

AUS DEM LEHRSTUHL
FÜR ANÄSTHESIOLOGIE
PROF. DR. BERNHARD M. GRAF, M.SC.

DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

LEBENSWELT ANGEHÖRIGER VON SCHWERVERLETZTEN INTENSIVPATIENTEN/INNEN:
EINE QUALITATIVE INTERVIEWSTUDIE

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades

der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von

Felix Keil

2018

AUS DEM LEHRSTUHL
FÜR ANÄSTHESIOLOGIE
PROF. DR. BERNHARD M. GRAF, M.SC.

DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

LEBENSWELT ANGEHÖRIGER VON SCHWERVERLETZTEN INTENSIVPATIENTEN/INNEN:
EINE QUALITATIVE INTERVIEWSTUDIE

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades

der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von

Felix Keil

2018

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter: *Prof. Dr. Thomas Bein*

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Michael Nerlich

Tag der mündlichen Prüfung: 19. März 2019

Einleitung.....	5
Bedürfnisse und Zufriedenheit der Angehörigen von Intensivpatienten/innen.....	5
Symptome von Angst und Depression bei Angehörigen von Intensivpatienten/innen	7
Relevanz qualitativer Forschungsansätze	8
Intensivpatienten/innen mit verschiedenen Krankheitsbildern: Rolle der Angehörigen	10
Synopsis der vorgestellten Studien	12
Fragestellung, Hypothese und Zielsetzung dieser Studie	13
Methode.....	14
Qualitative Forschung	14
Erhebungsmethode	15
Wahl des Leitfadeninterviews als Interviewform	15
Ethische Aspekte.....	18
Sampling	19
Durchführung	21
Durchführung der Interviews	21
Postskriptum	22
Transkription	23
Analyseverfahren	24
Ergebnisse.....	27
Darstellungsform der Ergebnisse	27
Darstellung der Kategorien.....	30
Wahrnehmung der Intensivstation	30
Wahrnehmung der Patienten/innen	37
Interaktionen mit den Patienten/innen.....	44
Wahrnehmung der medizinischen Akteure der Intensivstation	49
Interaktionen mit den medizinischen Akteuren.....	54
Interaktionen mit Familie und sozialem Umfeld.....	59
Selbstwahrnehmung der Angehörigen.....	63
Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen	65
Kernkategorie Ungewissheit	74
Diskussion	80
Diskussion der Methode.....	80

Diskussion der Ergebnisse	82
Zusammenfassung	90
Literaturverzeichnis	90
Anhang	94
Interviewleitfaden	94
Einwilligungserklärung.....	97
Aufklärungsbogen	99
Transkribiersystem	101
Liste der Codes	103

Einleitung

Bedürfnisse und Zufriedenheit der Angehörigen von Intensivpatienten/innen

Im Jahr 1953 wurde in Kopenhagen während einer Polioepidemie die erste Intensivstation ins Leben gerufen. Doch dauerte es bis in die 60er und 70er Jahre, bis sich das Konzept flächendeckend ausbreiten konnte und zu einem elementaren Pfeiler der modernen Medizin wurde (Kelly et al. 2014).

Seit ihren Anfängen hat sich die Intensivmedizin stark gewandelt, um heute keine Nische, sondern einen Pfeiler der modernen Krankenhausmedizin darzustellen. In Marx Standardwerk "Die Intensivmedizin" wird sie folgendermaßen beschrieben: "Die Intensivtherapie stellt medizinische sowie medizintechnische Verfahren, fachliches Wissen und eine hohe Personaldichte zur Verfügung, um Zeit für das Wiedererlangen gestörter oder verlorener Körper- und Organfunktionen zu gewinnen." (Marx 2015, S. 4) In dieser Definition wird bereits deutlich, dass medizinische Apparate eine bedeutende Rolle in der Intensivmedizin spielen. Doch birgt diese Hochleistungsmedizin auch Probleme, indem z.B. Patienten/innen zwar durch die Behandlung überleben, dann aber teilweise von "lebensunterstützenden Apparaturen" abhängig (Marx 2015, S. 4) sind oder sie "mit schweren neurologischen und somatischen Defiziten" weiterleben müssen (Marx 2015, S. 4).

Die Intensivmedizin ist für alle Beteiligten psychisch belastend. Dies betrifft in erster Linie freilich den/die Patienten/in, aber auch das medizinische Personal und eben auch die Angehörigen. Im Gegensatz zu den medizinischen Akteuren ist die Intensivstation für die Angehörigen "ebenso fremdartig und potenziell bedrohlich wie für den Patienten" (Burchardi et al. 2011, S. 22). Diese Fremdartigkeit, die dadurch verstärkt wird, dass die meisten Angehörigen nicht auf Vorerfahrungen mit Intensivmedizin zurückgreifen können, und insbesondere die Tatsache, dass die Intensivbehandlung eines Angehörigen meist sehr plötzlich eintritt, führen dazu, dass Angehörige in hohem Maß durch Angst belastet sind (Marx 2015, S. 23).

Bereits 1979, also früh in der noch jungen Geschichte der Intensivmedizin, entwickelte Molter einen Fragebogen zur Erforschung der Bedürfnisse Angehöriger von Intensivpatienten/innen (Molter 1979). Dieser CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory) umfasst 45 Einzelbedürfnisse, die Leske in fünf Kategorien unterteilte:

"support", "comfort", "information", "proximity" und "assurance" (Leske 1991). Seither wurde der CCFNI in einer Vielzahl von Studien mit Angehörigen von Intensivpatienten verwendet (Rodgers 1983; Bouman 1984; Freichels 1991; Koller 1991; Rukholm et al. 1991; Foss und Tenholder 1993; Warren 1993; Mendonca und Warren 1998; Azoulay et al. 2001; Bijttebier et al. 2001; Lee und Lau 2003; Bailey et al. 2010; Kinrade et al. 2011; Shorofi et al. 2016). Die drei bedeutendsten Bedürfnisse, die in diesen Studien fast immer unter den wichtigsten rangierten, waren das Bedürfnis, zu Hause angerufen zu werden, wenn sich der Zustand des/der Patienten/in verändert, das Bedürfnis nach ehrlicher Information und das Bedürfnis nach dem sicheren Gefühl, dass dem/der Patienten/in die bestmögliche Versorgung zukommt. Insgesamt stufen die Angehörigen die Bedürfnisse aus der Kategorie "Information" am ehesten unter den wichtigsten ein.

Dass es sich hierbei um keine Forschungsnische handelt, legt die Multicenter-Studie durch Azoulay et al. nahe (Azoulay et al. 2001). In 43 französischen Intensivstationen füllten 895 Angehörige drei bis fünf Tage nach Aufnahme des/der Patienten/in eine modifizierte Version des CCFNI aus, woraus die Forscher/innen deren Zufriedenheit abschätzten. Dabei fanden sie sechs Prädiktoren für Zufriedenheit in der Situation, eine/n Angehörige/n in einer Intensivstation zu haben. Positive Prädiktoren waren französische Abstammung, ein Pfleger/innen-zu-Patienten/innen-Verhältnis von kleiner oder gleich drei, Informationen durch eine/n junge/n Arzt/Ärztin und Rückhalt durch eine/n vertraute/n Arzt/Ärztin. Das Gefühl, widersprüchliche Informationen zu erhalten, die einzelnen Rollen im medizinischen Team nicht zu verstehen und zu wenig Zeit für Informationen zu bekommen, stellten sich als Prädiktoren für eine geringe Zufriedenheit der Angehörigen heraus.

Neben der Erforschung der Zufriedenheit der Angehörigen ist eine weitere Anwendung des CCFNI der Vergleich zwischen den Bedürfnissen der Angehörigen und den Vorstellungen der medizinischen Akteure von diesen Bedürfnissen (Bijttebier et al. 2001; Kinrade et al. 2011; Kandasamy et al. 2017; Khatri et al. 2018). Bijttebier et al. untersuchten sowohl die Vorstellungen der Pflegenden als auch die des ärztlichen Personals, wobei die wichtigsten Bedürfnisse der Angehörigen auch als solche erkannt wurden. Lediglich die Bedürfnisse, den/die Patienten/in jederzeit zu sehen und auch in seiner/ihrer Pflege mithelfen zu können, wurden sowohl von den Ärzten/innen als auch den Pflegenden unterschätzt. Die nepalesische Studie von

Khatri et al. ist die momentan aktuellste, bei der der CCFNI an Angehörigen von Intensivpatienten/innen angewandt wurde. Das Anliegen, deren Bedürfnisse zu verstehen, ist also weiterhin Grundlage aktueller Forschung und beschäftigt nicht nur Forscher/innen im angloamerikanischen Raum, sondern auch weit darüber hinaus.

Symptome von Angst und Depression bei Angehörigen von Intensivpatienten/innen

Ein weiteres großes Interessensfeld in der Forschung mit Angehörigen von Intensivpatienten/innen ist die Evaluation von psychischen Symptomen. In einer der frühen Studien in diesem Feld untersuchte eine kanadische Forschergruppe die Bedürfnisse (mittels CCFNI), die Angst (aufgeschlüsselt in "state" und "trait anxiety" mittels STAI, dem state and trait anxiety scale) und die Sorgen der Angehörigen (Rukholm et al. 1991). Sowohl die "state" als auch die "trait anxiety" waren signifikant ausgeprägter als in einem Vergleichskollektiv, weshalb die Autoren/innen postulierten, dass die Intensivstation als Umgebung für diese Beobachtung verantwortlich sein musste. Die beiden wichtigsten Sorgen drehten sich um die Schmerzen, die der/die Patient/in ertragen musste und um die Bewusstlosigkeit des/der Patienten/in. Überraschenderweise bereiteten Umgebungsfaktoren wie Gerätelärm weniger nennenswerte Sorgen.

Eine etwas diagnostischere Perspektive nahmen Auerbach et al. ein, indem sie bei 40 Angehörigen von Intensivpatienten/innen den ASDS (Acute Stress Disorder Scale) anwandten, der auch im DSM-IV enthalten ist (Auerbach et al. 2005). Das Ergebnis war frappierend: Bei Aufnahme zeigten die Angehörigen Punktwerte, die mit denen von Patienten einer PTBS-Einheit (PTBS: Posttraumatisches Belastungssyndrom) eines psychiatrischen Krankenhauses vergleichbar waren.

Etwas repräsentativer belegte dann die Multicenter-Studie durch Pochard et al. die starke psychische Belastung der Angehörigen (Pochard et al. 2005). Es wurden 544 Familienmitglieder in 78 französischen Intensivstationen eingeschlossen und Angst- und Depressionssymptome mittels HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) am Entlassungs- oder Sterbetag der Patienten/innen erhoben. 73,4% der Angehörigen zeigten Angstsymptome und 35,3% Symptome einer Depression. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen weitere Studien, die auch den HADS anwendeten:

42% Angstsymptome und 16% Depressionssymptome bei Aufnahme (Anderson et al. 2008) und 49% beziehungsweise 29,5% (Garrouste-Orgeas et al. 2008).

Zwei Studien untersuchten die Angst- und Depressionssymptome der Angehörigen auch drei (McAdam et al. 2012) beziehungsweise sechs Monate nach Aufnahme der Patienten/innen (Anderson et al. 2008) und konnten eine deutliche Abnahme der Häufigkeit dieser Symptome im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt feststellen. Anderson et al. untersuchten 34 ihrer 50 Studienteilnehmer auch sechs Monate nach Entlassung ihres Familienmitglieds und fanden jedoch neben der eben erwähnten Abnahme der Angst- und Depressionssymptome bei 35% Symptome eines PTBS (erfasst mittels IES, Impact of Event Scale) (Anderson et al. 2008). Dies ist als starkes Indiz dafür zu werten, dass sich die Erfahrung, eine nahestehende Person auf einer Intensivstation zu haben, nicht nur während der intensivmedizinischen Behandlung, sondern weit darüber hinaus und weit tiefgreifender traumatisierend auf die Angehörigen auswirkt.

Die Ergebnisse bisheriger Forschung deuten also darauf hin, dass Angehörige von Intensivpatienten/innen häufig Angstsymptome und Symptome einer Depression präsentieren, besonders stark in der Akutphase der krisenhaften Situation. Ein großer Anteil weist aber noch Monate nach der Intensivbehandlung psychiatrische Symptome auf.

Relevanz qualitativer Forschungsansätze

Die bisher beschriebenen Studien belegen allesamt, dass die Angehörigen von Intensivpatienten/innen einer besonderen seelischen Belastung ausgesetzt sind. Was sie weniger beantworten, ist die Frage, weshalb diese Situation so krisenhaft zu sein scheint und wie diese die Angehörigen erleben. Solch eine Tiefensondierung ermöglichen insbesondere qualitative Studien, welche aber in der Durchsicht bisheriger Veröffentlichungen in der intensivmedizinischen Angehörigenforschung eine eindeutige Minderheit bilden.

Koller tastete sich an diese Methode heran, indem sie in ihrer gemischt quantitativ-qualitativen Studie 30 Angehörige von Intensivpatienten/innen sowohl Fragebögen beantworten ließ als auch diese mit einem vorgegebenen Set offener Fragen (FMSIG, dem Family Member Structured Interview Guide) zu deren Coping-

Strategien interviewte (Koller 1991). Die Beschreibung der Methode und Präsentation der Ergebnisse der Interviews gehen aber nahezu unter neben den quantitativ erfassten Daten.

Eine rein qualitative Studie veröffentlichte wenige Jahre darauf Walters (Walters 1995). In der Einleitung seines Artikels beschrieb er quantitative Studien, die unter anderem den CCFNI benutzten und konstatierte: "The results of these studies were reduced to numbers and tested statistically, while the exploration of the everyday experiential dimensions of the family of critically ill patients remained largely unexplored. The social, practical, experiential and taken-for-granted lifeworld of people who have critically ill relatives and friends has been overlooked by nurse researchers because of their methodological reliance on objective science." (Walters 1995, S. 19) Er kritisierte also die bisherige Tendenz, sozusagen blind quantitative Methoden in der Angehörigenforschung anzuwenden, weil dadurch die Erlebniswelt der Familienmitglieder weitgehend unergründet blieb. Folgerichtig führte er 15 offene Interviews mit Angehörigen von Intensivpatienten/innen durch und entwickelte aus dem Gesagten die vier Hauptthemen: "being-with", "seeing", "plain talk", "making sense".

Ähnliche Kritik an quantitativen Studien erhob Jamerson: "Quantitative studies, though useful, may limit family expression of issues and concerns not identified by the instrument used. The interactions revealed by qualitative studies, in contrast, yield a rich description of the human experience often not found in quantitative studies." (Jamerson et al. 1996, S. 468) Diese Kritik scheint berechtigt zu sein, zumal Fragebögen einen Katalog an Items vorgeben, die dem Relevanzsystem des Forschers entspringen und Themen, die der oder die Angehörige darüber hinaus noch als wichtig erachten, außen vor lassen. Um wirklich zu garantieren, dass die Interviewfragen den Relevanzsystemen der Interviewten entspringen, führte Jamerson vor den Einzelinterviews noch ein Fokusgruppeninterview mit den Teilnehmern/innen durch. Das Ergebnis der Studie war eine chronologische Anordnung von Themen, welche die Handlungen der Angehörigen im Verlauf der Krise beschrieben: "Hovering", "Information Seeking", "Tracking" und "Garnering Resources".

Intensivpatienten/innen mit verschiedenen Krankheitsbildern: Rolle der Angehörigen

Unter den Patienten/innen in Jamersons Studie waren auch fünf Unfallopfer. Ob es Unterschiede zwischen den Angehörigen dieser Patienten/innen und denen der anderen Patienten/innen gab, wurde in dem veröffentlichten Artikel bedauerlicherweise nicht differenziert dargestellt (Jamerson et al. 1996). Wieso dies von Bedeutung gewesen wäre, lässt sich durch folgendes Forschungsergebnis erklären: In einer quantitativen Studie zu Angstsymptomen bei Angehörigen von Patienten/innen einer kardiologischen Intensivstation mit nahezu ausschließlich elektiven Aufnahmen, konnten Young et al. feststellen, dass diese Angehörigen weniger Angst- und Depressionssymptome aufwiesen als solche, bei denen die Aufnahme in die Intensivstation unerwartet gewesen war (Young et al. 2005). Dies werteten sie als Hinweis darauf, dass die plötzliche Aufnahme eines/r Patienten/in eine ganz andere Art von Belastung darstellte.

Unter diesem Blickwinkel erscheint es sinnvoll, nicht die Angehörigen eines gemischten Kollektivs von Intensivpatienten/innen zu untersuchen, sondern zwischen bestimmten Krankheitsbildern zu differenzieren, da diese sich in wesentlichen Punkten, wie z.B. der Elektivität der Intensivbehandlung, unterscheiden. Diese Unterschiede könnten zu ganz verschiedenen Belastungen der Angehörigen führen, wie die Studie von Young et al. verdeutlicht.

Ein Beispiel für die Forschung an Angehörigen eines bestimmten Patientenguts sind Studien bei Patienten/innen mit Schädel-Hirn-Trauma (Kreutzer et al. 1994; Serio et al. 1997). Kreutzer et al. untersuchten die Bedürfnisse von 119 Angehörigen von Schädel-Hirn-Trauma-Patienten/innen mittels FNQ (Family Needs Questionnaire). Die wichtigsten Bedürfnisse waren: umfassende Informationen über die kognitiven Probleme der Patienten/innen zu erhalten, ehrliche Informationen zu bekommen und sicher zu sein, dass dem/der Patienten/in die bestmögliche Versorgung zukommt (Kreutzer et al. 1994).

In einer Studie durch Ruzevich et al. wandten sich die Forscher einem ganz anderen kritisch kranken Patientengut zu: Patienten/innen mit Herz-Lungen-Maschine (Ruzevich et al. 1990). Sowohl die überlebenden Patienten/innen als auch die Ehepartner/innen bzw. Eltern erhielten Fragebögen, die jedoch sehr speziell auf die

Erfahrung Herz-Lungen-Maschine abgezielt waren. Zwei der Items waren aber breiter gestellt und lieferten ein spannendes Ergebnis: 100% der befragten Angehörigen gaben an, dass sie den Menschen, die ihre Familienmitglieder versorgten, vertrauten. Auf die Frage, ob sie das Gefühl hatten, das medizinische Team stünde ihnen für Fragen zur Verfügung, stimmten alle Eltern zu, bei den Ehepartnern/innen jedoch nur 80%. Ein gewisses Informationsdefizit seitens der Ehepartner/innen lag also vor.

Auch Harris-Fox et al. fanden heraus, dass die medizinischen Akteure manchmal das Bedürfnis der Angehörigen nach Informationen unterschätzen (Harris-Fox 2012, S. 12). Diese Studie untersuchte im Rahmen des größer angelegten CESAR trials die Sichtweise von Angehörigen mit Herz-Lungen-Maschine (genauer genommen einer ECMO, Extra Corporeal Membrane Oxygenation), anders aber als die bisher genannten Studien bedienten sie sich eines qualitativen Designs im Sinne einer Interviewstudie. Dabei wurden zehn offene Gespräche mit den Angehörigen spätestens ein Jahr nach der "ECMO-Erfahrung" geführt. Diese Studie erlaubte einen tiefgründigen Einblick in die Art, wie Angehörige den Einschluss eines schwer kranken Familienmitglieds in eine Studie erfahren und welche Bedürfnisse sie während und vor allem auch nach Ende der Intensivbehandlung haben.

Aus intensivmedizinischer Sicht sind die genannten Studien an Angehörigen von Patienten/innen mit Schädel-Hirn-Trauma und Herz-Lungen-Maschine zwar hochinteressant, da es sich um typisch intensivmedizinische Krankheitsbilder bzw. Therapiemethoden handelt, anzumerken ist jedoch, dass die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf das Erleben der Intensivstation durch die Angehörigen übertragbar sind, da die Autoren nicht eindeutig aufschlüsseln, wie viele der Patienten/innen wie lange rein intensivmedizinisch behandelt worden waren. Diesbezüglich deutlicher ist die Studie von Perez-San Gregorio et al., in der 76 Angehörige von schwer verletzten Intensivpatienten/innen 48 Stunden nach Aufnahme mittels CAQ (Clinical Analysis Questionnaire) auf psychopathologische Symptome untersucht wurden (Perez-San Gregorio et al. 1992). Bei mehr als der Hälfte der Angehörigen ließen sich Symptome einer Depression nachweisen. Diese waren bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Die Belastung der Angehörigen von schwer verletzten Patienten/innen scheint, nach vorsichtigem Vergleich mit oben genannten Studienergebnissen bzgl. Symptomen einer Depression, mindestens genauso hoch zu sein.

Dass es sich zumindest um eine außergewöhnliche Krise handelt, wenn ein Familienmitglied nach einem Unfall schwer verletzt in einem Krankenhaus behandelt wird, hatte wohl auch McLauchlan dazu bewegt, eine Sammlung an Handlungsanweisungen für den Umgang mit den Angehörigen in einer solchen Situation zu veröffentlichen (McLauchlan 1990). Sie beschrieb en détail wie das medizinische Personal die Angehörigen ansprechen, ihnen schlechte Nachrichten übermitteln und sie weiterbetreuen soll und zeigte dabei einen fundierten Einblick in deren Erlebniswelt. Leider sind diese Empfehlungen ohne Quellenbelege und wohl eher als eigene Erfahrungswerte zu verstehen.

Eine sehr innovative Studie mit ausgefallenem Design veröffentlichten 2002 Morse und Pooler: Sie untersuchten retrospektiv Videoaufzeichnungen von Angehörigen schwer verletzter Patienten/innen im Schockraum und leiteten aus Beobachtungen deren Verhaltens und verbaler Äußerungen mehrere Interaktionstypen ab (Morse und Pooler 2002). Diese qualitative Studie ist ein weiterer Beleg für das besondere Augenmerk auf die Situation der Angehörigen, wenn ein schwer verunfalltes Familienmitglied plötzlich in einem Krankenhaus versorgt werden muss, mit Ausgang ungewiss.

Synopsis der vorgestellten Studien

Seit Ende der 70er Jahre wurden also immer wieder Studien über die Situation der Angehörigen von Intensivpatienten/innen veröffentlicht. Diese beleuchteten vor allem die Bedürfnisse jener Angehörigen während der Intensivbehandlung und ob diesen auch zufriedenstellend entgegengekommen wurde. Ein weiteres Augenmerk lag auf psychischen Symptomen dieser Angehörigen, wobei viele Studien zu dem Ergebnis kamen, dass ein großer Teil unter den Nahestehenden unter Angst- und Depressionssymptomen litten und manche Monate danach sogar Zeichen eines PTBS aufwiesen. Ein Teil der Studien beschäftigte sich mit den Angehörigen ganz bestimmter Patientengruppen. Als Beispiele seien Patienten/innen nach Schädel-Hirn-Trauma, mit Herz-Lungen-Maschine und schwer verletzte Unfallpatienten/innen zu nennen. An mehreren Stellen wiesen Forscher/innen darauf hin, dass der überwiegende Teil der Studien einem quantitativen Design folgte, obwohl qualitative Ansätze eine tiefgründigere Erforschung der Erfahrungen solcher Angehöriger erlauben.

Fragestellung, Hypothese und Zielsetzung dieser Studie

An dieser Stelle soll nochmals die oben beschriebene Studie zu Nahestehenden von schwer verletzten Unfallpatienten/innen durch Perez-San Gregorio aufgegriffen werden. Mehr als 50% der Angehörigen zeigten wenige Tage nach Aufnahme der Patienten/innen Symptome einer Depression (Perez-San Gregorio et al. 1992). Dieses Ergebnis untermauert deutlich, dass die plötzliche Aufnahme eines verunfallten Nahestehenden auf eine Intensivstation ein einschneidendes und krisenhaftes Erlebnis für die Familienangehörigen sein muss. Warum dies der Fall ist und wie sich diese Symptome äußern bleibt jedoch unklar. Die Autoren/innen gaben in ihrer Veröffentlichung selbst das Desiderat ab, die genaue Ausprägung der genannten depressiven Symptome und eventuelle Stressoren, die diese befördern, zu identifizieren.

Ziel dieser Arbeit ist deshalb das bessere Verständnis der Angehörigen von schwer verletzten Patienten/innen auf einer Intensivstation auf der Basis der Hypothese, dass diese Angehörigen sowohl aufgrund der Intensivstation als Umgebung als auch wegen des plötzlichen Eintretens des Unfalls einer besonders krisenhaften Situation ausgesetzt sind. Durch den Fokus auf genau diese Patientengruppe wird versucht, einen Beitrag zu den bereits veröffentlichten Studien über Angehörige von Unfallpatienten/innen zu leisten, indem deren individuelle Situation beleuchtet und den eben genannten Stressoren auf den Grund gegangen werden soll. Die initiale Fragestellung soll also folgende sein:

Wie sieht die Lebenswelt Angehöriger von schwer verletzten Unfallopfern während der Intensivbehandlung aus unter der Annahme, dass diese aufgrund der Intensivstation als Umgebung und des plötzlichen Eintretens des Unfalls einer besonders belastenden Situation ausgeliefert sind?

Diese Fragestellung wurde in Anlehnung an die beiden Studien von Walters (Walters 1995) und Jamerson (Jamerson et al. 1996), die durch ihren ausgeprägten Erkenntnisgehalt herausstachen, formuliert. Beide erlauben einen tiefgründigen Einblick in die Erfahrungen und das Erleben der Angehörigen. Um ein ähnliches Ziel in dieser Untersuchung zu erreichen, boten sich diese Studien als methodologische Orientierung an.

Was bedeutet nun aber dieser zentrale Begriff der "Lebenswelt" in der Fragestellung? Die "Lebenswelt" als Begriff der phänomenologischen Philosophie Husserls meint "[...] eine Welt von miteinander kommunizierenden und gemäß verschiedener Zwecksetzungen [...] praktisch handelnden Personen, deren Interessen geschichtlich durch Tradition, durch Habitualitäten (z.B. habitualisierte Tätigkeiten und Berufe) und intersubjektive Motivation geprägt sind." (Gander und Breyer 2010, S. 184) Sie erfüllt als zugrundeliegendes Konzept dieser Forschungsfrage die Voraussetzungen der qualitativen Fragestellung, indem sie weder Kausalitäten noch Zusammenhänge, die dann in dieser Studie verifiziert werden müssten, suggeriert, sondern die Angehörigen als Subjekt in den Mittelpunkt der Beobachtung rückt, deren unmittelbares Erleben es zu untersuchen gilt.

Methode

Qualitative Forschung

Ziel der qualitativen Forschung ist es, "Neues zu entdecken und empirisch begründete Theorien zu entwickeln" (Flick 2016, S. 27) und "dabei weniger, Bekanntes (etwa bereits vorab formulierte Theorien) zu überprüfen" (Flick 2016, S. 27). Über die Lebenswelt von Angehörigen wie in dieser Fragestellung ist wenig bekannt. Diesbezügliche Theorien müssen erst aus Phänomenen abgeleitet werden und sind vorab nicht formulierbar. Ein qualitativer Forschungsansatz ist deshalb die Methode der Wahl zur Ergründung dieser Forschungsfrage.

Uwe Flick postuliert in seinem Einführungswerk wann qualitative Forschung anzuwenden ist: "Wissenschaftliche Forschung im Allgemeinen, naturwissenschaftliche wie auch geisteswissenschaftliche, sozialwissenschaftliche im Besonderen soll dann "qualitativ" vorgehen, wenn die Gegenstände und Themen nach allgemeinem Wissensstand, nach Kenntnis des Forschers oder auch nur nach seiner Meinung, komplex, differenziert, wenig überschaubar, widersprüchlich sind oder wenn zu vermuten steht, dass sie nur als "einfach" erscheinen, aber - vielleicht - Unbekanntes verbergen." (Flick et al. 1995, S. 16) Dass die Lebenswelt der Angehörigen in der Krise, ein schwerverletztes Familienmitglied auf einer Intensivstation zu haben, keinesfalls einfach ist, bleibt unumstritten. Es handelt sich

dabei um ein vielschichtiges und, wie oben genannt, komplexes Thema, dessen Erforschung nicht anhand a priori formulierter Theorien geschehen kann.

Wodurch zeichnet sich qualitative Forschung nun aber aus? Zum einen ist sie fundiert in der "Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien" (Flick 2016, S. 26). Diese soll bedeuten, dass das Untersuchte nicht der Methode und den Theorien angepasst wird (und somit auch nur das untersucht wird, was mit der jeweiligen Methode untersuchbar ist), sondern die richtige Methode an die Phänomene angepasst wird, die tiefensondiert werden sollen.

Ein weiteres Kennzeichen qualitativer Forschung ist die "Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven" (Flick 2016, S. 26). Dieser Punkt verweist auf die unterschiedlichen Hintergründe jedes einzelnen Falls mit jeweils subjektiver Sichtweise. Nur durch deren Berücksichtigung kann man der Vielschichtigkeit des Beobachtbaren gerecht werden.

Subjektiv sind in der qualitativen Forschung aber nicht nur die Untersuchten sondern auch - und dies ist im Gegensatz zu quantitativen Methoden explizit gewollt - die Untersucher. Dieser soll nicht möglichst aus der Gleichung, sozusagen als Störfaktor, herausgestrichen werden können, sondern ist essentieller Bestandteil derselben. Seine Reflexionen dienen maßgeblich der Beantwortung der Forschungsfrage (Flick 2016, S. 29). Das heißt, der Forscher begibt sich "ins Feld", in diesem Fall die Intensivstation, und interagiert mit den Untersuchten, den Angehörigen.

Erhebungsmethode

Wahl des Leitfadeninterviews als Interviewform

Um die Lebenswelt der Angehörigen in der Situation, ein schwer verletztes Familienmitglied auf einer Intensivstation zu haben, zu erforschen, bot es sich freilich an, mit diesen Gespräche zu führen. Es fiel deshalb die Entscheidung für die qualitative Erhebungsmethode des Interviews. Dieses trägt als Hauptmerkmal "den Befragten so viel offenen Raum wie möglich zu geben, damit diese so weitgehend wie möglich ohne fremdgesteuerte Strukturierungsleistungen und theoretische Vorannahmen - die von außen an sie herangetragen werden - ihre subjektiven Relevanzsysteme, Deutungen und Sichtweisen verbalisieren können." (Kruse 2015, S. 148)

In diesem Spannungsfeld zwischen Offenheit und Struktur steht eine Vielzahl verschiedener gut beschriebener Interviewformen. Es galt nun eine, oder vielmehr eine Kombination aus geeigneten Charakteristika dieser Formen, im Sinne der Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, für die Forschungsfrage dieser Studie auszuwählen. Ein wesentliches Entscheidungskriterium war dabei der Wunsch, möglichst viele Verwandtschaftsverhältnisse zwischen Angehörigen und Patienten/innen abzubilden. Um dabei aber eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen den Interviews herstellen zu können, wurde ein orientierender Interviewleitfaden erstellt (Flick 2016, S. 224).

Dieser sollte aber, um weiterhin der postulierten Offenheit qualitativer Interviews zu entsprechen, nur gewissermaßen als Gedächtnishilfe fungieren und nicht als linearer Handlungsfaden für das Gespräch. Gemäß Kruse zeichnen sich Leitfadeninterviews durch einen vorgegebenen Themenweg aus, können aber unterschiedlich stark strukturiert sein. Zum einen kann das Gespräch durch den Interviewten gesteuert werden und der Interviewleitfaden vielmehr nur als Spickzettel dienen, zum anderen kann ein Leitfaden auch detailliert ausgearbeitet sein und das Gespräch stärker von Interviewerseite aus lenken (Kruse 2015, S. 203–204).

Ein weiterer Grund für die Wahl des Leitfadeninterviews als Interviewform war der antizipierte Skeptizismus der Angehörigen gegenüber der Studie. Zu Beginn der Interviews sprachen viele Angehörige nicht frei heraus über ihre eigene Perspektive. Dies mag daran gelegen haben, dass monologische Gespräche keine "alltägliche Gesprächsorganisation" (Kruse 2015, S. 207) sind. Dementsprechend nahm der Interviewer in dieser Studie je nach Erfordernis der Gesprächssituation anfänglich eine lenkende, dialogisierende Haltung mit starker Anlehnung an den Leitfaden ein und hielt sich im Laufe des Interviews vielmehr zurück, sobald die Interviewten erkannten, dass sie ein "Recht" auf monologische Ausführungen hatten.

Zur Erstellung des Interviewleitfadens wurde ein Brainstorming über mögliche Fragen durchgeführt, die schließlich thematisch geordnet wurden. Anschließend wurden die Themen durch weitere Fragen ergänzt und mögliche Nachfragen untergeordnet. Diese sind so formuliert, dass sie sowohl immanent, also das Gesagte der Interviewten aufgreifend, als auch exmanent verwendet werden konnten, mit dem Ziel, Themenfelder noch genauer ansprechen zu lassen (Kruse 2015, S. 214). Ein

Beispiel hierfür ist die Frage aus dem Interviewleitfaden: „Wie empfinden Sie die Geräte und Geräusche?“. Diese wurde sowohl immanent verwendet, wenn die Interviewten die Geräte von selbst ansprachen, aber auch exmanent, um das Thema "Geräte" ansprechen zu lassen, wenn diese noch nicht zur Sprache gekommen waren.

Der letztendlich im Interview verwendete Leitfaden unterschied sich etwas von dem im Ethikantrag aufgeführten Leitfaden (s.h. initialer Interviewleitfaden im Anhang), da dieser besonders zu Anfang der Interviewphase etwas abgeändert wurde. Z.B. wurde die Frage „Wie empfinden Sie die Hilfsmittel, die direkt an Ihrem Angehörigen angebracht sind, zum Beispiel die metallenen Fixateure?“ entfernt, da diese von den Angehörigen nie angesprochen wurden und der Forscher sie deswegen als zu stark strukturierend und beeinflussend empfand.

Offenheit wurde dadurch garantiert, dass die Fragen der Themenblöcke nicht chronologisch gestellt wurden, sondern sich das Gespräch gemäß des Relevanzsystems des/der Interviewten strukturierte. Eröffnete der/die Interviewte also selbst ein Thema, führte der Interviewer das Interview fort, indem er dieses Thema vertiefen ließ und erst dann zu einem anderen Themenblock kehrte. Letztendlich hatte der Interviewer den Leitfaden bereits nach dem ersten Interview so verinnerlicht, dass dieser während der Gespräche nur am Rand des Tisches lag und lediglich am Ende der Interviews dazu diente, wichtige Themenkomplexe nicht auszulassen. Dies sollte garantieren, dass auch die Gesprächspartner nicht den Eindruck hatten, das Interview verlief nach einem vorgegebenem Schema und sie müssten prägnant und nicht zu ausführlich auf die einzelnen Fragen antworten.

Zwei der Interviews (Interview 15 und 20) wurden als Gruppeninterviews geführt. Dies lag nicht darin begründet, dass diese Interviewform für eine methodisch sinnvolle Ergänzung gehalten wurde, sondern einzig und allein an dem forschungspraktischen Grund, dass die Teilnehmer/innen dies so wünschten. Sowohl die Familie aus Interview 15 als auch das Schwesternpaar aus Interview 20 wollten das Gespräch nicht alleine bestreiten, um die andere/n Angehörige/n nicht alleine warten zu lassen. Zwei weitere Interviews, die methodologisch aus dem Rahmen fielen, sind die beiden auf Englisch geführten Interviews 6 und 16.

Ethische Aspekte

Vor Beginn der Studie wurde das Studiendesign durch die Ethikkommission der Universität Regensburg überprüft. Am 20.05.2015 erhielt das Projekt eine zustimmende Bewertung, da sich weder berufsethische, noch rechtliche Einwände ergeben hatten. Auf die ethischen Abwägungen und Maßnahmen zum Datenschutz soll hier nochmal kurz eingegangen werden.

Es stellte sich die Frage, ob es ethisch vertretbar ist, mit Angehörigen in einer ohnehin emotional belastenden Situation Interviews zu führen, die sensible Themen aufgreifen und sie dazu animieren würden, ihre innere Gefühlswelt nach außen zu tragen. Jedoch ist auch nachvollziehbar, dass nahestehende Personen von kritisch kranken Patienten das Bedürfnis haben können, ihre Ängste und Hoffnungen zu verbalisieren und zu teilen. Dafür gab es bereits Hinweise in ähnlichen Studien. So konstatierte Rodgers in ihrer Studie an Angehörigen von kardiochirurgischen Intensivpatienten/innen: „[...] relatives appeared eager to discuss their needs and expressed appreciation for the opportunity to participate in the study.“ (Rodgers 1983, S. 53)

Eggenberger und Nelms gehen noch einen Schritt weiter. In ihrem Artikel über Familieninterviews auf der Intensivstation als Forschungsmethode bezeichnen sie diese sogar als mögliche Intervention für Familien in der Krise: „[...] family interviews have the potential to allay family suffering and anxiety and enhance the family's capacity to endure the critical illness experience.“ (Eggenberger und Nelms 2007, S. 291)

Ob Angehörige tatsächlich das Bedürfnis hatten, über ihre Gefühle zu sprechen, wurde in dieser vorliegenden Arbeit sicher gestellt, indem sich der Interviewer die Einschätzung des medizinischen Personals, meist der Pflegenden, einholte. Diese hatten die Nahestehenden in ihrer Interaktion mit den Unfallopfern beobachten können, hatten meist auch schon mit ihnen gesprochen und waren somit in der Lage, einzuschätzen, ob diese ausreichend emotional stabil sein würden, um an den Interviews teilzunehmen. Diese waren zudem semistrukturiert. Sichtlich zu aufwühlende Fragen konnten somit individuell umgangen werden. Die Angehörigen wurden außerdem über das Interview aufgeklärt und konnten selbst entscheiden, ob

sie sich dieses in ihrer momentanen emotionalen Lage zutrauen würden (s.h. Aufklärungsblatt und Einverständniserklärung im Anhang).

Teilnehmer der Studie trugen dazu bei, dass das gegenseitige Verständnis zwischen Angehörigen und medizinischem Personal gestärkt und somit ein weniger belastendes Klima für alle Beteiligten im Umgang mit kritisch kranken Patienten geschaffen werden kann. Demgegenüber stand ein geringer Aufwand bezüglich des Interviews. Die Termine wurden so vereinbart, dass sie mit einem Angehörigenbesuch koinzidierten, sodass keine zusätzlichen Anfahrtskosten entstanden.

Um die erhobenen Daten der Angehörigen zu schützen, wurde eine Stammdatei mit personenbezogenen Daten (wie das Vorliegen der Einverständniserklärung, Geburtsdatum, Name) auf dem passwortgeschützten, nicht mit dem Kliniknetz verbundenen, persönlichen Rechner des Interviewers erstellt. Eine Weitergabe dieser Daten erfolgte nicht. Außerdem wurden in den Transkripten der Interviews alle Angaben, die möglicherweise personenidentifizierend sein könnten (Name, Wohnort, Name der behandelnden Ärzte/innen der Patienten/innen) durch Auslassungen gekennzeichnet (s.h. Abschnitt Transkripten).

Sampling

Für das Sampling der Studienteilnehmer/innen wurden einige Ein- und Ausschlusskriterien definiert. So wurden nur Angehörige oder sehr nahe stehende Personen (z.B. Partner, enge Freunde) von schwer verletzten Unfallpatienten/innen interviewt. Gemeint waren damit solche Patienten/innen, die bei einem Unfall, also einem von außen auf den Körper einwirkenden plötzlichen Geschehen, so schwer verletzt wurden, dass sie mindestens drei Tage - und zwar unmittelbar nach dem Unfall - intensivmedizinisch behandelt werden mussten. Auf eine etwaige medizinische Definition des Verletzungsmusters wurde bewusst verzichtet, um nicht ein medizinisch geprägtes Relevanzsystem den Studienteilnehmern/innen aufzuoktroieren. Dazu ein illustrierendes Beispiel: Eine Forscherin untersuchte Bewältigungsstrategien von schwangeren Frauen und versuchte die Hypothese zu überprüfen, dass die Coping-Strategien der Schwangeren mit dem Risikoniveau der Schwangerschaft stiegen. Dabei scheiterte sie aber deswegen, weil die schwangeren Frauen eine ganz andere Wahrnehmung der Situation hatten als die Forscherin.

Diese hatte das medizinische Konzept des Risikoniveaus auf die Schwangeren übertragen, die aber eben nicht medizinische Experten waren. Ihnen wurde das Konzept der Risikostratifizierung gewissermaßen aufgedrückt (Strauss und Corbin 2010, S. 28).

Darüber hinaus wurde darauf geachtet, sowohl weibliche als auch männliche Angehörige zu interviewen, um eventuelle geschlechterspezifische Unterschiede zu erfassen. Eine Einschränkung im Alter der Teilnehmer/innen war dadurch gegeben, dass eine grundlegende emotionale Reife für das Interview zu deren Schutz und ein Verständnis für die medizinische Situation vorausgesetzt wurde. Kinder unter 14 Jahren waren somit von der Studie ausgeschlossen.

Einschlusskriterien waren außerdem, dass die Teilnehmer/innen mit der jeweiligen Krankheitsgeschichte, die zur intensivmedizinischen Versorgung geführt hatte, in Grundzügen vertraut waren, den Patienten also schon mindestens einmal auf der Intensivstation besucht hatten. Außerdem sollten sie sich seelisch in der Lage fühlen, an einem Interview teilzunehmen, was sowohl während der Rekrutierung als auch nochmals direkt vor dem Gespräch erfragt wurde. Zudem waren ausreichende Deutschkenntnisse eine Voraussetzung. Von letztem Einschlusskriterium wurden die zwei oben genannten Ausnahmen im Sinne englischsprachiger Interviews gemacht (S.47).

Zur Rekrutierung der Interviewpersonen fand das sog. "pick-up"-Verfahren Anwendung (Kruse 2015, S. 252). Das heißt, dass die Interviewteilnehmer/innen direkt auf der Intensivstation rekrutiert wurden. Der Interviewer stellte sich entweder im Patientenzimmer oder im Wartezimmer vor und präsentierte das Forschungsvorhaben. Dabei erklärte er die Zielsetzung, nämlich Angehörige besser zu verstehen, und bekräftigte, dass für sie aus der Studie weder ein Vorteil noch ein Nachteil bestehen würde. Er erläuterte den Rahmen und die Art des Interviews als offenes Gespräch von etwa einer halben bis dreiviertel Stunde Dauer im Besprechungsraum der Intensivstation, das die Angehörigen aber jederzeit abbrechen könnten.

Manche stimmten sofort zu, andere waren zunächst skeptisch. Diesen wurde angeboten, dass sie die Teilnahme an der Studie überdenken und dass nochmal auf sie zugegangen würde. Im Endeffekt verzichtete der Interviewer nur einmal darauf,

Angehörige überhaupt anzusprechen. Bei diesem Fall handelte es sich um einen schizophrenen Patienten nach Suizidversuch, der zu seinen Angehörigen laut der Pflegenden zudem ein schlechtes Verhältnis hatte. Mit einem weiteren Angehörigen war der Interviewer bereits im Besprechungszimmer, als er erkennen musste, dass dieser Familienvater viel zu mitgenommen war und das Interview ihn wahrscheinlich stark aufwühlen würde, weshalb er ihn zu seinem Sohn zurückbegleitete und auf das Interview verzichtete. Insgesamt wünschte nur eine angesprochene Angehörige von sich aus, nicht teilzunehmen.

Die Interviews 3 und 4 wurden letztendlich nicht in die Auswertung miteinbezogen, weil die interviewte Schwester (Interview 3) nachträglich ihr Einverständnis entzog. Aus diesem Grund wurde auch das Interview mit der Ehefrau des Patienten (Interview 4) nicht analysiert, um keinen Konflikt innerhalb der Familie in Gang zu setzen.

Durchführung

Durchführung der Interviews

Alle Interviews wurden im Besprechungsraum der operativen Intensivstation 90 des Universitätsklinikums Regensburg geführt. Im Raum befanden sich nur der/die Interviewte/n und der Interviewer. Um eine Störung des Gesprächs, z.B. durch plötzlich ins Zimmer tretende Personen zu vermeiden, wurde während der Interviews an die Tür ein Hinweisschild "Bitte nicht stören" angebracht.

Zunächst erklärte der Interviewer den Interviewten erneut die Zielsetzung der Studie und die Art des Interviews als offenes Gespräch, bei dem sie der zentrale Punkt seien und der Interviewer in den Hintergrund rücken würde. Die Studienteilnehmer/innen wurden vorweg zum freien Sprechen animiert und es wurde erklärt, dass der Interviewleitfaden, der am Rand des Tisches positioniert war, nur als Gedankenstütze dienen würde, aber keinesfalls das Gespräch strukturieren sollte.

Weiterhin wurde hervorgehoben, dass sie aus der Studie keinen Nutzen für sich oder ihre nahestehenden Intensivpatienten/innen ziehen würden, aber unter Umständen zukünftigen Angehörigen durch ein besseres Verständnis ihrer Situation seitens der medizinischen Akteure helfen könnten. Der Interviewer betonte, dass die

Angehörigen jederzeit das Gespräch abbrechen könnten und auch auf bestimmte Fragen nicht eingehen müssten, wenn sie diese nicht beantworten möchten.

Zuletzt wurde ihnen das Aufnahmegerät vorgestellt und erklärt, dass die Aufnahmen nur der Transkription dienen würden, aus denen dann alle Stellen entfernt werden würden, die auf ihre Person zurückführen könnten, sodass die gewonnenen Daten letztendlich anonym seien. Daraufhin fragte der Interviewer die Angehörigen, ob sie alles verstanden hätten oder ob noch offene Fragen vorlägen und gab ihnen die Einverständniserklärung zur Unterschrift und den Aufklärungsbogen für ihre eigenen Unterlagen.

Als Aufnahmegerät wurde anfangs ein digitaler Recorder verwendet, der aber leider während des Interviews 6 aufhörte zu funktionieren. Deswegen wurde ab diesem Zeitpunkt das passwortgeschützte Smartphone des Interviewers benutzt. Der sorgsame Umgang mit den Daten wurde gewährleistet, indem die Audiodateien unmittelbar nach dem Interview auf den Privatrechner des Interviewers überspielt und von dessen Smartphone gelöscht wurden. Die Interviews dauerten zwischen 10 und 62 Minuten.

Postskriptum

Am Ende jedes Interviews begleitete der Interviewer den/die Interviewte/n zu den jeweiligen Patienten/innen und kehrte nochmals in den Besprechungsraum zurück, um unmittelbar ein Postskriptum festzuhalten. Dies erfolgte an seinem Privatrechner in einer fortlaufenden Textdatei. Ziel des Postskriptums war es, situative Aspekte des Gesprächs festzuhalten, die sonst durch die alleinige Transkription verloren gegangen wären. Dabei hielt der Interviewer sowohl seinen Eindruck seiner Gesprächsführung, seine Wahrnehmung der Gesprächspartner/innen als auch die generelle Atmosphäre während des Interviews fest. Wurden vor und nach dem Interview noch wesentliche Inhalte ausgetauscht, wurden diese hinzugefügt. Des Weiteren diente das Postskriptum dazu, ad hoc Ideen zur Interpretation des geführten Interviews festzuhalten, wenn das Gespräch beispielsweise außergewöhnliche inhaltliche Schwerpunkte im Vergleich zu anderen Interviews aufwies.

Transkription

Der Interviewer selbst transkribierte die Gespräche während der Interviewphase der Studie. Um eine einheitliche, nachvollziehbare und professionelle Transkription der Interviews zu gewährleisten, fiel nach der mühsamen Transkription der ersten beiden Interviews mittels Text- und Audiodatei die Entscheidung für die Verwendung der Software f4-Transkript. Diese ermöglichte das synchrone Arbeiten an Transkript und Audiodatei, die Reduktion der Sprechgeschwindigkeit und das einfache Setzen von Zeitmarken nach jedem Absatz, sodass sich Textstellen unkompliziert in der Audiodatei wiederfinden lassen. Da nur der Interviewer selbst die Interviews geführt und transkribiert hat, sind die Transkripte einheitlich und die Interviews bis auf wenige unverständliche Stellen vollständig transkribiert. Der Transkriptionsprozess sah folgendermaßen aus: Zunächst wurden in etwas reduzierter Sprechgeschwindigkeit zehn Minuten des Interviews transkribiert. Alle zehn Minuten erfolgte dann eine Korrekturphase des Transkribierten, um Flüchtigkeitsfehler unmittelbar auszugleichen. Namen und Orte wurden folgendermaßen anonymisiert: Sowohl Ortsnamen als auch Eigennamen wurden durch ein XY ersetzt, außer die Universitätsklinik Regensburg, da diese als Behandlungsort ohnehin bekannt war. Um die Beziehung einzelner Personen zu den Interviewten deutlich zu machen wurde diese, sofern es relevant war, in Klammern angeschlossen: "(...) der XY (Sohn) ist noch im Bad hinten gewesen und gemeint, jetzt wartest du noch ein bisschen." (Interview 7, Abs. 59) Dasselbe galt für Ortsbezeichnungen, insofern ihre Lage oder die Größe des Ortes eine besondere Relevanz für das inhaltliche Verständnis hatten: "Haben Sie sonst in der Nähe von XY (Wohnort des Interviewten) irgendwelche Verwandten?" (Interview 5, Abs. 13) Am Kopf jedes Interviews wurden folgende Details festgehalten: Name des Projekts, Ort, Datum, Zeitpunkt und Dauer des Interviews; Person, durch welche die Transkription erfolgte; Bezeichnung der Personenkürzel.

Da der Interviewer selbst die hohe Zahl der Interviews transkribierte, fiel allein aus forschungspraktischen Gründen die Wahl auf ein einfaches Transkribiersystem, das auch Kuckartz et al. so vorschlugen (Kuckartz et al. 2008, S. 27). Diese Entscheidung ging nicht auf Kosten der inhaltlichen Aussagekraft der Interviews, weil eine feinsprachliche Analyse - die ein komplexeres Transkribiersystem ermöglicht hätte - für die Forschungsfrage weder vorgesehen noch notwendig war. Aufgrund

seiner Vollständigkeit, Übersichtlichkeit und guten Praktikabilität wurde das einfache Transkribiersystem aus dem Praxishandbuch der f4-Software übernommen (Dresing und Pehl 2015, S. 20–25) und nur minimal adaptiert (s.h. Transkribiersystem im Anhang).

Analyseverfahren

Um nun aus den Interviews eine gegenstandsbezogene Theorie bezüglich der Lebenswelt der Angehörigen zu ziehen, wurde die Methode des theoretischen Codierens angewendet, welches aus dem offenen, axialen und selektiven Codieren der Texte bestand (Flick 2016, S. 387–388). Zur Datenverwaltung und zum übersichtlichen Codieren der Interviewtexte fand die Software MAXQDA® Anwendung. Solche Programme werden „heute nahezu standardmäßig für die Analyse qualitativer Daten eingesetzt“ (Kuckartz 2016, S. 163). Die in das Programm eingespeisten Transkripte wurden folgendermaßen analysiert.

Zunächst erfolgte die offene Codierung. Das heißt, dass keine a priori Codes verwendet wurden, sondern die Codes nach und nach aus den Texten heraus entstanden. Dies geschah Zeile für Zeile, wobei versucht wurde, den Passagen einen bereits möglichst abstrahierten Code zuzuschreiben (Flick 2016, S. 388–393). Die codierten Textausschnitte wurden immer so gewählt, dass diese auch möglichst für sich alleine stehen konnten (Kuckartz et al. 2008, S. 43). Somit wurden also nicht einzelne Wörter, sondern immer ein ganzer Kontext codiert, der meist mehrere Sätze umfasste. Abbildung 1 zeigt ein Beispiel aus MAXQDA®, in dem einer Interviewstelle der Code „Optimismus“ zugeteilt wird.

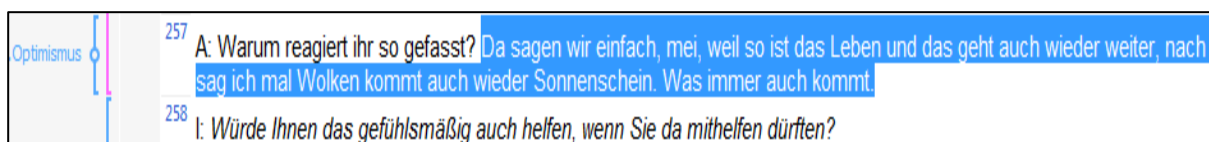


Abbildung 1: offenes Codieren in MAXQDA

Zu den Codes wurde immer gleichzeitig eine Codedefinition entwickelt, die dergestalt war, dass auch eine andere Person die Codes richtig zuordnen hätte können (Kuckartz et al. 2008, S. 39–40). Die Definitionen wurden in sog. Code-Memos in MAXQDA® festgehalten. Memos dienten aber auch einem anderen Zweck: Sobald der Codierer eine analytische Idee hatte oder sich eine Auffälligkeit im Text ergab, schrieb er eine Memo, die er an der jeweiligen Textstelle in der Software verankerte

(Kuckartz et al. 2008, S. 178). In Abbildung 2 ist die Definition des Codes „Optimismus“ in einer solchen Code-Memo dargestellt.

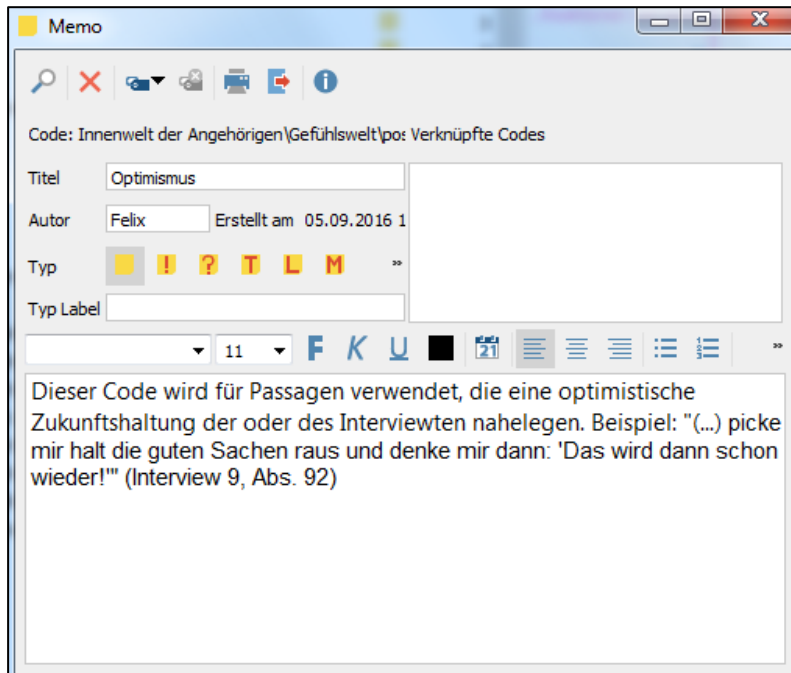


Abbildung 2: Code-Memo in MAXQDA

Während des offenen Kodierens wurden bereits Zusammenhänge zwischen den Codes evident, welche zunächst nur sehr intuitiv mittels Farben dargestellt und später dann anhand von Kategorien und Subcodes organisiert wurden. Diese Vorgehensweise war bereits Teil des axialen Codierens, bei dem "[...] Beziehungen zwischen diesen Kategorien und anderen Kategorien herausgearbeitet (werden)." (Flick 2016, S. 393) Dieses Sortieren und Verknüpfen der Codes zu einem System wurde maßgeblich durch die Verwendung von MAXQDA® erleichtert, da "der große Vorteil von QDA-Software ist, dass im Unterschied zum Arbeiten mit Papier und Stift(en) die so generierten Codes nicht nur neben dem Text stehen, sondern zudem automatisch in einem gesonderten Codesystem festgehalten werden." (Kuckartz 2016, S. 178) Beispielsweise wurde der Code "Optimismus" dem Code "positive Gefühle" untergeordnet, welcher wiederum ein Code der Kategorie "Gefühlswelt" darstellte. Dieser Ausschnitt aus dem Codesystem findet sich in Abbildung 3.

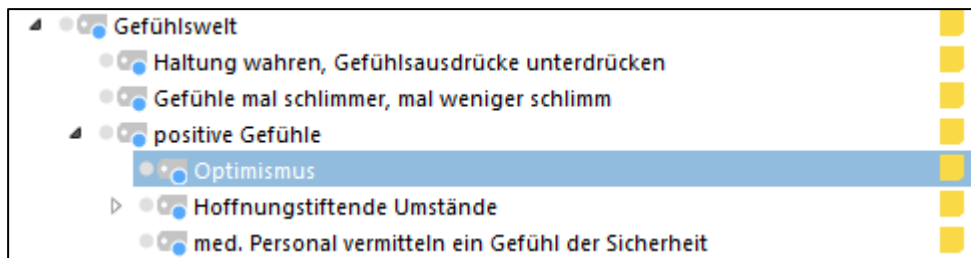


Abbildung 3: Ausschnitt aus Codesystem

Nachdem alle Interviews offen codiert waren, ging der Codierer diese nochmals von vorne her durch, um Codes, die sich erst bei den letzten Interviews ergaben auch auf die ersten anzuwenden. Das Resultat war eine Sammlung von definierten Codes, die in Kategorien und Subcodes organisiert waren, und eine Liste von im Text und teilweise in einzelnen Codes verankerten Memos (Flick 2016, S. 392). Diese hierarchische Liste der Codes ist im Anhang angefügt. Dabei finden sich die einzelnen Kategorien und darunter die Codes und die dazugehörigen Codings. Auf die Auflistung jedes einzelnen Textabschnitts wurde wegen der großen Anzahl codierter Passagen verzichtet.

In Bezug auf die Grounded Theory Methodology beschreibt Kuckartz das weitere Vorgehen so: "Alles Interessante, was in den Texten vorkommt, wird zunächst codiert, d.h. mit einer abstrakteren Bezeichnung, einem Label, versehen. Im zweiten Schritt der Analyse bewegt man sich dann auf der Ebene der Codes, welche sinnvoll gruppiert und in Bezug auf ihre Verbindungen hin untersucht werden." (Kuckartz 2016, S. 180) Um eine Systematik zu finden, wurden zwei Herangehensweisen der Grounded Theory verwendet. Zum einen wurden die W-Fragen (Was, Wer, Wie, Warum, etc.) an die einzelnen Codes gerichtet, um Verknüpfungen mit anderen Codes zu entdecken (Strauss und Corbin 2010, S. 57). So konnte beispielsweise die Kategorie "die Angehörigen als Beobachter der Patienten" entstehen, die dann alle Codes subsummierte, in denen die Angehörigen (Wer?) die Patienten/innen (Wen?) beobachteten (Was?).

Zum anderen fand das "tool" des Kodierparadigmas Anwendung (Strauss und Corbin 2010, S. 78). Dabei hielt der Codierer nach ursächlichen Bedingungen der beobachtbaren Phänomene (also der Codes), nach möglichen Konsequenzen, Kontextfaktoren und dahinterstehenden Handlungsstrategien Ausschau.

Ergebnisse

Darstellungsform der Ergebnisse

Wie man unschwer in dem eben beschriebenen Analysevorgang erkennen kann, ist es - ganz anders als bei quantitativen Studien - schwer, die Ergebnisse objektiv darzustellen, um sie im Anschluss zu interpretieren. Die eigene Haltung des Interviewers und Codierers fließt in allen Abschnitten der Auswertung mit ein. Die Auswahl relevanter Passagen, die Abstrahierung der Codes, die Verknüpfung der Codes untereinander und die Auswahl einer Kernkategorie sind subjektive Prozesse, die bei jedem/r anderen Forscher/in ein verschiedenes Ergebnis geliefert hätte.

Wie eingangs beschrieben ist diese Subjektivität aber ein bewusstes Charakteristikum der qualitativen Forschung und die Interpretation - und auch die Spekulation - das eigentlich Ergebnis. Um dennoch eine möglichst große Nachvollziehbarkeit des Interpretationsprozesses zu gewährleisten, sind die Ergebnisse der Analyse im Ergebnisteil folgendermaßen dargestellt:

Zunächst werden die einzelnen Kategorien des hierarchischen Codiersystems mit den dazugehörigen Codes präsentiert. Dabei wird gewissermaßen von außen nach innen vorgegangen, also zunächst beschrieben, wie die Angehörigen die Intensivstation und das medizinische Personal wahrnehmen, um anschließend auf deren Gefühlswelt einzugehen. Das Ergebnis des selektiven Codierens, also die Darstellung der Kernkategorie, wird zum Abschluss des Ergebnisteils dargestellt, da dies der subjektivste Teil dieser Arbeit ist. Die Passagen aus den Interviews werden folgendermaßen zitiert: (Nummer des Interviews/Absatz, in dem das Zitat enthalten ist). Das Zitat (1/49) findet sich beispielsweise im Transkript des Interviews 1, im Absatz 49. Für einen Überblick über die geführten Interviews sorgt Tabelle 1. Diese enthält Informationen zu den Interviewten, Patienten/innen und den Interviews selbst. Das Alter der Interviewten und Patienten/innen bezieht sich auf den Zeitpunkt des jeweiligen Interviews. Bei der Angabe der Hauptdiagnose wurden die Informationen aus den Verlaufsdocumenten der Intensivstation übernommen, wobei hier teilweise die Angabe des ISS fehlte. Wurde die Diagnose Polytrauma im Verlaufsbericht nicht gestellt, finden sich in der Tabelle Angaben zum Verletzungsmuster. Das Polytrauma ist definiert als Verletzung mehrerer Körperregionen oder Organsysteme, wobei wenigstens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer vital bedrohlich ist und

ein Injury Severity Score (ISS) größer oder gleich 16 vorliegt. Der ISS (Injury Severity Score) berechnet sich aus Einzelscores, die die Verletzungsart und -schwere der einzelnen Körperregionen bewerten (Antolovič 2014, S. 976).

ID-Nummer des Transkriptes	Alter des/der Interviewten	Alter des/der Patienten/in	Verwandtschaftsgrad zum/r Patienten/in	Hauptdiagnose (evtl. ISS, Unfallursache)	Dauer des Interviews (Minuten)	ICU-Aufenthalt des/der Patienten/in (Tage)
1	53	21	Vater	Polytrauma (ISS 32, Autounfall)	60	20
2	55	50	Ehefrau	Polytrauma (ISS 25, Motorradunfall)	30	28
5	75	67	Ehemann	Polytrauma (ISS 41, Verkehrsunfall)	40	15
6	59	24	Vater	Polytrauma (ISS 29, Fahrradunfall)	Teil 1: 25, Teil 2: 45	12
7	57	53	Ehefrau	Mehrfachverletzter mit hämorrhagischem Schock (Autounfall)	45	14
8	38	40	Schwester	Polytrauma (ISS 36, Autounfall)	38	13
9	23	49	Sohn	Polytrauma (Autounfall)	47	13
10	19	45	Sohn	Polytrauma (Treppensturz)	47	4
11	53	52	Ehemann	Polytrauma (ISS 34, Autounfall)	35	37
12	45	31	Verlobte	schweres ARDS bei schwerer Lungenkontusion bds., Z.n. Traumareanimation (Autounfall)	42	14
13	52	75	Schwieger-tochter	HWK 3/4-Luxationsfraktur mit hohem Querschnitt (Treppensturz)	43	4
14	48	45	Ehefrau	Polytrauma (ISS 24, Autounfall)	29	28
15	49, 53, 17	23	Mutter, Vater, Schwester	Traumatische Amputation Hemipelvis (Autounfall)	32	147
16	37	31	Ehemann	Polytrauma (ISS 29, Autounfall)	38	23
17	50	19	Mutter	Polytrauma (Autounfall)	45	7
18	47	49	Ehemann	Polytrauma (ISS 36, Sturz)	23	9
19	56	35	Onkel	Polytrauma (ISS 26, Sturz)	17	6
20	55, 42	52	Schwester	Polytrauma (ISS 18, Mopedunfall)	35	24
21	30	30	Ehefrau	Polytrauma (ISS 24, Motorradunfall)	22	6

Tabelle 1

Darstellung der Kategorien

Wahrnehmung der Intensivstation

Wenngleich dies keine quantitative Studie ist, scheint es dennoch erwähnenswert, dass die meisten Interviewten vor dem Interview bereits auf einer Intensivstation gewesen sind. Fünf der Teilnehmer/innen sind selbst einmal als Patient/in intensivmedizinisch behandelt worden (5/26-46; 12/39; 15/23; 16/80-81; 19/19-21). Nur wenige Teilnehmer/innen haben noch nie eine Intensivstation betreten (6 Teil1/93-94; 9/37-42; 14/18-21; 15/47-49). Zwei davon haben eine durch das Fernsehen geprägte Vorstellung:

"Das ist ja kein normales Bild und man kennt's ja aus dem Fernsehen. Da ist man deswegen nicht ganz so geschockt." (9/56)

Die Ehefrau eines Patienten beschreibt ihre Vorstellungen von einer Intensivstation folgendermaßen, bevor sie diese zum ersten Mal betritt:

"Wie halt so Krankenhäuser sind. Meistens dunkel, steril, alles weiß, mei, viele Verletzte, und so weiter. Und halt, ja, ich habe halt gleich gemeint, ich muss so einen Schutzanzug und sowas anziehen, wenn ich da reinkomme. Das war aber alles dann nicht so (schmunzelt). Aber sonst, da macht man sich gar nicht so viele Vorstellungen, weil entweder man sieht es im Fernsehen oder man denkt da gar nicht so weit, wenn man nicht in so eine Situation dann kommt. Da denkt man nicht nach, wie es in so einer Intensivstation aussieht oder so, weil, siehst es im Fernsehen und das war es dann eigentlich." (14/21)

Die Vorstellung, eine Schutzkleidung anziehen zu müssen, hat auch ein anderer Interviewter (18/171).

Das Bild zweier Angehöriger, die bereits auf einer Intensivstation gewesen waren, ist von den Intensivgeräten geprägt:

" (...) technische Geräte und Patienten, die halt nicht ansprechbar sind oder einfach an so Maschinen hängen, so jetzt, also, wie heißt das Lungen, Herz-Lungen-Maschine, Beatmungsmaschine und so Sachen. Ja, das war schon immer meine Vorstellung von Intensiv." (1/37)

"(...) dass er so verkabelt ist und dass die vielen Geräte angeschlossen sind, also das habe ich mir schon so vorgestellt, so in die Richtung." (2/23)

Einige Teilnehmer/innen verbinden mit einer Intensivstation auch die lebensbedrohliche Situation, in der sich die Patienten/innen befinden. Diese Vorstellung ist negativ oder gar mit Angst behaftet:

"Also, wenn man in einer Intensivstation ist, dass man in schwieriger Lebensgefahr und schwierige Situation ist, dass man eine große Problem hat, sonst man geht nicht in Intensivstation. (...)Ja, hat uns Angst gemacht, weil das, wie gesagt, wenn man bei uns halt eine Schockraum, heißt das auf Albanisch, das heißt, dass man in den Intensivstation geht, wenn nur, wenn sehr, sehr schwierige, also sehr schlecht Zustand ist, also." (19/29-31)

Hier spielt der albanische soziokulturelle Hintergrund eine Rolle in der Vorstellung der Intensivstation. Aber auch ein Vater, der bisher nur Erfahrungen in deutschen Intensivstationen gemacht hat, äußert ein ähnliches Bild:

"Ja, also Intensiv verbindet man immer mit dem, da geht's um Leben und Tod, also das ist immer, ich würde sagen, schon immer negativ behaftet." (1/39)

Ein weiteres Charakteristikum einer Intensivstation in der Vorstellung der Angehörigen ist das Gefühl der Ungewissheit, das damit einhergeht, dass ein/e Nahestehende/r dort behandelt wird:

"(...) das erste Mal hergehen, mei, das Ungewisse, da ist natürlich schon, wenn man hört, man ist auf Intensiv und und und, das ist zuerst schon mal negativ besetzt (...)" (1/43)

Dieses Gefühl der Ungewissheit findet sich auch in (7/45), (17/219) und (21/19). Der Vater, der in diesem Zitat (1/43) das Gefühl der Ungewissheit äußert, ist aber bereits vorher einige Male auf einer Intensivstation gewesen. Angehörige, welche die Erfahrung Intensivstation schon einmal gemacht haben, haben es also in der aktuellen Situation nicht zwangsläufig leichter. Eine Mutter, die bereits mehrere nahe Angehörige in einer Intensivstation hatte, berichtet sogar, dass bei ihr "die Alarmglocken läuten" (20/88), wenn sie hört, dass jemand intensivmedizinisch behandelt wird. Eine andere Angehörige, die Vorerfahrungen mit Intensivstationen

hat, beschreibt ein Gefühl der Angst, obwohl sie im selben Zuge erklärt, dass Intensivstation für sie bedeutet, dass dort auf die Patienten/innen "besser eingegangen" wird (20/125-127). Sie hat das Gefühl, dass dem/r Intensivpatienten/in schneller geholfen wird und verbindet mit den Geräten und Monitoren ein Gefühl der Sicherheit (20/101, 115). Die Vorstellung einer Intensivstation vor dem ersten Betreten muss also nicht zwingend negativ geprägt sein. Die Schwester eines Patienten beschreibt ihre Ansicht so:

"Also ich habe am Anfang immer Intensiv eher, also Intensivstation, habe ich mir nichts arg so Schlimmes vorgestellt. (...) Ja, ich habe mir immer eher, hm, wenn jetzt mal wer, keine Ahnung, erzählt hat: "Ja, der Opa oder so ist auf Intensiv.", dann habe ich mir halt immer gedacht, ja, weil es halt wahrscheinlich schon ein älterer Mann ist und es halt einfach nicht mehr so klappt (...)" (15/47-49)

Wie sich Angehörige eine Intensivstation vorstellen, ist also nicht pauschal zu beantworten. Es spielen unter anderem der soziokulturelle Hintergrund und das durch die Medien und die Umwelt vermittelte Bild eine Rolle. Angehörige, die bereits Erfahrungen mit Intensivstationen gesammelt haben, sind darüber hinaus keineswegs vor Gefühlen der Ungewissheit und Angst gefeit. Die Verlobte eines Patienten ist schon mehrmals auf einer Intensivstation gewesen. Dennoch bekräftigt sie:

"Es ist was anderes, wenn der Partner drin liegt. Ich glaube es ist auch wieder was anderes, wenn das Kind drin liegt. Es ist wieder was anderes, wenn Vater oder Mutter oder, wie bei mir, der Großvater. Das ist, es ist immer wieder was anderes. (...) Man kann das nicht miteinander vergleichen! Das ist, es ist auch jedes Mal wieder eine andere Erfahrung." (12/47-49)

Ein paar Angehörige sind darüber gar nicht informiert, dass ihr/e Nahestehende/r intensivmedizinisch behandelt werden muss. Sie erwarten weniger schlimme Unfallschäden und erfahren die tatsächliche Tragweite erst kurz vor Betreten der Intensivstation: (8/42), (9/50), (13/50), (16/86-89). Eine Angehörige wird über die Schwere der Verletzungen während der Herfahrt zum Krankenhaus informiert:

"Ich habe mir halt dann gedacht: Ja mei, vielleicht hat sie sich den Arm gebrochen oder irgendwas, dass sie halt/ Dann nehmen wir sie halt morgen wieder mit. Und

dann, wie wir halb herunteren waren, ruft die Polizei an. Und dann schaust du mal dumm aus der Wäsche." (18/133)

Bevor die Angehörigen die Intensivstation zum ersten Mal betreten sind Angstgefühle möglich. Eine Ehefrau begründet diese darin, dass sie nicht wisse, was sie erwarten werde. Die Gefühle werden schlimmer, als sie den Aufzug in das Untergeschoss nimmt und die "Luft" dort einatmet (14/162-165). Doch verschwindet die Angst nach Betreten der Intensivstation:

"Also ich habe am Anfang Angst gehabt, ganz viel Angst beim Herfahren, beim ersten Mal, aber dann, wo ich herin war, war es gar nicht so schlimm. Es war dann irgendwie dann weg." (14/29)

Die Vorstellungen von einer Intensivstation und die damit verbundenen Gefühle sind also nicht starr. Sie können sich im Laufe der Behandlung verändern: (1/43), (8/42). So beschreibt die Schwester eines Patienten, wie sich die Anspannung nach den ersten Tagen zu lösen beginnt:

"Für mich war das vielleicht angespannt, wie ich das alles gesehen habe und das. Aber wie gesagt, das waren die ersten zwei, drei Tage. Gestern oder heute wusste ich schon was mich erwartet, wie das alles aussieht, das sind die ersten Tage." (8/132)

Eine Ehefrau ist überrascht, dass sich ihr Bild einer Intensivstation sogar in ein positives wendet:

"Das Positive irgendwie. Wenn man da so hereingeht, das ist gar nicht so schlimm, wie man meint. Ich habe eigentlich mehr gemeint, dass, ja, so wie Intensivstation, dass alle so traurig herumlaufen irgendwie so, weil da viele Verletzte sind oder so." (14/29)

Ähnlich positive Konnotationen mit der Intensivstation berichtet auch der Vater eines jungen Unfallopfers. Er sieht als Grund dafür die freundliche Haltung des Personals ihm und seiner Frau gegenüber (6 Teil 1/134). Einige Male beschreiben die Angehörigen auch ihre zunehmende Gewöhnung an die Intensivgeräte und deren Geräusche: (1/189-191), (14/55), (15/162). Diese Gewöhnung kann die innere Anspannung reduzieren:

"Du stehst da da und dann, du kennst es nicht, irgendwas piept und die ganzen Schläuche und alles und dann denkst du dir schon immer: "Hey, kommt da jemand?" Ähm, aber nach einer Zeit, jetzt nach ein paar Tagen merkst du auch, okay, das ist für den Blutdruck, das ist für die Luft, okay, der Wert ist so, okay, das piept zwar, aber es ist nicht kritisch und dann. Ja klar, und irgendwann kriegst du ein Verständnis dafür und da kommst du halt rein, aber das ist halt. Wie mit dem, mit dem Autofahren, das musst du auch am Anfang erst lernen, dann ist es halt einmal so schlimm und dann kommst du ja dann rein." (9/146)

Die Vorstellung einer Intensivstation und die damit verbundenen Gefühle ändern sich also im Laufe der Intensivbehandlung. Die Angehörigen nehmen das medizinische Personal wahr und gewöhnen sich an die Geräte, sodass sich eine anfängliche Anspannung lösen kann.

Bisher wurden die Vorstellungen von einer Intensivstation beschrieben. Im Folgenden sollen nun die eigentlichen Wahrnehmungen der Nahestehenden dargestellt werden. Beim ersten Betreten des Intensivzimmers fallen vielen Angehörigen die Gerätschaften auf: (5/78), (6 Teil 1/103-106), (18/202-205), (19/63). Dennoch wandert die Aufmerksamkeit bald zum/zur Patienten/in:

"Ja alles halt: die Schläuche, alles. Das ist ja kein normales Bild und man kennt's ja aus dem Fernsehen. Da ist man deswegen nicht ganz so geschockt. (...) Also ich habe das ignoriert. Ich habe mir halt gedacht hey, habe halt geschaut. Antwortest du überhaupt noch? Was geht ab?" (9/56)

Oftmals spielen die Geräte aber keine Rolle und das erste, was beim Eintreten in das Zimmer zählt, ist der Anblick des/der Patienten/in: (13/161), (7/47). Der Vater eines Verunfallten berichtet:

"Genau, und dann sind wir reingegangen und dann war einfach der erste Wunsch, da habe ich jetzt nicht so an das Zimmer gedacht und die Ausstattung, sondern einfach da mal, wie finde ich den Sohn vor." (1/63)

Die meisten Angehörigen nehmen die Geräte aber wahr. Welche Gefühle diese auslösen, kann dabei sehr unterschiedlich sein. Einige empfinden ein Angstgefühl: (8/43-44, 105-112), (12/334), (14/55), (15/166-168), (16/196), (17/142). Dieses kann

sich aber durch eine zunehmende Gewöhnung mildern (s.o., 9/146). Eine Ehefrau erkennt die Abhängigkeit ihres Mannes von der Beatmungsmaschine:

"So was macht natürlich einem schon Angst, wenn man weiß, da sind jetzt, er kann jetzt nicht mehr selbst schnaufen und so und das sind jetzt die Geräte, die wo jetzt alles für ihn machen." (14/163)

Dieses Gefühl findet sich jedoch keineswegs bei allen Angehörigen. Im Gegenteil, vielen verleihen die Geräte sogar ein Sicherheitsgefühl: (2/24), (5/75-80), (6 Teil1/108), (7/51), (10/273), (19/63), (20/101, 129). Dieser Angehörigen geben sie beispielsweise das Gefühl der optimalen Versorgung ihres Verlobten:

"Desto mehr Geräte ich sehe, desto mehr Hoffnung habe ich und mehr habe ich das Gefühl, dass alles unternommen wird. Jetzt wenn hier gar kein Gerät nicht steht, dann denke ich: Okay, das ist nicht viel hier, da kann nicht viel passieren!" (13/220)

Insgesamt werden meist die Gerätschaften insgesamt angesprochen. Doch können einzelne Elemente einen ganz besonderen Eindruck hinterlassen. Der Ehemann einer Patientin nimmt z.B. besonders das rotierende Intensivbett wahr, in dem seine Frau gelagert wird. Für ihn bedeutet dies, dass diese in einem schlechten Zustand ist, bis ihm dann die Funktion des Bettes erklärt wird. Den Anblick beschreibt er so:

"That was, it was a weird feeling, but, ehm, I don't know, I don't know how it felt. It was just a weird scenario, just because I didn't think she was that bad. (...) And so, after they explained it and then I went in and saw it and then I left I thought about it and then I finally kind of understood the whole scenario and come to realize that it's not that, probably the bed's not that big a deal, you know, just moves but it's to get the, so it don't set in her lung and get pneumonia and all that good stuff." (16/158-162)

Die am meisten genannten Geräte sind jedoch die Monitore und die damit verbundenen Alarmgeräusche. Diese haben das Potenzial, die Angehörigen zu verunsichern oder gar ein Angstgefühl auszulösen: (1/192-193), (2/96), (8/118), (9/146), (12/334), (15/156-160), (18/202-205), (21/31, 47). Die starke Verunsicherung einer Ehefrau durch den Monitoralarm verdeutlicht folgende Aussage:

"Dann hat auch das Ding zum Piepsen angefangen. Irgendwas hat dann zum Piepsen angefangen und dann habe ich Angst bekommen und habe halt gemeint: 'Äh? Was ist jetzt los? Hört er mich vielleicht doch oder spürt er es, weil ich seine Hand gehalten habe?' Das war dann auch eine ganz komische Situation. (...) Das macht natürlich auch wieder Angst, weil im täglichen Leben hast ja du nicht so Maschinen oder so Geräte. Also habe ich wieder Angst gehabt, ich habe was angestellt, dass er vielleicht mitbekommt, dass ich da bin und regt sich jetzt auf. Da schießen dir ja auch wieder tausend Sachen durch den Kopf, aber dann hat die Ärztin gesagt: 'Alles gut.' Und dann war ich wieder beruhigt. Dann bin ich wieder hingegangen." (14/185-187)

Die Monitore können aber auch noch eine andere Funktion einnehmen. Einige Angehörige beobachten die angezeigten Werte und lesen daran den Genesungsfortschritt (11/143) oder ihren eigenen Einfluss auf die Patienten/innen ab. So wird einem Ehemann gezeigt, wie er an einem sinkenden Puls seinen beruhigenden Einfluss auf seine Frau erkennen kann (16/110-112). Ein anderer Vater ist regelrecht fixiert auf den Hirndruck seines Sohnes:

"(...) dann ist er unruhiger geworden, dann ist er auch angestiegen. Und dann habe ich immer gleich der Frau gesagt und den Kindern gesagt: Schaut darauf und tut ihn nicht nervös machen, damit das, mir haben sie erklärt, wichtig ist immer, wenig Hirndruck: Zu hoher Gehirndruck ist im Prinzip eine Schädigung vom Gehirn, von den Gehirnzellen. Das war für mich eine so eine wichtige Info, wo ich immer permanent hingeschaut habe, dieser ICP-Wert." (1/326)

Neben den Geräten nehmen die Angehörigen auch die etwaigen Zimmernachbarn wahr. Zwei Familienmitglieder haben Angst, dass der oder die Nachbarpatient/in stirbt: (12/240) und:

"(...) jetzt die letzten zwei Tage, haben wir einen recht schwerkranken Mann neben meinem Mann dranliegen gehabt, der unheimlich intensive Betreuung gebraucht hat. Ich habe jetzt schon immer Angst gehabt, der stirbt neben ihm (...)" (2/96)

Insgesamt fühlen sich einige Angehörige im Intensivzimmer nicht wohl. Dies kann an mangelnder Privatsphäre liegen (2/99-100; 6/69; 12/239-240; 15/146), an der Enge des Zimmers (15/151-155) oder an der Angst, irgendwo anzustoßen:

"Ja, für einen selbst ist das, ist das trotzdem ist das, sehr angespannt ist man da. Wenn die ganzen Geräte piepsen und ja, man hat Angst, dass man irgendwo wo hinkommt (lacht) oder generell." (21/31)

Für andere Angehörige sind die Trennwände für eine gewisse Privatsphäre ausreichend (16/194). Ein Ehemann äußert sich so:

"Also, ich denke, die Privatsphäre ist gewahrt und, äh, ich meine, die Frau nebenan, mit dem behinderten Mann, die hat mich immer angesprochen, okay, ich habe dann mit ihr geredet und so weiter. Aber, es ist ja jetzt nicht, aber es war immer diese Trennwand da dazwischen und da ist schon eine gewisse Privatsphäre da möchte ich sagen." (5/160)

Die Wahrnehmung der Geräte ist ein häufig angesprochenes Phänomen. Diese können einerseits Angst und Verunsicherung verursachen, insbesondere deren Alarmgeräusche. Doch ist ein mit ihnen verbundenes Sicherheitsgefühl genauso möglich. Wie Angehörige das Zimmer wahrnehmen, kann sehr verschieden sein. Manche sehen ihre Privatsphäre als gewahrt, andere fühlen sich eingeengt oder durch die Zimmernachbarn irritiert.

Wahrnehmung der Patienten/innen

Es wurde bereits deutlich, dass die Angehörigen nicht nur die Geräte, sondern auch ihre verunfallten Familienmitglieder wahrnehmen, wenn sie zum ersten Mal das Intensivzimmer betreten. Die Schwiegertochter einer Patientin kann diese in ihrem Zustand nicht mehr erkennen:

"Dann bin ich in das Zimmer, dann habe ich gedacht: 'Äh, wo ist die Oma?' Ich habe sie nicht erkannt, weil sie eben so ausgeschaut hat, ich habe sie nicht erkannt. Sie hat, sie war, also vom Gesicht her komplett verändert." (13/161)

Auch die Bewusstlosigkeit der Patienten/innen kann den Angehörigen als Erstes ins Auge stechen (6 Teil 1/106).

Doch hat der erste Anblick des Familienmitglieds auch das Potenzial, Erleichterung zu schaffen:

"Ja, da war er damals noch nicht ansprechbar also. Ja, war noch nicht so leicht. Aber zumindest man hat ihn liegen sehen und ja. Man hat ihn einfach gesehen." (21/89)

Wenn die Angehörigen die Patienten/innen sehen, ist das Gesicht die Körperpartie, die sie am deutlichsten beobachten: (1/73), (2/54), (5/70, 88), (7/132-135), (10/131), (13/52, 161), (21/95). Beispielsweise schaut die Schwester eines Patienten eher auf dessen Gesicht als auf die Knochenbrüche:

"Ich weiß nicht, das Erste, wenn man schaut, schaut man natürlich ins Gesicht und schaut, was sich die Person, also jetzt nicht den ganzen, ich weiß, dass er Haufen Brüche hat und das alles gemacht werden muss." (8/100)

Eine herausragende Bedeutung in der Wahrnehmung des Gesichts haben die Augen. Dabei ist das Öffnen der Augen für einige Angehörige ein Zeichen der Besserung: (9/98), (10/179), (11/228-237), (15/95-98), (20/174-178).

"Das Gefühl war so, ich habe mir halt auch ein bisschen Hoffnungen gemacht, ob vielleicht irgendwie schon etwas besser zu scheinen ist, zum Beispiel, wie ja auch heute war, dass ihr Auge, zum Beispiel, schon aufgegangen ist. Das fand ich schon ziemlich gut (...)" (10/263)

Die Kehrseite der Medaille: Anhand der Augen können Angehörige auch den Grad des Bewusstseins der Patienten/innen abschätzen (14/183). Für den Sohn eines Patienten sind z.B. die Augen seines Vaters "auf halb acht" (9/98) ein Zeichen für dessen Verwirrtheit aufgrund der Medikamente. Der Vater eines anderen Patienten erkennt:

"Da ist er jetzt ruhiger geworden, aber trotzdem merkt man halt einfach, also, er ist noch in einer irgendwie einer tiefen Bewusstlosigkeit, weil er hat zwar mal ein paarmal die Augen aufgemacht, aber er folgt ja einem nicht." (1/330)

Darüber hinaus sind die Augen der Patienten/innen ein wichtiges Kommunikationsmittel zwischen ihnen und den Angehörigen: (2/206), (8/86), (9/98), (20/155). Die Ehefrau eines Patienten beschreibt diese Kommunikation folgendermaßen:

"Das kann ich ihm irgendwie von den Augen ablesen und von seinen Gestiken. Ob er mit der Hand gleich oder ob er mehr einen so einen Gesichtsausdruck hat, so ungefähr: 'Schatzi, hilf mir!' Oder wenn er so blinzelt, dann weiß ich, es ist alles gut.

Das kennt man einfach, wenn man jahrelang verheiratet ist, dann kennt man das. Dem schaut man in die Augen und dann weiß man das." (14/49)

Der Ehemann einer Patientin beobachtet sogar die geschlossenen Augen, um den Moment nicht zu verpassen, in dem seine Frau sie öffnen wird:

"I would probably say I watch her eye. Even though it hasn't opened, but if it does, I'll see it." (16/156)

Ähnliche Funktionen kann auch die Beobachtung der Haut einnehmen. Diese übernimmt auch Kommunikationsfunktionen:

"Über die Haut spüre ich halt, dass der Kontakt jetzt da ist zwischen uns zwei. Oder wie er, die ersten Tage war er ja so geschwollen, da nach der Gesichts-OP, da hast du ja überhaupt keine Augen mehr gesehen, da waren ja sogar die Wimpern zugeschwollen, da hast du nichts mehr gesehen, so war alles dick geschwollen. Da geht halt der Hautkontakt durch." (2/206)

Angehörige beobachten auch das Hautkolorit, beispielsweise durch den Unfall verursachte blaue Flecken (13/52) oder eine Blässe, die dann als Blutarmut gedeutet wird (1/69). Einige Male berichten Angehörige auch, dass sie das Schwitzen ihrer verunfallten Familienmitglieder wahrnehmen: (6/61-63), (9/98). Ein Vater beobachtet besonders genau das Schwitzen seines Sohnes (1/330, 342-344) und zieht daraus Schlüsse auf dessen Innenleben:

"Man merkt, dass der entweder was verarbeitet, weil er so schwitzt." (1/306)

Auch das Gesamtbild der Patienten/innen kann für die Angehörigen von Bedeutung sein. Daran, dass ihr Verlobter gepflegt aussieht, leitet eine Angehörige ab, dass sich das medizinische Personal um ihn kümmert:

"Ich brauche ihn nur anschauen. Es war zwar/ Er hat sich nicht wohlfühlt in dem Ding, aber man hat gemerkt, es wird sich um ihn gekümmert. Er hat nicht owagschlamp (heruntergekommen) ausgeschaut oder hat gestunken oder so irgendwie." (12/352)

Neben dem äußeren Erscheinungsbild der Patienten/innen stehen auch deren Handlungen bzw. Nicht-Handeln im Fokus der Beobachtungen der Angehörigen.

Angehts der Bedeutung des Gesichts, ist es logisch, dass auch die Mimik der Patienten/innen wahrgenommen wird: (7/145-149), (9/96), (15/79), (17/163-165), (20/155). Dadurch ist es auch möglich, das Familienmitglied als so wiederzuerkennen, wie es vor dem Unfall war:

"Oder auch wenn er halt so drin liegt und dann, was er halt immer macht, was er damals auch schon gemacht hat, er zwinkert halt immer so zu und das macht er auch wo er voll betäubt war, hat er das manchmal so gemacht und da denke ich mir halt immer: 'Es ist ja immer noch der Alte.'" (9/106)

Das Beobachten von charakteristischen Merkmalen der Patienten/innen, um diese als "die Alten wiederzuerkennen" findet sich noch an anderen Stellen: (15/71-73), (20/164, 189).

Neben der Mimik nehmen viele Angehörige den Grad der Ansprechbarkeit der Patienten/innen wahr: (1/77, 304, 314), (21/89, 91), (6 Teil 1/ 103-106). Dabei können sie ihre/n Nahestehende/n unter Umständen nicht wiedererkennen:

"(...) when I saw my son for the first time, it was hard for me and especially for my wife. (...) to see him lying on bed in the situation. He's very, eh, he does lots of exercise, he jumps and plays and/ And looking at him prostrated on the bed without moving, sedated. So, it was very hard, it was very hard for us. It was hard." (6 Teil 1/100-102)

Fehlende Ansprechbarkeit (5/70 und 9/56-58) verhindert jegliche verbale Kommunikation. Ein Bedürfnis, das Angehörige aber zu haben scheinen:

"Das Schlimme ist halt, stehst halt da oder du stehst über dem Bett, dann kannst du ja nicht wirklich sagen, du kannst es ihm zwar sagen, aber er versteht dich nicht. " (9/136)

Auch das Sprechen der Patienten/innen wird von vielen Angehörigen beobachtet: (9/96, 106), (13/64, 163), (15/79), (19/47). Sobald die zunächst nicht ansprechbaren Patienten/innen sich dann verbalisieren können, kann sich ein Gefühl der Erleichterung einstellen:

"Also, jetzt Gott sei Dank ist ansprechbar, also kann mit dem reden. War auch letztes Mal, sie haben wach gemacht erst und so, aber war schwierig, schlecht, also hat schwer, Schwierigkeiten gehabt mit Sprechen." (19/47)

Ähnlich den Beobachtungen der Augen, können die Angehörigen Fortschritte anhand des Sprechens der Patienten/innen feststellen. Die Verlobte eines Patienten berichtet, dass sie Fortschritte, neben den Bewegungen, am Sprechen des Patienten erkennt:

"Er redet normal. Ich habe am Donnerstag nicht mit ihm reden können. Er hat nur geschwiegen. Das kann er jetzt. Das sind alles so Kleinigkeiten, die wo/ Nein, das sind keine Kleinigkeiten, das sind große Schritte, die wo er gemacht hat." (12/340)

Fortschritte anhand des Sprechens der Patienten/innen erkennen auch andere Angehörige: (7/159-161), (9/98), (14/193). Dass die Möglichkeit der Kommunikation die Situation erleichtern kann, erklärt die Schwester eines Patienten:

"Wenn man ihn angefasst hat, er hat sich nicht bewegt und er hat nicht mit mir reden können. Jetzt kann ich reden mit ihm, jetzt ist das für mich okay. Jetzt ist das für mich wie ein normales Zimmer, jetzt kann ich reingehen und kann sagen: 'XY, Guten Morgen, wie geht es dir?' oder 'Was treibst du denn?' oder 'Hast du schon was zum Essen gekriegt?' Das ist jetzt für mich leichter." (20/94)

Einige Angehörige beobachten die Reaktionen der Patienten/innen, wenn sie mit diesen reden: (8/86), (9/98), (20/142-144, 273-275). Nachdem eine Krankenpflegerin einem Ehemann erklärt, dass seine bewusstlose Frau ihn hören könne, beobachtet er folgende Reaktion seiner Frau:

"(...) the first day, when I would talk to her, her heart rate dropped, you know, like five or eight points." (16/110)

Ganz ähnlich ist die Beobachtung dieses Vaters:

"Und damit habe ich mir dann erklären können, warum der XY (Sohn) unruhiger geworden ist und auch von außen, wenn man ihn gestreichelt hat oder wenn es laut war, warum er eigentlich eher unruhiger geworden ist, der Puls gestiegen ist und so etwas (...)" (1/328)

Die Reaktionen der Patienten/innen auf Berührungen werden noch an weiteren Stellen beobachtet: (7/145-149), (20/94). Wenn Patienten/innen auf äußere Reize reagieren, kann das für Angehörige Fortschritt im Genesungsprozess bedeuten (11/228-235) und zu einem deutlichen Gefühl der Erleichterung führen (8/48).

Die Reaktionen der Patienten/innen können im Zentrum der Beobachtung mancher Angehöriger stehen:

"Ja ja! Ich beobachte ihn, wir, also meine Frau und ich, wir alle beobachten das ganz intensiv: Was zeigt er für Reaktionen?" (1/310)

Zwei Angehörige von Patienten mit noch fraglichem neurologischem Outcome nehmen besonders die Unruhe und Nervosität der Verunfallten wahr: (1/330), (9/98, 120, 136). Der Vater eines jungen Patienten informiert sich bei den medizinischen Akteuren über die Narkosemittel, die seinem Sohn verabreicht werden und beobachtet dessen Rastlosigkeit:

"Und da habe ich eben den Eindruck, der XY (Sohn) hat auch so Phasen, wo ich sage, da hast du unkontrollierte, fiebrige so, ja, so Unruhe. Und jetzt habe ich heute so den Eindruck, er hat weniger geschwitzt, er ist ruhiger. Was auch immer das bedeutet, weiß ich nicht." (1/308)

Daneben richtet er seine Aufmerksamkeit auch auf die Bewegungen seines Sohns. Dass er sich dabei Gedanken um dessen neurologisches Outcome macht, ist nun um so offensichtlicher:

"Er ist immer noch in der Bewusstlosigkeit, habe ich den Eindruck. Also ich glaube, das was er so bewegt, das ist einfach das motorische Bewegen, oder? Von dem zentralen Nervensystem aus, denke jetzt ich mal, dass das nicht kontrolliert ist. Weil das ist eher so krampfartig, aber das ist auch unterschiedlich. Also das ist heute gut, heute ist er gelöster. Also, ich stelle da auch jeden Tag Unterschiede fest." (1/306)

Die Beobachtung der Bewegungen ermöglicht Angehörigen also Rückschlüsse auf die Verletzungsschwere des zentralen Nervensystems. Eine Ehefrau zeigt sich erleichtert, dass ihr Mann seine Extremitäten bewegen kann:

"Der Hauptgedanke war: Ich bin froh, dass seinem Kopf nichts passiert ist und dass er Arme und Beine bewegen kann." (21/105)

Doch auch Angehörige von Patienten/innen ohne Neurotrauma können die Bewegungen der Patienten/innen wahrnehmen und interpretieren (14/49, 183), beispielsweise um Fortschritte daran festzumachen (12/339-340; 20/177). Ein Angehöriger kann so das Aufwachen seiner Frau mitverfolgen:

"Und einmal war ich schon, die hat dann schon die Hände bewegt, die Füße bewegt, Augen des Öfteren aufgemacht, also hat man schon gekannt, sie kommt schön langsam wieder zu sich." (11/237)

Häufig beobachten Angehörige auch die Liegeposition der Patienten/innen im Intensivbett: (7/48-49), (8/43-44), (14/47). Vielen bereitet der Anblick dessen, wie der/die Patient/in positioniert ist, ein schmerzliches, trauriges Gefühl: (17/161), (6 Teil 1/100-102). Die Schwester eines Patienten weint "Rotz und Wasser" beim Anblick dessen, wie ihr Bruder "so dortliegt" (20/173). Ein Ehemann beschreibt den Anblick seiner Frau wie bei einem "kleinen Kind", was er erst "verarbeiten" müsse (18/195). Dieser Eindruck des Patienten wie ein "kleines Kind" findet sich auch in (20/66). Eine Liegeposition, die die Schwestern eines Patienten zutiefst berührt, ist die Bauchlagerung:

"Wir waren bloß, wie wir ihn das erste Mal gesehen haben, wie er da so nackt dortgelegen ist und mit dem Kopf da so nach unten, das war schon momentan für uns, das war schon ein Schock für mich, muss ich jetzt ehrlich sagen." (20/142)

Später zitiert sie noch die Empörung ihrer anderen Schwester:

"(...) meine Schwester hat gesagt: "Mit dem nackten Arsch! Wenn sie wenigstens ein Tuch drauf tun.", weil er mit dem nackten Arsch dagelegen ist." (20/329)

Die Angehörigen sind vom ersten Augenblick an stetige Beobachter "ihrer" Patienten/innen. Dabei achten sie sowohl auf deren Handlungen bzw. das Fehlen von Handlungen und auf deren Aussehen. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei deren Bewegungen und Positionen im Bett, deren fehlende Ansprechbarkeit und Reaktionen auf äußere Reize. Wenn die Angehörigen das Äußere der Verunfallten beobachten, liegt der Fokus auf Gesicht und Augen.

Diese Beobachtungen bleiben nicht ohne Interpretationen. Sie erlauben beispielsweise Rückschlüsse auf den Verletzungsgrad des zentralen

Nervensystems. Manche Angehörige nehmen die Patienten/innen als hilflos wahr, indem sie deren Anblick beispielsweise mit dem eines kleinen Kindes vergleichen. Durch andere Beobachtungen ist es wiederum möglich, Fortschritte zu bemerken und Charakteristika der Patienten/innen wiederzuerkennen. Die Interpretationen des Wahrgenommenen sind also keineswegs immer negativ. Beispielsweise sieht die Ehefrau eines verunfallten Motorradfahrers durch die beobachteten Fortschritte in ihrem Mann einen "Kämpfer":

"Jetzt bin ich eigentlich zuversichtlich. Ich freue mich so für ihn, dass er so stark ist, dass er so ein Kämpfer ist und er macht unwahrscheinlich große Schritte. Jeden Tag passiert irgendwas und er entwickelt sich weiter. Also ich freue mich für ihn, dass er das so super meistert." (21/116)

Interaktionen mit den Patienten/innen

Neben der Rolle als reine Beobachter interagieren die Angehörigen auch mit den Patienten/innen. Eine Grundvoraussetzung dafür ist die rein physische Anwesenheit. Dieses Bedürfnis sticht in vielen der Interviews heraus: (1/446-452, 460; 2/66, 132-134; 6 Teil 1/90; 6/59; 9/218; 10/93; 11/97; 12/61, 82-83; 13/44; 14/32-35, 39, 151, 179-182, 190, 226; 18/136-137; 21/59-61, 140). So beschreibt ein Vater, dass die Familie sich so organisiert hat, dass immer jemand bei dem verunfallten Sohn ist:

"Und darum versuchen wir einfach, das haben wir so aufgeteilt, haben einfach gesagt, okay, wir haben den, das Gefühl und den Wunsch, dass wir so viel wie möglich beim XY (Sohn) sind. Einfach, dass er das spürt, dass wir da sind, dass wir ihn nicht alleine lassen, da haben wir einfach die Hoffnung, dass ihm das hilft." (1/464)

Dabei lässt er bereits eine Motivation hinter dem Bedürfnis nach Nähe erkennen: Der Wunsch, dem/der Patienten/in dadurch etwas Gutes zu tun. Diese altruistische Haltung nehmen viele der Interviewten ein. Sie wollen den Verunfallten das Gefühl geben, dass "jemand da ist" (13/64). Dieser Hintergedanke ist häufig anzutreffen: (2/52; 5/113; 6 Teil 1/114; 11/105; 13/62-64, 66, 96, 116, 161, 179; 17/158; 18/277-278; 19/45; 20/303). Eine Ehefrau versucht ihren Mann so zu ermutigen:

"Ich habe ihm auch ins Ohr geflüstert, dass wir da sind und dass ich glaube, dass er es schafft und dass er es durchhalten soll." (2/62)

Zwei Interviewte beklagen, dass sie oft gerne eine längere Zeit in der Nähe ihrer Angehörigen verbracht hätten (2/66; 17/171-173). Eine Ehefrau äußert dieses Bedürfnis, muss aber dennoch die überwiegende Zeit ihres Besuchs im Wartezimmer verbringen:

"Ich könnte kurz kommen und ihn ganz kurz sehen, aber dann müsste ich wieder gehen. Habe ich gesagt, ganz kurz will ich nicht, ich möchte schon ein bisschen länger. Ja dann soll ich halt bis um, ich weiß gar nicht, halb elf oder elf mal kommen. Dann bin ich gekommen um die Zeit und dann war ich an dem Tag fünf Stunden da und davon dreieinhalb im Wartezimmer gehockt." (2/66)

Über die reine Nähe hinaus berühren viele Angehörige die Patienten/innen. Eine besondere Rolle spielen dabei deren Hände und Gesicht. So ermöglicht das Händehalten der Schwester eines Patienten, dessen Vitalität zu spüren, obwohl eine direkte Kommunikation in diesem Moment nicht möglich ist:

"Aber es reicht halt auch oft schon, wenn er dir bloß deine Hand drückt. Wenn er nicht mal die Augen aufmacht, aber du spürst schon, dass er wieder Kraft hat und er drückt deine Hand. Da tut alleine das schon gut. Weil er merkt und spürt, dass wir da sind." (15/98)

Eine Ehefrau spürt durch das Berühren der Füße ihres Mannes, dass "er da ist" (2/54).

Die Schwestern eines Patienten drücken durch das Anfassen ihre Zärtlichkeit aus:

"Gestreichelt haben wir ihn. Gesicht ihm gestreichelt, die Hände ihm gestreichelt." (20/302)

Diese direkten Berührungen sind ein sehr häufiges Motiv und auch zu finden in: (2/52), (5/113), (6 Teil 1/ 109-114), (6/43, 59), (12/324), (13/96), (15/56), (17/155-156), (19/55-57), (20/271), (21/97-101).

Ein Vater hofft, über seine Berührungen mit seinem Sohn Kontakt aufnehmen zu können und ihm etwas Gutes zu tun:

"Ich nehme mir jetzt da ein Zimmer, ich bleibe da, weil ich persönlich den Eindruck habe, äh, oder man weiß es ja auch nicht so genau, auch wenn er nicht reagiert,

aber wenn man ihn halt einfach berührt, wenn man mit ihm redet, oder was, hat man halt die Hoffnung, dass er das irgendwo wahrnimmt, innerlich wahrnimmt und für seine Genesung hilft." (1/280)

Er spricht auch mit seinem bewusstlosen Sohn, in der Hoffnung, dass dieser dennoch seine Worte hören kann. Diese verbale Kontaktaufnahme mit den nicht ansprechbaren Patienten/innen ist in vielen der Interviews wiederzufinden. Eine Motivation kann dabei sein, den Patienten/innen Mut zu machen, ihnen zu zeigen, dass sie nicht alleine sind: (5/113), (6 Teil1/114), (9/82). Eine Angehörige animiert ihre Geschwister:

"Ich habe zu meinen Geschwistern gesagt: 'Geht rein und redet und vielleicht, wie die Doktoren haben zu mir gesagt, ich soll hinreden und soll ihn streicheln.' Und habe ich zu meinen Geschwistern gesagt: 'Geht hin und geht rein und redet mit ihm, dass er euch von der Stimme kennt, vielleicht geht es da eher aufwärts.'" (20/271)

Sie erwähnt, dass "die Doktoren" sie dazu ermuntert haben, ihren bewusstlosen Bruder anzusprechen. Ein weiterer Angehöriger wird von den Pflegenden ermutigt, mit seiner Ehefrau zu sprechen. Dabei scheint er anhand der Herzfrequenz am Monitor zu erkennen, dass er durch das Ansprechen eine Wirkung auf seine Frau hat:

"Yeah, people, a bunch of the nurses, you know, they told me to, eh: 'If you touch her, she might not be able to feel your touch, because of all the pain meds and stuff, but if you talk to her, she could still hear.' And so, I was like okay and the first day, when I would talk to her, her heart rate dropped, you know, like five or eight points. (...) And when I quit talking to her, it would go up, you know, so I was like: Well, that's pretty cool." (16/110-112)

Eine Unsicherheit darüber, ob die bewusstlosen Patienten/innen die Angehörigen wahrnehmen, wenn diese mit ihnen sprechen, kann aber bestehen (17/158). Manche verteidigen regelrecht ihre Vorstellung, der/die Bewusstlose könne sie hören:

"Es heißt, oft sagen sie, ja, die kriegen da nichts mit. Glaube ich aber nicht, bin ich überhaupt nicht davon überzeugt. Ich finde, dass die das voll spüren. Weil sonst, sonst wäre oft nicht so viel Kraft da." (15/56)

Ähnlich äußert sich auch die Verlobte eines Patienten (12/332). Einem Angehörigen wird sogar seitens des medizinischen Personals entgegnet, dass "seine Ehefrau überhaupt nichts mehr mitbekomme" (5/70-74). Die Frage nach der Wahrnehmung der bewusstlosen Patienten/innen taucht an vielen Stellen in den Interviews auf und scheint, die meisten Angehörigen zu beschäftigen. Eine Schwester macht dazu Recherchen im Internet (20/281), andere werden durch das medizinische Personal in ihrer Vorstellung bestärkt (9/84), wiederum andere erleben einen Moment der Kontaktaufnahme mit ihren verunfallten Angehörigen. Dies kann ein Augenöffnen auf Ansprache hin sein (20/273-275) oder ein vermeintliches "Murmeln" (9/98).

Eine weitere Steigerung in der Interaktion mit den Patienten/innen ist der Miteinbezug in deren Pflege. Einige Angehörige übernehmen kleine, sehr zurückhaltende pflegerische Tätigkeiten. So gibt die Familie eines jungen Unfallopfers ihm zu trinken, um sein "unbändiges Durstgefühl" zu befriedigen und auch "seiner Niere etwas Gutes zu tun" (15/61-62, 70-71). Der Vater stellt fest:

"Ja, das gibt schon eine Befriedigung oder was, dass man was machen hat können für ihn, dass man ihm wenigstens was zum Trinken geben hat können, dass man sagt, hat man seinen Durst stillen können. Ich finde, das ist für ihn auch schon mal wichtig und er dankt es auch immer, dass er wieder was kriegt von uns. Der ist uns sehr dankbar für das." (15/75-75)

Demgegenüber steht aber eine gewisse Zaghaftheit und Zurückhaltung, weitere Tätigkeiten zu übernehmen, denn man hat "ihn ja nicht rühren (bewegen) können" (15/62). Ähnlich ergeht es einer Ehefrau:

"(...) ich würde gerne mehr für ihn machen, aber ich bin halt wahrscheinlich zu sehr der Laie und kann nicht viel machen, aber das wäre schon etwas, was mir selbst etwas gibt, wenn ich jetzt für ihn da, ihn bisschen mit unterstützen könnte." (2/168)

Diese Vorstellung, als "medizinischer Laie" in der Pflege nicht mithelfen zu können, wird auch von einem anderen Angehörigen so geäußert (9/210). Die außerordentliche Zurückhaltung und Vorsicht, die manche Angehörige gegenüber pflegerischen Tätigkeiten an den Patienten/innen haben, wird in folgendem Abschnitt deutlich:

"Actually my wife, for example, I, I, we were allowed both of us to stay there for a certain period of time. My wife in certain cases without the consent of the doctors or the nurses was with his handkerchief and removed the, my son's sweat because there were certain time that he had, had temperature." (6/61)

Dieses Zitat drückt die Vorsicht der Angehörigen aus, um den Patienten/innen keinesfalls Schaden zuzufügen. Dies lässt sich beispielsweise in der bereits zitierten Passage erkennen, in der ein Vater geradezu fixiert auf den Hirndruck seines Sohnes ist und auch die anderen Angehörigen dazu anhält, ihm keinen zusätzlichen Stress zu bereiten, damit der Wert nicht ansteigt (1/324-326). Die Ehefrau eines Patienten verzichtet auf das Streicheln ihres Mannes, um ihm keinen Schaden zuzufügen:

"Ich habe ihn nur berührt, nicht gestreichelt. (...) Und man soll nicht streicheln, habe ich einmal gehört. Man soll nur Hand auflegen, das reicht schon völlig aus." (21/97-101)

Viele Angehörige haben die Vorstellung, die Ruhe der Patienten/innen stören zu können. So organisiert die Schwiegertochter einer Patientin die Familienbesuche so, dass nicht alle auf einmal kommen und die Patientin überlastet ist:

"Das wenn nur kurze Sachen sind, aber es ist jeder zur gleichen Zeit informiert, um was es geht, wer wann dort ist zu Besuch, dass man sich aufteilt, dass man nicht auf einmal kommt, dass sie nicht überlastet wird vom Gespräch her, weil es auch anstrengend sein könnte für sie." (13/114)

Ähnliche Sorge, dass die Angehörigenbesuche zu anstrengend für die Patienten/innen sein könnten findet sich auch in (8/86, 90), (21/103). Als ein Monitor Alarm gibt, bringt eine Ehefrau dies sofort in Verbindung damit, dass sie ihren Mann berührt hat. Sie schreckt zurück und hat Bedenken, die Ruhe des Kranken gestört zu haben:

"Dann hat auch das Ding zum Piepsen angefangen. Irgendwas hat dann zum Piepsen angefangen und dann habe ich Angst bekommen und habe halt gemeint: 'Äh? Was ist jetzt los? Hört er mich vielleicht doch oder spürt er es, weil ich seine Hand gehalten habe?'" (14/185)

Dem Wunsch, den Patienten/innen durch die Interaktion mit ihnen nicht zu schaden, steht das Bedürfnis gegenüber, ihnen etwas Gutes zu tun, ihre Wünsche zu erfüllen und ihnen Mut zu machen.

Ein Sohn bringt seiner Mutter Selbstgebackenes und Zeitschriften mit, die sich seine Mutter gewünscht hat (10/147, 303), während die Ehefrau eines Patienten dafür sorgt, dass sie ihren gemeinsamen Sohn, obwohl er nur ein Säugling ist, ausnahmsweise mit auf die Intensivstation nehmen darf:

*"Also, wenn er den Wunsch hat, dann mache ich natürlich alles möglich, dass er ihn sieht. Wenn ihm das hilft und wenn er das braucht und ich kann es auch verstehen, mir würde es nicht anders gehen. Unser Kleiner gibt uns auch ganz viel Kraft."
(21/126-128)*

Ein ganz herausragendes Bedürfnis der Angehörigen ist die Nähe zu den Patienten/innen. Dieses ist besonders dadurch motiviert, zu zeigen, dass die Familie ihnen zur Seite steht. Auch wenn viele der Unfallpatienten/innen zunächst nicht ansprechbar sind, haben viele Angehörige die Vorstellung, dass diese sie dennoch wahrnehmen können und versuchen über Berührungen und Ansprache mit ihnen in Kontakt zu treten. Dabei ist die Hauptmotivation hinter jeglicher Interaktion mit den Patienten/innen, der Wunsch ihnen etwas Gutes zu tun und Mut zu machen. Doch ist andererseits auch das Bedenken, ihnen schaden zu können, so groß, dass Interaktionen über das Reden oder Berühren hinaus kaum und nur sehr zaghaft stattfinden.

Wahrnehmung der medizinischen Akteure der Intensivstation

Will man die Lebenswelt der Angehörigen beschreiben, gehören dazu alle mit ihnen kommunizierenden Personen. Neben dem Austausch mit den Patienten/innen zählen dazu aber auch die medizinischen Akteure der Intensivstation (also die Ärzte/innen und Pflegenden), deren kommunikative Rolle mit den Familien und Nahestehenden im Setting der Intensivmedizin umso bedeutender ist, zumal die Patienten/innen häufig nicht ansprechbar sind. Einige Äußerungen der Interviewten erlauben es auch in dieser Studie, einen Einblick in die Wahrnehmung des medizinischen Personals durch die Angehörigen zu erlangen. Ein Vater beschreibt seine Ansichten so:

"Da ist immer Zeit gewesen, wenn ich was wissen will und frage. (...) das ist unglaublich, die haben so eine enorme Belastung, die sind jederzeit freundlich, geben Auskunft, ist für mich einzigartig, muss man jetzt echt sagen." (1/183)

Er beschreibt das medizinische Personal als "freundlich", was sich in ähnlicher Weise in einigen anderen Interviews findet (6 Teil1/134; 14/31), auch beispielsweise als "nett" (13/54, 62, 181), "sympathisch" (10/168-171), "super dooper nice" (16/140, 154) oder "höflich" (20/315).

Wenn Frustrationen entstehen, zeigen sich viele Angehörige verständnisvoll. Sie erkennen die hohe Arbeitsbelastung der Pflegenden und Ärzte/innen und stellen ihre Bedürfnisse oft hintan. Eine Ehefrau beklagt zwar, einen Großteil ihrer Besuchszeit im Wartezimmer zu verbringen, relativiert die Beschwerde aber umgehend durch Verständnis:

"(...) dann war ich an dem Tag fünf Stunden da und davon dreieinhalb im Wartezimmer gehockt. (...) Das war einfach, also das war für mich so, das ist nicht gut einfach. Aber ich verstehe es schon, das ist ja hier auch ein Apparat, der bewegt sein will. Das muss ja alles Hand in Hand zusammenarbeiten und die können ja nicht auf jeden einzelnen Angehörigen einzeln eingehen und zumal ja in jedem Zimmer doch mehrere Personen liegen. Wenn dann der andere auch gerade in Behandlung ist, kannst du ja auch nicht einfach nebendran bleiben. Das verstehe ich alles." (2/66-68)

Ähnliche Passagen finden sich in (5/168), (10/259), (15/137) und (16/72-75). Die Ansicht, das medizinische Personal sei zwar stets wohlwollend den Angehörigen gegenüber, durch einen hohen Arbeitsaufwand aber ständig ausgelastet führt auch dazu, dass sich einige Interviewte nicht trauen, Ärzte/innen und Pflegende anzusprechen und beispielsweise Informationen einzuholen. Der Sohn eines Verunfallten sucht zunächst im Internet nach Antworten auf seine Fragen, bevor er sich an die medizinischen Akteure wendet, um diese nicht von ihrer Arbeit abzuhalten (9/160). Die Schwester eines anderen Patienten hingegen hat tatsächlich das Gefühl, mit ihren Fragen zu stören. Doch auch sie relativiert diese Aussage unmittelbar durch eine verständnisvolle Haltung:

"(...) ich muss Ihnen ehrlich sagen, ich will auch nicht zu viel fragen. Ich frage, weil mir das wichtig ist, aber manchmal habe ich das Gefühl, dass ich die Leute nerven oder zu viel frage und das ist auch stressig auf dieser Station und kommen Leute und gehen und es sind viele Patienten." (8/118)

Neben der bereits genannten freundlichen Ausstrahlung, nehmen manche Angehörige das medizinische Personal als ruhig und "abgehärtet" (9/146) wahr. Einer beschreibt seinen Eindruck so:

"(...) they don't have that worried look on their face (...)" (16/154)

Ein Vater hebt die ruhige Art der Ärzte/innen und Pflegenden besonders hervor, indem er sie an verschiedenen Stellen als "ruhig" (1/95, 107, 191) oder "nie hektisch" (1/185, 195) beschreibt. Für die Ehefrau eines anderen Patienten ist die ausgestrahlte Ruhe wichtig, um ihr Hoffnung zu geben (7/272-273). Eine weitere Angehörige beschreibt den Effekt, den die ruhige Atmosphäre auf sie hat so:

"Die waren alle ganz ruhig. So behutsam mit ihr umgegangen. Sie lag da und jeder ist da, hat irgendwas gemacht von den Pflegern oder Ärzten und das hat mir schon das beruhigte Gefühl gegeben, dass jeder alles macht, was menschenmöglich ist." (13/56)

Das Gefühl, dass die Patienten/innen optimal versorgt werden, welches im gerade eben genannten Zitat zum Ausdruck kommt, empfinden einige Angehörige. Sie nehmen die medizinischen Akteure als kompetent wahr, haben den Eindruck, dass diese "alles im Griff" haben (1/197), dass "jeder Handgriff sitzt" (2/198). Bei einem Vater lässt sich sogar eine gewisse Überhöhung der ärztlichen Kompetenz feststellen:

"(...) I walk along with him (seinem Sohn) this morning, it's a miracle, that's God. Through the doctors' hands, expertise." (6/215)

Diese Wahrnehmung des medizinischen Personals als kompetent hat das Potenzial, sowohl Vertrauen zu stiften, als auch Hoffnung zu geben:

"(...) ich habe ja da das vollste Vertrauen auf die Ärzte, dass die von der Kompetenz her sowieso das immer richtig machen. Aber, einfach auch, so nochmal schön erklärt bekommen. Das ist schön, ist wirklich schön. Es gibt Hoffnung." (1/177)

Das hier beschriebene Vertrauen ist ein immer wieder auftauchendes Motiv. Der Sohn eines Patienten beschreibt seine Situation so:

"Da kannst ja nichts machen, man kann nur abwarten und zuschauen. Und Vertrauen haben. (...) In die Ärzte, in die Pfleger, dass sie halt alles richtig machen." (9/64-66)

Das Vertrauen dieses Angehörigen ist also bedingungslos vorhanden, gewissermaßen eine Grundvoraussetzung, um diese Krise zu überstehen, in der den Nahestehenden selbst die Hände gebunden sind. Eine vergleichbar bedingungslose Zuversicht gegenüber dem ärztlichen Handeln findet sich an weiteren Stellen. So erklärt ein Vater:

"So I, I trust whatever they did to my son." (6/191)

Ein anderer Angehöriger beschreibt sein blindes Vertrauen zu den Ärzten/innen so:

"(...) I'm one of those: If the doc says it's, you know, the grass is red, it's red." (16/130)

In anderen Fällen müssen die medizinischen Akteure dieses Vertrauen erst "gewinnen". So ist eine Ehefrau anfangs besorgt, dass der Diabetes ihres verunfallten Ehemannes nicht richtig in der Behandlung berücksichtigt wird. Als sie dann aber nach wenigen Tagen sieht, dass das Intensivpersonal "alles im Griff" hat, legt sich diese Sorge (2/116-120). Für andere hingegen reicht bereits eine einfache bekräftigende Aussage, wie in folgendem Beispiel:

"Und ich habe gesehen, dass er gut aufgehoben ist und dann hat er mal, ich weiß nicht, war es ein Doktor oder war es ein so ein/ Dann hat er gesagt, er ist in den besten Händen und dann ist es mir schon besser gegangen, viel besser." (20/205)

In vielen Fällen wird eine Verknüpfung hergestellt zwischen der Klinik und dem Vertrauen in die medizinischen Akteure:

"Weil ein jeder zu mir gesagt hat, was Besseres hätte meinem Mann gar nicht passieren können, als wie nach Regensburg zu kommen. Das hat mir ein jeder gesagt, ich brauche mir keine Sorgen zu machen, das ist die beste Klinik da unten. Der ist da super aufgehoben, der ist in besten Händen und die kriegen den wieder

hin. Und dann war ich auch schon wieder beruhigt. Weil ich habe halt die vorher auch nicht gekannt, die Klinik. Woher denn auch. Man befasst sich da nicht, was für Kliniken um einen rum ist. Aber wenn dann alle kommen und sagen: 'Boah super, was Besseres hätte ihm gar nicht passieren können.', war ich auch wieder beruhigt." (14/205)

In diesem Beispiel erfährt die Angehörige durch Außenstehende von dem angenommenen Renommee des Krankenhauses und fühlt sich dadurch "beruhigt". Ein Angehöriger hat über diesen guten Ruf der Klinik gelesen (11/167), eine andere hat in einer Fernsehreportage davon erfahren und zeigt deswegen eine deutliche Zuversicht über die dortige medizinische Kompetenz:

"(...) und dann ist einmal eine Reportage gekommen eben über Kliniken vom ausgezeichneten Kliniken, das ist gekommen und dann haben die die Kliniken getestet und da war halt die Uniklinik auf Platz eins! Bei allen Kliniken! Eine war noch da in Berlin, die Uniklinik ist die beste Klinik und dann habe ich gesagt: 'So, XY, und da ist er in guten Händen und da wird er wieder und da kommt er wieder heim.'" (...)" (20/295)

An einer anderen Stelle beschreibt ein Ehemann, der bereits selbst Patient in der Uniklinik Regensburg war, aufgrund seiner eigenen guten Erfahrung "keine Ängste und Sorgen" zu haben (5/155).

Das Gefühl der optimalen Versorgung kann auch durch eigene Beobachtungen entstehen. So erkennt eine Angehörige, dass ihr Verlobter äußerlich einen gepflegten Eindruck macht (12/352), andere fühlen sich durch den guten Umgang der medizinischen Akteure mit den Patienten/innen in ihrer Zuversicht bestärkt, dass diese gut versorgt werden (13/54, 56; 14/29-31). Ein Ehemann hat das Gefühl, dass seine Frau "in guten Händen" ist, weil die medizinischen Akteure "immer gelaufen sind", wenn etwas passierte und "immer jemand in dem Zimmer" war (18/290-292). Das Gefühl, dass "gleich wer da" ist hat auch die Schwester eines anderen Patienten (20/129). Dieser Eindruck, dass das Bestmögliche getan wird, dass die Ärzte/innen sich um die Patienten/innen kümmern, entsteht auch, wenn das weitere Vorgehen mit den Angehörigen besprochen wird (1/167, 15/107). Dabei entsteht das Gefühl, dass sowohl der/die Patient/in als auch die Angehörigen ernst genommen werden:

"(...) da hat sich jetzt die Oberärztin oder Stationsärztin (...) schon mal einfach Gedanken gemacht, wo als nächsten Schritt ist der XY (Sohn) denn am besten aufgehoben. Und da hab ich auch (...) das Gefühl, jawohl, die machen sich da enorme Gedanken, zum einen, dass das optimal ist für den Patienten, in dem Fall für uns, für den XY, und zum anderen aber auch von der Belastung für die Angehörigen." (1/167)

Den Angehörigen sind in dieser krisenhaften Situation die Hände, zumindest was die medizinische Versorgung der Patienten/innen betrifft, gebunden. In ihrer Lebenswelt sind die medizinischen Akteure also diejenigen, von denen die Genesung ihrer Nahestehenden abhängt. Es wird in den Interviews deutlich, dass die Beziehung zu den Ärzten/innen und Pflegenden durch ein starkes Vertrauen ausgezeichnet ist. Dieses kann blind vorhanden, durch die Vorstellung vom guten Ruf der Klinik gestützt, einer eigenen guten Erfahrung oder dem wahrgenommenen Umgang mit den Patienten/innen begründet sein. Weiterhin muss festgehalten werden, dass das medizinische Personal überwiegend als freundlich wahrgenommen wird, aber auch Frustrationen unmittelbar durch ein Verständnis für deren hohe Arbeitsbelastung relativiert werden.

Interaktionen mit den medizinischen Akteuren

Im letzten Abschnitt wurde lediglich die Wahrnehmung des medizinischen Personals durch die Angehörigen beschrieben. Freilich stehen Familienmitglieder und medizinische Akteure der Intensivstation aber auch in einem aktiven Kommunikationsprozess. In der Mehrheit der Interviews zeigen sich die Angehörigen zufrieden mit der Menge und Art der Informationen, die sie durch die Ärzte/innen und Pflegenden erhalten (1/95, 123, 178-183; 2/71-74, 115-116; 5/97-100; 6 Teil1/135-136; 6/10-13; 7/225-229; 11/113-117; 12/192; 14/31, 77; 15/106; 16/130, 136; 17/175; 19/74-75; 21/74-79). Welche Faktoren können nun also dazu führen, dass die Angehörigen die Kommunikation mit dem medizinischen Personal als positiv bewerten?

Beispielsweise erwähnen zwei Interviewte, dass sie beim ersten Besuch auf der Intensivstation zunächst von einem/r Arzt/Ärztin empfangen und genauer über die medizinische Situation des/r Patienten/in aufgeklärt wurden. Ein Vater fühlte sich dadurch "vorbereitet", bevor er das Zimmer zum ersten Mal betrat (1/63). Für die

Ehefrau eines anderen Patienten war es beruhigend, dass eine Ärztin ihr beim ersten Besuch "ausführlich die ganzen Schritte geschildert" hat und sogar Röntgenbilder ihres Mannes gezeigt hat. Dies gab ihr das Gefühl, dass die Verletzungen "reparabel" sind (21/74-79).

Angehörige können es als positiv bewerten, wenn sie das Gefühl haben, dass ihnen das medizinische Personal für Informationen ausreichend Zeit schenkt (1/141, 14/77).

"Es hat mich keiner abgewimmelt, gar nicht. Die haben sich alle Zeit genommen. Die haben mir das ganz ruhig erklärt und wenn ich fünfmal nachgefragt habe, weil ich es noch nicht verstanden habe, haben sie es mir nochmal erklärt. Es waren immer so Arztbegriffe dabei und die habe halt ich nicht so ganz gleich verstanden, woher auch, das haben sie mir dann ganz sachlich haben sie mir das erklärt." (14/77)

Für diese Ehefrau ist es auch wichtig, dass ihr die Informationen so dargeboten werden, dass sie sie versteht. Zwei andere Angehörige erinnern sich an Situationen, in denen sie Informationen nicht verstanden. Doch erklären sie sich dies dadurch, dass sie selbst "durch den Wind" waren (17/181) oder "am Anfang (...) nicht wirklich was damit anfangen" konnten (9/64).

Weiterhin positiv bewertet werden kann, wenn Ärzte/innen und Pflegende selbst auf die Angehörigen zukommen:

"Die kommen wirklich von alleine und die Schwester sagt uns auch alles, was wir wissen wollen, was sie sagen darf und dann sagt sie, wenn wir mehr Fragen haben, dann schickt sie uns sofort jemanden, wenn noch keiner da war. Aber meistens ist eh gleich immer jemand da." (15/106)

Ein anderer relevanter Punkt ist die Ehrlichkeit der Informationen. Für einen Vater ist "Offenheit und die Ehrlichkeit (...) genial" (1/123). Er bemerkt folgendes im Kommunikationsverhalten der Ärzte/innen:

"Nie zu viel versprechen, habe ich festgestellt, das tun sie nicht. Und das beruhigt." (1/141)

Eine andere Angehörige erwartet nicht, dass man ihr "Märchen erzählt" und "Hoffnungen macht, wo keine sind" (13/206). Jedoch wünscht sie sich diese Haltung

nur gegenüber der Familienmitglieder, nicht aber der Patienten/innen gegenüber, denen "ein Stück Hoffnung" gemacht werden soll (13/206). Es kann den Angehörigen wichtig sein, dass ihnen nicht zu viel versprochen wird. Sie wollen, dass auch ungefähr das eintritt, was seitens des medizinischen Personals angekündigt wird. So bevorzugt es ein Ehemann, dass offen über das neurologische Outcome seiner Frau gesprochen wird, und sich nach einigen Tagen eine erfreuliche Wendung ergibt als eine Enttäuschung durch falsche Hoffnungen (18/105-113). Ähnlich äußert sich auch eine weitere Angehörige (7/166-173).

Dennoch wird ehrliche Kommunikation nicht immer positiv bewertet. Die Schwester eines Patienten zeigt Verständnis dafür, dass das medizinische Personal ehrliche Informationen weitergibt, nichtsdestotrotz äußert sie ein Bedürfnis nach Hoffnung:

"Also ich verstehe auch die Ärzte, dass die keine Hoffnung machen. Man wünscht sich das, aber das verstehe ich auch, dass man das nicht kriegt." (8/134)

Ein Punkt, an dem Unehrlichkeit oder inakkurate Aussagen deutliche Frustrationen auslösen können und so die Bewertung der Angehörigen des Kommunikationsverhaltens negativ stimmen, sind Aussagen über die Wartezeit:

"Wenn mir jemand sagt, mindestens eine Stunde müssen wir schon rechnen oder eineinhalb, dann ist es für mich ganz anders, als wenn man sagt: „Warten Sie ein bisschen.“ Und dann hockst du immer da und denkst dir, ja irgendwie haben sie etwas versurt oder so." (2/70)

An einer Stelle wird auch Kritik an der Kommunikation geäußert:

"Obwohl die Ärzte auch gesagt haben, wir können zu jeder Tages- und Nachtzeit anrufen, wir werden nicht lästig und Ding. Bloß, ich habe halt einmal erlebt, da habe ich in der Frühe angerufen und dann hat ein Arzt gesagt, ich solle mich doch endlich darauf beschränken, nur einmal am Tag anzurufen." (15/231)

Doch trübt dieser Vorfall nicht die generelle Meinung über das Kommunikationsverhalten des medizinischen Personals in diesem Fall (15/106).

Welche Informationen möchten die Angehörigen nun von den medizinischen Akteuren erhalten? Viele Angehörige, wollen zunächst wissen, ob der/die Patient/in ansprechbar ist (8/60, 62, 68; 13/133, 21/19):

"(...) ob ich mit einem Arzt sprechen kann oder ob mir jemand sagen kann, ob er ansprechbar ist. Ich wollte nur das wissen." (8/60)

Im weiteren Verlauf stellt sich für einige die schlichte Frage, "wie es ihm/ihr geht" (8/62, 86; 9/64, 13/44, 14/32). Manche Angehörige fragen auch direkt nach der Prognose und wollen wissen, ob ihr Nahestehender überleben wird (1/354-356, 6/77).

"A question that I was very afraid to ask! But I had the, I had the need to ask to the doctor: 'Is my son going to die or going to live?'" (6/77)

Später fragen sich dann viele Angehörige, "wie es weitergeht" (13/185, 18/237-238, 20/257-260).

Es zeigt sich in den Interviews aber, dass einige Angehörige über diese eher globalen Fragen nach Zustand und Prognose hinaus sehr spezifische medizinische Fragen an Ärzte/innen und Pflegende stellen. So lässt sich ein Vater das CT seines Sohnes genau erklären und weiß über das "subdurale Hämatom" und weitere Diagnosen Bescheid (1/63, 123). Darüber hinaus lässt er sich auch Auskünfte über den "Entzündungswert" (1/147) geben und den ICP-Wert erklären (1/322). Anhand der fallenden Entzündungswerte erkennt der Vater für sich den Fortschritt in der Genesung seines Sohnes (1/147). Auch eine andere Angehörige lässt sich von einer Krankenpflegerin verschiedene Geräte erklären und ist dadurch beruhigter (14/55-61). Aktive Nachfrage nach der Funktion von bestimmten Geräten lässt sich noch an weiteren Stellen erkennen (16/120, 20/249-250).

Der Vater eines Patienten erkennt an sich selbst eine gewisse Dynamik in seinem Informationsbedürfnis. So wollte er anfangs nur seinen Sohn sehen und mit diesem interagieren. Nach einigen Tagen stellt er aber zunehmend Fragen. Er möchte sogar genau wissen, welche Medikamente seinem Sohn verabreicht werden:

"Well, at the beginning, when I first saw my son on his bed, which was November XY, I didn't pay attention to any, to anything, just to look at my son, hold his hand, his, kiss his forehead and care and after one day or two days, I just started to, to become more, more, eh, inquisitive about the, eh, medicine he was administered." (6/43)

Einige Angehörige konstatieren, dass sie das medizinische Personal aktiv ansprechen müssen, um Informationen zu erhalten. Man müsse "selbst aktiv werden", weil der "Kontakt eher von außen nach innen geht" (2/75-78). Eine andere Ehefrau erkennt, dass sie sich "selbst rühren" muss für weitere Informationen und ist zufrieden mit den Auskünften, die sie ohnehin bekommt (7/229). Hier wird wieder das Bedenken suggeriert, man könne als Angehörige/r den medizinischen Akteuren gewissermaßen zur Last fallen. So möchte der Sohn eines Verunfallten nicht "stören mit irgendwelchen Fragen" und recherchiert das "Piepsen" im Internet (9/150). Informationssuche im Internet findet sich noch an anderen Stellen (1/168-169, 20/281-295).

Neben der Informationssuche gibt es einen weiteren Grund für Interaktionen zwischen Angehörigen und medizinischen Akteuren: medizinische Entscheidungen. Dabei stehen jene über eine Tracheotomie des/der Patienten/in besonders im Vordergrund. Die Reaktionen der Interviewten, die diese Entscheidung treffen müssen, sind völlig verschieden. Dies ist ein gutes Beispiel, um einerseits interne (z.B. Vertrauen) sowie externe (z.B. Aufklärung durch Ärzte) Faktoren zu illustrieren, die das oft sehr unterschiedliche Handeln der Angehörigen beeinflussen. So fällt es einem Familienvater "ganz leicht", der Tracheotomie zuzustimmen:

"Ah, in dem Fall ist es, ah, ganz was leichtes, weil (...), Dr. XY, der hat mir das ja klar erklärt, warum sie das machen, was das für Vorteile hat; dass er im Prinzip also den Schlauch aus dem Mund rauskriegt, eine Entlastung wird für die Stimmbänder, für den Kehlkopf und für Langzeitbeatmung das vernünftig ist. Das kann man ja dann nachvollziehen als vernünftiger Mensch. Dass sie natürlich dann auch auf Nebenwirkungen hinweisen müssen, ist ja auch klar, weil jede OP oder Eingriff hat halt immer, es gibt keine hundertprozentige Sicherheit." (1/380)

In diesem Beispiel wird deutlich, dass die Entscheidung leicht fällt, weil die Vorteile des Eingriffs für den Vater deutlich im Vordergrund stehen. Ob dies an der Kommunikationsweise des Arztes oder der Wahrnehmung des Angehörigen liegt, kann man hier nicht sicher festhalten. Mögliche Nebenwirkungen werden zwar als realistisch angesehen, aber eben auch als zwangsläufige Eigenschaft jedes medizinischen Eingriffs.

Ähnlich leicht scheint es einem Ehemann zu fallen. Der Grund dafür liegt aber hier in der Motivation, alles zu ermöglichen, damit es der verunfallten Frau besser geht:

"Und wenn es eigentlich nur aufwärts oder besser werden gehen sollte, dann gibt es nicht viel zu überlegen (...)" (11/161)

Für eine andere Angehörige scheint es schon etwas schwieriger zu sein zuzustimmen. Sie habe "ein komisches Gefühl, ob das richtig ist" (14/85). Doch auch sie entscheidet sich für die Tracheotomie mit derselben Motivation, "alles daranzusetzen, dass er (der Ehemann) wieder gesund wird" (14/85).

In einer weiteren Situation ist die Entscheidung für einen Angehörigen "belastend" (5/90). Dieser holt sich Rat bei einer verwandten Ärztin, die den Luftröhrenschnitt als "Routineeingriff" bezeichnet (5/90). Letztlich hilft dem Ehemann dann auch das "Vertrauen in die Klinik" dabei, zuzustimmen (5/90).

In einer anderen Familie stellt die Entscheidung über die Tracheotomie ein regelrechtes Konfliktthema dar. Die eine Schwester des Patienten hat starke Bedenken, weil sie in einer früheren Situation durch eine Ärztin informiert wurde, dass "viele Leute nicht mehr reden" können (20/197). Die andere Schwester hingegen hat "Vertrauen in die Klinik" (20/198) und kaum Bedenken.

Die Angehörigen interagieren mit dem medizinischen Personal vor allem im Informationsaustausch und für etwaige medizinische Entscheidungen. Mit der Kommunikation sind die meisten Interviewten zufrieden, wobei einige Faktoren, wie beispielsweise Zeit und Verständlichkeit, eine Rolle spielen. Ehrliche Informationen werden verschiedenartig aufgefasst. Zunächst wollen Angehörige Auskünfte über Ansprechbarkeit, Zustand und Prognose der Patienten/innen. Oft haben sie aber auch sehr spezifische medizinische Fragen. Bei der Entscheidung über eine Tracheotomie kommen externe und interne Faktoren zum Tragen, sodass diese sehr leicht aber andererseits auch sehr schwer fallen kann.

Interaktionen mit Familie und sozialem Umfeld

Eine weitere wichtige Rolle in der Lebenswelt der Angehörigen während der Krisensituation spielt deren soziales Umfeld und deren übrige Familie. Diese eigentlich alltäglichen Interaktionen wandeln sich im Rahmen der neuen Umstände:

"Es ist kein Alltag nicht. Es ist Ausnahmezustand." (17/41)

Dennoch kann der Wunsch bestehen, ein möglichst normales Alltagsleben aufrechtzuerhalten. Ein Familienvater beschreibt seine Rolle folgendermaßen:

"Ja, also die Rolle würde jetzt ich einmal so sehen, ich habe halt das Gefühl, also die Frau und ich, wir müssen das Ganze, also das Familienleben muss weitergehen, aufrechterhalten werden, dass einfach auch die Kinder stabil sind und da nicht, äh, ja, also ich meine ein halt so ein Trauma kriegt oder irgend sowas." (1/464)

Andere Angehörige zeigen ähnliche Bestrebungen, trotz der krisenhaften Situation ein möglichst normales Familienleben zu führen (8/54, 17/45, 19/79).

Wie im eben genannten Zitat organisieren viele Angehörige eine neue Aufgabenteilung (8/25-30, 11/99, 13/204, 21/138-140). Familiensysteme aktivieren sich in der Krise zur gegenseitigen Unterstützung. So erstellt die Familie einer verunfallten Patientin eine "Whatsapp-Gruppe", um sich gegenseitig zu informieren. Die Schwiegertochter ist überrascht über die plötzliche neue Familiendynamik:

"(...) ich habe gar nicht gewusst, dass ich so eine tolle Familie habe und so. Dass man eigentlich komplett unerwartet auf sowas trifft im größten Leid (...)" (13/114)

Andere Familienmitglieder achten darauf, dass die besonders Betroffenen nicht alleine sind. So übernachtet ein erwachsener Sohn bei seinem Vater, wenn dieser "schlecht beieinander" ist oder "die Nachricht schlecht ist von der Frau" (11/78). Erwachsene Kinder unterstützen also auch ihre Eltern: ein anderer junger Sohn tröstet seine Mutter, indem er sie in den Arm nimmt und "schaut, dass es ihr halt gut geht" (9/72). Eine Ehefrau beschreibt ihr Unterstützersystem so:

"Es war immer einer um mich herum. Es hat immer einer geschaut, dass ich ja nicht alleine bin, alleine zu Hause sitze und immer geschaut, dass sie mich da und da mit einbeziehen, beim Einkaufen fahren oder wenn es bloß zum Tanken fahren war, die haben immer gleich gefragt: "Möchtest du mitfahren? Fahren wir." Dass ich ja nicht alleine bin und zu viel nachdenken kann. Also die, der Zusammenhalt, der ist super." (14/95)

Hilfe und Unterstützung aus der Familie berichten noch weitere Interviewte: (20/345-347), (21/122). In den Interviews zeigt sich, dass es innerhalb der Familie Personen

gibt, die geschützt werden. Einerseits sind dies die Kinder, andererseits aber auch die älteren Familienmitglieder, über deren Wohl in der Krise sich die Angehörigen Gedanken machen. Eine Mutter hält genauere Informationen von ihrer Tochter im Realschul-Alter fern, damit deren schulische Leistungen nicht leiden. Später lässt sie aber sukzessive Informationen an sie heran, da die Tochter auch selbst mehr erfahren will (14/131-147). Ein Familienvater hält sich an die Empfehlungen der Ärzte/innen der Intensivstation und nimmt seine achtjährige Tochter nicht mit. Informiert wird sie dennoch, da auch diese viele Fragen stellt. (1/472-474).

Doch gibt es auch andere Einstellungen unter den Angehörigen. Beispielsweise konfrontiert die Ehefrau eines Verunfallten ihren Sohn im Grundschulalter bewusst mit der Realität der Krisensituation, indem sie ihn mit zur Unfallstelle und auf die Intensivstation nimmt:

"Und Leben und Sterben, das gehört zu uns allen dazu und ich finde es auch nicht richtig, wenn man Kinder vom Tod fernhält." (2/48)

Aber auch die Familienmitglieder der Großeltern-Generation werden teilweise bewusst geschont. So übernimmt die Schwester eines Verunfallten Aufgaben, um "ihre Eltern nicht zu belasten" (8/26). Zwei Mütter von Patienten werden zunächst gar nicht über den Unfall informiert (7/123, 20/60-66). Ein Ehemann verheimlicht den Unfall anfangs vollständig vor seinem Schwiegervater, damit dieser keine Schuldgefühle entwickelt, da sich das Unglück auf dem Weg zu diesem ereignete (11/31-35).

Wie sich die Familie in der Krise entwickelt, kann also von Fall zu Fall stark verschieden sein. Für den eben zitierten Ehemann, ist es "momentan einfach keine Familie mehr". Er fühlt sich mit dem Schmerz alleine (11/103). In anderen Fällen werden Beziehungen enger. So will die Schwester eines Patienten in Zukunft mehr Kontakt zu ihrem Bruder aufbauen (6/111).

Neben der Familie spielen auch andere Helfersysteme eine herausragende Rolle. So erweist die Nachbarin einer Verunfallten wertvolle Dienste und gibt der Schwiegertochter "Glauben in die Menschlichkeit" zurück (13/112).

Eine Angehörige erkennt ihr Bedürfnis nach Ablenkung und holt sich Hilfe bei einer Freundin:

"Nein, ich habe eine Freundin angerufen, die wohnt da in der Nähe. Die ist dann mit mir durch den Möbelgeschäft gegangen, nur damit ich, damit ich ein bisschen wegkomme. Ich wäre sonst durchgedreht." (12/88)

Die Familie eines ausländischen Austauschstudenten, die extra nach Deutschland fliegen, um ihrem verunfallten Sohn nahe zu sein, werden anfangs durch Freunde und Tutoren des Studenten unterstützt. Diese holen sie vom Flughafen ab und bringen sie zunächst unter (6 Teil1/90). Für die Mutter eines jungen Unfallopfers spielt ein kirchlicher Seelsorger eine besondere Rolle (17/105, 111-115). Dieser ruft sie sogar während des Interviews am Handy an und erkundigt sich nach ihrem Befinden.

Doch beschreibt diese Angehörige, dass aus der Dorfgemeinschaft und ihrem sozialen Umfeld nicht nur Unterstützung und Mitgefühl, sondern auch Verurteilung kommt (17/63-67). "Ich habe schon überlegt, ob ich im Nachbarort zum Einkaufen fahre." (17/75), eröffnet sie im Interview. Eine andere Mutter fährt tatsächlich in eine andere Stadt für ihre Erledigungen, um nicht angesprochen zu werden:

"Und die können dich so weit runterziehen, die Leute, die merken das vielleicht auch gar nicht, weil sie so neugierig sind, aber die machen nur was kaputt in einem selbst. Ich kann zurzeit in XY (Heimatort, eine Kleinstadt) nicht mehr zum Einkaufen gehen. Also ich gehe wirklich seit drei Wochen woanders hin, wenn ich zum Einkaufen gehe und dann schnell schnell und wirklich mit gesenktem Kopf, dass mich ja keiner anschaut, weil ich auch so Angst habe." (15/195)

Das soziale Umfeld kann also auch eine enorme Belastung für die Angehörigen darstellen. Insbesondere entstehende Gerüchte erschweren die ohnehin krisenhafte Situation. In dem eben zitierten Fall zirkulieren Falschaussagen und Fragen über das junge Unfallopfer: "Ja, stimmt das, dass er tot ist?" wird auf Facebook gefragt, was die Familie stark belastet (15/200-208). Bei einem ähnlich jungen Verunglückten wird die "Gerüchteküche" so unerträglich, dass dessen Mutter die Gemeinde direkt informiert. Der Vater berichtet:

"Die ist dann bei uns, wir haben so ein kleines Nest mit 500 Einwohnern, die ist da in die Läden rein und sie hat gesagt, sie sagt jetzt was Sache ist. Hat gebeten drum,

prophylaktisch, und hat gesagt, was Sache ist, damit sich diese Gerüchteküche aufhört." (1/480)

Die Umwelt hat eine gewisse Erwartung den Angehörigen gegenüber, informiert zu werden. So muss zum Beispiel die Familie im Kosovo (19/83) oder in Amerika (9/222) auf dem Laufenden gehalten werden. Dies kann sehr belastend für die Angehörigen sein. So wird der Arbeitsplatz aufgrund der Fragen der Kollegen/innen für die Schwester eines Unfallopfers unerträglich (15/191-194). Ein Ehemann erkennt andererseits in den Nachfragen aus dem Bekanntenkreis, dass es "wirklich Freunde" sind, auch in "schlechten Zeiten" (11/257).

Der Alltag wird in der Krise zur Ausnahmesituation und die Dynamik der Beziehungen zum sozialen Umfeld wandelt sich. Viele Angehörige zeigen aber Bestrebungen, einen normalen Alltag aufrechtzuerhalten und schwache Familienmitglieder vor der Krise zu schützen. In manchen Fällen entwickelt sich ein familiäres Unterstützungssystem, in dem die besonders Betroffenen nicht alleine gelassen werden. Für andere sind externe Helfer wie Freunde oder kirchliche Seelsorger bedeutsam zur Bewältigung der Situation. Das soziale Umfeld will stets informiert sein, was sowohl positiv aufgefasst werden als auch eine Belastung für die Angehörigen darstellen kann. Vor allem Gerüchte, die in sozialen Medien zirkulieren, stellen eine emotionale Herausforderung für manche Familien dar.

Selbstwahrnehmung der Angehörigen

Nachdem nun die Lebenswelt der Angehörigen im Kontakt und der Kommunikation zu weiteren Personen beleuchtet wurde, soll nun die Innenwelt der Familienmitglieder und Nahestehenden selbst ergründet werden. Um deren Interaktionen mit Dritten zu verstehen, ist ein Einblick in die Selbstwahrnehmung der Angehörigen in ihrer Rolle essentiell. Es zeigen sich hier mehrere Spannungsfelder.

Zum einen äußern die Interviewten eigene Bedürfnisse, doch soll das Patienten/innenwohl Priorität über diesen haben. Ein Ehemann fasst diese Spannung trefflich zusammen:

"Ich habe den Wunsch, zum Beispiel, dass ich, wenn ich hierher komme, dass ich nicht warten muss und dass ich gleich rein kann. Aber ich sehe natürlich ein, dass

der Patient vorgeht. (...) Die müssen behandelt werden und das andere ist unwichtig." (5/168)

Für eine andere Angehörige "steht ihr Bruder an erster Stelle und ist das Wichtigste" (8/26).

Ein weiteres Konfliktfeld liegt darin, dass sich viele Interviewte als medizinische Laien empfinden und das Gefühl haben, lästig zu sein. Dieser Selbstwahrnehmung stehen jedoch Bedürfnisse nach Informationen und Nähe zu den Patienten/innen gegenüber.

Eine Angehörige fühlt sich mit einer Entscheidung überfordert, sie sei ja nicht "vom Fach" (7/215). Ähnlich ergeht es dem Sohn eines Patienten (9/196). Wie bereits angesprochen, können sich Nahestehende zu sehr als "Laie" empfinden, um pflegerisch an ihren Patienten/innen tätig zu werden (2/168, 7/238-241).

Einem Ehemann drängt sich im Warteraum die Frage auf, wann er zu seiner Frau hereingelassen werde:

"Warum kann ich jetzt nicht zu meiner Frau?" Aber man will ja nicht aufdringlich auch sein." (11/253)

Auch andere Angehörige halten sich mit Fragen zurück (8/113-118, 122, 126; 15/228-230):

"Ich frage, weil mir das wichtig ist, aber manchmal habe ich das Gefühl, dass ich die Leute nerve oder zu viel frage und das ist auch stressig auf dieser Station und kommen Leute und gehen und es sind viele Patienten." (8/118)

Andere Angehörige wollen dem medizinischen Personal nicht "in die Quere kommen" (10/367). Ein Familienvater sieht sich in der Pflicht stets genug Freiraum im Zimmer zu lassen "for the doctors or the nurses because they suddenly came in" (6/69).

In den meisten Fällen wird für die Vorstellung, lästig sein zu können, keine Ursache direkt genannt. Vielmehr reflektieren die Angehörigen ihre Position und ihr Auftreten im Kontext der Intensivstation und kommen zu dem Schluss, dass sie dem medizinischen Personal zur Last fallen könnten.

Dennoch lassen sich ein paar Situationen erkennen, die bei den Angehörigen konkret ein solches Gefühl der Aufdringlichkeit auslösen. So ist es im eben genannten Beispiel das plötzliche unangekündigte Eintreten des medizinischen Personals ins Patienten/innenzimmer, das dem Vater das Gefühl gibt, ihnen möglichst nie im Weg stehen zu sollen (6/69). Einem anderen Vater erwidert ein Arzt am Telefon, er solle sich "doch endlich darauf beschränken, nur einmal am Tag anzurufen" (15/231). In eben demselben Interview wird zweimal der Eindruck geäußert, lästig sein zu können (15/143, 15/228-230). In einem anderen Fall kritisiert eine Krankenpflegerin, dass "es zu viel Besuch ist" (8/90). Eben diese Angehörige äußert an vielen Stellen Bedenken, dem medizinischen Personal zur Last zu fallen (8/113-118, 122, 126).

Die Selbstwahrnehmung der Rolle der Angehörigen auf der Intensivstation ist also geprägt von der Vorstellung, medizinische Laien zu sein und sich beispielsweise mit Fragen zurückhalten zu müssen, um die medizinischen Akteure nicht in ihrer Arbeit zu stören. Teilweise finden sich wenig verständnisvolle Kommentare seitens des medizinischen Personals, die diese Vorstellung mitbegründen könnten. Meist scheint sie aber aus der eigenen Reflexion der Angehörigen heraus zu entstehen.

Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen

Vor allem im Verlauf der Interviews eröffnen viele Angehörige einen Einblick in ihre Gedanken- und Gefühlswelt und beschreiben, was sie in der Lebenskrise bewegt und mit welchen Gefühlen sie an diese und die ungewisse Zukunft herantreten.

Zunächst muss man aber hervorheben, dass an manchen Stellen der Wunsch anklingt, nach außen hin "Haltung zu wahren", seine innere Gefühlswelt nach außen hin nicht preiszugeben. Nachdem er und seine Frau die Nachricht über den Unfall ihres Sohnes erhalten, ist dies vorerst wichtig für einen Familienvater:

"And we, we felt terrible but my, maintain our com, composure (sic)." (6 Teil 1/59)

Zwei Mütter empfinden eine Verpflichtung, vor ihren Kindern eine gewisse Gefühlsfassade aufrecht zu erhalten. (8/50-54, 14/125):

"(...) und am liebsten würdest du schreien, aber du hast dann die Tochter hinter dir sitzen, die hat das mitgekriegt (...)" (14/125)

An manchen Stellen lässt sich auch eine Tendenz erkennen, eigene Gedanken nicht zuzulassen, bzw. sich stets von ihnen abzulenken. So reagieren zwei Interviewte sehr energisch auf die Frage, wie ihre Gefühle in den Momenten waren, in denen sie nichts erledigen mussten. "Ich habe immer was zu tun gehabt!" (12/154) erwidert die eine, "Nein, ist keine Zeit zum Grübeln!" (5/143) der andere.

Doch auch ein Gefühl der inneren Leere kann die Gedanken- und Gefühlswelt blockieren. Die Schwester eines Patienten beschreibt dies so:

"Also ich habe, ich könnte noch, ich habe Kraft gehabt, aber irgendwie so innere Leere. Man war so gedankenlos, man wusste nie, was man so richtig macht." (8/52)

Auf die Frage, welche Gedanken er vor dem ersten Besuch auf der Intensivstation hatte, antwortet ein Sohn:

"Da hast du kein Gefühl. Also ich habe da kein Gefühl. Ja, ich bin/ da stehst halt drin, das realisierst du einfach nicht." (9/52)

Doch ganz im Gegenteil können sich die Gedanken um die Krise auch regelrecht aufdrängen. "Da gehen einem tausend Sachen durch den Kopf" (17/142), beschreibt eine Mutter das Grübeln. Besonders nachts drängen sich die quälenden Gedanken auf: "Und dann grübelst du die ganze Nacht" (14/107), erklärt eine Interviewte. Ein anderer wacht "schweißgebadet" auf (1/296).

Die Gedanken können sich dabei um die Vergangenheit drehen, wobei manche Angehörige die aktuelle Krise mit früheren schwierigen Lebenssituationen vergleichen. Vor allem aber denken Angehörige über die momentane Situation nach und wie das Leben in Zukunft weiter gehen soll.

Der Vater eines verunfallten jungen Mannes kommt durch die aktuelle Krise ins Grübeln und reflektiert seinen Erziehungsstil in der Vergangenheit, denn "it is strange but in questions of minutes your head starts to think every single situation you lived with your family" (6/133). Ein anderer Vater, dessen Bruder einen tödlichen Motorradunfall hatte, kann nun die damalige Situation und Gefühle seines eigenen Vaters besser nachempfinden. Er vergleicht also das jetzige Drama mit einer bereits erlebten Krise (1/229).

Angehörige reflektieren auch, was sie anders machen hätten können, um den Unfall unter Umständen zu verhindern. Diese Gedanken scheinen ein Ausdruck bestehender Schuldgefühle zu sein. Der junge Sohn einer auf einer Feier verunfallten Frau glaubt, seine Mutter wäre vielleicht nicht auf die verhängnisvolle Veranstaltung gegangen, hätte er noch bei ihr gewohnt (10/195). Ein anderes Beispiel ist die Schwiegertochter einer älteren Dame, die die Treppe herabgestürzt ist. Sie stellt sich die Frage, ob diese vielleicht "wirklich nicht mehr alleine leben" hätte sollen (13/31).

Angehörige kontextualisieren die momentane schwierige Situation nicht nur im Hinblick auf die Vergangenheit, sondern auch auf die Gegenwart. Auch hier ergeben sich Hinweise auf eine deutliche Gewissensqual. Der Ehemann einer Patientin, der auch in dem Autounfall mitverletzt wurde, bedauert, dass er lediglich Knochenbrüche erleiden musste und seine Frau nun intensivmedizinisch behandelt wird (16/28-37). Die Ehefrau eines anderen Unfallopfers ist darüber entsetzt, dass die Unfallgegnerin ums Leben kam, denn "die Frau hat vielleicht noch Kinder. Die Frau kommt nicht mehr heim" (7/89-95). Umgekehrt verzweifelt eine Ehefrau an der Ungerechtigkeit, dass ihr Mann in dem Autounfall lebensbedrohlich verletzt wurde, obwohl er nicht der Schuldtragende des Unfalls war (14/115). Drastisch beschreibt die Mutter eines verunfallten jungen Mannes ihre innere Zerrissenheit. In diesem Autounfall, bei dem ihr Sohn Fahrer war, kam der Beifahrer, auch ein Mann jungen Alters, ums Leben:

"Ich habe mich einerseits geschämt, dass mein Sohn überlebt hat, wie wir in der, ich habe es dem Pfarrer auch gesagt, wie wir in der Beerdigung waren, weil ich mit der Familie so mitleide, dass jetzt praktisch meiner wieder heimkommt und der ihrer nicht." (17/101)

In dieser Aussage werden die überwältigenden Schuldgefühle, die Angehörige angesichts der Unfallursache in der Vergangenheit und der Unfallfolgen in der Gegenwart haben können, deutlich spürbar.

Doch kommen auch andere Ansichten in der Bewältigung dieser Sinnkrise zum Tragen. In einigen Fällen wird der Unfall in seinen Ursachen weniger analysiert also vielmehr einer gewissen Schicksalhaftigkeit zugeschrieben.

"Das ist ein Schicksal, das ist uns jetzt auferlegt, wir können es nicht rückgängig machen. Passiert ist passiert." (2/108)

In einem anderen Interview zeigt sich die interviewte Schwester überzeugt, "der Herrgott" habe es so gewollt (20/308).

Am deutlichsten im Vordergrund stehen die Gedanken, die sich Angehörige um die Zukunft machen. Wie weit dabei in die Zukunft geblickt wird, ist sehr variabel. Es finden sich Anzeichen, dass dies davon abhängt, in welcher Phase der Genesung die Verunfallten bereits sind, aber auch von der individuellen Lebenssituation der Angehörigen.

Auf die Frage, worum es in seinen kreisenden Gedanken ginge, erklärt ein Vater:

"Ja in erster Linie immer wieder: was bringt der nächste Tag? Also wie schaut das aus? Ist es besser geworden, ist es schlechter geworden? Das war so die Anfangsphase." (1/304)

Das Stichwort "Anfangsphase" ist von besonderem Interesse. Da das Interview kurz vor der Entlassung des Sohns in die Früh-Rehabilitation stattfand, kann der Vater seine Gedanken kurz nach dem Unfall mit seinen jetzigen Gedanken vergleichen. Zu Beginn der Intensivbehandlung scheint er auf den nächsten Tag fokussiert zu sein, also sehr kurzfristig in die Zukunft zu blicken. Seine momentanen Gedanken drehen sich nun vielmehr um das neurologische Outcome des Sohns, "die Wiederherstellung vom Kopf" durch die anstehende Rehabilitationsmaßnahme (1/304). Er denkt sogar noch weiter in die Zukunft und hält eine nötige "Langzeitversorgung" für möglich (1/259).

In einem anderen Fall macht sich die Ehefrau viele Gedanken um die Früh-Rehabilitation ihres Mannes (2/132-134). Sie erklärt, dass sie versucht, sich gedanklich auf die kurzfristige Zukunft zu konzentrieren, denn ein Vorausdenken über viele Woche würde sie nervös machen (2/135-138). Doch auch sie kann sich nicht davor zurückhalten, längerfristig zu denken:

"Was ist jetzt, wenn er stirbt? Wir haben noch den Sohn, der ihn braucht. Wir haben ein riesen Grundstück zu Hause. Wir haben Hühner. Wir haben einen Hund." (2/140)

Auch wenn sie also versucht, sich gedanklich auf die unmittelbare Zukunft zu beschränken, zwingt ihr der ungewisse Ausgang der Situation auch das Durchdenken langfristiger Szenarien auf.

In dem eben beschriebenen Fall bekommt man Einblick in die Zukunftsperspektiven einer Familie mit einem noch jungen Kind und einem gemeinsamen Eigenheim. Wie unterschiedlich der Blick auf die Zukunft abhängig von der individuellen Lebenssituation der Angehörigen sein kann, illustriert das Beispiel des jungen erwachsenen Sohns einer alleinerziehenden Mutter. Auf die Frage, welche seine ersten Gedanken waren, als er vom Unfall der Mutter erfuhr, antwortet er:

"Ja, also, ich war natürlich schon gleich richtig schockiert und habe mir halt so gedacht, weil es bei uns halt finanziell jetzt auch nicht so gut aussieht, wie es halt weitergehen soll, weil meine Mum war halt die einzige, die wo gearbeitet hat oder so, die wo halt wenigstens irgendwie ein bisschen Geld heimgebracht hat." (10/79)

Aufgrund der Lebensumstände stehen in diesem Fall die finanziellen Sorgen deutlich im Vordergrund.

In einem anderen Interview macht sich die Mutter Gedanken um die berufliche Zukunft ihres verunfallten Sohns:

"Er wollte eventuell noch eine zweite Ausbildung machen, das wird jetzt wohl auch nicht mehr gehen."

Wie weit Angehörige in die Zukunft denken und worauf sich diese Gedanken beziehen ist also davon abhängig, an welchem Punkt der Behandlung sich die verunfallten Patienten/innen und in welcher Lebenssituation diese und auch die Angehörigen sich befinden.

Befasst man sich weiter mit dem Inhalt der Gedanken stechen zwei Themen heraus, die sehr spezifisch für schwerverletzte Intensivpatienten/innen zu sein scheinen. Zum einen ist die Früh-Rehabilitation eine immer wieder angesprochene Angelegenheit, zum anderen machen sich die Angehörigen häufig Gedanken um das neurologische Outcome der Patienten/innen.

Die anstehende Frührehabilitation kann dabei mit Optimismus aufgefasst werden (14/195). Ein Vater setzt Hoffnung "auf diese neurologischen Reha-Kliniken, dass die

da so viele Mittel haben, um so etwas auch zu forcieren und auch die Forschung da so gut mittlerweile fortgeschritten ist" (1/490). Andere stehen der Früh-Rehabilitation mit Skepsis gegenüber:

"Es steht halt jetzt schon an, irgendwie haben sie ihn angemeldet für Früh-Reha, obwohl ich, wenn ich ihn jetzt mir so anschau, mir denke: Was tun die jetzt auf einer Reha mit so einem Menschen, der noch total abhängig ist von allem?" (2/132)

Für diese Ehefrau stellt die Reha-Maßnahme auch eine logistische Belastung dar, da die Klinik mehrere hundert Kilometer von ihrem Wohnort entfernt liegt und die Vereinbarkeit der Arbeitstätigkeit mit dieser neuen Situation noch unklar ist (2/132-134, 146).

Die Situation der weit entfernten Reha-Klinik ist nicht einzigartig (15/190). Diese Mutter hätte "ganz schlimme Gewissensbisse", würde sie ihren Sohn dort alleine lassen (15/179).

Eine weitere Frage, die typisch für die Angehörigen von Unfallpatienten zu sein scheint, ist die um das neurologische Outcome der Patienten/innen. Neben dem weiter oben genannten Beispiel des Vaters, der Hoffnung in die neurologische Reha setzt, äußern die Schwestern eines Verunfallten mehrmals die Bedenken, welche neurologischen Folgeschäden ihr Bruder davontragen werde (20/195, 196, 261). Für eine andere Ehefrau ist es wichtig, dass sich ihr Mann "zumindest verstandmäßig" retabliert (7/137). Einem Ehemann wurde scheinbar erklärt, dass die Kopfverletzungen die schwersten Verletzungen seiner Frau sind, weshalb sich darauf nun seine Gedanken konzentrieren:

"Wie das weitergeht, was das wird. Das haben sie mir ja gesagt, dass der Kopf das Schwierige ist." (18/101)

Trotz dieser ungewissen Zukunftsperspektiven, zeigen sich viele Angehörige optimistisch. Ein Vater blickt auf die momentane Krise als Phase, auf die auch wieder eine glückliche Zeit folgen wird:

"(...) das Leben und das geht auch wieder weiter, nach sag ich mal Wolken kommt auch wieder Sonnenschein." (1/257)

Auch für eine andere Angehörige ist die Genesung nur eine Frage der Zeit.

"Und es ist alles heilbar, es ist alles machbar, es dauert halt seine Zeit." (13/80)

Diese optimistischen Äußerungen, welche sich in der Art noch an anderen Stellen finden (2/108, 7/127-129, 9/92, 21/92-93), entspringen einer Grundhaltung dieser Angehörigen. Auch ohne direkten Anhaltspunkt blicken sie der Zukunft positiv entgegen.

Solch eine hoffnungsvolle Einstellung kann aber auch begründet sein. Der Ehemann einer verunfallten Patientin nennt beispielsweise die gute Erfahrung, die er mit der Intensivstation gemacht hat, als er selbst Patient war, als hoffnungsstiftendes Moment (5/144-145). Als zweiten Punkt spricht er die kompetente Versorgung durch die Ärzte/innen und Pflegende an (5/144-145). Das Gefühl, dass der/die Patient/in medizinisch gut versorgt wird, erweist sich noch an weiteren Stellen als hoffnungsstiftend. Für einen Vater ist es "the quality of the services" (6 Teil 1/122), für eine andere das Gefühl, dass ihr Angehöriger "da in guten Händen" ist (12/345-346). Die Schwester eines anderen Patienten hat Hoffnung auf Genesung ihres Bruders, da sie von der Kompetenz des Universitätsklinikums überzeugt ist und glaubt, dass er "in guten Händen ist" und "wieder heim" kommt (20/295).

Neben dem Gefühl der guten medizinischen Versorgung der Verunfallten, spielen auch Patientenfaktoren eine Rolle. So wird an drei Stellen das junge Alter dieser drei Patienten als hoffnungsstiftend aufgeführt (1/490, 6 Teil 1/118-122, 12/342).

Zum anderen sind es vor allem beobachtete Fortschritte, die Hoffnung bereiten (10/263, 13/82, 14/192-193, 19/66-69).

"Das Gefühl war so, ich habe mir halt auch ein bisschen Hoffnungen gemacht, ob vielleicht irgendwie schon etwas besser zu scheinen ist, zum Beispiel, wie ja auch heute war, dass ihr Auge, zum Beispiel, schon aufgegangen ist." (10/263)

Als anderes Beispiel sei der Sohn aufgeführt, der seinen schwer verletzten Vater anspricht und eine murmelnde Antwort vernimmt, was ihm die Hoffnung gibt, dass "er vielleicht wieder wird" (9/98).

Doch worin genau bestehen diese Hoffnungen? Welche Themen lassen sich in den Interviews erkennen?

Zum einen besteht die Hoffnung, bald mit dem/der Patienten/in kommunizieren zu können. Ein Ehemann äußert folgenden Wunsch:

"(...) dass ich einfach mal mit meiner Frau reden kann und dass sie mich kennt und dass wir reden können (...)" (11/221)

Zur Kontaktaufnahme gehören also zwei Voraussetzungen: Dass der/die Patient/in den/die Angehörige/n wiedererkennt (19/61) und dass er/sie wieder sprechen kann. Diese Hoffnung wird an vielen Stellen geäußert und scheint eine besondere Bedeutung zu haben: (1/490, 7/137, 11/211, 221; 16/170, 19/61, 20/148). Zum einen kann die Fähigkeit zu sprechen für die Angehörigen bedeuten, dass "im Kopf nichts bleibt" (20/148), dass also keine neurologischen Folgeschäden persistieren. Zum anderen erscheint das Wiedererlangen der Sprechfähigkeit wie eine Rückkehr zur Normalität. So hofft ein Ehemann, dass er bald "normale Krankenbesuche" machen kann, in denen man "redet und lacht" (11/227).

Auch ein anderer Angehöriger hofft, dass "das Lachen" seines Sohns wiederkommt (1/261). Die Motivation hinter dieser Hoffnung scheint zu sein, besondere Eigenschaften des Sohns, welche ihn als Person ausmachen, wiederzuerkennen, denn "er ist halt der, der wo immer so herzlich gelacht hat" (1/261). Die Hoffnung, die Unfallopfer wieder als die "Alten" zu erkennen, besteht noch in weiteren Fällen: (14/195, 20/167). Dahinter könnte eine Hoffnung nach Wiederkehr einer gewissen Normalität liegen, ein Ende der Ungewissheit der aktuellen Situation. So hofft ein Ehemann, dass "keiner mehr von dem Unfall (redet)" (18/308). Ein Vater wünscht, dass sein Sohn in den Alltag einer "normal person " zurückkommt (6/207).

Weiterhin hoffen Angehörige auf die Genesung der Verunfallten. Es wird häufig der Wunsch genannt, dass die Patienten/innen wieder gehen können und selbstständig werden (7/189, 14/195, 19/65, 20/148).

An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass ähnlich des Informationsbedürfnisses, auch die Hoffnungen der Angehörigen im Laufe der Intensivbehandlung eine gewisse Dynamik und Variation ihres Inhalts erkennen lassen. So wird insbesondere zu Anfang, in der Phase der völligen Ungewissheit, die Hoffnung geäußert, dass die Patienten/innen überleben (11/205, 12/322, 14/198-201). Ein Ehemann, dessen Frau

und Tochter gleichzeitig in einem Autounfall verwickelt waren, beschreibt seinen innersten Wunsch so:

*"Hoffentlich überleben sie, hoffentlich überleben sie! Hoffentlich schaffen sie das!"
(11/205)*

Erst später stellen sich dann die eben beschriebenen Hoffnungen auf Genesung ein. Doch können dann auch schon genauere Informationen über die Verletzungsschwere vorliegen und die Angehörigen mit der Realität der Lage konfrontiert sein. Ein Vater beschreibt diesen Zwiespalt zwischen realistischem Denken und Hoffen angesichts des schweren Neurotraumas seines Sohnes (1/268-270):

"Am schönsten ist natürlich, wenn er voll Genesung hat, wenn er wie der Alte ist, ist eh klar. Die Hoffnung, die wird ja nie aufhören, aber es soll auch nicht aufhören, aber hoffen wir uns ja alle, aber man muss auch realistisch sein und sagen, irgendwo dazwischen kann es ja auch sein." (1/264)

Will man die Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen beschreiben, muss man zunächst konstatieren, dass diese versuchen können, ihre Gedanken und Emotionen sowohl nach außen als auch nach innen zu blockieren. Andere hingegen leiden unter sich ständig aufdrängendem Grübeln. Die Gedanken können dabei Bezug nehmen auf die Vergangenheit, auf die Gegenwart, vor allem mit der Frage nach dem Sinn der Krise und häufig stark belastenden Schuldgefühlen, aber insbesondere auf die Zukunft. Zunächst beschäftigen sich manche Interviewte mit der sehr unmittelbaren Zukunft, um im späteren Behandlungsverlauf etwas weiter in diese hineinzublicken.

Bei einigen ist ein gewissermaßen bedingungsloser Optimismus festzustellen. Meist aber sind die Hoffnungen begründet, vor allem in dem Gefühl, dass die Patienten/innen optimal versorgt werden, oder in beobachtbaren Fortschritten der Unfallopfer. Ganz zu Beginn besteht bei vielen Angehörigen vordergründig der Wunsch, dass die Patienten/innen schlichtweg überleben, während später differenzierte Hoffnungen geäußert werden: So zum Beispiel, dass die Patienten/innen wieder mit den Angehörigen kommunizieren können, wieder gehen können, selbstständig werden und dass wieder Normalität eintritt..

Kernkategorie Ungewissheit

Die Kernkategorie, die die Lebenswelt der Angehörigen eindrücklich beschreibt, ist das Gefühl der Ungewissheit. Codings dieser Kategorie finden sich in 12 der 19 Interviews. Dabei wurden sowohl Codes für die Ursachen der Ungewissheit als auch für deren Folgen definiert. Einen Überblick über Ursachen und Folgen der Ungewissheit und Interventionsmöglichkeiten liefert Abbildung 4.

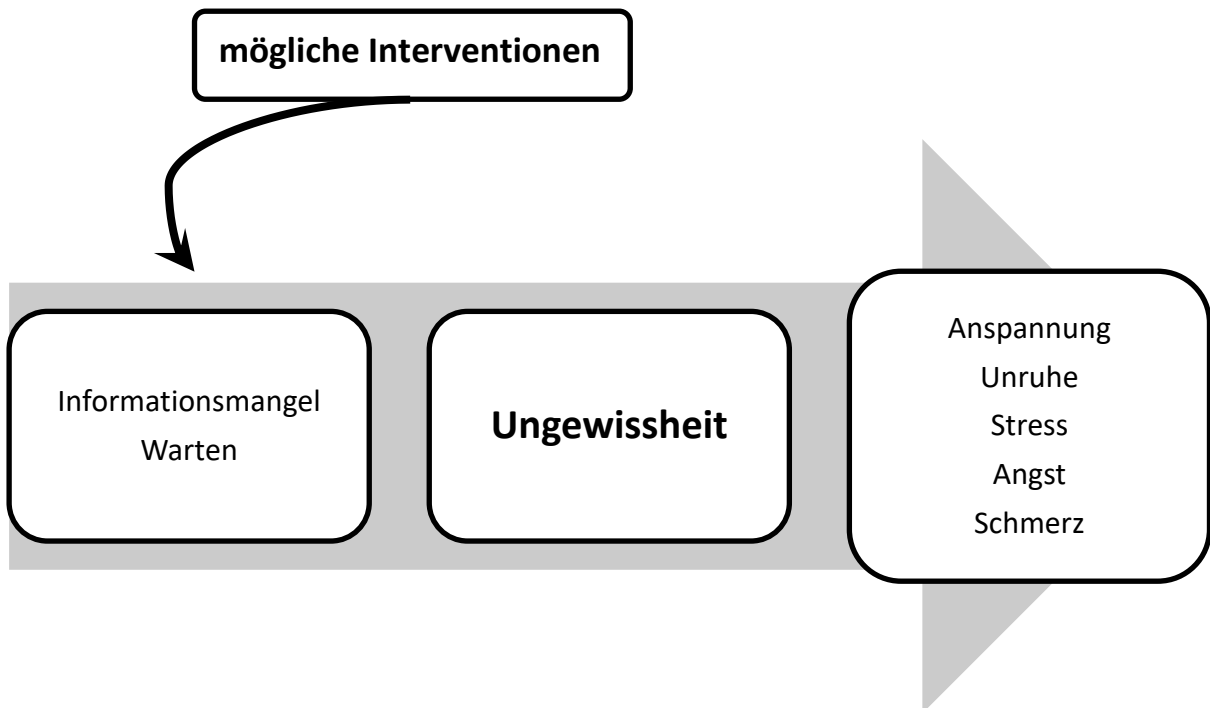


Abbildung 4: Ungewissheit

Der Ehemann einer Patientin formuliert das Gefühl der Ungewissheit so:

"(...) und man weiß ja nie, was die Ärzte einem sagen. Es kann immer über Nacht was dazukommen oder auch nicht und wenn man dann läutet, dann muss man länger warten, dann hat man immer ein unruhiges Gefühl, es ist was passiert und man war dann nicht dabei (...)." (11/221)

Hier beschreibt der Interviewte ein "unruhiges Gefühl", das mit der Ungewissheit über den Zustand seiner Frau einhergeht. Andere Angehörige verbinden die Unsicherheit über den Zustand oder die Prognose des/der Patienten/in mit innerer Anspannung, mit Stress:

"(...) in der kritischen Phase ist man in der Früh immer mit einer enormen Anspannung reingegangen, nachdem wieder eine Nacht vorbei war, was ist heute?" (1/147)

"Das war für mich Stress. Dass jederzeit irgendwas kippen könnte." (17/219)

Dieser durch die ungewisse Situation bedingte Stress findet sich weiterhin in (1/65, 356, 123), (17/219) und (8/32, 34). Neben eines Anspannungsgefühls berichten einige Angehörige auch Angstgefühle, die durch die Ungewissheit entstehen. Eine Interviewte erlaubt uns folgenden Einblick in ihre Gefühlswelt:

"Einfach nur Angst, Panik. Was passiert jetzt? Was, ja, man hat ja gewusst, da kümmern sich Leute, das sind Fachleute, die sich in einem Gebiet auskennen, die alles Mögliche tun. Das ist das Eine. Das Andere ist natürlich: Ja, was ist jetzt passiert? Was ist geschehen? Was kann ich jetzt tun? Man fühlt sich so hilflos, so nutzlos, weil man eigentlich nichts tun kann außer warten." (13/137)

Sie hat zwar Vertrauen in die behandelnden medizinischen Akteure, empfindet aber ihrerseits eine Ohnmacht, das Gefühl, ihrer Schwiegermutter nicht helfen zu können. Die Ehefrau eines verunfallten Motorradfahrers benennt konkret die Angst, dass ihr Mann sterben könnte:

"Na die ersten Tage war schon heftig. Also da ist, du hast halt immer Angst um, um sein Leben gehabt. Du hast Angst, dass er dir jeden Moment wegstirbt und da gehen dir tausend Gedanken durch den Kopf: Was ist jetzt, wenn er stirbt?" (2/140)

Hier verbirgt sich eine Ungewissheit in doppelter Hinsicht: Wird ihr Mann überleben? Und wenn nicht, wie wird ihr Leben dann weitergehen? Angst aus der unsicheren Situation heraus ist ein häufiges Motiv in den geführten Interviews und lässt sich noch finden in (10/212), (13/133), (15/224,195), (2/42) und (8/48).

Der Familienvater, dessen Frau und Tochter beide in demselben Unfall verunglückten, beschreibt das negative Gefühl angesichts der Ungewissheit über den Zustand seiner beiden Nahestehenden gar als "Schmerz":

"Aber nicht gewusst, wie weit dass es fehlt, was ihnen fehlt und ob sie überhaupt noch leben drinnen. Das war schon ein Schmerz von alleine." (11/193)

Die Unsicherheit des Vaters rührt hier von einem Informationsmangel her. Er hat zu diesem Zeitpunkt noch mit keinem/r Arzt/Ärztin über den Zustand seiner Angehörigen sprechen können. Auch der Vater (B) und die Mutter (C) eines Unfallopfers tapen zwei Tage im Dunkeln, ohne Informationen über den Zustand ihres Sohns. Sie sprechen sogar von ihrer "schwierigsten Zeit" und vervollständigen gegenseitig ihre Sätze als Zeichen des gemeinsam Erlebten (15/210-215):

B: "Ja, das waren jetzt zwei Tage, wo er wieder die große OP gehabt hat und am anderen Tag dann nochmal in den OP hat müssen. Das waren jetzt 48 Stunden, ..."

C: "... da wo man gar nichts gehört hat."

B: "... da wo man gar nichts gehört hat."

C: "Da wo wir gewusst haben, er ist jetzt in den Händen von den Ärzten, wir müssen abwarten."

B: "Das war die schwierigste Zeit für uns."

C: "Schafft er es oder schafft er es nicht?"

Ein besonderer Informationsmangel herrscht freilich, kurz nachdem die Angehörigen von dem Unfall erfahren. In dieser Situation wissen sie möglicherweise nichts über den Zustand des/der Patienten/in, müssen mit den wenigen Aussagen, die sie bekommen, auskommen und malen sich unter Umständen das Schlimmste aus (13/91-92):

A (Interviewer): "Wie waren denn eigentlich die ersten Gedanken nach dem Telefonat? Es hat ja bloß heißen Sturz."

B: "Ja, Sturz. Ich habe mir natürlich das Schlimmste ausgemalt, weil man immer vom Schlimmsten ausgeht und sagt: 'Was ist, wenn was passiert ist? Wie geht man vor? Was passiert? Welche Hoffnung besteht?' Das erste: Hoffentlich hat sie keine Schmerzen!"

Eine ähnliche Aussage lässt sich auch in (19/39) finden. Diese Ungewissheit über den Zustand der Verunfallten kulminiert förmlich vor dem ersten Betreten der Intensivstation. Eine Schwester eines Schwerverletzten berichtet von ihren Gedanken, kurz bevor sie ihren Bruder zum ersten Mal nach dem Unfall sehen kann:

"Was erwartet mich denn jetzt, wenn ich reingehe, wie ich ihn das erste Mal gesehen habe? Was erwartet mich jetzt, wenn ich reingehe? Wenn er mich nicht mehr kennt? Wenn er die Augen nicht mehr aufmacht und er/ Ja, das ist, das ist uns schon auch durch den Kopf gegangen." (20/337)

Ähnlich erging es auch weiteren Interviewten: (1/43), (13/131, 133, 137), (21/19), (9/50). Eine Situation, in der sich die Angehörigen in einer deutlichen Ungewissheit befinden, ist das Warten vor dem Betreten der Intensivstation. Als Besucher/innen müssen sie an der verschlossenen Tür zur Intensivstation klingeln und warten, bis ihnen ein Pflegender oder ein/e Arzt/Ärztin antwortet. Bevor sie dann letztlich hereingelassen werden, kann es dann aber noch einige Zeit dauern. Und eben genau diese ungewiss lange Wartezeit beklagen viele Angehörige:

"Da wurde zu uns gesagt, Ärzte sind bei ihm und wir müssen warten und am schlimmsten ist diese Wartezeit. Dieses Warten und Warten und nicht Wissen, was los ist." (8/66)

Die Schwester eines Verunfallten erklärt mir, dass sie während des Wartens das Gefühl bekommt, der Zustand ihres Bruders habe sich verschlechtert:

"Weil da irgendwie die Zeit nicht vergeht. Und irgendwie meint man immer, dass dann gleich was Schlimmes ist, wenn man wartet, also ist für mich so." (15/134)

Ein Ehemann beklagt auch diese Ungewissheit bezüglich des Zustands seiner Frau und die veränderte Zeitwahrnehmung, die im gerade genannten Zitat schon zum Ausdruck kommt. Er geht aber noch darüber hinaus und nennt Möglichkeiten, wie dieses Warten in Unsicherheit - "im luftleeren Raum", wie eine andere Interviewte es ausdrückt (2/68) - gemildert oder umgangen werden kann:

"Und dann heißt es immer: Warten, bitte zehn bis 15 Minuten muss man noch warten, weil das Pflegepersonal noch wäscht oder neu verbindet oder pflegt, aber das sollte man halt dazu sagen, finde ich und sagen: 'Das dauert noch 15, zwanzig Minuten.' oder 'Die Ärzte sind gerade bei der, Ihrer Frau.' Und warum sind sie bei meiner Frau. Das möchte man ja wissen. Ist es jetzt schlimmer geworden und du stehst draußen und kannst vielleicht nicht und kannst nicht reden (beginnt zu weinen), das ist das Schlimme. Das wo ich eigentlich da draußen im Warteraum

also wenn es solch eine Situation wie jetzt da bei mir ist, sehr bedrückt und kaputt macht. Das sind lange zwanzig Minuten!" (11/247)

Er schlägt dem medizinischen Personal also vor, die Dauer der Wartezeit abzuschätzen, damit die Angehörigen nicht in völliger Ungewissheit tappen, und einen Grund für das Warten zu nennen, damit sie nicht das Schlimmste befürchten müssen. Diese Unsicherheit während des Wartens nennen noch weitere Angehörige: (13/153), (10/365).

Es sind aber nicht ausschließlich negative Gefühle, die die Familienmitglieder vor dem Eintreten in die Intensivstation beschäftigen. Dies illustriert folgendes Zitat:

"Ja, hoffentlich ist alles in Ordnung! Also, die Angst war da, aber natürlich war auch so eine Wiedersehensfreude da." (10/121)

Obwohl er nicht wusste, wie es seiner Mutter in der Intensivstation geht, freut dieser Sohn sich, sie wiedersehen zu können. Solch ein positives Gefühl ist leider nur in diesem einen Interview zu finden. Doch auch dieser Sohn berichtet neben der Wiedersehensfreude eine deutliche Verunsicherung und negative Gefühle auf der Fahrt zum Krankenhaus:

"Ja, schon beklemmend eher, also weil man hat ja jetzt auch nicht genau gewusst, wie es ihr ja auch geistig geht und das war mir halt auch eher so das schlimmste, was ich mir denken hätte können, dass sie halt jetzt irgendwie querschnittsgelähmt zum Beispiel auch ist, was jetzt mit geistig jetzt nicht so viel zu tun hat aber trotzdem halt einfach so richtige Einschränkungen, die wo halt auf lange Zeit nicht mehr verheilbar sind." (10/97)

Hier schwingt aber bereits ein bedeutender Kontextfaktor der Ungewissheit mit: das Neurotrauma. Die Frage nach dem neurologischen Outcome, sei es wie im eben genannten Zitat die Querschnittslähmung oder aber mögliche kognitive Einbußen, beschäftigt viele Angehörige. Doch auch die Ärzte/innen können diese Ungewissheit nicht immer lösen:

"Dass er, gerade diese Kopfverletzungen, wir wissen nicht, inwieweit er sprechen kann, ob er gehen kann, ob sein Bein gelähmt ist oder sein Zeh. Das hat er uns gesagt, in welchem Ausmaß, das wusste keiner, das weiß wahrscheinlich jetzt

keiner. Ich weiß es jetzt momentan nicht. Aber das war zumindest bis gestern so. Und das, dass man vielleicht, ja das wäre schon gut, wenn man weiß, also vielleicht auch vom Geistigen her da ist. Dass er selber, dass er einfach auch selbstständig wird, was ihm schon ganz wichtig ist, glaube ich." (8/82)

Die Mutter eines Verunfallten äußert die Ungewissheit, ob ihr Sohn in Zukunft von Maschinen abhängig sein werde. Dies bezieht sich insbesondere auf das Beatmungsgerät:

"Stabilisiert sich das jemals? Bleibt er dann an irgendeiner Maschine dran?" (17/142)

Das Motiv der Abhängigkeit von Maschinen findet sich aber nur in diesem Interview. Die Unsicherheit bezüglich der neurologischen Prognose wird deutlich häufiger angesprochen und könnte ein Thema sein, das besonders Angehörige von Unfallpatienten/innen beschäftigt.

Bleibt man also sehr nahe an der Textebene lassen sich direkte Bedingungen für die Ungewissheit der Angehörigen finden. Es sind einerseits die patientenbezogenen Faktoren wie das ungewisse neurologische Outcome und die unklare Abhängigkeit von Maschinen. Andererseits aber auch situative Umstände, wie die Ungewissheit vor dem ersten Betreten der Intensivstation und während des Wartens. Weiterhin verursacht auch ein Mangel an Informationen ein Gefühl der Unsicherheit bei den Angehörigen. Die Folgen sind alle negativer Natur: Stress, innerlicher Schmerz, bis hin zu Angstgefühlen. Doch nennt ein Vater eine Möglichkeit dieser Ungewissheit entgegenzutreten:

"Ja. Die eine, ist natürlich klar, das ist die Hoffnung, wie weit wird der XY (Sohn) wieder genesen. Aber da wissen wir einfach, das kann man jetzt in dem Zustand nicht sagen. Also da wurde uns einfach gesagt, die Bandbreite ist von da bis da, das wissen wir jetzt, aber das wird nicht aufhören. Warum sollte es auch. Man hat ja die Hoffnung." (1/486)

Diskussion

Diskussion der Methode

Diese Studie wurde nach einer qualitativen Methode durchgeführt, sodass als Ergebnis keine statistisch belastbaren Daten, sondern subjektiv gruppierte und interpretierte Aussagen aus den Interviews vorliegen. Diese Herangehensweise erlaubte die Tiefensondierung der festgestellten Phänomene, also den subjektiven Hintergrund der einzelnen Fälle besser zu beleuchten. Beispielsweise konnte festgestellt werden, dass viele Angehörige in der Pflege der Unfallopfer mithelfen wollen, sich aber in manchen Fällen nicht trauen, da sie sich als medizinische Laien sehen (S. 47). Wäre eine quantitativ orientierte Fragebogenstudie durchgeführt worden, hätte vielleicht das Phänomen erkannt werden können, dass Familienangehörige wenig oder gar nicht in der Pflege der Patienten/innen mithelfen. Der Hintergrund, dass einige dies gerne möchten, sich aber nicht trauen, wäre jedoch vermutlich nicht zum Vorschein gekommen. Ein weiterer Vorteil des qualitativen Designs war die Entstehung neuer Phänomene. So wurden Themen von den Interviewten angesprochen, die vor Beginn der Studie noch gar nicht antizipiert worden waren. Als Beispiel seien die Gerüchte über soziale Medien genannt, die zwei Familien von jungen Unfallopfern plagten (S. 62). Nur das qualitative Design ermöglichte diese Offenheit und de novo Entstehung neuer Themen.

Ein großer Nachteil des hier angewendeten qualitativen Designs liegt jedoch darin, dass generalisierte Aussagen mangels statistisch signifikanter Daten nicht möglich sind. So wurden zwar Zusammenhänge gefunden, welche aber nur auf der individuellen Fallebene zu sehen sind und keine Aussagen über die Gesamtheit der Angehörigen in der Situation zulassen. So liefert diese Studie einen Einblick in die Gefühlswelt der Angehörigen und die möglichen Ursachen und Themen ihrer Angst, während dazu im Vergleich die quantitative Studie an Angehörigen von Polytraumapatienten/innen durch Pérez-San Gregorio et al. (Perez-San Gregorio et al. 1992) eine Aussage darüber trifft, wie viele der Angehörigen an Angstsymptomen leiden. Die beiden Designs sind hier nicht antagonistisch und unterschiedlich wertvoll, sondern vielmehr synergistisch zu sehen, denn die vorliegende Studie kann beispielsweise Ansatzpunkte für mögliche Interventionen liefern, während ein

quantitatives Design zur Überprüfung des Interventionserfolgs sehr gut geeignet wäre.

Innerhalb des qualitativen Designs fiel die Entscheidung, Leitfadeninterviews mit den Angehörigen zu führen, wobei die Gespräche prinzipiell offen waren und der Leitfaden lediglich als Spickzettel für den Interviewer dienten. Dadurch konnten die Interviewten gemäß ihres eigenen Relevanzsystems Akzente auf bestimmte Themen setzen und waren dazu animiert, frei zu sprechen, also selbst gewissermaßen das Interview zu strukturieren. Dennoch muss konstatiert werden, dass durch einen Leitfaden immer eine gewisse von außen gemachte Struktur einfließt, zumal da der Interviewer neue Themen ansprach, die ihm wichtig erschienen und zu welchen sich die Interviewten noch nicht geäußert hatten. Fragen, die sich nach einigen Interviews als obsolet herausstellten, wurden zwar gestrichen, dennoch war der Leitfaden über die Interviews hinweg relativ starr. So wäre es sinnvoll gewesen, entweder eine noch offenere Form der Interviewführung zu wählen oder, wie Jamerson et al. (Jamerson et al. 1996), zunächst ein Gruppengespräch zu führen, um Themen für den Leitfaden aus der Angehörigenperspektive zu generieren und nicht, wie in dieser Studie, anhand eines Brainstormings durch den Studienleiter.

Zwei Interviews wurden mit mehreren Interviewten geführt (S.17). In der Auswertung erwies sich aber auch diese Form der Interviewdurchführung als sehr fruchtbar, zumal da sich auch sehr unterschiedliche Standpunkte innerhalb einer Familie gegenüberstanden. Diese Erkenntnis stimmt also mit Eggenberger und Nelms Studie überein, die Familieninterviews noch eine weitere Dimension zuschreibt: anders als Einzelinterviews können sie die Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern beleuchten und animieren diese dazu, ihre gemeinsame Geschichte und ihre geteilten Sorgen zu äußern (Eggenberger und Nelms 2007, S. 290). Als Beispiel aus den Interviews dieser Arbeit seien hier die divergenten Einstellungen beider Schwestern in der Entscheidung über die Tracheotomie bei ihrem gemeinsamen Bruder genannt (Interview 20, Abs. 191 f.). Während die eine Schwester diesbezüglich starke Befürchtungen äußert, hat die andere Vertrauen in die Ärzte und will der Tracheotomie zustimmen. Es kristallisiert sich heraus, dass diese Entscheidung ein Konfliktthema innerhalb der Familie darstellt, was durch Einzelinterviews womöglich unerkannt geblieben wäre.

Zwei Interviews wurden auf Englisch geführt. Während der Ehemann im Interview 16 Muttersprachler war, kam der Vater im Interview 6 aus Mexiko und beherrschte Englisch als Zweitsprache. Da der Interviewer aber die Möglichkeit hatte, mit dem Vater vor dem Interview bereits mehrere Gespräche zu führen, konnte er sich vergewissern, dass dieser auch komplexere emotionale Zusammenhänge verbalisieren konnte. Dieser Vater war zudem ein international agierender Hochschulprofessor, der Teile seines Studiums in den USA absolviert hatte. Bei der Auswertung beider Interviews bestätigte sich, dass der Themenreichtum durchaus mit den auf Deutsch geführten Interviews vergleichbar ist.

Zum Sampling der Teilnehmer/innen wurde das "pick-up"-Verfahren angewendet (S. 20). Dieser Ansatz, im Gegensatz z.B. zu einer telefonischen Rekrutierung, wurde wegen der Sensibilität des Themas ausgewählt. Der Interviewer trat mit den Angehörigen in vorsichtigen Kontakt und hatte dabei die Möglichkeit zu spüren, ob diese emotional ausreichend stabil erschienen, um durch die Teilnahme am Interview keinen Schaden zu tragen. Dafür wurden auch Informationen durch die Pflegenden und die Ärzte/innen hinzugezogen. Da der Interviewer während der Interviewphase nur Zeit für das Transkribieren und Anpassen des Interviewleitfadens fand und eben nicht für die genaue Analyse des Inhalts, konnte der Punkt der theoretischen Sättigung - der Punkt, an dem "weitere Kodierung, Anreicherung von Kategorien etc. keine neuen Erkenntnisse mehr liefern bzw. versprechen" (Flick 2016, S. 397) - nur grob abgeschätzt werden, indem sich augenscheinlich zunehmend keine neuen Kategorien ergaben. Es wurden deshalb neunzehn Interviews durchgeführt, mit der Annahme damit auf jeden Fall theoretische Sättigung zu erreichen. Bei der Inhaltsanalyse wurde dann deutlich, dass weniger Interviews auch gereicht hätten. Einzelne Gespräche wurden aber daraufhin nicht ausgeschlossen, weil eine diesbezügliche Auswahl völlig willkürlich erschien und den Teilnehmern/innen gegenüber nicht gerecht gewesen wäre. Es wäre also sinnvoll gewesen, die Analyse der Gespräche immer direkt im Anschluss an die Interviews durchzuführen, um den Punkt der theoretischen Sättigung früher zu erkennen.

Diskussion der Ergebnisse

In dieser Studie gelang ein Einblick in die Wahrnehmung der Intensivstation durch die Angehörigen. So zeigte sich, dass das Bild der Intensivstation negativ geprägt

und mit der Ungewissheit einer lebensbedrohlichen Situation verbunden sein kann (s.h. Wahrnehmung der Intensivstation). Genauso gut erwies es sich aber auch als möglich, dass die Intensivstation ein Gefühl der Sicherheit durch die optimale Versorgung der Patienten/innen erzeugt (s.h. Wahrnehmung der Intensivstation). Ähnlich steht es um die Gerätschaften der Intensivstation. Diese können Angstgefühle auslösen, welche sich aber dann im Laufe der Behandlung mildern können (s.h. Wahrnehmung der Intensivstation). Sie können aber auch ein Sicherheitsgefühl erzeugen oder den Angehörigen dabei helfen, den Genesungsfortschritt "abzulesen" (s.h. Wahrnehmung der Intensivstation). Manche Angehörige nehmen die Geräte zunächst gar nicht wahr (s.h. Wahrnehmung der Intensivstation). Rukholm et al.s Studie zu Angstsymptomen bei Angehörigen von Intensivpatienten/innen ergab, dass diese eine stressreiche Phase durchleben, aber dieser Stress wohl relativ wenig durch die "physikalische Umgebung" der Intensivstation, also z.B. Gerätelärm und Zimmernachbarn, verursacht wird (Rukholm et al. 1991). Diese Aussage stützt die vorliegende Studie, doch kann nun auch konstatiert werden, dass die intensivmedizinische Versorgung mitsamt ihrer Geräte sogar ein Sicherheitsgefühl bei manchen Angehörigen während dieser Krisensituation darstellen und gewissermaßen eine optimale Versorgung der Patienten/innen symbolisieren kann.

In Walters Studie an 15 Angehörigen von Intensivpatienten/innen wurden vier Hauptkategorien beschrieben, die die Bedürfnisse der Angehörigen reflektieren. Eine davon wurde als "seeing" bezeichnet und beschreibt das Bedürfnis der Studienteilnehmer/innen, trotz der Intensivstation als angsteinflößender Umgebung die Patienten/innen sehen zu können (Walters 1995, S.21). Dabei erklärte Walters, dass die Angehörigen vor allem das äußere Erscheinungsbild der Patienten/innen, z.B. das Hautkolorit, beobachten und mit dem normalen, ihnen von vor der Intensivbehandlung bekannten, Aussehen vergleichen (Walters 1995, S.21). Anschließend wurde noch postuliert, dass das Sehen der Patienten/innen die Kommunikation zwischen ihnen und den Angehörigen erleichtert, ohne dass darauf näher eingegangen wurde.

In der vorliegenden Studie ergaben sich Erkenntnisse, die sich als sehr analog zu denen Walters Studie darstellten. So zeigte sich auch hier die Beobachtung der Patienten/innen als relevantes Bedürfnis der Angehörigen (s.h. Wahrnehmung der

Patienten/innen). Neben dem bereits in Walters Studie genannten Hautkolorit beobachten die Angehörigen dieser Studie vor allem das Gesicht und die Augen der Patienten/innen, deren Grad der Bewusstlosigkeit, Reaktionen auf äußere Reize, Bewegungen und Positionen im Intensivbett (s.h. Wahrnehmung der Patienten/innen). In dieser Studie wurde darüber hinaus sehr deutlich, welche Motivationen hinter diesem Bedürfnis des "seeing" stehen: neben der Augen als Kommunikationsmittel - so kann ein Blinzeln beispielsweise bedeuten, dass "alles gut ist"- dienen die anderen Beobachtungen den Angehörigen insbesondere der Interpretation und dem Informationsgewinn (s.h. Wahrnehmung der Patienten/innen). Ähnlich den Ergebnissen Walters Studie, erkennen auch in dieser Studie Angehörige ihre Patienten/innen so wie vor dem Unfall wieder (s.h. Wahrnehmung der Patienten/innen). Außerdem leiten sie Fortschritte ab (s.h. Wahrnehmung der Patienten/innen) oder bilden Rückschlüsse auf den Verletzungsgrad des zentralen Nervensystems.

Gemäß Rukholm et al.s Studie ist das Sehen der Patienten/innen in Bewusstlosigkeit ein herausragender Stressor der Intensivstation (Rukholm et al. 1991, S. 927). Diese Aussage lässt sich ebenso im Standardwerk "Die Intensivmedizin" von Burchardi et al. finden: "Insbesondere wenn der Patient noch bewusstlos oder bewusstseinsgetrübt ist, lastet der größere Leidensdruck auf den Angehörigen, die die Situation und Bedrohung des Patienten bei vollem Bewusstsein wahrnehmen." (Burchardi et al. 2011, S. 22) Dieses Phänomen ist auch in dieser Studie deutlich salient und eines der ersten Merkmale der Patienten/innen, die den Angehörigen ins Auge stechen (s.h. Wahrnehmung der Patienten/innen). In dieser Studie konnten wir also vor allem beleuchten, weshalb das Sehen der Patienten/innen ein so herausragendes Bedürfnis ist: Die Angehörigen erkennen die Kranken so "wie früher" wieder, kommunizieren so mit ihnen und nehmen Fortschritte wahr.

Ein weiteres sehr herausragendes Bedürfnis der Angehörigen dieser Studie ist das nach Nähe zu den jeweiligen Patienten/innen (s.h. Interaktionen mit den Patienten/innen). Auch dieses Bedürfnis ist eines der Hauptkategorien aus Walters Studie, das er als "being-with" bezeichnete (Walters 1995, S.21). Darunter verstand er die "physische und emotionale Anwesenheit der Familie" (Walters 1995, S.21), beispielsweise das Halten der Hand der Patienten/innen. Dadurch können die Angehörigen über die körperliche Präsenz hinaus ihre Hingabe und Kommunikation

aufrechterhalten. Auch in dieser Studie zeigte sich als Hintergrund für das Nähebedürfnis der Wunsch, den Patienten/innen etwas Gutes zu tun, zu zeigen, dass jemand da ist (s.h. Interaktionen mit den Patienten/innen). Berührungen kristallisierten sich ebenso als Element der Kontaktaufnahme und als Möglichkeit, die Vitalität der Patienten/innen zu spüren (s.h. Interaktionen mit den Patienten/innen), heraus. Neben den bereits bei Walters genannten Händen zeigten sich in dieser Studie auch das Gesicht und die Füße als wichtige "Berührungspunkte" (s.h. Interaktionen mit den Patienten/innen).

Ein weiteres salientes Thema stellt die Frage nach der Wahrnehmung der bewusstlosen Patienten dar. Dabei gehen die Angehörigen davon aus, dass die nicht ansprechbaren Patienten/innen dennoch äußere Reize wahrnehmen, wobei diese Ansicht viele Angehörige in den Interviews regelrecht verteidigen (s.h. Interaktionen mit den Patienten/innen). Manche sprechen "mit" den bewusstlosen Patienten/innen, um ihnen Mut zu machen und Kontakt aufzunehmen (s.h. Interaktionen mit den Patienten/innen).

Obwohl das Bedürfnis bestehen kann, wirken nur wenige Interviewte tatsächlich in der Pflege mit. Bijttebier et al. zeigten in ihrer Studie, dass das medizinische Personal dazu neigt, dieses Bedürfnis zu unterschätzen (Bijttebier et al. 2001, S. 165), obwohl dies eine "wertvolle Ressource" darstellen und das Pflegepersonal, welches oft im Zeitmangel ist, unterstützen kann (Burchardi et al. 2011, S. 22). In der vorliegenden Studie konnte herausgefunden werden, dass sich die Angehörigen als medizinische Laien fühlen (s.h. Interaktionen mit den Patienten/innen) und keinesfalls die Ruhe der Patienten/innen stören oder ihnen gar Schaden zufügen wollen. Diese zeigten sich als die Hauptgründe für eine sehr zaghafte Interaktion mit den Patienten/innen und stimmen mit der Aussage eines Übersichtswerks überein, dass Angehörige in der Umgebung der Intensivstation das Gefühl haben können, "zu stören, unerwünscht zu sein." (Burchardi et al. 2011, S. 22)

Neben der Interaktion mit den Patienten/innen gelang in dieser Studie auch ein Einblick in die Beziehung der Angehörigen zu den medizinischen Akteuren der Intensivstation. Als wichtigste Grundlage dieses Verhältnisses erwies sich ein gewisses "Grundvertrauen" der Angehörigen zum medizinischen Personal. Dieses Ergebnis deckt sich mit Ruzevich et al.s Studie an Angehörigen von Patienten/innen

mit Herz-Lungen-Maschine, in der 100% der Befragten angaben, den medizinischen Akteuren zu vertrauen ((Ruzevich et al. 1990). In der hier vorliegenden Studie ließ sich bei einigen Angehörigen ein "blindes", bedingungsloses Vertrauen erkennen (s.h. Wahrnehmung der medizinischen Akteure der Intensivstation). In manchen Fällen liegt es aber auch darin begründet, dass die Angehörigen die Klinik für besonders renommiert halten oder selbst als Patient/in gute Erfahrungen mit der Klinik gemacht haben (s.h. Wahrnehmung der medizinischen Akteure der Intensivstation).

In dem eingangs beschriebenen Fragebogen CCFNI (s.h. Bedürfnisse und Zufriedenheit der Angehörigen von Intensivpatienten/innen) stellt das Informationsbedürfnis eine der Hauptkategorien dar. Die Items dieser Kategorie rangierten in vielen Studien, die sich dieses Fragebogens bedienten, unter den wichtigsten Bedürfnissen der Angehörigen von Intensivpatienten. Einige dieser Items fanden sich in den in dieser Studie geführten Interviews genauso wieder und stützen die Validität des CCFNI. So zeigte sich in den Interviews das Bedürfnis nach genauen Informationen über die Therapie und Medikation der Patienten/innen und deren Prognose (s.h. Interaktionen mit den medizinischen Akteuren). Angehörige bewerteten darüber hinaus die Informationsvermittlung als positiv, wenn die medizinischen Akteure sich ausreichend Zeit dafür nahmen und sie in verständlichen Worten vermittelten (s.h. Interaktionen mit den medizinischen Akteuren). Auch ließ sich in den Interviews das Bedürfnis nach ehrlicher Information erkennen, was auch in den Items des CCFNI zu finden ist (Bouman 1984, S. 314). Gleichzeitig besteht aber ein Bedürfnis nach Hoffnung für sich und die Patienten/innen selbst, welches dem nach ehrlichen Informationen gegenübersteht (s.h. Interaktionen mit den medizinischen Akteuren).

In dieser Studie konnten auch einige Erkenntnisse über das familiäre Gefüge der Angehörigen und deren Leben außerhalb des Krankenhauses gewonnen werden. Dazu lassen sich in der Literatur zu Angehörigen von Intensivpatienten/innen wenige Informationen finden. Dabei stellte sich heraus, dass die Familien und externe Helfer zwar als Unterstützung dienen können, jedoch auch in gewissen Fällen eine Belastung für die Angehörigen darstellen (s.h. Interaktionen mit Familie und sozialem Umfeld). Das Informationsbedürfnis des sozialen Umfelds und die dabei entstehende "Gerüchteküche" ist für manche Angehörige eine schwere Herausforderung (s.h.

Interaktionen mit Familie und sozialem Umfeld). Diese Problematik wurde in dieser Studie jedoch nur tangiert. Welchen Einfluss das soziale Umfeld auf die Angehörigen von Intensivpatienten/innen, insbesondere in Hinblick auf moderne Kommunikationsmedien wie z.B. Facebook, darstellt, könnte Gegenstand weiterer Forschungsbestrebungen sein.

Eines der wichtigsten Interessensfelder bisheriger Forschung an Angehörigen von Intensivpatienten/innen stellen deren Angst- und Depressionssymptome dar (s.h. Symptome von Angst und Depression bei Angehörigen von Intensivpatienten/innen). In vielen Studien wurden für die Evaluation der Angst- bzw. Depressionssymptome validierte Fragebögen verwendet, sodass beispielsweise Pochard et al. in ihrer Multicenter-Studie mittels des Fragebogens HADS feststellen konnten, dass 73,4% der Angehörigen Angstsymptome und 35,3% Depressionssymptome hatten (Pochard et al. 2005). Ähnliche Ergebnisse lieferten auch weitere Studien (Rukholm et al. 1991; Auerbach et al. 2005; McAdam et al. 2012; Anderson et al. 2009). All diese Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass Angehörige von Intensivpatienten/innen deutliche Symptome der Angst und zu Teilen auch der Depression aufweisen. In dieser Studie konnten wir die Hintergründe dieser Angst und die Manifestationen der Depression besser beleuchten. So erkannten wir, dass die Inhalte der Angst individuell sehr verschieden und von der jeweiligen Lebenssituation abhängig sein können. Beispielsweise spielt für manche Angehörige die Frage nach dem neurologischen Outcome der Patienten/innen eine herausragende Rolle, während für andere finanzielle Sorgen, Gedanken um die berufliche Zukunft der Unfallopfer oder logistische Probleme, wie die Anfahrt zur eventuell weit entfernten Rehabilitationsklinik im Vordergrund stehen (s.h. Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen). Wie weit der Blick in die Zukunft dabei reicht, kann auch im Verlauf der Behandlung variieren, sodass sich die Gedanken zunächst um den nächsten Tag drehen können, um später Platz zu machen für Sorgen um die weitere Zukunft (s.h. Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen).

Es ließen sich auch Korrelate der in den oben genannten Studien gefundene Prävalenz von Depressionssymptomen in dieser Studie finden. So beschreiben Angehörige ein Gefühl der inneren Leere oder eine Tendenz zur Verdrängung von Gedanken (s.h. Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen). Diese zwingen sich

manchen Angehörigen förmlich auf und äußern sich z.B. als nächtliches Grübeln über die momentane Situation und die Zukunft (s.h. Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen).

Viele Angehörige scheinen außerdem von Schuldgefühlen geplagt zu sein oder von der Ungerechtigkeit des Unfalls, in dem ihr/e Angehörige/r verletzt wurde und der oder die Schuldtragende aber nicht. Demgegenüber lässt sich als andere Möglichkeit des Copings in den Interviews die Zuordnung einer gewissen Schicksalhaftigkeit als Ursache des Unfalls finden (s.h. Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen). Hinter beiden Ansätzen lässt sich eine Sinnsuche erkennen, um die krisenhafte Situation besser zu verstehen. Diese taucht bereits in Walters Studie als sogenanntes "making sense" auf (Walters 1995, S.22). Walters beschreibt das "making sense" als Suche nach Sinnhaftigkeit angesichts der Situation, in der ein/e Nahestehende/r auf der Intensivstation zwischen Leben und Tod schwebt. In der vorliegenden Studie an Angehörigen von schwerverletzten Intensivpatienten/innen fokussiert sich die Sinnsuche vielmehr auf den Unfall. Dieser scheint also das eigentliche absurde Element in dieser Art von Lebenskrise zu sein: Ein plötzliches Ereignis ohne Vorwarnung, dessen Hintergrund die Angehörigen verstehen wollen.

Als eine der bedeutendsten Ursachen hinter den hohen Angst- und Stresslevels der Angehörigen erkannten wir in dieser Studie das ständige Gefühl der Ungewissheit. Es war so häufig anzutreffen und steht in Verknüpfung mit sehr vielen weiteren Kategorien, sodass wir es als Kernkategorie bezeichneten. So stehen ursächlich hinter der Unsicherheit einige Faktoren, die typisch sind für die Situation, einen Nahestehenden auf der Intensivstation zu haben, wie beispielsweise das Warten vor dem Betreten der Station (s.h. Kernkategorie Ungewissheit). Es finden sich auch Ursachen, die charakteristisch sind für Angehörige von Unfallpatienten/innen. Jene müssen, nachdem sie von dem Unfall erfahren, oft mit nur wenigen Informationen auskommen und durchleben also eine Phase völliger Ungewissheit (s.h. Kernkategorie Ungewissheit). Weiterhin typisch ist die Ungewissheit angesichts des neurologischen Outcomes der Patienten/innen (s.h. Kernkategorie Ungewissheit). Ein Vergleich zwischen der Situation Angehöriger von Unfallpatienten/innen mit und ohne Neurotrauma würde diesbezüglich noch mehr Erkenntnis bringen. Es könnte ein erheblicher Unterschied zwischen diesen beiden Kollektiven bestehen.

Das Gefühl der Ungewissheit, dessen Hintergründe wir also teilweise in dieser Studie beleuchten konnten, hat Auswirkungen auf die Gefühlswelt der Angehörigen. Diese können ein Gefühl der "Ohnmacht" erleben oder einen inneren "Schmerz" (s.h. Kernkategorie Ungewissheit). Es stellt einen bedeutenden Beitrag zu den bereits vielfach etablierten ausgeprägten Angst- und Depressionssymptomen von Angehörigen von Intensivpatienten/innen dar. Doch lässt sich erkennen, dass auch hier Interventionsmöglichkeiten vorhanden sind. So sind einige Ursachen der Ungewissheit, wie z.B. der Informationsmangel kurz nachdem die Angehörigen von dem Unfall erfahren und während sie vor der Intensivstation warten, beeinflussbar. Eine bessere Kommunikation mit den Angehörigen während dieser Phasen, die Jamerson et al. als "hovering" bezeichnen (Jamerson et al. 1996), könnte das Gefühl der Ungewissheit etwas lindern und somit auch deren Konsequenzen (Angst, Ohnmachtsgefühl) positiv beeinflussen.

Doch weisen einige Angehörige trotz der Unsicherheit ein inherentes Gefühl des Optimismus auf (s.h. Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen). Auerbach et al. untersuchten in ihrer Studie den Einfluss von Optimismus auf verschiedene Aspekte der Gefühlswelt der Angehörigen von Intensivpatienten/innen und fanden heraus, dass Angehörige mit ausgeprägtem Optimismus zufriedener waren, sich den medizinischen Akteuren verbundener fühlten und weniger emotionalen Stress erfuhren (Auerbach et al. 2005, S.208). In dieser Studie konnten wir herausfinden, dass Optimismus bei den Angehörigen eine Art Grundhaltung darstellen kann, aber auch gewissermaßen begründet sein kann (s.h. Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen). Diese Faktoren, die zu einer optimistischen Zukunftshaltung der Angehörigen beitragen sind einerseits unbeeinflussbare, wie z.B. ein junges Patientenalter, aber auch beeinflussbare, wie z.B. eine wahrgenommene Kompetenz der medizinischen Akteure und des Klinikums als Ganzes, aber auch die beobachtbaren Fortschritte der Patienten/innen. Hier lassen sich also potentielle Interventionsmöglichkeiten erkennen, um eine optimistische, hoffnungsvolle Haltung der Angehörigen zu stärken und somit, in Anlehnung an die Ergebnisse der oben genannten Studie durch Auerbach et al., ihre Situation zu verbessern.

Zusammenfassung

Die Situation, einen nahestehenden Angehörigen auf der Intensivstation zu haben, stellt eine enorme Belastung dar. Die bisherige Forschung ergab, dass Angehörige von Intensivpatienten/innen ausgeprägte Angst- und Depressionssymptome aufweisen. Es gibt Hinweise, dass sich die Situation der Angehörigen unterscheidet, je nachdem in welchem Kontext die Intensivbehandlung stattfindet.

Um die Lebenswelt Angehöriger von schwerverletzten Unfallpatienten/innen besser zu verstehen, führten wir diese Studie durch.

Es handelt sich um eine qualitative Interviewstudie mit semistrukturierten Interviewleitfäden. Hierfür wurden auf der operativen Intensivstation des Universitätsklinikums Regensburg 19 Interviews einer Länge von 17 bis 70 Minuten mit Angehörigen von schwer verletzten Unfallpatienten/innen im Alter von 17 bis 75 Jahren während der Intensivbehandlung geführt. Die Analyse der Interviews erfolgte anhand der Methode des theoretischen Kodierens mittels der Software MAXQDA®.

Dabei gelangen Einblicke in die Wahrnehmung der Intensivstation und der Patienten/innen durch die Angehörigen, deren Selbstwahrnehmung, deren Interaktionen mit den Patienten/innen, dem medizinischem Personal und deren sozialem Umfeld. Weiterhin konnten Erkenntnisse über die Gefühls- und Gedankenwelt der Angehörigen gewonnen werden. Als Kernkategorie stach das Gefühl der Ungewissheit heraus.

Die tiefen Einblicke in die Lebenswelt der Angehörigen von schwerverletzten Intensivpatienten/innen liefern vielerlei Ansatzpunkte für mögliche Interventionen bzw. Verbesserungsmöglichkeiten im Umgang und der Kommunikation mit diesen.

Literaturverzeichnis

Anderson, Wendy G.; Arnold, Robert M.; Angus, Derek C.; Bryce, Cindy L. (2008): Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. In: *Journal of general internal medicine* 23 (11), S. 1871–1876. DOI: 10.1007/s11606-008-0770-2

Anderson, Wendy G.; Arnold, Robert M.; Angus, Derek C.; Bryce, Cindy L. (2009): Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. In: *Journal of critical care* 24 (2), S. 249–254. DOI: 10.1016/j.jcrc.2007.12.010

Antolovič, Dalibor; van Aken, Hugo (2014): *Intensivmedizin*. 3., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Thieme.

Auerbach, Stephen M.; Kiesler, Donald J.; Wartella, Jennifer; Rausch, Sarah; Ward, Kevin R.; Ivatury, Rao (2005): Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. In: *American journal of critical care* 14 (3), S. 202–210.

Azoulay, E.; Pochard, F.; Chevret, S.; Lemaire, F.; Mokhtari, M.; Le Gall, J. R. et al. (2001): Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. In: *American journal of respiratory and critical care medicine* 163 (1), S. 135–139. DOI: 10.1164/ajrccm.163.1.2005117

Bailey, Joanna J.; Sabbagh, Melanie; Loiselle, Carmen G.; Boileau, Johanne; McVey, Lynne (2010): Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. In: *Intensive & critical care nursing* 26 (2), S. 114–122. DOI: 10.1016/j.iccn.2009.12.006

Bijttebier, P.; Vanoost, S.; Delva, D.; Ferdinande, P.; Frans, E. (2001): Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. In: *Intensive care medicine* 27 (1), S. 160–165.

Bouman, C. C. (1984): Identifying priority concerns of families of ICU patients. In: *Dimensions of critical care nursing : DCCN* 3 (5), S. 313–319.

Burchardi, Hilmar; Larsen, Reinhard; Marx, Gernot; Muhl, Elke; Schölmerich, Jürgen (2011): *Die Intensivmedizin*. Dordrecht: Springer. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=769894>

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2015): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Auflage. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.

Eggenberger, Sandra K.; Nelms, Tommie P. (2007): Family interviews as a method for family research. In: *Journal of advanced nursing* 58 (3), S. 282–292. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04238.x

Flick, Uwe (2016): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 7. Aufl. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Keupp, Heiner; von Rosenstiel, Lutz; Wolff, Stephan (Hg.) (1995): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie Verlagsunion.

Foss, K. R.; Tenholder, M. F. (1993): Expectations and needs of persons with family members in an intensive care unit as opposed to a general ward. In: *Southern medical journal* 86 (4), S. 380–384.

Freichels, T. A. (1991): Needs of family members of patients in the intensive care unit over time. In: *Critical care nursing quarterly* 14 (3), S. 16–29.

Gander, Hans-Helmuth; Breyer, Thiemo (Hg.) (2010): *Husserl-Lexikon*. Darmstadt: Wiss. Buchges.

Garrouste-Orgeas, Maite; Philippart, Francois; Timsit, Jean Francois; Diaw, Frederique; Willems, Vincent; Tabah, Alexis et al. (2008): Perceptions of a 24-hour

visiting policy in the intensive care unit. In: *Critical care medicine* 36 (1), S. 30–35. DOI: 10.1097/01.CCM.0000295310.29099.F8

Harris-Fox, Samantha (2012): The experience of being an 'extracorporeal membrane oxygenation' relative within the CESAR trial. In: *Nursing in critical care* 17 (1), S. 9–18. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2011.00452.x

Jamerson, P. A.; Scheibmeir, M.; Bott, M. J.; Crighton, F.; Hinton, R. H.; Cobb, A. K. (1996): The experiences of families with a relative in the intensive care unit. In: *Heart & lung : the journal of critical care* 25 (6), S. 467–474.

Kandasamy, Sasidaran; Vijayakumar, Niranjan; Natarajan, Rupesh Kumar; Sangaralingam, Thangavelu; Krishnamoorthi, Nedunchelian (2017): Psychosocial Needs of Patient's Relatives and Health Care Providers in a Pediatric Critical Care Unit. In: *Indian journal of pediatrics*. DOI: 10.1007/s12098-017-2324-2

Kelly, Fiona E.; Fong, Kevin; Hirsch, Nicholas; Nolan, Jerry P. (2014): Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. In: *Clinical medicine* 14 (4), S. 376–379. DOI: 10.7861/clinmedicine.14-4-376.

Khatri Chhetri, I; Thulung, B (2018): Perception of Nurses on Needs of Family Members of Patient Admitted to Critical Care Units of Teaching Hospital, Chitwan Nepal: A Cross-Sectional Institutional Based Study. In: *Nursing Research and Practice*. DOI: 10.1155/2018/1369164

Kinrade, Trish; Jackson, Alun C.; Tomnay, Jane (2011): Social workers' perspectives on the psychosocial needs of families during critical illness. In: *Social work in health care* 50 (9), S. 661–681. DOI: 10.1080/00981389.2011.590874

Koller, P. A. (1991): Family needs and coping strategies during illness crisis. In: *AACN clinical issues in critical care nursing* 2 (2), S. 338–345.

Kreutzer, Jeffrey S.; Serio, Catherine Devany; Bergquist, Susan (1994): Family needs after brain injury: A quantitative analysis. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 9(3), S. 104–115.

Kruse, Jan (Hg.) (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. überarbeitete Auflage. s.l.: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus (2008): *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-91083-3>

Lee, Linda Yin King; Lau, Yee Ling (2003): Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. In: *Journal of clinical nursing* 12 (4), S. 490–500.

Leske, J. S. (1991): Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. In: *Heart & lung* 20 (3), S. 236–244.

Marx, Gernot (Hg.) (2015): *Die Intensivmedizin*. 12., vollst. überarb., aktual. und erw. Aufl. Berlin: Springer.

McAdam, Jennifer L.; Fontaine, Dorrie K.; White, Douglas B.; Dracup, Kathleen A.; Puntillo, Kathleen A. (2012): Psychological symptoms of family members of high-risk

- intensive care unit patients. In: *American journal of critical care* 21 (6), S. 386-93; quiz 394. DOI: 10.4037/ajcc2012582
- McLauchlan, C. A. (1990): ABC of major trauma. Handling distressed relatives and breaking bad news. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 301 (6761), S. 1145–1149.
- Mendonca, D.; Warren, N. A. (1998): Perceived and unmet needs of critical care family members. In: *Critical care nursing quarterly* 21 (1), S. 58–67.
- Molter, N. C. (1979): Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. In: *Heart & lung* 8 (2), S. 332–339.
- Morse, Janice M.; Pooler, Charlotte (2002): Patient-family-nurse interactions in the trauma-resuscitation room. In: *American journal of critical care* 11 (3), S. 240–249.
- Perez-San Gregorio, M. A.; Blanco-Picabia, A.; Murillo-Cabezas, F.; Dominguez-Roldan, J. M.; Sanchez, B.; Nunez-Roldan, A. (1992): Psychological problems in the family members of gravely traumatised patients admitted into an intensive care unit. In: *Intensive care medicine* 18 (5), S. 278–281.
- Pochard, Frédéric; Darmon, Michaël; Fassier, Thomas; Bollaert, Pierre-Edouard; Cheval, Christine; Coloigner, Madeleine et al. (2005): Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. In: *Journal of critical care* 20 (1), S. 90–96. DOI: 10.1016/j.jcrc.2004.11.004
- Rodgers, C. D. (1983): Needs of relatives of cardiac surgery patients during the critical care phase. In: *Focus on critical care* 10 (5), S. 50–55.
- Rukholm, E.; Bailey, P.; Coutu-Wakulczyk, G.; Bailey, W. B. (1991): Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. In: *Journal of advanced nursing* 16 (8), S. 920–928.
- Ruzevich, S. A.; Swartz, M. T.; Reedy, J. E.; Termuhlen, D. F.; McBride, L. R.; Frese, S. M.; Pennington, D. G. (1990): Retrospective analysis of the psychologic effects of mechanical circulatory support. In: *The Journal of heart transplantation* 9 (3 Pt 1), S. 209–212.
- Serio, C. D.; Kreutzer, J. S.; Witol, A. D. (1997): Family needs after traumatic brain injury: a factor analytic study of the Family Needs Questionnaire. In: *Brain injury* 11 (1), S. 1–9.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (2010): *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl. Weinheim: Beltz.
- Walters, A. J. (1995): The lifeworld of relatives of critically ill patients: a phenomenological hermeneutic study. In: *International journal of nursing practice* 1 (1), S. 18–25.
- Warren, N. A. (1993): Perceived needs of the family members in the critical care waiting room. In: *Critical care nursing quarterly* 16 (3), S. 56–63.
- Young, Ellen; Eddleston, Jane; Ingleby, Sarah; Streets, Janice; McJanet, Lucy; Wang, Michael; Glover, Lesley (2005): Returning home after intensive care: a comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. In: *Intensive care medicine* 31 (1), S. 86–91. DOI: 10.1007/s00134-004-2495-y

Anhang

Interviewleitfaden

Fragen zu soziodemographischen Merkmalen

- „Wie alt sind Sie?“
- „Sind Sie mit dem Patienten verwandt?“
- „Wie sind Sie mit dem Patienten verwandt?“ bzw. „Welche Beziehung haben Sie zu dem Patienten?“
- „Welcher Beschäftigung gehen Sie nach?“
- „Aus welchem Kulturkreis kommen Sie?“ (wenn aus anderem Kulturkreis)

Fragen zur Erfahrung Intensivstation

- „Waren Sie vorher schon einmal auf einer Intensivstation?“
- „Welches Bild hatten Sie von einer Intensivstation, bevor Sie zum ersten Mal hier waren?“
- „Wie war der erste Besuch der Intensivstation für Sie?“
- „Wie fühlt es sich an, wenn Sie die Intensivstation betreten?“
- „Wie empfinden Sie die Geräte und Geräusche?“

Fragen zur Erfahrung, ein kritisch krankes Familienmitglied zu haben/besuchen

- „Wie fühlt es sich an, wenn Sie Ihren Angehörigen im Intensivbett sehen?“
- „Welche Gefühle verbinden Sie mit dem Anblick der Geräte?“
- „Wie empfinden Sie die Hilfsmittel, die direkt an Ihrem Angehörigen angebracht sind, zum Beispiel die metallenen Fixateure?“
- „Wie empfinden Sie die Atmosphäre im Patientenzimmer?“
- „Beschreiben Sie mir doch bitte Ihr Besuchsverhalten!“
- „Wie oft besuchen Sie den Patienten?“
- „Wie lange bleiben Sie normalerweise bei ihm?“
- „Welche Gefühle empfinden Sie während des Besuches?“
- „Wie schätzen Sie die Privatsphäre ein, die Sie mit dem Patienten haben können?“
- „Wie werten Sie die Möglichkeiten, sich zurückzuziehen?“

Fragen zu den erhaltenen Informationen

- „Wie haben Sie erfahren, dass Ihr Angehöriger auf der Intensivstation behandelt wird?“
- „Wie fühlte sich diese Neuigkeit für Sie an?“
- „Wie sind Sie zunächst damit umgegangen?“
- „Wie sind die Ärzte zunächst auf Sie zugegangen?“
- „Welche Gefühle verbinden Sie mit dem ersten Gespräch mit dem Arzt?“
- „Wie stufen Sie die Informationen ein, die Ihnen seitens des medizinischen Personals gegeben werden?“
- „Wie gut fühlen Sie sich über den Zustand Ihres Angehörigen informiert?“
- „Wer gibt Ihnen die meiste Auskunft über den Zustand Ihres Angehörigen?“
- „Empfinden Sie die Zeit, die sich das medizinische Personal für Sie nimmt als angemessen?“
- „Haben Sie das Gefühl zu wissen, an wen Sie sich bei Fragen wenden können?“

Fragen zu Entscheidungen

- „Erzählen Sie mir bitte von den Entscheidungen, die Sie treffen mussten, seitdem Ihr Angehöriger intensivmedizinisch behandelt wird!“
- „Wie wollen Sie in medizinische Entscheidungen mit eingebunden werden?“

Fragen zur Beziehung zum medizinischen Personal

- „Erzählen Sie mir bitte von Ihrer Beziehung zum medizinischen Personal der Intensivstation!“
- „Welche Person/en des medizinischen Personals steht/en Ihnen am nächsten?“
- „Wie empfinden Sie Ihren Kontakt zu den Ärzten?“
- „Wie empfinden Sie den Kontakt zu den Pflegern?“

Fragen zum seelischen Befinden

- „Wie fühlen Sie sich gerade im Moment?“

- bei geäußerten Angstgefühlen „Was empfinden Sie als die Gründe Ihrer Angst?“
- bei geäußerten Hoffungsgefühlen: „Wie kann das Gefühl von Hoffnung in Ihnen unterstützt werden?“
- „Helfen Sie mir zu verstehen, wie das medizinische Personal Sie in Ihrer Situation unterstützen kann!“
- „Was halten Sie davon, in der Pflege Ihres Angehörigen mithelfen zu dürfen?“
- „Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie an die Zukunft denken?“

Fragen zum Alltagsleben

- „Erklären Sie mir bitte, wie Ihr Alltagsleben aussieht, seitdem Ihr Angehöriger auf der Intensivstation ist!“
- „Wie ist Ihr Familienleben seit dem Beginn der intensivmedizinischen Behandlung?“, „Wie ergeht es Ihnen als Ehepartner?“
- „Wie geht es Ihren Kindern damit?“
- „Erzählen Sie mir, wie es Ihnen zu Hause ergeht, wenn Sie nicht in der Nähe Ihres Angehörigen sein können!“
- „Welche neuen Herausforderungen müssen Sie stemmen seitdem Sie einen Angehörigen auf der Intensivstation haben?“

Fragen zum Abschluss des Interviews

- „Was möchten Sie zum Schluss noch anfügen, was im Laufe des Gesprächs nicht zur Ansprache gekommen ist?“
- „Wie ist es Ihnen im Interview ergangen?“

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich,

Vorname, Name, Geburtsdatum des/der Teilnehmers/in

Adresse und Telefonnummer des/der Teilnehmers/in

in die Teilnahme an der Studie

„Emotionale Belastung und Stressfaktoren bei Angehörigen von polytraumatisierten Patienten während der Intensivbehandlung“

ein,

bei welcher ich an einem persönlichen Interview ungefähr einer drei viertel Stunde Dauer durch den Studienleiter teilnehme, der mich ins besondere zu meinen Gefühlen angesichts der intensivmedizinischen Behandlung bei der mir nahestehenden Person befragen wird. Ich willige ein, dass mein Interview zum Zwecke der nachträglichen Analyse des Interviewinhalts in verschlüsselter Form aufgezeichnet, gespeichert und weiterverwertet werden soll.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie mich betreffende personenbezogene Daten/Angaben durch den Studienleiter erhoben und verschlüsselt (pseudonymisiert) auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in nicht rück-entschlüsselbarer (anonymer) Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreter

Das Aufklärungsgespräch hat geführt:

Herrn/Frau

Erklärung des Aufklärenden Arztes:

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Teilnehmer/in am _____ über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift des/der aufklärenden Prüfarztes/-ärztin

Bei Fragen können Sie sich an Herrn Prof. Dr. Bein wenden (0941 944-7926, E-Mail: thomas.bein@ukr.de).

Aufklärungsbogen

über die Studie „**Emotionale Belastung und Stressfaktoren bei Angehörigen von polytraumatisierten Patienten während der Intensivbehandlung**“

Bitte lesen Sie sich die folgenden Anmerkungen zur Durchführung der Studie aufmerksam durch. Sie können dem aufklärenden Mitarbeiter alle Fragen stellen, die Sie eventuell im Zusammenhang mit der Studie haben.

Herr Felix Keil ist Leiter der Studie. Die Studie wird durch Herrn Prof. Dr. Thomas Bein (Leiter der operativen Intensivmedizin, Klinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Regensburg) betreut.

Zweck der Studie ist ein besseres Verständnis der Wahrnehmung der Angehörigen angesichts der intensivmedizinischen Behandlung ihres schwer verletzten Nahstehenden, damit medizinisches Personal im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung besser auf die Bedürfnisse auch der Angehörigen eingehen kann.

Dazu möchten wir Sie in einem Interview/Gespräch von ungefähr einer drei viertel Stunde Dauer zu Ihren Gefühlen, insbesondere Ängsten und Hoffnungen, bezüglich der Intensivstation, der intensivmedizinischen Behandlung, des medizinischen Personals und auch zu Ihrem Alltagsleben befragen. Für Sie als Studienteilnehmer ergibt sich kein direkter Nutzen aus der Studie. Sie tragen aber dazu bei, das Verständnis der Gefühlswelt der Angehörigen von schwer verletzten Intensivpatienten zu stärken.

Beschreibung der Studie

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Termin für ein Gespräch, das möglichst zeitlich mit dem Besuch Ihres Angehörigen zusammenfällt, damit für Sie kein erheblicher Mehraufwand entsteht. Die **persönlichen Interviews** werden in einem ruhigen Raum unter vier Augen mit dem Studienleiter geführt und dabei **pseudonymisiert auf Tonband** aufgezeichnet, um nachträglich ausgewertet werden zu können.

Die Dauer für ein Gespräch ist variabel, soll aber **ungefähr eine drei viertel Stunde** betragen. An dieser Stelle sei besonders auf die **seelische Belastung** hingewiesen, die durch die Befragung entstehen kann, deshalb haben Sie auch während des Interviews jederzeit die **Möglichkeit**, auf bestimmte **Fragen nicht zu antworten oder das Interview abubrechen**.

Die Daten werden in einer Datenbank gespeichert. Dabei werden Daten, die einen Rückschluss auf Ihre Person erlauben, **getrennt** von den erhobenen Daten

gespeichert. Die Daten werden nicht zu anderen Zwecken als der Studie weitergegeben. Sollten die Studienergebnisse veröffentlicht werden, geschieht dies in nicht-rückentschlüsselbarer anonymisierter Form.

Da die Studie eine Aussage über die Gesamtheit der Angehörigen machen soll, erhalten Sie keine persönliche Auswertung Ihrer Daten. Sollten wir Rückfragen zu den erhobenen Daten haben, bitten wir Sie, Sie zu diesem Zwecke kontaktieren zu dürfen. Wir werden in diesem Fall erneut Ihre Einwilligung einholen.

Die Studie ist den international anerkannten ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen verpflichtet.

Ihre Teilnahme ist **freiwillig und kann jederzeit (auch während des Interviews) abgebrochen werden**. Die **Nichtteilnahme** an der Studie hat **keinerlei negative Folgen** für Sie und Ihren Angehörigen. Ebenso können Sie Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie **jederzeit ohne eine Angabe von Gründen widerrufen**, ohne dass Ihnen daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Auch bei der Teilnahme an der Studie dienen alle von Ihnen gemachten Angaben nur wissenschaftlichen Zwecken und werden Ihren **behandelnden Ärzten und Therapeuten nicht zugänglich** gemacht. Es entstehen keinerlei Folgen hinsichtlich der Behandlung Ihrer/es Angehörigen.

Bei Fragen können Sie sich an Herrn Prof. Dr. Bein wenden (0941 944-7926, E-Mail: thomas.bein@ukr.de).

Transkribiersystem

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten: "(...) der ist ja in der Früh schon weg (...)" (7/107).
- Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Und jetzt, wann wars denn, am Samstag (...)" wird zu „Und jetzt, wann war es denn, am Samstag (...)" (7/119) und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
- Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
- Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
- Pausen werden durch drei Sterne *** markiert.
- Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
- Interjektionen wie „äh, ähm, ne“ werden weggelassen, insofern sie nicht eine längere Pause füllen.
- Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet. "Das hat die Schwester von SICH aus gesagt?" (7/98)

- Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
- Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie Lachen oder Seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
- Äußerungen, die besonders forsch oder besonders zögerlich gemacht werden, werden so gekennzeichnet, wenn sonst das inhaltliche Verständnis des Transkripts verzerrt wäre: "Ja (zögerlich)."
- Unverständliche Wörter werden mit (?) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?).

Liste der Codes

Kategorie: Wahrnehmung der Intensivstation	
Codes	Codings
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Angst vor erstem Betreten der Intensivstation
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	weniger schlimmes erwartend
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Intensivstation wahrnehmend
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Warten
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Vorstellung einer Intensivstation
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Geräte wahrnehmend
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Vorerfahrung mit Intensivstation
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Zimmer wahrnehmend
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Verbesserungsvorschläge
Der Angehörige nimmt die Intensivstation wahr	Fixierung wahrnehmend
Geräte wahrnehmend	Angst durch Geräte
Geräte wahrnehmend	Werte beobachtend
Geräte wahrnehmend	Monitoralarm
Geräte wahrnehmend	"an den Maschinen/Apparaten hängen"
Geräte wahrnehmend	Sicherheitsgefühl durch Geräte
Geräte wahrnehmend	Rotorestbett
Intensivstation wahrnehmend	positive Behaftung von Intensivstation
Intensivstation wahrnehmend	veränderte Wahrnehmung von Intensivstation
Intensivstation wahrnehmend	negative Behaftung von Intensivstation
Monitoralarm	Monitoralarm verursacht Angst/Stress
Privatsphäre im Zimmer	Privatsphäre problematisch
Vorerfahrung mit Intensivstation	noch nie auf Intensivstation
Vorerfahrung mit Intensivstation	selbst als Patient auf Intensiv
Zimmer wahrnehmend	Privatsphäre im Zimmer
Zimmer wahrnehmend	Wahrnehmung der Zimmernachbarn
Zimmer wahrnehmend	erstes Betreten des Zimmers
Zimmer wahrnehmend	unwohles Gefühl im Zimmer

Kategorie: Wahrnehmung der Patienten/innen	
(Nicht)Handeln des Patienten beobachtens	Mimiken des Patienten beobachtend
(Nicht)Handeln des Patienten beobachtens	Sprechen des Patienten beobachtend
(Nicht)Handeln des Patienten beobachtens	Unruhe, Nervosität, Verwirrtheit beobachtend
(Nicht)Handeln des Patienten beobachtens	Husten, Würgen beobachtend
(Nicht)Handeln des Patienten beobachtens	Reaktionen auf äußere Einflüsse beobachtend
(Nicht)Handeln des Patienten beobachtens	Bewegungen, Position des Patienten beobachtend
(Nicht)Handeln des Patienten beobachtens	fehlende Ansprechbarkeit wahrnehmend

Aussehen des Patienten beobachtend	Augen
Aussehen des Patienten beobachtend	Schwitzen
Aussehen des Patienten beobachtend	Blut wahrnehmend
Aussehen des Patienten beobachtend	Gesicht
Aussehen des Patienten beobachtend	Haut
Aussehen des Patienten beobachtend	Kopf
Der Angehörige als Beobachter des Patienten	erster Eindruck vom Patienten auf Intensiv
Der Angehörige als Beobachter des Patienten	Aussehen des Patienten beobachtend
Der Angehörige als Beobachter des Patienten	Interpretationen aus Beobachtungen
Der Angehörige als Beobachter des Patienten	(Nicht)Handeln des Patienten beobachtens
Der Angehörige als Beobachter des Patienten	Patient als stark wahrnehmend
erster Eindruck vom Patienten auf Intensiv	negative Gefühle durch ersten Anblick
Interpretationen aus Beobachtungen	Fortschritte wahrnehmend
Interpretationen aus Beobachtungen	Beobachtungen auf Neurotrauma zurückführend
Interpretationen aus Beobachtungen	Patient als hilflos wahrnehmend
Interpretationen aus Beobachtungen	Dankbarkeit des Patienten wahrnehmend
Interpretationen aus Beobachtungen	Patient wie früher wiedererkennen

Kategorie: Interaktionen mit den Patienten/innen

Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	sich in den Kranken hineinversetzend
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Angehörigen suchen müssen
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	den Patienten sehen wollend
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Mutmachen
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Zugang zum Patienten verwehrt
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Wunsch, dem Patienten nicht zu schaden
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Vorstellung über Wahrnehmung bewusstloser Patienten
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Reden mit bewusstlosem Patient
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Berühren
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Wunsch, dem/der Patient/in etwas gutes zu tun
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Nähe zum Patienten suchend
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Einbezug in Pflege
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	sich in den Patienten hineinfühlend
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	mit dem Patient redend
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Wünsche des Angehörigen erfüllen wollend
Der Angehörige in der Interaktion mit dem Patienten	Glücksgefühle durch Kontaktaufnahme mit

Patienten	Patient
Einbezug in Pflege	an Pflege teilhaben wollend
Einbezug in Pflege	nicht an Pflege teilhaben wollend
Nähe zum Patienten suchend	länger beim Patient bleiben wollend
Nähe zum Patienten suchend	täglicher Besuch
Nähe zum Patienten suchend	das Gefühl geben wollend, dass jemand da ist
Wunsch, dem Patienten nicht zu schaden	die Ruhe der Kranken nicht stören wollend

Kategorie: Wahrnehmung der medizinischen Akteure der Intensivstation

Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	medizinisches Personal als emotional distanziert wahrnehmend
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	Verständnis für med. Personals
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	Vertrauen in die Klinik
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	Ärzte/innen als Lebensretter
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	ruhige Ausstrahlung des medizinischen Personals
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	Beziehung zum Pflegepersonal
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	Vertrauen zum med. Personal
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	Gefühl der optimalen Versorgung
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	med. Personal soll mit Patient_in interagieren
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	med. Personal als freundlich wahrnehmend
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	med. Personal als kompetent wahrnehmend
Der Angehörige nimmt med. Akteure wahr	Überhöhung des med. Personals

Kategorie: Interaktionen mit den medizinischen Akteuren

Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	Arzt/Ärztin als primäre/r Ansprechpartner/in
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	externe Person als primärer Ansprechpartner
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	Informationen präferentiell vom Arzt
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	Pflege als primäre/r Ansprechpartner/in
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	Anruf aus Intensivstation
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	informiert werden wollend
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	Informationen durch das Pflegepersonal
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	med. Personal holt sich Informationen bei Angehörigen
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	Internetrecherchen
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	sich nicht außer Haus trauen wegen evtl. Anruf
Der Angehörige aktiv in der Informationssuche	Informationen egal durch wen
Der Angehörige im Entscheidungsprozess	eine Verlegung vorschlagend
Der Angehörige im Entscheidungsprozess	zumindest über Entscheidungen informiert werden wollend
Der Angehörige im Entscheidungsprozess	die Entscheidungen der Ärzte/innen hinterfragend
Der Angehörige im Entscheidungsprozess	Entscheidung über Tracheostoma

Der Angehörige im Entscheidungsprozess	bei Entscheidungen den Ärzten/innen vertrauend
Der Angehörige im Entscheidungsprozess	Entscheidung über Fixierung
Der Angehörige wird informiert	erschreckende Nachricht
Der Angehörige wird informiert	Arzt vergewissert sich aktiv über Informationsstand
Der Angehörige wird informiert	aktive Weitergabe von Informationen durch med. Personal
Der Angehörige wird informiert	Vorbereitung vor erstem Besuch durch Ärzte
Der Angehörige wird informiert	med. Personal erklärt Geräte
Die Kommunikation bewertend	die Informationen nicht verstehend
Die Kommunikation bewertend	Kommunikation als negativ bewertend
Die Kommunikation bewertend	negative Gefühle durch unehrliche Informationen
Die Kommunikation bewertend	Kommunikation als positiv bewertend
Die Kommunikation bewertend	ehrliche Informationen durch medizinisches Personal
Die Kommunikation bewertend	an der Ehrlichkeit der Informationen zweifelnd
ehrliche Informationen durch medizinisches Personal	ehrliche Informationen positiv bewertend
ehrliche Informationen durch medizinisches Personal	ehrliche Information erzeugt Verunsicherung
informiert werden wollend	nach Zustand des/der Patienten/in fragend
informiert werden wollend	Gefühl aktiv nachfragen zu müssen
informiert werden wollend	Bitte um Information egal wann
informiert werden wollend	Bedürfnis nach genauen medizinischen Informationen
informiert werden wollend	wissen wollend, wie es dem/der Patienten/in geht
informiert werden wollend	wissen wollen, ob er/sie ansprechbar ist
informiert werden wollend	nach Prognose fragend
Kommunikation	Der Angehörige im Entscheidungsprozess
Kommunikation	Der Angehörige wird informiert
Kommunikation	Die Kommunikation bewertend
Kommunikation	Der Angehörige aktiv in der Informationssuche

Kategorie: Interaktionen mit Familie und sozialem Umfeld

Beruf	nicht-akademischer Beruf
Beruf	medizinisches Grundverständnis
Beruf	akademischer Beruf
Beruf	technisches Grundverständnis
Beruf, Familie, Dritte	andere informieren müssend
Beruf, Familie, Dritte	zusätzliche bürokratische Belastungen
Beruf, Familie, Dritte	Reaktionen von außen
Beruf, Familie, Dritte	Arbeitsleben in der Krise
Beruf, Familie, Dritte	externe Hilfestellungen
Beruf, Familie, Dritte	Familie in der Krise
Beruf, Familie, Dritte	Ausnahmezustand

Familie in der Krise	alte Familienmitglieder beschützend
Familie in der Krise	Miteinbezug der Kinder
Familie in der Krise	Schutz der Kinder
Familie in der Krise	neue Aufgabenteilung in der Familie
Familie in der Krise	"Das Leben muss weitergehen"
Familie in der Krise	Partnerschaft in der Krise
Familie in der Krise	sich innerhalb der Familie unterstützend

Kategorie: Selbstwahrnehmung der Angehörigen

Bedürfnisse	alleine verarbeitend
Bedürfnisse	hilfreich sein
Bedürfnisse	auf sich selbst auch achten
Bedürfnisse	Redebedarf
Der Angehörige in der Interaktion mit sich selbst	Sinn hinter der Lebenskrise suchend
Der Angehörige in der Interaktion mit sich selbst	Vergleich mit bisherigen Lebenskrisen
Der Angehörige in der Interaktion mit sich selbst	Gedanken zum Tod
Der Angehörige in der Interaktion mit sich selbst	Selbstwahrnehmung als Angehörige/r
Der Angehörige in der Interaktion mit sich selbst	eigene Funktionsweise
Der Angehörige in der Interaktion mit sich selbst	Bedürfnisse
eigene Funktionsweise	wie eine Maschine
eigene Funktionsweise	unkontrolliertes Autofahren
eigene Funktionsweise	funktionieren müssen
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	sich alleine fühlend
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	nicht alleine sein wollend
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	sich nicht verstanden fühlend
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	sich als medizinischer Laie empfindend
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	Gefühl, nicht ernst genommen zu werden
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	nicht rational denken könnend
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	Patient/in hat Priorität
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	sich als ruhig wahrnehmend
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	sich lästig fühlend
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	Gefühl, ernst genommen zu werden
Selbstwahrnehmung als Angehörige/r	nicht lästig sein wollend
Sinn hinter der Lebenskrise suchend	aus der Krise für die Zukunft lernend
Sinn hinter der Lebenskrise suchend	Schicksal
Sinn hinter der Lebenskrise suchend	Dankbarkeit gegenüber Helfern am Unfallort
Sinn hinter der Lebenskrise suchend	Ursachensuche für Unfall
Sinn hinter der Lebenskrise suchend	Schuldgefühle

Kategorie: Gedanken- und Gefühlswelt der Angehörigen

Angst	Angst in der Nacht
Angst	klingelndes Telefon als Schreckmoment
Angst	Komplikationen befürchtend
Angst	das Schlimmste befürchtend
Angst	Angst durch KIT
Angst	Angst, dass Patient sich umbringt
Angst	Angst vor Krankenhauskeimen
Angst	Angst, dass Patient_in Mut verliert
Coping gegen Stress	Beten
Erleichterung verspürend	Erleichterung durch Entfernung der Schläuche und Geräte
Erleichterung verspürend	Erleichterung, weil Patient/in lebt
Erleichterung verspürend	Erleichterung dadurch, dass Patient Angehörigen erkennt
Gedanken	über Vergangenheit nachdenkend
Gedanken	realistisches Denken
Gedanken	Grübeln
Gedanken	keine Gedanken zulassend
Gedanken	Zukunftsperspektiven
Gedanken	finanzielle Sorgen
Gedanken um die langfristige Zukunft	Gedanken um langfristiges neurologisches Outcome
Gefühlswelt	Haltung wahren, Gefühlsausdrücke unterdrücken
Gefühlswelt	Gefühle mal schlimmer, mal weniger schlimm
Gefühlswelt	positive Gefühle
Hoffnungen	Hoffnung, dass Patient/in den/die Angehörige/n wieder erkennt
Hoffnungen	Hoffnung, Fortschritte zu sehen
Hoffnungen	Hoffnung, dass Patient/in wieder selbstständig wird
Hoffnungen	Hoffnung, dass wieder Normalität einkehrt
Hoffnungen	Hoffnung, wieder mit dem Angehörigen reden zu können
Hoffnungen	Hoffnung, dass Patient/in wieder gehen kann
Hoffnungen	Hoffnung auf volle Genesung
Hoffnungen	Hoffnung, bes. Eigenschaften des Patienten wiederzuerkennen
Hoffnungen	Hoffnung, dass Patient/in überlebt
Hoffnungen	Hoffnung, dass Patient heim kann
Hoffnungen	Hoffnung nach Entschädigung
Hoffnungen	Hoffnung, dass Patient/in Lebensqualität hat
Hoffnungstiftende Umstände	Hoffnung, dadurch dass Patient/in Angehörige/n erkennt
Hoffnungstiftende Umstände	Hoffnung durch beobachteten Fortschritt
Hoffnungstiftende Umstände	Hoffnung durch schnelle erste Hilfe
Hoffnungstiftende Umstände	Hoffnung durch medizinischen Fortschritt
Hoffnungstiftende Umstände	Hoffnung durch junges Patientenalter

Hoffnungstiftende Umstände	Hoffnung durch medizinisches Personal
Hoffnungstiftende Umstände	Hoffnung durch Gefühl der optimalen Versorgung
Hoffnungstiftende Umstände	Hoffnung durch gute Eigenerfahrung
Innenwelt der Angehörigen	körperliche Symptome spürend
Innenwelt der Angehörigen	Coping gegen Stress
Innenwelt der Angehörigen	Gefühlswelt
Innenwelt der Angehörigen	veränderte Wahrnehmung
Innenwelt der Angehörigen	Gedanken
Innenwelt der Angehörigen	Konzentrationsschwierigkeiten
Innenwelt der Angehörigen	mangelnde Motivation
körperliche Symptome spürend	fehlender Appetit
körperliche Symptome spürend	gestörter Schlaf
negative Gefühle	Hilflosigkeit
negative Gefühle	sich an den Unfall erinnert fühlen
negative Gefühle	innere Leere, Gefühllosigkeit
negative Gefühle	Traurigkeit
negative Gefühle	Ungewissheit
negative Gefühle	Stress
negative Gefühle	Wut auf Patient/in
negative Gefühle	Hoffnungslosigkeit durch falsche Hoffnung
negative Gefühle	Angst
positive Gefühle	Erleichterung verspürend
positive Gefühle	Sicherheit
positive Gefühle	Hoffnungstiftende Umstände
positive Gefühle	Optimismus
positive Gefühle	med. Personal vermitteln ein Gefühl der Sicherheit
Sicherheit	Knochenbrüche heilen
Ungewissheit	Warten verursacht Ungewissheit
Ungewissheit	Ungewissheit verursacht Kommunikationsbedürfnis
Ungewissheit	Ungewissheit verursacht innerlichen Schmerz
Ungewissheit	Ungewissheit verursacht Angst
Ungewissheit	Ungewissheit durch Neurotrauma
Ungewissheit	Hoffnung trotz Ungewissheit
Ungewissheit	Ungewissheit verursacht Stress
Ungewissheit	Ungewissheit vor erstem Betreten der Intensivstation
veränderte Wahrnehmung	gestörte Sinneswahrnehmungen
veränderte Wahrnehmung	Verzerrte Zeitwahrnehmung
veränderte Wahrnehmung	eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung
Zukunftsperspektiven	sich über Schmerzen Gedanken machend
Zukunftsperspektiven	Schritt für Schritt
Zukunftsperspektiven	Geduld

Zukunftsperspektiven	Hoffnungen
Zukunftsperspektiven	Gedanken über kurzfristige Zukunft
Zukunftsperspektiven	Gedanken um die langfristige Zukunft
Zukunftsperspektiven	Kopfverletzungen haben Priorität
Zukunftsperspektiven	Bedenken, dass Patient_in nicht geduldig genug ist
Zukunftsperspektiven	jeder Tag ist anders

Kategorie: Ungewissheit

Ungewissheit	Warten verursacht Ungewissheit
Ungewissheit	Ungewissheit verursacht Kommunikationsbedürfnis
Ungewissheit	Ungewissheit verursacht innerlichen Schmerz
Ungewissheit	Ungewissheit verursacht Angst
Ungewissheit	Ungewissheit durch Neurotrauma
Ungewissheit	Hoffnung trotz Ungewissheit
Ungewissheit	Ungewissheit verursacht Stress
Ungewissheit	Ungewissheit vor erstem Betreten der Intensivstation
Ungewissheit	Ungewissheit wegen künstlicher Beatmung
Ungewissheit	Ungewissheit durch mangelnde Informationen

Lebenslauf

Name	Felix Keil
Kontaktdaten	Am Ölberg 3 93047 Regensburg Tel.: 017672826513 Email: keil.felix91@gmail.com
Geburtsdatum, -ort	28.06.1991 in Kelheim
Staatsangehörigkeit	deutsch
Schulische Ausbildung 1997 - 2010	Grundschule Offenstetten, Johannes-Nepomuk-Gymnasium Rohr, Abschluss: Abitur
Zivildienst: August 2010 – Februar 2011	Ambulante Krankenpflege St. Josef Reinhausen
Praktika, Ausbildungen, Beschäftigungsverhältnisse	
März 2011 – Juli 2011	Ausbildung zum Rettungssanitäter, Malteser Schule in Regensburg
März 2014	Famulatur: hausärztliche Allgemeinmedizin, Gemeinschaftspraxis Dr. Rieder, Tegernheim
September 2014	Famulatur: stationäre Akutpsychiatrie, BKH Regensburg
März 2015	Famulatur: Endokrinologie, Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. Seifarth, Regensburg
März - September 2015	Pflegediensthelfer: ambulante Krankenpflege, BRK Regensburg
September 2015	Zwei Wochen Famulatur: Nephrologie, Uniklinikum Regensburg
März/April 2016	Praktikum: Institut für Mikrobiologie und Virologie, Uniklinikum Regensburg
August 2016	Famulatur: Gastroenterologie, Klinikum Traunstein
Oktober - November 2016	Famulatur: internistische Intensivmedizin, Jewish General Hospital, Montréal, Pathologie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal
Mai 2017 - April 2018	Praktisches Jahr: Wahlfach Pathologie, Institut für Pathologie der Universität Regensburg
Seit September 2018	Assistenzarzt am Institut für Pathologie der Universität Regensburg
Doktorarbeit: seit Mai 2015	Qualitative Studie über Angehörige polytraumatisierter Patienten auf einer chirurgischen Intensivstation anhand semistrukturierter Interviews
Studium: Oktober 2011 - September 2018	Humanmedizin an der Universität Regensburg, Oktober 2013: erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung (sehr gut), April 2017: zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (sehr gut), Juni 2018: dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (sehr gut)

Zu guter Letzt möchte ich noch meinen Eltern danken für die Unterstützung während der Ausarbeitung dieser Arbeit.

Ebenfalls spreche ich Herrn Professor Thomas Bein meinen Dank aus, der sich als Betreuer dieser Arbeit viel Zeit genommen hat, um Probleme zu besprechen und zu lösen.

Mein weiterer Dank gilt auch allen Studienteilnehmern/innen, die sich in einer sehr schwierigen Lebenslage die Zeit genommen haben, an dieser Interviewstudie teilzunehmen.