. nach Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

²⁵³ Zit. nach Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 86.

²⁵⁴ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1702.

²⁵⁵ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 4.

²⁵⁶ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 201ff.

²⁵⁷ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245; Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1703.

²⁵⁸ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 85.

hin.²⁵⁹ Im Studiensample von Meilak et al. (2020) wurden neben den Angehörigen auch die Patient*innen mit Delirium selbst einbezogen. Für die Gespräche mit den Angehörigen und den Patient*innen wurden zwei unterschiedliche Interviewleitfäden erstellt.²⁶⁰ Die Findings wurden von Meilak et al. (2020) hauptsächlich von Aussagen aus den Perspektiven beider Samplegruppen gestützt. Im Folgenden werden zur Beantwortung der Forschungsfrage nur die Findings inkludiert, die eindeutig dem geschilderten Erleben der Angehörigen zugeordnet werden können. Patient*innenspezifische Findings wie „Negative impact of experiencing delirium“²⁶¹ und „Difficulty resulting from open communication“²⁶² wurden aus diesem Grund aus dieser Meta-Aggregation ausgeschlossen.

Die meisten Gespräche, deren Ergebnisse in diese Übersicht einfließen, erfolgten einmalig und dauerten zwischen zehn²⁶³ und 90 Minuten²⁶⁴. Mit den 14 weiblichen Familienmitgliedern, die Delirium bei ihren Liebsten erlebten, wurde 23 Gespräche geführt. Entsprechend wurde ein bis dreimal gemeinsam gesprochen und so eine Perspektive aus verschiedenen Settings und dem Wechsel von Gesundheitseinrichtungen heraus geliefert.²⁶⁵ Alle Gespräche wurden vor Ort wörtlich aufgezeichnet, Feldnotizen mit Anmerkungen der Forscher*innen ergänzend einbezogen und die Audioaufzeichnungen transkribiert. Die Transkripte dienten der Analyse- und Interpretationsgrundlage in allen sechs Studien. Alle Wissenschaftler*innen führten die Analysen im Gruppenaustausch oder in unabhängig agierenden Review Tandems durch. In den Analysemethoden wurde übereinstimmend zyklisch, iterativ vorgegangen und Themen zwischen Unterthemen und Überkategorien eingeordnet. Die Bezeichnungen der Interpretationsdefinitionen variierte dabei von beispielsweise Essenzen²⁶⁶, deskriptiven Codes²⁶⁷, Subthemen²⁶⁸ oder globalen Themen²⁶⁹. Unterschiedliches Vorgehen der Themenfindung wurde gut beschrieben und Prozesse konnten im Ermessen der Autorin dieser Arbeit nachempfunden werden.

In allen Studien wurden Findings identifiziert, die mit Originalzitataten belegt wurden. Bei der Studie von Day und Higgins (2015) wurden zur Verständnisvertiefung und Plausibilität außerdem noch künstlerische und literarische Quellen zum Thema Delirium in den Analyseprozess einbezogen.²⁷⁰

²⁵⁹ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 204.

²⁶⁰ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 237.

²⁶¹ Meilak, C. et al. (2020), S. 238.

²⁶² Ebd., S. 246.

²⁶³ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 4.

²⁶⁴ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.

²⁶⁵ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1703f.

²⁶⁶ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 246.

²⁶⁷ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 232.

²⁶⁸ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 86.

²⁶⁹ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 4.

²⁷⁰ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1704.

Durchweg wurden ethische Voraussetzungen erfüllt. Die Autor*innen der inkludierten Studien gaben ethische Standardprinzipien, nach denen sie vorgehen, wie Deklaration von Helsinki²⁷¹, an und holten klinische Bewilligungen der entsprechenden Institutionen²⁷² oder dem ethischen Klinikkomitee ein²⁷³.

4.2.5 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Die primären Findings der eingeschlossenen Studien fassen die interpretierten Ergebnisse der Autor*innen zusammen. Sie sind nummeriert und den einzelnen Studien zugeordnet in Anlage 6 aufgelistet. Die Forscher*innen der Primärstudien verwendeten unterschiedliche Bezeichnung für ihre Ergebnisse, gemeint sind jedoch die direkten Interpretationen auf der Basis einzelner wörtlicher Aussagen der Studienteilnehmer*innen und die zusammengefassten Themenbezeichnungen, die von den Primärreviewer*innen abgeleitet wurden. Die Themen wurden nur als notwendig befundener Situationskontext zu den jeweiligen aufgenommen und sind in Anlage 6 entsprechend kursiv geschrieben. Die wörtlichen Belege sind in Anlage 8 den Nummern der Findings nach sortiert. Dort wird jeweils mindestens ein entsprechendes Zitat aus den Originalstudien zitiert, um den Hintergrund des Findings zu stützen.

Im Umgang mit Angehörigen von Patient*innen mit Delirium forderten Day und Higgins (2015) den Perspektivwechsel, dass die unerwartete Abwesenheit der nahestehenden Person in Folge eines Delirs in der Interaktion von Fachpersonal berücksichtigt werden müsse. Unabhängig von der objektiven Situation solle ein Informationsangebot in offener und respektvoller Kommunikation das subjektive Individualerleben in Betracht ziehen. Überdies wurde von den Autor*innen einer intensivierten Einbindung der Angehörigen in der Versorgung der Patient*innen mit Delirium aufgefordert.²⁷⁴ Die Ergebnisse deuteten auf ein insgesamt belastendes Miterleben von Delirium bei einer älteren, geliebten Person hin, in dessen Vordergrund ein Einschnitt durch die Plötzlichkeit des Symptomeintritts beschrieben wird.²⁷⁵ Zu nennen ist überdies, dass Angehörige von Personen mit und ohne Demenz übereinstimmen. Das Delirium wurde, obgleich der in Kapitel 2.1.1 beschriebenen Affinitäten, von den Angehörigen unterschieden und autark wahrgenommen.²⁷⁶ Die beiden Autorinnen bestätigten in ihrer Diskussion die Findings der ihnen bekannten Studie von Stenwall et al. (2008).²⁷⁷ Die Wissenschaftler*innen Toye et al. (2012) konkludierten eine besondere emotionale Belastung, die unter anderem von

²⁷¹ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245; Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 86.

²⁷² Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 201; Meilak, C. et al. (2020), S. 231; Day, J.; Higgins, I. (2015), S. S. 1703.

²⁷³ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 2.

²⁷⁴ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1713f

²⁷⁵ Vgl. ebd., S. 1705.

²⁷⁶ Vgl. ebd., S. 1703.

²⁷⁷ Vgl. ebd., S. 1711.

einer Machtlosigkeit gegenüber der plötzlichen Situationsveränderung herrührt. Das Erleben der Angehörigen von Patient*innen auf ihrer delirspezifischen Station hätte mit mehr der erforderlichen Informationsvermittlung und Einbindung abgemildert werden können. Die Wissenschaftler*innen beschrieben, dass die Angehörigen häufig nicht zu den Verlegungen oder Entlassungen informiert wurden, sodass Zukunftsunsicherheiten geschürt wurden. Die Wissenschaftler*innen Toye et al. (2012) nehmen ebenfalls Bezug auf die Studie von Stenwall et al. (2008) und bestätigen deren Findings.²⁷⁸ In der bekannten Studie von Stenwall et al. (2008) lag der Fokus des Erlebensphänomens der Angehörigen auf der erfahrenen Fremdheit einer nahestehenden Person, der Unkenntnis gegenüber Delirium sowie resultierender Hilflosigkeit. Die Folgen hieraus waren körperliche und emotionale Belastungen. Das Potential eines Perspektivwechsels mit Blick auf die Bedürfnisse der Angehörigen beschrieben Stenwall et al. (2008) darin, dass individuelle Belastungen reduziert werden könnten, indem vermehrt Verständnis für die Fragilität der Situation geschaffen wird.²⁷⁹ Die Ergebnisse von Meilak et al. (2020) resultierten neben den Erlebnisbeschreibungen der Angehörigen, auch aus beschriebenen Erlebnissen von Patient*innen, die ein Delirium erlebt hatten. Alle Findings waren den zwei Samplegruppen entsprechend zugeordnet und inhaltliche Zusammenhänge und Themenbildungen konnte so rekonstruiert werden. Resultierend erstellten Meilak et al. (2020), auf der Grundlage der analysierten Interviews, eine Grafik, die Bedarfe von Patient*innen und Angehörigen entsprechend einem adäquaten Zeitpunkt für Informationsvermittlung zuordnete. Neben der Notwendigkeit einer breiten Aufklärung zu postoperativem Delirium auf einer gesellschaftlichen Ebene, sahen Meilak et al. (2020) den stationären Bedarf an einer individueller Risikoaufklärung und Behandlung von Deliriumexpert*innen.²⁸⁰

Von den Wissenschaftler*innen Bohart, Møller und Herling (2019) wurde ein geringer Wissensstand zu Delirium unter Angehörigen der Patient*innen auf der Intensivstation festgestellt. Die Einbindung von Angehörigen bei Präventions- und Behandlungsmaßnahmen solle auf der Intensivstation, dem Rekrutierungsort der Studie, standardisiert werden.²⁸¹ Ähnliche Ergebnisse im Intensivkontext begründeten Smithburger et al. (2017) damit, dass die Angehörigen ein starkes Bedürfnis zur Hilfeleistung hätten und argumentierten, dass dies von dem klinischen Fachpersonal angemessen aufgegriffen und in der Interaktion und Versorgung adressiert werden müsse.²⁸² Bei den beiden Studien mit intensivmedizinischem Setting wurde auf den Bedarf an weiterer Forschung zu den Einbindungsmöglichkeiten der Angehörigen im Kontext mit Delirium auf Intensivstationen hingewiesen.

²⁷⁸ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 206f.

²⁷⁹ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 249f.

²⁸⁰ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 234f.

²⁸¹ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S (2019), S. 90.

²⁸² Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 9.

4.3 Bewertung der Studien

Die Bewertung der zu inkludierenden Studien fand vor der inhaltlichen Datenerfassung statt, um sich zunächst der methodischen Qualität bewusst zu sein und bei der Aggregation der Daten die identifizierten methodischen Einschränkungen berücksichtigen zu können. Die eingeschlossenen Studien für die Aggregation wurden in mehrfachen Evaluationsrunden gelesen und nach den Kategorien der critical appraisal Checkliste des JBI gewichtet, die beispielhaft als Anlage 3 einzusehen ist. Die Antwortmöglichkeiten waren eindeutiges zustimmen (+), verneinen (-) oder fehlende Anwendbarkeit (o) des Kriteriums. Bei uneindeutigen Schlussfolgerungen gab es ebenfalls eine Auswahlmöglichkeit. Die Bewertung erfolgte nach eigenem Ermessen der Autorin, indem die Belege für die Kriterien gezielt in den Studien gesucht wurden. Der dokumentierte Entscheidungsprozess wurde bei Änderungen stets ergänzt, sodass die Begründungen der Abwägungen nachvollziehbar rekonstruiert werden konnte. Die Ergebnisse der kritischen Würdigung sind in Anlage 7 zusammengefügt. Der ConQual Score, der bereits näher in Kapitel 3.3 beschrieben ist, wurde aus den Kriterien der Dependability und der Credibility, die der Plausibilität der Findings entspricht, abgeleitet. Die Findings wurden, entsprechend den Anforderungen zur Credibility des ConQual Tools, von der Autorin in allen sechs Studien für ‚unequivocal‘ befunden, da zu jedem Finding wörtliche Zitate als Beleg der Interpretation dienen. Anlage 8 bildet die einzelnen wörtlichen Aussagen der Angehörigen ab, die die Grundlage zur Analyse der jeweiligen Findings der Primärautor*in darstellen.

Die zusammengefassten Schwerpunkte der Bewertungskriterien wurden in Kapitel 3.3 bereits benannt. Allen Studien wird im ersten Kriterium eine Kongruenz zwischen der jeweils genannten philosophischen Perspektive und der Auswahl der Forschungsmethode zugesprochen. Das zweite Kriterium soll den Anforderungen des JBI nach, zur Bewertung der Eignung von Forschungsmethode und die festgelegte Forschungsfrage oder Ziel angewendet werden. Zwar werden in den Methoden der inkludierten Studien nicht, wie in den beispielhaften Erläuterungen des JBI beschrieben, mögliche Effektivitätsfragen mit unpassenden Forschungsmethoden bearbeitet²⁸³, aber die Problematik der unausgewogenen Samplingvielfalt wird von der Autorin in diesem Kriterium bemängelt. Obwohl die Auswahl der Interviewpartner*innen stets mit der thematischen Sättigung²⁸⁴ und der Methode des „purposeful samplings“²⁸⁵ begründet wurde, muss dabei ein möglicher Mangel an Kontrasten und Vielfalt in der Interpretation berücksichtigt werden. Das Sampling sollte in der qualitativen Forschung, wie von den Autor*innen der Studien auch beschrieben, nicht in einem Schritt abgeschlossen werden, sondern gegebenenfalls im Forschungsprozess vervollständigt werden.²⁸⁶ Die Studie von Day und Higgins (2015)

²⁸³ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 4.

²⁸⁴ Vgl. Smithburger, P. (2017), S. 4.; Toye, C. et al. (2012), S. 206.

²⁸⁵ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 231.

²⁸⁶ Vgl. Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2014), S. 126f.

erfasste ausschließlich die Aussagen von weiblichen Angehörigen²⁸⁷, ohne dabei willentlich eine Eingrenzung vollzogen zu haben. Damit ließ sich ihre Forschungsfrage, nach dem Erleben des Delirs bei ihren nahestehende Familienmitgliedern, jedoch nicht objektiv beantworten. Des Weiteren zeigen Toye et al. (2012) in ihrer Methodenreflexion selbst auf, dass nur ein männlich interviewtes Familienmitglied mögliche geschlechtsbedingte Bedarfe nicht aussagekräftig vertreten könne.²⁸⁸ Aus der Studie von Smithburger et al. (2017) gehen die klaren Ein- und Ausschlusskriterien der Samplerekrutierung nicht eindeutig hervor, was hier in die Verneinung des zweiten Kriteriums, neben des unausgeglichene Samples, einfließt.²⁸⁹ Das dritte Kriterium zur Kongruenz von Forschungsmethode und Datenkollektion wird in allen Studien als adäquat befunden. Das gleiche gilt für die vierte Kategorie, die auf die Übereinstimmung von der jeweiligen Studienmethodik mit der Art der Datenanalyse und Datenrepräsentation eingeht. In allen Studien wurden ausreichend detaillierte Erklärungen der Analyse vorgefunden.

Unter Ausschluss des quantitativen Anteils der Studie von Toye et al. (2012) wurden die Kriterien nur anhand des qualitativen Anteils bewertet. Zwar bietet das JBI auch eine Checkliste für ein Mixed Methods Studiendesign, jedoch wurde sich zur Vergleichbarkeit und aufgrund der eindeutigen Trennung der Anteile in der methodischen Beschreibung der Studie, zur Anwendung der Bewertungscheckliste für qualitative Forschung entschieden. Es kam möglicherweise durch den zuvor absolvierten Fragebogen bereits zu Themenvorgaben, die im Interview aufgegriffen wurden.²⁹⁰ Dieser mögliche Einflussfaktor wirkt sich in der fünften Kategorie, die nach der Übereinstimmung von Forschungsmethode und der Dateninterpretation fragt, aus. Die deutlich schwächer ausgeprägte qualitative Komponente, verglichen mit den weiteren fünf inkludierten Studien, äußert sich darüber hinaus in der unzureichenden beschriebenen Reflexion der Autor*innen bezüglich ihres eigenen Einflusses auf ihre Forschungsarbeit, worauf sich das sechste und siebte Kriterium beziehen.²⁹¹ Die Autor*innen Toye et al. (2012) bewerten ihre Studienglaubwürdigkeit, erläutern die gewährten Methodiken und begründen die Qualität der Findings mit dem erfolgten Abgleich zwischen den Ergebnissen der Interviews und den Fragenbogenerhebungen.²⁹² Zwei Studien, jene von Meilak et al. (2020) und Smithburger et al. (2017), führen ebenfalls beide keine Aussage zu den kulturellen und theoretischen Tendenzen der Autor*innen auf. In ihrer Studie benennen Meilak et al. (2020) lediglich allgemeingültige Limitationen qualitativer Ansätze.²⁹³ Beide treffen außerdem keine reflektierte Aussage zu der Rolle der Forscher*innen gegenüber ihrem Einfluss in dem Forschungsprojekt. Dieses Bewertungskriterium wird vom JBI mit der Beispielfrage

²⁸⁷ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1702.

²⁸⁸ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 206.

²⁸⁹ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 4.

²⁹⁰ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 206.

²⁹¹ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 5f

²⁹² Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 203.

²⁹³ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 235.

nach der kritischen Selbstreflexion der Forscher*innen gegenüber ihrer eigenen Rolle und möglichem Einfluss im Forschungsprozess. Da alle Studien mit direkten Zitaten ihre Interpretationen belegen, wird das achte Kriterium zu der Repräsentation der Studienteilnehmer*innen in den Studien für gegeben befunden.²⁹⁴

Den ConQual Score wird für die Studien von Stenwall et al (2008), Day und Higgins (2015) sowie Bohart, Møller und Herling (2019) in Anlehnung an das Bewertungsranking nach Munn et al (2014) für hoch gefunden befunden, da keine oder nur ein Kriterium der Dependability für unzureichend gewertet wurden.²⁹⁵ Die Studie von Meilak et al (2020) wird wegen zwei Abzügen in der Dependability, wegen mangelnder Reflexion der Perspektive und des Einflusses von den Autor*innen auf die Studienergebnisse, mit einem moderaten ConQual Score eingestuft. Schließlich sind die Studien von Smithburger et al. (2017) und Toye et al. (2012) mit einem niedrigen ConQual Score bewertet, da drei relevante Kriterien nicht für erfüllt befunden werden. Keine Studie hat einen sehr niedrigen Score.

Die Beurteilung der empfohlenen Kriterien des JBI wurde durchgeführt, um zur Transparenz und Qualität in der qualitativen Forschung eine Haltung einzunehmen, jedoch in dem Verständnis, dass stets eine Subjektivität aufgrund von geringer Forschungserfahrung und Perspektivenvielfalt besteht. Schließlich wurden alle Studien zur weiteren Aggregation eingeschlossen.

4.4 Ergebnisse der Synthese

Aus sechs eingeschlossenen Studien wurden 54 Findings extrahiert und zwölf Kategorien zugeordnet, die wiederum zu vier übergeordneten Kategorien synthetisiert wurden. Die Tabellen 4-7 bietet im Folgenden eine Übersicht der vier synthetisierten Findings, die nun ausgeführt werden. Die Kategorien, gestützt von den primären Findings werden beschrieben, um die synthetisierten Findings facettenreich abzubilden. Die synthetisierten Findings stehen in keiner nummerierten Hierarchie zueinander, die Zahlen dienen lediglich der Zuordnung.

1. Relatives' experience with delirium – *Understanding a complex and multifactorial Phenomenon*

Die Angehörigen, die Delirium bei ihnen nahestehenden Personen miterleben, beschreiben unterschiedliche Ausprägungen ihrer Empfindungen. Das facettenreiche Erleben wird von 21 aggregierten Findings, die zu vier beschreibenden Kategorien zusammengefasst wurden, beschrieben. Die Aggregation des ersten Findings ist in Tabelle 4 abgebildet. Die einzelnen wörtlichen Belege können aus Anlage

²⁹⁴ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 6.

²⁹⁵ Vgl. Munn, Z. et al. (2014), S. 5.

8 entnommen werden. Die Erkenntnisse können aufgegriffen werden, um für Außerstehende Einblicke in die empfundenen Belastungsnuancen der Angehörigen von Patient*innen mit Delirium zu gewinnen.

Numbered Findings extracted from studies	Categories	Synthesized Finding
2 Living with a stranger 7 Keeping secrets 8 Change in the other person 11 Trusting or mistrusting the other person 22 When the patient seems like a stranger	1.1 Unfamiliarity in family	1. Relatives' experience with delirium – <i>Understanding a complex and multifactorial Phenomenon</i>
12 Experiencing loss 13 Experiencing exposure 24 What about the future? 27 Distress of witnessing delirium 28 Neutral/ positive impact of delirium 29 Relative noticing cognitive decline since delirium 45 Worries and concerns 47 The discharge experience 48 Just be there 49 Assist as needed	1.2 Individual impact occurring from delirium experience	
5 Facing a loved one's existential absence 6 On thin ice 9 Rapid and unexpected changes 10 Experiencing insecurity in the encounter	1.3 Impermanence of the loved one's presence	
3 Waiting for the loved one 44 The admission experience	1.4 Insecurity and Uncertainty delirium	

Tab. 4 1. Synthetisiertes Finding: Relatives' experience with delirium ²⁹⁶

1.1 Unfamiliarity in family

Die Angehörigen erleben ihre bislang erfahrenen Familienstrukturen als instabil und vergänglich. Zuvor bestandenes Vertrauen zu den Patient*innen ist für den Zeitraum des Delirs aufgrund von starken Verhaltensschwankungen reduziert. Die Patient*innen mit Delirium werden zu Fremden, sind abwesend,

²⁹⁶ Eigene Darstellung, die Nummern entsprechen den Findings aus Anlage 6. Zugehörige Originalzitate sind in Anlage 8 beigefügt.

verwirrt und ihr Verhalten nicht mehr wiederzuerkennen. Die Angehörigen nehmen Veränderungen des Verhaltens als Folge eines Delirs stark wahr und beschreiben die Patient*innen folgendermaßen: „Dad was a complete stranger. It was not dad anymore, it was a complete stranger.“²⁹⁷; “It’s not the person that I knew before he came in [to Hospital]. That’s what worries me the most.”²⁹⁸ Das Miterleben eines Delirs scheint sie zu sorgen bis hin zu verängstigen oder zu verärgern.

1.2 Individual impact occurring from delirium experience

Das Miterleben eines Delirs wirkt sich auf das Befinden der Angehörigen aus. Ein*eine Angehörige*r drückt mit der Metaphern, dass ihm was Wasser bis zum Hals steigen würde²⁹⁹, das Gefühl von Ausweglosigkeit aus. Die Hilflosigkeit resultiert in dem Bedürfnis Unterstützung bieten zu wollen. Angehörige möchten den Patient*innen jeden Gefallen tun, damit es ihr oder ihm besser geht, sei das auch einfach nur durch Anwesenheit.³⁰⁰ Die Vergänglichkeit nahestehender Personen wird durch die unerwartete Veränderung der Person bewusst. Bisher unbekannt starke Emotionen, wie Wut, brechen in Delirepisoden aus den Patient*innen hervor und beunruhigen ihre Angehörigen. Dem schnellen Abbau ihrer Liebsten zuzusehen bereitet ihnen große Sorgen, auch im Hinblick auf die Entlassung. Die Angehörigen fragen sich, was die Zukunft noch mit sich bringen wird, wie beispielsweise diese Äußerung zum Ausdruck bringt: „I had quite large misgivings about her being discharged at that stage. ... She returned ... and that evening she’s had a fall, so I felt that my concerns, you know, were probably right.“³⁰¹ Die Auswirkung eines Delirs auf die kognitiven Fähigkeiten, sowohl in der Episode sowie auch als Folge, werden hervorgehoben und als belastend beschrieben. Hoffnung wird bei klinisch kritischen Patient*innen daraus gezogen, dass diese überhaupt Kraftreserven für herausforderndes Verhalten aufbringen können.³⁰²

1.3 Impermanence of the loved one’s presence

Die Unsicherheit, die zum einen mit fluktuierenden Delirepisoden, als auch mit dem Hinzukommen von Komplikationen, begründet wird, begleitet die Angehörige kontinuierlich. Das unberechenbare Verhalten ihrer Familienmitglieder, das innerhalb von Minuten oder über Stunden hinweg wechseln kann, kostet sie Geduld und lässt sie ratlos zurück: „...Interviewer: What worried you then? Relative: Well if her condition had worsened or not. Every time it was old, normal mom you were so happy, but it is a frightening feeling not really knowing...“³⁰³ Die Ungewissheit führt zum angespannten Abwarten

²⁹⁷ Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1706.

²⁹⁸ Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 89.

²⁹⁹ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 248.

³⁰⁰ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 4.

³⁰¹ Toye, C. et al. (2012), S. 206.

³⁰² Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 243.

³⁰³ Stenwall, E. et al. (2008), S. 247.

in einer passiven Haltung, die eine*ein Angehörige*r folgendermaßen beschreibt: „on pins and needles waiting.“³⁰⁴

1.4 Insecurity and Uncertainty

Die Machtlosigkeit der Angehörigen, aus einer abwartenden Position heraus, kommt mit der Metapher des langen Atems verstärkt zum Ausdruck. Hoffnungslosigkeit bringen besonders ausbleibende „helle Momente“ der Personen im Delir.³⁰⁵ Der reduzierte Allgemeinzustand als Folge eines Delirs lässt die Angehörigen die Entlassungsfähigkeit anzweifeln. Sie sorgen sich um Stütze der betreffenden Person. Eine Zustandsverschlechterung stellt die Angehörigen vor eine mögliche Herausforderung Anpassungen zu treffen. Sie machen sich Gedanken, wie sie die Entlassung geeignet vorbereiten können: „It’s [about] bringing him home ... what I need to do about him coming home, if we need to have something rearranged in the house.“³⁰⁶

2. Mutual interaction with health care professionals - need of individual and essential communication and consultation

Die Angehörigen überlassen dem Personal im klinischen Setting die Verantwortung für ihre Liebsten. Die Kommunikation und Aufklärung der Situation fällt überwiegend unbefriedigend aus, sodass die Angehörigen sich mit knappen Schilderungen selbst versuchen, sich die Situation zu erklären. Das zweite synthetisierte Finding begründet die Notwendigkeit der Interaktion zwischen dem stationären Personal und den Angehörigen mit zwölf Findings, die zu drei Kategorien aggregiert wurden und in Tabelle 5 abgebildet sind. Einige Angehörige beschreiben dabei auch explizit die Berufsgruppe der Pflegenden, als Ansprechpersonen mit den meisten Einblicken in die Situation der Patient*innen mit Delirium.

³⁰⁴ Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1709.

³⁰⁵ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1707.

³⁰⁶ Toye, C. et al. (2012), S. 205.

Numbered Findings extracted from studies	Categories	Synthesized Finding
30 View of emotional support 46 Feeling supported	2.1 Receiving support	2. Mutual interaction with health care professionals – <i>need of individual and essential communication and consultation</i>
4 In the dark 5 On the fringe but center stage 19 Need of information 20 Talking about it is a relief 23 Ways of coping 32 Negative effects of lack of communication 34 Desire for information on how to talk to people with Delirium 35 Formulation of communication strategies	2.2 Indispensability of communication with health care professionals	
17 Health care professionals don't seem to worry about it 18 Medication as the articulated treatment of delirium	2.3 Relatives' perception of delirium management	

Tab. 5 2. synthetisiertes Finding: Mutual interaction with health care professionals³⁰⁷

2.1 Receiving support

Für einige Befragten stand das Wohlbefinden ihrer Angehörigen vor dem Eigenen und die Behandlung sollte aus ihrer Sicht von dem Personal priorisiert werden. Eine Angehörige sieht die emotionale Unterstützung durch klinisches Personal folgendermaßen kritisch: „I think treating the patient should be their priority. I mean emotional support is like an endless pocket, you know, and people, some people just abuse it and at the end of the day, you have got to walk out of here and support yourself so, I don't know what emotional support.“³⁰⁸ Sie sieht sich selbst in der Verantwortung, um Ausgleich und emotionale Unterstützung einzuholen. Eine fürsorgliche und empathische Versorgung der Patient*innen mit Delirium wird auch von anderen Angehörigen positiv wahrgenommen.³⁰⁹

³⁰⁷ Eigene Darstellung, die Nummern entsprechen den Findings aus Anlage 6. Zugehörige Originalzitate sind in Anlage 8 beigefügt.

³⁰⁸ Meilak, C. et al. (2020), S. 243.

³⁰⁹ Vgl. Toye, C. et al. (2012), S. 205.

2.2 Indispensability of communication with health care professionals

Die aggregierten Findings dieser Kategorie zeigen die Unwissenheit der Angehörigen in Bezug auf das Delirium, die klinische Situation und den Umgang mit ihren Nahestehenden, auf. Die Unwissenheit wird als Dunkelheit beschrieben, in der die Angehörigen stehen gelassen werden.³¹⁰ Sie haben resultierend Fragen an die Forscher*innen, um die Situation der Patient*innen einschätzen zu können und erhoffen sich, dass aus der Studie Informationsmaterial für alle adressierten Themen entsteht.³¹¹ Angehörige beschreiben, dass sie nicht ausreichend ernst genommen und eingebunden würden, wie beispielweise der*die folgende Angehörige berichtet: „I sort of recognized what was happening, probably more than the staff [doctors and nurses] did actually, because I knew her a lot better.“³¹² Es wird beschrieben, wie das Personal inadäquat auf die orientierungslosen Patient*innen einspricht, ohne die*den Angehörige*n einzubinden, die aus ihrer*seiner Sicht behilflich hätte sein können. Selbst sind sich die Befragten unsicher, wie sie mit ihren Angehörigen im Zustand eines Delirs kommunizieren können und ob die Phase retrospektiv angesprochen werden sollte. Von Delirium als Ursache der Verhaltensveränderungen zu erfahren, beschreiben Angehörige als Erleichterung.

2.3 Relatives' perception of delirium management

Die Einschätzung des Personals gegenüber des Delirzustands der Patient*innen wird von den Angehörigen genau aufgenommen. Mit der folgenden Antwort beschreibt ein Familienmitglied seine Wahrnehmung der Situationseinschätzung des Personals: „Most of them [health care professionals] did not say anything. But when they did say something about it [delirium] they said, 'he is a bit say today', 'he is a little confused today', 'he is very tired today'. These were the words that were used.“³¹³ Die Angehörigen bleiben ratlos oder mit dem Anschein, das Delirium sei nicht ernst zu nehmen, zurück. Die Behandlung der Delirepisoden wurde von den Angehörigen überwiegend mit einem medikamentösen Therapieansatz in Verbindung gebracht.

3. Relatives' determinants – Individual factors influencing the delirium experience of relatives

Das Vorwissen der Angehörigen zu Delirium wirkt sich stark auf das Miterleben aus. Von ihrer äußeren Umgebung im Krankenhaus beeinflusst, können Angehörige sich entweder mit ihrem vorhandenen Grundlagenwissen zu Delirium leichter mit der Situation zurecht finden oder orientieren sich an vorgegebenen Meinungen um sie herum. Sieben Findings wurden zu zwei Kategorien aggregiert, die das dritte synthetisierte Finding zum Hintergrund von Einflüssen auf das Delirerleben der Angehörigen

³¹⁰ Vgl. Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1707.

³¹¹ Vgl. Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88.

³¹² Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1708

³¹³ Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88.

ausmachen. Tabelle 6 bildet sie Bedeutungszusammenhänge ab. Heraussticht der unerwartete Eintritt der Delirepisoden, von denen die meisten Angehörigen bis zu dem Zeitpunkt noch nichts gehört oder anderweitige Assoziationen hatten. Dieses synthetisierte Finding weist auf die zwei Ansatzpunkte möglicher Interventionen, um identifizierte Bedarfe der Angehörigen im klinischen Setting anzugehen.

Numbered Findings extracted from studies	Categories	Synthesized Finding
14 Pre-understanding of delirium 25 Negative effect of not knowing about delirium 26 Positive effect of knowing about delirium	3.1 Prior knowledge of delirium	3.Relatives' determinants –
15 Delirium as a natural consequence 16 Delirium is secondary to life and death 21 First encounter with delirium 41 Environmental considerations	3.2 Setting-specific perception of delirium	<i>Individual factors influencing the delirium experience of relatives</i>

Tab. 6 3. synthetisiertes Finding: Relatives' determinants³¹⁴

3.1 Prior knowledge of delirium

Das vorhandene oder auch fehlende Vorwissen zu Delirium nimmt Einfluss auf die Handhabung der Angehörigen in der entsprechenden Situation. Die folgende Äußerung drückt die Unwissenheit aus: „I have never heard of the word before I read this [information material from the project], I do know what delirium is, it's some abstinence that you'll get if you have drunk too much, right? But I am not sure. Nobody has never mentioned that word.“³¹⁵ Delirium wird mit Alkohol in Verbindung gebracht und die Unkenntnis des postoperativen Delirs lässt die Angehörigen sich selbst ungebildet fühlen. Sie machen sich Vorwürfe, dass sie davon noch nicht zuvor gehört hatten. Rückblickend sind sie der Meinung, dass ihnen Vorwissen zu postoperativem Delirium mehr Verständnis und einen leichteren Umgang mit der Situation ermöglicht hätte. Dies bestätigen Angehörige, die informiert waren oder Vorkenntnisse zu postoperativem Delirium mitbrachten.

3.2 Individual perception of delirium in ICU

Angehörige legen sich eigene Erklärungen für das Erlebnis Delirium aus. Es wird als natürliche Konsequenz weiterer Beobachtungen, die sie am Bett ihrer Nahestehenden auf einer Intensivstation machen, gesehen. Dass das Bewusstsein nachlässt, wenn die Organe versagen, ist für sie eine natürliche

³¹⁴ Eigene Darstellung, die Nummern entsprechen den Findings aus Anlage 6. Zugehörige Originalzitate sind in Anlage 8 beigefügt.

³¹⁵ Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 87.

Konsequenz. Im intensivmedizinischen Setting werden Delirepisoden für weniger dringlich gehalten als die Sicherung lebensnotwendiger Funktionen. Typische Symptome von Delirium, in Form von Ruhelosigkeit und dem Ziehen an den eigenen Kathetern, werden von den Angehörigen beschrieben.

4. Relatives’ suggestions for better involvement - Increasing support beneficially for all involved persons

Die Angehörigen, die Delirium bei Patient*innen miterlebt haben, bringen selbst lösungsorientiert mit Vorschläge, wie das Personal auf den Stationen sie unterstützend Kommunizieren einbinden kann. Insgesamt stützen 14 Findings drei Kategorien, die als viertes synthetisiertes Finding Vorschläge der Angehörigen zu einer förderlichen Interaktion aufzeigen. Die folgende Tabelle 7 ist eine Übersicht der Aggregation und lässt die Zusammengehörigkeit von lösungsorientierten Vorschlägen erkennen. Die Angehörigen ziehen Sinnhaftigkeit aus der Möglichkeit zu handeln, was sich positiv auf ihr Erleben auswirken kann.

Numbered Findings extracted from studies	Categories	Synthesized Finding
53 Strategy for education 54 Timing of education provision	4.1 Delirium addressed education for relatives	4. Relatives’ suggestions for better involvement - <i>Increasing support beneficially for all involved persons</i>
31 Examples of good communication strategies from staff 33 Who should be responsible for communication 36 Timing of communication- Before the operation 37 Timing of communication- During the delirious episode 38 Timing of communication- Follow-up 39 Format of information- Face to face 40 Format of information- Leaflets/ written information 51 Bedside nurse practice consistency 52 Invitation to participate in care	4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff	
42 Improved provision of information 43 Raising public awareness 50 Bring in home items	4.3 Suggested areas of improvement from relatives' perspective	

Tab. 7 4. Synthetisiertes Finding: Relatives’ suggestions for better involvement³¹⁶

³¹⁶ Eigene Darstellung, die Nummern entsprechen den Findings aus Anlage 6. Zugehörige Originalzitate sind in Anlage 8 beigefügt.

4.1 Delirium addressed education for relatives

Wie die Wissensvermittlung von Delirium im klinischen Setting erfolgen soll, stößt auf unterschiedliche Aussagen von betreffenden Angehörigen. Sie stimmen jedoch mit Äußerung zu einem unzureichend gedeckten Informationsbedarf überein und wünschen sich zeitnah individuelle Erklärungen zum Zustand ihrer Liebsten vom Personal auf den Stationen. Die prophylaktische Aufklärung in entsprechenden Risikosituationen, wie die Einlieferung auf eine Intensivstation oder vor einer Operation, befürworten die Angehörigen. Die Angehörigen wünschen sich persönlichen Kontakt zu Personal, auch wenn oder gerade weil sie deren knappe Zeitressourcen anerkennen: „I think one on one. Talking to, you know, if they come to me and talk to me and explain what’s going on and what they need done, I have no problem with it at all, you know. And if it’s maybe . . . like a list as a reminder, things that I can do, you know, to help the patient or—and even help the nurse . . . I know they’re strapped on their time, you know.“³¹⁷

4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff

Offene und aktive Kommunikation durch das klinische Personal wurde von Angehörigen, die das eigene Zugehen auf das Personal oftmals als schwierig beschrieben haben, sehr begrüßt. Angehörige beschreiben, dass sie sich in unbekannter Umgebung mit unbekanntem Abläufen befinden und deshalb Aufklärung und klare Anweisung zu Regeln oder auch zur Einbindung in die Pflege der Patient*innen durch das Personal brauchen. Aus ihrer Perspektive erfassen das Pflegefachpersonal oder das sogenannte POPS-Team die ganzheitliche Situation des*der Patient*in mit Delirium am besten. Sie werden als Ansprechpersonen für hilfreiche Auskünfte genannt: „I get the feeling the surgeons do their surgeon bit on whatever's easiest physically, and whatever, they don't take the whole picture of the person. I know when we got the POPS Team involved it was a lot better but at that stage by the time that when I had that conversation, I didn't know about the POPS Team and I did not know about anything, I felt I was kind of fighting a battle myself.“³¹⁸ Ein ruhiger, empathischer Umgang mit den Patient*innen im Delirium wird von den Angehörigen als Beispiel guter Kommunikation genannt und zeigt abermals auf, dass raue Umgangsformen von Personal gegenüber den Patient*innen intensiv miterlebt werden. Eine Aufklärung zu Delirium vor Operationen bei Risikopatient*innen wird retrospektiv als wichtig erachtet und die Vorbereitung der Angehörigen durch das Personal, bevor sie das erste Mal auf ihre verhaltensauffälligen Familienmitglieder treffen, wird befürwortet. Die folgende Aussage unterstreicht dies: „I personally feel very strongly that because this obviously happens and has been happening for many years, mm I think that when patients of his sort of age group that as you say probably affects more so than younger people, I think that it would be very, very useful if somebody could warn you of this, that

³¹⁷ Smithburger, P. et al. (2017), S. 7.

³¹⁸ Meilak, C. et al. (2020), S. 245.

is the most important thing I feel because it would have saved so much less heartache.”³¹⁹ Angehörige würden eine professionelle Nachsorge eines Delirs und feste Ansprechpartner*innen bei konkreten Besorgnissen begrüßen. Entsprechend individueller Präferenz werden schriftliche Informationen als hilfreich empfunden. Diese können die Notwendigkeit eines persönlichen Gesprächs zwischen Personal und Angehörigen jedoch nicht ersetzen.

4.3 Suggested areas of improvement from relatives' perspective

Die Angehörigen plädieren für eine weitreichende Aufklärung von Delirium, das im Krankenhaussetting, besonders postoperativ, auftritt. Alle Angehörigen und auch Patient*innen, die es betreffen kann, sollen über das Risiko informiert sein, um Belastungen vorzubeugen. Anderen betroffenen Angehörigen empfehlen sie vertraute Gegenstände mitzubringen und nennen beispielhaft Schreibutensilien, um die Kommunikation zu erleichtern oder für Beschäftigung zu sorgen. Orientierungsfördernde Gegenstände, wie Uhren oder Kalender, Bilder oder Zeitungen werden ebenfalls aufgezählt.³²⁰

5 Diskussion

Die synthetisierten Findings der eingeschlossenen Studien bilden ein komplexes Abbild des Erlebensphänomens Angehöriger, die mit Delirium einer nahestehenden Person konfrontiert wurden, ab. Faktoren der emotionalen Belastungen bei Angehörigen werden von einem Delirium begünstigt und die persönliche Handhabung entscheidet über das individuelle Belastungserleben. Die Konfrontation mit der Wesensveränderung einer sonst bekannten Person, die Unsicherheit die Symptome zuzuordnen und die Angst vor dem Verlust eines geliebten Menschen lassen Angehörige mit einem Gefühl von Sorgen und Distress in einer abwartenden Haltung zurück. Neben den individuellen Faktoren, die das Erleben beeinflussen, sind die Themen der Unkenntnis, Plötzlichkeit und der Hilflosigkeit gegenüber dem Symptomkomplex Delirium von äußeren Faktoren abhängig.

Vor dem theoretischen Hintergrund wurden Lücken auf verschiedenen Ebenen der Integration und Unterstützung der Angehörigen von Patient*innen mit Delirium im klinischen Setting erwartet. Der Bedarf nach ausreichender und individueller Informationsgabe des Fachpersonals wird durch die aufgezeigten Ergebnisse deutlich, da häufig das Risiko eines Delirs für die Angehörigen unbekannt war. Angehörige, die in der vulnerablen Situation ein Delirium mitzerleben sind, nehmen Äußerungen und Taten des Personals im Krankenhaus sensibel auf. Sie sind verunsichert, wie der Kontext in der ihnen

³¹⁹ Ebd., S. 247.

³²⁰ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 5f.

befremdlichen Umgebung zu verstehen ist. Die Angehörige scheinen besonders bei äußeren Situationsveränderungen, wie der Entlassung oder Stationswechsel, einen erhöhten Informationsbedarf zu haben und empfinden ihre Aufklärung über die Ursachen der medizinischen Entscheidung und den Bedarf, den ihre Liebsten poststationär haben, als unzureichend bis hin zu überwältigend. Wie bereits im Hintergrund zu den Belastungserhebungen von pflegenden Angehörigen im ambulanten Setting aufgezeigt wurde, sind diese nach der Entlassung von Patient*innen aus dem stationären Setting häufig auf sich gestellt. Es wurden aus diesem Kontext heraus bereits Forderungen nach individueller Information und Vorbereitung, die bereits im Krankenhaussetting von Beginn an gegeben werden muss, laut.³²¹ Die identifizierten Zukunftssorgen der Angehörigen von Patient*innen mit Delirium sollte als Ansatzpunkt zur Abwendung von möglichen folgenden und entsprechend manifestierenden Belastungen von klinischem Fachpersonal frühzeitig aufgefasst werden. Damit würden idealerweise längerfristige Folgen auf persönlicher Belastungsebene der Angehörigen, aber auch wirtschaftliche Folgen für Pflege- und Krankenversicherungen, gemildert oder vorgebeugt werden.

Angehörige suchen nach eigenen Erklärungen für das unbekanntes Verhalten, das sie bei ihren Nahestehenden miterleben. Das zeigt zum einen die Unwissenheit und zum anderen das Bedürfnis des Verstehens und dem Wunsch nach Involviertheit. Die Frage nach dem richtigen Verhalten gegenüber der kurzfristig verhaltensveränderten Person wird in der Leitlinie des NICE damit beantwortet, dass die Interaktion mit der Person im Delir orientierungsfördernde und verständnisvolle Kommunikation bedarf und Angehörige diese Information vermittelt bekommen müssen.³²² Angehörige, die als Bezugsperson den regelmäßigen Kontakt zu den Betroffenen haben, zeigen das deckungsgleiche Bedürfnis der Kommunikationsanweisung.

Der Zeitpunkt der adäquaten Aufklärung zu einem Delirium ist diskutabel und die Vorschläge von Angehörigen hierzu vielfältig. Dabei kommt es auf die Einschätzung von Fachpersonen an, die die jeweiligen Risikofaktoren erkennen müssen. Postoperatives Delirium vor elektiven Eingriffen anzusprechen, sodass die Möglichkeit in Betracht gezogen werden kann, zeigt sich dem vierten synthetisierten Ergebnis zufolge vorteilhaft. Sowohl Angehörige, die vorab informiert waren, also auch die, die es nicht waren, äußern, dass sie dadurch die Auswirkungen besser einordnen konnten oder es hätten können. Der Zeitmangel des Personals wird von Angehörigen auf Intensivstationen, als auch Normalstationen, wahrgenommen und ist ein Hemmnis für die Eigeninitiative zur Kommunikation seitens der Angehörigen. Die beschriebenen synthetisierten Ergebnisse zu den Belastungen und Bedarfen der Angehörigen beziehen sich übergeordnet auf Delirium und sind damit auch für das postoperative Delirium zutreffend. Intensivstationen und minimalinvasive und chirurgische Eingriffe sind jedoch Situationen, die mit

³²¹ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 141.

³²² Vgl. NICE (Hrsg.) (2019), <https://www.nice.org.uk> (Stand: 01.04.2022), S. 15.

vielen präzipitierende Faktoren, die in Kapitel 2.1.1 genauer beschrieben wurden, eines Delirs begünstigen³²³ und stehen deshalb in starker Verbindung zu den synthetisierten Findings.

Den kritischen Schilderungen gegenüberstehend, drückt sich eine engagierte und dankbare Haltung der Angehörigen gegenüber dem medizinischen und pflegerischen Fachpersonal aus, wenn die Versorgung der Patient*innen für gut befunden sowie die Kommunikation und Aufklärung zu Delirium vor und während der Erlebenssituation offen gehalten wurde. Regeln und Anweisungen, die direkt im Krankenhaus besprochen werden, können befolgt werden und fördern das positive Gefühl der Angehörigen Unterstützung leisten zu können.³²⁴ Das Angebot der interviewenden Forscher*innen, die die Studien durchführten und Wissen zu Delirium mitbrachten, wurde von den Angehörigen auch genutzt, um Fragen zu stellen und Informationen zu Delirium einzuholen. Wie bei Day und Higgins (2015) oder Stenwall et al. (2008) beschrieben, wurden angebotene Folgetermine und weitere, von den Forscherinnen vermittelte, Unterstützungsangebote im Anschluss an die Interviews von Angehörigen angenommen.³²⁵ Diese methodische Beobachtung lässt die Möglichkeit zu, dass externe Fachexpert*innen geeignet sein könnten, um ergänzende Beratungs- und Austauschmöglichkeiten anzubieten. Informationsbroschüren oder Videofilme sind den Angehörigen willkommen, decken den vorliegenden Ergebnissen des vierten synthetisierten Findings zufolge jedoch nicht den individuellen Informations- und Beratungsbedarf.³²⁶

Die limitierte Zeit ermöglicht es dem Pflegefachkräften oder dem medizinischen Personal mutmaßlich kaum regelmäßige und ausführliche Betreuung von Angehörigen zu gewährleisten. Das Pflegefachpersonal bekommt aus dieser Übersicht heraus erneut viel Bedeutung und Verantwortung zugesprochen. Die Wirkung ihrer Einschätzung zum Zustand der Patient*innen wird von Angehörigen registriert und verinnerlicht. Dabei kann das Verhalten in gegensätzliche Richtungen gehen: Die Leichtigkeit und das Gefühl, dass die Patient*innen bedarfsgerecht versorgt werden, wird von Angehörigen mit guter medizinischer und pflegerischer Behandlung gleichgesetzt. Fehlende Ernsthaftigkeit des Personals gegenüber dem Delirium oder anderweitig kritisch empfundene Gesundheitsaspekte der Patient*innen, bestimmten das Delirerleben der Angehörigen maßgeblich mit. Einige Angehörige bestätigen mit ihren Schilderungen die, in Kapitel 2.2.1 geschilderte, Perspektive, dass Personal sie nicht ernst nehme und kurzangebundene Gespräche sie als Störfaktoren fühlend zurücklassen.

³²³ Vgl. Verloo, H. et al. (2017), S. 48f.

³²⁴ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 241.

³²⁵ Vgl. Stenwall, E. et al. (2008), S. 245.; Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1704.

³²⁶ Vgl. Smithburger, P. et al. (2017), S. 7.

Wenn auch das Belastungserleben von Angehörigen, die Delirium im klinischen Setting miterleben, andere Schwerpunkte hat, kann die Konklusion aus der Literatur von Belastungen und Bedarfen pflegender Angehöriger, beispielsweise von Menschen mit Demenz, in Teilen übernommen werden. Die Kategorie der psychischen Belastung und mögliche Entlastungsmöglichkeiten zeigen Ähnlichkeiten auf, da das Belastungserleben als plötzlich eintretende Dysbalance von Bedürfnissen und Bewältigung besteht. Von den Einflussfaktoren auf das Belastungserleben nach Duijnste (1992), trifft die professionelle Unterstützung jene beeinflussende Komponente, die reglementiert werden kann und muss.³²⁷ Finanzielle Sorgen oder soziale Einschränkungen, die vor dem Hintergrund des Belastungserlebens von pflegenden Angehörigen als Komponenten beschrieben wurden, finden sich in den Ergebnissen dieser Synthese zum Belastungserleben von Angehörigen im Kontext mit Delirium nicht wider.

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen mit dem Bedarf von pflegenden Angehörigen nach sensibilisiertem Pflegefachpersonal, das Hilfestellungen adäquat adressiert und das berücksichtigt, dass von den Angehörigen häufig unzureichend Hilfe eingefordert wird, überein.³²⁸ Psychische Belastungsfaktoren, wie die Verlustangst oder das Gefühl von Machtlosigkeit, werden ähnlich berichtet. Jedoch sticht die Unwissenheit und Plötzlichkeit eines Delirs hervor, die diesen unmittelbaren Wissensbedarf mit sich bringen. Körperliche Belastungen, wie in Kapitel 2.3.1 für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz beschrieben, konnten jedoch aufgrund von der vergleichsweise kurzen Dauer der Pflege und Unterstützung durch die Angehörigen, bei Delirium nicht im gleichen Umfang befunden werden. Abgesehen von den persönlichen Belastungen, die hier dargelegt wurden, sind es die Angehörigen mit ihren persönlichen Ressourcen, die in eine potenzielle Weiterversorgung der Patient*innen eingebunden sind. Deshalb ist der frühzeitige Ansatz einer Belastungserfassung, der Sensibilisierung und der individuellen und zielgerichteten Unterstützung notwendig, um eine holistische und effektive Gesundheitsversorgung zu fördern. Angehörigen sollten als Akteure in der Patient*innenversorgung entsprechen einbezogen und adressiert werden.

5.1 Methodische Reflexion und Limitationen

Das Gesamt-sample ist entscheidend für die synthetisierten Ergebnisse. Zunächst muss angemerkt werden, dass die Studienteilnehmer*innen, die sich für die Teilnahme bereit erklärten, möglicherweise weniger Belastung erfahren hatten. Wie bereits in Kapitel 4.2.1 zu den Studiensamples beschrieben, gab es auch Angehörige, die aus unterschiedlichen Gründen keine Ressourcen zur Teilnahme besaßen und

³²⁷ Vgl. Duijnste, M. (1992), S. 223.

³²⁸ Vgl. Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015), S. 141.

so möglicherweise fehlende Perspektiven repräsentierten. Wie charakteristisch in qualitativen Studien, ist die auch die Gesamtsamplegröße vergleichsweise klein.³²⁹ Circa 75% der interviewten Angehörigen waren weiblich. Damit werden die Forschungsfragen von Ergebnissen, basierend auf einer weiblichen Mehrheit, abgeleitet. Dies entspricht jedoch in der Tendenz dem Anteil von Frauen, die in Deutschland 2015 als pflegende Angehörige fungiert haben.³³⁰ Diese mögliche Limitation geht mit der begrenzten Generalisierbarkeit der synthetisierten Findings einher. Trotz getroffener methodischer Vorkehrungen, wie der iterative und deduktive Analyseprozess, lässt sich die Möglichkeit der ungeeigneten Generalisierungen von Belastungen auf die Angehörigen und den empfundenen Bedarfen nicht ausschließen. Die Aggregation wurde über das Sammeln von den identifizierten Findings hinaus, als Ansatz für vertieftes Durchdringen von Wechselwirkungen der geäußerten Komponenten verstanden. Gleichzeitig besteht das Verständnis, dass die Gänze des Erlebens nie vollständig erfasst und wiedergegeben werden kann. Bei der Interpretation und Anwendung des/-r Einzelnen müssen stets mögliche Fehlinterpretationen bedacht werden.³³¹

Eine unzureichende Bündelung von methodischer Fachkompetenz und theoretischer Sensibilität für qualitative Datenverarbeitung³³² könnte wegen dem Grad der Qualifikationsarbeit und der unzureichenden Reviewer*innenanzahl³³³ als Limitation dieser Meta-Aggregation erachtet werden.³³⁴ Dass eine Studie über die Rückwärtssuche gefunden wurde, könnte auf mögliche Lücken in der Suchstrategie hinweisen, die trotz Verwendung der PRESS Guidelines, nicht identifiziert werden konnten.³³⁵ So muss davon ausgegangen werden, dass möglicherweise weitere, adäquate Studien nicht berücksichtigt wurden. Es fehlt der vorliegenden Arbeit eine Triangulation von mehreren Investigator*innen, wobei subjektive Sichtweisen in Diskussionen revidiert, begründet und korrigiert werden.³³⁶ Aus diesem Grund wurde mit standardisierten und validierten methodischen Qualitäts- und Strukturierungsinstrumenten gearbeitet, der Prozess detailliert und transparent geschildert. Die recherchierten Erkenntnisse der Autorin vorab, wurden deduktiv und theoriebegleitend gewonnen. Im gesamten Prozess wurde dennoch auf die Offenheit und Empfänglichkeit neu auftretender Eindrücke oder Themen geachtet. Eigene Erfahrungen der Autorin von der Arbeit auf einer kardiologischen und herzchirurgischen Normalstation sowie der eigenen Beobachtung und geschilderten Erfahrung von Angehörigen der Pa-

³²⁹ Vgl. Cooke, A.; Smith, D.; Booth, A. (2012), S. 1437.

³³⁰ Vgl. Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015), S. 1.

³³¹ Vgl. Bögershausen, S. et al. (1999), S. 79.

³³² Vgl. Strauss, A.; Corbin, J. (1996), S. 25.

³³³ Vgl. Lockwood, C. et al. (2020), <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

³³⁴ Vgl. JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 2.; Elm, E.; Schreiber, G.; Haupt, C. (2019), S. 5.

³³⁵ Vgl. Cochrane Deutschland Stiftung et al. (Hrsg.) (2020), <https://freidok.uni-freiburg.de> (Stand: 01.04.2022), S. 43.

³³⁶ Vgl. Flick, U. (2017b), S. 310ff.

tient*innen mit postoperativem Delirium beeinflussten möglicherweise den Syntheseprozess. Während des Erarbeitungsprozesses wurde hier Wahrnehmungsveränderung empfunden, hin zu einem Perspektivwechsel der möglichen Bedarfe der Angehörigen.

5.2 Empfehlungen für die klinische Praxis

Die Empfehlungen der, in Kapitel 2 beschriebenen, Leitlinien können mit den Ergebnissen dieser Synthese, um die Belastungsaspekte ergänzt werden, die bei der Umsetzung von den empfohlenen Maßnahmen zu Prävention und Therapie beachtet werden müssen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass Angehörige von Patient*innen mit Delirium unterstützen wollen und Situationen, die vom Personal als störend wahrgenommen werden könnten, durch offene Kommunikation, Aufklärung, individuelle Informationsvermittlung und Einbindung vermieden oder gelöst werden können. Postoperatives Delirium wurde Angehörigen bisher unzureichend als mögliche Komplikation kommuniziert. Bei absehbaren präzipitierende und prädisponierende muss im Vorhinein zu Delirium aufgeklärt werden. Die Einbindung von Angehörigen eignet sich dabei durch Pflegefachkräfte, da diese mit ihrer Fachkompetenz pädagogisch richtige Momente am adäquatesten identifizieren und nutzen können. Eine Zusammenfassung der Praxisempfehlungen lassen sich aus Abbildung 3 entnehmen. Die Empfehlungen sind der Studiensprache Englisch angepasst, um die Kernpunkte bezüglich der Interaktion von Angehörigen der Patient*innen mit allgemeinem und postoperativem Delirium oder einem bestehenden Risiko im Krankenhaus breit zugänglich zu machen.

Practical implications for interaction with relatives witnessing delirium

- Medical and nursing staff need to consider the possible burdens on relatives, resulting from interaction with delirium patients, as recommended in international guidelines.
- In circumstances with a high risk for delirium, such as surgery, relatives need to be informed and counseled within an adequate time period to prevent ignorance and distress.
- Facts regarding delirium and the individual patient's situation need to be provided by ward staff.
- Rules and appropriate handling of patients with delirium need to be actively communicated to relatives in a compassionate and respectful way.
- Possibilities of delirium counseling for relatives should be weighed up and implementation of delirium-specific staff should be considered to relieve ward staff.

Abb. 3 Zusammenfassung der Praxisempfehlungen³³⁷

Die Möglichkeit eine interdisziplinäre Expert*innenteam für Deliriumprävention und Therapie, wie das in der Studie von Meilak et al. (2020) beschriebene POPS, sollte in seiner Umsetzung beleuchtet werden.³³⁸ Den Bedarfen der Angehörigen entsprechend, wäre das Etablieren von fachkundigem Personal, das außerhalb des Stationsgeschehens Ressourcen für individuelle Gespräche hat, eine Möglichkeit die Belastungen für alle Beteiligten, resultierend von Delirium und dessen Miterleben, zu reduzieren. In entsprechenden Risikokonstellationen sollte zu Delirium als mögliche Komplikation aufgeklärt werden. Postoperatives Delirium sollte vor elektiven Eingriffen angesprochen werden. Die Zuständigkeit der Aufklärung gegenüber den Patient*innen fällt aus rechtlichen Gründen, nach § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuches, den Ärzt*innen zu. Der Einbezug von Angehörigen und ihr individuelle Aufklärungsbedarf sollte, unter anderem aus Ressourcen Gründen, interdisziplinär erfolgen. Das Pflegefachpersonal ist den Patient*innen und ihren Angehörigen im unmittelbaren Umfeld am nächsten. Deshalb spielen sie in der Angehörigenkommunikation die wichtigste Rolle der Ansprechpartner*innen und Vermittler*innen. Möglicher Schulungs- und Informationsbedarf des klinischen Personals zur Einbindung von Angehörigen bei Delirium sollte individuell evaluiert und entsprechende Maßnahmen abgeleitet werden.

³³⁷ Eigene Darstellung.

³³⁸ Vgl. Meilak, C. et al. (2020), S. 245.

Die alleinige Informationsvermittlung reicht gegen das identifizierte Wissensdefizit der Angehörigen nicht aus, denn es muss zunächst die genaue Thematik erfasst werden. Um dies im Einzelfall in der Praxis zu etablieren, könnte auf bereits bestehende Erhebungsinstrumente in der Pflege zurückgegriffen werden, deren Anwendungsanpassung jedoch im Kontext von Delirium erprobt und analysiert werden müssen. Die Entwickler*innen des angehörigefokussierten Pflegekompasses, der zunächst für den Anwendungsbereich der Demenz vorgesehen und erprobt wurde, ermutigen die Praxisanwendung.³³⁹ Die Konzeptionierung des Pflegekompasses war ursprünglich für das ambulante Setting gedacht, könnte jedoch in Abwandlung möglicherweise im Rahmen einer Angehörigensprechstunde im klinischen Setting Anwendung finden. Es müssen strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Angehörige in die Versorgung von Patient*innen mit Delirium, besonders postoperativ oder schon präoperativ, einzubeziehen. Die Vorteile hierfür wurden in dieser Übersichtsarbeit mehrfach verdeutlicht. Die Implementierung und notwendigen Rahmenbedingungen für eine Angehörigenberatung durch Pflegefachpersonal bedürfen weiterer Investigation. Die Frage nach der Vergütung dessen muss aus medizinwirtschaftlicher Perspektive beleuchtet werden. Die Option, inwieweit die Pflegeberatung aus dem dritten Pflegestärkungsgesetz, der Implementierung von einer möglichen Angehörigensprechstunde Machbarkeit zuspricht, muss zukünftig ebenfalls geprüft werden.

6 Konklusion

Delirium ist im Krankenhaus ein sehr relevantes und ernst zu nehmendes Thema, das in der klinischen Praxis zukünftig mehr Berücksichtigung und Aufklärung braucht. Das Pflegefachpersonal spielt dabei eine wichtige vermittelnde Rolle. Pflegefachkräfte können die Erkenntnisse aus dieser qualitativen Übersichtsarbeit nutzen, um Einblicke in die Perspektive der Angehörigen von Patient*innen mit Delirium zu gewinnen. Mit den aufgezeigten Ergebnissen wird Sensibilisierung für die Faktoren, die das Miterleben von Delirium zu einer Belastung für Angehörige machen können und welche Bedarfe die Angehörigen vor, in und nach einer Delirepisode einer nahestehenden Person haben könnten, geschaffen. Die Erkenntnisse sollten bei der Implementierung von Präventions- und Therapiemaßnahmen für Delirium im Krankenseinbezogen werden, um Angehörige adäquat unterstützend miteinzubeziehen. Aufklärung zu postoperativem Delirium sollte bei erkennbaren Risiken von festgelegtem Fachpersonal auch bei Angehörigen erfolgen. Überdies bedarf es einer Anpassung oder Neubildung eines Assessmentinstruments, das die individuellen Belastungsaspekte der Angehörigen von postoperativem Delirium erfasst, um individuelle Bedarfe zu adressieren.

³³⁹ Vgl. Bögershausen, S. et al. (1999), S. 81.

Anhang

Anlage 1	Suchstring MEDLINE	Seite 326
Anlage 2	Suchstring CINAHL	Seite 327
Anlage 3	Vorlage JBI critical appraisal checklist for qualitative research	Seite 330
Anlage 4	Charakteristiken der inkludierten Studien	Seite 331
Anlage 5	Charakteristiken des Gesamtsamples	Seite 335
Anlage 6	Übersicht der primären Findings	Seite 336
Anlage 7	Übersicht der Studienbewertung nach dem JBI critical appraisal Tool für qualitative Forschung	Seite 339
Anlage 8	Findings gestützt von Originalzitate	Seite 340

Anlage 1 Suchstring MEDLINE³⁴⁰

Date of search	Components #	Query	Number of found literature
18.02.21	#1 postoperative Delirium	"POST-OPERATIVE DELIRIUM"[tiab] OR "POST-OPERATIVE ACUTE CONFUSIONAL STATE"[tiab] OR "POSTOPERATIVE DELIRIUM"[tiab] OR POD[tiab] OR "DELIRIUM"[MESH]	21.551
18.02.21	#2 Relatives	CAREGIVER*[tiab] OR SPOUSE[tiab] OR "INFORMAL CAREGIVER"[tiab] OR FAMILY[tiab] OR CARER*[tiab] OR CONFIDANT*[tiab] OR "FAMILY MEMBER"[tiab] OR "FAMILY"[MESH] OR "CAREGIVERS"[MESH]	1.140.614
18.02.21	#3 Evaluation/ Method	QUALITATIVE OR QUALITATIVE[TIAB] OR INTERVIEW[TIAB] OR "QUALITATIVE RESEARCH"[MESH] OR "FOCUS GROUPS"[MESH] OR EXPERIENCE*[TIAB] OR VIEW*[TIAB] OR PERCEPTION*[TIAB] OR BELIEF*[TIAB] OR BELIEVE*[TIAB] OR FEELING*[TIAB] OR STORY[TIAB] OR STORIES[TIAB])	2.367.411
18.02.21	#4 (#1+#2+#3)	((("POST-OPERATIVE DELIRIUM"[tiab] OR "POSTOPERATIVE ACUTE CONFUSIONAL STATE"[tiab] OR "POSTOPERATIVE DELIRIUM"[tiab] OR POD[tiab] OR "DELIRIUM"[MESH]) AND (CAREGIVER*[tiab] OR SPOUSE[tiab] OR "INFORMAL CAREGIVER"[tiab] OR FAMILY[tiab] OR CARER*[tiab] OR CONFIDANT*[tiab] OR "FAMILY MEMBER"[tiab] OR "FAMILY"[MESH] OR "CAREGIVERS"[MESH])) AND (Qualitative OR QUALITATIVE[TIAB] OR INTERVIEW[TIAB] OR "QUALITATIVE RESEARCH"[MESH] OR "FOCUS GROUPS"[MESH] OR EXPERIENCE*[TIAB] OR VIEW*[TIAB] OR PERCEPTION*[TIAB] OR BELIEF*[TIAB] OR BELIEVE*[TIAB] OR FEELING*[TIAB] OR STORY[TIAB] OR STORIES[TIAB]))	186
		<i>Filters applied: Abstract, English, German.</i>	175

³⁴⁰ Eigene Darstellung.

Anlage 2 Suchstring CINAHL³⁴¹

Date of search	Components #	Query	Number of found literature
17.02.21	#1 postoperative Delirium	(DELIRIUM OR ACUTE CONFUSION OR ("DELIRIUM")) AND (POST OPERATIVE OR POST-OPERATIVE OR POST-OPERATIVE OR POST SURGERY)	1.753
17.02.21	#2 Relatives	(MH "FAMILY+") OR CAREGIVER OR SPOUSE OR INFORMAL CAREGIVER OR FAMILY OR CONFIDANT	501.687
18.02.21	#3 Evaluation/ Method	QUALITATIVE OR INTERVIEW OR FOCUS GROUP OR (MH "QUALITATIVE STUDIES+") OR ((TI INTERVIEW OR AB INTERVIEW) OR (MH "AUDIORECORDING" NOT MM "AUDIORECORDING") OR (TI QUALITATIVE STUD* OR AB QUALITATIVE STUD*)) OR AB MOTIVAT* OR TI MOTIVAT* OR AB CHARACTERISTIC* OR TI CHARACTERISTIC* OR AB EXPERIENCE* OR TI EXPERIENCE OR AB EXPECT* OR TI EXPECT* OR AB DECISION* OR TI DECISION* OR AB DECIDE* OR TI DECIDE* OR AB ATTITUDE* OR TI ATTITUDE* OR AB VIEW* OR TI VIEW* OR AB PERCEPTION* OR TI PERCEPTION* OR AB PERSPECTIVE* OR TI PERSPECTIVE* OR AB OPINION* OR TI OPINION* OR AB IMPACT* OR TI IMPACT* OR AB CHOREOGRAPH* OR TI CHOREOGRAPH* OR AB JUDGEMENT* OR TI JUDGEMENT* OR AB BELIEF* OR TI BELIEF* OR AB BELIEVE* OR TI BELIEVE* OR AB REFLECT* OR TI REFLECT* OR AB IMPRESSION* OR TI IMPRESSION* OR AB INSIGHT* OR TI INSIGHT* OR AB ISSUES OR TI ISSUES OR AB FEELING* OR TI FEELING* OR AB EVALUAT* OR TI EVALUAT* OR AB UNDERSTANDING* OR TI UNDERSTANDING OR AB LEARN* OR TI LEARN* OR AB KNOW* TI KNOW* OR AB STORY OR TI STORY OR AB STORIES OR TI STORIES OR AB DIAR* OR TI DIAR* OR AB REASON* OR TI REASON* OR AB TRANSITION* OR TI TRANSITION* OR AB MEANING* OR TI MEANING* OR AB ACCOUNT* OR TI ACCOUNT* OR AB REPRESENT* OR TI REPRESENT* OR AB BEHAV* OR TI BEHAV* OR AB PROCESS* OR TI PROCESS* OR AB DOCUMENT* OR TI DOCUMENT* OR AB PREFER* OR TI PREFER* QUALITATIVE OR INTERVIEW OR FOCUS GROUP OR (MH "QUALITATIVE STUDIES+") OR ((TI INTERVIEW OR AB INTERVIEW) OR (MH "AUDIORECORDING" NOT MM "AUDIORECORDING") OR (TI QUALITATIVE STUD* OR AB QUALITATIVE STUD*)) OR AB MOTIVAT* OR TI MOTIVAT* OR AB CHARACTERISTIC* OR TI CHARACTERISTIC* OR AB EXPERIENCE* OR TI EXPERIENCE OR AB EXPECT* OR TI EXPECT* OR AB DECISION* OR TI DECISION* OR AB DECIDE* OR TI DECIDE* OR AB ATTITUDE* OR TI ATTITUDE* OR AB VIEW* OR TI VIEW* OR AB PERCEPTION* OR TI PERCEPTION* OR AB	2.908.164

³⁴¹ Eigene Darstellung.

		<p>PERSPECTIVE* OR TI PERSPECTIVE* OR AB OPINION* OR TI OPINION* OR AB IMPACT* OR TI IMPACT* OR AB CHOREOGRAPH* OR TI CHOREOGRAPH* OR AB JUDGEMENT* OR TI JUDGEMENT* OR AB BELIEF* OR TI BELIEF* OR AB BELIEVE* OR TI BELIEVE* OR AB REFLECT* OR TI REFLECT* OR AB IMPRESSION* OR TI IMPRESSION* OR AB INSIGHT* OR TI INSIGHT* OR AB ISSUES OR TI ISSUES OR AB FEELING* OR TI FEELING* OR AB EVALUAT* OR TI EVALUAT* OR AB UNDERSTANDING* OR TI UNDERSTANDING OR AB LEARN* OR TI LEARN* OR AB KNOW* TI KNOW* OR AB STORY OR TI STORY OR AB STORIES OR TI STORIES OR AB DIAR* OR TI DIAR* OR AB REASON* OR TI REASON* OR AB TRANSITION* OR TI TRANSITION* OR AB MEANING* OR TI MEANING* OR AB ACCOUNT* OR TI ACCOUNT* OR AB REPRESENT* OR TI REPRESENT* OR AB BEHAV* OR TI BEHAV* OR AB PROCESS* OR TI PROCESS* OR AB DOCUMENT* OR TI DOCUMENT* OR AB PREFER* OR TI PREFER*</p>	
18.02.2 1	# 4 (#1+#2+#3)	<p>((DELIRIUM OR ACUTE CONFUSION OR ("DELIRIUM")) AND (POST OPERATIVE OR POST-OPERATIVE OR POST-OPERATIVE OR POST SURGERY)) AND ((MH "FAMILY+") OR CAREGIVER OR SPOUSE OR INFORMAL CAREGIVER OR FAMILY OR CONFIDANT) AND (QUALITATIVE OR INTERVIEW OR FOCUS GROUP OR (MH "QUALITATIVE STUDIES+") OR ((TI INTERVIEW OR AB INTERVIEW) OR (MH "AUDIORECORDING" NOT MM "AUDIORECORDING") OR (TI QUALITATIVE STUD* OR AB QUALITATIVE STUD*)) OR AB MOTIVAT* OR TI MOTIVAT* OR AB CHARACTERISTIC* OR TI CHARACTERISTIC* OR AB EXPERIENCE* OR TI EXPERIENCE OR AB EXPECT* OR TI EXPECT* OR AB DECISION* OR TI DECISION* OR AB DECIDE* OR TI DECIDE* OR AB ATTITUDE* OR TI ATTITUDE* OR AB VIEW* OR TI VIEW* OR AB PERCEPTION* OR TI PERCEPTION* OR AB PERSPECTIVE* OR TI PERSPECTIVE* OR AB OPINION* OR TI OPINION* OR AB IMPACT* OR TI IMPACT* OR AB CHOREOGRAPH* OR TI CHOREOGRAPH* OR AB JUDGEMENT* OR TI JUDGEMENT* OR AB BELIEF* OR TI BELIEF* OR AB BELIEVE* OR TI BELIEVE* OR AB REFLECT* OR TI REFLECT* OR AB IMPRESSION* OR TI IMPRESSION* OR AB INSIGHT* OR TI INSIGHT* OR AB ISSUES OR TI ISSUES OR AB FEELING* OR TI FEELING* OR AB EVALUAT* OR TI EVALUAT* OR AB UNDERSTANDING* OR TI UNDERSTANDING OR AB LEARN* OR TI LEARN* OR AB KNOW* TI KNOW* OR AB STORY OR TI STORY OR AB STORIES OR TI STORIES OR AB DIAR* OR TI DIAR* OR AB REASON* OR TI REASON* OR AB TRANSITION* OR TI TRANSITION* OR AB MEANING* OR TI MEANING* OR AB ACCOUNT* OR TI ACCOUNT* OR AB REPRESENT* OR TI REPRESENT* OR AB BEHAV* OR TI BEHAV* OR AB PROCESS* OR TI PROCESS* OR AB DOCUMENT* OR TI DOCUMENT* OR AB PREFER* OR TI PREFER* QUALITATIVE OR INTERVIEW</p>	67

		<p>OR FOCUS GROUP OR (MH "QUALITATIVE STUDIES+") OR ((TI INTERVIEW OR AB INTERVIEW) OR (MH "AUDIORECORDING" NOT MM "AUDIORECORDING") OR (TI QUALITATIVE STUD* OR AB QUALITATIVE STUD*)) OR AB MOTIVAT* OR TI MOTIVAT* OR AB CHARACTERISTIC* OR TI CHARACTERISTIC* OR AB EXPERIENCE* OR TI EXPERIENCE OR AB EXPECT* OR TI EXPECT* OR AB DECISION* OR TI DECISION* OR AB DECIDE* OR TI DECIDE* OR AB ATTITUDE* OR TI ATTITUDE* OR AB VIEW* OR TI VIEW* OR AB PERCEPTION* OR TI PERCEPTION* OR AB PERSPECTIVE* OR TI PERSPECTIVE* OR AB OPINION* OR TI OPINION* OR AB IMPACT* OR TI IMPACT* OR AB CHOREOGRAPH* OR TI CHOREOGRAPH* OR AB JUDGEMENT* OR TI JUDGEMENT* OR AB BELIEF* OR TI BELIEF* OR AB BELIEVE* OR TI BELIEVE* OR AB REFLECT* OR TI REFLECT* OR AB IMPRESSION* OR TI IMPRESSION* OR AB INSIGHT* OR TI INSIGHT* OR AB ISSUES OR TI ISSUES OR AB FEELING* OR TI FEELING* OR AB EVALUAT* OR TI EVALUAT* OR AB UNDERSTANDING* OR TI UNDERSTANDING OR AB LEARN* OR TI LEARN* OR AB KNOW* TI KNOW* OR AB STORY OR TI STORY OR AB STORIES OR TI STORIES OR AB DIAR* OR TI DIAR* OR AB REASON* OR TI REASON* OR AB TRANSITION* OR TI TRANSITION* OR AB MEANING* OR TI MEANING* OR AB ACCOUNT* OR TI ACCOUNT* OR AB REPRESENT* OR TI REPRESENT* OR AB BEHAV* OR TI BEHAV* OR AB PROCESS* OR TI PROCESS* OR AB DOCUMENT* OR TI DOCUMENT* OR AB PREFER* OR TI PREFER*)</p>	
--	--	--	--

Anlage 3 Vorlage JBI critical appraisal checklist for qualitative research³⁴²

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer_____Date_____Author_____Year _____ Record Number_____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

³⁴² Enthalten in: JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 3.

Anlage 4 Charakteristiken der inkludierten Studien³⁴³

Location, Authors, Year	Sample	PI/ objectives	Setting/ Context	Design	Relevant details describing Method
Australia J. Day, I. Higgigs 2015	14 female family members age 51-74 years old claiming caring relationship with patient and had visited patient during delirium at least twice Delirium of patient diagnosed by CAM/ DSM, age 60-100 Purposeful sampling to include adult female and male family members	Lived delirium experience of family members loved one's who have/ had delirium Understanding the meaning and impact of experiencing delirium for family members	Area around a city at the coast of New South Wales Including different health care settings private home, nursing care institutions) of which 13 experienced a period of hospitalization	Phenomenological approach inspired by Satre and Merleau-Ponty	Broad structured, in-depth interview, conversational style, 9 family members interviewed twice, 1 three times, average duration 40 minutes Verbatim textualization of interview conducted by paid transcriptionist, Themes were extracted from women's data in iterating, reflective, process by J. Day Following approach of Van Manen (1990) and Munhall (2007) Two study supervisors reviewed Supporting consideration of delirium experience were taken as data: authors experience, other delirium related literature and illustrations, wording used by relatives addressing delirium Essence as overall connection of extracted themes and subthemes emerged to be core of women's experience, Subthemes combine individual and shared perception
Sweden	10 family members (5 equally)	Lived delirium experience of	Geriatric and orthopedic	Descriptive	Semi-structured, in-depth interviews were conducted

³⁴³ Eigene Darstellung.

<p>E. Stenwall et al. 2008</p>	<p>Age 49-88 years old</p> <p>Close relatives of patients with ACS that visited patient at least twice</p> <p>Relatives of delirium diagnosed patients were excluded</p>	<p>family members, Findings and Interpretation as basis for further research on interaction with older patients suffering from delirium</p>	<p>ward with frequent occurrence of delirium in a tertiary hospital close to Swedish metropolitan</p>	<p>phenomenological approach following philosophy of Husserl (1970)</p>	<p>once, duration between 35 – 90 minutes</p> <p>Independent iterative extraction and analysis process conducted by two reviewers</p> <p>Stepwise interpretation of verbatim interview transcript: Meaning unit → cluster → essence → constituent</p>
<p>Denmark S. Bohart, A. Møller A. Herling 2019</p>	<p>11 family members, close friends (8 females, 3 males)</p> <p>Purposeful sampling, sample recruiting staff at wards</p>	<p>Lived delirium experience of relatives of critically ill patients, during ICU admission</p> <p>Perspective of interaction between staff and relatives, chances for support that benefit patients and relatives</p>	<p>General and surgical ICU level 2 with 11 single room beds</p> <p>Previous staff training regarding ABCDE-delirium prevention bundle</p>	<p>Phenomenological approach citing Laverty (2003)</p>	<p>Semi-structured, in-depth interviews conducted once, duration between 28-59 minutes</p> <p>Reporting guidelines following COREQ</p> <p>Verbatim Transcription of interviews by first author Analysis by systematic text condensation inspired by Malterude: preliminary themes from overall impression → meaning units in text were formed and code groups extracted → subgroups combining perspectives → categories from subgroups</p>

<p>England</p> <p>C. Meilak et al.</p> <p>2020</p>	<p>12 family members (6 equally) that witnessed delirium</p> <p>Age 47- 74 years</p> <p>11 patients, who experienced delirium themselves</p> <p>Purposeful sampling, sample recruited from previous study population</p>	<p>Lived experience of patients and their relatives</p> <p>Individual perception of relatives on delirium interventions and possibilities to reduce burden</p>	<p>Surgical ward at an academic tertiary hospital in London</p> <p>Conclusions from study were to adapt interventions to reduce distress from postoperative delirium for patients and their relatives</p>	<p>Phenomenological approach</p>	<p>Semi-structured, in-depth interviews, conducted once by same person</p> <p>Analysis by open coding, iterative process of rereading and sorting of codes, analysis and coding was reviewed by second reviewer → themes emerged collectively using One Sheet of Paper method</p> <p>Findings are predominantly supported by both relatives and patients</p> <p>Model for interventions for postoperative delirium was conducted by authors from Findings</p>
<p>Australia</p> <p>C. Toye et al.</p> <p>2012</p>	<p>Family members (11 females) of patients that experienced delirium</p> <p>Family members must support patients emotionally or physically at least over period of one week and visited three times, after discharge family members were required to par-</p>	<p>Perception of caring family members that experience delirium in their older hospitalized relatives</p> <p>Understanding the lived delirium experience for family members to derive</p>	<p>Delirium-specialized ward with 10 beds in shared rooms located in a 600-bed tertiary hospital</p> <p>Admission requirement for ward was a physician at-</p>	<p>Descriptive mixed methods design with “strong qualitative component”³⁴⁴</p>	<p>Research nurse conducted all semi-structured, in-depth interviews</p> <p>Duration between 30-60 minutes, one interview was conducted twice</p> <p>Verbatim Transcription of each interview was analyzed separately via NVivo software in iterative process leading coding by two independent reviewers</p> <p>Reemerging themes and clusters were extracted from all interviews, consid-</p>

³⁴⁴ Toye, C. et al. (2012), S. 203.

	<p>ticipate in patients' care for the following month to meet inclusion requirements</p> <p>Sample recruited from associated population that returned questionnaire</p>	<p>supporting interventions</p>	<p>tested delirium that was likely to be reversible</p>		<p>ering non-verbal perceptions added by research nurse</p>
<p>USA</p> <p>P. Smith-burger et al.</p> <p>2017</p>	<p>10 family members (8 females, 2 males)</p> <p>Age 26 to 78 years</p> <p>Sample recruited from relatives that had gave consent for possible interview after answering questionnaire regarding non-pharmacological interventions from staff on ward → purposeful sampling to integrate differing opinions</p>	<p>Perspective and attitude of relatives on experiencing delirium prevention measures and interventions</p> <p>Own perception of their interaction and taken measures concerning relatives experiencing delirium</p>	<p>24-bed ICU of an academic hospital from the University of Pittsburgh</p>	<p>Grounded Theory approach</p>	<p>Semi-structured, in-depth interviews, duration between 10 to 15 minutes</p> <p>Two independent reviews analyzed verbatim transcripts of interviews via NVivo software</p> <p>Application of coding framework and additional conceptualization from emerging input of family members</p> <p>Identified codes were organized and combined to categories that were then synthesized to overall global topics</p>

Anlage 5 Charakteristiken des Gesamtsamples³⁴⁵

Studie	Bohart, S, Møller, A., Herling, A.	Day, J., Higgins, I.	Meilak, C. et al.	Toye, C. et al.	Stenwall, E. et al.	Smithburger, P. et al.
Mann	3	-	6	1	5	2
Frau	8	14	6	11	5	8
Kinder	2	10	6	7 (wobei zwischen Tochter und Schwiegertochter keine Trennung gemacht wird)	6	4
Eheleute/ Partner*in	5	2	5	4	4	4
Geschwister	2	-	-	-	-	1
Sonstige Verwandte	1	-	1 (Schwiegertochter)	1 (nur als männlicher Angehöriger bezeichnet)	-	1 (Elternteil)
Freund*in	1	-	-		-	
Insgesamt	11	14 Angehörige von 12 Patient*innen mit Delirium (je zwei Geschwisterpaare)	12 (davon 10 deren Betroffene auch an Studie teilnahmen)	12	10	10

³⁴⁵ Eigene Darstellung.

Anlage 6 Übersicht der primären Findings³⁴⁶

Authors, Year	Themes - Designation of Findings	Number
Day, J.; Higgins, I. (2015)	<i>Living the fragility of a loved one's presence</i> - Facing a loved one's existential absence	1
	<i>Living the fragility of a loved one's presence</i> - Living with a stranger	2
	<i>Living life holding on</i> - Waiting for a loved one	3
	<i>Living life holding on</i> - In the dark	4
	<i>Living life holding on</i> – On the fringe but center stage	5
	<i>Living life holding on</i> - On thin ice	6
	<i>Living life holding on</i> - Keeping secrets	7
Stenwall, E. et al. (2008)	change in the other person	8
	rapid and unexpected changes	9
	experiencing insecurity in the encounter	10
	trusting or mistrusting the other person	11
	experiencing loss	12
	experiencing exposure	13
Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S (2019)	<i>Delirium is not the main concern</i> - Pre-understanding of delirium	14
	<i>Delirium is not the main concern</i> - Delirium as a natural consequence	15
	<i>Delirium is not the main concern</i> - Delirium is secondary to life and death	16
	<i>Communication with health care professionals is crucial</i> – Health care professionals don't seem to worry about it	17
	<i>Communication with health care professionals is crucial</i> - Medication as the articulated treatment of delirium	18
	<i>Communication with health care professionals is crucial</i> - Need of information	
	<i>Communication with health care professionals is crucial</i> - Talking about it is a relief	19
<i>Delirium impacts on relatives</i> - First encounter with delirium	20	

³⁴⁶ Eigene Darstellung.

	<i>Delirium impacts on relatives - When the patient seems like a stranger</i>	21
	<i>Delirium impacts on relatives - Ways of coping</i>	22
	<i>Delirium impacts on relatives - What about the future?</i>	23
		24
Meilak, C. et al. (2020)	Negative effect of not knowing about delirium	25
	Positive effect of knowing about delirium	26
	<i>Negative impact of delirium – distress of witnessing delirium</i>	27
	Neutral/ positive impact of delirium	28
	Relative noticing a cognitive decline since delirious episode	29
	View of emotional support	30
	Examples of good communication strategies from staff	31
	Negative effects of lack of communication	32
	Who should be responsible for communication	33
	Desire for information on how to talk to people with delirium	34
	Formulation of own communication strategies	35
	Timing of communication - Before the operation	36
	Timing of communication - During the delirious episode	37
	Timing of communication - Follow-Up	38
	Format of information - Face to face	39
	Format of information - Leaflets/ Written information	40
	Environmental consideration	41
	Suggested areas of improvement - Improved provision of information	42
	Suggested areas of improvement - Raising public awareness	43
Toye, C. et al. (2012)	The admission experience	44
	Worries and concerns	45
	Feeling supported	46

	The discharge experience	47
Smith- burger, P. et al. (2017)	<i>Consistent family presence and and participation in care - Just be there</i>	48
	<i>Consistent family presence and and participation in care - Assist as needed</i>	49
	<i>Consistent family presence and and participation in care - Bring in home items</i>	50
		51
	<i>Improving ease of interactions between family and patient - Bedside nurse practice consistency</i>	52
	<i>Improving ease of interactions between family and patient - Invitation to participate in care</i>	53
	<i>Delirium education for families - Strategy for education</i>	54
	<i>Delirium education for families - Timing of education provision</i>	

Anlage 7 Übersicht der Studienbewertung nach dem JBI critical appraisal Tool für qualitative Forschung³⁴⁸

Autor*innen, Jahr	K. 1	<u>K. 2</u>	<u>K. 3</u>	<u>K. 4</u>	K. 5	<u>K. 6</u>	<u>K. 7</u>	K. 8	K. 9	K.10	Con- Qual Score ³⁴⁷
Bohart, S. et al. (2019)	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	HIGH
Day, J.; Higgins, I. (2015)	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	HIGH
Meilak, C. et al. (2020)	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	MODE- RATE
Smith- burger, P. et al. (2017)	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	LOW
Stenwall, E. et al. (2008)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	HIGH
Toye, C. et al. (2012)	+	-	+	+	-	-	-	+	+	+	LOW

³⁴⁷ In Anlehnung an Munn, Z. et al. (2014), S. 5.

³⁴⁸ In Anlehnung an JBI (Hrsg.) (2020), <https://jbi.global> (Stand: 01.04.2022), S. 3, K. entspricht den Kriterien der JBI critical appraisal Checkliste aus dieser Quelle. Die unterstrichenen Kategorien fließen in die Bewertung des ConQual Scores ein.

Anlage 8 Findings gestützt von Originalzitate³⁴⁹

Findings to Synthesis	Quotations
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.1 Unfamiliarity in family \ 2 Living with a stranger</p>	<p>“He had it [delirium] and he was doing this [demonstrates chasing butterflies]. I said to the nurse, “What’s he doing?” “He’s chasing butterflies. You can’t see them, but he can” . . . And buttons and buttons, he’d pull at his buttons. I’d say, “Stop it. Stop that.” And he’d just look at me with that expression [dead eyes].” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1706).</p> <p>“Dad was a complete stranger. It was not dad anymore, it was a complete stranger.” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1706).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.1 Unfamiliarity in family \ 7 Keeping secrets</p>	<p>“In some ways I was sort of glad she didn’t know, because I think it would have been really distressing for her, had she known what she was doing, because I don’t think she would have been happy that she did that. And plus it didn’t ever seem smart to rake over such an unhappy episode. I mean, you’d go there for a visit and talk about nice sunny day and the flowers were out and here’s a chocolate and whatever. You’d sort of try to keep the conversation to pleasant topics. You don’t sort of start dragging up her so-called bad behavior the day before.” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1710).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.1 Unfamiliarity in family \ 8 Change in the other person</p>	<p>“...It was, she looked so thin, and sunken, almost bluish-white. Like, you know, lying there with her infusion bottle, she was obviously just extremely dehydrated. Well, I guess, I am not used to seeing my mother like that...” (Stenwall, E. et al. (2008), S. 247).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.1 Unfamiliarity in family \ 11 Trusting or mistrusting the other person</p>	<p>“...Interviewer: But she said she recognised you? Relative: Yes, but I do not have any proof that she really did... She can say “yes” anyhow...” (Stenwall, E. et al. (2008), S. 247).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.1 Unfamiliarity in family \ 22 When the patient seems like a stranger</p>	<p>“It’s not the person that I knew before he came in [to Hospital]. That’s what worries me the most.” (Informant 8) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 89).</p> <p>„He has been confused about where he was and what had happened, and what floor he was on. Well, he has been able to do that all the time. I have had the feeling, he was himself, behind that blurry, very weakened state he was in.” (Informant 2) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 89).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience \ 12 Experiencing loss</p>	<p>“...Well, it is like, what will happen then? If it is the most important part, then it is probably just as if you have ‘talked through’ each other, so to say. Things that people need to tell each other before they are separated...” (Stenwall, E. et al. (2008), S. 248).</p>

³⁴⁹ Eigene Darstellung.

<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 13 Experiencing exposure</p>	<p>“...Because, it is one of the hardest things you ever can experience, to see a loved one as Carl, standing there knocking, with me not letting him out. It, it is inhuman, you know...” (Stenwall, E. et al. (2008), S. 248).</p> <p>“...You always look for an alternative way when in need. You do not sit down, noticing what it is like for the moment when the water rises above your chin, then it is about finding a way out, getting through...” (Stenwall, E. et al. (2008), S. 248).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 24 What about the future?</p>	<p>„...things are difficult, but...but I wonder a lot about how it’s going to be at the end. It’s clear, if he continues to be a bit strange in his head, to say it straight out, I would be really upset about that. But I don’t think so...because some things he says, shows me he is still there.” (Informant 4) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 89).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 27 Distress of witnessing delirium</p>	<p>“I think she got progressively, she did progressively worse and then dementia definitely fast forwarded over the time and simply accelerated towards the end so she is getting slightly physically but I think worse mentally. She was getting worse, and I knew that she didn’t recognise me at all at the end.” (Sally, daughter) Meilak, C. et al. (2020), S. 242).</p> <p>“Em, it was, I mean it was incredibly distressing, yes as I say she literally was sitting there at times well difficult to say, I think she was at times in pain but not, it wasn't a major thing she was just very distressed and very confused, you know she was talking about her bridesmaid from 50 years ago or whatever, getting her confused with my sister and things like that. She did occasionally sort of, you know, forget who I was and as I say she had periods when she just wanted to die; which interestingly I think to be fair, was partly the confusion but was partly as her genuine wish, cos she was 88 and so I think she had had enough generally so. But you know that's a difficult when she said, can't the doctor's do something or can't they do something and well, erm, no.” (Stuart, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 241f).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 28 Neutral/ positive impact of delirium</p>	<p>“Yes, because when I was discussed with my daughter, we would say ‘well, yes, at least he has got the strength to be being angry. So, in that, no it didn’t distress me because it was an improvement on what we had been dealing with, which, we didn’t think he was going to make the end of the week, before he came into hospital.” (April, wife) (Meilak, C. et al. (2020), S. 243).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 29 Relative noticing cognitive decline since delirious episode</p>	<p>“I'd say I've noticed, I'd say 95 per cent there's a few things, she seems a bit forgetful now and err I've told her things and she doesn't remember them and I'm wondering if that is you know, because there must've been a lot going on in her head, it's caused a problem. But yeah I think she's not 100 per cent what she used to be, you know to be quite honest.” (Darwin, partner) (Meilak, C. et al. (2020), S. 243).</p>

<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 45 Worries and concerns</p>	<p>“It was difficult ... she was very, very angry, very angry at the world and at me.” (Toye, C. et al. (2012), S. 205).</p> <p>“We were devastated because she’s always been such an independent person ... it was very, very upsetting for everybody to see her in that condition, because it’s just totally the opposite to what she’s normally like.” (Toye, C. et al. (2012), S. 205).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 47 The discharge experience</p>	<p>“Three weeks prior to that she had been totally independent and now, seeing her like that, to be dependent on everybody for everything ... I couldn’t handle that” (Toye, C. et al. (2012), S. 206).</p> <p>“I had quite large misgivings about her being discharged at that stage. ... She returned ... and that evening she’s had a fall, so I felt that my concerns, you know, were probably right.” (Toye, C. et al. (2012), S. 206).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 48 Just be there</p>	<p>“I wanted to see what was going on, and I wanted to see how he was. I just wanted to be . . . there.” (Participant 2) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 4).</p> <p>“Basically [I] just stayed in the room with her and took care of her needs, you know, as they would come up.” (Participant 4) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 5).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.2 Individual impact occurring from delirium experience\ 49 Assist as needed</p>	<p>“I’d sit by the bedside and hold his hand, and he knew I was there. He expected me to be there. And I’d wipe his mouth or whatever he needed.” (Participant 3) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 4f).</p> <p>“[I]f he needed anything . . . little, I would help him with that. [I]f he got cold, I’d turn the heat up. If he got hot, I’d turn the heat down. You know, mess with his blankets and everything. [A]nd I was able to work from his room, too. So if he needed anything, he knew I was there.” (Participant 6) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 5).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.3 Impermanence of the loved one’s presence \ 1 Facing a loved one's existential absence</p>	<p>“You know, he was not really, he wasn’t really where he was, he was someplace else.” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1706).</p> <p>„My daughter and I went and had lunch and we came back and the full-on madness was there, and she said “It looks like the aliens just came in and took my Nanna away.” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1705).</p>
<p>1. Relatives' experience with delirium \ 1.3 Impermanence of the loved one’s presence \ 6 On thin ice</p>	<p>“on pins and needles waiting.” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1709).</p> <p>“And you’re watching for things and listening for things. My son and I were visiting there one day and she said something, I can’t remember what it was now, but it was a bit off-the- wall and it didn’t fit to what we were talking about at the time, and she was faltering in her speech and that, and we sort of looked at each other and thought, oh no here we go. I went down quickly to the staff and said “I think she needs another test to see what it was.” And if they get it at that stage the oral medication [antibiotics] works, but</p>

	if it's when she's full on into the madness the oral just doesn't seem to work" (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1710).
1. Relatives' experience with delirium \ 1.3 Impermanence of the loved one's presence\ 9 Rapid and unexpected changes	<p>"...This happened so fast. Dementia can stretch out, maybe over years. This happened within an hour..." (Stenwall, E. et al. (2008), S. 247).</p> <p>"... At that moment ... we could talk about more advanced subjects that require more intellectual capacity ... So, I sort of got through..." (Stenwall, E. et al. (2008), S. 247).</p>
1. Relatives' experience with delirium \ 1.3 Impermanence of the loved one's presence \ 10 Experiencing insecurity in the encounter	<p>"... What can you tell? Should you just agree, or should you explain like it is ..." (Stenwall, E. et al. (2008), S. 247).</p> <p>"...Interviewer: What worried you then? Relative: Well if her condition had worsened or not. Every time it was old, normal mom you were so happy, but it is a frightening feeling not really knowing..." (Stenwall, E. et al. (2008), S. 247).</p>
1. Relatives' experience with delirium \ 1.4 Insecurity and Uncertainty\ 3 Waiting for the loved one	<p>"It's a long haul. Oh my God, it's a long haul." (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1707).</p> <p>"Apart from a few—a few lucid moments he's been troubled and confused and hallucinating the whole time. The whole time, yeah [sigh]." (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1707).</p>
1. Relatives' experience with delirium \1.4 Insecurity and Uncertainty\ 44 The admission experience	<p>"confused and muddled" (Toye, C. et al. (2012), S. 204). "having falls ... not thinking properly" (Toye, C. et al. (2012), S. 204).</p> <p>"I had quite large misgivings about her being discharged at that stage ... I was very, very concerned she would have a fall" (Toye, C. et al. (2012), S. 205).</p> <p>"It's [about] bringing him home ... what I need to do about him coming home, if we need to have something rearranged in the house." (Toye, C. et al. (2012), S. 205).</p>
2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.1 Receiving support\ 30 View of emotional support	"I think treating the patient should be their priority. I mean emotional support is like an endless pocket, you know, and people, some people just abuse it and at the end of the day, you have got to walk out of here and support yourself so, I don't know what emotional support." (Sally, daughter) (Meilak, C. et al. (2020), S. 243).
2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.1 Receiving support\ 46 Feeling supported	"I thought it was a very well-run unit, with understanding, and they were all very cheerful and laughing and, just being nice, you know, to these people with delirium They were very mindful of Mum ... she always looked clean and nice." (Toye, C. et al. (2012), S. 205).
2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.2 Indispensability of communication with health care professionals \ 4 In the dark	"It was just, "Oh, your mothers got a bladder infection, but we're treating it" . . . we didn't really get a lot of explanation, well, I didn't feel there was a lot of explanation, other than, "Yes, it's something that happens in the elderly. It affects their mind and we treat it with antibiotics." (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1707).

<p>2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.2 Indispensability of communication with health care professionals \ 5 On the fringe but center stage</p>	<p>“They’re not listening to me, not listening to me at all. And I was getting a bit cross because I kept saying the same thing over and over again. They kept talking to him, and he was off with the pixies. Had absolutely no idea where he was. He didn’t know what was happening. And they’re saying to him, “Speak to me, Speak to me.” And I’m thinking to myself, he’s not going to speak to you” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1708).</p> <p>“I sort of recognized what was happening, probably more than the staff [doctors and nurses] did actually, because I knew her a lot better.” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1708).</p> <p>“just the relative” (Day, J.; Higgins, I. (2015), S. 1708).</p>
<p>2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.2 Indispensability of communication with health care professionals \ 19 Need of information</p>	<p>“Is it a normal situation? How common is it? Is it rare? Is it critical? Is it dangerous? I want to know what it is.” (Informant 11) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88).</p>
<p>2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.2 Indispensability of communication with health care professionals \ 20 Talking about it is a relief</p>	<p>“I was relieved when I heard about delirium because it explained what I have been seeing. I’m not an expert in this area, but I could see he was not himself.” (Informant 6) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 89).</p>
<p>2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.2 Indispensability of communication with health care professionals \ 23 Ways of coping</p>	<p>“I am just trying to let it go, unless there is something that can be said, ‘it’s like this and that’, then I would tell him, and then he’ll say, ‘oh, yes’...So I won’t let him drive out in that nonsense...I will just follow all the nonsense, unless it is totally chaotic.” (Informant 2) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 89).</p>
<p>2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.2 Indispensability of communication with health care professionals \ 32 Negative effects of lack of communication</p>	<p>“Sometimes they do not know what is going on and sometimes they don’t. Sometimes they just come on shift, haven’t a clue, you know the communication was extremely poor, frankly.” (Stuart, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 244).</p> <p>“There was no warning she said “Oh your dad just wants to speak to you, is that okay?” “yes” I was put on or he was put on and he just rambled erm so yeah that's part of the reason I was interested in doing this study because I had no warning. Had I been given a warning that there's a problem, I wouldn't have been so surprised. Knowing that it does happen I would've ... I don't want to say played along with it but I would have been more prepared, and would have been able to help him a little bit more than perhaps I did.” (Peter, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 245).</p>
<p>2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.2 Indispensability of communication with health care</p>	<p>“Presumably if anything comes out of this study that you know like a guide or a handbook or something like that, but some sort of tips what to expect and advice on how to handle it [delirium]. I still don't know whether I should be pulling him on it, on the fact that</p>

<p>professionals\ 34 Desire for information on how to talk to people with delirium</p>	<p>he is, or should have, hopefully it's not gonna happen again but whether or not I should have pulled him up on the fact that he is talking to the wrong son or whether I did the right thing in glossed over it and didn't. So he didn't know that he was being delirious.” (William, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 245).</p> <p>“Yes. And we just, cos if we tried to sort of say to him ‘no, there isn't any artwork’ he would get angry, so I kind of take the view that if someone genuinely believes that then it's not gonna actually be any harm to agree with them, you might as well agree with them.” (April, wife) (Meilak, C. et al. (2020), S. 246).</p>
<p>2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.2 Indispensability of communication with health care professionals\ 35 Formulation of communication strategies</p>	<p>“Yes, it, it was just to reassure him, just to reassure him that ... because there was no point in saying that it's you know all in your mind because he wouldn't have believed it, so I wanted to go along which is why I say, had I been prepared I might have been able to do the playing along a bit a little bit better which would have reassured him.’ (Peter, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 246).</p>
<p>2. Interaction with health care professionals\ 2.3 Relatives' perception of delirium management \ 17 Health care professionals don't seem to worry about it</p>	<p>“Most of them [health care professionals] did not say anything. But when they did say something about it [delirium] they said, ‘he is a bit say today’, ‘he is a little confused today’, ‘he is very tired today’. These were the words that were used.” (Informant 10) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88).</p> <p>„They haven't talked to me about it [delirium], because then I would have remembered something about it, and they have not. But otherwise, they informed me about the medication and the physiotherapist and they were going to do this and...” (Informant 5) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88).</p>
<p>2. Mutual interaction with health care professionals \ 2.3 Relatives' perception of delirium management \ 18 Medication as the articulated treatment of delirium</p>	<p>“Well, it has mostly been on the medical treatment that you could see that they have tried to treat it. I can't think of anything more...Some have been good, telling him what they were doing around him and said, ‘Now I'm just right behind you and will make some noise’. Explaining what they were doing might made him feel more comfortable.” (Informant 6) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88).</p>
<p>3. Relatives' determinants\ 3.1 Prior knowledge of delirium \ 14 Pre-understanding of delirium</p>	<p>„I have never heard of the word before I read this [information material from the project], I do know what delirium is, it's some abstinence that you'll get if you have drunk too much, right? But I am not sure. Nobody has never mentions that word.” (Informant 10) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 87).</p>
<p>3. Relatives' determinants\ 3.1 Prior knowledge of delirium \ 25 Negative effect of not knowing about delirium</p>	<p>“We were not told it was delirium until later, so certainly at the time it very frustrating because you know I think that delaying not knowing about delirium and realising there is such a thing as delirium, was very worrying and distressing I suppose.” (Stuart, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 241).</p>

	<p>“So that made me feel like I wasn't educated or I didn't know what I should have known. If you see what I mean?” (Sally, daughter) (Meilak, C. et al. (2020), S. 241).</p>
<p>3. Relatives' determinants\ 3.1 Prior knowledge of delirium \ 26 Positive effect of knowing about delirium</p>	<p>“Er well I guess it did help cos you're kind of expecting it aren't you but, er, so it wasn't a big shock.” (Gareth, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 241).</p> <p>“Erm, I think the whole thing erm was easier to take on board, having worked with as I say in a doctors surgery, having been on erm courses. Erm yes it was quite hard with Ernie but he wasn't actually too, too bad I didn't think.” (Mary, daughter-in-law) (Meilak, C. et al. (2020), S. 241).</p>
<p>3. Relatives' determinants\ 3. 2 Setting-specific perception of delirium \ 15 Delirium as a natural consequence</p>	<p>“I think it [delirium] has something to do with him being unconscious for so long. Just like all the other organs, that his body has been shut down, the kidneys have shut down or something like that. Maybe it could be that the brain needs some kind off reset. You could say it needs to get running again. That's what I think about it.” (Informant 4) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88).</p>
<p>3. Relatives' determinants\ 3. 2 Setting-specific perception of delirium \ 16 Delirium is secondary to life and death</p>	<p>“But in some ways, you realized that as ill as he was, the delusions were not the most important thing at that time. It was that he was breathing and surviving. So, the brain could be taken care of afterwards.” (Informant 2) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88).</p>
<p>3. Relatives' determinants\ 3. 2 Setting-specific perception of delirium \ 21 First encounter with delirium</p>	<p>“I thought she was very restless, and I thought it was strange that she pulled in the lines [IV-lines, monitoring-lines]. I thought, why is she doing that? And I said, ‘you must not pull in all the lines.’” (Informant 7) (Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019), S. 88).</p>
<p>3. Relatives' determinants\ 3. 2 Setting-specific perception of delirium \ 41 Environmental considerations</p>	<p>“So I think in terms of the general care that might be a better model [delirium ward] certainly in some cases. And certainly having a patient in hospital for, sorry in a vascular ward for a month after surgery is not, does not seem to me a very good use of a vascular bed shall we say, because the vascular problems weren't the problem anymore and her leg, so yeah.” (Stuart, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 248).</p>
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement commensurate with relatives' needs \ 4.1 Delirium addressed education for relatives \ 53 Strategy for education</p>	<p>“I think one on one. Talking to, you know, if they come to me and talk to me and explain what's going on and what they need done, I have no problem with it at all, you know. And if it's maybe . . . like a list as a reminder, things that I can do, you know, to help the patient or—and even help the nurse . . . I know they're strapped on their time, you know.” (Participant 1) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 7).</p> <p>“Well, I . . . tend to ask a lot of questions until I understand what's going on. I think that for me, you know, under the circumstances if . . . a nurse doesn't have the time to do that, if a case manager or [someone] could communicate . . . those, you know, delirium</p>

	<p>symptoms or what to expect, or something like that.” (Participant 6) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 7).</p> <p>“Video is OK. I think that would be a good follow-up after you have a one-on-one conversation, because one-on-one conversation is great because you’re communicating, you’re getting to know, but you can’t retain everything because you’re so—how do I want to say? Nervous, anxious, scared yourself for your loved one.” (Participant 8) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 7).</p>
<p>4. Relatives’ suggestions for better involvement commensurate with relatives’ needs \ 4.1 Delirium addressed education for relatives \ 54 Timing of education provision</p>	<p>“I’d say within the . . . first day or so. Yeah, maybe somebody could . . . say, “Hey, you may run into a situation where your family member has delirium. Here’s what to look for. Here’s the signs. Here’s some basic reasons on why it’s happening.” (Participant 6) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 7).</p> <p>“So in the beginning of ICU, the stay, whenever the caregivers are being introduced to the staff, just the staff to remind them that caregivers are welcome.” (Participant 7) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 7).</p>
<p>4. Relatives’ suggestions for better involvement commensurate with relatives’ needs \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff \ 31 Examples of good communication strategies from staff</p>	<p>“For me yes, there was enough support for me, cos I was mirroring what they were saying and they were trying to keep it very light-hearted.” (Mary, daughter-in-law) (Meilak, C. et al. (2020), S. 244).</p> <p>“Yeah, they were very good at trying to calm her and talk to her I guess and not try to shut up, I don’t know, not trying to shut her up, or not ignore her though, but they would acknowledge her and what she was saying and I think just generally talk to her and or were very compassionate and you know.” (Stuart, son) (Meilak, C. et al. (2020), S. 244).</p>
<p>4. Relatives’ suggestions for better involvement commensurate with relatives’ needs \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff \ 33 Who should be responsible for communication</p>	<p>“I think probably consistency, erm of starting which is always the challenge erm where you sort of become connected to another person, without adding a constant change which again is always difficult.” (Clara, wife) (Meilak, C. et al. (2020),S. 245).</p> <p>“I get the feeling the surgeons do their surgeon bit on whatever’s easiest physically, and whatever, they don’t take the whole picture of the person. I know when we got the POPS Team involved it was a lot better but at that stage by the time that when I had that conversation, I didn’t know about the POPS Team and I did not know about anything, I felt I was kind of fighting a battle myself.” (Sally, daughter) (Meilak, C. et al. (2020),S. 245).</p>
<p>4. Relatives’ suggestions for better involvement commensurate with relatives’ needs \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff</p>	<p>“I personally feel very strongly that because this obviously happens and has been happening for many years, mm I think that when patients of his sort of age group that as you say probably affects more so than younger people, I think that it would be very, very useful if somebody could warn you of this, that is the most important thing I feel because it would have saved so much less heartache.” (Rachel, wife) (Meilak, C. et al. (2020), S. 247).</p>

<p>cal staff\ 36 Timing of communication- Before the operation</p>	
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement commensurate with relatives' needs \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff\ 37 Timing of communication- During the delirious episode</p>	<p>"I should ... just to be apprehended before you get before you get to the bed. You sort of nip it in the bud before you get there. You know cos you're supposed to say "is it okay to come and visit" and they say "ah, could we have a little chat" and just go in the waiting room and just explain to you what's going on, she is confused and might be saying crazy things and this is what's going on and then I could've gone in there and thought 'oh okay then, we're enjoying the moment cos she's going to get better and she hasn't been brain damaged by lack of oxygen or something'Just the, you know visitors, give them a heads up." (Darwin, partner) (Meilak, C. et al. (2020), S. 247).</p>
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement commensurate with relatives' needs \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff\ 38 Timing of communication- Follow-up</p>	<p>"Yeah have a, have a ... when the patients discharged obviously while you're in the hospital you're being monitored, just when you get home have just a phone call if necessary or if you've got concerns come in and see someone, we'll arrange an appointment. That would be quite a good option. Mmm, so somebody that you could actually approach and say to us ... Yeah I've got concerns and ... I've seen a slight change you know of behaviour." (Darwin, partner) (Meilak, C. et al. (2020), S. 247).</p>
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff\ 39 Format of information- Face to face</p>	<p>"For me personally, I prefer to speak, I prefer to speak to someone. Given me a leaflet or a piece of paper doesn't do it for me." (Rachel, wife) (Meilak, C. et al. (2020), S. 248).</p>
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff\ 40 Format of information- Leaflets/ written information</p>	<p>"I actually downloaded stuff off the internet and it's called the National Clinical Guideline ... and gave it to the family the other day, and it explains things a bit better the written information has helped me understand everybody is doing the best they can for Mum and treating her the best way they can." (Toye, C. et al. (2012), S. 206).</p>
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff \ 51 Bedside nurse practice consistency</p>	<p>"Standardization across the board would be great. I mean, for example, over at [hospital A], I could come and go as I pleased. I never had to ask anybody. [I]f somebody was in the room, they might ask me to step out into the waiting room, or whatever, and come get me, but there was no locks on the door. I didn't have to call in. Nothing like that. Over at [hospital B], I did have to, you know, call in, and check with the nurse to make sure everything was OK to come back and everything. And that's fine. You know, I don't have a problem with that—standardization across the board. So if you do go from one hospital to the next, you're familiar with the processes and the procedures." (Participant 6) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 6).</p>

<p>4. Relatives' suggestions for better involvement \ 4.2 Suggestions to improve ease of interactions between relatives and clinical staff \ 52 Invitation to participate in care</p>	<p>"Yeah, just the nurse suggesting that maybe you know, . . . "Can you please assist me?" Or "Are you comfortable in assisting me?" Sometimes . . . they're just a little hesitant to want to ask because they're so used to not having caregivers or loved ones help their loved ones." (Participant 7) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 6).</p> <p>"I think on the shift changes that maybe it would be good for the nurses to establish their own ground rules. [A]nd not in a scolding way, but in a just, you know, "Hey, do you plan to be here all day? If you are, there's going to be certain times where we really need to do some stuff, where we're kind of closed in the room and it might be best—you might be more comfortable if you're not in here." (Participant 10) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 6).</p>
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement \ 4.3 Suggested areas of improvement from relatives' perspective \ 42 Improved provision of information</p>	<p>"No, probably just a lot more awareness raising with family members as to what delirium is and what actually happens." (April, wife) (Meilak, C. et al. (2020), S. 249).</p>
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement \ 4.3 Suggested areas of improvement from relatives' perspective \ 43 Raising public awareness</p>	<p>"Um, and also the general public doesn't know the word. And I have got a prime example this week in that Ellie Goulding has brought out an album called 'Delirious'Which obviously, she thinks is quite positive, I mean you wouldn't bring an album out called cancer or Parkinson's or something and that just is an indication of how nobody really knows about it." (Sally, relative) (Meilak, C. et al. (2020), S. 249).</p>
<p>4. Relatives' suggestions for better involvement \ 4.3 Suggested areas of improvement from relatives' perspective \ 50 Bring in home items</p>	<p>"And then I'll bring him, you know, like newspaper, his books. He hates . . . having a beard. So I bring him in his like electric razors and that. And I bring him in – he hates hospital gowns, so when he can, he wears jogging pants. (Participant 7) (Smithburger, P. et al. (2017), S. 5f).</p>

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

(Hrsg.) (2015): S3-Leitlinie 001/012: Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012l_S3_Analgesie-Sedierung-Delirmanagement-in-der-Intensivmedizin-DAS_2021-08.pdf (Stand: 01.04.2022).

Aromataris, E.; Munn, Z. (Hrsg.) (2020): JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI 2020, <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

Bastawrous, M. (2012): Caregiver Burden – A critical discussion. In: International Journal of Nursing Studies, Vol. 50 (2013), Nr. 3, S. 431-441.

Baumgartner, M.; Hafner, M. (2017): Definition. In: Savaskan, E.; Hasemann, W. (Hrsg.): Leitlinie Delir. Eine Empfehlung zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern 2017, S. 21-22.

Bélanger, L.; Ducharme, F. (2011): Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. In: Nursing in Critical Care, Vol. 16 (2011), Nr. 6, S. 303-315.

Blom, M.; Duijnste, M.; Schnepf, W. (Hrsg.) (1999): Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompass die Belastungen pflegender Angehöriger einschätzen. Dtsch. Ausgabe, Bern.

Bögershausen, S.; Büscher, A.; Hejda, M.; Horn, A.; Schemann, J. (1999): Erprobung des niederländischen <<Zorgkompass>> als Instrument zur Einschätzung der Belastungen pflegender Angehöriger von Dementierenden. In: Blom, M.; Duijnste, M.; Schnepf, W. (Hrsg.): Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompass die Belastungen pflegender Angehöriger einschätzen. Bern 1999, S. 67-81.

Bohart, S.; Møller, A.; Herling, S. (2019): Do health care professionals worry about delirium? Relatives' experience of delirium in the intensive care unit: A qualitative interview study. In: Intensive & Critical Care Nursing, Vol. 63 (2019), Nr. 4, S. 84-91.

Breitbart, W.; Gibson, C.; Tremblay, A. (2002): The Delirium Experience: Delirium Recall and Delirium-Related Distress in Hospitalized Patients with Cancer, Their Spouses/Caregivers, and Their Nurses. In: Psychosomatics, Vol. 43 (2002), Nr. 3, S. 183-194.

Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2015): Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 49 (2016), Nr. 2, S. 138-142.

Cochrane Deutschland Stiftung; Institut für Evidenz in der Medizin; Institut für Medizinische Biometrie und Statistik Freiburg; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften-Institut für Medizinisches Wissensmanagement; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.) (2020): Manual Systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien. Aufl. 2.1, <https://freidok.uni-freiburg.de/data/174468> (Stand: 04.01.2022).

Cooke, A.; Smith, D.; Booth, A. (2012): Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. In: Qualitative Health Research, Vol. 22 (2012), Nr. 10, S. 1435-1443.

Davidson, J.; Winkelman, C.; Gélinas, C.; Dermechyan, A. (2015): Pain, Agitation, and Delirium Guidelines: Nurses' Involvement in Development and Implementation. In: Critical Care Nurse, Vol. 35 (2015), Nr. 3, S. 17-32.

Day, J.; Higgins, I. (2015): Existential Absence: The Lived Experience of Family Members During Their Older Loved One's Delirium Qualitative. In: *Health Research*, Vol. 25 (2015), Nr. 12, S. 1700-1718.

Devlin, J.; Skrobik, Y.; Gélinas, C.; Needham, D.; Slooter, A.; Pandharipande, P.; Watson, P.; Weinhouse, G.; Nunnally, M.; Rochweg, B.; Balas, M.; Van den Boogaard, M.; Bosma, K.; Brummel, N.; Chanques, G.; Denehy, L.; Drouot, X.; Fraser, G.; Harris, J.; Joffe, A.; Kho, M.; Kress, J.; Lanphere, J.; McKinley, S.; Neufeld, K.; Pisani, M.; Payen, J.; Pun, B.; Puntillo, K.; Riker, R.; Robinson, B.; Shehabi, Y.; Szumita, P.; Winkelman, C.; Centofanti, J.; Price, C.; Nikayin, S.; Misak, C.; Flood, P.; Kiedrowski, K.; Alhazzani, W. (2018): Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. In: *Critical Care Medicine*, Vol. 46 (2018), Nr. 9., S. 825-873.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2020): ICD-10-GM Version 2021. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f00-f09.htm> (Stand: 01.04.2022).

Duijnste, M. (1992): De Belasting van familieleden van Dementierenden. Diss., Utrecht.

European Society of Cardiology (Hrsg.) (2017): 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. In: *European Heart Journal*, Vol. 38 (2017), Nr. 36, S. 2739–2791.

Flick, U.; Von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2017): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Aufl., Hamburg.

Flick, U. (2017a): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U.; Von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Aufl., Hamburg 2017, S. 251-265.

Flick, U. (2017b): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U.; Von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Aufl., Hamburg 2017, S. 309- 318.

Fong, T.; Racine, A.; Fick, D.; Tabloski, P.; Gou, Y.; Schmitt, E.; Hshieh, T.; Metzger, E.; Bertrand, S.; Marcantonio, E.; Jones, R.; Inouye, S. (2019): The Caregiver Burden of Delirium in Older Adults With Alzheimer Disease and Related Disorders. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 67 (2019), Nr. 12, S. 2587-2592.

Friedemann, M.; Köhlen, C. (2018): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systematischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. 4. Aufl., Bern.

Godfrey, M.; Smith, J.; Green, J.; Cheater, F.; Inouye, S.; Young, J. (2013): Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. In: *BMC Health Services Research*, Vol. 13 (2013), Nr. 341, S. 1-15.

Hannes, K.; Lookwood, C. (2011): Pragmatism as the philosophical foundation for the Joanna Briggs meta-aggregative approach to qualitative evidence synthesis. In: *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 67 (2011), Nr. 7, S. 1632-1642.

Hasemann, W.; Rohrbach, E.; Schmidt, R.; Verloo, H. (2017a): Nichtpharmakologische Interventionen für die Prävention. In: Savaskan, E.; Hasemann, W. (Hrsg.): Leitlinie Delir. Eine Empfehlung zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern 2017, S. 63-101.

Hasemann, W.; Schmidt, R.; Rohrbach, E.; Verloo, H. (2017b): Assessment. In: Savaskan, E.; Hasemann, W. (Hrsg.): Leitlinie Delir. Eine Empfehlung zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern 2017, S. 104-126.

Hitzler, R. (2014): Wohin des Wegs? – Ein Kommentar zu neueren Entwicklungen in der deutschsprachigen „qualitativen“ Sozialforschung. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen – 10 Jahre Berliner Methodentreffen. Wiesbaden 2014, S. 55- 72.

Horn, A. (2002): Man wächst da einfach rein. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern 2002, S. 14-40.

Instenes, I.; Fridlund, B.; Amofah, H.; Ranhoff, A.; Eide, L.; Norekvål, T. (2019): ‘I hope you get normal again’: an explorative study on how delirious octogenarian patients experience their interactions with healthcare professionals and relatives after aortic valve therapy. In: European Journal of Cardiovascular Nursing, Vol. 18 (2019), Nr. 3, S. 224-233.

Joanna Briggs Institute (Hrsg.) (2020): Checklist for Qualitative Research. Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews, <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (Stand: 01.04.2022).

Knoblauch, H. (2017): Zukunft und Perspektiven qualitativer Forschung. In: Flick, U.; Von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Aufl., Hamburg 2017, S. 623- 632.

Lockwood, C.; Munn, Z.; Porritt, K. (2015): Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. In: International Journal of Evidence-Based Healthcare, Vol. 13 (2015), Nr. 3, S. 179-187.

Lockwood, C.; Porritt, K.; Munn, Z.; Rittenmeyer, L.; Salmond, S.; Bjerrum, M., Loveday, H.; Carrier, J.; Stannard, D. (2020): Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris, E.; Munn Z. (Hrsg.): JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI 2020, <https://synthesismanual.jbi.global> (Stand: 01.04.2022).

Lüders, C. (2017): Herausforderungen in der qualitativen Forschung. In: Flick, U.; Von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Aufl., Hamburg 2017, S. 632- 642.

Martinez, F.; Tobar, C.; Beddings, C.; Vallejo, G.; Fuentes, P. (2012): Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. In: Age and Ageing, Vol. 41 (2012), Nr. 5., S. 629-634.

Mauri, V.; Reuter, K.; Körber, M.; Wienemann, H.; Lee, S.; Eghbalzadeh, K.; Kuhn, E.; Baldus, S.; Kelm, M.; Nickenig, G.; Veulemans, V.; Jansen, F.; Adam, M.; Rudolph, T. (2021): Incidence, Risk Factors and Impact on Long-Term Outcome of Postoperative Delirium After Transcatheter Aortic Valve Replacement. In: Frontiers in Cardiovascular Medicine, Vol. 8 (2021), Nr. 71, S. 1-6.

Meilak, C.; Biswell, E.; Willis, R.; Partridge, J.; Dhesi, J. (2020): A qualitative exploration of the views of patients and their relatives regarding interventions to minimize the distress related to postoperative delirium. In: Geriatric Psychiatry, Vol. 35 (2020), Nr. 2, S. 230-249.

McGowen, J.; Sampson, M.; Salzwedel, D.; Cogo, E.; Foerster, V.; Lefebvre, C. (2016): PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. In: Journal of Clinical Epidemiology, Vol. 75 (2016), Nr. 7, S. 40-46.

Möhler, R. (2016): Qualitative Evidenzsynthesen – Methodologien, Methoden und Herausforderungen. In: Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Vol. 3 (2016), Nr. 2, S. 70-77.

Morse, J.; Johnson, J. (1991a): Understanding the Illness Experience. In: Morse, J.; Johnson, J. (Hrsg.): The Illness Experience. Dimensions of Suffering, Newbury Park u.a. 1991, S. 1-12.

Morse, J.; Johnson, J. (1991b): Toward a Theory of Illness: The Illness Constellation Model. In: Morse, J.; Johnson, J. (Hrsg.): The Illness Experience. Dimensions of Suffering, Newbury Park u.a. 1991, S. 315-342.

Methley, A.; Campbell, S.; Chew-Graham, C.; McNally, R.; Cheraghi-Sohi, S. (2014): PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. In: BMC Health Services Research, Vol. 14 (2014), Nr. 579, S. 1-10.

Mika, T.; Stegmann, M. (2014): Längsschnittdanalyse. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden 2014, S. 1077-1087.

Munn, Z.; Porritt, K.; Lockwood, C.; Aromataris, E. Pearson, A. (2014): Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. In: BMC Medical Research Methodology, Vol. 14 (2014), Nr. 108, S. 1-7.

Namba, M.; Morita, T.; Imura, C.; Kiyohara, E.; Ishikawa, S.; Hirai, K. (2007): Terminal delirium: families' experience. In: Palliative Medicine, Vol. 21 (2007), Nr. 7, S. 587-594.

National Institute for Health and Care Excellence (Hrsg.) (2019): Delirium: prevention, diagnosis and management CG103. Aktualisierte Version, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-pdf-35109327290821> (Stand: 01.04.2022).

Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020): Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken. 5. Auflage, Halle-Wittenberg.

Page, M.; McKenzie, J. Bossuyt, P.; Boutron, I.; Hoffmann, T.; Mulrow, C.; Shamseer, L.; Tetzlaff, J.; Akl, E.; Brennan, S.; Chou, R.; Glanville, J.; Grimshaw, J.; Hróbjartsson, A.; Lalu, M.; Li, T.; Loder, E.; Mayo-Wilson, E.; McDonald, S.; McGuinness, L.; Stewart, L.; Thomas, J.; Tricco, A.; Welch, V.; Whiting, P.; Moher, D. (2021): The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. In: BMJ, Vol. 372 (2021), Nr. 71, S. 1-9.

Palesch, A. (2019): Ambulante Pflegeberatung. Grundlagen und Konzepte für die Praxis. 2. Aufl., Stuttgart.

Partridge, J.; Martin, F. Harari, D.; Dhesi, J. (2012): The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? In: International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 28 (2013), Nr. 8, S. 804-812.

Popp, J. (2017a): Pathogenese. In: Savaskan, E.; Hasemann, W. (Hrsg.): Leitlinie Delir. Eine Empfehlung zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern 2017, S. 31-36.

Popp, J. (2017b): Prävalenz, Epidemiologie, Kosten. In: Savaskan, E.; Hasemann, W. (Hrsg.): Leitlinie Delir. Eine Empfehlung zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern 2017, S. 37-39.

Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2014): Forschungsdesigns für qualitative Sozialforschung. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden 2014, S. 117-133.

Reifegerste, D. (2019): Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation. Modelle, Funktionen und Strategien. Wiesbaden.

Reddy, S.; Irkal, J.; Srinivasamurthy, A. (2017): Postoperative delirium in elderly citizens and current practice. In: Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology, Vol. 33 (2017), Nr. 3, S. 291-299.

Registered Nurses' Association of Ontario (Hrsg.) (2016): Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care. 2. Aufl. Toronto, https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/RNAO_Delirium_Dementia_Depression_Older_Adults_Assessment_and_Care.pdf (Stand: 01.04.2022).

Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 19 (2007), Nr. 5, S. 349-357.

Toye, C.; Matthews, A.; Hill, A.; Maher, S. (2012): Experiences, understandings and support needs of family carers of older patients with delirium: a descriptive mixed methods study in a hospital delirium unit. In: International Journal of Older People Nursing, Vol. 9 (2014), Nr. 3, S. 200–208.

Schubert, M.; Massarotto, P.; Wehrli, M.; Lehmann, A.; Spirig, R.; Hasemann, W. (2010): Entwicklung eines interprofessionellen Behandlungskonzepts „Delir“ für eine medizinische und eine chirurgische Intensivstation. In: intensiv, Vol. 18 (2010), Nr. 6, S. 316-323.

Smithburger, P.; Korenowski, A.; Alexander, S.; Kane-Gill, S. (2017): Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. In: Critical Care Nurse, Vol. 37 (2017), Nr. 6, S. 1-9.

Schmitt, E.; Gallagher, J.; Albuquerque, A.; Tabloski, P.; Lee, H.; Gleason, L.; Weiner, L.; Marcantonio, E.; Jones, R.; Inouye, S.; Schulman-Green, D. (2019): Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. In: The Gerontologist, Vol. 59 (2019), Nr. 2, S. 327–337.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Gesundheit Fachserie 12, Reihe 6.2.1, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/diagnosedaten-krankenhaus-2120621167004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.04.2022).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2021): Anzahl vollstationärer Fälle von Delir* in Deutschland in den Jahren 2009 bis 2018, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/557266/umfrage/anzahl-vollstationaerer-faelle-von-delir-in-deutschland/> (Stand: 01.04.2022).

Stenwall, E.; Sandberg, J.; Jönhagen, M.; Fagerberg, I. (2008): Relatives' experiences of encountering the older person with acute confusional state: experiencing unfamiliarity in a familiar person. In: International Journal of Older People Nursing, Vol. 3, (2008), Nr. 4, S. 243–251.

Strauss, A.; Corbin, J. (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim.

UK EQUATOR Centre (Hrsg.) (2021): The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews, <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/> (Stand: 01.04.2022).

Verloo, H.; Schmid, R.; Rohrbach, E.; Hasemann, W. (2017): Risikofaktoren, Risikofaktoren-Management, Prävention. In: Savaskan, E.; Hasemann, W. (Hrsg.): Leitlinie Delir. Eine Empfehlung zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern 2017, S. 41-61.

Waszynski, C.; Milner, K.; Staff, I.; Molony, S. (2018): Using simulated family presence to decrease agitation in older hospitalized delirious patients: A randomized controlled trial. In: International Journal of Nursing Studies, Vol. 77 (2018), Nr. 1, S. 154-161.

Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: Robert Koch Institut (Hrsg.): GBE kompakt, Vol. 6 (2015), Nr. 3, S. 1-12.

Willems, H. (2002): Abschied nehmen. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern 2002, S. 41-66.

Witlox, J.; Eurelings, L. Jonghe, J.; Kalisvaart, K. Eikelenboom, P.; van Gool, W. (2010): Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. In: JAMA, Vol. 304 (2010), Nr. 4, S. 443-451.

Zoremba, N.; Coburn, M. (2018): Delir im Krankenhaus. In: Deutsches Ärzteblatt International, Vol. 116 (2019), Nr. 7, S. 101-106.

Korrespondenzadresse

Gesa Meyer

Baldeplatz 1
80469 München

E-Mail: gesa.meyer@tum.de