

M. A Berufspädagogik (PO 12821)

Art der Prüfungsleistung: **Hausarbeit**

Modul-/Prüfungsnummer: 13/1309

(hier tragen Sie die Nummer ein, für die Sie in HIS angemeldet sind! Nur so ist eine Zuordnung und entsprechende Weiterleitung möglich.)

Sommersemester 2022

Abgabetermin: 12.09.2022

An das Prüfungsamt Fachbereich 4

(Abgabe ausschließlich digital an die entsprechende E-Mail-Adresse für digitale Abgaben – Informationen dazu finden Sie auf der Prüfungsamtshomepage. Informieren Sie sich bitte!)

zur Weiterleitung an:

Dozent/Dozentin: Fr. Schallenkammer, Fr. Schulze

Thema:

Familienfreundliches Krankenhaus

vorgelegt von:

Name, Vorname:

Abdirahim, Hamdi

Matrikelnummer:

1210349

E-Mail-Adresse der Hochschule:

abdirahi@stud.fra-uas.de

Einzelarbeit

Gruppenarbeit mit: Tamara Harth, Annika Müller

Inhaltsverzeichnis

Einleitung (Annika Müller)	2
1 Theoretischer Rahmen (Annika Müller)	2
<i>1.1 Definitionen</i>	3
1.1.1 Familie	3
1.1.2 Modelle und Theorien	3
1.1.3 Familienorientierte Pflege	3
1.1.4 Systemtheorie	4
<i>1.2 Das Projekt „Familienfreundliches Krankenhaus am Klinikum Höchst“</i>	4
<i>1.3 Familienorientierte Pflegemodelle</i>	5
1.3.1 Entwicklung der familienzentrierten Pflege	5
1.3.2 Familienorientierte Pflege nach Marie- Luise Friedemann	6
1.3.3 Das Calgary- Familien- Interventions- Modell	7
2 Methodik (Tamara Harth)	8
3 Hauptteil (Tamara Harth und Hamdi Abdirahim)	9
4 Diskussion (Tamara Harth und Hamdi Abdirahim)	20
5 Fazit (Annika Müller)	23
Literaturverzeichnis	24
Eidesstattliche Erklärung	26
Anhang: Systematische Literaturrecherche (Hamdi Abdirahim)	27

Einleitung (Annika Müller)

¹“Ob Klein-, Groß- oder Patchwork-Familie, von 0 bis 100 Prozent Migrationshintergrund – alle gelebten Familienformen gehören dazu (Frankfurter Kinderbüro, 2018).” So lautet der Auftakt in der Broschüre “Familienfreundliches Krankenhaus” erstellt vom Frankfurter Bündnis für Familien. Seit 2005 arbeitet dieses Bündnis an der Familienfreundlichkeit der Stadt Frankfurt. Dies bezüglich findet alle zwei Jahre ein Frankfurter Familienkongress zur Besprechung von familienpolitischen Themen statt. Aus diesem Bündnis entwickelte sich 2011 das Bündnis West, welches auf Stadtteilebene aktiv ist. Ein besonderes Projekt stellt das Familienfreundliche Krankenhaus im Klinikum Höchst dar, welches 2018 abgeschlossen wurde. Das Ziel des Projektes war es, den Eingangsbereich im Neubau Klinikum Höchst unter der Berücksichtigung von Patienten, Besucher und Mitarbeiter des Klinikums zu gestalten. In Rahmen des Projekts wurde die Zielgruppe, Erwachsene, Kinder, und Senioren nach ihren Wünschen und Vorstellungen in Bezug auf ein familienfreundliches Krankenhaus befragt. Neben den bisherigen Angeboten wie beispielsweise Babylotsen, Nachsorgeteam Rückenwind, Clown Doktoren setzt das Klinikum Höchst nun auch architektonisch auf ein Familienfreundliches Krankenhaus mit Farbkonzepten und Baustil (Frankfurter Bündnis für Familien, 2018). Auch wurden beispielsweise bei der Entwicklung der Leitsysteme Analphabeten, Kinder und Migranten berücksichtigt, indem Piktogramme und Farben verwendet wurden. Laut Aussage von Frau Weber et al. bietet beispielsweise ein Klinik Empfangsbereich, welcher die Bedarfe von Familien berücksichtigt eine gute Aufenthaltsqualität sowie eine sichere und klare Wegeführung unabhängig von Alter, Sprache und Bildung (Weber, 2018, 3).

Anlässlich dieses Projektes stellte sich die Frage, welche Konzepte und Modelle gibt es in der Pflege, um die Familienfreundlichkeit zu unterstützen.

1 Theoretischer Rahmen (Annika Müller)

Im theoretischen Rahmen sollen die wichtigsten Begriffe definiert werden. Des Weiteren wird das Projekt familienfreundliches Krankenhaus, welches Thema der Ringvorlesung an der University of Applied Sciences in Frankfurt war, vorgestellt und auf die familienorientierte Pflege, Postmoderne, Systemtheorie eingegangen werden.

¹ Die vorliegende Hausarbeit wurde von Hamdi Abdirahim formatiert.

1.1 Definitionen

Im Folgenden werden die Begriffe Familie, Modelle und Theorien sowie familienorientierte und familienzentrierte Pflege definiert und erörtert.

1.1.1 Familie

Im Laufe der Jahrhunderte hat sich das Familienbild einem Wandel unterzogen. Nach heutigem Verständnis gibt es die Zwei- Generationen- Kernfamilie wie Vater, Mutter, Kind. Diese Ansicht unterzieht sich jedoch auch einem Wandel, da es noch andere Familienformen gibt. Hierzu gehören gleichgeschlechtliche Partnerschaften, alleinerziehende Elternteile und viele mehr (Kriwert 2020). Laut dem ICN- Kodex aus dem Jahr 2021 stellt Familie eine soziale Einheit, die aus Mitgliedern besteht, dar, welche durch Blut, Verwandtschaft, emotionale oder rechtliche Beziehungen verbunden sind (ICN- Kodex, 2021,27). Auch das Frankfurter Bündnis für Familien ist der Ansicht, dass alle gelebten Familienformen zur Familie dazu gehören, wie beispielsweise die Patchwork- Familie (Frankfurter Bündnis für Familien, S16, 2018). Des Weiteren gibt es Großfamilien, kleine Familien, quer durch alle Altersklassen (ebd.).

1.1.2 Modelle und Theorien

Für den Professionalisierungsprozess in der Pflege stellt die Entwicklung von Theorien und Modellen eine Wichtigkeit dar. Doch was sind eigentlich Modelle und Theorien? „Theorien haben einen vorläufigen Charakter, d. h. sie basieren auf Wertvorstellungen und Annahmen des Theoretikers. Die Theorien werden in der Praxis mittels wissenschaftlicher Forschung überprüft. Gegebenenfalls kommt es hierdurch zu einer Bestätigung, Umformulierung oder Korrektur der Theorie“ (Lauber A. 2017). Währenddessen handelt es sich bei einem Modell um eine „vereinfachte Darstellung der Funktion eines Gegenstands oder des Ablaufs eines Sachverhalts. Sie sollen dazu beitragen, einen Gegenstand oder einen Sachverhalt besser verstehen zu können“ (ebd.).

1.1.3 Familienorientierte Pflege

Die professionelle Pflege sollte nicht nur den einzelnen Pflegeempfänger, sondern auch sein Familiengefüge im individuellen Setting berücksichtigen. Dies bedeutet, dass sich die Familienorientierte Pflege am familiären System mit seinen individuellen und strukturellen Rahmenbedingungen ausrichtet. Das beinhaltet die Beachtung der spezifischen Situation einzelner familiärer Zielgruppen von Pflege und die Umsetzung darauf bezogener Pflege- und Betreuungskonzepte.“ (Hochschule Osnabrück, 2021).

Wie sich zeigt, betrachtet der Ansatz der familienorientierten Pflege die gesamte Familie. Familienorientierte Pflege sieht jedes Mitglied dieser sozialen Gemeinschaft als Adressat an und bezieht die Familienmitglieder aktiv in den Pflegeprozess ein (Shields, 2019.) Laut Friedemann und Köhlen stellt dies eine umweltorientierte Pflege dar, da die direkte Umwelt der Familie, welchen direkten Einfluss ausübt, miteinbezogen wird (Köhlen, 2012). Ein wichtiges Kennzeichen der familienorientierten Pflege stellt die partnerschaftliche Kooperation von Bezugspersonen und professioneller Pflege in Bezug auf das Erreichen der gemeinsam festgelegten Ziele dar. Die partnerschaftlichen Kooperationen sind durch eine vertrauens- und respektvolle Beziehung geprägt. Ein weiteres Hauptmerkmal stellt das Klären gegenseitiger Erwartungen und die Rollenaushandlung sowie der Informationsaustausch dar. Dies bedeutet, dass Bezugspersonen selbst entscheiden können, in welchem Maße sie in der Behandlung und Pflege integriert werden und Verantwortung übernehmen wollen (Schwarz, B. 2017). Zusammenfassend lässt sich die familienorientierte Pflege wie folgt definieren:

„Die familienorientierte Perspektive der Pflege ist gesundheitsorientiert, umfassend (holistisch), interaktionistisch sowie die Familie stärkend und fördernd. Dieses Pflegeverständnis drückt sich entsprechend bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen aus. Pflegemaßnahmen sind alle Pflegehandlungen, die im Kontext der Beziehung zwischen Einzelpersonen, Familie, Gemeinde und Pflegeperson stehen und für die die Pflegeperson zuständig ist. Sie erfolgen anhand des Pflegeplans in Zusammenarbeit mit der Familie sowie anderen involvierten Personen und werden modifiziert, wenn die Familiensituation sich verändert“ (Köhlen C.). Ein Beispiel für die familienorientierte Pflege stellt die Theorie von Marie- Luise Friedemann dar, welches beispielsweise auch curricular im Bremer Curriculum verankert ist. Auf dieses wird im weiteren Verlauf eingegangen.

1.1.4 Systemtheorie

Die Systemtheorie stellt einen theoretischen Ansatz zur Erforschung von Systemen dar und hat das Ziel, Muster aufzudecken und den Fokus von Teilen zum Ganzen zu lenken. Sowohl das Das Calgary- Familien- Interventions- Modell als auch die familienorientierte Pflege nach Friedemann orientieren sich an der Systemtheorie (Wright et. al.).

1.2 Das Projekt „Familienfreundliches Krankenhaus am Klinikum Höchst“

Die Arbeitsgruppe „Familienfreundliches Krankenhaus- Stadtteibündnis West“ mit der Thematik „Familienfreundliches Krankenhaus Höchst“ hatte zum Ziel, den Eingangsbereich im Neubau des Klinikums Höchst unter der Berücksichtigung von

Patienten, Besucher sowie Mitarbeiter des Klinikums, zu gestalten (Frankfurter Bündnis für Familien). Das Projekt verlief in diversen Phasen. Zu Beginn wurden Kliniken in der Umgebung vor Ort besucht. Anschließend erfolgte ein fachlicher Input, sowie die Entwicklung von Beteiligungsverfahren der Nutzer in Form der Zukunftswerkstatt. Referentin war Frau Leydecker Silvia, Innenarchitektin. Im nächsten Schritt erfolgte eine Befragung von Kindern, Senioren und Besucher des Klinikums. Diese Ergebnisse wurden wiederum analysiert und die Ergebnisse dokumentiert. Einige Ergebnisse waren, dass Mutter- Kind- Parkplätze gekennzeichnet sind und es kompetente Ansprechpartner gibt. Die Wände sollen farbig sein und der Eingangsbereich hell, modern und freundlich. Beschilderungen sollen sowohl für Menschen mit Migrationshintergrund als auch für Kinder verständlich sein. Daraufhin wurden in den nächsten Schritten die ersten Ergebnisse präsentiert und die Broschüre zum Thema „Klinikum Frankfurt Höchst- das Klinikum für die ganze Familie Handlungsempfehlungen für ein familienfreundliches Krankenhaus“ erstellt. Hierbei wurden Expertenartikel, sowie die Ergebnisse der Arbeitsgruppe und Daten zum Frankfurter Westen zusammengestellt. Abschließend wurde am 20.06.2018 die Broschüre vorgestellt (Frankfurter Bündnis für Familien,2018). Das Klinikum Frankfurt Höchst setzt wie in der Einleitung bereits beschrieben, auf Farbkonzepte. Zudem sorgen vernetzte Stationen für kürzere Wege und eine bessere Orientierung (ebd.).

1.3 Familienorientierte Pflegemodelle

Familien in ihre Gesundheitsversorgung miteinzubeziehen, stellt die ethische und auch moralische Verpflichtung von Pflegefachpersonen dar (Wright et al. kindleversion.), denn die Familie hat einen beträchtlichen Einfluss sowohl auf das Wohlbefinden als auch auf die Gesundheit derer Mitglieder. Es lässt sich jedoch nur dann verantwortungsvoll umsetzen, wenn diese auf fundierte Familien Assessment und Interventionen sowie einer beziehungsorientierten Zusammenarbeit basiert (ebd.). Daher soll im Folgenden auf die familienzentrierte Pflege, deren Entwicklung sowie Modelle eingegangen werden.

1.3.1 Entwicklung der familienzentrierten Pflege

Auch wenn es nicht immer ausdrücklich genannt wurde, war es seit jeher üblich, die Familie in die Pflege miteinzubeziehen. Die Pflege hatte ihren Beginn im ambulanten Setting und somit war die Einbeziehung der Familie etwas vollkommen Natürliches. Während des zweiten Weltkrieges verlagerte sich die Pflege in die Krankenhäuser. Dies hatte zur Folge, dass die Familie nicht nur von der Versorgung der Kranken, sondern auch von wichtigen Ereignissen wie beispielsweise einer Geburt ausgeschlossen wurde

(ebd.) Florence Nightingale, die Begründerin der modernen Pflege, hob die Trennung in Bezug der Pflege des Individuums und der Familie auf. Nightingale entwickelte keine explizite Theorie in Bezug auf die Familie, es kann jedoch vermutet werden, dass auch die Familie im Interesse der modernen Pflege stand. Die Public Health Nurse, welche die Familie als Einheit ansah, gewann mit ihrer Sichtweise bis zum Jahr 1930 an Bedeutung. Im Standartlehrplan von 1917 waren Anweisungen niedergeschrieben, welche die zukünftigen Pflegekräfte auf die Aufgaben einer Public Health Nurse und einer Private Duty Nurse vorbereiten sollten. „Ein Statement aus dem Jahr 1923 stellt fest, dass jeder Plan zur Gesundheitserziehung, der nicht die ganze Familie einbezieht, unbrauchbar ist. Obwohl bereits in dieser Zeit Angaben zur Vorbereitung von Public Health Nurses für ihre Tätigkeit in familienorientierter Pflege existierten, gab es noch keine Pflegelehre, die sich dieses Pflegebereiches explizit annahm (ebd.). Im Jahr 1937 veröffentlichte die Nationale Vereinigung für die Pflegeausbildung eine Lerneinheit in Bezug auf die moderne Familie und die Auswirkungen des modernen Lebens auf die Funktion und Organisation der Familie. Die tragende Rolle der Pflege bei der Gesundheitserhaltung und Krankheitsprävention wurde in den Fokus genommen. Familien mussten von den Pflegenden als Ganzes betrachtet werden und wissenschaftliche Literatur in Bezug auf die Familie musste miteinbezogen werden. Seit den 1950er Jahren nimmt die Thematik an Bedeutung zu und die Anzahl der Veröffentlichungen steigt. Seit 1973 wird die Pflege der Familie mit der Pflege des Individuums in den Richtlinien und praktischen Standards in unterschiedlichen Pflegebereichen vom Amerikanischen Bund der Pflegekräfte gleichgestellt. Die Gemeindepflege mit dem Fokus der Public Health oder Distric Nursing stellt den Ausgangspunkt für eine familienorientierte Pflege da. Es wurde schon früh erkannt, dass man die Familie als Einheit ansehen muss. (ebd.) Das familienorientierte Pflegekonzept wurde in den USA entwickelt und integriert sich nun auch in Deutschland (Kohlen C. 2012).

1.3.2 Familienorientierte Pflege nach Marie- Luise Friedemann

Marie- Luise Friedemann wurde 1942 in der Schweiz geboren und absolvierte ihre Pflegeausbildung in San Francisco. 1977 erlangte sie den Master in psychiatrischer Pflege/ Mental Health Nursing. Im Jahr 1986 begann die Entwicklung der Theorie des systemischen Gleichgewichts. Die Theorie entstand aus der Notwendigkeit heraus, einen Ansatz, für Familien mit diversen Hürden, zur Familientherapie zu entwickeln (Friedemann et. Al.). In ihrem Buch schreibt Frau Friedemann: „Die Theorie des systemischen Gleichgewichts hat sich durch einen Prozess von induktiven und deduktiven Denkprozessen entwickelt. Sie stellt eine Synthese meines Lebens und

meiner beruflichen Erfahrungen, meiner Weltanschauung und Persönlichkeit dar und wird durch Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur und Forschung bereichert. Folglich fanden Spuren und Bruchstücke der Werke anderer Wissenschaftler/-innen und Praktiker/-innen der Pflege, wie (Martha) Rogers, (Imogene) King und (Margaret) Newman, und Familientheoretiker und -forscher einschließlich Kantor und Lehr, Minuchin, Haley und Beaver Einzug – wurden neu formuliert und wurden Teil meines Diskursuniversums“(ebd.). Friedemann versteht die Pflege als einen Prozess, „der das Streben nach Kongruenz, d. h. nach einem Gleichgewicht in menschlichen Systemen erleichtert oder ermöglicht.“ (Köhlen C. 2012). Ziel hierbei stellt die Gesundheit des Individuums (Kindes)/der Familie als Ausdruck dieser Kongruenz dar. Kaum unterscheiden lässt sich hierbei die individuelle Pflege, sowie die Pflege der Familie. Grund hierfür ist die Wechselbeziehung zueinander. Besonders hilfreich ist dieses Grundverständnis in Blick auf die Pflege von Kindern und deren Familien. Nach dem Pflegeverständnis der familien- und umweltbezogenen Pflege agiert die Pflegenden je nach Bedarf auf der Ebene des Kindes oder der Familie. Aufgrund des direkten Austauschs mit allen Familienmitgliedern wird diese den Anforderungen in der bestehenden Situation gerecht (ebd.) Um Wachstum und Stabilität zu erreichen wird die Familien in einer Akutsituation in Bezug auf die Lebenssituation während des Pflegeprozesses gestärkt, um somit ein gemeinsames Wachstum und Stabilität zu erreichen. Der Schutz und die Förderung der Gesundheit des Kindes sowie der Familie stellt ein Ziel der familienorientierten Pflege nach Friedemann dar. Ein Kriterium der Familiengesundheit stellt das Wohlbefinden aller Familienmitglieder dar (ebd.). „Die Aufgabe der Pflegenden besteht darin, sowohl gesundheitsfördernde und störende Prozesse wahrzunehmen als auch mit der Familie Prozesse zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Behinderung von Kongruenz in der Familie zu identifizieren(ebd.).

1.3.3 Das Calgary- Familien- Interventions- Modell

Das Calgary Familien- Interventions- Modell, kurz CFIM, welches von Lorraine Wright & Maureen Lealey entwickelt wurde, ist laut Literatur das erste Familien- Interventions- Modell, welches im Bereich der Pflege entstanden ist. Es stellt einen strukturierten Rahmen dar, welcher die Schnittstelle „zwischen einem bestimmten Bereich der Familienfunktion- kognitiv, affektiv oder verhaltensbezogen- und einer bestimmten, von Gesundheitsfachpersonen empfohlenen Intervention“ (Wright et. Al.) darstellt. Es schafft die Voraussetzungen für Veränderung und Heilung und stellt wie oben beschrieben die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Familie in den Mittelpunkt. Das bedeutet, dass es aufzeigt, ob ein Bereich der Familienfunktion und der Pflegeintervention

zusammenpasst. (ebd.). Hierbei beantwortet es Fragen wie: In welchem Bereich der Familienfunktion soll diese Intervention eine Veränderung herbeiführen? Oder zeigt sie Wirkung bei dieser Familie?“ (familienzentrierte Pflege). Das Ziel des CFIM stellt die Förderung, Verbesserung sowie Aufrechterhaltung einer effektiven Familienfunktion in den folgenden Bereichen dar: Kognitiv, affektiv und Verhaltensbezogen (ebd.). Es handelt sich hierbei um ein nicht hierarisches Modell, welches sich an Resilienz, Stärken und auch partnerschaftlicher Zusammenarbeit orientiert (ebd.). Es basiert sowohl auf den Denkmustern der Postmodernen als auch auf der biologisch begründeten Erkenntnistheorie. Das Modell eignet sich auch für unterschiedlichen Kulturen, da die ausgewählten Interventionen auf den bestimmten kulturellen Gegebenheiten beruhen bzw. mit diesen übereinstimmen. Dies stellt eine Voraussetzung dar. Das CFIM stellt ein Instrument dar, mit welchem festgestellt werden soll, welcher Bereich der Familienfunktion verändert werden muss und welche Intervention diesbezüglich am besten geeignet ist, um eine Veränderung in diesem Bereich zu erzielen (ebd.).

2 Methodik (Tamara Harth)

Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Welche Modelle und Konzepte gibt es in Bezug auf familienorientierte Pflege?“ ist eine systematische Literaturrecherche im Juni und Juli 2022 durchgeführt worden. Dabei wurden die Datenbanken Carelit, Livivo, Medline, Cochrane und Cinahl mit den Schlagworten „Modell“, „Konzept“, „Familie“ und „Pflege“, kombiniert mit dem Bool'schen Operator „AND“, durchsucht. Darüber hinaus wurden die Schlagworte miteinander verbunden zu „familienzentrierte Pflege“ oder „Modell der Pflege“. Hinzu kommt, dass die Schlagworte in deutscher und englischer Sprache verwendet wurden.

Um das Thema einzugrenzen, sind Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt worden. Verwendet werden alle Studien und Fachartikel, welche die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung in den Fokus nehmen. Es wurden einzig deutschsprachige Studien verwendet. Die Grundlage hierfür bildet die Tatsache, dass das Pflegeverständnis in deutschsprachigen Ländern deutlich von dem internationalen Pflegeverständnis abweicht (Kreutzer, 2019). Ausgeschlossen werden hingegen Studien und Fachartikel, welche keine Modelle und Konzepte aufzeigen oder sich nicht auf familienorientierte Pflege beziehen. Veröffentlichungen vor dem Jahre 2012 werden aufgrund der notwendigen Aktualität ebenfalls ausgeschlossen. Insgesamt wurden elf Studien und Artikel eingeschlossen.

3 Hauptteil (Tamara Harth und Hamdi Abdirahim)

In diesem Kapitel werden die eingeschlossenen Studien und Artikel inhaltlich² zusammengefasst.

Der Artikel von Reichart **“Gesundheit und Krankheit ist Familiensache”** handelt von dem Calgary Family Assessment Modell (CFAM). Zu Beginn wird die familienzentrierte Pflege und der Begriff der Familie definiert. Laut Reichart ist es wichtig sich bei der Pflege auf die Familie zu beziehen, da hieraus mehr Optionen für Heilung und Linderungen geboten werden, als wenn nur die betroffene Person betrachtet wird. Anhand von Statistiken wird aufgezeigt wie häufig familiäre Unterstützungen stattfinden. Betont wird, dass professionelle Pflege meist erst hinzugezogen wird, wenn die zeitlichen und persönlichen Ressourcen der Familie ausgehen, die Belastung zu groß oder Fachwissen benötigt wird. Aufgrund dessen sei es für Pflegende wichtig sich in die bereits bestehenden Familienstrukturen einzudenken. Hierbei hilft das Calgary Family Assessment Modell, dessen Grundlage die Kybernetik, die Systemtheorie, die Kommunikationswissenschaft und die Veränderungstheorie ist. Das Modell ist in die drei Kategorien der Familienstruktur, Funktion und Entwicklung unterteilt. Beim Anwenden wird erlernt, wie Familien zusammenarbeiten, sodass Familienprozesse angeregt und gestärkt werden können. Um den Bedürfnissen von Familien in der Pflegearbeit gerecht werden zu können, müssen Kompetenzen vorhanden sein. Diese beinhalten zum einen die Fokussierung auf die Stärke der Familie und das systemische Denken und zum anderen die selbstreflektierte Praxis sowie das Ausführen von evidenzbasierter Pflege.

Das Herausfordernde an der Familienarbeit ist das Akzeptieren von verschiedenen Realitäten und mannigfaltigen Ansichten, die von den jeweiligen Familienmitgliedern als wahr erlebt werden. Ziel ist es Themen zu finden, die optimiert werden sollen und die unterschiedlichsten Grundüberzeugungen zu erfassen und zu thematisieren. Hier muss bedacht werden, dass Familien es zumeist als unnatürlich und störend empfinden, wenn sie beobachtet werden. Reichart stellt heraus, dass es Pflegefachpersonen besser gelingt sich in Familien einzufinden, wenn diese ein familienzentriertes Pflegeverständnis von vornherein mitbringen. Das entsprechende Handwerkszeug zum Beziehungsaufbau liegt in der wertschätzenden Kommunikation. Kennzeichen dafür sind das aufmerksame Zuhören, gezielte Fragen stellen, empathische Beziehungsaufbau, Wertschätzung aussprechen und Anerkennungen zeigen. Assessmentinstrumente können im Erstkontakt hilfreich sein. Jedes noch so kurze authentische Gespräch sei dabei von Bedeutung.

² 1. Teil geschrieben von Tamara Harth

Ein besonderes Augenmerk legt Reichart auf das bilden von Hypothesen. Diese laden zum einen zur Reflexion über die verschiedenen Ansichten ein und verhindern zum anderen voreilige Schlüsse. Darüber hinaus seien sie Teil der pflegerischen Intervention. Hypothesen bilden ein tiefes Verständnis der Situation ab. Sie können zur Qualitätssicherung und zu Teambesprechungen verwendet werden. Ziel der Hypothesen ist es zu verstehen, was die Familie von sich selbst denkt. Lässt man diese Hypothesen von der Familie bestätigen, so werden zugleich die Denkprozesse und die Familienzusammenarbeit angeregt. Es gilt den Leidensdruck der Familienmitglieder aufzuspüren. Letztendlich zählt Reichart geeignete Familieninterventionen auf, wie Informationen vermitteln, Unterstützungen durch die verschiedenen Familienmitglieder mobilisieren, zu Erholungspausen ermutigen und Rituale entwickeln (Reichart, 2021).

Der Artikel von **Hilpertshauser-Müller und Preusse-Bleuler „Sowohl als auch“** zeigt die Anwendung des Calgary Familie Modells am Beispiel einer 89 Jahre alten Patientin und ihrer Familie auf. Einleitend wird erwähnt, dass Missverständnisse und Konflikte mit Angehörigen häufig eine Herausforderung für Pflegekräfte darstellen. Das familienzentrierte Arbeiten, systemische Hypothesen und lösungsorientierte Sprache tragen zur Konfliktbewältigung bei. Ausgangspunkt des Artikels stellt ein Konflikt zwischen der 89jährigen Patientin, dem ambulanten Pflegedienst, ihre Verwandten Theresa und dem Sohn dar. Es wird erwähnt, dass das Hinzuziehen eines ambulanten Pflegedienstes unterschiedliche Auslöser haben kann. Ebenfalls kann er nicht von allen Betroffenen gewollt sein (wie im Fallbeispiel) und emotionale Spannung mit sich bringen. Zunächst werden daher familienzentrierten Ziele wie der Vertrauensaufbau in den Blick genommen. Weitere Ziele sind die Milderung von Symptomen und Alltagsbelastungen, die Förderung der Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit, sowie die Optimierung der innerfamiliären Kommunikation. Zusammenfassend ist die gesamte Familie zu stärken. Um in dem Fallbeispiel Fuß zu fassen, wurden die Erfahrungen und die Expertise von Theresa erhoben und anerkannt. Später wurden systemische Hypothesen zu den möglichen Problemen und zu den potentiellen Stärken gebildet. Konkret helfen die Hypothesen Vorannahmen transparent zu halten und öffnet für differenziertes Nachfragen und Beobachten. Es wurden stets alle Parteien in den Blick genommen. In dem Konfliktgespräch wurde sich an die BAIA-Struktur gehalten, sodass alle zu Wort kamen. Die Anerkennung der Expertise aller Parteien legt den Grundbaustein für die partnerschaftliche Zusammenarbeit. Jene Anerkennung sollte dabei authentisch, ehrlich und an alle Familienmitglieder gleichermaßen sein.

Schlussendlich heben die Autoren hervor, dass sich die Grundeinstellung und die Sprachwahl gegenseitig beeinflussen. Als Beispiel wird der Satzanfang "sowohl als auch" genannt, der im Vergleich zu "entweder oder" öffnend und ermutigend wirkt.

Letztendlich erhöht das Verwenden von familienzentrierter Pflege die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften und führt zu einem positiveren Pflege-Outcome (Hilpertshauser-Müller, Preusse-Bleuler, 2021).

Der Artikel von **Carter** **“Pflegetypen kritisch hinterfragt”** kritisiert die familienzentrierte Pflege. Zu Beginn stellt Carter klar, dass die familienzentrierte Pflege weltweit in vielen Settings und Situationen eingesetzt wird. Laut Carter legen die Ergebnisse der Konzeptanalyse nahe, dass die familienzentrierte Pflege allerdings unzureichend ausgereift und zugleich ein sehr abstraktes Konzept sei. Über dies gebe es keine Einigung, was die familienzentrierte Pflege genau umfasse oder wie Familie definiert ist. Häufig werden nur Mütter in der familienzentrierten Pflege erfasst und auch nur diese werden in Studien befragt. Als Lösungsvorschlag stellt Carter das kinderzentrierte Pflegemodell vor, wobei Kinder wie Jugendliche gleichermaßen gemeint sind. Jenes ebenfalls umstrittene Pflegemodell stelle das Kind/den Jugendlichen der Familie in den Vordergrund ohne die Eltern bzw. die erweiterte Familie dabei auszuschließen. Dies beinhaltet, dass den Kindern die Rechte auf Mitbestimmung und aktiver Beteiligung eingeräumt wird und auf Wünsche der Kinder eingegangen wird. So seien die Interessen des Kindes oder Jugendlichen stets der Ausgangspunkt für die Pflegeplanung. Dem Modell der kinderzentrierten Pflege muss entgegengehalten werden, dass es noch am Anfang der Entwicklung steht. Das heißt, dass es bisher noch keine Einigkeit dazu gibt, was das Konzept beinhaltet. Es gibt nur wenig Evidenz und bis weil keinerlei Orientierungshilfen für die Implementierung des Modells. Darüber hinaus kritisiert Carter ebenfalls, dass Kinder oft geistig noch nicht reif genug für bewusste Entscheidungen sind. Zumal es oft an der Fähigkeit, sich aktiv zu beteiligen, scheitert. Positiv sei laut Carter, dass den Eltern eine geringere Machtposition zugeordnet werden, da es Eltern möglicherweise nicht immer nur um das Beste ihres Kindes bestellt sei. Ebenfalls wird kritisch hinterfragt, ob das Modell bei Säuglingen und Kindern angewendet werden kann, wenn diese nicht in der Lage sind ihre Meinung zu äußern. Nur ein Teil der Familie wird im kinderzentrierten Pflegemodell betrachtet. Während dies auf der einen Seite eine zu geringe Perspektive aufzeigt, kann auf der anderen Seite positiv hervorgehoben werden, dass nicht alle Kinder in ihren Familien ein sicheres, schützendes und wohlwollendes Umfeld vorfinden. In dem Artikel von Carter werden darüber hinaus noch weitere Einflussfaktoren genannt, die auf die Kinder einwirken, wie Schule, Freunde. Dazu wird das System “Ökologie der menschlichen Entwicklung” von Bronfenbrenners angeführt. Zusammenfassend ist hierzu zu sagen, dass es eine Vielzahl an dynamischer und diverser Einflussfaktoren gibt, die das Wachstum und die Entwicklung des Kindes beeinflussen. Abschließend merkt Carter an, dass vor diesem

Hintergrund es kritisch sei, nur der Familie in der familienzentrierten Pflege eine solche hohe Bedeutung zuzuschreiben.

Ein weiterer Aspekt sei, dass die Interaktion der Pflegenden sich ebenfalls auf das Kind auswirken. Bei jeder Interaktion soll die Kapazität und die Fähigkeit des Kindes berücksichtigt werden. Schlussendlich fasst Carter zusammen, dass es bisher keine Beweise dafür gebe, dass die kinderzentrierte Pflege der familienzentrierten Pflege überlegen sei. Das Potential der kinderzentrierten Pflege sieht Carter darin, Pflegekräfte einen Anstoß zur Reflexion zu geben. Es solle überdacht werden, wie sie Kinder innerhalb des Gesundheitswesens zu positionieren gedenken. An dieser Stelle ist zu unterstreichen, dass Kinder in sämtliche Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden können (Carter, 2020).

Ein weiterer Fachartikel stammt von **Linda Shields** **“Die Familie im Fokus”**. Sie nimmt die historische Entstehung der familienzentrierten Pflege, sowie die pflegewissenschaftlichen Aufgaben in den Blick. Am Anfang stellt Shields die fehlende Definition der familienzentrierten Pflege und die fehlende Überprüfung ihrer weit verbreiteten, praktischen Anwendung gegenüber. In einem weiteren Kapitel erläutert sie die historische Entwicklung, von den einstündigen Besuchen der Eltern und der daher zurückgezogenen Entwicklung des Kindes über die Pioniere der Forschung bezüglich der Mutter-Kind-Trennung bis hin zu dem politisch gewachsenen Platt-Report, der konkrete Empfehlungen für die Kinder in der Pflege postuliert. Eine der Empfehlungen beinhaltet, dass die Mütter mit ihren Kindern ins Krankenhaus aufgenommen werden sollten. Auf der ganzen Welt fand diese Entwicklung Anklang, wobei jedoch ärmere Nationen oft nicht in der Lage seien, die kostenintensiven Forderungen umzusetzen.

Jene Veränderungen wurden auch in den Pflegemodellen aufgegriffen: In den USA entstand beispielsweise das Modell der Pflege durch Eltern (Care-by-Parents). In den 1960er-Jahren wurden auf Basis dessen ganze Familien in den Krankenhäusern aufgenommen, um das Familienleben fortzuführen. Hingegen in Großbritannien konstruierte Anne Casey ein Modell der kooperativen Pflege (Partnership-in-Care). Bei diesem Modell arbeiten Pflegepersonen und Eltern gemeinsam bei der Pflege des Kindes. Die aufgeführten Modelle gelten als Vorreiter für die familienzentrierte Pflege. Der Text von Shields versucht sich an einer Definition der familienzentrierten Pflege und hebt dabei die Werte Würde, Respekt, Teilhabe, Informationsaustausch und Kollaboration hervor. Shields kritisiert an der familienzentrierten Pflege, dass das Beste zum Wohle der Familie nicht zwingend das Beste zum Wohle des Kindes sei. Überdies richtet Shields den Blick in die Entwicklungsländer, wo die Kultur und die erhöhten Kosten die Implementierung des Modells verhindern. Hier sei es ethisch fragwürdig, bei

knappen Ressourcen in ein so teures Modell ohne Evidenz zu investieren. Shields stellt ebenfalls heraus, dass Eltern die Wahl haben müssen an der Pflege des Kindes teilzunehmen, wohingegen in Entwicklungsländern die Eltern zwingend im Krankenhaus an der Pflege teilnehmen, da sonst kein Personal die Pflege ihres Kindes übernehmen würde. Ein weiteres Missverständnis sei es, dass Eltern immer im Krankenhaus präsent sein müssten. Dabei kann es für die Familie sinnstiftend sein, sich um die weiteren Kinder zu Hause zu kümmern.

In dem letzten Absatz greift Shields das Modell der kinderzentrierten Pflege auf. Anlass zum Entwickeln dieses Modells gab der Kritikpunkt, die familienzentrierte Pflege habe den Blick des Kindes aus den Augen verloren. Zustimmung erhält das jüngste Modell von Vertretern der Rechte für Kinder. Shields beendet den Artikel mit der Aufforderung das Modell der kinderzentrierten Pflege zu definieren, analysieren, erörtern und zu überprüfen. Sie fordert Evidenzen und eine Evaluation bezüglich der Implementierung in der Praxis (Shields, 2019).

Ausgangspunkt der Fachartikel von **Christina Köhlen** ist das Konzept der familien- und umweltbezogenen Pflege sowie die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Vorerst stellt sie in dem Artikel **“Familien- und umweltbezogene Pflege”** klar, dass die Basis das systemische Denken bildet, sprich die zirkulären Zusammenhänge zwischen Ursachen und Wirkung. Weiterhin beschreibt sie das Modell der familien- und umweltbezogenen Pflege nach Friedmann in seinem Aufbau, bestehend aus den Aspekten der Umwelt, des Menschen, der Gesundheit und der Pflege. Diese Aspekte werden von Köhlen ausführlich in dem Fachartikel erklärt. So stellt die Umwelt alles dar, was sich außerhalb des Menschen und der Familie befindet. Der Mensch wird als offenes System verstanden, welcher in der Lage ist Energien und Informationen aufzunehmen und wieder abzugeben. Der Mensch strebt nach Kongruenz und Ausgeglichenheit durch sein Handeln. Er bestimmt seine Identität über die Beziehungen, die er zur Umwelt und anderen Menschen führt. Der Aspekt der Gesundheit bildet den Kern des Erlebens und stellt die Grundlage des Handelns dar. Gesundheit und Krankheit stehen in einer prozesshaften und parallelen Beziehung zueinander. Gesundheit kommt zum Ausdruck bei Erreichen einer ausreichenden Kongruenz. Hierzu kann sich die Pflege aller Mittel bedienen, die zur Kongruenz beim Individuum und der Familie beitragen.

Zusätzlich habe Friedmann die Bedeutung der Familie in einem Positionspapier hervorgehoben, was in der deutschsprachigen Pflege auf Zustimmung traf. In dem Artikel von Köhlen wird Familie als System emotionaler Bindung und gemeinsamer Verantwortung definiert. Es besteht ein ungehemmter Fluss aus Energie und Harmonie

zwischen den Individuen, der Familie und der Umwelt. Daher leitet sich ab, dass bei einer Störung innerhalb der Familie ein Ungleichgewicht bzw. eine Inkongruenz entsteht. Dadurch sind alle Familienmitglieder negativ beeinflusst, wenn ein Familienmitglied erkrankt ist. Weil das beschriebene System allerdings nach Ausgeglichenheit strebt, finden sich in solchen Fällen neue Bindungen und Lösungen. Es kommt zu einer Anpassung. Der Familie sollte bei der Bewältigung der Krise von der Pflege unterstützt und beraten werden.

Weiterhin erklärt Köhler, was die Aufgaben der Familie sind. Hierzu gehört vorerst Stabilität durch Gewohnheiten, Traditionen und Werte herzustellen. Als nächstes gehört Regulation und Kontrolle, sowie Wachstum, sprich die Möglichkeit des Individuums sich persönlich zu entfalten und zu entwickeln, dazu. Als letzte Aufgabe wird die Spiritualität genannt, die vor Isolation und Einsamkeit schützen soll. Familie dient der Systemerhaltung, dadurch dass Handlungen und Strategien organisiert, ebenso wie soziale Rollen aufgeteilt sind. Zusammenfassend wenn sich die Familie und ihre Mitglieder im Einklang und Gleichgewicht mit sich und der Umwelt befinden, so ist die Familie gesund. Familiengesundheit zeichnet sich dadurch aus, dass die Familie ihre Prozesse frei gestaltet und sich in Zufriedenheit mit dem individuellen Familienstil befindet. Für die Pflege bedeutet dies, dass es umfassend und vielschichtig sein kann, wie der Familie zur Gesundheit verholfen werden kann. Abschließend formuliert Köhler Aufgaben für die Pflegewissenschaft und –praxis. Diese beinhalten zum einen das komplexe Pflegemodell in einfachen Worten so zu erfassen, dass es in der pflegerischen Arbeit nützlich sein kann. Zum anderen soll die eigene Position reflektiert werden (Köhler, 2012).

In einem weiteren Artikel fokussiert sich **Köhler** auf die **“Prinzipien der familienorientierten Pflege”**. Am Anfang stellt sie heraus, dass die familienorientierte Pflege in den USA entwickelt wurde, jedoch unklar ist, ob alle Pflegenden auch dasselbe darunter verstehen. Vor diesem Hintergrund, und weil der medizinische Fortschritt für immer mehr chronisch, schwererkrankte, überlebende Kinder führt, deren Familien über einen langen Zeitraum pflegerische Begleitung erhalten, möchte Köhler die grundlegenden Prinzipien der familienorientierten Pflege herausarbeiten. Vorerst betont Köhler, dass in diesem Pflegemodell die gesamte Familie als Patient bzw. Klient angesehen wird. Die Pflege versteht sich als gesundheitsorientiert, interaktive, stärkende und fördernde Beziehungsgestaltung, welche die Familie in den Fokus nimmt. Sie unterscheidet sich von der Familientherapie, indem sie präventiv gesundheitsfördernde Momente umfasst, wohingegen die Familientherapie pathologische Verhaltensauffälligkeiten thematisiert. Ferner erfolgen auch die Umsetzung und Erarbeitung des Pflegeplans in Kooperation mit der gesamten Familie.

Die Pflegekräfte benötigen für die Umsetzung der familienzentrierten Pflege selbstreflexive, analytische und kommunikative Kompetenzen mit einer offenen Haltung. Zudem sollten sie ihre eigenen Grenzen kennen. Zu ihren Aufgaben zählt es Verantwortung über die professionelle pflegerische Beziehung zu übernehmen, die Familie zu unterstützen und zu Veränderungen im Lebensstil zu motivieren sowie die Stärken der Familie zu betonen.

Die vier Prinzipien leiten sich von Macphées Modell der familienorientierten Pflege (1995) ab. Das erste Prinzip beinhaltet, dass die Intervention auf die Familie und nicht auf das Kind fokussiert werden sollte. Begründet wird dies, darin dass beim Unterstützen der Familie automatisch positive Wirkung auf das Kind entstehen. Um hier ansetzen zu können, ist es nötig vorab zu verstehen, wie die Familie funktioniert. Nur so können Pflegeinterventionen geplant werden, die der gesamten Familie helfen. "Arbeite mit der Familie, um Möglichkeiten für alle Familienmitglieder zu schaffen, damit sie Kompetenzen erlangen und gebrauchen, die die Familie stärken", so lautet das zweite Prinzip. Teil dessen ist, dass Ratschläge das Gefühl von Hilflosigkeit verstärken. Eine intensive Informationssammlung mit allen Familienmitgliedern ist an diesem Punkt entscheidend und umfasst Emotionen, Ansichten, Ideen und Bedürfnisse. Das dritte Prinzip thematisiert den Respekt der Familienentscheidungen. Es gilt über die eigene Meinung hinwegzusehen und die Familie in ihrer Entscheidung zu unterstützen und zu stärken. Ein professioneller Umgang mit unterschiedlichen Ansichten ist entscheidend für das Vertrauensverhältnis. Die Pflegekräfte nehmen bei der Entscheidungsfindung die Rolle eines Moderators ein. Das vierte und letzte Prinzip steht dafür, die positiven Aspekte des Kindes und der Familie zu erkennen. Die Grundlage hierfür bildet die These, dass die Familie gut funktioniert, wenn sie sich gut fühle. Es gilt die Fähigkeiten und Ressourcen der Familie zu stärken. Pflegekräfte sollten der Familie offen und vorurteilsfrei begegnen sowie deren Familiengefühl akzeptieren.

Im Großen und Ganzen geht es darum Familiensystem zu verstehen und sie zu befähigen mit den jeweiligen Lebenssituationen zurecht zu kommen. Sie sollen so zu einem neuen Gleichgewicht zurückfinden. Der Fokus liegt auf der Findung von Lösungen und weniger auf der Ursachenforschung. Köhler schließt ihrem Text zur Umsetzungsvorschläge aus der systemischen Beratung an.

Abschließend betont Köhler, dass eine Schulung zu Gesprächstechniken zur Anwendung nützlich seien und zählt Beispiele für eine gelungene Gesprächsgestaltung vor. Eines davon umfasst die Konzentration auf die genannten Gefühle, die in Gesprächen nicht ignoriert werden sollen (Köhler, 2012).

In der Studie von **Krüger et al.** wurden acht Familien zu ihrer Einschätzung Family Health Nurse, welche fortgebildet nach dem WHO-Konzept sind, befragt. Die Studie heißt: **“Die WHO-Pilotstudie zur Family Health Nurse in Deutschland: Sichtweisen von Familien zur Familiengesundheitspflege – Eine qualitative Untersuchung”**. Erforscht wurde, wie die Familien die Rolle der Family Health Nurse wahrnehmen und wie die Unterstützung erlebt wurde. Das übergeordnete Ziel war es die Weiterbildung zu evaluieren. Hierzu wurden qualitative Interviews durchgeführt und Beobachtungen notiert, die im Anschluss nach der Methode von Burnard ausgewertet wurden.

Einleitend gehen Krüger et al. auf die Bedeutung und Belastung von Pflege innerhalb der Familie ein. Ergänzend wird auch das Konzept der Familiengesundheitspflege, wie es von der WHO 1998 konzipiert wurde, vorgestellt. Näher erläutert werden die Implementierungsschritte in Deutschland inklusive der Anpassungen des Curriucdums zu jenem Konzept. Die Familienpflegekraft soll in dem Konzept eine Schlüsselrolle in der gesundheitlichen Versorgung sein. Sie soll sowohl Zugänge zu (Sozial-)Leistungen erleichtern als auch begleiten, beraten unterstützen und zu familiären Lösungen befähigen. In dem untersuchten Pilotprojekt wurden Familien mit einem behinderten Kind, während einer Schwangerschaft oder bei Familienmitgliedern mit einer demenziellen Veränderung befragt.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Gespräche über die pflegerische und familiäre Situation als besonders wertvoll eingeschätzt wurden. Voraussetzung war die vertrauensvolle Zusammenarbeit. Unter dem Begriff “Stabilisierung der familiären Situation” konnten die meisten Erfolge zugeordnet werden. Die Angehörigen berichten in den Interviews, dass Überforderungen und Konflikte gelöst werden konnten. Die Familienpflegekraft hat hier die wertvolle Rolle des Vermittlers eingenommen. Zudem wurde erstens das informelle Pflegenetz erweitert und zweitens ermutigt auf das eigene Wohlbefinden zu achten. Die Familien profitierten ebenfalls von einer Bestätigung im eigenen Handeln. Die Einschätzung einer Person, die die Situation kennt und positive Veränderungen entdeckt, wurde als wertvoll hervorgehoben. Ferner gelang es so den Blickwinkel zu ändern und schließlich Prioritäten neu zu ordnen. Hinzu kommen die folgenden Aufgaben der Familienpflegekraft: Das Alltagsmanagement zu unterstützen, bei pflege- und gesundheitsbezogenen Tätigkeiten Abhilfen schaffen und letztendlich Case Management durchzuführen. Schlussendlich zeigt diese qualitative Forschung auf, dass Erleichterungen für die Familien spürbar wurde und diese weniger überfordert waren. Hingegen zu Langzeiteffekten, wie anhaltende Verhaltensänderungen, kann keine Aussage getroffen werden (Krüger et al., 2012).

Die Studie von **Schwarz** „**Familienorientierte Pflege im St. Anna Kinderhospital**“³ beschäftigt sich dem familienorientierten Pflegeverständnis von Pflegepersonen im St. Anna Kinderhospital in Wien. Die Studie forscht nach welchen Komponenten von familienorientierter Pflege auf den allgemeinpädagogischen Stationen des Kinderhospital umgesetzt und vom Pflegepersonal verstanden wird. Es wurden im Herbst 2015 drei Fokusgruppen-Interviews mit siebzehn Pflegepersonen von vier allgemeinpädiatrischen Stationen des St. Anna Kinderhospital geführt. Die Interviews wurden transkribiert und die Daten wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Forschungsergebnisse orientieren sich nach den Kategorien: strukturelle Rahmenbedingung, Kompetenzen und Umsetzung von Familienorientierung. Besonders relevant für die strukturelle Rahmenbedingungen sind die Optionen, dass neben erwachsene Bezugspersonen auch ein nicht-krankes Geschwisterkind im Kinderhospital übernachten können, dass alle Mahlzeiten gemeinsam mit dem Kind eingenommen werden können und dass Aufenthaltsräume für Familien und Besucher zu Verfügung stehen. Zu den bedeutsamen Kompetenzen eines Pflegepersonals im Kinderhospital gehören Empathie, Offenheit gegenüber Familien sowie die Kompetenz zur Selbstreflexion und das Erkennen von eigenen Grenzen. Die Umsetzung von Familienorientierung im Kinderhospital wird nach den Dimensionen, Beziehung, Kommunikation Rolle von Eltern bzw. Bezugspersonen und Rolle der Pflege, beschrieben. In Bezug auf Beziehung wird beschrieben, dass es zu Pflege gehört die Familien zu stärken und Eltern bzw. Bindungspersonen bei der Pflege der Kinder zu unterstützen. Kommunikation und Gesprächsführung wird als eine bedeutsame Kompetenz beschrieben, dazu gehören das Informieren, das Vermitteln sowie die individuelle Zuteilung von Tätigkeiten an Bezugspersonen mittels einer empathischen Kommunikation. In Bezug auf die Rolle von Eltern/Bezugspersonen wird beschrieben, dass im Rahmen der familienorientierten Pflege die Familie im Mittelpunkt steht. Eltern werden in der Klinik zur Übernahme der Grundpflege und zu weiteren Tätigkeiten angeleitet und gefördert. In Bezug auf die Rolle der pflege wird beschrieben, dass es bedeutsam ist die Bezugspersonen zur Pflege des eigenen Kindes mittels Anleitung, Information und Beratung zu fördern. Die Rolle der Pflege wird als eine unterstützende Funktion beschrieben (Schwarz, 2017).

Die Studie von **Cyrol, Fröhlich, Piatti und Imhof** „**End-of-Life-Care auf der Intensivstation**“ beschäftigen sich mit pflegerischen Vorgehensweisen, um Familienangehörige am Ende des Lebens miteinzubeziehen. Nach dem Grounded Theory nach Charmaz wurde in einem universitären Spital der Deutschschweiz

³ 2. Teil geschrieben von Hamdi Abdirahim

Pflegefachpersonen der von fünf Intensivstationen mittels eines postalisch zugesendeten Fragebogens befragt. Anschließend wurden im Zeitraum von Februar bis Mai 2015 anhand eines strukturierten Interviewleitfadens nach dem Erleben und den Einbezug von Familienangehörigen in End of Life Care Situationen befragt. Das Interview wurde transkribiert und nach der Grounded Theory gesammelt und analysiert. Es bildeten sich die Kategorien, geschützter Raum schaffen, ein Halt sein und sich verabschieden ermöglichen. In Bezug auf „geschützter Raum schaffen“ wurde beschrieben, dass es bedeutsam ist Familienangehörigen individuell Zeit zu ermöglichen. Dies wird möglich, indem Besuchszeiten und beschränkte Personenzahl ab geschaffen werden. Ebenfalls wird in Bezug auf „geschützter Raum schaffen“ als bedeutsam angesehen Familienangehörigen persönlichen Raum und Ruhe zugeben. Dies wird ermöglicht in dem Familienangehörigen mit dem sterbenden Menschen einen separaten und geschützten Raum erhalten. In der Kategorie „ein Halt sein“ wird bedeutsam Angehörigen in der End of Life Situation Trost zu spenden und verbindlich und präsent zu sein. Pflegende tretend proaktiv auf und zeigen Mitgefühl und unterstützen im Trauerprozess durch aktives Zuhören. Ebenfalls sind Pflegende achtsam und unterstützend am Ende eines Lebens. In Bezug auf „sich verabschieden ermöglichen“ wird beschrieben, dass Pflegende Abläufe am Lebensende verständlich erklären und mach deutlich, dass Sterben nicht schmerzhaft sein muss. Ebenfalls ermöglichen Pflegende, dass Familienangehörige Nähe zum sterbenden Menschen aufbauen können durch Körperkontakt zum Sterbenden sowie religions- und kulturspezifische Rituale. Durch die Ergebnisse wird deutlich, dass eine familienorientierte Pflege in der End of Life Care Situationen geschaffen werden kann (Cyrol et al., 2018, 135-142).

Die Studie von **Zymansky, Franke, Heller und Remmers „Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie“** beschäftigte sich der Einführung und Überprüfung der familienzentrierten Pflege nach dem Modell von Calgary in der onkologischen Station. Ziel der Studie war Schritte der Implementierung systematisch zu erfassen, die fördernden und hemmenden Faktoren und Empfehlungen zur Übertragbarkeit auf anderen onkologischen Stationen zu ermitteln. in dem Zeitraum von Juni bis November 2015 wurde unter der Leitung eines Projektteams der Universität Osnabrück und der onkologische Modellstation wurden Familienzentrierte Maßnahmen implementiert. Zu den familienzentrierten Maßnahmen gehörten, ein familienzentriertes Aufnahmegespräch mit Assessments wie Geno- und Ökogramm, ein familienzentriertes Beratungsgespräch nach der systemischen Gesprächsführung sowie ein familienbezogene Fallbesprechung. Im Rahmen des familienzentrierten Aufnahmegesprächs werden Strukturen der Familie erfasst und mittels eine Geno- bzw.

Ökogramms visualisiert sowie gesundheitsbezogene Handlungsweisen und Belastungen erfragt. Die familienzentrierte Beratung orientiert sich nach der systemischen Gesprächsführung und orientiert sich nach Calgary Modells, welche zirkuläre Fragen zum Verstehen Familien und ihr Verhalten empfiehlt. Die familienbezogene Fallbesprechung dient der interprofessionellen Zusammenarbeit des Behandlungsteam mit dem Fokus auf den Patienten sowie seine Familie. Im Rahmen der Fallbesprechung wird nicht nur der Patient vorgestellt, sondern auch die gesamte Familie mit ihren komplexen Problemen. Anschließend wird interprofessionell diskutiert und Lösungen entwickelt, welche der Familie empfohlen werden. Während der Implementierung wurden alle Pflegekräfte nach der Familienzentrierte Pflege in fünf Modulen geschult. Zu den Modulen gehören Familie und Krankheit, Kommunikation, Aufnahmegespräche und Fallbesprechung und Familiengespräche. Eine Evaluation der Implementierung erfolgte durch Beobachtungen, Gruppeninterviews mit Pflegenden und Interviews mit anderen Mitarbeitern des Behandlungsteams. das Erfassen eines Geno- bzw. Ökogramms im Aufnahmegespräch ermöglichte dem gesamten Behandlungsteams einen übersichtlichen Überblick über die Familie eines Patienten und es fördert den Beziehungsaufbau zu den Familien. Aufgrund von Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen sowie Mangeln an Erfahrungen konnten die familienzentrierte Beratungsgespräche eingeschränkt umgesetzt werden. Die Beratungskompetenz der Pflegenden soll für eine familienzentrierte Pflege gefördert werden (Zymansky et al., 2018, 331-336).

Die Evaluationsstudie von **Kläusler-Troxler, Kurth, Spirig „Erfahrungen junger Eltern mit der familienzentrierten Betreuung in der Primärversorgung in der Schweiz: Eine qualitative Evaluationsstudie“** beschäftigt sich mit der familienzentrierten Beratung als ein neues Beratungsmodell für Mütter-Väterberatung in der Schweiz. Die Mütter-Väterberatung unterstützt und beraten junge Eltern im Umgang mit Ihrem Kind. Bisher orientierte sich die Beratung meist auf Mutter und Kind und Väter konnten selten mit einbezogen werden. Das Calgary Familienassessment sowie das Calgary Familieninterventionsmodell sollen als ein Beratungsangebot dienen, welches Mütter und Väter gemeinsam nutzen können. Ein familienzentriertes Assessmentinstrument nach Calgary beim ersten Beratungsgespräch mit der jungen Familie ermöglicht eine strukturierte und zielgerichtete Erfassung der Familiensituation, dazu wird ebenfalls ein Geno-Ökogramm erstellt. Das Geno-Ökogramm bietet eine visuelle Ansicht der aktuellen Familienstruktur sowie ihre Sorgen bezüglich des Kindes. Anschließend kann in der familienzentrierte Beratung nach dem Calgary Familieninterventionsmodell die Eltern ermutigt und befähigt werden, um mit Unsicherheiten und Herausforderung zielsicher und ressourcenorientiert umzugehen.

Das Calgary Familieninterventionsmodell stärkt und fördert die Resilienz. Zum Abschluss erfolgt eine Evaluation, um zu ermitteln, ob die junge Familie weiterhin professionelle Hilfe oder Beratungsbedarf benötigen. Diese Pflegemodelle wurden für die Mütter-Väter Beratung angepasst und in der Praxis implementiert. In der vorliegenden Studie wird die Erfahrungen und das Erleben der jungen Mütter und Väter im Umgang mit ihrem Kind sowie das Erfahrung mit dem familienzentrierte Beratungsangebot beschrieben. Fünf Elternpaare, welche mindestens einmal eine familienzentrierte Beratung nach Calgary in Anspruch genommen haben, nahmen an ein semistrukturiertes Interview nach der qualitativen Forschungsdesign teil. Die Interviews fanden zwischen der 10. und 25. Woche nach der Geburt des Kindes statt. Ebenfalls wurden zwei Elternpaare sowie drei Mütter bei einer familienzentrierten Mütter-Väterberatung beobachtet. die Beobachtungsprotokolle sowie die Interviewtranskripte wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die qualitative Studie konnte erstmals die Erfahrung der Mütter und Väter mit familienzentrierter Beratung beschreiben. Eine familienzentrierte Intervention, wie eine Anleitung bei der Pflege von Neugeborenen und das Anbieten von Informationen, hat die Kompetenzen der Eltern gefördert. Ebenfalls hat die Beratung die Eltern, durch Wertschätzung und Anerkennung, zu Sicherheit im Umgang mit Neugeborenen sowie zur Lösungsfindung bestärkt. Eine familienzentrierte Beratung nach Calgary fördert auch einen Beziehungsaufbau zwischen Berater*innen und Eltern sowie die Bewältigungskompetenz junge Familien (Kläusler-Troxler et al., 2014, 219-230).

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Hausarbeit diskutiert.

4 Diskussion (Tamara Harth und Hamdi Abdirahim)

Im Großen und Ganzen haben die Studien und Fachartikel positive Effekte der familien⁴zentrierten Pflege nachgewiesen. In den unterschiedlichsten Familienkonstellationen und ihren mannigfaltigen Pflegeproblemen zeigten die Studien Entlastungen auf (Krüger et al. 2012, Hilpertshausen-Müller, Preusse-Bleuler, 2021). Es kommt sowohl zu Stabilität als auch zu einem optimierten Beziehungsverhältnis innerhalb der Familien (Zymansky et al. 2018, Krüger et al. 2012).

Mehrfach kritisiert wird die fehlende Evidenz der familienorientierten Pflege (Shields 2019, Carter 2020). Shields und Carter argumentieren, dass bei der familienorientierten Pflege dem Kind zu wenig Rechte eingeräumt werde. So fehle es an Mitbestimmungsrechten. Der Blick des Kindes stehe nicht im Vordergrund, was Shields kritisiert. Die Autoren schlagen daher die kinderzentrierte Pflege vor. Dabei stellt sich

⁴ 1. Teil geschrieben von Tamara Harth

allerdings die Frage, wie die Mitbestimmung und Teilhabe von Kindern, die nicht oder nicht sprechen können, sichergestellt ist (ebd.).

Während die familienorientierte Pflege auf der einen Seite zum Verstehen von Familienprozessen anregen (Köhlen, 2012), muss auf der anderen Seite dagegeengehalten werden, dass die Prioritätensetzung und Meinungsfindung der Familien nicht zwingend zum Wohle des Kindes geschehen (Shields, 2019). Die Familie genießt gesellschaftlich und juristisch einen besonderen Schutz. In Anbetracht der statistisch erhobenen Zunahme von Kindeswohlgefährdung (Nier, 2019), ist zu hinterfragen, ob das familienzentrierte Pflegemodell wirklich förderlich ist. Ebenfalls sind die Statistiken zur sexuellen Gewalt erschrecken. Eine Statistik aus dem Jahre 2021 zeigt auf, dass fast jeder zweite Täter der leibliche, Stief- oder Pflegevater ist (Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs, 2021). Die Studie von Carter unterstreicht diese Perspektive, indem Sie ebenfalls nach den anderen Einflussfaktoren wie der Schule oder Freunde fragt, die in der familienorientierten Pflege keine Beachtung finden (Carter, 2020). Die Grenzen der vermeintlich besseren kinderzentrierten Pflege liegen allerdings ebenfalls in der fehlenden Evidenz, sowie der Unklarheit, wie das Konzept angewendet werden soll (ebd.).

Betrachtet man das Ganze jedoch aus einem anderen Blickwinkel, so kann Familie unterstützend, heilend und zu vielfältigeren Hilfsangeboten führen (Reichart, 2021). Es ist davon auszugehen, dass es nachhaltig ist, da die ganze Familie in ihren Möglichkeiten betrachtet wird. Studien konnten dies in dieser Eindeutigkeit bisher noch nicht belegen (Krüger et al., 2012). Eine weitere Lücke besteht in der Frage, welches Familienverständnis in den Studien zu Grunde liegt. In dieser Hausarbeit war es nicht möglich, die Studien und Fachartikel nach einem einheitlichen Familienverständnis auszuwählen. Schlussfolgernd bleibt offen, ob alle Familienkonstellationen und alle Familienmitglieder gleichermaßen in Betracht gezogen werden. Die Studie von Carter deutet an, dass die Befragung von Müttern aus einem konservativen Familienbild vermehrt stattgefunden habe (Carter, 2020).

Die Ergebnisse dieser Hausarbeit lassen darauf schließen, dass es bedeutsam ist die ⁵Etablierung von familienzentrierten Einrichtungen nicht nur architektonisch, sondern auch pflegerisch zu denken.

In der Studie von B. Schwarz wird beschrieben, dass für eine familienzentrierte Pflege Kompetenzen wie Empathie, Offenheit und die Fähigkeit zur Selbstreflexion bedeutsam sind (Schwarz, 2017). Reichart beschreibt in seinem Artikel ebenfalls, dass Pflegenden

⁵ 2. Teil geschrieben von Hamdi Abdirahim

diese Kompetenzen aufweisen müssen, um den Bedürfnissen der Familie gerecht zu werden und diese zu stärken (Reichart, 2021). Die Kommunikation sowie die Gesprächsführung wurden von Schwarz ebenfalls als eine wichtige Kompetenz beschrieben. Dies wurde ebenfalls in den Studien von Kläusler-Troxler, Kurth, Spirig und Zymansky, Franke, Heller, Remmers im Rahmen der Beratung bestätigt. Die Beratung nach dem familienorientierten Ansatz stärkt Familien und fördert zum einen die Resilienz sowie die Bewältigungsstrategien (Kläusler-Troxler, Kurth, Spirig, 2014, 219-230). In der Studie von Zymansky, Franke, Heller, Remmers wird kritisiert, dass die familienorientierte Beratung aufgrund von fehlenden Erfahrungen und zeitlichen sowie personellen Ressourcen nur eingeschränkt umgesetzt werden konnte (Zymansky et al., 2018, 331-336). Um die familienzentrierte Beratung effektiv in Gesundheitseinrichtung umzusetzen, wäre eine fachgerechte Schulung notwendig. Pflegekräfte benötigen ebenfalls auch Zeit und die Gelegenheit Erfahrungen in der Beratung zu sammeln. Langfristig wäre denkbar Pflegekräfte gezielt zu systemischem familienorientiertem Berater*innen auszubilden und in Gesundheitseinrichtungen einzusetzen.

Eine familienfreundliche Pflege in der letzten Phase des Lebens schenkt dem sterbenden Menschen und seine Angehörigen Achtsamkeit und Unterstützung und fördert das Beisammen sein im Sterbeprozess. Das Calgary Familienassessment wurde in den Studien von Kläusler-Troxler, Kurth, Spirig und Zymansky, Franke, Heller, Remmers als eine bedeutsame Intervention, um eine familienorientierte Pflege anzubieten, beschrieben. Besonders das Assessmentinstrument Geno-Ökogramm ermöglicht einen Einblick in die Familienstruktur des zu versorgenden Menschen und verstärkt somit den familienfreundlichen Ansatz. Eine weiteren familienfreundlichen Interventionen ist die familienorientierte Fallbesprechung. Das interdisziplinäre Team diskutieren und sammeln Lösungen für die Familie (Zymansky et al., 2018, 331-336). Die Fallbesprechung wurde von Zymansky, Franke, Heller, Remmers am Beispiel der Onkologie vorgestellt, jedoch ist dies auf auch für weitere Fachdisziplinen möglich und wäre sowohl für die Kinderkrankenpflege als auch für die Erwachsenenpflege denkbar.

Die familienfreundliche Pflege sowie die vorgestellten Interventionen sind nicht nur in der Neugeborenen- und in der Kinderkrankenpflege bedeutsam, sondern auch in der Erwachsenenpflege am Beispiel der Onkologie oder auch in der terminalen Phase. Sie kann Unterstützen im Rahmen der Anleitung und Beratung dienen und kann Familien in ihrer Resilienz fördern.

5 Fazit (Annika Müller)

Fasst man die Ergebnisse dieser Arbeit zusammen, so lässt sich sagen, dass Krankenhäuser nicht nur architektonischen Anforderungen, sondern auch pflegerische Konzepte erfüllen können, um sich familienfreundlich auszurichten.

Studien zeigten, dass dies einen positiven Effekt auf konflikt- und stresshaften Pflegesituationen hat. Es führt zu Entlastungen, zu Stabilität und optimierten Beziehungen innerhalb der Familie. Hieraus resultiert, dass familienfreundliche Pflege in verschiedenen Settings angewendet werden kann. Sei es die palliative Pflege, als auch die Neugeborenen- und Kinderkrankenpflege. Ansätze wie die familienzentrierte Pflege helfen sowohl im Sterbeprozess als auch in der Beratung. Sie kann helfen, die Familie zu stärken. Wünschenswert wären Schulungen zu familienzentrierten Pflegekonzepten und dessen Anwendung vor allem in der Beratungssituationen. Betrachtet man den Terminus der Familie zeigt sich, dass dieser umfassend Familienmitglieder inkludiert, welche über die Blutsverwandtschaft hinausgehen. Heutzutage stellen sowohl Patchworkfamilien als auch gleichgeschlechtliche Lebensformen eine Familie dar. Zum einen ergibt sich hieraus, dass die familienzentrierten Konzepte dieses veränderte Familienverständnis aufgreifen müssen. Zum anderen ist die Befragung aller Familienmitglieder in Studien, sprich einer Defokussierung von den Müttern, eine lohnenswerte Aufgabe für die Zukunft.

Abschließend stellt sich die Frage, ob und welche Gesetze verändert werden müssen, um dieses offene Familienkonzept zu unterstützen. Denn geht man vom modernen Begriff der „Familie“ aus, sollten auch Nicht – Ehepaare über den Zustand des Betroffenen informiert werden, da dieser laut den verschiedenen Definitionen von Familie zu dieser dazu gehört.

Literaturverzeichnis

Carter, B. (2020). Pflegemodelle kritisch hinterfragt. JuKiP. 09 (03), S. 111-114. Thieme Verlag KG, Stuttgart. Abgerufen am 26.08.2022 von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1141-7058>

Cyrol K.; Fröhlich, M.; Piatti, F.; Imhof, L. (2018). End-of-Life-Care auf der Intensivstation. Pflege, 31 (3), 135–143

Frankfurter Kinderbüro. (2018). Familienfreundliches Krankenhaus.

Frankfurter Bündnis für Familien. Online verfügbar unter: AG Familienfreundliches Krankenhaus (frankfurter-buendnis-fuer-familien.de). Zuletzt geprüft am 07.09.2022

Friedemann M., Köhlen C. verfügbar unter: <https://friedemm.info/index.php/de/impressum>. Zuletzt abgerufen am 07.09.2022

Hilpertshauser-Müller, M. & Preusse-Bleuler, B. (2021). „Sowohl als auch“ Ein Schlüssel, um das Gespräch mit und in Familien in Fluss zu bringen. Nova Cura 52 (8), S. 32-36. Hogrefe Verlag, Bern.

Hochschule Osnabrück. University of Applied Sciences. Abrufbar unter: <https://www.hs-osnabrueck.de/module/22b0529/>. Zuletzt geprüft am: 10.09.2022

International Council of Nurses. (2021). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Genf. Abgerufen am 27. 07 2022 von https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterfu%CC%88hrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf

Jessen, A. (2021). Pflegetheorien, -modelle und -konzepte. (G. T. Verlag, Hrsg.) Abgerufen am 27. 07 2022 von [I care Pflege: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflegepaedagogik/5-Pflegetheorien.pdf](https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflegepaedagogik/5-Pflegetheorien.pdf)

Kläusler-Troxler, M.; Kurth, E.; Spirig, R. (2014): Erfahrungen junger Eltern mit der familienzentrierten Betreuung in der Primärversorgung in der Schweiz: Eine qualitative Evaluationsstudie. Pflege 2014; 27 (4), 219 – 230

Kriwert H. (2020). Familie im Wandel. Abrufbar unter: https://www.planetwissen.de/gesellschaft/familie/familie_im_wandel/index.html. Zuletzt geprüft am: 07.09.2022

Köhlen, C. (2012). Prinzipien der Familienorientierten Pflege. Kinderkrankenschwester. 31(4). S. 164-167.

Köhlen, C. (06 2012). Familien- und umweltbezogene Pflege. JuKiP, S. 60-63. Abgerufen am 27. 07 2022 von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1322560>

Kreutzer, S. (2019). Europäische Pflegetraditionen und globale Erfahrungen. Eine Verflechtungsgeschichte. *European Journal for Nursing History and Ethics*. Abgerufen am 07.09.2022 von <https://www.enhe.eu/archive/2019/4841>

Krüger, C., Eberl, I. & Schnepf, W. (2012) Die WHO-Pilotstudie zur Family Health Nurse in Deutschland: Sichtweisen von Familien zur Familiengesundheitspflege – Eine qualitative Untersuchung. *Pflege*, S. 175-184. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern abgerufen am 26.08.2022 von <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000200>

Laubert A. (2017). *Grundlagen beruflicher Pflege*. 4. Auflage. Thieme Verlag. CNE.

Nier, H. (06.09.2019). Wenn das Kindeswohl gefährdet ist. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 26.08.2022 von <https://de.statista.com/infografik/19273/kindeswohlgefaehrdungen-in-deutschland/>

Reichart, C. (08 2021). Gesundheit und Krankheit ist Familiensache. *NOVAcura*, S. 41-44. Abgerufen am 27. 07 2022 von <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1662-9027/a000120>

Schwarz B. (2017). Familienorientierte Pflege im St. Anna Kinderspital. Königstetten: *Pflege Professionell*. Abgerufen am 19.08.2022 unter <https://pflege-professionell.at/familienorientierte-pflege-im-st-anna-kinderspital>.

Shields, L. (2019). Die Familie im Fokus. *JuKiP*, S. 106-109. Abgerufen am 28. 07 2022 von <https://doi.org/10.1055/a-0883-4655>

Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (07.09.2021). Studie zu sexueller Gewalt in der Familie – Aufarbeitungskommission. Abgerufen am 26.08.2022 von https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/Studie_Sexuelle-Gewalt-in-der-Familie_bf.pdf

Weber S. Majer S. (2018). Familienfreundliches Krankenhaus. Broschüre.

Wright L., Leahey M., Shajani Z., Snell D. (2019). 3. überarbeitete Auflage. *Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien- Assessment und Interventionen*. Kindleversion. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Zymansky M.; Franke, I.; Heller A.; Remmers, H. (2018): Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie. *Pflege* (2018), 31 (6), 331–337

Eidesstattliche Erklärung

Wir, Annika Müller, Tamara Harth und Hamdi Abdirahim, versichern, dass wir die vorliegende Hausarbeit selbstständig angefertigt haben und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet haben. Alle Passagen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind oder auf Mitteilungen beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Frankfurt, den 09.09.2022



Annika Müller



Tamara Harth



Hamdi Abdirahim

Anhang: Systematische Literaturrecherche (Hamdi Abdirahim)

Person	Intervention	Ergebnis
Familie	Pflege	Modell
Family	familienzentriert	Konzept
Krankenhaus	familienfreundlich	modell
hospital	familienorientiert	concept
	health care	

Tabelle 1 Suchbegriffe nach Person, Intervention und Ergebnis

Familie AND Pflege AND Konzepte (Filter: 10 Jahre und deutschsprachig)

Datenbank	Trefferzahl	Eingeschlossen	Ausgeschlossen
Pubmed	1	0	1
Cochrane	0	0	0
Carelit	30	6	24
Cinhal	38	1	37
FIS	9	0	9
Medline	0	0	0

Tabelle 2 Ergebnisse in den Datenbanken nach Eingabe der Suchkombination

Datenbank	Datum Zugriff	Autor	Titel	Einschluss
CareLit	06.07.22	Hilpertshauer-Müller M, Preusse-Bleuler B.	„Sowohl als auch“ Ein Schlüssel, um das Gespräch mit und in Familien in Fluss zu bringen	Einschluss
CareLit	06.07.22	Reichart C.	Gesundheit und Krankheit ist Familiensache Pflegende können Leiden lindern und Prozesse anregen	Einschluss
CareLit	06.07.22	Carter B.	Pflegemodelle kritisch hinterfragt	Einschluss
CareLit	06.07.22	Shields L	Die Familie im Fokus	Einschluss
CareLit	06.07.22	Köhlen C.	Familien- und umweltbezogene Pflege	Einschluss
CareLit	06.07.22	Köhlen C.	Prinzipien der Familienorientierten Pflege	Einschluss

Cinhal	06.07.22	Krüger C, Eberl I, Schnepp W.	Die WHO-Pilotstudie zur Family Health Nurse in Deutschland: Sichtweisen von Familien zur Familiengesundheitspflege – Eine qualitative Untersuchung	Einschluss
Handsuche	01.06.22	Schwarz, B.	Familienorientierte Pflege im St. Anna Kinderhospital	Einschluss
Handsuche	07.07.22	Zimansky M, Franke I, Heller AC, Remmers H.	Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie	Einschluss
Handsuche	07.07.22	Kläusler- Troxler M, Kurth E, Spirig R.	Erfahrungen junger Eltern mit der familienzentrierten Betreuung in der Primärversorgung in der Schweiz: Eine qualitative Evaluationsstudie	Einschluss
Handsuche	07.07.22	Cyrol K, Fröhlich MR, Piatti F, Imhof L.	End-of-Life-Care auf der Intensivstation	Einschluss

Tabelle 3 eingeschlossene Ergebnisse der Datenbanken und per Handsuche