



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Zu allen Sorgen, die man eh schon hat, kommt
dann zusätzlich noch eine Belastung hinzu“

Das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen von
aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten PatientInnen
im Krankenhaus

Verfasserin

Lisa Sadler, Bacc.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von:

Mag. Dr. Berta Schrems, Priv. Doz

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemdarstellung	2
1.2	Ziel und Erkenntnisinteresse	4
1.3	Fragestellung	5
1.4	Gliederung der vorliegenden Arbeit.....	5
2	Grundlagen	6
2.1	Theoretischer Bezug	6
2.1.1	Multiresistente Erreger	6
2.1.2	Schutzmaßnahmen im Krankenhaus	9
2.2	Die Rolle von sozialen Netzwerken beziehungsweise Angehörigen im Falle von Krankheit.....	15
2.3	Stand der Forschung	17
2.3.1	Literaturrecherche	17
2.3.2	Studienergebnisse zur Isolierung aus Sicht der PatientInnen	20
2.3.3	Studienergebnisse zur Isolierung aus Sicht der Pflegepersonen und/oder anderer Gesundheitsprofessionen	27
2.3.4	Studienergebnisse zu den Erfahrungen von Angehörigen bezüglich Krankenhausaufenthalt.....	32
3	Methode der empirischen Untersuchung	38
3.1	Datenerhebung	38
3.1.1	Auswahl der TeilnehmerInnen.....	38
3.1.2	Feldzugang und Rekrutierung	40
3.1.3	Interviewführung.....	42
3.2	Datenanalyse	45
3.3	Ethische Aspekte	47
3.4	Gütekriterien qualitativer Forschung	48

4	Darstellung der Ergebnisse.....	53
4.1	Präsentation der InterviewteilnehmerInnen	53
4.2	Darstellung des identifizierten Phänomens.....	54
5	Diskussion.....	81
5.1	Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund des bestehenden Forschungsstandes	81
5.2	Limitationen der vorliegenden Arbeit	87
6	Schlussfolgerung.....	89
7	Literaturverzeichnis	92
8	Anhänge.....	99

Danksagung

Ich bedanke mich bei allen InterviewteilnehmerInnen für ihre Zeit und Bereitschaft mit mir ihre Erfahrungen zu diesem schweren Thema zu teilen.

Ein weiterer Dank geht an meine Betreuerin Frau Mag. Dr. Berta Schrems für ihre Präsenz bei der Erstellung dieser Arbeit, für die fachliche Unterstützung und die konstruktiven Vorschläge.

Ich danke meinen Freundinnen und Freunden die mich in meiner Studienzeit begleitet und mich unterstützt haben und immer ein offenes Ohr für mich hatten. Ich danke meinen Studienkolleginnen für ihre fachlichen und inhaltlichen Anregungen welche sie zu dieser Arbeit beigetragen haben.

Ich danke meiner Familie die mir meine Studien ermöglicht und mich bei allem unterstützt haben.

1 Einleitung

Schon zu allen Zeiten haben Infektionskrankheiten Angst bei den Menschen hervorgerufen. Heute ist viel mehr über solche Krankheiten bekannt, trotzdem sorgen diese immer noch für Aufsehen (Popp & Ingensiep, 2011). Zwar treten Infektionskrankheiten in Europa weniger häufig auf als in anderen Teilen der Welt, dennoch kann ihr erneutes und plötzliches Auftreten zu Erkrankungen führen und eine Bedrohung für die Gesundheit darstellen (WHO, 2014b). Infektionskrankheiten können von unterschiedlichen Erregern ausgelöst werden. Hierzu zählen unter anderem Viren, Parasiten, Pilze und Bakterien. In den letzten Jahren ist ein Anstieg von antimikrobiellen Resistenzen zu verzeichnen (WHO, 2014a). Die Mobilität der Bevölkerung und das Auftreten von Multiresistenzen gegenüber den vorhandenen Therapien begünstigen das Auftreten und die Verbreitung dieser Krankheiten (WHO, 2014b).

Die wahrscheinlich am meisten diskutierte Problematik in Bezug auf antimikrobielle Resistenzen ist die Resistenz von zahlreichen Bakterien gegenüber den vorhandenen Antibiotika. Die WHO (2014b) und das European Centre for Disease Prevention and Control (2014) zeigen in ihren neuesten Veröffentlichungen, dass Antibiotikaresistenzen eine große Bedrohung für das Gesundheitswesen in Europa darstellen. Es kommt zu höheren Kosten im Gesundheitswesen, verlängerten Krankenhausaufenthalten, Behandlungsversagen und zum Tod. Die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen ist bei Mikroorganismen ein natürliches Phänomen. Dieses Phänomen wird durch den falschen Einsatz beziehungsweise durch falsches Einnehmen von Antibiotika bei Mensch und Tier verstärkt. Das Fehlen von neuen Antibiotika, um die unwirksam gewordenen Antibiotika zu ersetzen, stellt die Medizin vor ein großes Problem (WHO, 2014a).

Um im Krankenhaus-Setting die Verbreitung von multiresistenten Erregern und deren Folgen zu verhindern, werden Schutzmaßnahmen ergriffen. Die Isolierung von betroffenen PatientInnen ist eine dieser Maßnahmen und seit Jahrzehnten eine der Hauptsäulen in der Infektionskontrolle (Morgan, Diekema, Sepkowitz, & Perencevich, 2009). Die ersten Studien zu den Folgen dieser Isolierungsmaßnahmen, wie beispielsweise negative

Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen, erschienen in den späten achtziger Jahren. In den darauffolgenden Jahren bis heute sind zahlreiche Studien zum Erleben und zu den Bedürfnissen von Betroffenen und Pflegepersonen oder Personen aus anderen Gesundheitsberufen bezüglich Isolierung veröffentlicht worden. Die Perspektive der Angehörigen bleibt zu diesem Thema jedoch weitestgehend unerforscht, obwohl bekannt ist, dass Angehörige eine wichtige Rolle im Gesundheits- und Krankheitsprozess spielen. Mit dem Wissen, wie Angehörige eine Isolierung erleben und welche Bedürfnisse sie in einer solchen Situation haben, kann passende Pflege und Unterstützung für die PatientInnen und deren Angehörige angeboten werden. Des Weiteren können Angehörige besser in den Pflegeprozess eingebunden werden, was einen positiven Einfluss auf die PatientInnen und auf die Angehörigen selbst hat (Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005).

1.1 Problemdarstellung

Aus der Literatur ist bekannt, dass eine Isolierung aufgrund multiresistenter Erreger negative Auswirkungen auf den psychischen Zustand (Abad, Fearday, & Safdar, 2010; Gammon, 1998; Goldsack, DeRitter, Power, Spencer, Taylor, Kim, Kirk, & Drees, 2014; Morgan et al., 2009; Newton, Constable, & Senior, 2001; Tarzi, Kennedy, Stone, & Evans, 2001), den Heilungsprozess und die Behandlung der Betroffenen hat (Barratt, Shaban, & Moyle, 2010; Goldsack et al., 2014; Newton et al., 2001; Skyman, Sjostrom, & Hellstrom, 2010). Auch die Krankenhäuser beziehungsweise das Gesundheitssystem sind von diesen negativen Auswirkungen betroffen, da eine Isolierung mit Kosten verbunden ist, die beispielsweise von verlängerten Krankenhausaufenthalten oder dem Einsatz von teuren und alternativen Therapien zur Bekämpfung der multiresistenten Erreger hervorgerufen werden (WHO, 2014a). Des Weiteren wird auch das Pflegepersonal durch die Isolierung von PatientInnen vor eine Herausforderung gestellt. So ist eine Isolierung zum Beispiel mit einem hohen Zeit- und Arbeitsaufwand verbunden (Godsell, Shaban, & Gamble, 2013; Seibert, Speroni, Oh, Devoe, & Jacobsen, 2014b). Das Erleben von isolierten PatientInnen sowie die Perspektive der Pflegepersonen werden in der Literatur anhand zahlreicher

Studien beschrieben. Wie Angehörige die Diagnose und die Isolierung erleben, bleibt allerdings weitestgehend unerforscht.

Aus der Gesundheitssoziologie ist allerdings bekannt, dass soziale Netzwerke, das heißt Familien, Freunde oder andere nahestehenden Personen, einen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit eines Menschen haben (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). Die Erkrankung betrifft nicht nur die Betroffenen selbst, sondern ihr gesamtes Umfeld. Die Einbindung der sozialen Netzwerke in die Krankenversorgung ist ein wichtiger Aspekt und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Diese können den Betroffenen in ihrer schweren Situation Unterstützung zukommen lassen und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen (Petrowski, 2008). Aus diesem Grund sollten die Einflüsse von sozialen Netzwerken von allen involvierten Gesundheitsprofessionen in der Pflege eines Menschen berücksichtigt und zur Kenntnis genommen werden (Smith & Christakis, 2008)

Aufgrund des Mangels an Literatur zum Thema „Isolierung aus der Perspektive der Angehörigen“ wurde versucht, allgemeine Erkenntnisse zum Erleben, zur Rolle und zu Bedürfnissen von Angehörigen bezüglich eines Krankenaufenthalts von nahestehenden Bezugspersonen zu erlangen. Ein Krankenhausaufenthalt ruft bei den Angehörigen unterschiedliche Emotionen hervor (Belayachi, Himmich, Madani, Abidi, Dendane, Zeggwagh, & Abouqal, 2014; Eggenberger & Nelms, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007). Die Präsenz am Krankenbett (Eggenberger & Nelms, 2007; Jacelon, 2006; Urizzi & Corrêa, 2007), eine gute Beziehung zu den Pflegepersonen (Eggenberger & Nelms, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007) sowie das Erhalten von Informationen sind für Angehörige von großer Bedeutung (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005; Digby & Bloomer, 2014; Dougherty, Bykerk, Hentemann, Maxwell, Paulsen, Byrne, & Stoutjesdyk, 2009; Eggenberger & Nelms, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007; Verhaeghe et al., 2005).

Es wird angenommen, dass sich diese Aspekte durch die Maßnahmen einer Isolierung wahrscheinlich anders gestalten, an Bedeutung verlieren oder nicht erfüllt werden können.

1.2 Ziel und Erkenntnisinteresse

Der Anstoß zur Behandlung des Forschungsthemas dieser Masterarbeit gab die Betreuerin dieser Arbeit. Sie sprach das Thema in einer Lehrveranstaltung an und hat dadurch mein Interesse geweckt.

Des Weiteren hatte ich während meiner Ausbildung als Krankenschwester viel Kontakt mit isolierten PatientInnen im Krankenhaus. Isolierungen im Krankenhaus sind keine Seltenheit und es stellte sich heraus, dass die PatientInnen ihre Situation als schwierig und belastend empfinden. Da zu dieser Sicht allerdings bereits viel Literatur vorhanden ist, wird in dieser Arbeit den Fokus auf die Sicht der Angehörigen gelegt. Erkenntnisse zum Erleben und den Bedürfnissen von Angehörigen in einer solchen Situation können vielleicht dazu beitragen, familienorientierte Maßnahmen in der Praxis umzusetzen, um diese in ihrer Situation zu unterstützen.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es somit herauszufinden, wie Angehörige die Isolierung einer nahen Bezugsperson erleben und inwieweit die Bedürfnisse der Angehörigen von Seiten der Pflegepersonen und/oder anderen Gesundheitsprofessionen erfüllt werden können. Die Ergebnisse sollen zu einem besseren Verständnis der komplexen Situation der Angehörigen im isolierten Krankenhaus-Setting führen. Außerdem sollen die Ergebnisse Handlungsansätze für die Pflege liefern, um Angehörige psychosozial zu unterstützen, zu verstehen und auf sie einzugehen. Die Angehörigen sollen somit besser in den Pflegeprozess integriert werden und eine Ressource für die Patientin beziehungsweise den Patienten und die Pflege darstellen.

1.3 Fragestellung

Aus der angeführten Problemdarstellung und entsprechend dem Ziel dieser Masterarbeit, wurden folgende Forschungsfragen entwickelt:

- ◇ Wie erleben Angehörige die Isolierung einer Patientin beziehungsweise eines Patienten aufgrund multiresistenter Erreger während eines Krankenhausaufenthalts?
- ◇ Welche Bedürfnisse haben Angehörige einer Patientin beziehungsweise eines Patienten in Zusammenhang mit einer Isolierung?

1.4 Gliederung der vorliegenden Arbeit

In den Grundlagen werden die Schlüsselbegriffe des Forschungsthemas, das heißt „multiresistente Erreger“ und die „Schutzmaßnahmen“, theoretisch dargestellt. Weiters setzt sich dieses Kapitel mit der Rolle von sozialen Netzwerken beziehungsweise Angehörigen im Falle von Krankheit auseinander. Der aktuelle Wissensstand zum Thema Isolierung und Krankenhausaufenthalt wird aus unterschiedlichen Perspektiven angeführt.

Anschließend wird die Methode der empirischen Untersuchung erläutert. Hier wird näher auf die Datenerhebung und Datenanalyse anhand von Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) eingegangen. Die ethischen Aspekte sowie die Gütekriterien qualitativer Forschung werden in diesem Kapitel ebenfalls diskutiert.

Im Ergebnisteil werden schließlich die entwickelten Phänomene aus dem Datenmaterial angeführt, in weiterer Folge diskutiert und mit vorhandener Literatur in Verbindung gesetzt und kritisch reflektiert.

2 Grundlagen

In folgendem Kapitel wird der theoretische Bezug dieser Arbeit dargestellt, das heißt hier werden die Schlüsselbegriffe und Konzepte in Bezug auf die Forschungsfrage näher beleuchtet. Des Weiteren wird der aktuelle Stand der Forschung zur Thematik „Isolierung im Krankenhaus“ anhand von Literatur vorgestellt.

2.1 Theoretischer Bezug

Folgend werden die verschiedenen Arten sowie Übertragungsmechanismen von Erregern im Krankenhaus angeführt. Des Weiteren werden die zu treffenden Schutzmaßnahmen im Falle einer Kolonisierung beziehungsweise Infizierung einer Patientin beziehungsweise eines Patienten näher beleuchtet.

2.1.1 Multiresistente Erreger

Infektionskrankheiten werden unter anderem von Bakterien, Viren, Parasiten und Pilzen hervorgerufen. In den letzten Jahrzehnten ist ein Anstieg von antimikrobiellen Resistenzen zu verzeichnen. Dies stellt ein großes Problem in der Behandlung von unterschiedlichen Infektionskrankheiten dar, da die bisherigen Therapien und Medikamente nicht mehr effektiv genug sind, um die auftretenden Erkrankungen zu behandeln. Dies hat zur Folge, dass die Behandlung der betroffenen PatientInnen schwer, kostspielig oder gar unmöglich ist. (WHO, 2014a).

Die wohl am meisten diskutierte Problematik in Bezug auf Multiresistenzen in der Literatur ist die Resistenz von zahlreichen Bakterien gegenüber den vorhandenen Antibiotika. Dabei wird zwischen Antibiotikaresistenz und antimikrobieller Resistenz unterschieden. Bei der Antibiotikaresistenz handelt es sich um Bakterien, die resistent gegenüber Antibiotika sind beziehungsweise geworden sind. Die antimikrobielle Resistenz ist ein breiterer Terminus beziehungsweise Oberbegriff. Hiermit sind die Resistenzen von den unterschiedlichen Klassen von Erregern wie beispielsweise Viren, Parasiten, Pilze, aber auch Bakterien gemeint (WHO: Media Centre, 2015).

Die Entdeckung beziehungsweise die Entwicklung zahlreicher Antibiotika in den Jahren 1950 bis 1970 ermöglichte die Behandlung von bis dato oft tödlichen Krankheiten. Die Erfolge in der Behandlung von diesen unterschiedlichen Krankheiten führten dazu, dass diese neuen Medikamente sehr häufig zum Einsatz kamen. Dies hatte zur Folge, dass im Laufe der Zeit viele dieser Bakterien resistent gegenüber diesen Therapien geworden sind. In der Leitlinie von Muto, Jernigan, Ostrowsky, Richet, Jarvis, Boyce, und Farr (2003) wird Antibiotikaresistenz folgendermaßen beschrieben: Diese tritt dann auf, wenn ein Mikroorganismus ein Gen entwickelt, der diesem ermöglicht, die verabreichten Antibiotika zu inaktivieren oder ihre antibakterielle Wirkung zu verhindern. Schon Alexander Fleming warnte nach seiner Entdeckung des Penizillins vor der Entwicklung möglicher Resistenzen (WHO, 2014a).

Resistente Bakterien stellen vor allem im Krankenhaus-Setting eine große Gefahr dar. Hier befinden sich oft vulnerable Personen die anfällig für solche Infektionen sind. Besonders vulnerable PatientInnen sind beispielsweise Personen mit schweren Grunderkrankungen und mit einem geschwächten Immunsystem. Aber auch operative Eingriffe und das Alter der PatientInnen haben einen Einfluss auf das Risiko in Bezug auf eine Kolonisierung oder Infizierung mit einem solchen Erreger im Krankenhaus. Des Weiteren kann auch medizinisches Material wie beispielsweise Blasenkatheter oder Venenkatheter das Risiko einer Kolonisierung oder Infizierung erhöhen (Siegel, Rhinehart, Jackson, Chiarello, & The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007b; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, Centers for disease Control and Prevention, Public Health Service, & U. S. Department of Health and Human Services, 1996). Multiresistente Bakterien stellen ein großes Problem für die unterschiedlichen Institutionen dar. Eine hohe Anzahl der nosokomialen Infektionen werden durch multiresistente Bakterien wie beispielsweise Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA), Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), aber auch multiresistente gram-negative Bakterien verursacht (WHO: Media Centre, 2015). Aus der Literatur geht hervor, dass die Übertragung von solchen Erregern von PatientInnen zu PatientInnen im Krankenhaus oft durch Pflegepersonen beziehungsweise andere Gesundheitsprofessionen erfolgt. Vor allem kontaminierte Kleidung

wie beispielsweise Arbeitsbluse und Handschuhe, aber auch kontaminierte Hände favorisieren die Verbreitung der Erreger. Aus diesem Grund ist vor allem die Handhygiene und die Kontaktisolierung bei kolonisierten oder infizierten PatientInnen ein zentraler und wichtiger Aspekt in der Infektionskontrolle (Muto et al., 2003). Vor allem kolonisierte PatientInnen stellen, wenn diese unentdeckt bleiben, ein großes Risiko für die Verbreitung solcher Erreger im Krankenhaus dar.

Aber nicht nur die Problematik der antibiotikaresistenten Bakterien wird in der Literatur thematisiert. Auch andere Erreger haben in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit der Institutionen auf sich gezogen. So ist beispielsweise der *Clostridium difficile* zu einem großen Problem in den Krankenhäusern geworden. Dieser Erreger ist die Hauptursache von antibiotika-assoziiierter Diarrhö in Krankenhäusern. Seine Sporen sind sehr umweltresistent und können lange außerhalb des menschlichen Körpers überleben und sorgen so für eine Kontaminierung der Umgebung und Oberflächen. Vor allem aber sind die Sporen resistent gegenüber einer großen Anzahl von Desinfektionsmitteln. Diese Faktoren führen dazu, dass die Bekämpfung dieses Erregers im Krankenhaus erschwert ist und dieser sich schnell ausbreiten kann (Siegel, Rhinehart, Jackson, Chiarello, & The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007a). Die epidemiologischen Eigenschaften von *Clostridium difficile* und die zu treffenden Schutzmaßnahmen sind denen der multiresistenten Erreger sehr ähnlich. Dieser Erreger begünstigt in direkter oder indirekter Weise die Verbreitung von anderen multiresistenten Erregern im Krankenhaus. Die Diarrhö, die durch *Clostridium difficile* ausgelöst wird, kann zu einer Kontaminierung der Umgebung durch multiresistente Erreger, die sich zu dem Zeitpunkt der Diarrhö in der gastrointestinalen Flora befunden haben, führen (Samore, 1999).

Die Prävention der Infektionen aufgrund multiresistenter Erreger ist ein wichtiger Aspekt in den Gesundheitseinrichtungen. Um die Entstehung von Resistenzen gegenüber den unterschiedlichen Therapien zu vermeiden, bedarf es einer guten klinischen Praxis. Dies beinhaltet beispielsweise den korrekten Umgang mit Blasen- und Venenkathetern, die Prävention von Infektionen der unteren Atemwege bei intubierten PatientInnen, präzise Diagnosen in Bezug auf die Herkunft der Infektion und vor allem eine korrekte

Wahl beziehungsweise ein korrekter Umgang mit Antibiotika und anderen Therapien (Siegel et al., 2007b).

2.1.2 Schutzmaßnahmen im Krankenhaus

Um die Übertragung von Erregern im Krankenhaus zu minimieren beziehungsweise zu verhindern, müssen unterschiedliche Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Des Weiteren ist es wichtig, den Übertragungsweg der unterschiedlichen Erreger zu kennen, um so gegebenenfalls diese Maßnahmen anpassen zu können.

♦ Die Übertragung von Erregern im Krankenhaus

Bei der Übertragung von Erregern im Krankenhaus spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle: die Quelle beziehungsweise ein Reservoir an Erregern, der sogenannte Wirt und der Übertragungsweg des Erregers (Siegel et al., 2007a; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996).

Der erste Faktor im Übertragungsprozess von Erregern im Krankenhaus ist das Reservoir beziehungsweise der Träger dieser Erreger. Ein Reservoir an Erregern können Personen wie beispielsweise PatientInnen, Pflegepersonen und andere Gesundheitsprofessionen oder auch BesucherInnen im Krankenhaus darstellen. Diese Personen können sich in der Inkubationszeit einer Erkrankung befinden, können aber auch von Erregern kolonisiert oder infiziert sein und diese so übertragen. Aber nicht nur der Mensch kann ein Reservoir an Erregern darstellen, auch die Umgebung kann von diesen besiedelt sein. (Siegel et al., 2007a; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996). Der zweite Faktor im Übertragungsprozess ist der potentielle Wirt. Ob sich die Patientin beziehungsweise der Patient mit einem Erreger infiziert, hängt von unterschiedlichen Einflussfaktoren ab. So kann es beispielsweise vorkommen, dass die PatientInnen immun gegen den Erreger sind und diesen daher abwehren können. Andere PatientInnen werden von den Erregern kolonisiert, bleiben aber symptomfrei. Weitere PatientInnen wiederum können den Erreger nicht abwehren und die Infektion breitet sich aus. Das Risiko einer tatsächlichen Infektion und die damit verbundenen Symptome kann beispielsweise vom Alter, schweren Grunderkrankungen, verschiedenen Therapien oder aber vom

Allgemeinzustand der Person abhängen (Siegel et al., 2007a; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996). Der dritte Faktor im Übertragungsprozess ist der Übertragungsweg des Erregers. Krankheitserreger werden im Krankenhaus auf unterschiedliche Arten übertragen. So spricht man beispielsweise von einer direkten oder indirekten Kontaktübertragung. Bei der direkten Kontaktübertragung werden die Keime von einer infizierten Person auf eine andere Person übertragen. Bei der indirekten Kontaktübertragung wird der Erreger durch ein infiziertes intermediäres Objekt übertragen. Dies kann beispielsweise durch kontaminierte Instrumente wie Nadeln oder auch kontaminierte Kleidung oder Handschuhe erfolgen. Weitere Übertragungswege von Erregern sind die Tröpfchenübertragung und die aerogene Übertragung. Hier handelt es sich um die direkte Verbreitung der Erreger über die Luft. Auch die Übertragung eines Erregers über einen Vektor ist möglich (Siegel et al., 2007a; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996; WHO, 2008). Ein Vektor kann hier beispielsweise eine Stechmücke oder eine Zecke sein. Diese Art der Krankheitsübertragung ist aber innerhalb der Krankenhäuser der entwickelten Länder eher selten (Siegel et al., 2007a; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996).

Um die Verbreitung von gefährlichen und „epidemiologisch wichtigen“ Erregern im Krankenhaus zu verhindern, werden kolonisierte beziehungsweise infizierte PatientInnen isoliert. Die Charakteristika eines „epidemiologisch wichtigen Erregers“ werden von Siegel et al. (2007a) in ihrer Leitlinie zu Isolierungsmaßnahmen dargestellt. Diese Charakteristika sind hohes Ansteckungspotenzial, Resistenzen gegenüber Therapien erster Wahl, Erreger, die eine bisher unbekannte Resistenz aufweisen, schwer behandelbare Erreger, die resistent gegenüber einer großen Anzahl von Antibiotika sind, Erreger, die in Zusammenhang mit schweren Erkrankungen auftreten und die Mortalität und Morbidität steigern und bisher unentdeckte oder wiederkehrende Erreger. Durch eine Isolierung der betroffenen PatientInnen kann der Übertragungsmechanismus von Infektionen unterbrochen werden (The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996).

◇ Die Schutzmaßnahmen

Um die Verbreitung von Erregern beziehungsweise Infektionen im Krankenhaus zu verhindern und zu kontrollieren, werden unterschiedliche Maßnahmen in die Wege geleitet. Diese Maßnahmen können in zwei Kategorien eingeteilt werden: Standardmaßnahmen und zusätzliche Maßnahmen je nach Übertragungsweg des Erregers (WHO, 2004).

Die Standardmaßnahmen sind Maßnahmen die zu jeder Zeit, bei jeder Patientin und jedem Patient und unabhängig von der Diagnose oder dem Infektionsstatus im Krankenhaus angewendet werden müssen. Diese Maßnahmen sind wichtig um die Sicherheit der PatientInnen, Pflegepersonen und BesucherInnen gewährleisten zu können (WHO, 2004). Die Standardmaßnahmen haben zum Ziel das Risiko einer Übertragung von erkannten und noch unerkannten Infektionen im Krankenhaus zu minimieren (Garner & The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, 1996). In der Leitlinie der WHO (2004) zum Thema Infektionskontrolle in Gesundheitseinrichtungen werden die unterschiedlichen Standardmaßnahmen angeführt. Ein zentraler Aspekt dieser Standardmaßnahmen ist die Handhygiene. Eine gute Handhygiene kann die Anzahl der Mikroorganismen auf den Händen verringern die sich während der Pflegetätigkeiten oder durch den Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten an diesen angesammelt haben. So kann die Verbreitung dieser Mikroorganismen minimiert werden. Ein anderer Aspekt der Standardmaßnahmen ist die Schutzkleidung wie beispielsweise Handschuhe, Masken, Überzüge für Schuhe und Haare oder Schutzbrillen. Diese können einen doppelten Effekt haben. Die Schutzkleidung kann helfen die PatientInnen vor Mikroorganismen zu schützen (kontaminierte Hände oder Arbeitskleidung), diese kann aber auch dazu dienen die Übertragung von Mikroorganismen von einer Patientin beziehungsweise einem Patienten auf andere PatientInnen oder das Krankenhauspersonal zu vermeiden. Diese Schutzkleidung sollte vor allem getragen werden, wenn direkter Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten besteht. Auch der korrekte Umgang mit dem benutzten Material und mit Textilien ist ein wichtiger Aspekt in Bezug auf die Standardmaßnahmen. Vor allem Material (Nadeln oder andere scharfe Gegenstände) und Textilien (Bettwäsche) die in Kontakt mit Blut oder

anderen Körperflüssigkeiten waren, müssen ordnungsgemäß entsorgt werden. Die angeführten Maßnahmen müssen zu jeder Zeit eingehalten werden um die Verbreitung von Mikroorganismen beziehungsweise Erregern im Krankenhaus zu verhindern, die Sicherheit der PatientInnen, des Pflegepersonals und der BesucherInnen und eine angemessene Infektionskontrolle gewährleisten zu können.

Ist eine Patientin oder ein Patient im Krankenhaus mit einem ansteckenden beziehungsweise „epidemiologisch wichtigen“ Erreger kolonisiert oder infiziert, so werden zusätzlich zu den allgemeinen Standardmaßnahmen, weitere Maßnahmen in die Wege geleitet um die Verbreitung dieser Erreger zu verhindern (Garner & The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, 1996). Diese zutreffenden Zusatzmaßnahmen hängen vom Übertragungsweg des Erregers ab.

Bei einer aerogenen Übertragung des Erregers, sollte die betroffene Patientin oder der betroffene Patient in einem Einzelzimmer mit, wenn möglich, negativem Luftdruck untergebracht werden. Die Luft im Zimmer sollte mindestens sechsmal am Tag erneuert werden. Die Tür des Zimmers muss geschlossen bleiben. Alle Personen die das Zimmer betreten, müssen eine Maske tragen und der Transport der betroffenen PatientInnen sollte vermieden beziehungsweise limitiert werden (The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996; WHO, 2004, 2008).

Verbreitet sich der Erreger per Tröpfchenübertragung sollte die Patientin beziehungsweise der Patient in einem Einzelzimmer untergebracht werden. Steht kein Einzelzimmer zur Verfügung, so kann die Patientin beziehungsweise der Patient auch gemeinsam mit anderen PatientInnen welche die gleiche Infektion haben, isoliert werden (Kohortenisolierung) (The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996; WHO, 2004). Auch hier sollte beim Betreten des Zimmers eine Maske getragen werden und der Transport der betroffenen PatientInnen sollte limitiert werden (The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996; WHO, 2004, 2008).

Wird der Erreger durch direkten beziehungsweise indirekten Kontakt übertragen, so muss eine sogenannte Kontaktisolierung in die Wege geleitet werden. Auch hier sollte die betroffene Patientin oder der betroffene Patient in einem Einzelzimmer isoliert werden. Ist dies nicht möglich, so können die

betroffenen PatientInnen auch in einer Kohortenisolierung untergebracht werden. Vor dem Betreten des Zimmers müssen Handschuhe sowie auch Kittel angezogen werden. Diese müssen vor dem Verlassen des Zimmers ausgezogen und ordnungsgemäß entsorgt werden. Auch hier sollte der Transport der betroffenen PatientInnen limitiert werden (The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee et al., 1996; WHO, 2004, 2008).

Multiresistente Erreger im Krankenhaus verbreiten sich meist durch direkten oder indirekten Kontakt. Die Verbreitung beziehungsweise Übertragung dieser Erreger von einer Person zur anderen erfolgt sehr häufig durch Pflegepersonen. Die Erreger befinden sich oft an den Händen des Pflegepersonals und werden durch direkten oder indirekten Kontakt mit den PatientInnen übertragen. Daher wird im Falle einer Kolonisierung oder Infizierung mit multiresistenten Erregern von PatientInnen meist eine Kontaktisolierung in die Wege geleitet (Siegel et al., 2007b; WHO, 2008). Wie bereits oben angeführt, sollten die betroffenen PatientInnen in einem Einzelzimmer beziehungsweise, wenn nicht anders möglich, in einer Kohortenisolierung untergebracht werden. Vor dem Betreten des Zimmers müssen Schutzkittel und Handschuhe angezogen werden (WHO, 2008). Es sollten Masken vorgesehen werden, wenn Tätigkeiten ausgeführt werden bei denen das Risiko von Spritzern besteht, das heißt wenn das Risiko besteht in Kontakt mit Sekreten beziehungsweise Körperflüssigkeiten zu kommen (Siegel et al., 2007b). Außerdem sollte in einem solchen Fall die Handhygiene verschärft durchgeführt werden um eine Verbreitung der Erreger zu verhindern (WHO, 2008). Auch die Reinigung der Zimmer und Oberflächen mit denen die kolonisierten oder infizierten PatientInnen und alle anderen AkteurInnen in Kontakt waren, muss streng überwacht werden und ist ein weiterer wichtiger Aspekt in der Infektionskontrolle (Siegel et al., 2007b).

In der Literatur wird eine Vielzahl an Möglichkeiten diskutiert, wie mit dem Problem von multiresistenten Erregern im Krankenhaus umgangen werden soll. In ihrem Review schlagen Siegel et al. (2007b) unterschiedliche Handlungsansätze beziehungsweise Möglichkeiten vor, die im Krankenhaus angewendet werden können. Der Umgang mit multiresistenten Erregern im Krankenhaus-Setting ist ein dynamischer Prozess der fortlaufend hinterfragt

und den unterschiedlichen Settings im Krankenhaus angepasst werden sollte. Die Kontrolle beziehungsweise die Prävention von multiresistenten Erregern im Krankenhaus sollten auf organisatorischer Ebene an Priorität gewinnen. Hier sollten beispielsweise ExpertInnen eingesetzt werden um epidemiologische Daten auszuwerten und effektive Schutzmaßnahmen aufstellen zu können. Des Weiteren sollte in multidisziplinären Teams gearbeitet werden um die Adhärenz des Pflegepersonals in Bezug auf die Protokolle der Infektionskontrolle zu kontrollieren und zu verbessern. Die Pflegepersonen sollten Schulungen und Fortbildungen in Bezug auf die Thematik erhalten. Auch der Umgang mit Antibiotika im Krankenhaus sollte überwacht und kontrolliert werden und es sollten aktuelle Berichte in Bezug auf den Umgang mit diesen Therapien im Krankenhaus zur Verfügung stehen. Die Berücksichtigung der vorgeschriebenen Standardmaßnahmen der Infektionskontrolle müssen eingehalten werden. Ist eine Patientin oder ein Patient mit multiresistenten Erregern kolonisiert beziehungsweise infiziert, müssen die Protokolle für zusätzliche Schutzmaßnahmen berücksichtigt und eine Kontaktisolierung in die Wege geleitet werden. Auch die korrekte Entsorgung beziehungsweise Reinigung von potenziell kontaminiertem Material muss gewährleistet werden um die Verbreitung von multiresistenten Erregern zu minimieren.

Die Kontrolle und die Prävention der Verbreitung von Infektionen im Krankenhaus sind komplex vor allem aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Erregern und deren Übertragungsmechanismen. Daher ist es notwendig, dass die vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen von allen AkteurInnen des Gesundheitswesens bestmöglich eingehalten werden um so die oft vulnerablen PatientInnen zu schützen und die Verbreitung solcher potenziell gefährlicher Erreger zu minimieren beziehungsweise zu verhindern.

Die angeführten Schutzmaßnahmen müssen auch von den BesucherInnen wie beispielsweise Familien, FreundInnen oder anderen Mitgliedern der sozialen Netzwerke der Betroffenen im Krankenhaus berücksichtigt werden. Ist die oder der Betroffene im Krankenhaus isoliert, so müssen die BesucherInnen die festgelegten Isolierungs- und Schutzmaßnahmen berücksichtigen. Diese Schutzmaßnahmen können eine Barriere zwischen den Betroffenen und deren Angehörigen schaffen. Dies könnte dazu führen, dass die Angehörigen den Betroffenen weniger Unterstützung zukommen

lassen und diesen so nur gering in deren Krankheits- beziehungsweise Genesungsprozess zur Seite stehen können. Die Rolle und die Aufgaben der Angehörigen in Bezug auf die PatientInnen könnten sich im Falle einer Isolierung im Krankenhaus verändern beziehungsweise nicht wahrgenommen werden.

2.2 Die Rolle von sozialen Netzwerken beziehungsweise Angehörigen im Falle von Krankheit

In den letzten 20 Jahren wurde viel zum Thema „soziale Netzwerke“ und „soziale Unterstützung“ geforscht. Früher bestand das soziale Netzwerk eines Menschen meist ausschließlich aus den Familienmitgliedern beziehungsweise der Gemeinschaft, in der sie oder er lebte. Heute ist das soziale Netzwerk eines Menschen meist vielfältiger und breiter gefächert. Die sozialen Netzwerke setzen sich heute nicht nur aus der Familie, sondern auch aus vielen unterschiedlichen sozialen Kontakten zusammen (Valente, 2001). Aus der Netzwerkforschung ist bekannt, dass die Einbindung in soziale Netzwerke einen großen Einfluss auf die physische und mentale Gesundheit von Menschen hat (Berkman et al., 2000). In der Studie von Berkman et al. (2000) wurde ein konzeptuelles Modell entwickelt, um den Einfluss von sozialen Netzwerken der Makro- und Mikroebene auf die Gesundheit zu beschreiben. Bei der Makroebene geht es darum, die Einbettung von sozialen Netzwerken in einem größeren sozialen, kulturellen und politischen Kontext darzustellen. Die Mikroebene beschreibt, wie soziale Netzwerke sich auf soziale und interpersonelle Verhaltensweisen auswirken. Soziale Netzwerke beeinflussen die Gesundheit auf fünf unterschiedliche Weisen:

- ◇ soziale Unterstützung (emotional, instrumentell und finanziell, informell),
- ◇ sozialen Einfluss (Verhaltensweisen, Normen),
- ◇ soziales Engagement (FreundInnen, Teilnahme und Rollen in der Gesellschaft),
- ◇ Kontakte (Verbreitung von Krankheiten in sozialen Netzwerken) und
- ◇ Zugang zu materiellen Ressourcen (Arbeit, Geld)
(Berkman et al., 2000).

Die Integration in soziale Netzwerke kann einen positiven sowie auch einen negativen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen haben (Berkman et al., 2000; Bruns, 2013).

In der Literatur werden die sozialen Netzwerke auf unterschiedlichen Ebenen eingeteilt. Primäre Netzwerke können beispielsweise Familie, Nachbarschaft aber auch FreundInnen sein. Sekundäre Netzwerke beinhalten beispielsweise Selbsthilfegruppen und Vereine. Mit tertiären Netzwerken sind unter anderem professionelle Hilfsorganisationen wie beispielsweise Krankenhäuser und Arztpraxen gemeint (Süß & Trojan, 2015).

Das soziale Netzwerk eines Menschen besteht also heute nicht nur mehr aus der direkten Familie, sondern stellt sich aus unterschiedlichen sozialen Kontakten zusammen. In dieser Arbeit zum Thema *Erleben und Bedürfnisse von Angehörigen eines aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patienten im Krankenhaus* wird ein ähnlich weiter Ansatz herangezogen, um den Terminus „Angehörige“ zu definieren. Laut der Definition von Petrowski (2008) können, müssen Angehörige aber nicht zwangsläufig mit der oder dem Betroffenen verwandt sein. Hierunter werden auch Personen verstanden, die in enger Beziehung und regelmäßigem Kontakt zu den Betroffenen stehen (zum Beispiel FreundInnen, LebenspartnerInnen, vertraute Personen).

Eine Erkrankung betrifft nicht nur die Betroffenen selbst, sondern die gesamte Familie beziehungsweise andere involvierte und nahestehende Menschen im Umfeld der Betroffenen. Eine Erkrankung zieht große Veränderungen in Bezug auf Interaktionen, Rollen und Beziehungen zwischen den Betroffenen und deren Angehörigen mit sich. Die Rolle und das Ziel der involvierten Angehörigen im Falle von Krankheit sind, das Leiden der Betroffenen zu verringern und deren Wohlbefinden zu steigern, indem sie den Betroffenen Unterstützung zukommen lassen (Morse & Johnson, 1993). Der Stellenwert der Angehörigen in der Krankenversorgung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Diese können die Betroffenen physisch und psychisch unterstützen und eine wichtige Ressource für diese darstellen. Die Angehörigen können mit ihrer Unterstützung den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Die Unterstützung einer Patientin beziehungsweise eines Patienten kann aber auch eine hohe Belastung bei den Angehörigen hervorrufen (Petrowski, 2008).

Aufgrund des positiven Einflusses von Angehörigen und sozialen Netzwerken auf die Gesundheit eines Menschen, sollte dies in der Krankenversorgung bedacht werden, und die Angehörigen sollten als eine wichtige Ressource für die Betroffenen und die Pflege angesehen werden. Im Falle einer Isolierung im Krankenhaus könnte die Erfüllung der Rolle beziehungsweise Aufgabe der Angehörigen erschwert sein. Durch die zu treffenden Schutzmaßnahmen ist der Kontakt zu den Betroffenen erschwert und die Angehörigen können nur auf eine begrenzte Weise agieren um den Betroffenen Unterstützung zukommen zu lassen.

2.3 Stand der Forschung

Im Folgenden wird der Prozess der Literaturrecherche zur Darstellung des Forschungsstandes aufgezeigt. Des Weiteren werden die für diese Arbeit relevante Literatur beziehungsweise die Forschungsergebnisse dargelegt. Das Thema „Isolierung im Krankenhaus“ wird aus Sicht der betroffenen PatientInnen und der Pflegepersonen beziehungsweise anderer Gesundheitsprofessionen dargestellt. In einem weiteren Schritt wird aufgezeigt, wie Angehörige im Allgemeinen einen Krankenhausaufenthalt erleben, um diese Forschungsergebnisse mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zu vergleichen. So kann festgestellt werden, welchen Einfluss und welche Konsequenzen eine Isolierung auf einen Krankenhausaufenthalt und die Angehörigen haben.

2.3.1 Literaturrecherche

Um einen Überblick zum Forschungsstand zum Thema „Erleben einer Isolierung im Akutkrankenhaus“ zu erlangen, wurde eine Grobrecherche durchgeführt.

Für die Literaturrecherche wurde versucht, sich an den Rahmenbedingungen zur Erarbeitung eines „Scoping Reviews“ zu orientieren. Ein „Scoping Review“ ist ein Prozess zur Darstellung von bestehender Literatur und Evidenz. Mit diesem Prozess können beispielsweise Forschungslücken aufgezeigt oder gefundene Ergebnisse zusammengefasst werden. Anders als in einem Literaturreview werden in „Scoping Reviews“ die Forschungsfragen sowie die Ein- und Ausschlusskriterien offener formuliert und die Anzahl der konsultierten Datenquellen ist geringer (Armstrong, Hall, Doyle, & Waters,

2011). Um eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Literatur zum Erleben einer Isolierung im Akutkrankenhaus zu machen, wurde das Forschungsthema operationalisiert, um so unterschiedliche Suchbegriffe aufstellen zu können. In einem zweiten Schritt ging es darum, anhand der festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien in unterschiedlichen Datenquellen relevante Studien zu identifizieren. Erste Einschlusskriterien waren deutsch- und englischsprachige Studien, die in den Jahren 2000 bis 2015 veröffentlicht wurden und sich mit dem Thema „Erleben einer Isolierung im Akutkrankenhaus“ auseinandersetzen. Ausschlusskriterien waren unter anderem das Pädiatrie- sowie das häusliche Setting und die Langzeitpflege (Senioren- und Altenheime). Auch „Graue Literatur“, wie etwa ExpertInnenmeinungen, wurden zur Erstellung der Literaturübersicht ausgeschlossen.

In einem dritten Schritt wurden die Studien auf ihre Relevanz in Bezug auf die Thematik untersucht und so eine Auswahl getroffen. Die eingeschlossenen Studien wurden in einer Tabelle in einem Word-Dokument sowie in einem Literaturverwaltungsprogramm festgehalten. Die Tabelle beinhaltete unterschiedliche Kategorien: Titel, Autor, Erscheinungsjahr, Erscheinungsort, Studiendesign, Stichprobe beziehungsweise Auswahl der TeilnehmerInnen, Forschungsziel und Ergebnisse. Ein Auszug aus der Tabelle sowie ein Flussdiagramm der Recherche befinden sich im **Anhang 1** und **Anhang 2**. Im letzten Schritt ging es darum, die Ergebnisse aus den Studien zusammenzufassen.

Die Literaturrecherche erfolgte zwischen Oktober 2014 und April 2015. Es wurde in den Datenbanken *Pubmed*, *CINAHL*, *Science direct*, im *Universitätsbestand der Universität Wien* sowie in *Google Scholar* anhand folgender Suchbegriffe gesucht:

- ◇ „Isolation“, „contact precaution“, „multidrug-resistant organisms“, „antibiotic resistance“, „mrsa“ („Isolierung“, „Multiresistenz“, „multiresistent“, „Antibiotikaresistenz“)
- ◇ „patient“, „family“, „relative“, „health care worker“, „nurse“ („Patient“, „Familie“, „Angehörige“, „Pflegeperson“, „Pflege“)
- ◇ „experience“ („Erleben“, „Erfahrung“)

Die Suchbegriffe wurden mit dem Booleschen Operator AND verknüpft und Trunkierungen eingesetzt. Durch Berrypicking konnten ebenfalls einige Studien ausgemacht werden. Anhand dieser Suchbegriffe konnten in den Datenbanken 1500 Treffer identifiziert werden. Die Auswahl der Studien erfolgte zunächst anhand der Titel hinsichtlich ihrer Relevanz in Bezug auf das Forschungsthema „Erleben einer Isolierung im Akutkrankenhaus“. In einem weiteren Schritt wurden die Abstracts grob durchgearbeitet und bei hoher Relevanz wurde der Volltext herangezogen, um so eine Literaturübersicht zu erstellen.

Anhand dieser ersten Literaturrecherche wurde die Forschungslücke ersichtlich und darauffolgend der Fokus auf das Erleben von Angehörigen einer beziehungsweise eines aufgrund multiresistenter Erreger isolierten Patientin beziehungsweise Patienten gelegt. In einem nächsten Schritt wurde die Literaturrecherche zu diesem speziellen Aspekt vertieft. Zu dieser Thematik konnte allerdings nur eine Studie identifiziert werden. Aus diesem Grund wurde die Recherche auf allgemeine Erkenntnisse zum Erleben, zur Rolle und zu Bedürfnissen von Angehörigen bezüglich Krankenhausaufenthalt ausgeweitet, um so die Forschungslücke gut darstellen zu können. Hierfür wurden folgende Suchbegriffe benutzt:

- ◇ „hospitalization“ („Krankenhausaufenthalt“)
- ◇ „family experience“, „family“, „relative“ („Familie“, „Angehörige“)
- ◇ „experience“ und „needs“ („Erfahrung“, „Erleben“, „Bedürfnis“)

Schlussendlich konnten deutsch- und englischsprachige Studien in die Literaturübersicht eingeschlossen werden. Um den aktuellen Forschungsstand darstellen zu können und aufgrund der Vielzahl an Studien, musste der Suchzeitraum auf die Jahre 2000 bis 2015 eingegrenzt werden. Lediglich eine Studie aus dem Jahr 1998 wurde berücksichtigt, da diese die Thematik der Isolierung und deren Folgen ausführlich behandelt. Einbezogen wurden Studien, die das Erleben von PatientInnen und von Pflegepersonen und/oder anderen Gesundheitsberufen bezüglich Isolierung untersuchen und im Krankenhaus-Setting durchgeführt wurden. Außerdem wurde Literatur, welche allgemeine Erkenntnisse zum Erleben, zur Rolle und zu den Bedürfnissen von Angehörigen bezüglich Krankenhausaufenthalt beinhalten

und im Krankenhaus-Setting durchgeführt wurden, in die Literaturübersicht inkludiert.

In den folgenden Kapiteln werden die wichtigsten Ergebnisse aus der Literaturrecherche zusammenfassend dargestellt.

2.3.2 Studienergebnisse zur Isolierung aus Sicht der PatientInnen

Ein Krankenhausaufenthalt hat negative Auswirkungen auf die Psyche der PatientInnen, da dieser immer mit einem gewissen Stress verbunden ist. Ist ein Krankenhausaufenthalt mit einer Isolierung aufgrund multiresistenter Keime verbunden, so werden die negativen Auswirkungen verschärft, und dies kann zu einer hohen, emotionalen Belastung für die Betroffenen führen (Gammon, 1998; Goldsack et al., 2014; Tarzi et al., 2001). Laut Newton et al. (2001) ist eine Infektion mit multiresistenten Keimen im Krankenhaus für die betroffenen PatientInnen eine unerwartete und vor allem zusätzliche Belastung in Hinblick auf deren Grunderkrankung. Wie die PatientInnen mit einer solchen Situation umgehen, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. So spielen beispielsweise die persönlichen Charakterzüge sowie Überzeugungen, Erfahrungen aufgrund früherer Krankenhausaufenthalte oder eventuell sogar frühere Isolierungen eine zentrale Rolle im Umgang mit den Isolierungsmaßnahmen (Criddle & Potter, 2006). Auch Barratt et al. (2010) fanden in ihrer qualitativen Studie heraus, dass ältere Menschen und vor allem Menschen mit Vorerfahrungen bezüglich Isolierungen leichter mit der Situation umgehen können, da diese bereits über ein gewisses Vorwissen verfügen. Im Allgemeinen kann also angeführt werden, dass es Unterschiede im Erleben und im Umgang mit einer Isolierung im Krankenhaus von Seiten der PatientInnen gibt.

Aus der Literatur geht hervor, dass eine Isolierung für die Betroffenen zwar auch positive Aspekte haben kann, wie beispielsweise den Aufenthalt in einem Einzelzimmer, trotzdem wird eine Isolierung im Krankenhaus meist mit negativen Erfahrungen in Verbindung gebracht (Barratt, Shaban, & Moyle, 2011).

◇ Die Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen

Ergebnisse aus den derzeit aktuellsten Literaturübersichten von Abad et al. (2010) und Morgan et al. (2009) zeigen, dass eine Isolierung aufgrund

multiresistenter Keime vor allem negative Auswirkungen auf die Psyche und das Verhalten der Betroffenen hat. So stellen beispielsweise Gammon (1998) und Tarzi et al. (2001) in ihren quantitativen Studien fest, dass isolierte PatientInnen mehr zu Angst und depressiven Gefühlen neigen als nicht-isolierte PatientInnen. Dies hat einen Einfluss auf den Genesungsprozess der Betroffenen. Außerdem hebt Gammon (1998) in seiner Vergleichsstudie hervor, dass eine Isolierung das Selbstwertgefühl und die gesundheitsbezogene Kontrolle der Betroffenen negativ beeinträchtigt. Eine Isolierung hat oft eine soziale Isolation zur Folge, da die PatientInnen durch die Isolierungsmaßnahmen meist in einem Einzelzimmer untergebracht sind und der Kontakt zur Außenwelt nur eingeschränkt möglich ist. Auch dieser Aspekt wirkt sich negativ auf den emotionalen Zustand der betroffenen Personen aus und kann Angst und Depressionen hervorrufen (Newton et al., 2001).

Ein hervorstechender Aspekt ist auch das Gefühl von Stigmatisierung der Betroffenen. Diese geben an, dass die Isolierungsmaßnahmen und vor allem das Tragen von Schutzkleidung wie beispielsweise Masken, Kittel und Handschuhen durch die Pflegepersonen als abwertend wahrgenommen werden (Barratt et al., 2010). Die PatientInnen fühlen sich schmutzig und empfinden ein Schamgefühl (Barratt et al., 2010; Mehrotra, Croft, Day, Perencevich, Pineles, Harris, Weingart, & Morgan, 2013; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010). Durch dieses Gefühl von Stigmatisierung und des „sich schmutzig Fühlens“ wird eine Infektion mit multiresistenten Erregern von den Betroffenen oft mit Krankheitsbildern wie Pest oder Lepra assoziiert (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Goldsack et al., 2014; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010).

◇ **Der Kontakt zur Außenwelt und den Mitmenschen**

Skyman et al. (2010) und Criddle und Potter (2006) geben in ihren Studien an, dass die Isolierung von den Betroffenen als einschränkend und einengend wahrgenommen wird. Die Betroffenen werden von anderen PatientInnen abgeschottet, dies verhindert die Möglichkeit, soziale Kontakte aufzubauen, und kann zu Einsamkeit führen. Auch wenn Grund und Ziel der Isolierungsmaßnahmen von den PatientInnen verstanden werden, äußern diese, sich wie „in einem Gefängnis“ zu fühlen und ihre Unabhängigkeit und

Freiheit zu verlieren. (Barratt et al., 2010; Goldsack et al., 2014). Eine Isolierung im Einzelzimmer wird von den betroffenen PatientInnen aber nicht immer zwingend als negativ angesehen. So wird in der Literatur auch davon berichtet, dass der Aufenthalt im Isolierzimmer den PatientInnen eine gewisse Privatsphäre und Ruhe bietet (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Newton et al., 2001). Das „Alleinsein“ gibt den PatientInnen einen gewissen Freiraum, um mit ihrer Situation umzugehen und diese zu bewältigen (Barratt et al., 2010). In ihrer Literaturübersicht kommen Barratt et al. (2011) zu den gleichen Ergebnissen. Dadurch, dass die PatientInnen sich nur in einem Raum beziehungsweise Zimmer aufhalten können, spielt das Aussehen und die Lage des Einzelzimmers eine große Rolle. Ein Zimmer mit Fenster und Blick nach draußen scheint ein wichtiger Aspekt zu sein, der es den Betroffenen ermöglicht, sich weniger eingesperrt zu fühlen (Barratt et al., 2010; Skyman et al., 2010). Des Weiteren berichten einige, dass es hilfreich ist, wenn die Zimmertür leicht geöffnet ist und damit das Geschehen im Flur beobachtet werden kann. Ein Radio oder ein Telefon im Zimmer ermöglichen den PatientInnen, in Kontakt mit der Außenwelt zu bleiben (Barratt et al., 2010).

Nicht nur der Kontakt zu anderen PatientInnen und zur Außenwelt wird durch die Isolierung beeinträchtigt, sondern auch der Kontakt zu den Angehörigen ist erschwert. Einerseits helfen Besuche von Angehörigen den PatientInnen, sich weniger einsam und allein zu fühlen, andererseits äußern die Betroffenen Angst, ihre Angehörigen anzustecken und vermeiden daher jeglichen direkten Kontakt wie zum Beispiel Küsse oder Umarmungen (Barratt et al., 2010). Auch der Kontakt mit „vulnerablen Personen“ wie beispielsweise Schwangeren oder Kindern, wird aus Angst vor einer Ansteckung vermieden (Criddle & Potter, 2006). In den Studien wird aber auch darauf eingegangen, dass auch Angehörige die Betroffenen aus Angst vor Ansteckung meiden. Aus der Studie von Criddle und Potter (2006) geht hervor, dass vor allem Kinder von den betroffenen PatientInnen ferngehalten werden. Die betroffenen PatientInnen fühlen sich dadurch verletzt, im Stich gelassen und sind bestürzt, dass sie Angst in ihrem Umfeld auslösen (Barratt et al., 2010; Skyman et al., 2010). Die Reaktion der Angehörigen auf die Isolierungsmaßnahmen und den bestehenden Keim sind ausschlaggebend für das Erleben der Betroffenen (Criddle & Potter, 2006).

◇ **Die Betreuung im Krankenhaus**

Ein weiterer Aspekt der Isolierung durch multiresistente Krankheitserreger ist die Betreuung der PatientInnen durch die Pflege und andere Gesundheitsprofessionen. Aus einer qualitativen Studie von Newton et al. (2001) geht hervor, dass Betroffene weniger Aufmerksamkeit von den Pflegepersonen erhalten als nicht-isolierte PatientInnen. Skyman et al. (2010) bestätigen diese Aussage. Aus der Studie von Skyman et al. (2010) geht hervor, dass isolierte PatientInnen keine spontanen Besuche von den Pflegepersonen erhalten. Diese betreten das Isolierzimmer nur, um pflegerische Tätigkeiten wie beispielsweise die Morgenwaschung durchzuführen. Des Weiteren berichten die PatientInnen, dass sie das Gefühl haben, dass ihre initiale Erkrankung in den Hintergrund rückt und deren Behandlung vernachlässigt wird. Die Isolierung hat außerdem einen negativen Einfluss auf die Beziehung zwischen PatientInnen und Gesundheitsprofessionen. So werden zum Beispiel Gespräche mit den Betroffenen durch den Türspalt geführt, oder „das Handgeben“ zur Begrüßung von ÄrztInnen vermieden. Die Schutzkleidung stellt eine Barriere für die Beziehung zwischen den betroffenen PatientInnen und den Gesundheitsprofessionen dar (Barratt et al., 2010). Aus den Studien von Skyman et al. (2010) und Barratt et al. (2010) wird darüber berichtet, dass den isolierten PatientInnen einige Therapieangebote verwehrt wurden. So konnten diese beispielsweise in der Rehabilitation nicht das Schwimmbad benutzen oder während des Krankenhausaufenthaltes nicht die gewohnten Termine mit den ChiropraktikerInnen oder PhysiotherapeutInnen wahrnehmen.

◇ **Informationen und Wissen über Erreger**

Die Information der PatientInnen bezüglich ihrer Infektion wird in der Literatur häufig diskutiert. Die PatientInnen geben an, wenige oder unterschiedliche Informationen von den Pflegepersonen oder Gesundheitsberufen zu erhalten (Criddle & Potter, 2006; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010). So zeigen die Ergebnisse aus der qualitativen Studie von Newton et al. (2001), dass es bei den betroffenen PatientInnen Unklarheiten über die Herkunft und Ursache des Keimes, die Dauer der Infektion und die Art und Effektivität der Therapie geben. Des Weiteren äußern die PatientInnen, dass sie den Eindruck haben,

dass das Gesundheitspersonal nur wenig Wissen zu dieser Thematik hat und deshalb keine genauen Informationen diesbezüglich geben kann (Criddle & Potter, 2006). Diese Unwissenheit und Ungewissheit hat einen negativen Einfluss auf den emotionalen und den verhaltensbezogenen Zustand der Betroffenen. Von Seiten der Betroffenen wird jedoch das Bedürfnis nach klaren Informationen und Aufklärung geäußert, da dies einen besseren Umgang mit der Situation ermöglicht (Barratt et al., 2010). Aber nicht nur das Bedürfnis nach klaren Informationen scheint den betroffenen PatientInnen wichtig zu sein, sondern auch der Zeitpunkt, zu dem die Informationen überliefert werden, spielt für diese eine wichtige Rolle. Werden diese zu einem zu frühen Zeitpunkt übermittelt, sind die PatientInnen noch zu sehr damit beschäftigt, die Diagnose zu erfassen und können keine weiteren Informationen aufnehmen und verarbeiten. Hier wäre es also hilfreich, diese zu einem späteren Zeitpunkt genauer zu informieren, wenn diese psychisch und mental in der Lage sind, weitere Informationen aufzunehmen und auch zu verstehen (Criddle & Potter, 2006). Ergebnisse aus der Studie von Newton et al. (2001) zeigen allerdings auch, dass die Aufklärung der PatientInnen bezüglich ihrer Situation und deren Folgen, Angst und Verzweiflung bei diesen auslösen kann. Die Herausforderung für die Gesundheitsberufe liegt also darin herauszufinden, wann und inwieweit die PatientInnen bereit sind, wieviele und welche Informationen aufnehmen können, um so die geeignete Balance für jede Patientin beziehungsweise jeden Patienten zu finden (Criddle & Potter, 2006).

Nicht nur Informationen von Seiten der Gesundheitsprofessionen, können Angst bei den Betroffenen auslösen, auch Berichte aus den Medien über diese Keime und deren Folgen sorgen bei den PatientInnen für Angst und Unsicherheit (Criddle & Potter, 2006).

Ein weiterer Aspekt, der das Verständnis der Erkrankung und deren Konsequenzen beeinflusst, ist die Abstraktion der Infizierung beziehungsweise Kolonisierung mit einem multiresistenten Keim. Da der Keim makroskopisch nicht erkennbar ist und dieser meist auch keine Symptome hervorruft, fühlen sich die PatientInnen nicht krank und können die Situation und deren Folgen nur schwer erfassen. Die Infektion mit einem multiresistenten Keim wird daher als sehr abstrakt beschrieben und kann auch unter Umständen einen negativen Einfluss auf die Adhärenz in Bezug

auf die Isolierungsmaßnahmen der betroffenen PatientInnen haben (Newton et al., 2001).

◇ **Mögliche Handlungsansätze für die Pflege und andere Gesundheitsprofessionen beziehungsweise Institutionen**

Anhand dieser Erkenntnisse werden in der Literatur unterschiedliche Aspekte und Maßnahmen diskutiert, um den isolierten PatientInnen ihre oft schwere Situation zu erleichtern. Zusätzliches Wissen über das Erleben und die Bedürfnisse dieser PatientInnen ist eine Grundlage für pflegerische Maßnahmen und kann somit helfen, diese in ihrer Situation optimal zu unterstützen und die vorhandenen Bedürfnisse zu befriedigen (Barratt et al., 2011; Gammon, 1998; Mehrotra et al., 2013; Newton et al., 2001). In ihrer Literaturübersicht kommen Barratt et al. (2011) zu dem Ergebnis, dass zur Optimierung der beschriebenen Problematik nicht nur die Perspektive der betroffenen PatientInnen berücksichtigt werden sollte, sondern auch die Perspektive von den Pflegepersonen und anderen involvierten Gesundheitsprofessionen dazu beitragen kann, bestmögliche Handlungsansätze für weitere Pflege zu entwickeln und die Pflegequalität zu steigern. Ist eine Isolierung der betroffenen Patientin beziehungsweise des betroffenen Patienten unumgänglich, sollte vor allem darauf geachtet werden, die psychischen Belastungen dieser PatientInnen zu minimieren. Tarzi et al. (2001) schlagen vor, den Betroffenen soziale Unterstützung zukommen zu lassen, diese in die Entscheidungsfindung und den Pflegeplan einzubeziehen und vor allem eine gute Kommunikation mit diesen aufrechtzuerhalten.

Zudem wird in der Literatur auch die Vergabe an Informationen von den Pflegepersonen oder anderen Gesundheitsprofessionen an die Betroffenen diskutiert. Criddle und Potter (2006) sagen beispielsweise, dass Pflegepersonen und auch andere involvierte Professionen ein bestimmtes Wissen bezüglich der Thematik haben und dieses auch angemessen weitergeben können müssen. Das Phänomen „multiresistente Keime“ ist sehr komplex, dennoch müssen diese in der Lage sein, klare Informationen über das Konzept der Kolonisierung beziehungsweise Infizierung, die Therapie, die Übertragung des Keimes und über mögliche Ansteckungen der Familienmitglieder zu geben. Hier liegt die Herausforderung darin, klare und ehrliche Informationen zu liefern, ohne die Patientin oder den Patienten in

Panik zu versetzen. Um dies erreichen zu können, sind Schulungen der Pflegepersonen und der anderen involvierten Gesundheitsprofessionen notwendig. Auch Morgan et al. (2009) kommen in ihrem Literaturreview zu diesem Ergebnis.

Weiters geben Criddle und Potter (2006) an, dass mögliche Gründe für wenige oder ungenaue Informationen von Seiten der Gesundheitsprofessionen erhoben werden müssen, um diesen entgegenzuwirken und einen adäquaten Informationsfluss zwischen beiden Parteien ermöglichen zu können. Auch die Hygieneteams sollen enger mit den Pflegepersonen zusammenarbeiten, um den Betroffenen die Isolierung so angenehm wie möglich zu gestalten. So könnten beispielsweise Broschüren für die PatientInnen gestaltet werden, um die mündliche Information zu vervollständigen. Diese sollten allerdings nur als Zusatz zum mündlichen Gespräch eingesetzt werden und dieses nicht ersetzen. Criddle und Potter (2006) geben auch Anregungen für die Zeit nach der Entlassung der PatientInnen. So sollen die Betroffenen Kontaktdaten von Hygienespezialisten erhalten, damit diese auch nach der Entlassung eine Anlaufstelle bei weiteren Fragen oder Bedenken haben.

Im Allgemeinen geht aus der Literatur hervor, dass eine Isolierung aufgrund multiresistenter Keime eine negative Erfahrung für die betroffenen PatientInnen darstellt. Ein solcher Keim und die damit verbundenen Maßnahmen lösen Angst, Unsicherheit und sogar Depressionen bei den Betroffenen aus. Auch ein Gefühl von Stigmatisierung und Einsamkeit beeinflussen den psychischen und mentalen Zustand der PatientInnen. Durch die Maßnahmen der Infektionskontrolle, sind der Kontakt und das Aufrechterhalten der Beziehung zu den Angehörigen und den Gesundheitsprofessionen erschwert. Durch den beschriebenen Informationsmangel und den empfundenen Mangel an Aufmerksamkeit von Seiten der Gesundheitsprofessionen fühlen sich die PatientInnen unsicher und vernachlässigt. Um diese negativen Erfahrungen zu reduzieren, wäre es also wichtig, die PatientInnen als Individuen anzusehen und deren emotionale Belastungen zu erkennen und zu minimieren, um diese so in ihrer schweren Situation zu unterstützen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich zum Thema vor allem zwei Kategorien herauskristallisieren: Das Selbsterleben der Betroffenen und das Verhalten der anderen (Angehörige und Pflegepersonen/andere Gesundheitsberufe), welches das Selbsterleben beeinflusst.

2.3.3 Studienergebnisse zur Isolierung aus Sicht der Pflegepersonen und/oder anderer Gesundheitsprofessionen

Wie auch schon für die betroffenen PatientInnen, sind multiresistente Keime und die daraus resultierenden Isolierungsmaßnahmen auch für die Pflegepersonen und die anderen involvierten Gesundheitsprofessionen eine Herausforderung und mit gewissen Schwierigkeiten verbunden. In diesem Kapitel ist von „anderen Gesundheitsprofessionen“ die Rede. Damit werden unter anderem ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen und PflegehelferInnen gemeint.

◇ Die Isolierung schafft Barrieren

Die Isolierungsmaßnahmen schaffen eine physische und eine emotionale Grenze zwischen den Pflegepersonen und den betroffenen PatientInnen. Aus den qualitativen Studien von Godsell et al. (2013) und Seibert et al. (2014b) geht hervor, dass die physische Grenze vor allem durch die zu treffenden Schutzmaßnahmen entsteht, die bei mit multiresistenten Erregern infizierten oder kolonisierten PatientInnen in die Wege geleitet werden müssen. Ein zentraler Aspekt ist hier vor allem die Schutzkleidung, wie beispielsweise Handschuhe, Masken und Kittel, die vor dem Betreten des Isolierzimmers von den Pflegepersonen oder anderen Gesundheitsprofessionen angelegt werden müssen (Godsell et al., 2013; Seibert et al., 2014b). Die Schutzkleidung und vor allem die Handschuhe lassen den direkten Hautkontakt nicht zu. So ist es nur schwer möglich, die Betroffenen durch eine Berührung zu trösten oder ihnen Zuneigung zu zeigen (Seibert et al., 2014b).

Die emotionale Grenze entsteht vor allem dadurch, dass die Pflegepersonen und andere involvierte Gesundheitsprofessionen Angst vor der eigenen Ansteckung haben und die Verbreitung möglicher Keime in ihren Familien fürchten (Godsell et al., 2013; Seibert et al., 2014b). Aus der qualitativen Studie von Seibert et al. (2014b) geht hervor, dass die Tatsache, in Kontakt mit infizierten oder kolonisierten PatientInnen zu stehen, einen unbewussten

Schutzmechanismus bei den Pflegepersonen auslöst und diese sich so emotional von den Betroffenen distanzieren. Allgemein ist bekannt, dass aber vor allem Beziehungen und Vertrauen wichtige Aspekte in der Pflege sind und diese durch eine Isolierung und deren Konsequenzen nur schwer aufgebaut werden können (Godsell et al., 2013). Vor allem die Schutzmasken verhindern, dass PatientInnen die Pflegepersonen angemessen verstehen und hören können. Die PatientInnen können die Gesichtsausdrücke der Pflegepersonen nicht sehen und haben somit Schwierigkeiten diese zu deuten. Dies hat negative Auswirkungen auf die verbale und nonverbale Kommunikation und auf die therapeutische Beziehung zwischen den Betroffenen und den Pflegepersonen. Diese Distanz zu den betroffenen PatientInnen wird von dem befragten Pflegepersonal als eine der größten Herausforderungen in einer solchen Pflegesituation beschrieben. Einige versuchen mit Humor, Entschuldigungen oder Erklärungen dieser schwierigen Situation entgegenzuwirken. Im Allgemeinen wird aber deutlich, dass Pflegepersonen diesen betroffenen PatientInnen nur begrenzte psychologische Unterstützung zukommen lassen können (Godsell et al., 2013). Die Studien von Godsell et al. (2013) und Seibert et al. (2014b) zeigen, dass die Pflegepersonen und die anderen Gesundheitsprofessionen zu isolierten PatientInnen nicht die gleiche Beziehung aufbauen können wie zu nicht isolierten PatientInnen.

♦ **Die zu treffenden Schutzmaßnahmen**

Die vorgeschriebene Schutzkleidung wird von den Pflegepersonen im Allgemeinen als unkomfortabel und einschränkend angesehen (Godsell et al., 2013; Seibert et al., 2014b). Vor allem die Hitze unter der Schutzkleidung bei schweren körperlichen Tätigkeiten im Isolierzimmer wird als unangenehm empfunden (Seibert et al., 2014b). Dennoch wird eingesehen, dass diese Maßnahmen der persönlichen Sicherheit dienen und in der Infektionskontrolle eine Notwendigkeit sind (Godsell et al., 2013). Die Unannehmlichkeiten in Bezug auf die Schutzkleidung haben zur Folge, dass Pflegepersonen sich weniger lange und weniger oft in den Zimmern von isolierten PatientInnen aufhalten oder sogar die nötige Schutzkleidung bei Durchführung von „kleinen Tätigkeiten“ nicht anlegen (Seibert et al., 2014b). Außerdem äußern die

Pflegepersonen, dass in Notfällen oft keine Zeit bleibt, um die Schutzmaßnahmen zu ergreifen (Godsell et al., 2013; Seibert et al., 2014b).

Des Weiteren scheint das theoretische Wissen der Pflegepersonen bezüglich der multiresistenten Keime eine wichtige Rolle im Infektionsmanagement zu spielen. Aus einer Studie von Pedro, Sousa-Uva, und Pina (2014) geht hervor, dass viele der Pflegepersonen nur ein geringes Wissen über diese Keime, in diesem Fall Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA), haben. Dies hat negative Auswirkungen auf die Compliance bezüglich der zu treffenden Schutzmaßnahmen. Die Pflegepersonen beziehungsweise die anderen Gesundheitsprofessionen sind sich im Allgemeinen des Risikos einer Ansteckung mit multiresistenten Keimen bewusst und dieses Risiko wird sogar als hoch eingestuft (Koubenan & Dubois, 2007; Seibert, Speroni, Oh, DeVoe, & Jacobsen, 2014a). Allerdings löst dies weniger Angst aus als das Risiko, sich mit anderen Infektionskrankheiten anzustecken wie beispielsweise Humanes Immundefizienz-Virus (HIV), Tuberkulose oder Hepatitis C (Koubenan & Dubois, 2007). Des Weiteren geht aus dieser Studie hervor, dass Pflegepersonen beziehungsweise andere Gesundheitsprofessionen in Vollzeitarbeit und mit langer Berufserfahrung das persönliche Risiko einer Ansteckung mit multiresistenten Keimen mit der Zeit als geringer einschätzen. Wurden diese allerdings im Laufe ihrer Berufslaufbahn einmal positiv auf einen solchen Keim getestet, so sind diese achtsamer und auch skeptischer gegenüber den betroffenen PatientInnen.

♦ **Die Pflege der Betroffenen**

Eine Isolierung im Krankenhaus hat auch Auswirkungen auf die Pflege der betroffenen PatientInnen. So zeigen die Ergebnisse einer prospektiven Kohortenstudie von Saint, Higgins, Nallamotheu, und Chenoweth (2003), dass AssistenzärztInnen isolierte PatientInnen nur halb so oft während des Krankenhausaufenthaltes untersuchen als nicht isolierte PatientInnen. Auch die Studie von Evans, Shaffer, Hughes, Smith, Chong, Raymond, Pelletier, Pruett, und Sawyer (2003) zeigt, dass Pflegepersonen und andere Gesundheitsprofessionen sich nur halb so oft in den Zimmern von isolierten PatientInnen aufhalten als bei nicht isolierten PatientInnen. Der direkte Kontakt zu betroffenen PatientInnen ist deutlich geringer. Kirkland und Weinstein (1999) und Morgan, Pineles, Shardell, Graham, Mohammadi,

Forrest, Reisinger, Schweizer, und Perencevich (2013) kommen in ihren Studien zu ähnlichen Ergebnissen. Der geringe Kontakt mit infizierten oder kolonisierten PatientInnen könnte negative Auswirkungen auf deren Genesung haben. So zeigen Stelfox, Bates, und Redelmeier (2003) in ihrer quantitativen Studie, dass bei isolierten PatientInnen die tägliche Vitalzeichenkontrolle nicht immer komplett bis gar nicht ausgeführt wird.

Betroffene PatientInnen neigen zu längeren Krankenhausaufenthalten und zeigen mehr Komplikationen als nicht isolierte PatientInnen. Zu den Komplikationen zählen die vermeidbaren und die unvermeidbaren Vorfälle. Stelfox et al. (2003) zeigen, dass isolierte PatientInnen doppelt so viele vermeidbare Behandlungsschäden aufweisen wie nicht-isolierte PatientInnen. Hierzu zählen unter anderem gestörte Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalte, Dekubitalulcera und Stürze.

Die Pflege von isolierten PatientInnen mit multiresistenten Erregern ist laut der Studie von Godsell et al. (2013) erschwert und stellt eine Herausforderung für die Pflegepersonen dar. Vor allem das nicht zur Verfügung stehende Material in den Krankenzimmern ist ein Problem. Die Vitalzeichen können manchmal nur bedingt kontrolliert werden. So ist beispielsweise die Kontrolle des Pulses mit einer Armbanduhr erschwert, da diese von der Schutzkleidung verdeckt ist. Auch die Dokumentation der Pflege im Isolierzimmer ist erschwert, da kein Schreibmaterial vorhanden ist und auch keine Dokumente von außerhalb mit ins Isolierzimmer gebracht werden dürfen. So müssen sich die Pflegepersonen die erhobenen Daten im Isolierzimmer merken, um deren Dokumentation nach Verlassen des Zimmers gewährleisten zu können. Des Weiteren wird in der Studie von Godsell et al. (2013) aufgezeigt, dass die Pflegepersonen aufgrund der Handschuhe nur wenig Feingefühl in den Fingern haben und dies die Pflege der betroffenen PatientInnen erschwert. Dies hat zur Folge, dass isolierte PatientInnen nicht die gleiche Behandlung erhalten wie nicht-isolierte PatientInnen.

Ein weiterer Aspekt, welcher in der Literatur thematisiert wird, ist der hohe Arbeits- und Zeitaufwand, der durch eine Isolierung hervorgerufen wird (Godsell et al., 2013; Seibert et al., 2014b). Manche betroffene PatientInnen werden teilweise von zwei Pflegepersonen versorgt und gepflegt. Auch die

Reihenfolge in der Pflege dieser PatientInnen spielt eine wichtige Rolle. So werden diese beispielsweise ganz zu Beginn oder am Schluss einer Schicht versorgt. Dies erfordert eine gut durchdachte Organisation auf der Station und innerhalb der Teams (Seibert et al., 2014b). Auch das Ergreifen der Schutzmaßnahmen vor Betreten des Zimmers wird als mühsam und zeitaufwändig beschrieben. Dies wird in der Literatur als weiterer Grund dafür angesehen, wieso sich Pflegepersonen weniger oft in den Isolierzimmern aufhalten (Seibert et al., 2014b).

♦ Die Informationsweitergabe

Godsell et al. (2013) und Seibert et al. (2014b) erläutern, dass das Weitergeben von Informationen an ArbeitskollegInnen und Angehörige der Betroffenen einen wichtigen Stellenwert für die Pflegepersonen haben. Für diese hat es Priorität sich mit ihren KollegInnen über die Notwendigkeit und die Art der Isolierung von betroffenen PatientInnen auszutauschen. Ist diese Kommunikation nicht gegeben, sehen sie die Pflege der PatientInnen als gefährdet. Auch andere MitarbeiterInnen auf der Station müssen informiert werden, wie beispielsweise die Reinigungskräfte oder die MitarbeiterInnen der Küche (Godsell et al., 2013). Um ein gutes Infektionsmanagement in einer Institution zu erreichen, ist es wichtig, dass jede Mitarbeiterin beziehungsweise jeder Mitarbeiter weiß und versteht, was multiresistente Keime sind, um die Familien und die PatientInnen aufzuklären und sie in die Präventionsmaßnahmen mit einzubeziehen (Seibert et al., 2014b). Zwar wird die Information der Angehörigen als sehr wichtig empfunden, trotzdem geben die Pflegepersonen an, dass hierfür nur wenig Zeit bleibt. Schriftliche Broschüren oder Poster könnten diese Aufklärung erleichtern (Godsell et al., 2013). Dies sind wichtige Schritte, um eine Verbreitung dieser Keime zu minimieren beziehungsweise zu verhindern.

Ein gutes theoretisches Wissen und Edukation aller Gesundheitsberufe sind wichtig, um die Verbreitung von multiresistenten Keimen zu minimieren beziehungsweise zu verhindern. Hierfür sind kontinuierliche Schulungen des Personals, Trainingseinheiten und Rückmeldungen bezüglich der Effektivität der eingesetzten Maßnahmen auf der Station notwendig. Auch die Sensibilisierung der PatientInnen und der BesucherInnen zu diesem Thema

kann helfen, die Problematik, die mit solchen Keimen einhergeht, zu minimieren (Seibert et al., 2014a).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich auch hier zwei Kategorien herauskristallisieren: Das Selbsterleben und das Verhalten der Pflegepersonen und anderer Gesundheitsberufe, das durch die Isolierung und die multiresistenten Keime beeinflusst wird und die Folgen beziehungsweise die Konsequenzen, welche durch dieses Erleben und durch dieses Verhalten ausgelöst werden.

2.3.4 Studienergebnisse zu den Erfahrungen von Angehörigen bezüglich Krankenhausaufenthalt

Aus der Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass es zum jetzigen Zeitpunkt nur wenig Erkenntnisse bezüglich des Erlebens, der Rollen und der Bedürfnisse von Angehörigen auf Grund multiresistenter Erreger isolierten PatientInnen gibt. Aus diesem Grund wurde die Literaturrecherche mit dem Thema „Erfahrungen von Angehörigen bezüglich Krankenhausaufenthalt“ erweitert, um darstellen zu können, wie ein Krankenhausaufenthalt im Allgemeinen von den Angehörigen erlebt wird und welche Rollen und Bedürfnisse diese dabei haben.

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte nur eine Studie identifiziert werden, die sich unter anderem mit dem Erleben von Familien bezüglich einer Isolierung aufgrund resistenter Erreger, in diesem Fall *Clostridium difficile*, befasst. Aus dieser Studie von Pacheco und Spyropoulos (2010) geht hervor, dass Familien sich vor allem Sorgen um den Ausgang der Infektion machen. Des Weiteren äußern die Angehörigen von betroffenen PatientInnen, dass sie ein Gefühl von Unsicherheit in Bezug auf die Dauer des Krankheitsverlaufs haben. Zu dieser Thematik werden von Seiten der Angehörigen viele Fragen aufgeworfen. Auch die Angst, sich selber anzustecken und den Erreger beispielsweise an die eigenen Kinder weiterzugeben, ist ein zentrales Thema. Der Krankenhausaufenthalt sollte eigentlich der Behandlung der Grunderkrankung dienen und nicht, um weitere Komplikationen hervorzurufen. Dieser Aspekt ist sehr belastend. Die Familien stellen die implementierten Schutzmaßnahmen in Frage, da Diskrepanzen zwischen den Protokollen und der eigentlichen Durchführung der Maßnahmen in der Praxis beobachtet werden. Diese Tatsache führt dazu, dass die Angehörigen sehr

aufmerksam in Bezug auf die zu treffenden Schutzmaßnahmen sind und dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass sie nur wenig Vertrauen in die Institution und ihre MitarbeiterInnen haben. Ein weiterer Aspekt ist der Mangel an Informationen der Familien bezüglich der Diagnose, der Isolierung und der Testergebnisse. Auch die Kohortenisolierungen lösen Angst und Unverständnis bei den Angehörigen aus. Diese haben Angst, sich bei anderen PatientInnen anstecken zu können. Die Umgebung der betroffenen PatientInnen spielt also eine wichtige Rolle im Umgang mit der Infektion. Im Allgemeinen ist zu sagen, dass die Angehörigen durch diese schwere Situation sehr belastet sind und sich große Sorgen um den Betroffenen machen.

Im folgenden Absatz werden die allgemeinen Ergebnisse zu den Erfahrungen von Angehörigen bezüglich Krankenhausaufenthalt angeführt.

◇ **Ein Krankenhausaufenthalt im allgemeinmedizinischen Setting**

In einer quantitativen Studie untersuchen Belayachi et al. (2014) die Prävalenz von Angst und Depression bei Angehörigen auf einer allgemeinmedizinischen Station. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass 55,6% der Angehörigen Angst empfinden und 44,1% depressive Symptome aufzeigen. Grund dafür ist vor allem der Mangel an klaren und deutlichen Informationen. Auch kurze Besuchszeiten haben zur Folge, dass Angehörige Angst empfinden, da sie nicht in der Lage sind, in der kurzen Zeit ihre emotionalen Gefühle zu ordnen und sich zu beruhigen, um somit ihre Ängste zu lindern. Kurze Besuchszeiten haben somit eine Steigerung der Angst und der Zweifel der Angehörigen zur Folge. Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft kann Depressionen bei den Angehörigen von PatientInnen im Krankenhaus auslösen.

◇ **Ein Krankenhausaufenthalt im Intensiv-Setting**

Urizzi und Corrêa (2007) zeigen in einer qualitativen Studie, dass Angehörige auf einer Intensivstation die Situation im Allgemeinen als schwierig empfinden. Sie beschreiben die Situation beispielsweise als „schrecklich“ und „traurig“. Auch aus der Studie von Eggenberger und Nelms (2007) zur familiären Erfahrung im Falle eines Krankenhausaufenthaltes im Intensiv-Setting geht hervor, dass die Angehörigen emotional sehr belastet sind. Diese beschreiben ihren emotionalen Zustand als „Hölle“ und als „Trauma“.

Des Weiteren werden sie mit einem Gefühl der Hilflosigkeit konfrontiert. Die Angehörigen versuchen sich in die Betroffenen hineinzuversetzen, um eine Vorstellung zu bekommen, wie diese sich fühlen (Urizzi & Corrêa, 2007). Die Angehörigen sind durch die schwere Situation nicht nur emotional belastet. Der Stress kann auch körperliche Auswirkungen mit sich bringen, wie beispielsweise Müdigkeit, die bis hin zur Erschöpfung führen kann. Vor allem die langen Wartezeiten, das Pendeln zwischen dem Krankenhaus und dem Zuhause, die Anforderungen des täglichen Lebens und die Sorge um die Familie und die Betroffene beziehungsweise den Betroffenen, treiben die Angehörigen oft an ihre physischen und psychischen Grenzen (Eggenberger & Nelms, 2007).

Die Intensivstation wird als angsteinflößende und verwirrende Umgebung beschrieben. Die Betroffenen sind von einer technischen Ausstattung und Monitoren umgeben. Dies führt zu einem Gefühl der Überforderung und Überwältigung bei den Angehörigen (Eggenberger & Nelms, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007). Trotzdem gibt das Intensiv-Setting den Angehörigen auch ein Gefühl von Sicherheit, da die Betroffenen dort gut überwacht und betreut werden (Urizzi & Corrêa, 2007).

Auch wenn die Umgebung angsteinflößend ist, äußern die Angehörigen das Bedürfnis, sich in der Nähe der Betroffenen aufzuhalten. Hierfür werden mehrere Gründe genannt: Schuldgefühle, wenn niemand in der Nähe ist, falls der Zustand der Betroffenen oder des Betroffenen sich verändert, die Präsenz am Krankenbett ist für die Angehörigen eine Möglichkeit ihre Liebe zu den Betroffenen auszudrücken, und der Wunsch anwesend zu sein, wenn wichtige Entscheidungen getroffen werden oder Berichte über den Zustand der Betroffenen vorliegen (Eggenberger & Nelms, 2007). Auch in der Studie von Urizzi und Corrêa (2007), ist die Präsenz am Krankenbett ein zentrales Thema. Die Angehörigen geben an, dass sie durch ihre Anwesenheit die Betroffenen in deren Heilungsprozess unterstützen können.

Auch der Verlust der täglichen Beziehung zu den PatientInnen ist in der Studie von Urizzi und Corrêa (2007) ein zentrales Thema. Die Angehörigen vermissen die Betroffenen in ihrem alltäglichen Leben. Viele Angehörige denken an die Zeit vor der Erkrankung zurück und die Vergangenheit tritt in den Vordergrund.

Aufgrund dieser schweren Situation wird eine gute Beziehung und Vertrauen zu den Pflegepersonen als wichtig empfunden (Eggenberger & Nelms, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007). Eine gute Beziehung zu den Pflegepersonen zeichnet sich dadurch aus, dass PatientInnen und Angehörige als Familie gesehen werden, die Angehörigen in den Pflegeprozess mit eingebunden werden, den Angehörigen Empathie und Verständnis entgegengebracht wird und Informationen über den Zustand der Betroffenen geteilt werden (Auerbach et al., 2005; Eggenberger & Nelms, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007). Auch Verhaeghe et al. (2005) kommen in ihrem Literaturreview zu diesem Ergebnis. Für die Angehörigen ist es schwer, wenn die Pflegepersonen ihnen keine Unterstützung und kein Verständnis entgegenbringen. Auch das Ausschließen der Familie aus dem Pflegeprozess und eine funktionsorientierte Pflege von Seiten der Pflegepersonen, sorgt für Wut und Frustration bei den Angehörigen (Eggenberger & Nelms, 2007). Ihnen ist wichtig, dass der Betroffene in diesem technischen Setting als Mensch wahrgenommen wird (Urizzi & Corrêa, 2007).

In dieser schweren Situation stellen die Angehörigen ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund und das Wohl der Betroffenen hat Priorität (Eggenberger & Nelms, 2007; Verhaeghe et al., 2005). Die Pflegepersonen haben hier eine Schlüsselposition, da sie oft die AnsprechpartnerInnen der Angehörigen sind. Hier ist es wichtig, die Angehörigen zu unterstützen und deren Bedürfnisse zu erkennen und diesen nachzugehen (Eggenberger & Nelms, 2007).

◇ **Ein Krankenhausaufenthalt im onkologischen Setting**

Dougherty (2010) stellt in ihrer quantitativen Studie die Bedürfnisse von PatientInnen und Angehörigen in einem onkologischen Setting dar. Ein sehr zentrales Bedürfnis der Angehörigen ist es, Informationen über den Behandlungsplan, die Therapie und die Entlassung der Betroffenen zu erhalten. Des Weiteren sollten diese Informationen für sie klar und verständlich sein. Hinzu kommt, dass die Angehörigen es als wichtig empfinden, zu jedem Zeitpunkt Fragen stellen zu können und vor allem auch ehrliche Antworten von Seiten der Pflegepersonen und anderen Gesundheitsberufen darauf zu erhalten. Nicht nur der gute Informationsfluss und die Beantwortung der Fragen werden von den Angehörigen als wichtig

empfundene. Auch die Kompetenz und das Verhalten der Pflegepersonen in Bezug auf die Betroffenen haben für die Angehörigen einen hohen Stellenwert. Des Weiteren wird aber auch das Bedürfnis nach flexiblen Besuchszeiten betont, so dass die Angehörigen die Möglichkeit haben, die Betroffenen zu jedem Zeitpunkt besuchen zu können.

◇ **Ein Krankenhausaufenthalt im gerontologischen Setting**

Jacelon (2006) bringt in ihrer qualitativen Studie zum Ausdruck, dass Angehörige in einem gerontologischen Setting das Bedürfnis haben, die PatientInnen „anzutreiben“, indem sie ihnen emotionale Unterstützung zukommen lassen. Hier wird ebenfalls verdeutlicht, dass es für diese wichtig ist, bei den Betroffenen zu sein. Sie bringen zum Beispiel Kleidung und Essen von zu Hause mit, um den Betroffenen den Krankenhausaufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. In ihrer qualitativen Studie beschäftigen sich Digby und Bloomer (2014) mit den Erwartungen von Familien und pflegenden Angehörigen in einem gerontologischen Setting. Ähnlich wie bei den oben angeführten Studien, spielen auch hier das Bedürfnis der Angehörigen nach regelmäßiger Information und der Einbezug in anstehende Entscheidungen eine große Rolle. Nicht ausreichend Informationen zu erhalten kann dazu führen, dass die durch den Krankenhausaufenthalt ohnehin schon bestehende Angst noch weiter gesteigert wird. In der Studie von Digby und Bloomer (2014) wird das Thema der Bezugspflegeperson angeführt. Eine Bezugspflegeperson ist für die Angehörigen eine wichtige Ansprechperson, gibt ihnen Sicherheit und stellt eine gewisse Kontinuität in dieser schweren Situation dar. Vor allem in der Informationsvergabe hat diese für die Angehörigen eine Schlüsselposition. Der Krankenhausaufenthalt ist eine sehr stressige Situation für die Angehörigen und sie haben das Bedürfnis, bei den Betroffenen zu sein. Nicht nur die Erkrankung der Betroffenen ist belastend, auch die dazukommende tägliche Verantwortung in Bezug auf die restliche Familie oder die Arbeit sorgen für Stress bei den Angehörigen. Auch die Umgebung im Krankenhaus wird von den Angehörigen thematisiert. Für diese ist es wichtig einen Aufenthaltsraum zu haben, wo sie Kaffee trinken können und sich auch mit anderen Angehörigen austauschen können.

Ein Krankenhausaufenthalt ist nicht nur für die PatientInnen eine schwere Situation, auch für die Angehörigen kann dies zu einer großen Belastung führen. Wie oben angeführt, haben Familien und Angehörige bestimmte Bedürfnisse die wahrgenommen und befriedigt werden sollten, damit diese bestmöglich mit der Situation umgehen können. Eine Isolierung kann möglicherweise das Erleben der Angehörigen in Bezug auf den Krankenhausaufenthalt beeinflussen. Des Weiteren können eventuell auch ihre Bedürfnisse nicht vollständig erfüllt werden. So kann es sein, dass beispielsweise die Präsenz am Krankenbett sowie der Kontakt zu den Betroffenen und die Besuchszeiten für die Angehörigen stark eingeschränkt sind. Auch die Entlassung der Betroffenen könnte sich in einer solchen Situation als schwieriger erweisen. Das Mitbringen von Kleidung und Essen ist im Falle einer Isolierung nur bedingt möglich. Im empirischen Teil dieser Arbeit geht es darum, mehr dazu herauszufinden. Ziel der Arbeit ist es herauszuarbeiten, wie die Angehörigen eine Isolierung im Krankenhaus erleben und welche Bedürfnisse diese dabei haben.

3 Methode der empirischen Untersuchung

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise bei der Datenerhebung und der Datenanalyse von der Untersuchung zum Erleben und den Bedürfnissen von Angehörigen einer isolierten Patientin beziehungsweise eines isolierten Patienten im Krankenhaus beschrieben sowie auch begründet. Des Weiteren werden ethische Überlegungen in Bezug auf diese Arbeit erläutert. In einem letzten Punkt werden die Gütekriterien der qualitativen Forschung angeführt. Um die Forschungsfragen dieser Arbeit beantworten zu können, wurde ein qualitativer Forschungsansatz herangezogen, der es ermöglicht ein Phänomen aus der Perspektive der Betroffenen, in diesem Fall der Angehörigen, wahrzunehmen. Es wird versucht dieses Phänomen von innen heraus und ganzheitlich zu erfahren und zu verstehen (Mayer, 2011).

3.1 Datenerhebung

Im folgenden Absatz soll näher auf die Datenerhebung eingegangen werden. Die Auswahl der TeilnehmerInnen sowie der Feldzugang und die Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen werden dargestellt. Des Weiteren wird die Interviewführung beschrieben.

3.1.1 Auswahl der TeilnehmerInnen

Zur Auswahl der TeilnehmerInnen gehört die Wahl der von den Umständen betroffenen Personen. Des Weiteren muss festgelegt werden, welche Ereignisse in Bezug auf den sozialen Prozess untersucht werden sollen, um so die Forschungsfrage beantworten zu können (Lier & Marcus, 2005).

Zielgruppe dieses Forschungsprojektes waren Angehörige einer beziehungsweise eines aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patientin oder Patienten im Krankenhaus. Als Einschlusskriterium für „Angehörige“ wurde die Definition von Petrowski (2008) herangezogen: Angehörige können, müssen aber nicht zwangsläufig in einem Verwandtschaftsverhältnis zu den Betroffenen stehen. Zu den Angehörigen zählen auch Personen, die in einer engen Beziehung und engem Kontakt zu den Betroffenen stehen, wie beispielsweise FreundInnen, LebenspartnerInnen oder enge Vertraute. Dieser Ansatz wurde gewählt, da

aus der Netzwerkforschung bekannt ist, dass sich die Zusammenstellung sozialer Netzwerke in den letzten Jahren verändert hat und nicht nur mehr aus den engen Familienmitgliedern besteht. Heutzutage sind die sozialen Netzwerke eines Menschen meist komplexer und breiter gefächert und setzen sich aus vielen unterschiedlichen sozialen Kontakten zusammen (Valente, 2001).

Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme am Forschungsprojekt war - neben den Kriterien in Bezug auf die Definition der Angehörigen - ein enger und regelmäßiger Kontakt (mehrmals die Woche) zwischen den Angehörigen und den betroffenen PatientInnen während des Krankenhausaufenthaltes. Dieser Aspekt war notwendig, damit das Erleben und die Bedürfnisse der Angehörigen angemessen erfasst werden konnten. Des Weiteren mussten die TeilnehmerInnen über 18 Jahre alt und der deutschen Sprache mächtig sein.

Unter Betroffenen beziehungsweise PatientInnen werden Personen verstanden, welche aufgrund multiresistenter Erreger isoliert wurden und auf einer Normalstation in einem Krankenhaus behandelt werden beziehungsweise wurden. Auch die PatientInnen mussten über 18 Jahre alt sein.

Das häusliche Setting, die Langzeitpflege (Senioren- und Altenheime) sowie das Pädiatrie- und das Intensivsetting wurden ausgeschlossen. Schutzisolierungen wurden für diese Arbeit ebenfalls ausgeschlossen, da diese durch ihren Kontext eine andere Bedeutung für die PatientInnen und deren Angehörige haben und somit eine andere Problematik darstellen.

Zu Beginn des Forschungsprojektes wurde festgelegt, dass die Isolierung der PatientInnen nicht länger als sechs Monate zurückliegen sollte. Dieses Ausschlusskriterium konnte allerdings nicht für alle PatientInnen beziehungsweise Angehörigen eingehalten werden. Im Laufe der Rekrutierung stellte sich heraus, dass der Zugang zu Angehörigen einer solchen PatientIn oder eines solchen Patienten schwer ist. Bei den rekrutierten TeilnehmerInnen aus den Selbsthilfegruppen lag die Isolierung der Patientin beziehungsweise des Patienten meist schon mehrere Jahre zurück. Es stellte sich aber heraus, dass das Erlebte bei diesen Angehörigen

noch sehr präsent war und diese viel über die Thematik beziehungsweise das Geschehene berichten konnten. Daher wurde entschieden, den Zeitraum der festgelegten sechs Monate zu verlängern. Ein weiteres Ausschlusskriterium zu Beginn des Forschungsprojektes war die Befragung von Angehörigen, bei denen die betroffene Patientin beziehungsweise der betroffene Patient aufgrund der multiresistenten Erreger verstorben ist. Bei den befragten TeilnehmerInnen aus den Selbsthilfegruppen war dies jedoch der Fall. Da dies aber schon meist mehrere Jahre zurücklag und die Angehörigen sehr reflektiert in Bezug auf das Geschehene waren, konnten diese trotzdem in das Forschungsprojekt mit einbezogen werden.

Der Zugang zu den TeilnehmerInnen erwies sich als schwierig und die Anzahl der TeilnehmerInnen, die sich bereit erklärten, am Forschungsprojekt teilzunehmen, war gering. Dies ist wohl damit zu begründen, dass die Angehörigen durch den Krankenhausaufenthalt und die damit verbundenen Komplikationen sehr belastet sind.

3.1.2 Feldzugang und Rekrutierung

Um einen Zugang zu möglichen StudienteilnehmerInnen zu erhalten, wurde bereits Ende Februar 2015 schriftlich Kontakt (per E-Mail) zu Pflegedirektionen von mehreren Wiener Krankenhäusern aufgenommen. In diesem Schreiben wurden das Thema sowie das Ziel der vorliegenden Arbeit erläutert und angefragt, ob diese bereit wären, den Zugang zu möglichen ProbandInnen zu schaffen. Relativ schnell kamen positive Rückmeldungen von einigen der angeschriebenen Pflegedirektionen und es wurde telefonischer Kontakt aufgenommen, um noch offene Fragen abzuklären. Des Weiteren kam es zu persönlichen Treffen mit einigen Pflegedirektionen beziehungsweise Leitungspersonen, um das Forschungsprojekt und den Zugang zu den ProbandInnen genauer zu erläutern und zu besprechen.

Damit persönlicher Kontakt zu den Stationsleitungen hergestellt und das Forschungsanliegen gut in den Praxisalltag integriert werden konnte, wurde das Forschungsprojekt von der Forscherin beziehungsweise Studentin persönlich auf den in Frage kommenden Stationen beziehungsweise in angesetzten Versammlungen der Stationsleitungen vorgestellt.

Damit alle AkteurInnen, die in die Rekrutierung der TeilnehmerInnen involviert waren, angemessen über das Anliegen und den Ablauf des Forschungsprojektes informiert werden konnten, wurde ein Informationsschreiben an die jeweiligen Personen ausgeteilt. Das ausgeteilte Informationsschreiben befindet sich im **Anhang 3**. Um auch die möglichen StudienteilnehmerInnen über das Forschungsprojekt zu informieren, wurde ein weiteres Informationsschreiben zu diesem Zweck angefertigt. Das Informationsschreiben für die Angehörigen befindet sich im **Anhang 4**. Dieses Schreiben wurde von den Stationsleitungen beziehungsweise vom Pflegepersonal an Angehörige einer beziehungsweise eines auf Grund von multiresistenten Erregern isolierten Patientin oder Patienten ausgeteilt. Bei Interesse konnten diese telefonisch oder per E-Mail Kontakt mit der Studentin aufnehmen. Im Laufe der Rekrutierung stellte sich heraus, dass die Angehörigen trotz geäußertem Interesse keinen Kontakt mit der Studentin beziehungsweise Forscherin aufnehmen. Aus diesem Grund wurde nach Absprache mit den Stationsleitungen festgelegt, dass im Falle von potenziellen TeilnehmerInnen mit deren Einverständnis die jeweilige Station die Kontaktdaten an die Forscherin weitergab. Auf diesem Weg konnten fünf TeilnehmerInnen für ein Interview gewonnen werden.

Des Weiteren wurde versucht, TeilnehmerInnen in sozialen Netzwerken wie beispielsweise Facebook zu rekrutieren. Hier wurden die AdministratorInnen der jeweiligen Gruppen angeschrieben und das Forschungsprojekt kurz beschrieben. So wurden schließlich ein kurzes Informationsschreiben sowie die Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) in die Gruppe gepostet. Leider meldeten sich keine Personen und so konnten auf diesem Weg keine TeilnehmerInnen rekrutiert werden.

Zudem wurde auch telefonisch Kontakt mit Selbsthilfegruppen aus Deutschland aufgenommen. Die LeiterInnen der Selbsthilfegruppen gaben das Informationsschreiben und die Kontaktdaten an die GruppenmitgliederInnen weiter. Auf diesem Weg konnten zwei TeilnehmerInnen rekrutiert werden.

Die unterschiedlichen Zugänge zu den TeilnehmerInnen führten dazu, dass eine gewisse Heterogenität in Bezug auf die Erfahrungen erreicht werden konnte. TeilnehmerInnen, die im Krankenhaus rekrutiert wurden, waren noch

sehr im Geschehen verankert und die erlebte Situation und deren Konsequenzen waren noch sehr präsent. Bei den TeilnehmerInnen aus den Selbsthilfegruppen lag das Geschehene schon länger zurück. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass Menschen aus Selbsthilfegruppen sehr reflektiert über das Erlebte berichten können, da sie sich meist intensiv mit der Thematik auseinander gesetzt haben. Des Weiteren war die Isolierung eines nahestehenden Menschen im Krankenhaus ein einschneidendes Erlebnis für die Angehörigen. Aus diesem Grund kann angenommen werden, dass die Gefühle und das Erlebte sehr präsent sind.

3.1.3 Interviewführung

Zur Datenerhebung wurden qualitative, leitfadengestützte Einzelinterviews mit Angehörigen einer beziehungsweise eines auf Grund von multiresistenten Erregern isolierten Patientin oder Patienten durchgeführt. Die Interviews erfolgten zwischen März und Juli 2015.

Um den Verlauf des Gesprächs leiten zu können, wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Bei dieser Art der Interviewführung können die Reihenfolge und auch die Formulierung der Fragen von der Forscherin selbst bestimmt werden (Mayer, 2011). Qualitative Interviews sollen mit offenen Fragen geführt werden (Mayring, 2002). Um den InterviewpartnerInnen ein freies Erzählen zu ermöglichen, wurden die Fragen offen formuliert. Während der Interviewführung wurde darauf geachtet, auf die Interviewpartnerin beziehungsweise den Interviewpartner und das Erzählte einzugehen und so auch die Fragen an die Interviewsituation anzupassen.

Vor Beginn des Interviews wurde mit den InterviewpartnerInnen noch einmal das Informationsschreiben durchgegangen, um sicher zu gehen, dass es keine offenen Fragen mehr bezüglich des Wesens, der Bedeutung und der Tragweite des Forschungsprojektes von Seiten der Befragten gibt. In einem weiteren Schritt wurden die InterviewpartnerInnen gebeten, die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Die Einverständniserklärung befindet sich im **Anhang 5**.

Der Ort für die Interviewführung wurde von den InterviewpartnerInnen selbst bestimmt. Drei der geführten Interviews fanden im Krankenhaus der

betroffenen Patientin beziehungsweise des betroffenen Patienten statt. Dies war für die Angehörigen aus organisatorischen Gründen am einfachsten. Hierfür wurde von den Stationsleitungen beziehungsweise Pflegedirektionen ein Besprechungsraum zur Verfügung gestellt, wo das Interview ungestört und in ruhiger Atmosphäre durchgeführt werden konnte. Zwei der geführten Interviews in Österreich fanden bei den InterviewpartnerInnen zu Hause beziehungsweise in einem Vereinsheim statt. Die Interviews mit den TeilnehmerInnen aus den Selbsthilfegruppen wurden in Deutschland bei diesen zu Hause geführt. Hier wurde zuerst vorgeschlagen, die Interviews über Skype zu führen, allerdings war dies auf Grund der nicht vorhandenen Technik von Seiten der InterviewpartnerInnen nicht möglich.

Die Interviews wurden mittels eines Diktiergerätes und eines Mobiltelefons aufgenommen und in weiterer Folge wortwörtlich transkribiert. Nach der wortwörtlichen Transkription wurden die Interviewaufnahmen gelöscht. Die Erstellung von Transkripten ist ein wichtiger Aspekt in der qualitativen Forschung. Diese ermöglicht der Forscherin oder dem Forscher, Textstellen zu markieren und diese zu vergleichen. Des Weiteren können Interviewpassagen miteinander verglichen und in ihrem Kontext untersucht werden. Die Transkription der Interviews ermöglicht so der Forscherin beziehungsweise dem Forscher eine ausführliche Interpretation des Datenmaterials (Mayring, 2002, S. 89).

Um Auffälligkeiten in der Sprache wie beispielsweise Betonungen von Wörtern oder Satzpassagen oder Pausen in den Transkripten sichtbar zu machen, wurden vor der Transkription, Sonderzeichen festgelegt um diese Textstellen zu markieren. Diese orientieren sich an dem System von Kallmeyer und Schütze (1967, zitiert nach Mayring 2002). Folgend werden die verwendeten Sonderzeichen anhand von Beispielen aus den Interviews angeführt:

<i>Beim ersten Mal war's aber ärger, jetzt haben wir ja schon gewusst, dass es <u>der</u> Keim ist ... Ja einfach erschrocken. Man fühlt sich irgendwie: Ja hab ich das jetzt a (?) (Interview 2, Z.6-8)</i> <i>Also da gehört schon abgeschirmt und dann hat sie sich nur können bewegen die paar Meter zum Fenster, zum Bett das (,) sie hat keine Bewegungen mehr machen können, sie hat sich nicht waschen dürfen und und und duschen und und alles nur beim Bett. (Interview 2, Z. 23-27)</i> <i>Ankleiden, hinterm Kopf ne Masche machen, das mach ich normalerweise nicht das musste ich auch erst üben (lacht) (...) (Interview 1, Z. 29-31)</i>	<u>auffällige Betonung</u> ... mittlere Pause (?) Frageintonation (,) kurzes Absetzen einer Äußerung (lacht) Charakterisierung von nicht sprachlichen Vorgängen
---	--

Abbildung 1: Beispiel für die verwendeten Sonderzeichen im Transkriptionsvorgang

3.2 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte nach einem interpretativ-reduktiven Verfahren (Mayer, 2011). Bei der Datenanalyse wurden die transkribierten Interviews nach den Kodierschritten der Grounded Theory unter Anwendung des offenen und axialen Kodierens nach (Strauss & Corbin, 1996) ausgewertet. Beim offenen Kodieren geht es darum, das Datenmaterial aufzubrechen. Der erste Schritt hierbei ist das Konzeptualisieren der Daten (Bildung von Konzepten). Im nächsten Schritt werden diese Konzepte gruppiert und kategorisiert (Bildung von Kategorien) (Strauss & Corbin, 1996). Beim axialen Kodieren geht es darum, die Daten wieder zusammenzuführen und Verbindungen zwischen den Kategorien herzustellen. Im Mittelpunkt des axialen Kodierens steht das Kodierparadigma, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht. Hier liegt der Fokus darauf, eine Kategorie oder auch Phänomen in Bezug auf die Bedingungen zu spezifizieren, die das Phänomen verursachen, den Kontext, in den das Phänomen eingebettet ist, die Strategien, durch die damit umgegangen wird und die daraus resultierenden Konsequenzen darzustellen (Strauss & Corbin, 1996).

Ein weiterer Schritt in der Grounded Theory ist das selektive Kodieren. Hier geht es darum die Kategorien beziehungsweise Phänomene in eine Theorie zu integrieren.

Die Erstellung einer Theorie wird in dieser Arbeit nicht möglich sein, da dies den Rahmen dieser Masterarbeit sprengen würde. Des Weiteren würde auch die Anzahl der geführten Interviews nicht ausreichen um eine dicht konzeptualisierte Theorie zu entwickeln. Aus diesem Grund konnte auch der Schritt des selektiven Kodierens nicht durchgeführt werden. In der vorliegenden Masterarbeit wurde also lediglich die Datenanalyse der Grounded Theory angewendet. Hierfür wurden das offene und axiale Kodieren herangezogen.

Diese Vorgehensweise wird auch von Strauss und Corbin (1996) thematisiert. Bei dieser Abkürzungsmöglichkeit oder Kurzform der Grounded Theory soll die theoretische Kodierung von den ForscherInnen geleistet werden, aber in einer weniger ausgedehnten Form. Trotz dieser Abkürzung in der Datenanalyse sollten Vergleiche in der Analyse angestellt werden, aber auch

diese müssen nicht ausführlich behandelt werden. Der wohl wichtigste Aspekt ist aber, die Sichtweise der AkteurInnen, das heißt der Befragten, des Untersuchungsbereiches zu erfassen.

◇ Konkrete Vorgehensweise in der Datenanalyse

Wie bereits angeführt, wurde die Datenanalyse an den Kodierschritten der Grounded Theory unter Anwendung des offenen und axialen Kodierens nach Strauss und Corbin (1996) angelehnt. In einem ersten Schritt wurden die Interviews offen kodiert, das heißt die Daten wurden aufgebrochen und es wurden unterschiedliche Konzepte herausgearbeitet. Dieser Prozess wurde mehrmals wiederholt, indem die Interviews mehrmals gelesen und die Kodes überarbeitet wurden. Die erstellten Konzepte wurden in einem weiteren Schritt gruppiert und zu Kategorien zusammengeführt. Im Folgenden wird ein Beispiel für die Entwicklung von Kodes und Kategorien angeführt:

Interviewausschnitt	Kodes	Kategorie
<u>Ja durch die Medien ist ma ja schon a bissl vorgeprägt ne (?) da hört ma immer wieder Berichte, dass dieser sogenannte Spitalskeim angeblich unausrottbar ist. Wobei ich wieder ne Studie gelesen hab, ich weiß jetzt net mehr, ich glaub in nem skandinavischen Land da gibt's das kaum.</u> (Interview 1, Z. 64-69)	Mediale Informationen Wissen aneignen	Informiert werden und sich informieren Informiert werden und sich informieren

Abbildung 2: Beispiel der Kodes - und Kategorienbildung

Um die theoretische Sensibilität zu steigern, wurden unterschiedliche Fragen zu den Kategorien gestellt. Hierfür wurde sich auf das Datenmaterial bezogen. Des Weiteren sind in diesen Prozess aber auch persönliche Erfahrungen sowie Fachwissen eingeflossen.

In einem weiteren Schritt wurden die Kategorien axial kodiert, das heißt auf neue Art wieder zusammengesetzt und in Verbindung gebracht. Hierfür wurde das Kodierparadigma herangezogen.

3.3 Ethische Aspekte

Die wissenschaftliche Forschung in Bezug auf Menschen ist ein sensibles Thema. Daher müssen die ethischen Aspekte in der Forschung berücksichtigt werden, um die Personen, die an Forschungsstudien teilnehmen, zu schützen (Mayer, 2011). Die Befragung von Angehörigen zum Thema „Isolierung aufgrund multiresistenter Erreger im Krankenhaus“ kann für diese belastend sein, da diese einen Einblick in das Krankheitserleben in Bezug auf einen geliebten Menschen geben.

Während des Forschungsprozesses wurde darauf geachtet, dass die ethischen Prinzipien der Pflegeforschung eingehalten werden. Für die vorliegende Arbeit wurden die grundsätzlichen ethischen Aspekte des Persönlichkeitsschutzes nach Mayer (2011) berücksichtigt.

◇ Umfassende Information und freiwillige Zustimmung

Die TeilnehmerInnen wurden über das Ziel, den Zweck, aber auch den Ablauf des Forschungsprojektes informiert. Dies erfolgte zuerst schriftlich anhand eines Informationsschreibens über das Projekt. Gab es noch offene Fragen von Seiten der TeilnehmerInnen, so bestand die Möglichkeit, zu jeder Zeit Kontakt zu der Forscherin aufzunehmen. Des Weiteren wurde auch am Tag des Interviews noch einmal sichergestellt, dass es keine weiteren offenen Fragen in Bezug auf das Forschungsprojekt gab und alle Informationen von den TeilnehmerInnen verstanden wurden.

Die TeilnehmerInnen konnten frei entscheiden, an der Studie teilzunehmen und hatten das Recht, die Teilnahme zu verweigern. Des Weiteren waren sie darüber informiert die Teilnahme am Forschungsprojekt jeder Zeit beenden zu können, ohne dass für sie jegliche Nachteile daraus entstehen. Die UntersuchungsteilnehmerInnen haben ihre schriftliche Einwilligung in Form eines „informed consent“ gegeben.

◇ **Wahrung der Anonymität**

Die Wahrung der Anonymität der ForschungsteilnehmerInnen ist ein wichtiger Aspekt in der Pflegeforschung. Alle Informationen, die im Rahmen des Forschungsprojekts erhoben wurden, unterlagen strengster Vertraulichkeit. Die persönlichen Daten der InterviewteilnehmerInnen wurden im Laufe der Auswertung der Interviews anonymisiert und das auf Band aufgenommene Interview nach der wortwörtlichen Transkription gelöscht, so dass keine Rückschlüsse auf die teilnehmenden Personen möglich sind und die Identität der TeilnehmerInnen geheim bleibt. Die erhobenen Daten stehen unter Datenschutz. Diese werden sicher verwahrt und sind nur für die Forscherin der Untersuchung zugänglich. Die Studentin beziehungsweise Forscherin unterliegt bezüglich der Identität der TeilnehmerInnen der Schweigepflicht.

◇ **Schutz der Einzelnen vor physischen und psychischen Schäden**

Schäden, die den TeilnehmerInnen durch Forschung zugefügt werden können, können körperlicher, aber auch psychischer Natur sein, wie beispielsweise eine emotionale Belastung durch ein angesprochenes Thema in einem Interview. Ersteres war in Bezug auf diese Thematik nicht zu erwarten. Jedoch bestand das Risiko einer psychischen Belastung der InterviewteilnehmerInnen aufgrund der potenziell schwierigen Situation, in der sie sich befanden. Um diese Schäden zu verhindern beziehungsweise zu minimieren, wurde die Möglichkeit gegeben, zu jeder Zeit eine Pause einzulegen oder das Interview abubrechen. Wenn es die Situation erfordert hätte und wenn im Laufe des Interviews eine außergewöhnlich hohe emotionale Belastung deutlich geworden wäre, hätte auf Wunsch der TeilnehmerInnen Hilfe in die Wege geleitet werden können.

3.4 Gütekriterien qualitativer Forschung

Anders als in der quantitativen Forschung gibt es in der qualitativen Forschung keine einheitlichen Gütekriterien. Die qualitativen Gütekriterien hängen von der wissenschaftlichen Orientierung der ForscherInnen ab und werden daher unterschiedlich beschrieben beziehungsweise benannt (Mayer, 2011). Dennoch müssen in der qualitativen Forschung Belege angeführt werden, um die Qualität der Forschung aufzeigen zu können (Mayring, 2002). Im deutschsprachigen Raum werden häufig die Gütekriterien qualitativer

Forschung nach Mayring (2002) angeführt (Mayer, 2011). Auch in der vorliegenden Arbeit wird diese Version herangezogen. Diese beinhalten die Verfahrensdokumentation, die argumentative Interpretationsabsicherung, die Regelgeleitetheit, die Nähe zum Gegenstand, die kommunikative Validierung und die Triangulation.

◇ **Verfahrensdokumentation**

In der qualitativen Forschung ist es von großer Bedeutung, das Verfahren genau zu dokumentieren. So kann sichergestellt werden, dass der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar ist. Dieser Aspekt betrifft die Beschreibung des Vorverständnisses, des Analyseverfahrens sowie auch die Durchführung und die Auswertung des Datenmaterials.

Um diesem Gütekriterium in dieser Arbeit gerecht zu werden, wurde versucht, den theoretischen Hintergrund sowie auch den Stand der Forschung mit aktuellen wissenschaftlichen Quellen darzustellen und diese auch lückenlos im Literaturverzeichnis anzuführen. Um den Vorgang der Literaturrecherche darzustellen, wurden ein Flussdiagramm sowie Teile des Suchprotokolls offengelegt. Des Weiteren wurde der Feldzugang beschrieben und die dazugehörigen Instrumente, das heißt das Informationsschreiben und die Einverständniserklärung, dargestellt. In Bezug auf die Datenauswertung wurden die verwendeten Transkriptionsregeln angeführt. Des Weiteren wurde die Methode der Datenauswertung beschrieben und Beispiele der einzelnen Schritte der Analyse angeführt. Während der Datenerhebung und -auswertung wurden Memos und Notizen angefertigt. Diese sind zu einem späteren Zeitpunkt in die Ergebnisse eingeflossen.

◇ **Argumentative Interpretationsabsicherung**

Interpretationen sind in der qualitativen Forschung ein zentraler Aspekt. Diese können nicht einfach dargelegt werden, sondern müssen auch argumentativ begründet werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht anhand der Problemdarstellung, des theoretischen Hintergrunds sowie des aktuellen Forschungsstandes bezüglich der Thematik, die Forschungslücke sowie auch die Relevanz dieser Arbeit aufzuzeigen und zu begründen. Des Weiteren wurden die Ergebnisse

des Forschungsprojektes in Bezug auf die vorhandene Literatur beziehungsweise Theorie diskutiert und interpretiert.

◇ **Regelgeleitetheit**

In der qualitativen Forschung spielt die Offenheit gegenüber dem Gegenstand eine wichtige Rolle. Um diesem näher zu kommen, muss die Forscherin beziehungsweise der Forscher bereit sein die festgelegten Analyseschritte zu modifizieren. Dies bedeutet allerdings nicht, dass in der qualitativen Forschung willkürlich gearbeitet werden darf. Die Regelgeleitetheit in der qualitativen Forschung setzt voraus, dass sich an ein bestimmtes Verfahren gehalten und das Material systematisch bearbeitet werden muss.

Die Datenanalyse folgender Arbeit basiert auf den Auswertungsschritten der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996). Ursprünglich werden von den Autoren drei Analyseschritte vorgeschlagen: offenes, axiales und selektives Kodieren, um dann in weiterer Folge eine dicht konzeptualisierte Theorie aufzustellen. In der vorliegenden Arbeit konnten allerdings nur das offene und axiale Kodieren vollzogen werden. Trotz dieser Kurzform des Analyseverfahrens wurde versucht, die Schritte des offenen und axialen Kodierens zu berücksichtigen, um so das Datenmaterial systematisch auswerten zu können. Des Weiteren ist auch das theoretische Sampling ein Merkmal der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996). Hier geht es darum, eine bewusste Auswahl von Fällen zu treffen, welche eine theoretische Relevanz in Bezug auf die sich entwickelnde Theorie haben. Dieser Prozess konnte im Zuge dieser Masterarbeit nicht berücksichtigt werden da die Interviewzusagen zahlenmäßig nicht ausreichend waren um eine gezielte Auswahl an Fällen zu treffen.

◇ **Nähe zum Gegenstand**

Dieses Gütekriterium setzt voraus, dass die Forscherin beziehungsweise der Forscher möglichst nahe an der Alltags- beziehungsweise Lebenswelt des beforschten Subjekts ansetzt. Wenn die Forscherin beziehungsweise der Forscher das Erleben von bestimmten Menschen erfassen will, kann dies nicht in einem Labor erfolgen, sondern diese beziehungsweise dieser muss sich ins Feld begeben, um so die Nähe zum Gegenstand gewährleisten zu

können. Hier ist anzuführen, dass der Forschungszugang in Bezug auf die Realität eine gewisse Verzerrung mit sich bringt. Eine Möglichkeit, diese Verzerrungen zu verringern, ist der Versuch möglichst nahe an der Lebenssituation der TeilnehmerInnen anzusetzen.

Um diese Nähe zum Gegenstand während des Forschungsprozesses aufzubauen, wurden persönliche Gespräche beziehungsweise Interviews mit den TeilnehmerInnen geführt. Der Ort und Zeitpunkt des Interviews konnte von den TeilnehmerInnen ausgewählt werden. Damit erfolgte eine Anpassung an die Bedürfnisse der Befragten. Bei den im Krankenhaus rekrutierten TeilnehmerInnen wurden die Interviews in einem Besprechungsraum in der Institution durchgeführt. Bei TeilnehmerInnen, die über die Selbsthilfegruppen rekrutiert wurden, wurden die Interviews bei diesen zu Hause geführt. Hier ist anzuführen, dass die Daten, welche im Krankenhaus erhoben wurden, womöglich leicht verzerrt sein könnten. Grund dafür ist das noch bestehende Abhängigkeitsverhältnis in Bezug auf die Pflege. Auch wenn die Forscherin unabhängig von der Institution war und die TeilnehmerInnen im Hinblick auf die Vertraulichkeit des Erzählten aufgeklärt wurden, könnte dies doch womöglich einen Einfluss auf das Erzählte haben.

◇ **Kommunikative Validierung**

Dieses Gütekriterium beinhaltet die kommunikative Validierung der Ergebnisse von Seiten der Befragten. Wenn sich die Befragten in den subjektiven Bedeutungen und Interpretationen der Forscherin beziehungsweise des Forschers wiederfinden, können die Ergebnisse mit diesem Prozess abgesichert werden. Die kommunikative Validierung kann aber auch innerhalb des Forschungsteams stattfinden, indem über die Ergebnisse diskutiert wird.

Die kommunikative Validierung der Ergebnisse von Seiten der Befragten konnte für diese Masterarbeit nicht berücksichtigt werden. Da auch nicht in einem Forschungsteam gearbeitet wurde, sondern die vorliegende Arbeit eine Einzelarbeit war, konnten die Ergebnisse nicht mit anderen ForscherInnen diskutiert werden. Während der Datenanalyse wurden allerdings die entwickelten Kategorien und Konzepte mit einer Studienkollegin diskutiert. Die Studienkollegin wurde gebeten, diese kritisch zu betrachten und ein

Feedback abzugeben. So konnte die kommunikative Validierung in einer kleineren Form gewährleistet werden. Des Weiteren wurde die vorliegende Masterarbeit von einer erfahrenen Person betreut. Dadurch kann davon ausgegangen werden, dass das Gütekriterium der kommunikativen Validierung durch ihre Supervision gewährleistet wurde.

◇ **Triangulation**

Bei der Triangulation geht es darum, die Qualität der Forschung durch die Anwendung mehrerer Analysegänge zu steigern. Hier können beispielsweise mehrere Erhebungsmethoden miteinander verbunden, mehrere InterpretInnen in der Datenauswertung hinzugezogen oder auch verschiedene Datenquellen verwendet werden. Das Ziel der Triangulation ist es, unterschiedliche Lösungswege für die Forschungsfrage zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen.

Für die vorliegende Arbeit konnte aufgrund der nicht zur Verfügung stehenden Ressourcen das Gütekriterium der Triangulation nicht erfüllt werden. Es konnten zwar unterschiedliche InterviewteilnehmerInnen (Datenquellen) befragt werden, allerdings konnten keine unterschiedlichen Methoden angewandt sowie nur begrenzt unterschiedliche InterpretInnen einbezogen werden.

4 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die InterviewteilnehmerInnen kurz vorgestellt und die Ergebnisse aus den gesammelten Daten präsentiert. Diese werden in einem ersten Schritt in einer Abbildung und in weiterer Folge in Form eines Fließtextes dargestellt.

4.1 Präsentation der InterviewteilnehmerInnen

Für die vorliegende Masterarbeit wurden sieben Angehörige eines beziehungsweise einer aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patientin beziehungsweise Patienten interviewt. In der folgenden Tabelle werden die TeilnehmerInnen, deren Verhältnis beziehungsweise Beziehung zu den Betroffenen sowie die Dauer der Isolierung aufgezeigt.

	InterviewteilnehmerInnen	Verhältnis zu den Betroffenen	Dauer der Isolierung der Betroffenen
Interview 1	Männlich, 69 Jahre	Ehemann	Seit 3 Monaten
Interview 2	Weiblich, 40 Jahre	Schwiegertochter	2 Wochen
Interview 3	Weiblich, 48 Jahre	Schwiegertochter	2 Wochen
Interview 4	Männlich, 73 Jahre	Schwiegersohn	3 Wochen
Interview 5	Männlich, 55 Jahre	Sohn	1 Monat
Interview 6	Weiblich, 72 Jahre	Ehefrau	3 Monate
Interview 7	Männlich, 65 Jahre	Ehemann	3 Wochen

Abbildung 3: Darstellung der InterviewteilnehmerInnen

4.2 Darstellung des identifizierten Phänomens

Im Folgenden werden nun die Kategorien beziehungsweise Ergebnisse, welche sich aus den erhobenen Daten herauskristallisiert haben, dargestellt. Hierfür wird das Kodierparadigma von Strauss und Corbin (1996) herangezogen. In einem weiteren Schritt werden das zentrale Phänomen und die Kategorien näher beschrieben.

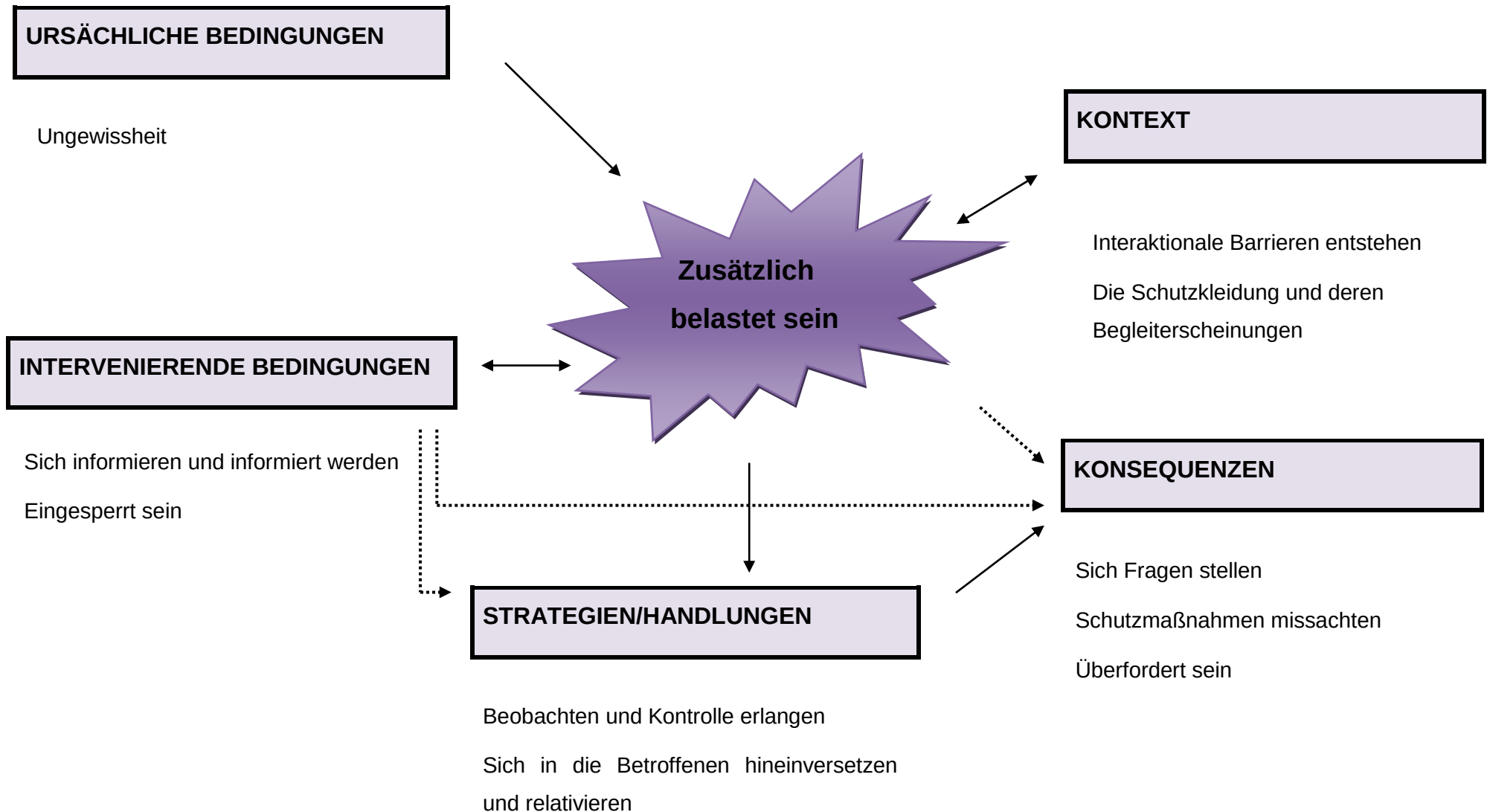


Abbildung 4: Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996),
eigene Darstellung

ZENTRALES PHÄNOMEN

Das zentrale Phänomen wird von verschiedenen Ereignissen - ursächlich und intervenierend - ausgelöst. Um dieses Phänomen zu bewältigen oder damit umzugehen, müssen Handlungen oder Strategien entwickelt werden (Strauss & Corbin, 1996). Das zentrale Phänomen in dieser Arbeit ist die zur Grunderkrankung hinzukommende Belastung durch den multiresistenten Keim. Dieses Phänomen wird von unterschiedlichen Bedingungen beeinflusst. Des Weiteren werden unterschiedliche Strategien von den Angehörigen entwickelt, um mit dieser zusätzlichen Belastung umzugehen.

◇ Zusätzlich belastet sein

Aus den Daten hat sich das zentrale Phänomen „zusätzlich belastet sein“ herauskristallisiert. Die Angehörigen beschreiben den Keim und die dadurch erforderlichen Schutzmaßnahmen als zusätzliche Belastung in Bezug auf die Grunderkrankung des Betroffenen. Bereits ein „normaler“ Krankenhausaufenthalt stellt für die Angehörigen eine schwere und belastende Situation dar. Wird die Diagnose „Keim“ im Krankenhaus gestellt, so stellt dies eine weitere zu bewältigende Herausforderung für die Angehörigen dar. Die Belastung welche mit einem „normalen“ Krankenhausaufenthalt einhergeht, wird also durch den Keim und die daraus resultierenden Konsequenzen verschärft.

„Aber trotzdem es ist tut zu aller psychischen Belastung die man halt in so einer Situation grundsätzlich hat, kommt halt das auch dazu also doch besonders unangenehm.“ (Interview 1, Z. 43-46)

„Dann kommt das Gefühl, ja was noch alles ne, wenn ich das so formulieren kann und das addiert sich halt dann (...) weil man sich dadurch noch zusätzlich belastet fühlt zu all dem was man eh jetzt schon psychisch zu ertragen hat.“ (Interview 1, Z. 379-388)

„Naja der Krankenhausaufenthalt allein war für uns eigentlich schon entsetzlich und dann kommt noch so was hinzu, also dann denkt man sich schon auch das noch (?)“ (Interview 4, Z. 6-9)

Der multiresistente Keim wird von den Angehörigen als Schock, als Hiobsbotschaft beschrieben. Die Angehörigen werden mit einer weiteren

schweren Situation konfrontiert, mit der sie umgehen und welche sie bewältigen müssen.

„Ehh jo und dann sehr bald, ich kann's jetzt gar nicht mehr sagen, nach einigen Tagen kam dann die Hiobsbotschaft: Kittelpflicht (...)“
(Interview 1, Z.21-23)

„Ja also es war ein Schock diese Diagnose.“ (Interview 3, Z.5)

Nicht nur die psychische und emotionale Belastung wird hier von den Angehörigen beschrieben. Auch körperlich haben diese Diagnose und deren Konsequenzen negative Auswirkungen auf die Angehörigen. Das Bedürfnis, bei den Betroffenen im Krankenhaus zu bleiben, zehrt an den körperlichen Reserven. Die Angehörigen fühlen sich müde und kraftlos.

„Man muss ja auch sagen, ich war auch schon abgekämpft, ne (?). Ich war am Tag fünf, sechs Stunden im Spital.“ (Interview 5, Z. 222-224)

„Man ist so müde ich war ja wirklich jeden Tag da und das den ganzen Tag.“ (Interview 5, Z. 378-379)

„Auch körperlich war ich geschafft ne (?), man sitzt da in diesem Zimmer den ganzen Tag also das ist schon anstrengend, dann hab ich auch mal den Kopf auf die Bettdecke gelegt und hab bisschen geschlafen. (...)Ich hab Rückenprobleme und dann spürt man das noch viel mehr.“ (Interview 6, Z.290-297)

Die Belastung in Bezug auf die Grunderkrankung wird durch die Diagnose „Keim“ verschärft, dies führt zu einer zusätzlichen Belastung für die Angehörigen.

URSÄCHLICHE BEDINGUNGEN

Die ursächlichen Bedingungen beschreiben die Ereignisse welche zur Entstehung des zentralen Phänomens beigetragen haben (Strauss & Corbin, 1996). Verursacht wird das zentrale Phänomen „zusätzlich belastet sein“ durch den multiresistenten Keim und der daraus entspringenden Ungewissheit.

◇ Ungewissheit

Grund beziehungsweise Ursache für das „zusätzlich belastet sein“ ist der Keim an sich und die damit verbundene Ungewissheit. Diese Ungewissheit bezieht sich vor allem auf den unvorhersehbaren Verlauf der Infektion, aber

auch auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Bei einem „normalen“ Krankenhausaufenthalt haben die Angehörigen die relative Gewissheit, dass die Patientin beziehungsweise der Patient nach einer begrenzten Zeit nach Hause entlassen wird, die Zukunft der Patientin beziehungsweise des Patienten in Bezug auf seine Erkrankung ist in gewisser Weise vorhersehbar. Ist die Patientin beziehungsweise der Patient jedoch mit einem multiresistenten Keim infiziert, so ist der Verlauf der Infektion und damit auch die Dauer des Krankenhausaufenthaltes ungewiss. Diese Ungewissheit stellt für die Angehörigen der betroffenen PatientInnen eine zusätzliche Belastung dar.

„(...) die vorhergehenden Erlebnisse im Krankenhaus waren relativ, was weiß ich eine Operation, Meniskusoperation, relativ triviale und harmlose Sachen und ja, dann geht man halt auf Besuch und red ma bissl und dann geht ma wieder und man weiß, weiß ich Hausnummer nach 14 Tag ist der Patient wieder zu Hause. Während das eine total andere Situation ist, für mich war. Mit der Aussicht dass es Monate dauern könnte (...)“ (Interview 1, Z.345-352)

„Man ist dauernd angespannt weil man nicht weiß was alles als nächstes passieren wird, diese Ungewissheit die ist schwer zu ertragen.“ (Interview 5, Z.532-534)

„Also man ist komplett in dieser Ungewissheit drin, man weiß nicht wie das alles ausgeht diese Sache, also das war sehr schlimm muss ich sagen, also das hat mich echt fertig gemacht“ (Interview 6, Z.114-117)

„Man ist dann immer in so ner Ungewissheit, man weiß als Laie dann auch nicht was passieren wird ne (?), also wie das ausgeht diese ganze Sache, immer so in der Schwebe ist man.“ (Interview 7, Z. 122-125)

Aber auch nach der Entlassung besteht bei den Angehörigen die Angst, dass der Keim zurückkommen könnte. Hier besteht eine gewisse Ungewissheit in Bezug auf die Zukunft der Betroffenen. Vor allem Angehörige von PatientInnen, welche bereits mehrmals aufgrund eines multiresistenten Keimes isoliert worden sind, haben große Angst vor der Zukunft, da diese in der Vergangenheit Rückschläge hinnehmen mussten. Dieses Hin und Her wird als sehr belastend und kräftezehrend beschrieben. Diese Ungewissheit in Bezug auf die Zukunft, aber auch die erlittenen Rückschläge sind für die

Angehörigen anstrengend und ermüdend und werden als sehr belastend beschrieben.

„(...) dieser Keim und der ist bei ihr im Körper und der kann immer wieder kommen, der kann kommen, der muss nicht kommen aber jetzt ist er schon das zweite Mal in kurzer Zeit gekommen. Und da ist dann schon auch (,) irgendwie denkste dann, du denkst schon viel nach, man weiß halt nicht was noch kommt“ (Interview 3, Z.208-213)

„Also ich kann damit net klarkommen, dieses pausenlose auf und ab (weint) und dieses Isolierzimmer, dann kann man ja nichts machen, das ist wirklich sehr schwer ...“ (Interview 4, Z.106-108)

Zu dieser Ungewissheit addiert sich ein Gefühl von Machtlosigkeit und von Hilflosigkeit. Das Wissen, nichts für die Betroffene beziehungsweise den Betroffenen tun zu können, und dass der Ausgang der Situation nicht vorhersehbar ist, ist für die Angehörigen nur schwer zu ertragen.

„Nach paar Wochen, oder so also ich weiß jetzt ja nicht mehr die genaue Zeit damals, haben die zu mir gesagt, ja ist schon ein bisschen besser. Und dann denkt man ja: ohja geht, geht aufwärts. Und dann doch wieder nicht .. also das ist schon belastend... Man ist dann auch so hilflos ne (?), man kann einfach nichts machen, nur zuschaun.“ (Interview 6, Z.177-183)

„Naja man hat immer das Gefühl nichts machen zu können, diese Machtlosigkeit.“ (Interview 6, Z.284-286)

Der multiresistente Keim und die damit verbundene Ungewissheit, lösen bei den Angehörigen eine zusätzliche Belastung in Bezug auf die bereits belastende Situation beziehungsweise die bereits bestehende Grunderkrankung aus. Dieses Konzept der Ungewissheit und dessen Hintergründe stellt die Ursache für das zentrale Phänomen der zusätzlichen Belastung dar.

KONTEXT

Der Kontext eines Phänomens sind spezifische Eigenschaften, welche zu diesem Phänomen gehören (Strauss & Corbin, 1996). In Bezug auf das zentrale Phänomen „zusätzlich belastet sein“, wird der Kontext durch „interaktionale Barrieren entstehen“ und „die Schutzkleidung und dessen

Begleiterscheinungen“ dargestellt. Dies sind beides spezifische Konzepte und stehen in direktem Zusammenhang zu der Thematik „Erleben einer Isolierung“ und dem zentralen Phänomen „zusätzlich belastet sein“.

◊ **Interaktionale Barrieren entstehen**

In dieser Kategorie werden die bestehenden Hindernisse in der Interaktion zwischen den Angehörigen und den betroffenen PatientInnen beschrieben. Zentrale Aspekte dieser Kategorie sind das Verhalten der Angehörigen in Bezug auf die Betroffenen und die auftretenden Einschränkungen in der verbalen sowie in der nonverbalen Kommunikation.

Das Verhalten der Angehörigen in Bezug auf die Betroffenen verändert sich. Die Angehörigen gehen auf Abstand zur Betroffenen beziehungsweise zum Betroffenen. Dies geschieht allerdings eher unbewusst. Der direkte Kontakt wird vermieden oder stark eingeschränkt. Begrüßungsrituale wie beispielsweise Küsse oder Handgeben werden weniger beziehungsweise vermieden.

„Man verhält sich auch anders. Man hält sofort mehr Abstand. Also unbewusst denke ich. Also im Hinterstübchen, dass im Hirn was ist: Hallo du ziehst dich an, da ist was, steck dich nicht an, greif nicht so viel an. Man geht nur bis zum Vorhang, nicht bis zum Bett vor, wie auch immer ne. Also man hält dann einen Abstand. Auch der Kontakt zum Patienten fehlt, da ja immer diese Kleidung im Weg ist, sag ich jetzt einmal. Ja der fehlt .. Sei es jetzt die Handgeben oder ein Küsschen geben oder wie auch immer, das hat man dann doch vermieden obwohl man den Mundschutz gehabt hat. (...) Da sagt das Hirn im Unterbewusstsein: Stopp bis daher und nicht weiter.“
(Interview 2, Z.107-118)

Grund für diesen Abstand von Seiten der Angehörigen, ist vor allem die Angst vor einer eigenen Ansteckung. Aber auch die Angst, die Keime an die eigene Familie weiterzugeben, ist Ursache für dieses Abstandhalten. Diese Angst wird jedoch nicht in Gegenwart der Betroffenen thematisiert, sondern die Angehörigen behalten diese Gedanken für sich. Das Wohlergehen der Betroffenen steht im Vordergrund. Dennoch ist diese unterschwellige Angst vor einer eigenen Ansteckung beziehungsweise einer Verbreitung des Keimes bei den Angehörigen mehr oder weniger unbewusst präsent.

„(...) ja aber du hast immer dann im Hinterkopf: Ich muss sofort die Hände waschen, also die Angst ist schon da. Vor allem wenn man dann ja nach Hause fährt, dass man dann vielleicht, also das ist ein Kreislauf, noch wen ansteckt, entweder die Tochter oder den Mann, man weiß es ja nicht. Man kommt nach Hause und man weiß nicht ist man jetzt angesteckt oder ist man nicht angesteckt (?) also .. geb ich das weiter oder wird alles gut (?). Also das Gefühl ist schon zum Nachdenken.“ (Interview 3, Z. 132-141)

„Es ist irgendwie unterschwellig hat man natürlich schon a Angst aber im Endeffekt hat man mehr Angst um den Angehörigen ja (?)“ (Interview 5, Z.273-240)

Aber nicht nur die Angst ist eine Ursache für das veränderte Verhalten beziehungsweise Interaktion zwischen Angehörigen und Betroffenen. Auch die Schutzkleidung ist Grund für eine eingeschränkte Interaktion zwischen beiden Parteien. So ist beispielsweise der direkte Kontakt zu den Betroffenen nicht möglich. Durch diese Schutzkleidung und vor allem durch die Handschuhe ist der direkte Hautkontakt eingeschränkt. Dies ist für die Angehörigen sehr belastend, da diese das Gefühl haben, die Betroffene beziehungsweise den Betroffenen so nicht ausreichend unterstützen zu können.

„ (...) du kannst dich nicht wirklich (,) du kannst dich weder berühren noch kannst du mit ihr raus .. Na das ist irgendwie unangenehm gewesen.“ (Interview 3, Z.120-122)

„Man kann und soll den Patienten nicht direkt berühren, also wegen der Schutzkleidung und das ist einfach ungut, das ist ungut diese Schutzkleidung. Ich hab's als ungut empfunden.“ (Interview 3, Z.345-348)

„Der liegt da vor einem und man kann ihm nicht helfen, also das ist schwierig gewesen. Man kann den anderen dann auch nicht so unterstützen, ich mein man kann ihn ja nicht mal berühren richtig ne (?). Ich hab nix tun können.“ (Interview 6, Z.286-290)

Des Weiteren wird von den Angehörigen beschrieben, dass es ihnen nicht möglich war, etwas von zu Hause ins Krankenhaus mitzubringen. Auch diese Einschränkung führt zu interaktionalen Barrieren zwischen den Angehörigen und den Betroffenen. Die Angehörigen können sich nicht so verhalten wie sie es eigentlich in einer solchen Situation machen würden. Dieser Aspekt führt

dazu, dass sie das Gefühl haben, die Betroffene beziehungsweise den Betroffenen nicht in der Weise unterstützen können wie dies notwendig wäre.

„Das war halt so a normaler Besuch und da hat man Schokolade mitgebracht und so während das jetzt total anders ist.“ (Interview 1, Z.362-364)

„(...)ohne Isolierung hätte ich ihm zum Beispiel mitgebrachte Speisen oder irgendwas mitbringen können und das war irgendwie alles flach.“ (Interview 5, Z. 459-462)

Die Angst und die Einschränkungen führen zu einem veränderten Verhalten der Angehörigen in Bezug auf die Betroffenen. So entstehen interaktionale Barrieren zwischen beiden Parteien. Dieser Aspekt stellt für die Angehörigen eine zusätzliche Belastung in Bezug auf die Grunderkrankung der Betroffenen dar.

Die interaktionalen Barrieren zwischen den Angehörigen und den Betroffenen entstehen aber auch durch die Einschränkungen in der verbalen sowie in der nonverbalen Kommunikation. Große Teile des Körpers sind durch die Schutzkleidung bedeckt. Dies hat zur Folge, dass Mimik und Gestik und somit die verbale und nonverbale Kommunikation mit dem Betroffenen stark eingeschränkt sind.

„Wie gesagt, dass die Kommunikation halt eingeschränkt möglich ist. Sozusagen, dass man den nonverbalen Bereich nicht rüber bringen kann.“ (Interview 1, Z. 161-164)

„(...) die meiste Schwierigkeit ist a mal die Kommunikationsprobleme aufgrund dass man so angezogen ist. Es ist ka Mimik und ka Gestik, ma kann die Leut auch net berühren ja (?) (...)“ (Interview 5, Z.345-348)

Nicht nur die Kommunikation mit den Betroffenen, auch die Kommunikation beziehungsweise der Austausch mit anderen Angehörigen beziehungsweise PatientInnen ist eingeschränkt. Die Betroffenen sind meist in Einzelzimmern untergebracht, dies macht den Kontakt zu Anderen fast unmöglich. Auch bei einer Isolierung der Betroffenen in einem Mehrbettzimmer gestaltet sich die Kommunikation mit anderen Angehörigen oder Betroffenen schwer. In einem Mehrbettzimmer sind die infizierten PatientInnen meist durch einen Paravent oder Vorhang von den anderen PatientInnen getrennt.

„Vor allem für sie wär mir das wichtig gewesen weil ich kann mir vorstellen wie man sich fühlt, ja, so abgeschirmt so abgedeckt, du siehst niemanden ne, weil der Paravent geht vom Fenster weg bis zum nächsten Bett ja, du kannst dich mit niemandem unterhalten also du kannst rüber reden aber du weißt nicht mit wem du sprichst, ja also das ist .. das ist schwer, man ist halt wie eingesperrt hinter diesem Paravent“ (Interview 3, Z. 271-278)

„Es ist ja sozusagen wie, wie a Isolierhaft kann man sagen, man kann sich mit den Anderen halt auch schwer austauschen.“ (Interview 5, Z. 462-464)

„(...) ein Mensch ist ja eigentlich ein kooperatives Wesen und und und ehh man versucht sich ja dann auch mit anderen Angehörigen auszutauschen und das geht im Isolierzimmer nur schlecht, man sieht ja keinen. Und wenn es einem schlecht geht, dann will man sich ja schon austauschen mit den anderen und dann kann man sich gegenseitig aufbauen und die Gedanken also man ist etwas abgelenkt kann man sagen.“ (Interview 5, Z.449-457)

Auch die Interaktion mit dem Krankenhauspersonal, das heißt dem Pflegepersonal und den ÄrztInnen, ist durch die Schutzkleidung erschwert. Diese macht unkenntlich und so kommt es vor, dass die Angehörigen das zuständige Personal im Zimmer nicht erkennen.

„Und auch mir ist's so gegangen ne also wenn ich gekommen bin und es war jemand bei ihr im Zimmer hab ich mal a bissl müssen überlegen wer ist das gerade und das sind lauter so hinderliche Dinge die zur Gesamtsituation nit grad zuträglich sind aber wahrscheinlich gibt's keine andere Möglichkeit ne.“ (Interview 1, Z.147-152)

Hier wird das Bedürfnis geäußert, dass das Krankenhauspersonal sich vorstellt wenn diese das Zimmer betreten, da diese durch die Schutzkleidung und vor allem den Mundschutz für die Angehörigen nur schwer erkennbar sind.

Die Entstehung von interaktionalen Barrieren zwischen den Angehörigen und den Betroffenen ist in Bezug auf die Thematik des Erlebens einer Isolierung im Krankenhaus sehr spezifisch. Die Isolierung aufgrund eines multiresistenten Keims erfordert spezifische Maßnahmen wie etwa ein Einzelzimmer beziehungsweise ein Zimmerabteil oder auch die Schutzkleidung. Die Interaktion zwischen Angehörigen und Betroffenen ist in

einer Krankheitssituation ein wichtiger Faktor. Ist diese Interaktion eingeschränkt, führt dies zu einer zusätzlichen Belastung in Bezug auf die Grunderkrankung. Dieses Konzept „interaktionale Barrieren entstehen“ stehen also in direktem Zusammenhang zum zentralen Phänomen des „zusätzlich belastet sein“.

◇ Die Schutzkleidung und deren Begleiterscheinungen

Wie bereits angeführt, ist der direkte Hautkontakt zur Patientin beziehungsweise zum Patienten aufgrund der zu treffenden Schutzmaßnahmen nicht möglich und auch die Qualität der Kommunikation leidet unter den Schutzmaßnahmen. Diese wird von den Angehörigen allerdings nicht nur als interaktionale Barriere in Bezug zu den PatientInnen, sondern auch körperlich als sehr unangenehm empfunden. Durch das Schwitzen unter der Schutzkleidung im Sommer bei hohen Außentemperaturen, wird dies noch verstärkt. Des Weiteren werden von den Angehörigen auch Atemprobleme aufgrund der Maske genannt.

„Man schwitzt irrsinnig drunter. Man kriegt nicht viel Luft durch den Mundschutz (...) und wenn man am Nachmittag wenn die Sonne reinscheint und drinnen im Zimmer, das ist dann halt schon mühsam“ (Interview 2, Z.94-103)

„Aber unangenehm war das schon, also dieser Mundschutz und dann die Kleidung. Man schwitzt so irrsinnig drunter, also das ist schon unangenehm gewesen. Ich saß ja da auch Stunden in dem Zimmer, also das ist schon einengend diese Schutzkleidung.“ (Interview 6, Z.123-127)

„Also ich möcht es nit lang umhabn, vorgestern hab ich dann doch den Mundschutz angehabt und da hab ich mit dem Atmen Schwierigkeiten kriegt und da hab ich gesagt, das halt ich net lang aus und wenn du die Schürze so lang anhast als es jetzt so warm war draußen, da schwitzt schon damit, das ist schon unangenehm und i bin von der früh bis am Abend drin gewesen.“ (Interview 5, Z. 246-253)

„Ja also das kommt ja dann noch zu allem Übel hinzu ne (?). Da drunter ist es so warm, das können sie sich nicht vorstellen. Man schwitzt da drunter, und dann diese Maske (,) a kriegt ja kaum Luft darunter. Also es ist wirklich unangenehm.“ (Interview 7, Z.68-72)

Auch das ständige Ein- und Ausziehen der Schutzkleidung beim Betreten und Verlassen des Isolierzimmers wird von den Angehörigen als sehr belastend empfunden. Hier kann angeführt werden, dass vor dem Betreten des Zimmers eine gewisse Planung notwendig ist, da nichts außerhalb des Zimmers vergessen werden darf. Dieser ganze Prozess wird als hinderlich beschrieben und die Freude, Zeit mit den Betroffenen zu verbringen, wird dadurch verringert. Auch der Zeitfaktor spielt eine Rolle. Das Ein- und Ausziehen nimmt viel Zeit in Anspruch, vor allem wenn noch keine Routine diesbezüglich besteht.

„ (...) man kommt her und freut sich halt auf den Besuch und möchte den betreuen dann sozusagen hat man diese Barriere. Das dauert dann Hausnummer 3-4 Minuten bis man sich angedirndt, sagt man in Wien (lacht), hat und dann erst hinein und wenn man dann drinnen ist und Gott behüte irgendwas draußen vergessen hat oder mal telefonieren muss, muss man sich wieder das Zeug vom Leib reißen und dann geht das Ganze von vorne an wenn man wieder hinein will in das Krankenzimmer. Das hab ich halt als als, vielleicht bin ich a bissl a ungeduldiger Mensch, als eher hinderlich und eher unangenehm empfunden ne.“ (Interview 1, Z.109-120)

Die Schutzkleidung wird von den Angehörigen im Allgemeinen als einengend wahrgenommen. Sie sind in ihrem Verhalten als sorgende und betreuende Angehörige eingeschränkt und verlieren dadurch eine gewisse Freiheit. Dieser Aspekt wird von den Angehörigen als belastend bezeichnet.

Die Schutzkleidung und die zu treffenden Maßnahmen sind sehr spezifisch in Bezug auf die Thematik der Isolierung. Auch dieses Konzept der „Schutzkleidung und dessen Begleiterscheinungen“ führt zu dem zentralen Phänomen des „zusätzlich belastet seins“ und ist Ursprung für später entwickelte Strategien beziehungsweise Handlungen, um mit diese zusätzliche Belastung zu minimieren.

INTERVENDIERENDE BEDINGUNGEN

Die intervenierenden Bedingungen eines Phänomens sind allgemeine Bedingungen welche sich auf die Strategien beziehungsweise Handlungen auswirken (Strauss & Corbin, 1996). Hier haben sich zwei Kategorien beziehungsweise Konzepte herauskristallisiert, welche die Strategien

beeinflussen, um mit dem zentralen Phänomen des „zusätzlich belastet seins“ umzugehen.

◇ **Informiert werden und sich informieren**

Die Informationen beziehungsweise das Wissen über den multiresistenten Keim und dessen Konsequenzen, ziehen die Angehörigen aus unterschiedlichen Wissensquellen.

Eine dieser Wissensquellen stellt das Krankenhauspersonal, das heißt die ÄrztInnen und das Pflegepersonal dar. Die Qualität des Informationsflusses zwischen dem Krankenhauspersonal und den Angehörigen ist unterschiedlich. Die Angehörigen fühlen sich in Bezug auf den Keim und dessen Konsequenzen teils gut informiert, andere wiederum fühlen sich über die Thematik nicht ausreichend aufgeklärt. Nicht nur die rein sachlichen Informationen über den multiresistenten Keim wie beispielsweise den Ursprung, seine möglichen Konsequenzen oder den Übertragungsweg des Keimes, auch praktische Informationen wie beispielsweise über das korrekte Anziehen der Schutzkleidung, fehlen den Angehörigen. Die Konsequenz dieses Mangels an Informationen ist ein Gefühl von Überforderung und Unsicherheit.

„Aber wie gesagt das ist sowohl vom Personal her also Pflegepersonal als auch vom medizinischen Personal, die waren unheimlich nett und feinfühlig und haben mir das alles erklärt und hab mich dann beruhigt also das hab ich dann schon sehr geschätzt.“ (Interview 1, Z.88-92)

„Ich mein Mundschutz ist klar nur welche Seite nimmt man, denk ich mir ist wahrscheinlich auch nicht so dramatisch.. Handschuhe und Schürze sind eh klar aber das Häubchen (?) Wie bindet man das, dass es hält ja? Jetzt hast du nicht fest genug, jetzt rutscht das jetzt tust du da mit den Fingern dran rum, am Häubchen. Ist ja wahrscheinlich auch nicht so praktisch wenn die Keime dann da dran kommen, man weiß es ja nicht wie man sich das vorstellen darf weil da kommt ja dann auch gleich die Fantasie mit durch (...).“ (Interview 2, Z.302-310)

Eine weitere Wissensquelle, aus welcher Informationen von den Angehörigen gezogen werden, sind die Medien. Zur Thematik „multiresistente Keime“, besteht ein gewisses Vorwissen von Seiten der Angehörigen, da diese

Problematik bereits in medialen Berichten thematisiert und die Gesellschaft darauf aufmerksam gemacht worden ist. Dennoch ist die Thematik für die Angehörigen sehr abstrakt und diese können mit dem Begriff „multiresistenter Keim“ nur wenig verbinden beziehungsweise assoziieren. Sie werden in ihrer aktuellen Situation mit der Realität konfrontiert, sie sind davon betroffen, der Begriff „multiresistenter Keim“ wird für sie real.

„Es war halt das eine was man dann so hört aha das gibt's auch irgendwo in Berichten im Fernsehen beispielsweise ne und dann kam aber die harte Realität ne. Da ist mir dann eigentlich bewusst geworden so ohne ist es nun auch wieder nicht.“ (Interview 1, Z. 95-99)

Auch andere Angehörige der Patientin beziehungsweise des Patienten werden als Informations- beziehungsweise Wissensquelle von den Angehörigen herangezogen. Vor allem praktische Informationen wie beispielsweise über das korrekte An- und Ausziehen der Schutzkleidung, werden von anderen Angehörigen eingeholt.

„Wie gesagt an der Tür wurde auch kein Hinweis angeklebt worden dass man sagt: Bitte komplett anziehen, das fehlt halt ne. Ich meine ich hatte noch das Glück dass die zweite Schwiegertochter einen Tag vor mir drinnen war und die gewusst hat was zu machen ist weil sonst wär ich normal reingegangen ne.“ (Interview 2, Z.157-162)

Des Weiteren versuchen die Angehörigen auch selber sich Wissen anzueignen, sie zeigen Eigeninitiative. Hierzu werden Studien herangezogen, aber auch im Internet wird über die Thematik recherchiert.

„Ja durch durch die Medien ist ma ja schon an bissl vorgeprägt ne da hört ma immer wieder Berichte, dass dieser sogenannte Spitalskeim grad dann so in Intensivstationen angeblich unausrottbar ist wobei ich wieder ne Studie gelesen hab, das ich weiß jetzt net ich glaub in nem skandinavischem Land da gibt's das kaum.“ (Interview 1, Z. 64-69)

„Ich bin sehr wissbegierig auch, ich hab immer gleich gefragt und hab auch mal zu Hause auf Internet nachgeschaut(...)“ (Interview 3, Z.199-200)

„Naja ich bin erst mal nach Hause und hab mich da eingelesen in das alles weil ich wollte ja wissen was los ist mit meiner Frau ne (?).“ (Interview 7, Z.60-62)

Das Suchen nach Informationen kann ein Anzeichen dafür sein, dass die Informationen des Krankenhauspersonals oder aus anderen Wissensquellen nicht ausreichend beziehungsweise zufriedenstellend waren. Dies kann aber auch bedeuten, dass die gelieferten Informationen für die Angehörigen nicht verständlich waren und diese daher weitere Informationen zur Thematik „multiresistenter Keim“ benötigen.

Im Allgemeinen wird deutlich, dass die Angehörigen sich eher schlecht aufgeklärt fühlen. Dieser Informationsmangel betrifft vor allem die sachlichen Informationen in Bezug auf den multiresistenten Keim und die Isolierungsmaßnahmen. Auch ein Mangel an Informationen in Bezug auf die zu treffenden Schutzmaßnahmen wird deutlich. Dieser Mangel an Informationen ist unter anderem der Grund für ein Fehlverhalten, wie beispielsweise die Missachtung der Maßnahmen von Seiten der Angehörigen. Angehörige die ausreichend informiert worden sind, respektieren die Maßnahmen und versuchen die auferlegten Schutzmaßnahmen zu beachten.

Das Erhalten von rein sachlichen Informationen in Bezug auf den Keim, seine Ursachen, seine Konsequenzen und die zu treffenden Schutzmaßnahmen werden von den Angehörigen als sehr wichtig empfunden und stellen ein großes Bedürfnis dar.

„Ja ich hatte kaum Gespräche mit Fachleuten, mit Ärzten oder Schwestern die haben ja alles schnell und die Versorgung gemacht .. Also das wär mir schon wichtig gewesen, da öfters jemanden zu sehen mit dem ich reden kann von denen.“ (Interview 6, Z.186-190)

„Also Informationen kriegen von irgendwem, egal wem, also das wär wirklich wichtig gewesen, weil wie gesagt, man weiß ja sonst gar nichts ne (?), man hofft und hofft und hofft und nix passiert, ich wusste bis zum Schluss nicht wie's mit ihr gehen würd, also das war sehr belastend, das weiß ich noch als wär's gestern gewesen ne (?), sowas vergisst man nicht (...).“ (Interview 7, Z.130-137)

Gut Informiert zu werden, gibt den Angehörigen das Gefühl von Sicherheit und Ruhe. Fühlen diese sich aus dem Prozess der Isolierung ausgeschlossen, so führt das zu einem Gefühl von Unsicherheit und Überforderung. Der Mangel an Wissen über „den Stand der Dinge“, führt zu einer zusätzlichen Belastung der Angehörigen. Der Krankenhausaufenthalt

beziehungsweise die Grunderkrankung der PatientInnen ist gekoppelt mit einer Ausnahmesituation: der multiresistente Keim. Besteht zusätzlich ein Mangel an Wissen, resultiert daraus eine Unsicherheit, eine Überforderung und schließlich eine zusätzliche Belastung für die Angehörigen. So steht auch dieses Konzept in direkte Zusammenhang zu dem zentralen Phänomen des „zusätzlich belastet sein“.

◇ **Eingesperrt sein**

Dieses Konzept „eingesperrt sein“, bezieht sich vor allem auf die eingeschränkte Bewegungsfreiheit innerhalb des Krankenhauses. Die Angehörigen sind auf den Aufenthalt im Isolierzimmer beschränkt.

Vor allem Angehörige, bei denen die betroffene Patientin beziehungsweise der betroffene Patient in einem Mehrbettzimmer untergebracht ist, äußern dieses Gefühl des Einsperrtseins beziehungsweise Eingeschränktseins. Die Isolierung in einem Mehrbettzimmer hat zur Folge, dass die Patientin beziehungsweise der Patient sowie auch die Angehörigen nur sehr wenig Bewegungsfreiraum haben. Diese können sich nur innerhalb des aufgestellten Paravents beziehungsweise Vorhangs bewegen. Die PatientInnen können das kleine Zimmerabteil nicht verlassen. Die Angehörigen versetzen sich in die Betroffenen hinein und haben Mitleid mit diesen, können ihnen die Last aber nicht abnehmen. Auch dieser Aspekt ist für die Angehörigen eine zusätzliche Belastung in Bezug auf die ohnehin schon schwere Situation der PatientInnen.

„(...)und ich sag mal die Person selbst die in der Isolierung lebt dann auf so zwei Quadratmeter(,) wenn überhaupt. Bis zum Vorhang und dann nicht raus, ist halt a bissl mühsam ja ..“ (Interview 2, Z.20-23)

„(...) ich hab ihr jeden Tag angerufen und von Tag zu Tag ist sie immer mehr trauriger, deprimierter geworden .. Das haben wa schon gemerkt. Das betrifft einen selber dann auch, sie so zu sehen. Aber ich kann ihr in der Situation nicht helfen. Ich kann nicht sagen: So jetzt gehen wir auf ein Kaffee, pack dich zusammen .. geht nicht ne (?)“ (Interview 2, Z.192-197)

„Sie hat mir dann Leid getan weil sie hat aus dem Zimmer nicht raus gedurft ..“ (Interview 3, Z.35-36)

*„Ja dieses Zimmer einfach auch, man kann da nicht raus, also mit der Frau, da ist man so eingesperrt, man kann ja nichts machen“
(Interview 7, Z.225-227)*

Dazu kommen die Sorgen um das Wohlergehen des Betroffenen. Die Angehörigen haben Angst, dass sich diese Isolierung in einem Mehrbettzimmer, negativ auf den Genesungsprozess der Betroffenen auswirken könnte. Die Betroffenen haben nicht die Möglichkeit, sich außerhalb des Paravents zu bewegen, diese sind auf eine gewisse Weise immobilisiert, mit der Gefahr von möglichen Komplikationen.

„Und dann sollte sie ja auch gehen wegen dem Zucker und für die ganzen Organe, dass sie in Bewegung bleibt. Kann sie ja nicht weil sie ja die zwei Meter nicht verlassen darf. Das ist dann so wie ein Teufelskreis. Dann tut ihr natürlich wieder der Ischias weh weil keine Bewegung da war oder die Bandscheibe ...“ (Interview 2, Z. 224-229)

Die Isolierung in einem Mehrbettzimmer gestattet den Betroffenen nicht, den durch den Paravent beziehungsweise Vorhang abgetrennten Zimmerbereich zu verlassen. Die Körperpflege und andere Hygienemaßnahmen müssen daher hinter dem Paravent vollzogen werden. Dieser Aspekt ist für die Angehörigen schwer zu ertragen, da diese das Gefühl haben, dass die Bedürfnisse der Betroffenen nicht erfüllt werden. Diese empfinden dies als abwertend und unmenschlich und können nicht verstehen, warum nicht mehr auf die grundlegenden Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen wird.

„Jetzt ist die schwerst ansteckend, liegt wie gesagt in einem Fünfer-Zimmer oder sogar Sechsbett- Zimmer, ich hab nicht so genau geschaut wenn ich ehrlich bin, nur mit einem Vorhang getrennt, muss sich dort hinterm Vorhang waschen, muss dort aufs WC gehen. Ich mein nicht nur, dass das unmenschlich ist ja.“ (Interview 2, Z.141-146)

Das Bedürfnis nach einem Einzelzimmer ist bei diesen Angehörigen sehr präsent. So hätten die Betroffenen mehr Bewegungsfreiheit gehabt und diese wären weniger eingeschränkt gewesen. Dieser Aspekt hat negative Auswirkungen auf die Betroffenen. Die Angehörigen haben das Gefühl nicht helfen zu können, da auch diese in ihren Aktionen eingeschränkt sind. Anders als bei einem „normalen“ Krankenhausaufenthalt können die Angehörigen gemeinsam mit den Betroffenen das Zimmer nicht verlassen. So ist es den Angehörigen auch nicht möglich, diese durch einen Spaziergang oder andere

Unternehmungen außerhalb des Zimmers von ihrer Situation abzulenken. Die Besuche sind ausschließlich auf das Zimmer beziehungsweise Zimmerabteil beschränkt.

„ (...) und dann hat sie sich nur können bewegen die paar Meter zum Fenster, zum Bett das (,) sie hat keine Bewegungen mehr machen können, sie hat sich nicht waschen dürfen und und und duschen und und alles nur beim Bett. Also sie war total abisoliert. Hätt sie a Einzelzimmer gehabt, dann hätt sie sich wenigstens etwas bewegen können, duschen können ja (?), auf Klo gehen können. Das hat sie alles net dürfen wegen anstecken.“ (Interview 3, Z.23-31)

„Wenn die Schwiegermama nicht ansteckend wäre, dann könnte man mit der Person ja auch raus, dass man sagt ich geh jetzt zwei Stunden in den Park mit ihr spazieren. Dadurch dass sie eben isoliert ist oder war, ist das natürlich nicht gegangen was natürlich bei einem normalen Krankenhausbesuch anders ist. Wenn du jetzt einen Gipsfuß hast, dann setz du dich eben in deinen Rollstuhl und gehst in die Cafeteria oder oder in den Park oder wie auch immer ja.“ (Interview 2, Z.334-342)

Ein weiteres Bedürfnis der Angehörigen ist ein Fensterplatz. Vor allem für Angehörige, bei denen die Betroffenen in einem Mehrbettzimmer untergebracht sind und durch einen Paravent oder einen Vorhang von den anderen PatientInnen abgeschirmt sind, ist dies ein wichtiger Aspekt. Durch diesen Fensterplatz, haben die Angehörigen das Gefühl, dass die Betroffenen noch einen gewissen Kontakt zur Außenwelt haben. Die Infrastruktur des Zimmers spielt für die Angehörigen eine wichtige Rolle.

„Gottseidank hat sie ein Fensterplatz gehabt, sie dann wenigstens am Fenster hinunter schauen können aber wenn sie jetzt mitten im Zimmer liegt oder bei der Tür oder in der Mitte, na dann bist du ja überhaupt arm, du siehst nicht das Fenster, dann kriegst ja gar nichts mehr mit ..“ (Interview 3, Z.183-188)

„(...) zum Glück hatte sie noch den Fensterplatz, damit sie rausschauen kann. Weil wenn sie bei der Tür das Bett gehabt hätt, ja weiß ich nicht was dann mit ihr gewesen wär.“ (Interview 2, Z.221-224)

Auch Angehörige bei denen die Betroffenen in einem Einzelzimmer isoliert sind, beschreiben dieses Gefühl des Eingesperrtseins. Hier kommt noch hinzu, dass die Angehörigen durch diese Unterbringung in einem

Einzelzimmer häufig alleine mit den Betroffenen sind. Auch die Stille im Isolierzimmer wird als sehr belastend empfunden. Anders als in einem Mehrbettzimmer gibt es in einem Einzelzimmer keine Ablenkung. Hier beschreiben die Angehörigen das Gefühl, selber abgeschottet und isoliert zu sein. Durch diesen Mangel an Ablenkung, beginnen die Angehörigen über die Vergangenheit nachzudenken. Das Isolierzimmer wird von den Angehörigen teilweise mit einem Strafvollzug oder einer Einzelhaft assoziiert.

„Ich glaube es ist auch für den Patienten ganz schlimm, also für die Psyche des Patienten und für den Angehörigen. Weil das ist ja auch schlimm wenn man dauernd da sitzt und es ist still. Die Stille, das ist einfach schlecht für die Psyche. Wenn man da so allein sitzt bei dem Patienten, da läuft ja auch so irgendwie wie a Film, das ist ja .. man versucht ja praktisch die Zeit zurückzudrehen und man denkt ja dann auch oft ganz grauselige Gedanken ne (?)“ (Interview 5, Z.367-375)

„(...) prinzipiell fühlt man sich ja sehr allein und i hab ma dann immer wenn man auf der Tür jemanden gehört hat oder im Gang Schritte gehört hat, denkt man sich ja dann: ja vielleicht kommt jetzt a Arzt rein und unterbricht diese Klausur (...)“ (Interview 5, Z.397-401)

„Das ist das gleiche wie in einem Strafvollzug ne (?). Wenn sich da wer aufführt kommt er auch in Einzelhaft und und und das ist ja nichts ärgeres wie wenn a Patient praktisch oder a Häftling mit den anderen net kommunizieren kann, der ist dann nur auf sich allein gestellt und die Gedanken drehen sich im Kreis (...)“ (Interview 5, Z.116-121)

Man kann sich halt weniger bewegen, das geht eben nur innerhalb des Zimmers, da ist man schon eingeschränkt. Man sieht auch niemanden, also man bekommt nicht viel mit von außen, ich hab niemanden gesehen und gehört, man kriegt ja nicht viel mit. Eigentlich war ich die 3 Monate immer allein sozusagen, nur abends bin ich eben nach Hause gegangen, aber sonst ist man in diesem Zimmer und kriegt von außen nichts mit ...“ (Interview 6, Z.306-314)

Das Konzept „eingesperrt sein“ ist spezifisch im Zusammenhang mit der Thematik „Isolierung“. Die Betroffenen und die Angehörigen sind während des Krankenhausaufenthaltes auf das Isolierzimmer beziehungsweise das Zimmerabteil beschränkt und in gewisser Weise in diesem eingesperrt. Das Eingesperrt sein ist eine Bedingung beziehungsweise eine Charakteristika und führt zum zentralen Phänomen „zusätzlich belastet sein“.

STRATEGIEN/HANDLUNGEN

Die handlungs- und interaktionalen Strategien sind auf ein Phänomen gerichtet und beziehen sich auf den Umgang beziehungsweise die Bewältigung dieses Phänomens (Strauss & Corbin, 1996). Um mit der zusätzlichen Belastung umzugehen, versuchen die Angehörigen, sich in die Betroffenen hineinzuversetzen. Eine weitere Strategie ist der Versuch, die Kontrolle wiederzuerlangen.

◇ **Sich in Betroffenen hineinversetzen und relativieren**

Um mit der schweren Situation und der zusätzlichen Belastung umzugehen, beginnen die Angehörigen die Situation zu relativieren, indem sie sich in die Betroffenen hineinversetzen. Sie versetzen sich in die Lage des Betroffenen, um so die Situation zu verstehen und die eigenen Ängste und Sorgen zu lindern. Die Angehörigen gehen davon aus, dass der multiresistente Keim und die damit verbundenen Isolierungsmaßnahmen für die Betroffenen schlimmer sein müssen als für sie selber. Die Patientin beziehungsweise der Patient wird in den Vordergrund gestellt. Das Wohlergehen der PatientInnen bekommt Priorität und die Angehörigen stellen ihre eigenen Ängste beziehungsweise Bedenken in den Hintergrund.

„Ne man schwitzt dann sehr schnell wenn man sich bewegt und und das ist auch ich mein... Ich hab das immer abgeglichen wie geht's meiner armen Frau also die war gelähmt bis daher (zeigt auf seinen Hals) ne und ich reg mich auf weil ich schwitz also sie verstehen was ich meine (lacht)“ (Interview 1, Z.37-43)

„ Auch für sie war das nicht so einfach, glaube ich, wenn da jeder in voller Montur ins Zimmer kommt...“ (Interview 2, Z.123-152)

„(...) ich versuch mich in sie hineinzuversetzen und dann denkt man schon viel nach. Für sie muss das schwer gewesen sein die ganze Sache. Wenn sie sagt ich darf mich nicht duschen, ich darf nicht auf die Toilette. Sicher versetzt man sich in sie rein, was wäre wenn mir das gleiche passiert (?).“ (Interview 3, Z. 310-315)

Dieses Denken und diese Relativierung stellen eine Strategie beziehungsweise eine Handlung dar, um mit dem zentralen Phänomen der zusätzlichen Belastung umzugehen.

◇ **Beobachten und Kontrolle erlangen**

Um mit dieser zusätzlichen Belastung aufgrund der Isolierung umzugehen, versuchen die Angehörigen so oft es geht, im Krankenhaus anwesend zu sein. Dabei beginnen die Angehörigen ihr Umfeld zu beobachten und das Geschehen zu überwachen. Dies ist eine Möglichkeit für die Betroffenen, eine gewisse Kontrolle über die Situation zu erlangen und gegen dieses Gefühl der Ungewissheit und Machtlosigkeit anzukämpfen. Grund dafür ist vor allem das Bedürfnis zu wissen, dass es dem Betroffenen gut geht, sich gut um ihn gekümmert wird und dieser gut versorgt wird.

„Aber auch das Pflegepersonal, also dass die ihre Arbeit gut machen, also das ist auch wichtig. Weil wenn die ihre Arbeit net gut machen, dann ist das für den Patienten net gut aber auch für die Angehörigen ist das schwer dann ne (?). Weil dann weiß man ja dass der Patient net gut aufgehoben is ja (?) und .. also für uns war oder is das ganz wichtig, das würd ich wirklich sagen.“ (Interview 4, Z.285-292)

„Das war mir dann schon wichtig, dass sich gut im ihn gekümmert wird und dass es ihm eben gut geht, ich konnte ja nix tun, außer abwarten ob es eines Tages wieder gut wird mit ihm und dem Ganzen.“ (Interview 6, Z.212-216)

Die Angehörigen werden sehr aufmerksam in Bezug auf das Umfeld und das Verhalten des Krankenhauspersonals. Hierbei beobachten diese immer wieder, dass es Diskrepanzen zwischen den Protokollen und der Praxis gibt. Die Angehörigen geben an, dass diese Situationen beobachtet haben, in denen das Krankenhauspersonal die Schutzkleidung nicht angezogen habe, wenn diese im Isolierzimmer waren, um Pflegetätigkeiten durchzuführen.

„ (...) aber auch die Ärzte gehen so immer rein.“ (Interview 4, Z.150)

„Und dann schaut man sich um und dann sieht man die Putzfrau, die kommt dann so rein, also das hab ich sowieso nicht verstanden, die wischt da so durch. Oder jemand der mal was im Zimmer machen musste, also die Pflege, die machen das dann mal eben so. Das kann ja dann auch nicht gut sein.“ (Interview 6, Z.243-249)

„Gerade das Personal, wenn die die Tabletten verteilt haben, die haben keine Handschuhe angehabt, die gingen von Türe zu Türe obwohl die wussten hier herrscht der Keim auf der Station. Dann haben die den Finger ins Döschen reingehalten und haben die Becher dann verteilt, also die haben die Keime vom einem zum Anderen getragen.“ (Interview 7, Z.199-205)

Nicht nur das Verhalten des Krankenhauspersonals wird beobachtet, auch die Abläufe im Krankenhaus werden also hier beobachtet. Als Konsequenz dieser Beobachtungen, stellen sich die Angehörigen Fragen über den Sinn und Einhalten der Isolierungsmaßnahmen.

KONSEQUENZEN

Die Handlungen und Strategien, welche von Individuen angewendet werden, um ein Phänomen zu bewältigen oder damit umzugehen, haben bestimmte Ergebnisse zur Folge (Strauss & Corbin, 1996).

♦ Sich Fragen stellen

Auf Grund der Beobachtungen ihres Umfeldes und des Verhaltens des Krankenhauspersonals tun sich bei den Angehörigen Fragen auf und ein Gefühl von Unsicherheit macht sich breit. Vor allem Beobachtungen in Bezug auf die nicht berücksichtigten Schutzmaßnahmen von Seiten der Pflegepersonen und die somit beobachteten Diskrepanzen zwischen den auferlegten Protokollen und der eigentlichen Praxis, sorgen bei den Angehörigen für Verwirrung. Vor allem der Sinn der Schutzkleidung wird hier in Frage gestellt.

„ (...) wenn irgendwas war und dann is a Pflege einkommen und der hat net a mal a Mundschutz und das alles an. Der is higangen und hat sich die Handschuhe angezogen und hat alles gemacht und is wieder ausegangen. Und ich hab ma dann gedacht: Ja so arg kann das dann ja dann alles doch net sein ne(?)“ (Interview 5, Z. 329-334)

„Wenn die (Pflegepersonal) ins Zimmer kamen, dann haben die auch keine Schutzkleidung angehabt ne (?), also dann wundert man sich schon darüber. Dann fragt man sich ja wofür ist das alles gut hier (?). Die haben sich gar nicht an diese Vorschriften, Protokolle etc. gehalten. Dann fragt man sich ja warum muss ich das machen und die nicht (?), das gibt ja alles keinen Sinn.“ (Interview 7, Z.206-209)

Aber auch die Isolierung in einem Mehrbettzimmer, wirft bei den betroffenen Angehörigen Fragen auf und sorgt vor allem für Unverständnis. Auch hier wird vor allem der Sinn dieser Isolierungsart in Frage gestellt. Die Angehörigen haben Angst vor einer Verbreitung der Keime unter den PatientInnen. Diese machen sich Sorgen, dass die Betroffenen die Keime an andere PatientInnen im Zimmer übertragen könnten. Im Umkehrschluss haben diese aber auch Angst, dass die Betroffenen, Keime von anderen PatientInnen aufgreifen könnten.

„Und ich versteh's halt nicht weil wenn die rüber hustet zur Nachbarin weil der Vorhang nicht so weit vor geht, kann die genauso angesteckt werden also ... Für mich wär halt Isolierung a Extraraum mit den Patienten die das gleiche Problem haben, wie auch immer aber nicht bei den anderen Herrschaften.“ (Interview 2, Z.27-32)

„Hab ich nicht für richtig gefunden eben auch dass sie dann eigentlich auch bei anderen Personen liegt die das nicht haben und das ansteckend ist. Weil ich mir auch gedacht hab, was nützt der Paravent (?), das kann doch nix nützen (?).“ (Interview 3, Z.18-23)

„Als er den MRSA Keim hatte, war er ja in einem Mehrbettzimmer und dann fragt man sich schon was hat das für einen Sinn ja (?).“ (Interview 5, Z.445-447)

Des Weiteren stellen sich die Angehörigen Fragen über die Abläufe und den Informationsfluss im Krankenhaus. Vor allem die nicht gekennzeichneten Türen des Isolierzimmers werfen Fragen auf. Das Gefühl, nicht genügend informiert worden zu sein, sorgt auch hier für Unverständnis.

„Und ich sag was nützt das ja wenn sie hinter einem Paravent sitzt, wir sind zwar angezogen also wir haben uns müssen umziehen vor dem Zimmer aber es ist weder angeschrieben gestanden, dass da drinnen ne Quarantäne ist, noch sonst irgendwas. Also man hat das nicht gewusst. Da stellt man sich schon seine Fragen.“ (Interview 3, Z.66-72)

Die Konsequenzen aus den Beobachtungen sind vor allem viele unbeantwortete Fragen über den Sinn der unterschiedlichen Abläufe im Krankenhaus, aber auch ein Gefühl von Unsicherheit. Den Angehörigen werden teils strenge, unangenehme und für diese belastende Verhaltensregeln auferlegt. Ist der Sinn dieser Regeln nicht klar und werden Diskrepanzen zwischen diesen Verhaltensregeln und der Praxis

beobachtet, so sorgt dies für Unverständnis und Unsicherheit bei den Angehörigen.

◇ Die Schutzmaßnahmen missachten

Die Angehörigen berichten, dass es vorgekommen ist, dass diese die auferlegten Schutzmaßnahmen nicht berücksichtigt haben. Hier gilt zu unterscheiden, dass dies bewusst aber auch unbewusst und aus unterschiedlichen Gründen vorkommt.

Angehörige, welche die Schutzmaßnahmen bewusst nicht berücksichtigen, tun dies aus dem Bedürfnis heraus, die Betroffenen zu berühren und diesen so zu unterstützen. Die Schutzkleidung und vor allem die Handschuhe machen dies nicht möglich. Die Angehörigen haben das Gefühl die Betroffenen nur unterstützen zu können, wenn diese beispielsweise die Handschuhe ausziehen und so direkten Körperkontakt zu den Betroffenen haben. Hier tritt das Wohlergehen der Betroffenen in den Vordergrund.

„Man muss ja dann auch immer diese Handschuhe anhaben ne und ich hab dann praktisch versucht, ihm mit meiner Hand irgendwie meine Kräfte zu übertragen. Einige lachen vielleicht drüber aber ich hab ma gedacht dass verschiedene Naturvölker das auch machen und in meiner Verzweiflung hab ich mir gedacht möglicherweise hilft es ihm. Da hab ich mir dann auch diesen Isolierhandschuh ausgezogen und die Hand dann so aufgelegt ne ..“ (Interview 5, Z.158-167)

„Wie gesagt für mich war das schwer weil man ja helfen will und mit all dem ganzen Anziehzeug ist immer so ein Abstand da ne (?). Also dann kam es schon vor, dass ich den Handschuh oder die Maske abgenommen hab, ich mein das sind ja keine Zustände so verummmt im Zimmer zu sitzen“ (Interview 7, Z.85-90)

Diese bewusste Missachtung der Maßnahmen hilft den Angehörigen mit der physischen Distanz zu den Betroffenen umzugehen. Auch die emotionale Belastung, die aus dieser Distanz entsteht, kann somit für eine gewisse Zeit gelindert werden.

Werden die Schutzmaßnahmen bewusst nicht berücksichtigt, so löst dies bei den Angehörigen eine gewisse Angst aus „erwischt zu werden“. Die Angehörigen sind in dieser Situation angespannt und empfinden einen gewissen Stress.

„Ja schon aber natürlich hat man dann wieder die Angst dass man erwischt wird sag ich a mal, dass man dann die Sicherheitsregeln nicht beachtet und dann ist man schon immer unter Anspannung weil ich dann gedacht hab jetzt ziehst du den Handschuh aus und dann kommt grad jemand eine, man weiß ja net wie die dann reagieren und dann vielleicht möglicherweise auf den Vater negative Auswirkungen hat wenn die angefressen san.“ (Interview 5, Z.170-178)

Ein weiterer möglicher Grund warum die Schutzmaßnahmen bewusst nicht berücksichtigt werden, könnten aber auch die Beobachtungen im Krankenhaus sein. Die Diskrepanzen zwischen Protokoll und Praxis, könnten die Angehörigen dazu verleiten, die auferlegten Maßnahmen nicht zu berücksichtigen.

Werden die Schutzmaßnahmen von Seiten der Angehörigen unbewusst nicht berücksichtigt, so passiert dies vor allem aus einem Mangel an Information über die multiresistenten Keime und die zu treffenden Schutzmaßnahmen.

„Und dann hatte ich mir einen Teller geholt, dass ma ein Apfel schneiden können dann hat mich nur gleich eine Schwester angepiffen: Die Schürze, sie müssen sich ausziehen wenn sie aus dem Zimmer kommen! Wusste ich nicht ich hab mir nur gedacht ich nehm mir dann den Teller und geh wieder rein. Ja also solche Sachen. Da hab ich dann wieder gemerkt dass ich nicht genügend informiert war.“ (Interview 2, 273-280)

„Aber ich muss schon sagen wir sind auch schon ohne drin gewesen aber wo kein Kläger da kein Richter. Also es war schon so dass sie gesagt haben, es ist nicht so übertragbar, Hände waschen das ja und ansonsten ist es nicht so erforderlich. Natürlich wenn der Primar da gewesen ist, hat man es schon machen müssen.“ (Interview 4, Z. 236-242)

Die Gründe warum die Schutzmaßnahmen von Seiten der Angehörigen nicht berücksichtigt werden sind sehr unterschiedlich. Die interaktionalen Barrieren welche, durch die Schutzkleidung zwischen den Angehörigen und den Betroffenen entstehen, und der Mangel an Information in Bezug auf den Sinn und den Grund dieser Maßnahmen sind aber wohl vordergründig in Bezug auf die Missachtung der Protokolle. Aber auch die beobachteten Diskrepanzen zwischen Vorschrift und Praxis tragen zu der Missachtung der

Maßnahmen bei. Das Krankenhauspersonal nimmt hier eine schlechte Vorbildfunktion ein.

◇ Überfordert sein

Das Gefühl der Überforderung von Seiten der Angehörigen beginnt bereits beim Erhalt der Diagnose und zieht sich durch den gesamten Isolierungsprozess. Die Angehörigen werden mit dem Erhalt der Diagnose „Keim“ mit einer neuen und ungewohnten Situation konfrontiert und zu dem Krankenhausaufenthalt und der eigentlichen Grunderkrankung kommen eine unerwartete Komplikation und schließlich eine zusätzliche Belastung hinzu. Dies führt zu einer Überforderung der Angehörigen.

Die Angehörigen können mit der Diagnose „Keim“ zunächst nur wenig anfangen, da sie noch nie mit einem solchen Begriff konfrontiert worden sind und sich noch nie mit der Thematik auseinandersetzen mussten. Dieses Unwissen in Bezug auf den Keim und dessen Konsequenzen überfordert die Angehörigen.

„Schon allein das Wort Keim ne das ist schon verdächtig (lacht). Ja also so gesehen ja ... Aber wie gesagt das war bei der allererst Information jussus was heißt Keim? Wieso anziehen und so?“
(Interview 1, Z.195-198)

„Naja ich war ein bisschen überfordert muss ich sagen. Ich konnte mit den Keimen damals ja noch gar nichts anfangen. Ich wusste gar nicht was MRSA war. (...) ich konnt da nichts mit anfangen“ (Interview 7, Z. 45-49).

Die Angehörigen werden mit unterschiedlichen Informationen konfrontiert. Es ist oft schwer diese Informationen zu erfassen, zu ordnen und sie schließlich zu verstehen.

Vor Betreten des Zimmers müssen Schutzmaßnahmen ergriffen werden, die Schutzkleidung muss angezogen werden. Auch dieser Aspekt überfordert die Angehörigen, da diese oft nicht wissen wie sie diese richtig anziehen sollen. Die Überforderung in Bezug auf die Schutzkleidung nimmt im Laufe des Krankenhausaufenthaltes ab, da eine gewisse Routine entsteht.

„Am Anfang war's natürlich irgendwie komisch weil ma, es ist ja gar net so einfach am Kopf a Maschen zu binden aber das kann ich jetzt mittlerweile nach vier Wochen relativ zügig ne, das ist dann immer relativ schneller gangen mit dem ein- und ausziehen und das ganze Prozedere ne.“ (Interview 5, Z.322-327)

Des Weiteren ist anzunehmen, dass auch die Beobachtungen und die Diskrepanzen zwischen den Protokollen und der Praxis die Angehörigen überfordert. Diese werden mit Auflagen konfrontiert welche nicht von jedem in der Praxis berücksichtigt werden. Die Fragen, die sich auftun, und nicht zu wissen was richtig und falsch in Bezug auf diese Maßnahmen ist, kann auch hier ein Gefühl der Überforderung auslösen.

5 Diskussion

Folgend werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit vor dem Hintergrund der bestehenden Forschungsliteratur zur Thematik diskutiert und kritisch reflektiert. Des Weiteren werden die Limitationen dieser Masterarbeit aufgezeigt.

5.1 Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund des bestehenden Forschungsstandes

Für die folgende Diskussion werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit der bestehenden Literatur verglichen und versucht Gemeinsamkeiten und Unterschiede darzustellen. Vor allem die Ergebnisse die einen Unterschied zu einem „normalen“ Krankenhausaufenthalt darstellen, werden hier hervorgehoben um herausarbeiten zu können welche Auswirkungen eine Isolierung aufgrund von multiresistenten Erregern auf die Angehörigen hat.

Die vorliegende Arbeit liefert einen Einblick in das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen von aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten PatientInnen im Krankenhaus. Die Angehörigen erleben den multiresistenten Keim und die daraus entstehenden Konsequenzen als eine zusätzliche Belastung in Bezug auf die Grunderkrankung der Betroffenen. Diese müssen mit dieser zusätzlichen Belastung umgehen und diese bewältigen. Dieser Aspekt geht auch aus der Studie von Pacheco und Spyropoulos (2010) hervor, welche das Erleben von Angehörigen in Bezug auf eine Isolierung aufgrund von *Clostridium difficile* analysieren. Der Krankenhausaufenthalt sollte eigentlich der Behandlung der Betroffenen dienen und nicht zu einem zusätzlichen Problem führen. Dieser Aspekt ist für die Angehörigen sehr belastend. Wird ein multiresistenter Keim bei den Betroffenen diagnostiziert, so löst dies bei den Angehörigen einen Schock aus, da diese nun mit einer weiteren zu bewältigenden Herausforderung konfrontiert werden. Zu dieser emotionalen addiert sich eine körperliche Belastung. Das Bedürfnis bei den Betroffenen zu bleiben, zehrt an den Kräften, Müdigkeit und Erschöpfung sind die Folge. Hier können Parallelen mit den Ergebnissen aus der Studie von Eggenberger und Nelms (2007) zum Erleben von Angehörigen im Intensiv-Setting gezogen werden. Auch hier sind die Angehörigen mit einer Ausnahmesituation konfrontiert und sind dadurch

emotional sowie auch körperlich stark belastet. Aber nicht nur die Angehörigen scheinen mit einer zusätzlichen Belastung konfrontiert zu sein. Aus der Literatur geht hervor, dass auch die betroffenen PatientInnen in einer solchen Situation ähnlich empfinden. Eine Infektion mit einem multiresistenten Keim stellt auch für diese eine zusätzliche Belastung in Bezug auf deren Grunderkrankung dar und führt zu einer hohen emotionalen Belastung (Gammon, 1998; Goldsack et al., 2014; Newton et al., 2001; Tarzi et al., 2001).

Grund für die zusätzliche Belastung der Angehörigen ist der multiresistente Keim und die daraus resultierende Ungewissheit. Diese bezieht sich vor allem auf den unvorhersehbaren Verlauf und auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Auch dieser Aspekt hat sich aus der Studie von Pacheco und Spyropoulos (2010) herauskristallisiert. Die Unsicherheit in Bezug auf den Ausgang der Situation, beziehungsweise die Zukunft der Betroffenen ist belastend für die Angehörigen.

Durch den multiresistenten Keim und die Schutzmaßnahmen entstehen interaktionale Barrieren zwischen den Angehörigen und den Betroffenen. Die Angst vor der eigenen Ansteckung oder der Verbreitung der Keime führt dazu, dass diese auf Abstand zu den Betroffenen gehen. Auch wenn dies eher unbewusst geschieht, wird der Kontakt geringer oder vermieden. Dieses Verhalten wird auch in der Literatur thematisiert, hier allerdings aus der Perspektive der Pflegepersonen. Auch diese gehen, wenn auch unbewusst, auf Abstand und distanzieren sich von den PatientInnen (Godsell et al., 2013; Seibert et al., 2014b). Hier kann angenommen werden, dass nicht nur die Angst vor einer eigenen Ansteckung Grund für diese Distanz zu den Betroffenen ist. Auch der Mangel an Information und Aufklärung in Bezug auf multiresistente Keime, wie beispielsweise dessen Übertragungsweg, könnten hier ausschlaggebend für dieses Verhalten sein.

Auch die Schutzkleidung führt dazu, dass eine Barriere zwischen den Angehörigen und den Betroffenen entsteht. Die Angehörigen haben das Gefühl die Betroffenen so nicht ausreichend unterstützen zu können. Auch dieser Aspekt führt zu einem Gefühl der zusätzlichen Belastung. Aus der Literatur geht hervor, dass Angehörige im Allgemeinen das Bedürfnis haben bei den Betroffenen zu sein um diesen die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen (Eggenberger & Nelms, 2007; Jacelon, 2006; Urizzi &

Corrêa, 2007). Die Angehörigen können zwar am Bett der Betroffenen präsent sein, sind jedoch aufgrund der Schutzkleidung in ihren Unterstützungsmöglichkeiten eingeschränkt. Dieser Aspekt unterscheidet sich deutlich von einem „normalen“ Krankenhausaufenthalt. In der Studie von Seibert et al. (2014b) wird beschrieben, dass auch die Pflegepersonen durch die Schutzkleidung in der Unterstützung der PatientInnen eingeschränkt sind. Hier kann also angeführt werden, dass sowohl die Angehörigen als auch das Krankenhauspersonal der betroffenen PatientInnen von diesen Einschränkungen aufgrund der Schutzkleidung betroffen sind und diese Barrieren zwischen den Parteien entstehen lässt.

Ein weiterer Unterschied in Bezug auf einen „normalen“ Krankenhausaufenthalt beziehungsweise einen Krankenhausaufenthalt ohne Isolierung, ist der Aspekt nichts von zu Hause mit ins Krankenzimmer nehmen zu können. In der Studie von Jacelon (2006) wird beschrieben, dass es für die Angehörigen wichtig ist den Krankenhausaufenthalt der PatientInnen so angenehm wie möglich zu gestalten. Dies können die Angehörigen tun indem diese etwas von zu Hause wie beispielsweise Essen oder Kleider mitbringen. Im Falle einer Isolierung ist dies den Angehörigen nicht gestattet. Auch dieser Aspekt führt zu einer interaktionalen Barriere zwischen Angehörigen und PatientInnen. Das Tragen der Schutzkleidung hat zudem einen negativen Einfluss auf die verbale sowie auch nonverbale Kommunikation zwischen den Angehörigen und den PatientInnen. Aber auch die Kommunikation zwischen Angehörigen und Krankenhauspersonal ist eingeschränkt.

Die Kommunikation ist ein wichtiger Aspekt in der Pflege und Unterstützung eines Menschen. Dies wird durch die Schutzkleidung erschwert und hat negative Auswirkungen auf die Beziehung zwischen den unterschiedlichen Parteien (Godsell et al., 2013). Die angeführten interaktionalen Barrieren wirken sich negativ auf die Beziehung zwischen den unterschiedlichen Parteien aus. Aus der Literatur geht allerdings hervor, dass dies vor allem für die Angehörigen ein wichtiger Aspekt ist um mit der schweren Situation umzugehen (Eggenberger & Nelms, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007).

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass die Angehörigen eher schlecht über die Thematik „multiresistenter Keim“ aufgeklärt sind. Die „Wissensquelle Krankenhauspersonal“ ist meist nicht ausreichend um den Angehörigen

sachliche und auch praktische Informationen in Bezug auf multiresistente Keime zu liefern. Zwar verfügen die Angehörigen meist schon über ein gewisses Vorwissen aus medialen Berichten, dieses ist aber meist nicht ausreichend und zu abstrakt um die offenen Fragen zu beantworten. Daraus entsteht ein Gefühl von Unsicherheit und Überforderung. Aus der Studie von Belayachi et al. (2014) geht hervor, dass im allgemeinen unklare Informationen im Falle von Krankheit, Angst und sogar Depressionen bei den Angehörigen auslösen können. Des Weiteren geht aus der Literatur hervor, dass nicht nur die Angehörigen sondern auch die isolierten PatientInnen nicht ausreichend über ihre Situation aufgeklärt werden. Diese scheinen ebenfalls nur wenige oder unterschiedliche Informationen von Seiten des Krankenhauspersonals zu erhalten (Criddle & Potter, 2006; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010). Auch bei den Betroffenen hat dies einen negativen Einfluss auf deren emotionalen sowie verhaltensbezogenen Zustand. Grund für diesen Mangel an Information von Seiten der Pflegepersonen könnte ein eigener Mangel an Wissen über die Thematik sein. Zudem könnte die Angst etwas Falsches zu sagen beziehungsweise die eigene Unsicherheit, Auslöser für dieses Verhalten sein.

Die Angehörigen versuchen sich auf eigene Initiative, Informationen zu beschaffen, hierfür werden andere Angehörige herangezogen. Aber auch die Suche im Internet oder nach Studien ist eine Möglichkeit weitere Informationen zu erhalten. Dieses Verhalten könnte ebenfalls ein Anzeichen dafür sein, dass der Bedarf an Wissen über die Thematik nicht befriedigt werden konnte. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass ein qualitativ guter Informationserhalt ein großes Bedürfnis der Angehörigen darstellt. Andere Studien welche die Bedürfnisse von Angehörigen im Falle von Krankheit untersuchen, bestätigen diese Aussage (Auerbach et al., 2005; Digby & Bloomer, 2014; Dougherty, 2010; Eggenberger & Nelms, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007).

Ein weiteres Konzept welches das zentrale Phänomen „zusätzlich belastet sein“ beeinflusst, stellt das „eingesperrt sein“ dar. Dieses Konzept ist sehr spezifisch in Bezug auf die Thematik „Isolierung“ und unterscheidet sich somit von einem „normalen“ Krankenhausaufenthalt. Grund für dieses Gefühl ist vor allem die Unterbringung der PatientInnen in einem Mehrbettzimmer. Die betroffenen PatientInnen werden hinter einem Vorhang beziehungsweise

Paravent isoliert und werden dadurch in ihrem Bewegungsfreiraum eingeschränkt. Für die Angehörigen ist dies belastend und unverständlich. Dazu kommt die Sorge, dass der Mangel an Bewegung negative Auswirkungen auf den Genesungsprozess der isolierten PatientInnen haben könnte. Auch die Körperpflege muss im Falle einer Isolierung in einem Mehrbettzimmer in dem abgetrennten Zimmerabteil durchgeführt werden. Dieser Aspekt wird von den Angehörigen als unmenschlich beschrieben und diese haben das Gefühl, dass nicht ausreichend auf die grundlegenden Bedürfnisse der PatientInnen eingegangen wird. Hier wird das Bedürfnis nach einem Einzelzimmer von Seiten der Angehörigen deutlich.

Aber auch Isolierungen in einem Einzelzimmer haben nicht nur Vorteile. So sind die PatientInnen sowie auch die Angehörigen von der Außenwelt abgeschottet und fühlen sich alleine. Aus der Literatur geht hervor, dass das Gefühl des Alleinseins vor allem von Seiten der isolierten PatientInnen nicht unbedingt immer als negativ angesehen wird. Zwar kann das Alleinsein zu Einsamkeit und einer emotionalen Belastung führen (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Goldsack et al., 2014; Skyman et al., 2010), dies kann den isolierten PatientInnen aber auch ermöglichen einen gewissen Freiraum zu erlangen und die Möglichkeit bieten mit der Situation umzugehen (Barratt et al., 2010; Barratt et al., 2011). Im Gegenzug zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass das Alleinsein für die Angehörigen eher mit negativen Aspekten verknüpft ist. Die Angehörigen können sich nicht ablenken und beginnen über die Vergangenheit nachzudenken. Hier kann angeführt werden, dass dies vor allem bei Angehörigen von schwerkranken PatientInnen der Fall ist, welche nicht immer ansprechbar und die Angehörigen somit auf sich allein gestellt sind. Hinzu kommt, dass die Angehörigen nicht gemeinsam mit den PatientInnen das Zimmer verlassen können. Ablenkungsmöglichkeiten wie ein gemeinsamer Spaziergang sind nicht möglich. Die fehlende Ablenkung ist ein wichtiger Aspekt des Konzeptes „eingesperrt sein“ und ist somit ein zentraler Unterschied zu einem Krankenhausaufenthalt ohne Isolierung.

Des Weiteren geht aus der Literatur hervor, dass die Infrastruktur des Zimmers für die PatientInnen ein wichtiger Aspekt im Umgang mit der Isolierung ist. So hilft beispielsweise ein Fenster im Zimmer und der Blick nach draußen sich weniger abgeschottet zu fühlen und den Kontakt zur Außenwelt zu behalten (Barratt et al., 2010; Skyman et al., 2010). Dies deckt

sich mit den Ergebnissen dieser Arbeit. Auch für die Angehörigen scheint die Umgebung im Zimmer wichtig zu sein. Zu wissen, dass die Betroffenen einen gewissen Kontakt zur Außenwelt haben, hilft ihnen mit der Situation umzugehen.

Um mit dieser zusätzlichen Belastung umzugehen, entwickeln die Angehörigen Strategien beziehungsweise Handlungen. So beginnen diese beispielsweise sich in die betroffenen PatientInnen hineinzuversetzen und ihre Situation zu relativieren. Das Wohl der PatientInnen wird in den Vordergrund und ihre eigenen Gefühle werden in den Hintergrund gerückt. In der Studie zum Erleben von Angehörigen im Intensiv-Setting von Urizzi und Corrêa (2007) wird dieses Verhalten auch thematisiert. Des Weiteren beginnen die Angehörigen ihr Umfeld zu beobachten und versuchen die Kontrolle über die Situation zu erlangen. Dies resultiert vor allem aus dem Gefühl der Machtlosigkeit und Ungewissheit. Die Angehörigen wollen sicher stellen, dass sich gut um die PatientInnen gekümmert wird. Zu wissen, dass es den Betroffenen gut geht, stellt ein großes Bedürfnis für die Angehörigen dar. Diese werden aufmerksam in Bezug auf ihr Umfeld und die Abläufe im Krankenhaus. Hierbei werden immer wieder Diskrepanzen zwischen den Protokollen und der eigentlichen Praxis festgestellt. Auch in der Studie von Pacheco und Spyropoulos (2010) wird von diesen Diskrepanzen und den daraus resultierenden Fragen berichtet.

Die Konsequenz aus den Beobachtungen sind Fragen welche sich bei den Angehörigen auftun. Vor allem die beobachteten Diskrepanzen zwischen den auferlegten Protokollen und der eigentlichen Praxis sorgen bei den Angehörigen für Verwirrung und Unverständnis. Auch der Sinn einer Isolierung im Mehrbettzimmer wird von den Angehörigen hinterfragt. Die Angehörigen werden mit unangenehmen und belastenden Verhaltensregeln konfrontiert, welche vom Krankenhauspersonal teilweise selber nicht berücksichtigt werden. Pacheco und Spyropoulos (2010) kommen in ihrer Studie zu dem gleichen Ergebnis. Auch die Missachtung der Schutzmaßnahmen ist eine Konsequenz aus dieser zusätzlichen Belastung. Hier gilt zu unterscheiden, dass diese Maßnahmen von den Angehörigen bewusst aber auch unbewusst missachtet werden. Grund für eine bewusste Missachtung der Maßnahmen sind vor allem das Bedürfnis die physische Barriere zu umgehen und das Gefühl zu haben die Betroffenen so besser in

ihrer schweren Situation unterstützen zu können. Aber auch die Beobachtungen ihres Umfeldes könnten die Angehörigen dazu verleiten die Maßnahmen nicht zu berücksichtigen. Werden die Maßnahmen unbewusst missachtet, so geschieht dies eher aus einem Mangel an Information über die multiresistenten Keime und die zu treffenden Maßnahmen. Dieser Aspekt wurde in der Literaturübersicht nicht behandelt und ist daher neu in Bezug auf die Thematik. Hier kann allerdings angeführt werden, dass vor allem der Mangel an Information und die negativen Beobachtungen in der Praxis einen negativen Einfluss auf die Adhärenz der Angehörigen in Bezug auf die Schutzmaßnahmen haben. Das Unwissen über den Keim und die zu treffenden Maßnahmen und die beobachteten Diskrepanzen zwischen den Auflagen und der Praxis lösen ein Gefühl der Überforderung bei den Angehörigen aus. Diese wissen nicht was richtig und falsch ist und dies führt zu einer zusätzlichen Belastung in Bezug auf die bereits schwierige Situation, welche durch die Grunderkrankung und den Krankenhausaufenthalt ausgelöst wird.

5.2 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Die Limitationen der vorliegenden Arbeit beziehen sich vor allem auf die Auswertungsmethode der Grounded Theory und die angepassten Einschlusskriterien in Bezug auf die InterviewteilnehmerInnen. Zur Datenanalyse wurde das offene und axiale Kodieren der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) herangezogen, das heißt hier konnte nur auf die verkürzte Form zur Datenauswertung zurückgegriffen werden. So konnte das selektive Kodieren nicht durchgeführt werden, da dies den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte. Auch das theoretische Sampling konnte für diese Arbeit nicht berücksichtigt werden, da sich der Zugang zu den InterviewpartnerInnen als schwierig erwies und daher keine gezielte Auswahl an TeilnehmerInnen möglich war. Aufgrund der zahlenmäßig begrenzten Interviewzusagen mussten im Laufe der Rekrutierung die Ein- und Ausschlusskriterien in Bezug auf die InterviewteilnehmerInnen angepasst werden. Das Ziel war es zu Beginn nur Angehörige zu interviewen bei denen die Isolierung der Betroffenen maximal sechs Monate zurückliegt. Auch Angehörige bei denen die Betroffenen aufgrund der multiresistenten Erreger verstorben sind, sollten initial für diese Arbeit ausgeschlossen werden.

Aufgrund des schwierigen Zugangs zu den Angehörigen mussten diese Ein- und Ausschlusskriterien jedoch aufgebrochen und angepasst werden.

In dieser Arbeit wurde versucht den Gütekriterien der qualitativen Forschung so gut wie möglich gerecht zu werden. Dennoch konnten einige wenige Aspekte nicht zur Gänze berücksichtigt werden. So wurden die Ergebnisse beispielsweise nicht von den InterviewteilnehmerInnen validiert. Auch die Triangulation als Gütekriterium qualitativer Forschung konnte aufgrund mangelnder Ressourcen nicht durchgeführt werden.

Trotz dieser Limitationen ist es dennoch gelungen wichtige und brauchbare Ergebnisse in Bezug auf das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen von aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten PatientInnen im Krankenhaus zu gewinnen.

6 Schlussfolgerung

Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, ist die Isolierung einer nahestehenden Person aufgrund multiresistenter Erreger im Krankenhaus eine zusätzliche Belastung für die Angehörigen. Diese sind bereits durch den Krankenhausaufenthalt und die Grunderkrankung der Betroffenen belastet. Der Keim und die daraus resultierenden Konsequenzen stellen eine zusätzliche Herausforderung für die Angehörigen dar. Eine Erkrankung betrifft nicht nur die Betroffenen, sondern auch sein soziales Netzwerk. Die Rolle von sozialen Netzwerken beziehungsweise von Angehörigen im Falle von Krankheit ist es das Wohlbefinden der Betroffenen zu steigern und diese in der oft schweren Situation zu unterstützen (Morse & Johnson, 1993). Durch den multiresistenten Keim und die Schutzmaßnahmen sind die Angehörigen in ihren Unterstützungsmöglichkeiten eingeschränkt. Im Allgemeinen zieht die Erkrankung einer nahestehenden Person große Veränderung in Bezug auf die Beziehungen zu dessen sozialen Netzwerk mit sich (Morse & Johnson, 1993). Der multiresistente Keim und dessen Konsequenzen verschärfen diese Veränderungen in einem negativen Sinne. Auch die Bedürfnisse von Angehörigen können in einer solchen Situation nicht immer erfüllt werden.

Hier wäre es wichtig das Krankenhauspersonal daraufhin zu sensibilisieren, damit diese in einer solchen Situation besser intervenieren können. Zu wissen, welche Faktoren die zusätzliche Belastung im Falle einer Isolierung bei den Angehörigen auslösen, kann helfen gezielte Handlungsansätze für die Pflege zu entwickeln, damit diese vertieft auf die Bedürfnisse und das Erleben der Angehörigen in einer solchen Situation eingehen können. Vor allem in der Vergabe von Informationen bezüglich der Thematik scheint es hier noch Handlungsbedarf zu geben. Die Angehörigen benötigen klare und ehrliche Informationen über multiresistente Keime, deren Ursprung, deren Übertragungsweg und über dessen Konsequenzen. Nur so können diese mit der zusätzlichen Belastung umgehen und nur so kann deren Ungewissheit und die daraus entspringenden Sorgen und Ängste gelindert werden. Des Weiteren würde dies auch zu einer besseren Adhärenz in Bezug auf die auferlegten Schutzmaßnahmen führen. Um dies umsetzen zu können, muss auch das Krankenhauspersonal in der Lage sein die Angehörigen adäquat zu informieren und aufzuklären.

Des Weiteren sollte das Krankenhauspersonal auch in der Lage sein, die Belastung der Angehörigen, die mit einer Isolierung einhergeht, zu bemerken um diese so lindern zu können. Zudem ist es wichtig die Bedürfnisse der Angehörigen zu erfahren um so auf diese einzugehen. Das Bedürfnis bei den Betroffenen zu sein um diese zu unterstützen, das Bedürfnis nach sachlichen aber auch praktischen Informationen, das Bedürfnis zu wissen, dass sich gut um die Betroffenen gekümmert wird und das Bedürfnis nach einem Einzelzimmer und einer angemessenen Infrastruktur des Zimmers, sind alles Aspekte an die in der Praxis angeknüpft werden könnte, um die Angehörigen in ihrer oft schweren Situation zu unterstützen und ihnen diese so angenehm wie möglich zu gestalten. Im Allgemeinen ist es wichtig die Angehörigen im Krankheitsprozess nicht zu vergessen, da diese eine zentrale Ressource für die PatientInnen darstellen und diese in ihrem Genesungsprozess unterstützen können.

Für eine optimierte Integration der Angehörigen, in diesen doch sehr spezifischen Krankheitsprozess, bedarf es noch weitere Pflegeforschung. Zwar ist schon einiges über das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen und Familien im Krankheitsfall bekannt, dennoch ist eine Isolierung aufgrund von multiresistenten Keimen eine Ausnahmesituation und, wie bereits angeführt, eine zusätzliche Belastung der Angehörigen in Bezug auf die Grunderkrankung der betroffenen PatientInnen.

Hier wäre es auch interessant im häuslichen Setting zu forschen. Wie erleben die Angehörigen die Zeit nach der Entlassung? Aus den Ergebnissen geht hervor, dass eine gewisse Angst vor der Zukunft bei einigen Angehörigen besteht. Dies wäre also ein Ansatz für weitere Forschung.

Um mit den Angehörigen in einer solchen Situation richtig umzugehen und diese adäquat unterstützen zu können, wird weiterer Forschungsbedarf darin gesehen, dem Krankenhauspersonal die richtigen Fertigkeiten, beziehungsweise Kompetenzen, zu geben. Hier spielt vor allem die Kommunikation des Krankenhauspersonals mit den Angehörigen eine wichtige Rolle. Die Aufgabe der Pflegeforschung wäre hier herauszufinden auf welchem Weg dies geschehen könnte.

Aber auch das Wissen des Krankenhauspersonals über solche Infektionskrankheiten sollte auf dem neusten Stand sein. Auch hier könnte die

Pflegeforschung versuchen herauszufinden, welche Fortbildungs- oder Schulungsmethoden sinnvoll und effektiv wären um dies umzusetzen.

7 Literaturverzeichnis

- Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97-102.
- Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Cochrane Update. 'Scoping the scope' of a cochrane review. *J Public Health (Oxf)*, 33(1), 147-150.
- Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 202-210.
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 53-59.
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 39(2), 180-193.
- Belayachi, J., Himmich, S., Madani, N., Abidi, K., Dendane, T., Zeggwagh, A. A., & Abouqal, R. (2014). Psychological burden in inpatient relatives: the forgotten side of medical management. *QJM: An international Journal of medicine*, 107(2), 115-122.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Bruns, W. (2013). *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Criddle, P., & Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonisation with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *British Journal of Infection Control*, 7(2), 24-28.

- Digby, R., & Bloomer, M. J. (2014). Families and caregivers of older people: Expectations, communication and care decisions. *Collegian*, 21(4), 345-351.
- Dougherty, M. (2010). Assessment of Patient and Family Needs During an Inpatient Oncology Experience. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3).
- Dougherty, M., Bykerk, K., Hentemann, M., Maxwell, S., Paulsen, L., Byrne, B., & Stoutjesdyk, D. (2009). Patient and family needs and expectations during an inpatient oncology experience. *Oncology Nursing Forum*, 36(3), 301-306.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of clinical nursing*, 16(9), 1618-1628.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Surveillance Report. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2013. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Abgerufen 23. November. 2014, von http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Documents/2013_EARS-Net_Reporting-Protocol.pdf
- Evans, H. L., Shaffer, M. M., Hughes, M. G., Smith, R. L., Chong, T. W., Raymond, D. P., Pelletier, S. J., Pruett, T. L., & Sawyer, R. G. (2003). Contact isolation in surgical patients: A barrier to care? *Surgery*, 134(2), 180-188.
- Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4(2), 84-96.
- Garner, J. S., & The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. (1996). Guideline for isolation precautions in hospitals Part I. Evolution of isolation practices. *American Journal of Infection Control*, 24(1), 24-31.

- Godsell, M.-R., Shaban, R. Z., & Gamble, J. (2013). "Recognizing rapport": Health professionals' lived experience of caring for patients under transmission-based precautions in an Australian health care setting. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 971-975.
- Goldsack, J. C., DeRitter, C., Power, M., Spencer, A., Taylor, C. L., Kim, S. F., Kirk, R., & Drees, M. (2014). Clinical, patient experience and cost impacts of performing active surveillance on known methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* positive patients admitted to medical-surgical units. *American Journal of Infection Control*, 42(10), 1039-1043.
- Jacelon, C. S. (2006). Directive and Supportive Behaviors Used by Families of Hospitalized Older Adults to Affect the Process of Hospitalization. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 234-250.
- Kirkland, K. B., & Weinstein, J. M. (1999). Adverse effects of contact isolation. *The Lancet*, 354(9185), 1177-1178.
- Koubenan, D. R., & Dubois, M. (2007). Methicillin-resistant *staphylococcus aureus* risk perception by healthcare personnel in a public hospital. *Social Behavior and Personality*, 35(1), 89-100.
- Lier, P. R., & Marcus, M. T. (2005). Qualitative Forschungsansätze. In: G. Lobiondo-Wood & J. Haber (Hrsg.), *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung*. 2. Auflage, (S. 217-259). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas Verlag- und Buchhandels AG.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Einleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mehrotra, P., Croft, L., Day, H. R., Perencevich, E. N., Pineles, L., Harris, A. D., Weingart, S. N., & Morgan, D. J. (2013). Effects of contact

precautions on patient perception of care and satisfaction: a prospective cohort study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 34(10), 1087-1093.

Morgan, D. J., Diekema, D. J., Sepkowitz, K., & Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature. *American Journal of Infection Control*, 37(2), 85-93.

Morgan, D. J., Pineles, L., Shardell, M., Graham, M. M., Mohammadi, S., Forrest, G. N., Reisinger, H. S., Schweizer, M. L., & Perencevich, E. N. (2013). The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals. *Infection control and hospital epidemiology : the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 34(1), 69-73.

Morse, J. M., & Johnson, J. L. (1993). Toward a Theory of Illness: The Illness Constellation Model. In: J. M. Morse & J. L. Johnson (Hrsg.), *The Illness Experience. Dimensions of Suffering*. 3. Auflage, (S. 315-342). Newbury Park, Kalifornien: SAGE Publications.

Muto, C. A., Jernigan, J. A., Ostrowsky, B. E., Richet, H. M., Jarvis, W. R., Boyce, J. M., & Farr, B. M. (2003). SHEA Guideline for Preventing Nosocomial Transmission of Multidrug-Resistant Strains of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. *Infection control and hospital epidemiology : the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 24(5), 362-386.

Newton, J. T., Constable, D., & Senior, V. (2001). Patients' perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *Journal of Hospital Infection*, 48(4), 275-280.

Pacheco, M., & Spyropoulos, V. (2010). The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. *Canadian Journal of Infection Control*, 25(3), 166-174.

Pedro, A. L., Sousa-Uva, A., & Pina, E. (2014). Endemic methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Nurses' risk perceptions and attitudes. *American Journal of Infection Control*, 42(10), 1118-1120.

- Petrowski, K. (2008). Angehörige. In: H. Berth, F. Balck & E. Brähler (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A-Z* (S. 32-35). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Popp, W., & Ingensiep, H. W. (2011). Hygiene und Stigmatisierung – von Lepa bis EHEC. *Krankenhausthygiene und Infektionsverhütung*, 33(5), 130-143.
- Saint, S., Higgins, L. A., Nallamotheu, B. K., & Chenoweth, C. (2003). Do physicians examine patients in contact isolation less frequently? A brief report. *American Journal of Infection Control*, 31(6), 354-356.
- Samore, M. H. (1999). Epidemiology of nosocomial *Clostridium difficile* diarrhoea. *Journal of Hospital Infection*, 43, Supplement 1(0), S183-S190.
- Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C., & Jacobsen, K. H. (2014a). Knowledge, perceptions, and practices of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission prevention among health care workers in acute-care settings. *American Journal of Infection Control*, 42(3), 254-259.
- Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., Devoe, M. C., & Jacobsen, K. H. (2014b). Preventing transmission of MRSA: a qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, 42(4), 405-411.
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2007a). *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Abgerufen 18. April 2015, von <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007b). Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. *American Journal of Infection Control*, 35(10, Supplement 2), S165-S193.

- Skyman, E., Sjostrom, H. T., & Hellstrom, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(1), 101-107.
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social Networks and Health. *Annual Review of Sociology*, 34(1), 405-429.
- Stelfox, H., Bates, D. W., & Redelmeier, D. A. (2003). Safety of patients isolated for infection control. *The Journal of the American Medical Association*, 290(14), 1899-1905.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Süß, W., & Trojan, A. (2015). Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Abgerufen 15.Mai.2015 von <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=edd31e3f4ff1b049ff0e11823ae71c34&id=angebote&idx=112>
- Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., & Evans, M. (2001). Methicillin-resistant staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older population. *Journal of Hospital Infection*, 49, 250-254.
- The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, Centers for disease Control and Prevention, Public Health Service, & U. S. Department of Health and Human Services. (1996). Guideline for isolation precautions in hospitals Part II. Recommendations for isolation precautions in hospitals. *American Journal of Infection Control*, 24(1), 32-52.
- Urizzi, F., & Corrêa, A. K. (2007). Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 15(4), 598-604.

- Valente, T. (2001). *Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications*. Oxford: Oxford University Press.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(4), 501-509.
- WHO (2004). *Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities*. Regional Office for Western Pacific and South-East Asia. Manila and New Dehli: World Health Organisation. Abgerufen 5. Mai. 2015, von http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdf
- WHO (2008). *Prévention des infections nosocomiales. Guide pratique*. WHO Regional Office for Europe. Geneva: World Health Organisation. Abgerufen 5. Mai. 2015 von http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12_fre.pdf?ua=1
- WHO (2014a). *Antimicrobial resistance. Global report on surveillance 2014*. WHO Regional Office for Europe. Geneva: World Health Organisation. Abgerufen 30. November. 2014, von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf
- WHO (2014b). *Der Europäische Gesundheitsbericht 2012. Der Wegweiser zu mehr Wohlbefinden*. WHO Regional Office for Europe. Geneva: World Health Organisation. Abgerufen 30. November. 2014, von http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/250399/EHR2012-Ger.pdf
- WHO: Media Centre. (2015, letzte Aktualisierung: April 2015). Antimicrobial Resistance. *Fact Sheet N° 194*. Abgerufen 12.5.2015, von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>

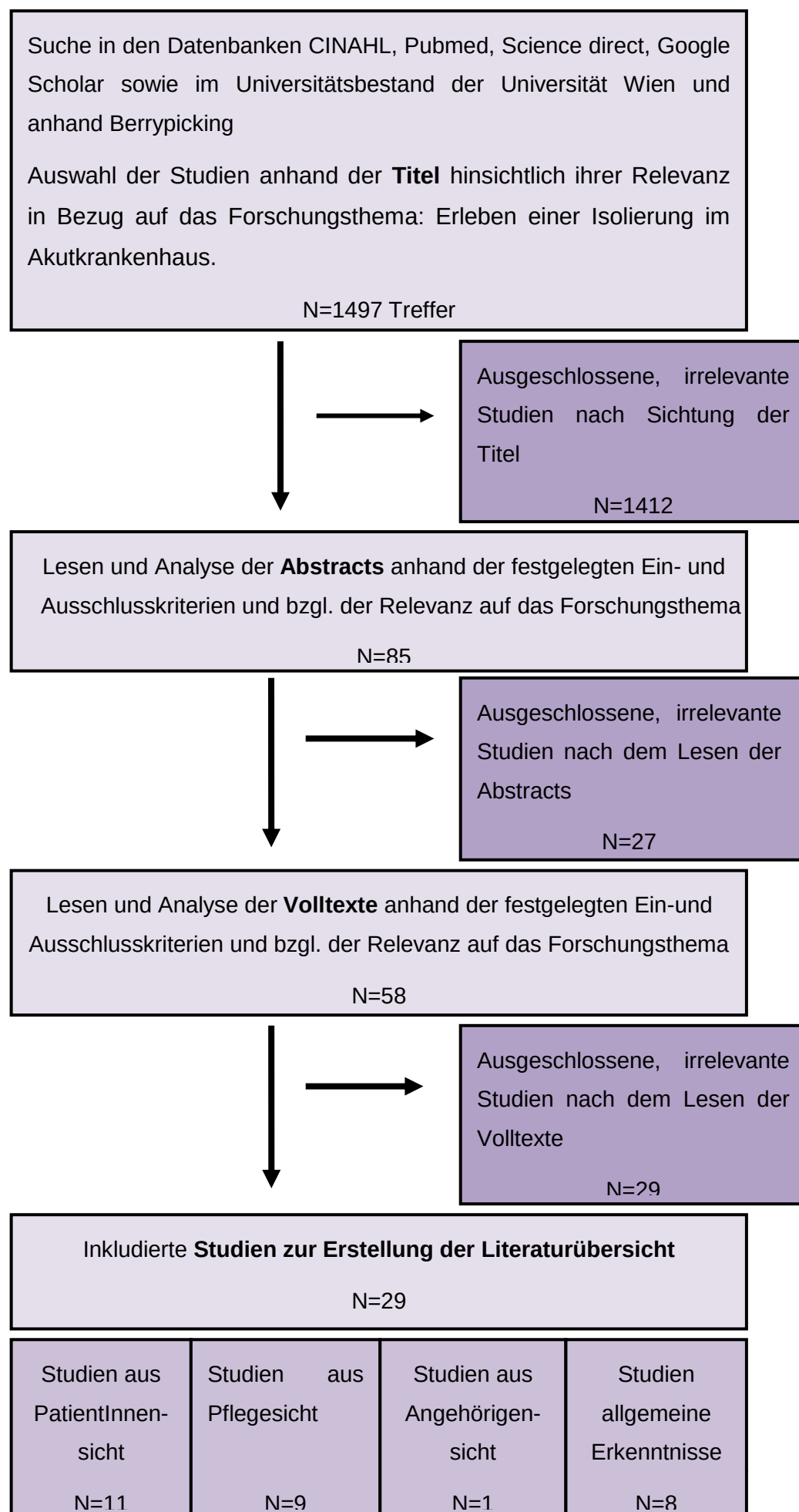
8 Anhänge

- Anhang 1: Tabelle mit Kategorien zur Erstellung der Literaturübersicht
- Anhang 2: Flussdiagramm zur Darstellung der Literaturrecherche
- Anhang 3: Informationsschreiben für die Stationsleitungen und das Pflegepersonal
- Anhang 4: Informationsschreiben für mögliche TeilnehmerInnen (Angehörige)
- Anhang 5: Einverständniserklärung
- Anhang 6: Zusammenfassung/Abstract
- Anhang 7: Lebenslauf

Anhang 1: Tabelle mit Kategorien zur Erstellung der Literaturübersicht

Patient/Betroffene			
Studie (Land, Jahr, Autor)	Design, Stichprobe	Ziel	Ergebnisse
<i>Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review</i> Abad et al. 2010 USA	Systematic review N=16	• Hat die Isolation einen negativen Einfluss auf Patienten? • Inwiefern?	• Isolierung hat negative Auswirkungen auf Psyche und Verhalten. • Eine Isolierung hat einen Einfluss auf den Gemütszustand mit höheren Scores (Assessment) bzgl. Depression, Angst, Feindseligkeit, Zorn, Einsamkeit → wegen Unsicherheit und Kontrollverlust • Isolierung hat negativen Einfluss auf die Versorgung des PatientInnen. Der Aufenthalt des Pflegepersonals im Zimmer ist kürzer bei isolierten PatientInnen als bei nicht-isolierten PatientInnen. • Die Isolierung hat einen negativen Einfluss auf das psychische Befinden, die Sicherheit und Zufriedenheit und die Pflege des Patienten. • Da das Auftreten von Antibiotikaresistenzen im Gesundheitswesen steigen werden somit die Isolierungen als Hauptsäule in der Infektionskontrolle vermehrt eingesetzt werden. So sollte den negativen Aspekten einer solchen Maßnahme mehr Beachtung geschenkt werden.

Anhang 2: Flussdiagramm zur Darstellung der Literaturrecherche



**Anhang 3: Informationsschreiben für die
Stationsleitungen und das
Pflegepersonal**



**universität
wien**

Fakultät für Sozialwissenschaften

Institut für Pflegewissenschaft

**Informationsblatt für Pflegende von isolierten PatientInnen im
Akutkrankenhaus**

Im Rahmen meiner Masterarbeit des Masterstudiengangs „Pflegewissenschaft“ an der Universität Wien möchte ich eine Studie zum Thema **„Das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen eines aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patienten im Krankenhaus“** durchführen.

Eine Isolierung aufgrund multiresistenter Erreger im Krankenhaus hat große Auswirkungen auf die unterschiedlichen AkteurInnen des Gesundheitswesens. Das Erleben von isolierten PatientInnen sowie die Perspektive der Pflegepersonen werden bereits in der Literatur anhand zahlreicher Studien beschrieben. Unerforscht ist jedoch wie Angehörige die Diagnose und die Isolierung erleben.

Ziel meiner Masterarbeit ist es deshalb, herauszufinden wie Angehörige die Isolierung eines geliebten Menschen im Akutkrankenhaus erleben und welche Bedürfnisse sie haben.

Die Ergebnisse sollen zu einem besseren Verständnis der Situation von Angehörigen von isolierten PatientInnen im Akutkrankenhaus führen. Des Weiteren sollen die Ergebnisse eine Grundlage für Unterstützungsangebote in der Praxis liefern.

Um dies zu erheben, möchte ich (Studentin der Pflegewissenschaften) zwischen **März und Juni 2015**, Interviews mit **6-8 volljährigen Angehörigen** von betroffenen PatientInnen führen. Diese sollen bei den Angehörigen zu Hause oder an einem neutralen Ort (je nach Wunsch der Angehörigen) durchgeführt werden. Angehörige, **können, müssen aber nicht zwangsläufig mit dem Betroffenen verwandt sein**. Zu den Angehörigen zählen auch Personen die in einer engen Beziehung und engem Kontakt zu

den Betroffenen stehen wie beispielsweise FreundInnen, LebenspartnerInnen oder enge Vertraute. Während des Krankenhausaufenthalts sollte jedoch **ein enger und regelmäßiger Kontakt** (mehrmals die Woche) zwischen dem Angehörigen und der Patientin beziehungsweise dem Patienten bestehen.

Falls Sie auf Ihrer Station Angehörige einer beziehungsweise eines aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patientin oder Patienten haben, bitte ich Sie, dass Sie diese auf meine Studie aufmerksam machen und Ihnen das angefertigte Informationsschreiben aushändigen.

Ich hoffe sehr, dass Sie mich in meinem Vorhaben unterstützen und bedanke mich schon im Voraus für Ihre Hilfe.

Mit besten Grüßen

Lisa Sadler, DGKS, BScN

Universität Wien, Pflegewissenschaften

Kontakt:

E-Mail: a1309100@unet.univie.ac.at

Telefon: 06606291337

**Anhang 4: Informationsschreiben für mögliche
TeilnehmerInnen**



**universität
wien**

Fakultät für Sozialwissenschaften

Institut für Pflegewissenschaft

**„Isolierung im
Akutkrankenhaus“**

Sie sind betroffener Angehöriger?

**Anfrage zur Teilnahme an einem
Interview**

Masterarbeit

Universität Wien

Kontakt:

Vorname Nachname: Lisa Sadler, DGKS, BScN

E-Mail: a1309100@unet.univie.ac.at



Informationsblatt zur Teilnahme an einem Interview

„Das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen eines isolierten Patienten im Krankenhaus“

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Im Rahmen meiner Masterarbeit des Masterstudiengangs „Pflegewissenschaft“ an der Universität Wien führe ich eine Studie zum Thema *„Das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen eines aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patienten im Krankenhaus“* durch.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, herauszufinden wie Angehörige die Isolierung eines geliebten Menschen im Akutkrankenhaus erleben oder erlebt haben und welche Bedürfnisse sie in einer solchen Situation haben beziehungsweise hatten. Hierfür werden Interviews mit Angehörigen oder nahestehenden Personen (enge FreundInnen, LebensgefährtInnen) eines isolierten Patienten durchgeführt.

Mit der Teilnahme an dieser Studie, leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Erfassung und zum besseren Verständnis der Situation. Aufgrund der Ergebnisse können in weiterer Folge Unterstützungsangebote für die Praxis entwickelt werden.

Was ist mit der Teilnahme an dieser Studie verbunden?

Ich würde gerne, mit Ihrem Einverständnis, ein Interview, welches auf Band aufgenommen wird, durchführen. Das Interview kann an einem Ort Ihrer Wahl geführt werden. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und Sie können jederzeit ohne jegliche Begründung aus der Studie aussteigen, ohne dass dieser Entschluss sich nachteilig auf Sie auswirkt.

Wie wird Ihre Anonymität geschützt?

Alle Informationen, die im Rahmen der Studie erhoben werden, unterliegen strengster Vertraulichkeit. Die Daten werden im Laufe der Auswertung der Interviews anonymisiert und das auf Band aufgenommene Interview wird nach der wortwörtlichen Transkription gelöscht, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die erhobenen Daten stehen unter Datenschutz, werden sicher verwahrt und sind nur für die Studentin dieser Untersuchung zugänglich.

Was passiert mit Ihren Informationen?

Die aufgenommen Interviews werden verschriftlicht und Ihre persönlichen Daten anonymisiert. Die Ergebnisse der Erhebung werden wissenschaftlich ausgewertet und zum Teil (Zitate, Textausschnitte) zu wissenschaftlichen Zwecken und im Rahmen der Masterarbeit veröffentlicht. Ein Rückschluss auf Ihre Person wird aus den Ergebnissen nicht möglich sein.

Bitte kontaktieren Sie mich, wenn Sie Interesse an einem Interview oder Fragen zu meinem Forschungsprojekt haben.

Kontakt:

Vorname Nachname: Lisa Sadler, DGKS, BScN

E-Mail: a1309100@unet.univie.ac.at

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich bereit an der Studie **„Das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen eines aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patienten im Krankenhaus“** teilzunehmen.

Ich wurde von der verantwortlichen Studentin dieses Forschungsprojektes über das Wesen, den Nutzen und der Tragweite dieser Studie ausreichend informiert. Des Weiteren habe ich eine Kopie des Informationsschreibens und der Einverständniserklärung erhalten. Meine offenen Fragen hinsichtlich des Forschungsprojektes wurden ausführlich beantwortet und die Antworten waren für mich verständlich.

Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich jederzeit ohne jegliche Begründung aus der Studie aussteigen kann, ohne dass dieser Entschluss sich nachteilig auf mich auswirkt.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten anonymisiert werden und keine Rückschlüsse auf meine Person gezogen werden können. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine anonymisierten Daten sicher verwahrt, wissenschaftlich ausgewertet und zum Teil (Zitate, Textausschnitte) zu wissenschaftlichen Zwecken und im Rahmen der Masterarbeit veröffentlicht werden. Aus der Beteiligung an dieser Studie entstehen für mich weder Kosten, noch werde ich finanziell für die Teilnahme entschädigt.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich aus freiem Willen für die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine freiwillige Zustimmung zur Teilnahme an der Studie **„Das Erleben und die Bedürfnisse von Angehörigen eines aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patienten im Krankenhaus“**.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine freiwillige Zustimmung zur Teilnahme an der Studie **„Das Erleben und die Bedürfnisse von**

Angehörigen eines aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patienten im Krankenhaus“.

Ort, Datum

Vor- und Nachname (Blockbuchstaben) und Unterschrift der teilnehmenden Person

Unterschrift der Studentin

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Isolierung von aufgrund von multiresistenten Erregern infizierten beziehungsweise kolonisierten PatientInnen ist eine der Hauptsäulen der Infektionskontrolle im Krankenhaus. Diese hat negative Auswirkungen auf die betroffenen PatientInnen und auch das Krankenhauspersonal wird in einer solchen Situation vor eine Herausforderung gestellt. Wie Angehörige eine solche Isolierung einer nahestehenden Person erleben, bleibt weitestgehend unerforscht, obwohl bekannt ist, dass Angehörige eine wichtige Rolle im Gesundheits- und Krankheitsprozess spielen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden wie Angehörige die Isolierung einer beziehungsweise eines von aufgrund von multiresistenten Erregern isolierten Patientin oder Patienten erleben und welche Bedürfnisse diese in einer solchen Situation haben.

Methodik: Zur Datenerhebung wurden qualitative Einzelinterviews mit Angehörigen geführt. Die Datenanalyse erfolgte nach den Kodierschritten der Grounded Theory unter Anwendung des offenen und axialen Kodierens nach Strauss und Korbin (1996).

Ergebnisse: Aus den Daten hat sich das zentrale Phänomen „zusätzlich belastet sein“ herauskristallisiert. Hier geht es darum, dass die Angehörigen eine zusätzliche Belastung in Bezug auf die Grunderkrankung der Betroffenen bewältigen müssen. Die zusätzliche Belastung wird unter anderem durch die Ungewissheit in Bezug auf den Verlauf des Krankenhausaufenthaltes, die zu treffenden Schutzmaßnahmen und deren Konsequenzen ausgelöst. Die Angehörigen entwickeln unterschiedliche Strategien um mit dieser zusätzlichen Belastung umzugehen. So versuchen diese beispielsweise ihr Umfeld zu beobachten und versuchen sich des Weiteren in die Betroffenen hineinzusetzen.

Schlussfolgerung: Der multiresistente Erreger und die daraus entstehenden Konsequenzen stellen eine zusätzliche Herausforderung in Bezug auf die Grunderkrankung der Betroffenen dar und schränken die Angehörigen in ihren Unterstützungsmöglichkeiten ein. Mit dem Wissen welche Faktoren diese zusätzliche Belastung bei den Angehörigen auslösen, können Handlungsansätze für die Pflege entwickelt werden, damit diese adäquat intervenieren und unterstützen kann.

Schlüsselwörter: multiresistente Erreger, Isolierung, Angehörige, Erleben, Bedürfnisse

Abstract

Background: The isolation of patients that are infected with/colonised by multi-resistant pathogens is one of the main pillars of infection control in the hospital. This has negative effects on the patients in question, and, in such a situation, hospital staff are faced with a challenge too. The way in which relatives experience such an isolation of a loved one remains mostly uninvestigated. Although it is known that being surrounded by relatives is an important factor for the patient's state of health.

Aim: The aim of this study is to investigate how relatives experience the isolation of patients that are infected with multi-resistant pathogens, and which needs they have in such a situation.

Methods: In the context of data collection, qualitative individual interviews were held with relatives. The data was analysed in accordance with the coding steps of grounded theory with the application of open and axial coding according to Strauss and Corbin (1996).

Results: From the data, the central phenomenon of 'carrying an additional burden' emerged. This means that the relatives need to manage an additional burden in regards to the primary disease of the affected person. The additional burden is, amongst other things, triggered by the uncertainty regarding the course of hospitalisation, the applicable protective measures and their consequences. The relatives develop varying strategies to manage and overcome this additional burden. One way to deal with this load is to carefully analyze their surroundings and try to put themselves into the patient's position.

Conclusion: The multi-resistant pathogens and the ensuing consequences cause further challenges to the primary disease of the affected person and limit their possibilities to support. Being aware of the additional challenges such an illness can bring, new nursing approaches could be developed to intervene appropriately and support the relatives.

Keywords: multi-resistant pathogens, isolation, relatives, experience, needs

Anhang 7: Lebenslauf

Schulische Ausbildung und Studium

2013 – 2015	Universität Wien – Masterstudium Pflegerwissenschaft
2010 – 2013	Institut d'Enseignement Supérieur Parnasse Deux Alice (UCL) Bachelor in Gesundheits- und Krankenpflege
2002 – 2010	Lycée Classique Michel Rodange Luxembourg (Abschluss: allgemeine Hochschulreife)

Praktika

2010-2013	zahlreiche Praktika im Zuge der Krankenpflegeausbildung
2015	Tutorin an der Universität Wien im Masterstudiengang Pflegerwissenschaft

Sprachkenntnisse

Muttersprache:	Luxemburgisch
Sprachkenntnisse in :	Deutsch, Französisch und Englisch