

# Wie sich Konflikte mit Familien und Bezugspersonen proaktiv lösen lassen

Peter Nydahl, Maria Brauchle, Teresa Deffner, Magdalena Hoffmann, Marie-Madlen Jeitziner, Marina Ufelmann, Antje Scheer

Familien und Bezugspersonen von Intensivpatient\*innen tragen maßgeblich zur Genesung bei, können jedoch auch herausfordernd sein. Eine familienzentrierte Pflege verbessert das Wohlbefinden von Patient\*innen, erfordert jedoch klare Kommunikation und systematische Einbindung mit den Bezugspersonen. Der proaktive Ansatz zielt darauf ab, Konflikte durch gezielte Einbindung und empathische Kommunikation zu vermeiden.



Das Einbeziehen von Bezugspersonen in die Patientenversorgung ist zwar erwünscht, birgt aber auch Konflikte. (Quelle: DGF e. V.)

In der Intensivmedizin stehen nicht nur die Patient\*innen im Zentrum der Versorgung, sondern auch deren Bezugspersonen [1]. Diese spielen eine zentrale Rolle im Genesungsprozess und tragen wesentlich dazu bei, das Wohlbefinden und die Sicherheit der Patient\*innen zu verbessern [2]. Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. (DGF) fördert diesen Ansatz durch die Zertifizierung zur „Angehörigenfreundlichen Inten-

sivstation“ (online unter [t1p.de/l1pm6](https://t1p.de/l1pm6)) [3][4]. Die Zusammenarbeit mit Familien bzw. Bezugspersonen ist Bestandteil des ICU-Liberation-Bundles der Society of Critical Care Medicine bzw. der wachen und aktiven Intensivstation und eines von zehn Qualitätskriterien der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) [5–8]. Der Umgang mit Bezugspersonen ist jedoch oft eine Herausforderung, die von Pflegefachpersonen, Ärztinnen

und Ärzten und anderen Mitarbeiter\*innen der Intensivstation gestaltet werden muss, um eine familienzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Gerade im Kontext der Zertifizierung zur angehörigengerechten Intensivstation äußern Pflegefachpersonen mitunter Bedenken aufgrund von Konflikten mit Familien und Bezugspersonen. Hierzu möchten wir mit diesem Beitrag einige Hilfen geben.

## Definition der Bezugspersonen in der Intensivmedizin

Die Bezugspersonen, wie sie in den Leitlinien definiert werden, umfassen alle Personen, die von den Patient\*innen oder deren Vertreter\*innen als bedeutsam betrachtet werden [1][9]. Dies können Blutsverwandte sein, die Familie, Angehörige bzw. Zugehörige, aber auch enge Freund\*innen, Partner\*innen oder andere Kontaktpersonen. Entscheidend sind die unterstützende Rolle dieser Personen und ihre Bedeutung für die Patient\*innen. Diese Definition öffnet den Raum für eine integrative Sichtweise, die den individuellen sozialen Kontext der Patient\*innen berücksichtigt und deren spezifische Bedürfnisse respektiert [10].

## Bedeutung der familienzentrierten Versorgung

Familienzentrierte Versorgung ist ein Ansatz, der die Bedürfnisse und Werte der Familien respektiert und in die medizinische und pflegerische Betreuung integriert [1][11][12]. Dieser Ansatz verbessert nachweislich klinische Ergebnisse und das allgemeine Wohlbefinden der Patient\*innen. So können Angst, Delir und Agitation reduziert und kardiovaskuläre Komplikationen vermieden werden, die Verweildauer auf der Intensivstation lässt sich verkürzen und die Zufriedenheit und das Sicherheitsgefühl der Patient\*innen steigern [1][12][13]. Gleichzeitig erleben Bezugspersonen oft starke Belastungen [14]. Ihre Rolle ist komplex: Sie sind selbst Betroffene in einer Krise, fungieren als Vertreter\*innen der Patientenbedürfnisse, sind Berater\*innen in existenziellen Entscheidungen, Co-Therapeut\*innen und tragen Verantwortung innerhalb ihrer Familie und ihres beruflichen Umfelds [15]. Diese Vielschichtigkeit macht sie sowohl zu Personen, die der Fürsorge bedürfen, die aber auch die Betreuung unterstützen und in die Pflege integriert werden können [16].

## Konfliktmanagement mit Bezugspersonen

Konflikte mit Bezugspersonen können vorkommen. Ursachen dafür finden sich häufig in der Versorgungsqualität und in den Modalitäten, können aber auch zwischen dem Team und Bezugspersonen, innerhalb der Familie bzw. innerhalb des Teams entstehen – meist durch unzureichende Absprachen und Kommunikation [17]. Viele Pflegefachpersonen erleben Konflikte mit Bezugspersonen als eine Belastung in ihrem Arbeitsalltag [18]. Diese klingen häufig

an der Tür der Intensivstation, stören Arbeitsabläufe, stellen wiederholt dieselben Fragen, halten sich nicht an Regeln und bilden ein Infektionsrisiko [19]. In manchen Fällen werden sie sogar ausfällig oder verhalten sich aggressiv, was die Situation weiter erschwert [20].

Die restriktiven Besuchsregelungen während der Covid-19-Pandemie wurden von einigen Pflegefachpersonen auch als Erleichterung empfunden. Es schien so, als würde sich dadurch die Arbeitsbelastung verringern [21]. Gleichzeitig hat diese Phase gezeigt, wie stark das Fehlen von Bezugspersonen das Wohl der Patient\*innen und ihrer Familien beeinträchtigen kann und sie dadurch nachhaltig geschädigt worden sind [22–26]. Der überwiegende Teil der Bezugspersonen ist freundlich, kooperativ und ist meist eine Entlastung für das Team, vor allem bei deliranten Patient\*innen [13]. Dieser Zwiespalt, der auch in manchen Teams beobachtet werden kann, kann eine Herausforderung für die Implementierung der „Angehörigengerechten Intensivstation“ sein. Eine sehr praxisnahe Lösung für den Umgang mit Konflikten mit Bezugspersonen kann in einem proaktiven Umgang mit ihnen bestehen.

## Konflikte mit Bezugspersonen managen

Für die meisten Pflegefachpersonen haben das Wohlbefinden der Patient\*innen und die Bewältigung der Arbeitsabläufe eine hohe Priorität; eine Unterbrechung der Abläufe und unkontrollierbare Situationen werden eher als Störung wahrgenommen [27]. Wahrscheinlich sind Konflikte mit Bezugspersonen genau das: Die Personen passen sich nicht an die unausgesprochenen Regeln an, kritisieren sogar, hinterfragen und unterbrechen die Abläufe, sind schwer zu kontrollieren und zeigen die eigenen Grenzen auf – damit stören sie und werden als Konflikt wahrgenommen. Wenn die Pflegefachpersonen hingegen die Initiative ergreifen und proaktiv auf die Bezugspersonen zugehen, statt sich durch Konflikte unterbrechen und stören zu lassen, stellt sich die Situation ganz anders dar. Aus Konflikten mit Bezugspersonen können dann im optimalen Fall – aber nicht immer – Kooperationen mit Partner\*innen werden. Wir verfolgen hier einen proaktiven Ansatz und illustrieren ihn an verschiedenen praxisnahen Beispielen.

## Der proaktive Ansatz

Ein proaktiver Umgang mit Konflikten mit Bezugspersonen bedeutet, deren Bedürfnisse aktiv wahrzunehmen, sie gezielt in den Pflegealltag einzubinden und durch klare Kommunikation und Fürsorge Vertrauen aufzubauen [28]. Es ist selbstverständlich, dass das proaktive Konfliktmanagement auch immer eine Teamaufgabe ist, die die verschiedensten Professionen involviert; wir beziehen uns in diesem Beitrag vor allem auf Pflegefachpersonen. Dieses Konzept basiert auf Akzeptanz, Einbeziehung und einem systematischen Management der Beziehung zwischen Pflegefachpersonen, weiteren Mitarbeitenden und den Be-

zugspersonen [29][30]. Ein proaktiver Ansatz hängt zentral von jeder einzelnen Pflegefachperson ab, da es dabei immer um einen „selbststartenden“ Prozess geht, der von der Pflegefachperson initiiert werden muss.

Je nachdem, welches Proaktivitätskonzept man betrachtet, wird zum Beispiel die Persönlichkeit in den Mittelpunkt gerückt: Proaktivität wird dann als stabiles Merkmal der Person gesehen, aktive Veränderungen in ihrer Arbeitsumgebung herbeizuführen [31]. Alternativ kann Proaktivität – deutlich weniger statisch – als Verhaltensweise verstanden werden: Proaktives Verhalten, das sich zum Beispiel darin ausdrücken kann, dass Pflegefachpersonen und andere Mitarbeitende überhaupt Verantwortung für die Gestaltung der Beziehung zu den Angehörigen übernehmen, kann auch erlernt und verändert werden [32].

## Voraussetzungen für einen proaktiven Ansatz

Häufige Barrieren in der familienzentrierten Versorgung sind Kommunikationsprozesse und -strukturen sowie Bildung bzw. Kompetenz der Mitarbeitenden, aber auch Schichtarbeit und wechselnde Betreuungspersonen [33]. Für die Implementierung eines proaktiven Ansatzes müssen daher neben regelmäßigen Teamdiskussionen, in denen verschiedene Argumente gehört und diskutiert werden können, ausreichend Ressourcen für entsprechende Bildungs- und Kompetenzentwicklung vorgehalten werden, am ehesten durch Simulationstrainings, da proaktives Verhalten nicht verordnet, sondern nur langsam durch adressatengerechte Lehr- und Lernstrategien aufgebaut werden kann. Lernmaterialien wie One Minute Wonder und gut ausgearbeitetes zielgruppengerechtes Informationsmaterial, das Pflegefachpersonen für die Angehörigenbetreuung verwenden können, können Trainingsmaßnahmen ergänzen, aber keinesfalls ersetzen [1]. Eine für alle Professionen zugängliche und transparente Kommunikation ist essenziell, um gemeinsame Absprachen mit Bezugspersonen zu gewährleisten und Kommunikationsverluste zu vermeiden [33]. Weitere Lösungen können in der Bezugspflege bzw. in transparent kommunizierten Ansprechpersonen bestehen [34].

## Besonderheiten bei Konflikten mit verschiedenen Personengruppen

### Konflikte mit misstrauischen Bezugspersonen

Manche Bezugspersonen zeigen wenig Vertrauen und äußern dies auch. Die Anerkennung der Präsenz von Bezugspersonen ist der erste Schritt zu einer gelungenen Interaktion. Pflegefachpersonen sollen Bezugspersonen signalisieren, dass ihre Anwesenheit geschätzt wird [3]. Ein einfacher Satz wie „Schön, dass Sie da sind, ich komme gleich zu Ihnen!“ kann helfen, eine positive Basis zu schaffen. Diese Wertschätzung kann Bezugspersonen das Ge-

fühl geben, willkommen zu sein, und eine kooperative Haltung fördern. Der Aufbau von Vertrauen ist ein zentraler Aspekt des proaktiven Ansatzes [29]. Bereits am Ende des Erstgesprächs können Pflegefachpersonen durch einfache Fragen wie „Wie geht es Ihnen jetzt?“, „Wie kommen Sie nach Hause?“ oder „Ist zu Hause jemand, der sich um Sie kümmern kann?“ eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen [35]. Zudem ist es wichtig, einheitlich zu informieren. Dazu dient auch die Dokumentation, in der festgehalten wird, was gesagt wurde. Auch pflegerische Angehörigengespräche sind dabei obligatorisch zu dokumentieren. Bei Unsicherheiten der Pflegefachpersonen bezüglich mancher Informationen darf dies auch kommuniziert werden (z. B. „Diese Frage kann ich Ihnen leider nicht beantworten, ich werde mich erkundigen und Sie dann informieren“). Bei eigener Unsicherheit sollten Kolleg\*innen um Unterstützung gebeten werden, bevor Informationen abgegeben werden, die das Misstrauen fördern.

### Konflikte mit ständig fragenden Bezugspersonen

Diese Bezugspersonen wirken oftmals gestresst, haben viele Fragen zur Behandlung und Pflege der Patient\*innen und können sich aber aufgrund ihrer akuten Belastungssituation die Antworten nicht merken – sie vergessen sie wieder und müssen später erneut das Gleiche fragen [28]. Auch wenn dies für Pflegefachpersonen belastend erscheinen mag, ist die klare, einheitliche und strukturierte Beantwortung dieser Fragen – auch wenn sie wiederholt gestellt werden – entscheidend. Sätze wie „Das ist eine gute Frage! Ich kümmere mich noch um meinen anderen Patienten und bin dann bei Ihnen!“ können die Situation entschärfen und zeigen, dass ihre Anliegen ernst genommen werden. Neben Erinnerungshilfen können auch Notizzettel, Flyer oder Informationen auf Websites eine Hilfe sein und das wiederholte Fragen reduzieren [15]. Die Wahrnehmung emotionaler Bedürfnisse ist ebenfalls zentral: „Sie sehen aus, als ob Sie sich viele Sorgen machen. Haben Sie jemanden, mit dem Sie darüber reden können?“ hilft, emotionale Unterstützung zu signalisieren.

### Konflikte mit ständig anrufenden Bezugspersonen

Information ist ein Grundbedürfnis von Bezugspersonen. Wenn dieses nicht gestillt wird, werden Bezugspersonen intuitiv versuchen, dieses Bedürfnis zu befriedigen, beispielsweise durch häufige Telefonate. Pflegefachpersonen können proaktiv Angebote machen wie etwa einen festen Zeitpunkt für ein telefonisches Update [36]: „Ich rufe Sie morgen gegen 9 Uhr an und informiere Sie. Sie können dann Ihre weitere Familie informieren.“ Das aktive Angehörigentelefonat wird von Bezugspersonen und Teams als sehr positiv wahrgenommen und reduziert die Arbeitsbelastung durch unkontrollierte, multiple Anrufe diverser Familienmitglieder [37]. Voraussetzung für das proaktive Angehörigentelefonat ist, dass die vereinbarten Zeiten zuverlässig von der Station eingehalten werden.

► **Tab. 1** Beispiele für deeskalierende Kommunikation (basiert auf Daten aus [45]).

Stufe	Schwerpunkt	Beispielsätze
1. Ruhige und respektvolle Haltung bewahren	Körpersprache: offene Haltung, ruhige Bewegungen, keine Konfrontation Tonfall: sanft, nicht wertend, klar und sachlich	„Ich verstehe, dass Sie besorgt sind. Lassen Sie uns gemeinsam einen Weg finden, wie wir die Situation klären können.“
2. Aktives Zuhören	Zeigen Sie, dass die Anliegen verstanden werden, ohne direkt zu widersprechen. Halten Sie Blickkontakt und nicken Sie gelegentlich.	„Ich höre, dass Sie sich Sorgen um Ihren Angehörigen machen. Können Sie mir genauer erklären, was Sie beunruhigt?“
3. Emotionen spiegeln	Erkennen Sie Gefühle des Gegenübers an und benennen Sie diese, um Empathie zu zeigen.	„Ich merke, dass diese Situation für Sie sehr belastend ist. Das ist absolut verständlich.“
4. Beruhigende Grenzen setzen	Stellen Sie klar, welche Verhaltensweisen nicht akzeptabel sind, ohne zu eskalieren.	„Ich möchte Ihnen helfen, aber ich kann das nur, wenn wir ruhig miteinander sprechen.“
5. Lösungsorientierte Vorschläge machen	Bieten Sie konkrete Schritte an, um die Situation zu entschärfen.	„Wie wäre es, wenn wir zusammen die Ärztin bitten, das weitere Vorgehen zu erklären?“
6. Räumliche Distanz wahren	Stellen Sie die Sicherheit des Personals und der Besuchenden sicher, ohne abweisend zu wirken.	„Ich würde vorschlagen, dass wir kurz Abstand nehmen, um uns zu beruhigen, und dann in ein paar Minuten weitersprechen.“
7. Verständnissvolle Transparenz	Erklären Sie Informationen klar und einfach, um Unsicherheiten zu reduzieren.	„Ihr Angehöriger ist in guten Händen. Ich erkläre Ihnen gern den aktuellen Stand und die nächsten Schritte.“
8. Notfallmaßnahmen bei Eskalation	Wenn Worte nicht ausreichen, fordern Sie Hilfe an (Sicherheitsdienst, Notfallteam).	„Ich hole jetzt Unterstützung, damit wir gemeinsam eine Lösung finden können.“

## Konflikte mit überforderten Bezugspersonen

Bezugspersonen, mit denen Konflikte geführt werden, sind selbst so intensiv gefordert von der Situation, dass sie in Gesprächen beim Gegenüber häufig den Impuls auslösen, der betroffenen Person Entlastungsstrategien vorzuschlagen, was häufig auf Widerstand trifft. Selbst wenn Bezugspersonen offensichtlich nicht ausreichend für sich selbst – z. B. für ausreichend Schlaf, Nahrung und Regeneration – sorgen [18], greift der Ansatz, ihnen diese Verhaltensweisen quasi im Gespräch „zu verordnen“, häufig zu kurz. Vielmehr geht es zunächst darum, einen Teil dieses Verhaltens zunächst als normal im Rahmen einer solch herausfordernden Situation zu verstehen. Erst im zweiten Schritt kann gemeinsam mit dem Betroffenen überlegt werden, was am ehesten hilfreich ist, um die akute Last ein wenig zu reduzieren. Diesen Personen sollte psychologische Unterstützung angeboten werden, ggf. auch mit dem Hinweis auf externe Beratungsstellen. Hierbei geht es immer um individuelle Beratung, die sich nach dem Bedarf und den Bedürfnissen der Bezugsperson richtet. Ganz allgemein lässt sich sagen: Eine Verhaltensempfehlung ist nur sinnvoll, wenn sie aus einem längeren Gespräch resultiert, in dem die Pflegeperson einen ausreichenden Überblick über die aktuelle Situation der Betroffenen sowie deren Ressourcen erhalten hat – und wenn die Bezugsperson überhaupt beraten werden will. Eine Ausnahme bilden Bezugspersonen, die in ihrer Handlungsfähigkeit so eingeschränkt sind, dass sie beispielsweise verwirrt oder desorientiert sind. Hier sind unbedingt weitere Bezugspersonen – wenn möglich – einzubeziehen. Wenn die betroffene Person keine sozialen Beziehungen hat, kann die Hausarztpraxis, bei

akuter Eigengefährdung auch der sozialpsychiatrische Dienst involviert werden.

## Konflikte mit aggressiven Bezugspersonen

Wir leben in einer Kultur, in der der Umgang mit Problemen sich mehr und mehr von Lösungen hin zu Beschwerde und Empörung verschiebt. Wenn Beschwerden und Empörung nicht gut gemanagt werden, können sie in aggressives Verhalten mit verbalen und physischen Verletzungen des Personals umschlagen. In den vergangenen Jahren sind diese Verhaltensmuster zunehmend untersucht worden [20]. Gewalt tritt häufig in Form von verbalen Übergriffen auf und wird durch Faktoren wie Stress, Prognoseunsicherheit und Arbeitsüberlastung begünstigt. Besonders gefährdet sind Pflegefachpersonen, weibliches Personal und Mitarbeitende mit längeren Arbeitszeiten. Zur Deeskalation werden allgemein umfassende Schulungen in Kommunikation, traumainformierte Pflege- und Deeskalationstechniken empfohlen. Beispiele für deeskalierende Kommunikation zeigt ► **Tab. 1**. Institutionelle Maßnahmen wie verbesserte Sicherheitsrichtlinien, Notfallteams für aggressive Situationen oder transparente Hinweise auf eine „Zero-Tolerance-Politik“ sind essenziell [20].

## Konflikte mit Bezugspersonen mit Kindern

Konflikte können auch durch Bezugspersonen mit minderjährigen Kindern entstehen, die selbst überlastet wirken, aber unbedingt mit ihren Kindern zu Besuch kommen wollen. Die Entscheidung für oder gegen einen Besuch ist dann schwierig zu fällen. Generell sind Kinder ein wichtiger Bestandteil des Familiensystems und können durch ihre Anwesenheit dazu beitragen, den Zustand von Pati-

ent\*innen positiv zu beeinflussen [38]. Gleichzeitig sind Besuche mit Kindern eine besondere Herausforderung, da sowohl ihre psychische Belastbarkeit als auch die Anforderungen der Intensivstation berücksichtigt werden müssen. Schon zu Beginn einer Intensivbehandlung muss vor allem die Perspektive der Bezugspersonen Beachtung finden. Bezugspersonen, die selbst emotional überfordert sind, können Schwierigkeiten haben, die Bedürfnisse ihrer Kinder sowie die der Patient\*innen auszubalancieren, da sie – vor allem, wenn es sich um einen ungeplanten Intensivaufenthalt handelt – oft überfordert sind. Hier ist eine enge psychosoziale Unterstützung durch das Betreuungsteam von großer Bedeutung. Gespräche, die Raum für Sorgen und Ängste der Bezugspersonen bieten, sowie das Angebot an weiterführenden Beratungen, wie zum Beispiel durch Psycholog\*innen oder externe Institutionen, können helfen, diese Belastung zu reduzieren. Als hilfreich hat sich auch erwiesen, wenn das Personal direkt nachfragt. Sätze wie: „Möchten Sie, dass wir mit Ihrem Kind gemeinsam besprechen, was es hier auf der Intensivstation erwarten könnte? Wenn Ihr Kind Fragen hat, dürfen Sie oder das Kind sich jederzeit an uns wenden“ zeigen das ehrliche Interesse an der Problematik und können gleichzeitig entlastend wirken.

### Konflikte mit Familien mit sehr vielen Bezugspersonen

In einer kultursensiblen Versorgung wird versucht, die kulturellen Gewohnheiten der Patient\*innen und ihrer Bezugspersonen zu berücksichtigen. In Kulturen, in denen es zum guten Ton gehört, dass die gesamte Großfamilie bei einer schweren Erkrankung eines Familienmitglieds ortsnah anwesend ist und ein Fernbleiben einem Im-Stich-Lassen aus deutscher Sicht gleichkommt, kann es für viele Pflegefachpersonen herausfordernd wirken. Lösungen bestehen im interkulturellen Übersetzen; so werden verständliche Informationen übermittelt, z. B. zur Anzahl der Besuchenden oder zur Formierung einer Kleingruppe, die die Interessen der großen Familie vertritt. Denn wenn die Verständigung nicht gelingt, kommt es rasch zu Fehleinschätzungen und Irrtümern, und gemeinsame Ziele werden nicht erreicht. Ein Verständnis der unterschiedlichen Lebenswelten hilft Pflegefachpersonen aber auch, zu den Bezugspersonen Vertrauen aufzubauen. Denn oft sind diese Bezugspersonen zusätzlich belastet durch Probleme wie Integrationsdruck, Arbeitslosigkeit, knappe Wohnmöglichkeiten und/oder finanzielle Probleme, die sich auf ihr Verhalten, den Vertrauensaufbau und das Erleben auswirken können [39]. Hier gilt es gezielte Unterstützungsangebote einzubeziehen wie zum Beispiel den Sozialdienst. Oft zeigen sich ein unterschiedliches Krankheitsverständnis und eine Unkenntnis über soziokulturelle und religiöse Besonderheiten der Bezugspersonen [40]. Diese spezifischen Bedürfnisse der Bezugspersonen gilt es in den Anamnesen zu erfragen, zu dokumentieren und laufend gemeinsam zu evaluieren.

### ONE MINUTE WONDER

#### Proaktiver Umgang mit Konflikten mit Bezugspersonen

Die Interaktion mit Bezugspersonen stellt in der Intensivpflege eine besondere Herausforderung dar und führt mitunter zu Konflikten. Ein proaktiver Ansatz fördert nicht nur eine positive Beziehung, sondern kann auch den Pflegealltag erleichtern und die Genesung der Patient\*innen unterstützen. Nachfolgend ein paar Beispiele.

#### Konflikte mit misstrauischen Bezugspersonen:

„Schön, dass Sie da sind, ich komme gleich zu Ihnen!“ – Ein einfacher Satz signalisiert Wertschätzung und schafft Vertrauen.

#### Konflikte mit ständig fragenden Bezugspersonen:

„Das ist eine gute Frage! Ich kümmere mich gerade um etwas und bin gleich bei Ihnen.“ – Strukturierte Antworten reduzieren Stress und schaffen Klarheit.

#### Konflikte mit ständig anrufenden Bezugspersonen:

„Ich rufe Sie morgen um 9 Uhr an, um Sie zu informieren. Sie können diese Information weitergeben.“ – Feste Kommunikationszeiten entlasten beide Seiten.

#### Konflikte mit überforderten Bezugspersonen:

„Achten Sie darauf, genug Pausen einzulegen. Wie können wir Sie dabei unterstützen?“ – Zeigt Verständnis und regt zur Selbstfürsorge an.

#### Konflikte mit aggressiven Bezugspersonen:

„Ich verstehe, dass Sie besorgt sind. Lassen Sie uns ruhig sprechen, um eine Lösung zu finden.“ – Deeskalation durch klare, wertschätzende Kommunikation.

#### Konflikte mit Bezugspersonen mit Kindern:

„Wir können den Besuch mit Ihren Kindern vorbereiten, damit alle sich sicher fühlen.“ – Ermöglicht eine kultursensible und kindgerechte Betreuung.

#### Konflikte mit Großfamilien:

„Können wir eine kleine Gruppe bestimmen, die die Familie vertritt?“ – Vermittelt Kultursensibilität und fördert Struktur.

Ein proaktiver Ansatz ermöglicht es, Bezugspersonen als Partner\*innen im Pflegeprozess zu gewinnen, fördert die Genesung und schafft ein harmonisches Pflegeumfeld.

### Konflikte mit zaghaften Bezugspersonen

Informationsasymmetrie und mangelnde Gesundheitskompetenz der Bezugspersonen führen zu großer Unsi-

cherheit. So kann das Gefühl bei den Bezugspersonen entstehen, nicht zu verstehen, nicht hilfreich zu sein und den Anforderungen der komplexen Situation auf der Intensivstation nicht zu entsprechen. Die Integration von Bezugspersonen in die Pflege, etwa durch kleine Aufgaben, kann hier sehr hilfreich sein: „Möchten Sie mir etwas helfen? Was trauen Sie sich zu?“, „Können Sie mir etwas über den kranken Menschen erzählen?“. Dies stärkt das Gefühl von Mitverantwortung und Unterstützung [41].

Eine Hilfe kann sein, dass sich Bezugspersonen zu Hause Fragen oder Informationen zum Kranken aufschreiben, die anschließend gemeinsam beantwortet oder erläutert werden. Denn nicht immer informieren wir über Themen, die für die Bezugspersonen relevant sind [42]. Auch die Verwendung von einfacher Sprache, das Vermeiden von Fachbegriffen und Abkürzungen im Gespräch tragen wesentlich dazu bei, dass sich die betroffenen Bezugspersonen leichter einbringen können.

Natürlich sind weitere Beispiele denkbar. Es wird nicht für jedes Beispiel immer eine Lösung geben und es wird auch immer Bezugspersonen geben, die eine besondere Herausforderung bedeuten. Aber dennoch können wir versuchen, es für den Großteil der Bezugspersonen so angenehm und unterstützend wie möglich zu machen. Sie sind genauso an dem Wohlbefinden der Patient\*innen interessiert wie wir. Wenn dies erkannt und anerkannt wird, können Bezugspersonen und Pflegefachpersonen ein effektives Team bilden. Bezugspersonen könnten dabei eine wichtige Rolle übernehmen, beispielsweise als Motivator\*innen und Verstärker\*innen therapeutischer Maßnahmen. Nach einer dokumentierten Anleitung können sie beispielsweise gezielte Maßnahmen zur Aktivierung oder Beruhigung durchführen oder regelmäßig ein Atemtraining mit dem erkrankten Menschen umsetzen. Solche einfachen, aber wirkungsvollen Beispiele fördern nicht nur die Genesung der Patient\*innen, sondern erfüllen auch das Bedürfnis der Bezugspersonen, aktiv unterstützend zu wirken.

## Grenzen des proaktiven Ansatzes

Selbstverständlich stößt auch ein proaktives Management von Bezugspersonen zwangsläufig an Grenzen. In der Bevölkerung gibt es einen beträchtlichen Anteil von Personen mit Substanzabhängigkeiten, psychiatrischen Erkrankungen, extremistischen Haltungen, besonderen kulturellen Hintergründen, Sprach- und Verständnisproblemen und anderen Bedingungen, die eine Kommunikation und Kooperation sehr schwer bis unmöglich machen. Auch diese Personen haben die gleichen Rechte und sollen genauso viel Aufmerksamkeit wie andere Gruppen erhalten. Es kann dennoch sein, dass trotz aller Bemühungen wie oben beschrieben und aufgrund einer kritischen ethischen Reflexion der Vor- und Nachteile ein Besuchsverbot ausgesprochen werden muss. Dennoch dürfen diese Einzelfälle nicht dazu genutzt werden, um diese Erfahrungen für alle

anderen zu pauschalisieren und generelle Verbote auszusprechen.

## Nutzen des proaktiven Ansatzes

Ein proaktiver Ansatz im Umgang mit Bezugspersonen verbessert die Versorgung sowohl der Patient\*innen als auch der Bezugspersonen [43]. Indem deren Bedürfnisse respektiert und sie in den Pflegealltag integriert werden, entsteht eine Kooperationsbasis, die Stress und Konflikte meist reduziert (► **One Minute Wonder**); Pflegefachpersonen profitieren von klaren Strukturen und einer Entlastung durch die aktive Einbindung der Bezugspersonen [44]. Langfristig trägt dieser Ansatz dazu bei, die Zufriedenheit aller Beteiligten zu steigern und eine menschlichere, familienzentrierte Intensivversorgung zu etablieren.

## Autorinnen/Autoren



### PD Dr. Peter Nydahl

GKP BScN MScN Pflegewissenschaft und -entwicklung; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich  
E-Mail: peter.nydahl@uksh.de



### Maria Brauchle

GKP, Pflegeschule Vorarlberg – Standort Feldkirch Vorarlberg, Österreich  
E-Mail: maria.brauchle@pflegeschule-vorarlberg.at



### Dr. Teresa Deffner

Dipl.-Rehopsychologin (FH), Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena  
E-Mail: teresa.deffner@med.uni-jena.de



### PD Mag. Dr. Magdalena Hoffmann

MSc MBA, GKP, Forschungseinheit für Sicherheit und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, c/o Klinische Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, Medizinische Universität Graz, Österreich  
E-Mail: magdalena.hoffmann@medunigraz.at



### Dr. Marie-Madlen Jeitziner

AKP, MScN, Universitätsklinik für Intensivmedizin, Inselspital, Bern; Direktion Pflege, INSEL GRUPPE, Inselspital, Bern, Schweiz  
E-Mail: marie-madlen.jeitziner@insel.ch



### Marina Ufelmann

FGKP, BA, MSc ANP, TUM Klinikum rechts der Isar

E-Mail: marina.ufelmann@mri.tum.de



### Antje Scheer

Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF) e. V., Berlin

E-Mail: dgf@dgf-online.de

## Literatur

- [1] Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K et al. SCCM guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024. *Crit Care Med* 2025; 53(2): e465–e482. DOI: 10.1097/CCM.00000000000006549
- [2] Deffner T, Hierundar A, Knochel K et al. Intensivmedizin: Besuche fördern die Genesung. *Dtsch Arztebl* 2021; 118(45): A 2112–4
- [3] Scheer A, Denhof M, Kaltwasser A et al. Certification of a family-friendly intensive care unit – families are always welcome! *Nurs Crit Care* 2025; im Druck
- [4] Abt-Zegelin A. Angehörigenfreundliche Intensivstation. *Dr. med. Mabuse* 2018; 11: 46–7
- [5] Ely EW. The ABCDEF bundle: Science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Crit Care Med* 2017; 45: 321–30. DOI: 10.1097/ccm.0000000000002175
- [6] Moraes FDS, Marengo LL, Moura MDG et al. ABCDE and ABCDEF care bundles: A systematic review of the implementation process in intensive care units. *Medicine (Baltimore)* 2022; 101: e29499. DOI: 10.1097/md.00000000000029499
- [7] Kumpf O, Assenheimer M, Bloos F et al. Quality indicators in intensive care medicine for Germany – fourth edition 2022. *Ger Med Sci* 2023; 21: 1–27. DOI: 10.3205/000324
- [8] Dayton K, Lindroth H, Engel HJ et al. Creating a culture of an awake and walking intensive care unit: In-hospital strategies to mitigate post-intensive care syndrome. *Crit Care Clin* 2025; 41: 121–40. DOI: 10.1016/j.ccc.2024.08.002
- [9] Davidson JE, Aslakson RA, Long AC et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med* 2017; 45: 103–28. DOI: 10.1097/ccm.0000000000002169
- [10] Galvin IM, Leitch J, Gill R et al. Humanization of critical care-psychological effects on healthcare professionals and relatives: A systematic review. *Can J Anaesth* 2018; 65: 1348–71. DOI: 10.1007/s12630-018-1227-7
- [11] Kleinpell R, Heyland DK, Lipman J et al. Patient and family engagement in the ICU: Report from the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care* 2018; 48: 251–6. DOI: 10.1016/j.jccr.2018.09.006
- [12] Joo Y, Jang Y, Kwon OY. Contents and effectiveness of patient- and family-centred care interventions in adult intensive care units: A systematic review. *Nurs Crit Care* 2024; 29: 1290–302. DOI: 10.1111/nicc.13105
- [13] Wu Y, Wang G, Zhang Z et al. Efficacy and safety of unrestricted visiting policy for critically ill patients: A meta-analysis. *Crit Care* 2022; 26: 267. DOI: 10.1186/s13054-022-04129-3
- [14] Gunnlaugsdóttir T, Jónasdóttir RJ, Björnsdóttir K et al. How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. *Int J Nurs Stud Adv* 2024; 7: 100251. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2024.100251
- [15] Hoffmann M, Nydahl P, Brauchle M et al. Angehörigenbetreuung auf Intensivstationen. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2022; 117: 349–57. DOI: 10.1007/s00063-022-00915-7
- [16] Deffner T, Münch U, Riessen R et al. [Psychosocial care for relatives in the ICU: framework concept]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2022; 117: 600–6. DOI: 10.1007/s00063-022-00966-w
- [17] Studdert DM, Mello MM, Burns JP et al. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: Types, sources, and predictors. *Intensive Care Med* 2003; 29: 1489–97. DOI: 10.1007/s00134-003-1853-5
- [18] Hamilton R, Kleinpell R, Lipman J et al. International facilitators and barriers to family engagement in the ICU: Results of a qualitative analysis. *J Crit Care* 2020; 58: 72–7. DOI: 10.1016/j.jccr.2020.04.011
- [19] Riley BH, White J, Graham S et al. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: Perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care* 2014; 23: 316–24. DOI: 10.4037/ajcc2014980
- [20] Sridharan V, Leung KC, Peisah C. Understanding aggression displayed by patients and families towards intensive care staff: A systematic review. *J Intensive Care Soc* 2024; 25: 266–78. DOI: 10.1177/17511437241231707
- [21] Wendlandt B, Kime M, Carson S. The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic. *Intensive Crit Care Nurs* 2022; 68: 103123. DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103123
- [22] Pun BT, Badenes R, Heras La Calle G et al. Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): A multicentre cohort study. *Lancet Respir Med* 2021; 9: 239–50. DOI: 10.1016/s2213-2600(20)30552-x
- [23] Rogge A, Naeve-Nydahl M, Nydahl P et al. Ethische Entscheidungsempfehlungen zu Besuchsregelungen im Krankenhaus während der COVID-19-Pandemie. *Med Klein Intensivmed Notfmed* 2021; 116: 415–20. DOI: 10.1007/s00063-021-00805-4
- [24] Mailer J, Ward K, Aspinall C. The impact of visiting restrictions in intensive care units for families during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *J Adv Nurs* 2024; 80(4): 1355–69. DOI: 10.1111/jan.15915
- [25] Hriberšek M, Eibensteiner F, Kapral L et al. „Loved ones are not ‚visitors‘ in a patient’s life“ – the importance of including loved ones in the patient’s hospital stay: An international Twitter study of #HospitalsTalkToLovedOnes in times of COVID-19. *Front Public Health* 2023; 11: 1100280. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1100280
- [26] Jeitziner MM, Jenni-Moser B, Zante B et al. Family support in intensive care units during COVID-19 visit ban: A multinational Delphi Study during first COVID-19 wave. *Intensive Crit Care Nurs* 2023; 74: 103308. DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103308
- [27] Arnold D. Aber in die Praxis umzusetzen ist es dann halt schwierig. *Pflege Zeitschrift* 2000; 13
- [28] Rose L, Allum LJ, Istanboulian L et al. Actionable processes of care important to patients and family who experienced a

- prolonged intensive care unit stay: Qualitative interview study. *J Adv Nurs* 2022; 78: 1089–99. DOI: 10.1111/jan.15083
- [29] Seaman JB, Arnold RM, Scheunemann LP et al. An integrated framework for effective and efficient communication with families in the adult intensive care unit. *Ann Am Thorac Soc* 2017; 14: 1015–20. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201612-965OI
- [30] Deffner T, Hierundar A, Waydhas C et al. [Relatives after a stay on the intensive care unit: A care gap to be closed]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2024; 119: 285–90. DOI: 10.1007/s00063-024-01130-2
- [31] Bateman TS, Crant JM. The proactive component of organizational behavior: A measure und correlates. *J Organ Behav* 1993; 14: 103–118
- [32] Frese M, Tornau K, Fay D. Forschung zur Analyse und Förderung der Eigeninitiative: Love it, leave it or change it. *Zeitschrift für Personalführung* 2008; 3: 48–57
- [33] Naef R, Brysiewicz P, McAndrew NS et al. Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. *Intensive Crit Care Nurs* 2021; 66: 103081. DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103081
- [34] Krüger L, Zittermann A, Mannebach T et al. Randomized feasibility trial for evaluating the impact of primary nursing on delirium duration during intensive care unit stay. *Intensive Crit Care Nurs* 2024; 84: 103748. DOI: 10.1016/j.iccn.2024.103748
- [35] Bienstein C. Persönliche Kommunikation. 2010
- [36] Maier J. Das aktive Angehörigentelefonat. *Pflegen Intensiv* 2010; 10(4): 28–31
- [37] Keim C, Maier J, Naef R et al. Vom passiven zum aktiven Angehörigentelefonat. *intensiv* 2018; 26: 14–8
- [38] Brauchle M, Deffner T, Brinkmann A et al. Besuche von minderjährigen Angehörigen in der Intensiv- und Notfallmedizin. *Med Klein Intensivmed Notfmed* 2023. DOI: 10.1007/s00063-023-01004-z
- [39] Listerfelt S, Fridh I, Lindahl B. Facing the unfamiliar: Nurses' transcultural care in intensive care – a focus group study. *Intensive Crit Care Nurs* 2019; 55: 102752. DOI: 10.1016/j.iccn.2019.08.002
- [40] Degrie L, Gastmans C, Mahieu L et al. How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. *BMC Med Ethics* 2017; 18: 2. DOI: 10.1186/s12910-016-0163-8
- [41] Wyskiel RM, Weeks K, Marsteller JA. Inviting families to participate in care: A family involvement menu. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2015; 41: 43–6. DOI: 10.1016/s1553-7250(15)41006-2
- [42] Hoffmann M, Holl AK, Burgsteiner H et al. Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients: Cross-sectional survey among intensive care unit relatives and professionals. *Wien Klin Wochenschr* 2018; 130: 645–52. DOI: 10.1007/s00508-018-1377-1
- [43] Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in post-intensive care syndrome-family: A systematic literature review. *Crit Care Med* 2020; 48: e835-e840. DOI: 10.1097/ccm.0000000000004450
- [44] Naef R, von Felten S, Petry H et al. Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: A mixed-methods evaluation. *Aust Crit Care* 2021; 34: 594–603. DOI: 10.1016/j.aucc.2020.10.014
- [45] Wesuls R, Gehring G, Kautz M. Präventive Deeskalationsstrategien und Handlungsempfehlungen. Unfallkasse Baden-Württemberg; 2010. Im Internet: [t1p.de/okgmj](http://t1p.de/okgmj); Stand: 15.04.2025

## Bibliografie

intensiv 2025; 33: 178–185  
 DOI 10.1055/a-2588-7984  
 ISSN 0942-6035  
 © 2025. Thieme. All rights reserved.  
 Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
 70469 Stuttgart, Germany