



Rapid Review

Wie erleben Personen mit infektiösen Erregern die aktive Isolation im Krankenhaus? Update

erstellt von Mag.^a Ana Toromanova, Martin Fangmeyer, MScN, BScN, Irma Klerings, Dipl.-Kult., Camilla Neubauer-Bruckner, MA, BSc

Bitte den Rapid Review wie folgt zitieren:

Toromanova A., Fangmeyer M., Klerings I., Neubauer-Bruckner C., Wie erleben Personen mit infektiösen Erregern die aktive Isolation im Krankenhaus? Update. Rapid Review. Evidenzbasiertes Informationszentrum für Pflegende; September 2025. DOI: <https://doi.org/10.48341/8d3j-8a46>

Verfügbar unter: https://ebninfo.at/aktive_Isolation_erleben_update

Anfrage

Wie erleben Personen mit infektiösen Erregern die aktive Isolation im Krankenhaus?

Ergebnisse

Studien

Um die gegenständliche Frage zu beantworten, haben wir die Ergebnisse von 13 Studien zusammengefasst, die sich mit der Erfahrung der Erkrankung durch infektiöse Erreger oder mit dem Erleben der aktiven Isolation aus der Perspektive hospitalisierter Erwachsener befassen. Die Studien inkludierten eine*n bis 20 Teilnehmer*innen im Alter von 19 bis 90 Jahren. Die meisten Patient*innen wurden aufgrund einer Infektion mit COVID-19 oder mit multiresistenten Erregern isoliert. Die Isolationsdauer lag bei drei bis 90 Tagen. Die Studien wurden in Australien, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, Südkorea, Spanien und Schweden durchgeführt.

Resultate

Wie Patient*innen aktive Isolation in einer Krankenanstalt wahrnahmen, variierte. Während ein Teil der Betroffenen die Isolationsmaßnahmen als Bestrafung empfand, schätzten andere Patient*innen die Privatsphäre, die eine Unterbringung in einem Einzelzimmer bot. Wieder andere fanden es gut, Zeit für sich und zum Nachdenken zu haben. Die Betroffenen berichteten sowohl von positiven als auch von negativen Gefühlen, mit denen sie in der Isolation konfrontiert waren. Dabei dominierte das Gefühl der Einsamkeit. Darüber hinaus fühlten sich manche Patient*innen durch die Isolation bzw. das damit verbundene Verhalten des Gesundheitspersonals diskriminiert. Sie beklagten einen Mangel an Information sowie an sozialer Interaktion und fühlten sich im Vergleich zu anderen, nicht isolierten Patient*innen oft vernachlässigt. Das Vertrauen in die meisten Ergebnisse ist hoch (Tabelle 3).

Fazit

Die vorliegende Evidenzsynthese zeigt, dass die aktive Isolation im Krankenhaus für einen Großteil der Patient*innen eine Herausforderung darstellt und mit vielen psychischen Belastungen und Stress verbunden ist. Ausreichendes Wissen über bzw. Verständnis für die Infektionskrankheit und die erforderlichen Maßnahmen hilft den Betroffenen, die Isolation zu akzeptieren. Isolierte Patient*innen möchten als gleichermaßen würdige Menschen angesehen und behandelt werden. Wir haben ein hohes Vertrauen in die Evidenz, die zu den meisten Ergebnisse dieses Rapid Reviews beigetragen hat.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
Methoden.....	5
Resultate.....	8
Anhang	28
Abkürzungen	28
Suchstrategien.....	29
Daten-Reichhaltigkeit-Skala	33
PRISMA-Flussdiagramm	34
Rahmenmodell für qualitative Synthesen in Health Technology Assessment.....	35
Adaptiertes Rahmenmodell	36
Methodische Qualität.....	37
Studiendetails.....	39
Referenzen	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studien-Flussdiagramm [64]	34
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien.....	6
Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse	21
Tabelle 3: Evidenzprofil	23
Tabelle 4: Erläuterungen zur GRADE-CERQual-Einschätzung des Vertrauens in das Ergebnis.....	27

Anhang-Tabellenverzeichnis

Anhang Tabelle 1: Abkürzungen.....	28
Anhang Tabelle 2: Data richness scale [9].....	33
Anhang Tabelle 3: Framework des Healthcare Improvement Scotland [14]	35
Anhang Tabelle 4: Adaptiertes Rahmenmodell.....	36
Anhang Tabelle 5: Bewertung der methodischen Einschränkungen der Studien, die in der Stichprobe enthalten sind und analysiert wurden	37
Anhang Tabelle 6: Detaillierte Beschreibung der inkludierten Studien	39

Einleitung

Die räumliche Isolierung von Patient*innen in der klinischen Praxis zielt darauf ab, einerseits gefährdete (abwehrgeschwächte) Patient*innen vor infektiösen Mikroorganismen zu schützen (passive Isolation) und andererseits die Weiterverbreitung infektiöser Erreger auf andere Personen zu verhindern (aktive Isolation). Im Rahmen der aktiven Isolation wird die betroffene Person entweder allein (Einzelunterbringung) oder zusammen mit anderen, an derselben Infektion erkrankten Personen abgesondert (Kohortenisolierung). [1] Die aktive Isolation ist mit einer Reihe von negativen Folgen für die Betroffenen verbunden, die sich auf das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Patient*innen auswirken. [2-4] Dazu gehören beispielsweise Stürze, Dekubitus, Depressionen sowie Gefühle wie Angst und Wut. Ein vertiefter Einblick in die Erlebniswelt von Menschen mit Infektionskrankheiten, die isoliert untergebracht sind, kann dazu beitragen, die daraus resultierenden Belastungen sowie die Bedürfnisse der Patient*innen besser zu verstehen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um den negativen Folgen entgegenzuwirken.

Die zugrundeliegende Frage für diesen Rapid Review lautet: Wie erleben Personen mit infektiösen Erregern die aktive Isolation im Krankenhaus?

Methoden

Literaturrecherche

Um relevante Publikationen zu finden, führte eine Informationsspezialistin eine umfassende Literaturrecherche in nachstehenden Datenbanken durch:

- CINAHL EBSCO (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
- Ovid MEDLINE®
- JBI EBP Database (Joanna Briggs Institute Evidence-based Practice)
- Epistemonikos

Als Suchbegriffe wurden – wo es möglich war – sowohl Schlagwörter (z. B. Medical Subject Headings) als auch Freitext-Begriffe verwendet. Zusätzlich wurde eine Pubmed-Similar-Articles-Suche durchgeführt. Als Ausgangsreferenzen dienten Publikationen, deren Abstracts in der Vorabsuche als potenziell relevant identifiziert worden waren. [5-7] Zudem wurden auch die Referenzlisten der relevanten Publikationen gesichtet. Der vorliegende Rapid Review berücksichtigt alle Studien zur gegenständlichen Frage, die durch die Literatursuche bis zum 5. Oktober 2023 zu identifizieren waren. Die Ergebnisse der Recherche sind in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

Ein- und Ausschlusskriterien

Folgende Kriterien wurden anhand des SPICE-Tools (Setting, Perspective, Intervention or Phenomenon of Interest, Comparison, Evaluation) [8] im Vorfeld der Literaturrecherche definiert und für die Auswahl der relevanten Studien herangezogen.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Setting	Krankenhaus	andere Settings (z. B. Langzeitpflegeeinrichtungen, Isolation zu Hause)
Perspektive	erwachsene Personen mit infektiösen Erregern (≥ 18 Jahre)	• Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre) mit infektiösen Erregern • Bezugspersonen von Personen mit infektiösen Erregern • Gesundheitspersonal • Patient*innen auf Intensivbettenstationen • Patient*innen in der Terminalphase • Patient*innen mit mehr als einer Infektionskrankheit (z. B. Tuberkulose und SARS-COV-2)
Phänomen von Interesse	aktive Isolation im Krankenhaus	passive Isolation
Kontrollintervention	---	---
Evaluation	• Erfahrungen • Wahrnehmungen • Einstellungen	quantitative Endpunkte
Studiendesign	qualitative Evidenzsynthesen, qualitative Studien, Mixed-Methods-Studien	systematische Übersichtsarbeiten, quantitative Studien, graue Literatur
Publikationszeitraum	keine Einschränkungen	---
Sprache	Deutsch und Englisch	andere Sprachen

Sampling-Strategie und kritische Bewertung der Studien

Um die Erstellung des Rapid Reviews zu beschleunigen, wurde eine Stichprobe aus den relevanten Studien gezogen. Ziel war es, Studien auszuwählen, die ein breites Spektrum an Erregern abdecken, dem österreichischen Kontext am nächsten kommen und umfangreiche Daten liefern. Folgende Kriterien, die in Anlehnung an die Empfehlungen der „Cochrane Effective Practice and Organisation of Care“-Gruppe (EPOC) [9] definiert wurden, kamen dabei zur Anwendung:

- a. Länder mit hohem Bruttoinlandsprodukt (entsprechend der Kategorisierung der Datenbank Nation Master) [10]
- b. Reichhaltigkeit der Daten ab drei Punkten (siehe Anhang Tabelle 1)

Die methodische Qualität der ausgewählten Studien wurde mithilfe einer adaptierten Version des Critical-Appraisal-Skills-Programme-Tools (CASP) [11, 12] beurteilt.

Datenanalyse und -synthese

Für die Synthese der Studienergebnisse wurde die Best-Fit-Framework-Methode gewählt. Diese Synthese-Methode baut auf einem bestehenden, bereits publizierten Modell auf, das sich auf ein vergleichbares Phänomen bezieht, womit sich die Zeit der Theoriebildung verkürzt. [13] Die Erstellung einer Best-Fit-Framework-Synthese erfolgt in sechs Schritten: Identifizierung relevanter Rahmenmodelle, Generierung eines vorläufigen Rahmenmodells, Kodierung der Evidenz aus den eingeschlossenen Studien unter Anwendung des Modells, Bildung neuer Themen aus der Evidenz, die nicht mit dem Modell kodiert werden konnten, Erstellung eines neuen Modells, basierend auf dem vorläufigen, und Überprüfung der Evidenz.

Die gezielte Suche nach geeigneten Rahmenmodellen erfolgte in den Datenbanken Ovid MEDLINE® und Google Scholar. Nach Durchsicht der identifizierten Rahmenmodelle wurde jenes des Healthcare Improvement Scotland ausgewählt [14], das auf Basis vierer bestehender Modelle – NHS Patient Experience Framework [15], EUnetHTA Core Model [16], Warwick Patient Experiences Framework [17] und Danish Centre for Health Technology Assessment patient experiences model [18] – sowie zweier qualitativer Evidenzsynthesen [19, 20] entwickelt wurde. Das Rahmenmodell umfasst fünf übergeordnete Themen: individuelle, soziale, ökonomische, ethische und kommunikative Aspekte. Die übergeordneten Themen schließen wiederum drei bis sieben Unterthemen ein, die sich auf Teilaspekte des Lebens einer Person mit einer Intervention beziehen (Anhang Tabelle 3). Nach einer ersten Auseinandersetzung mit den ausgewählten Studien erfolgte die Auswahl der relevanten Themen und die Festlegung des vorläufigen Kategoriensystems, das vier der fünf übergeordneten Themen umfasste. Das übergeordnete Thema ökonomische Aspekte wurde aufgrund der Art der Intervention im vorläufigen Kategoriensystem nicht aufgenommen. Anschließend wurden alle in der Stichprobe enthaltenen Studien anhand des vorläufigen Kodierungssystems kodiert und bei Bedarf neue Codes erstellt. In der Folge wurden die Codes gruppiert, den Analysethemen zugeordnet und das Rahmenmodell angepasst (siehe Anhang Tabelle 4).

Weitere Informationen zum methodischen Vorgehen sind dem Methodenhandbuch auf unserer Website unter https://ebninfo.at/wpcontent/uploads/IZP_-Methoden_Manual.pdf zu entnehmen.

Resultate

Studien

Die Literaturrecherche ergab 3 493 Treffer. Nach Entfernung aller Duplikate und Durchsicht von 2 152 Übersichtsarbeiten bzw. Studien auf Abstract-Ebene sowie 70 Publikationen auf Volltextbasis ließen sich 44 Studien einschließen. Aus den 44 inkludierten Studien [6, 7, 21-62] wurden 13 anhand der oben genannten Sampling-Kriterien ausgewählt und in die Datensynthese einbezogen. Diese 13 Studien wurden in Australien [24, 26], Großbritannien [22, 29, 31, 43], Kanada [25, 63] Neuseeland [21], Spanien [55], Südkorea [27, 60] und Schweden [6] durchgeführt. Die meisten Studien schlossen Patient*innen mit infektiösen Erregern ein, zwei inkludierten Patient*innen und deren Angehörige [25, 55], eine Patient*innen und deren Angehörige sowie Gesundheitspersonal [63], eine weitere Studie Personen mit und ohne infektiöse Erreger [29], wobei für den vorliegenden Rapid Review ausschließlich die Perspektive der relevanten Personen berücksichtigt wurde. Die Studien schlossen eine bis 20 Personen ein, die 19 bis 90 Jahre alt waren. 33 bis 100 Prozent der Teilnehmer*innen waren Frauen. Die Betroffenen wurden aufgrund einer Infektion mit Carbapenemase produzierenden Enterobakterien (CPE) [22], Clostridium difficile [25], Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) [6, 21, 24, 31], Staphylococcus aureus [29], Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus type 2 (SARS-COV-2) [26, 27, 43, 55, 60, 61] und Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) [24] in Einzel- oder Mehrbettzimmern abgesondert. Die Isolationsdauer lag bei drei [24] bis 90 Tagen [6]. Allerdings fehlten bei einem Großteil der Publikationen Angaben zu Art und Dauer der Isolation sowie weitere Patient*innen-Charakteristika wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Verweildauer. Die methodische Qualität wurde in zwei Studien als hoch, in zehn Studien als moderat, in einer Studie als niedrig eingestuft. Grund dafür war die mangelhafte bzw. unzureichende Beschreibung des Settings, der Auswahl der Teilnehmer*innen, der Datenerhebung sowie der Datenanalyse. Detaillierte Informationen dazu sind im **Anhang Tabelle 5** zu entnehmen. Eine detaillierte Beschreibung der analysierten und nicht analysierten Studien enthält im **Anhang Tabelle 6**.

Resultate

Die neun Ergebnisse wurden innerhalb der vier Hauptthemenbereiche des adaptierten Rahmenmodells dargestellt: individuelle Aspekte, soziale Aspekte, Aspekte der Kommunikation und ethische Aspekte. Jedes Hauptthema umfasste zwei bis fünf Unterthemen, die in einer thematisch sinnvollen Anordnung einzeln oder zusammenfassend beschrieben wurden. Eine grafische Darstellung des Rahmenmodells findet sich im **Anhang Tabelle 4**.

Individuelle Aspekte

Ergebnis 1: Patient*innen bewerteten die Isolation unterschiedlich. Während ein Teil der Betroffenen diese als einschränkend und als Bestrafung empfand, fühlten sich andere in ihrem Einzelzimmer wohl. Die Persönlichkeitsstruktur, das Wissen über die Isolationsmaßnahmen sowie die Ausstattung des Zimmers spielten diesbezüglich eine wesentliche Rolle. (hohes Vertrauen in das Ergebnis)

Die persönliche Sicht der Betroffenen auf die aktive Isolation im Krankenhaus wurde in den elf Studien aus Australien [24, 26] Großbritannien [22, 31, 43], Kanada [25, 61], Neuseeland [21], Südkorea [27, 60] und Schweden [6] beschrieben. Nach der Diagnosestellung wurden einige Patient*innen „bombenartig“ aus ihrer vertrauten Umgebung herausgerissen und in einem Einzelzimmer untergebracht. [22, 24] Die Betroffenen hatten das Gefühl, an ihr Zimmer gefesselt und eingesperrt zu sein [6, 25, 27], sie empfanden die Maßnahme oft als Strafe und verglichen sie mit einem Gefängnisaufenthalt [21, 24, 26, 27]. In einer südkoreanischen Studie bezeichnete eine Person die Isolation als Straflageraufenthalt [60]. Eine andere Patientin fühlte sich dem System sogar hilflos ausgeliefert und von ihm kontrolliert. Sie beschrieb ihre Erfahrung wie folgt:

*„Ehrlich gesagt fühle ich mich wie in Guantanamo Bay. Du hast das Gefühl, dass alles von denen abhängt, die dir die Medikamente geben. Die Ärzt*innen und Pflegenden sehen dich an, als wärst du ein Nichts. Man wird kontrolliert. Es gibt nicht viel, was man dagegen tun kann, weil man das System einfach nicht ändern kann. Sie lassen dich deswegen nie mit anderen Patient*innen zusammen. Du bist im Gefängnis.“ (Trish, Mutsonziwa 2022)*

Eine andere Betroffene bezeichnete sich als „entfernte Patientin“ (engl. „distal patient“), da sie der Meinung war, dass die räumliche Absonderung die Beziehungsarbeit und damit die Nähe zu den Betroffenen einschränke und die Pflege auf technische Aspekte reduziere. [43]

Andere Patient*innen hingegen sahen die Isolation als eine Möglichkeit an, über sich und das eigene Leben zu reflektieren sowie zur Ruhe und Besinnung zu kommen. [24, 27, 31, 60] Darüber hinaus gab eine Person, die zu Beginn in einem Mehrbettzimmer isoliert worden war und danach in ein Einzelzimmer verlegt wurde, an, die Privatsphäre zu schätzen, die das Einzelzimmer bot. Sie fand die Umgebung gemütlich und bevorzugte die Unterbringung im Einzelzimmer aus mehreren Gründen. So bemerkte sie beispielsweise, dass sie allein sein wollte und an Gesprächen mit anderen Patient*innen kein Interesse hatte. [24]

Die physischen Eigenschaften des Isolationsraumes und das Wissen bzw. das Verständnis der Betroffenen für die Infektionsmaßnahmen spielten bei der Konstruktion ihrer Wahrnehmung eine wesentliche Rolle. Der Raum wurde häufig als zu klein beschrieben, die Tür wurde nur kurz geöffnet, und wenn es Fenster im Raum gab, waren diese immer geschlossen. Die Betroffenen fühlten sich häufig eingeeengt,

vermissten frische Luft und den Blick nach draußen. [24, 26, 27, 61] Das Fehlen einfacher Gegenstände wie Uhren, Spiegel oder Fernsehgeräte vermittelten das Gefühl, von der Außenwelt abgeschnitten zu sein und das Zeitgefühl zu verlieren. Eine Person gab an:

*„Hier gibt es nichts, keine Uhren, keinen Fernseher, keine Spiegel. [Eine Uhr an der Wand] würde es besser machen, weil ich dann die Zeit im Blick hätte und wissen würde, wie es um mich steht ... Ich habe mich jetzt schon mehrere Tage nicht mehr in den Spiegel geschaut ... damit ich sehen kann, ob es mir besser oder schlechter geht.“ (Teilnehmer*in 4, Shaban 2020)*

Patient*innen, die in einem Zimmer mit Fenster untergebracht waren, fühlten sich hingegen weniger isoliert und empfanden den Aufenthalt als weniger belastend [6, 21, 26], da der Blick auf den nahe gelegenen Park – so die Interpretation der Studienautor*innen – ein Gefühl von Komfort vermittelte [26]. Eine Person bemerkte dazu:

*„Es war schwer. Ich war isoliert und in einem Raum mit doppelten Trennwänden eingesperrt, und ich konnte nicht raus, also war es langweilig. Es war so langweilig, weil sie nur kamen, um das Essen zu bringen oder zu putzen. Es war wunderschön, raus auf das Feld und ins Grüne zu schauen.“ (Patient*in, Skyman 2010)*

Manchen Patient*innen waren die Gründe für die Isolationsmaßnahmen und die „Regeln“ bei der Infektionskontrolle (siehe Ergebnis 7) unklar. [22, 31] Dadurch waren sie nicht in der Lage, ihre Situation zu verstehen, und sie bemühten sich, anhand der Beobachtung des Verhaltens des Personals und der Reaktion anderer Patient*innen, sich ein Bild davon zu machen.

Ergebnis 2: Die Patient*innen fühlten sich durch die Isolation ihrer Freiheit beraubt und in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfreiheit eingeschränkt. Sie gaben an, von der Außenwelt abgeschnitten zu sein, weniger Selbstbestimmung und weniger Lebenskontrolle zu haben. (moderates Vertrauen in das Ergebnis)

In sieben Studien aus Australien [24, 26], Großbritannien [43], Neuseeland [21], Südkorea [27], Schweden [6] und Spanien [55] berichteten die Teilnehmer*innen, dass die Isolation ihre Freiheit oder Autonomie beeinflusste. Die Isolation schränkte ihre Fähigkeit ein, sich frei zu bewegen und körperlich aktiv zu sein. [6, 26, 27] Da sie ihr Zimmer nicht verlassen durften, nach einem Getränk fragen mussten und gezwungen waren, auf soziale Begegnungen zu verzichten, hatten sie das Gefühl, ihre Unabhängigkeit sowie die ohnehin schon eingeschränkte Kontrolle über ihr Leben verloren zu haben [21, 27] und unter ständiger Beobachtung und Kontrolle des Personals zu stehen [24].

*„[...] ich schlafe nur, ich kann keinen Sport machen, ich muss im Bett bleiben. Es ist schon ein bisschen deprimierend. Ich meine, ich war noch nie im Gefängnis, aber ich würde annehmen, dass es [eine] ähnliche Erfahrung sein würde. Ein kleines Zimmer.“ (Teilnehmer*in 1, Shaban 2020)*

Die Isolation schränkte jedoch nicht nur die Handlungs-, sondern auch die Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen ein. So berichteten einige Patient*innen, Behandlungs- und Pflegeentscheidungen seien vom Gesundheitspersonal getroffen worden, ohne dass sie einbezogen oder gefragt wurden [43, 55]. Eine Patientin nahm in dieser Hinsicht einen Unterschied im Verlauf der Behandlung wahr. In der Anfangsphase, als ihr Zustand kritisch war, fühlte sie sich gut informiert und in die Entscheidungsfindung eingebunden. Später, als sich ihr Zustand besserte, erhielt sie weniger Information und durfte nicht mehr mitbestimmen. [43]

Ergebnis 3: Während der Isolation wurden Patient*innen mit einer Reihe von Gefühlen konfrontiert, die ihren psychischen Zustand und ihr Wohlbefinden beeinflussten. Sie reichten von Einsamkeit über die Angst, andere Personen anzustecken, bis hin zur Freude über die Möglichkeit, Zeit für sich selbst zu haben. Die psychische Belastung schien sich mit zunehmender Dauer des Krankenhausaufenthaltes zu intensivieren. (hohes Vertrauen in das Ergebnis)

Über die Auswirkungen der Isolation auf den psychischen Zustand und das Wohlbefinden der Patient*innen berichten zwölf Studien aus Australien [24, 26], Großbritannien [22, 31, 43], Kanada [25, 61], Neuseeland [21], Spanien [55], Südkorea [27, 60] und Schweden [6]. Das dominierende Gefühl in den Schilderungen der Patient*innen war das der Einsamkeit. [6, 24, 25, 27, 31, 55, 61] Es wurde einerseits durch die ständig geschlossene Zimmertür [24] und andererseits durch die wenigen Besuche, die sie erhielten, hervorgerufen [6, 25]. Die Wahrnehmung der Betroffenen, im Vergleich zu anderen Patient*innen vom Personal eher vernachlässigt zu werden [26, 27, 31], verstärkte möglicherweise das Gefühl des Alleingelassenseins. Infolgedessen fühlten sie sich unsicher, ängstlich, verletzt und unwichtig. [21, 24, 31, 43] Das Gefühl, von den Pflegenden gemieden und schlechter behandelt zu werden, löste bei einer teilnehmenden Person Wut aus. [24] In jenen Fällen, in denen die Patient*innen annahmen, ihre Infektion sei durch den Krankenhausaufenthalt oder das Personal verursacht worden, berichteten die Betroffenen ebenfalls, wütend und verärgert gewesen zu sein. [31] Der Alltag während der Isolation wurde als endlos und langweilig beschrieben, er habe lediglich aus der sinnlosen Wiederholung von Routinehandlungen und dem ständigen Warten auf ein negatives Testergebnis oder die Entlassung bestanden. Die Betroffenen fühlten sich dadurch traurig und hilflos, was zu zusätzlichem Stress führte. [26, 27] Neben der psychischen Belastung durch die Isolationsmaßnahmen selbst waren die Betroffenen mit weiteren Belastungen konfrontiert, die ihre Situation erschwerten und ihren Leidensdruck erhöhten. Die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufes löste bei manchen Patient*innen Unsicherheit aus. [25] Personen mit COVID-19 berichteten von Todesangst [27], der Angst, Angehörige und Freunde angesteckt zu haben [26, 27, 60], sowie von Schuldgefühlen, z. B. wegen der Inanspruchnahme von Krankenhausressourcen oder weil ältere Menschen, mit denen sie Kontakt hatten, gestorben waren [26, 27, 60]. Für einige Patient*innen war die Verlegung von der Normalbettenstation in das Isolationszimmer genauso belastend wie die Zeit der Isolation selbst. Die Information über das positive Testergebnis erhielten die Betroffenen auf dem Weg ins Isolationszimmer, wodurch sie sich unsicher und in ihren Sorgen alleingelassen fühlten. [22] Auch die Art und Weise, wie das Gesundheits-

personal mit den Betroffenen kommunizierte, verursachte bei manchen Patient*innen Stress. So berichtete eine an COVID-19 erkrankte Patientin, dass nach der akuten Krankheitsphase Behandlungsentscheidungen nicht direkt mit ihr besprochen, sondern über die zuständige Pflegerin kommuniziert worden seien, die wiederum eventuelle Fragen an die Ärzt*innen weiterleitete. Dies belastete die Patientin, da sie Fragen aufschreiben musste, um nichts zu vergessen. [43] Zudem löste die Distanzierung des Personals von den Patient*innen bei einigen von ihnen negative Gefühle aus. [43, 60] Eine Patientin bemerkte dazu:

*„Nachdem CPAP [Continuous Positive Airway Pressure; Anm. der Autor*innen] abgestellt wurde, wurde ich auf eine andere Station verlegt, aber ich hatte immer noch Atemnot. Es wurde eine Bronchiektasie diagnostiziert. Nachdem meine Beobachtungen bei der Aufnahme notiert worden waren, gab man mir die Rufanlage und sagte mir, ich solle mich melden, wenn ich etwas bräuchte. Ich habe mich noch nie so allein und ängstlich gefühlt. Ich fühlte mich isoliert in meinem Einzelzimmer, nur durch die Rufanlage mit dem Personal verbunden, und ohne jemandem vom Pflegepersonal sehen zu können.“ (Patientin, Allan 2023).*

Die psychische Belastung schien mit der Dauer des Krankenhausaufenthalts zuzunehmen. So berichtete zum Beispiel eine Person, dass sich ihr psychisches Wohlbefinden im Lauf der Zeit verschlechtert habe. Sie beschrieb ihren Leidensdruck wie folgt:

*„Die Isolation war psychisch schmerzhaft. [...] ich hatte nichts, keine Fenster, niemanden, mit dem ich reden konnte. [...] Die ersten paar Tage waren in Ordnung, aber am dritten oder vierten Tag wurde es irgendwie deprimierender. Wir hatten keine Interaktion. Ich weiß nicht, wie spät es ist, denn es gibt kein Fenster. Ich glaube, eines Nachts gab es ein Gewitter, und das war das Einzige, was ich von der Außenwelt hörte, denn die Geräusche kamen durch.“ (Teilnehmer*in 1, Shaban 2020)*

Besonders für Patient*innen mit einer COVID-19-Infektion, die über Monate isoliert waren, erwiesen sich die psychischen Belastungen als enorm. Dies führte bei einigen Betroffenen zu Depressionen und Suizidgedanken. [27]

Neben den negativen Empfindungen wiesen manche Teilnehmer*innen auch auf positive Aspekte der Isolation hin, die zu einer Verbesserung des Wohlbefindens beitrugen. Manche Patient*innen nahmen die Isolation als Zeichen der Professionalität des Personals und der Qualität der Betreuung wahr, was das Vertrauen in das Gesundheitssystem stärkte und dazu beitrug, die Ängste der Patient*innen zu zerstreuen. [26] Anderen bot der Aufenthalt im Isolationszimmer die Möglichkeit, über das Leben nachzudenken und Zeit für sich selbst zu haben. [24, 27, 31] Sie schätzten die Privatsphäre und fanden dabei Trost. [21, 31] Als positiv wurde auch die Tatsache empfunden, dass den Besucher*innen mehr Freiheit gewährt wurde [31], was aber nicht näher erläutert wurde.

Ergebnis 4: Patient*innen setzten unterschiedliche Strategien ein, um mit dem Stress, den Belastungen und dem Leidensdruck umzugehen. Ein Teil der Betroffenen versuchte, die kritische Situation durch aktives Handeln zu bewältigen, wie z. B. die Tür einen Spalt offen zu lassen, Musik zu machen oder zu zeichnen. Andere Patient*innen bemühten sich um eine Verbesserung ihres emotionalen Befindens, indem sie sich z. B. an eine höhere (spirituelle) Instanz wandten oder emotionale Unterstützung bei Familie oder Freunden suchten. Ein gutes Verständnis für die Infektionskrankheit sowie Vorerfahrungen hinsichtlich der Isolation waren für einige Patient*innen hilfreich, um die Situation akzeptieren zu können. (hohes Vertrauen in das Ergebnis)

Das Thema Bewältigung wurde in neun Studien aus Australien [24, 26], Großbritannien [31, 43], Kanada [61], Neuseeland [21], Spanien [55], Südkorea [27] und Schweden [6] behandelt. Nach der Diagnosestellung mussten sich die Betroffenen innerhalb kürzester Zeit psychisch mit der veränderten Lebenssituation und der Bedrohlichkeit eines ihnen oftmals unbekannten Keimes auseinandersetzen. Dafür wandten sie sowohl problemfokussierte (z. B. aktive Bewältigung, instrumentelle soziale Unterstützung, Planung) als auch emotionsorientierte Bewältigungsstrategien an (z. B. emotionale, soziale Unterstützung, Akzeptanz und Religion). Viele Betroffene arbeiteten aktiv daran, die wahrgenommenen Belastungen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen. So beobachteten manche Patient*innen ihre Mitmenschen oder die Natur durch das Fenster oder die offene Tür, wodurch sie sich weniger isoliert fühlten. [21, 24, 43] Auch passten sie ihre Kommunikationsstrategien an. Beispielsweise wurde das Personal nonverbal auf das Durstgefühl aufmerksam gemacht oder es wurde versucht, die Pflegepersonen durch allgemeine Fragen zum Pflegealltag länger im Zimmer zu halten. [43] Andere widmeten sich kleineren Aktivitäten wie z. B. Lesen, Zeichnen, Schreiben, Übungen und Musizieren, was ihnen half, die Langeweile zu überwinden und den Stress zu reduzieren. [27] Eine Person bemerkte dazu:

*„Ich bat meinen Vater, mir meine Ukulele zu bringen. Er hat sie mir gebracht und ich habe darauf gespielt. Ein Instrument zu spielen, schien meinen Stress zu lindern. Allein die Tatsache, dass ich etwas tun konnte, hat meinen Stress abgebaut und meinen Körper entspannt.“ (Teilnehmer*in 3, Son 2021)*

Auch die Suche nach Informationen über die eigene Erkrankung, die zu einem ständigen Hinterfragen des Krankheitsverlaufs führte, konnte laut den Autor*innen einer Studie [25] als eine wertvolle Bewältigungsstrategie angesehen werden. Für einen Teil der Betroffenen war die soziale Unterstützung durch ihre Angehörigen hilfreich. Das Krankenhaustelefon, das eigene mobile Gerät oder das zu Verfügung gestellte Tablet war oft die einzige Möglichkeit, mit der Außenwelt in Kontakt zu treten und zu kommunizieren. [21, 26, 43, 55] Sie nutzten sie, um im Gespräch mit vertrauten Personen ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen und Mitgefühl, Beistand und Unterstützung zu erhalten. Diese Kommunikationsmöglichkeit half ihnen, die Einsamkeit zu bekämpfen. Von der Nutzung digitaler Technologien

profitierten vor allem jüngere Patient*innen, die mit deren Umgang vertraut waren. Ältere Menschen, oft nicht vertraut mit digitalen Geräten und den damit verbundenen Tools, waren daher gezwungen, schnell den Umgang damit zu lernen, oder auf Unterstützung angewiesen, die häufig nicht zur Verfügung stand. [55] Andere Patient*innen fanden – wie die nachstehende Aussage zeigt – Halt in der Zuwendung zu einer höheren (spirituellen) Macht oder Instanz. [21, 24, 26, 27]

*„Ich überlasse alles dem Schöpfer, Gott; ich glaube, dass es da draußen einen Gott gibt; es gibt immer Hoffnung, dass alles gut werden wird. Vielleicht nicht heute oder morgen, aber eines Tages wird es geschehen.“ (Patient*in, Mutsonziwa 2022)*

Die emotionale Unterstützung durch das Pflegepersonal wurde von einigen Patient*innen ebenso als hilfreiche Strategie hervorgehoben. Sie berichteten, dass sie sich wohler und besser fühlten, wenn das Behandlungsteam ihre Ängste und seelischen Schocks direkt ansprach und im Behandlungsplan berücksichtigte. Auch kleine Gesten, wie z. B. das Händehalten, trugen zur Verbesserung des Wohlbefindens der Betroffenen bei. Die Studienautor*innen weisen in diesem Zusammenhang auf den hohen Bedarf an Beziehungsarbeit bei isolierten Patient*innen hin. [61] Eine Person sagte dazu:

*„Ich habe zwei schöne Erinnerungen an zwei wunderbare Pfleger*innen – der Tag, an dem ich sagte, ich brauche unbedingt einen Kaffee, und sie brachten mir einen Kaffee; und der Tag, an dem ich Gesellschaft brauchte, und sie blieben bei mir und hielten meine Hand. Sie wissen nicht, wie sehr ich das geschätzt habe. Es war eine negative Erfahrung wegen der Krankheit, aber es ermöglichte mir, wunderbare Menschen kennenzulernen, die mich von meinen Qualen befreiten.“ (Teilnehmer*in 8, Mestres-Soler 2022)*

Es gab auch Patient*innen, die mit Akzeptanz reagierten. Voraussetzung dafür war ein gewisses Verständnis für bzw. Wissen über die Erkrankung, deren Übertragungswege und Folgen sowie Vorerfahrungen mit einer Isolation. [6, 21, 31] Auch die Gewissheit, etwas zum Allgemeinwohl beisteuern zu können, trug dazu bei, die Isolation zu akzeptieren, auch wenn die Akzeptanz allein nicht ausreichte, um die negativen Gefühle zu überwinden. [55] Aufgrund des hohen Medieninteresses waren Patient*innen mit COVID-19 gut über die Infektionserkrankung informiert.

Soziale Aspekte

Ergebnis 5: Einige Patient*innen beklagten die durch die Absonderung hervorgerufene soziale Isolation und nahmen negative Veränderungen in der Qualität ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen wahr. Die wenigen Begegnungen, die sie hatten, waren von Unsicherheit im Umgang mit den Besucher*innen geprägt. Andere verzichteten bewusst auf Besuche, um ihre Angehörigen vor Ansteckung zu schützen. Einige Betroffene berichteten, dass selbst Freizeitaktivitäten wie Fernsehen oder Bewegung aufgrund der Gegebenheiten des Isolationszimmers oft nicht möglich waren, was möglicherweise das Gefühl der sozialen Isolation verstärkte. Auch familiäre Spannungen waren eine Folge der Isolation. (niedriges Vertrauen in das Ergebnis)

In neun Studien aus Australien [24, 26], Großbritannien [22], Kanada [25, 61], Neuseeland [21], Spanien [55], Südkorea [27] und Schweden [6] beklagten die Teilnehmer*innen den Mangel an sozialer Interaktion und Nähe. Da Besuche während der Isolation entweder untersagt oder eingeschränkt waren, vermissten einige Patient*innen den Kontakt zu anderen Menschen im Allgemeinen [21, 24, 55, 61] oder zu ihren Angehörigen im Speziellen [6, 25]. Auch der fehlende physische Kontakt wurde von den Betroffenen thematisiert. [55, 61] Die Autor*innen einer Studie wiesen in diesem Zusammenhang auf den erhöhten Bedarf an Beziehungspflege hin. [61] Zudem verstärkte das Fehlen jeglicher Freizeitaktivitäten das Gefühl der sozialen Isolation. Eine teilnehmende Person beschrieb, wie belastend die soziale Isolation und das Fehlen jeglicher Beschäftigung für sie waren:

*„Die Isolation war psychisch schmerzhaft. Ich war sechs bis sieben Tage im Isolationszimmer. Ich hatte nichts, keine Fenster, niemanden, mit dem ich reden konnte [...], keinen Fernseher, nichts.“ (Teilnehmer*in 1, Shaban 2020)*

Im Gegensatz dazu zogen sich einige Patient*innen freiwillig von ihren sozialen Kontakten zurück, indem sie auf Besuche von Familienmitgliedern und Freunden verzichteten, da sie Angst hatten, die Krankheit auf sie zu übertragen. [22] Einige Betroffene, die Besuch erhielten, schränkten den Körperkontakt ein, um die Besucher*innen vor einer Infektion zu schützen, obwohl sie sich nicht sicher waren, inwieweit dies notwendig war. [21] Auch seitens der Angehörigen wurde, aus Angst vor Ansteckung, auf Besuche verzichtet, was für die Betroffenen belastend war. [6, 25] Darüber hinaus bedauerten Personen, die während der COVID-Pandemie isoliert waren, die psychischen und finanziellen Folgen für ihre Familien, Freunde und Arbeitgeber. Einige Betroffene berichteten von Enttäuschung über die Rücksichtslosigkeit ihrer Angehörigen. [27] Die Isolation stellte nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für ihnen nahestehende Personen eine psychische, physische und finanzielle Belastung dar. Eine Person sprach beispielsweise über zusätzliche Belastungen wie Hausarbeit und Kindererziehung, die durch die Abwesenheit entstanden waren, was wiederum zu Konflikten mit der/dem Ehepartner*in führte und sich negativ auf die Beziehung auswirkte. Andere Patient*innen berichteten über die psychischen Belastungen, die das Fehlen des Elternteils bei ihren Kindern verursachte. [27]

Kommunikation

Ergebnis 6: Viele Betroffene beklagten den Mangel an Informationen und hatten das Bedürfnis, rechtzeitig, umfassend und widerspruchsfrei über ihre Infektionskrankheit, die notwendigen Isolationsmaßnahmen und die Behandlung informiert und aufgeklärt zu werden. Darüber hinaus war den Betroffenen die Art und Weise der Informationsvermittlung wichtig. (hohes Vertrauen in das Ergebnis)

Zehn Studien, die in Australien [24, 26], Großbritannien [22, 29, 31, 43], Kanada [25], Neuseeland [21], Schweden [6] und Südkorea [60] veröffentlicht wurden, wiesen auf ein Informationsdefizit hin. In fünf davon berichtete die Mehrheit der Patient*innen, unzureichend oder gar nicht über ihre Erkrankung, die Behandlung und die Prognose informiert worden zu sein. [6, 22, 26, 29, 60] Der Informationsmangel zeigte sich auch daran, dass die Betroffenen häufig nicht in der Lage waren, die Übertragungswege, die Notwendigkeit der Isolation und anderer Präventionsmaßnahmen wie das Tragen von Schutzausrüstungen zu verstehen. [24, 25, 29, 31] Einige Teilnehmer*innen gaben an, mündlich aufgeklärt worden zu sein, während eine Person schriftliche Informationen erhielt, die aber nicht ihr persönlich, sondern ihren Angehörigen ausgehändigt wurden. [29] Andere Patient*innen hatten oft das Gefühl, dass sie in der Interaktion mit dem Personal proaktiv und opportunistisch sein mussten, um Informationen über die Erkrankung zu erhalten. [22] Eine Betroffene fühlte sich zu Beginn der Isolation gut informiert, als sich ihr Zustand später verbesserte, bekam sie hingegen weniger Informationen. [43] Gut informiert fühlten sich hingegen die Teilnehmer*innen einer Studie, die in einem spanischen Krankenhaus durchgeführt wurde. Sie berichteten, dass das Gesundheitspersonal bereit war, alle ihre Fragen zu beantworten, und dass sie angemessene Informationen erhielten. [55]

Selbst wenn Informationen zur Verfügung gestellt wurden, waren diese oft widersprüchlich, da verschiedene Personen am Behandlungsprozess beteiligt waren [6, 24, 25], oder sie entsprachen nicht dem Informationsbedürfnis der Betroffenen [22]. Zudem kritisierten einige Teilnehmer*innen den Zeitpunkt sowie die Art und Weise der Aufklärung. [22, 29] Eine Person bemerkte dazu:

*„Nun, am Ende kam jemand, der sich mit Kontrolle, Infektionskontrolle oder so etwas beschäftigte, und diskutierte das und sagte: Hier ist die Broschüre.‘ Ich glaube, sie war es, die am Ende die Broschüre gebracht und einfach gesagt hat, was das für ein Keim ist, und das war’s eigentlich schon.“ (Patient*in 9, King 2019)*

Laut den Autor*innen dreier Studien wünschten sich die Betroffenen umfassendere Informationen über ihre Erkrankung, die Behandlung und die Prognose [6, 26] bzw. schätzten es, wenn sie diese erhielten [21]. Die Informationen erweiterten ihr Wissen und halfen ihnen, ihre Situation besser zu verstehen und damit umzugehen.

In jenen Fällen, in denen die Betroffenen im Krankenhaus unzureichend informiert worden waren, griffen sie auf externe Informationsquellen wie beispielsweise das Internet zurück. [22, 24]

Ergebnis 7: Patient*innen bewerteten die Beziehung und die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal unterschiedlich. Einige Patient*innen nahmen unangemessenes Verhalten seitens des Gesundheitspersonals wahr, das sich negativ auf die Beziehung zum Behandlungsteam auswirkte. Andere Patient*innen – besonders jene, die die Gründe für die Isolation verstanden – schätzten den Einsatz und die Bemühungen des Personals, was wiederum einen positiven Einfluss auf ihre Beziehung zu diesem hatte. Interaktion und Kommunikation zwischen den Patient*innen und dem Gesundheitspersonal wurden durch die Schutzausrüstung zusätzlich erschwert. (hohes Vertrauen in das Ergebnis)

In elf Studien aus Australien [24, 26], Großbritannien [22, 31, 43], Kanada [61], Neuseeland [21], Spanien [55], Schweden [6] und Südkorea [27, 60] berichteten Teilnehmer*innen über unangemessenes Verhalten seitens des Personals, das sie irritierte bzw. verärgerte und ihre Beziehung negativ beeinträchtigte. Einige Patient*innen merkten an, dass Ärzt*innen und Pflegepersonen den Körperkontakt zu ihnen mieden. [21, 24, 61] Andere sprachen über die Angst des Personals vor einer Infektion und glaubten, dass sie nur in den Raum kämen, um medizinisch notwendige Maßnahmen durchzuführen, und nicht lange mit ihnen interagierten. [26, 27, 60] Eine Person beschrieb das Verhalten des Personals und den emotionalen Zustand, den dieses Verhalten verursachte:

*„[...] Wie ein Stück Dreck, das niemand anfassen will! Wissen Sie, wenn die Leute mit mir reden wollen, stehen sie an der Tür und schreien laut. Sie [Pfleger*innen] haben Angst, sich anzustecken; gleichzeitig fühle ich mich wie ein Tier behandelt. Wissen Sie, was ich mache, wenn ich meinen Hund füttere? Ich lass das Futter draußen stehen. Das ist es, was sie hier machen.“ (Adam, Mutsonziwa 2022)*

Das Verhalten des Personals wurde in zwei Studien als unprofessionell wahrgenommen, vor allem dann, wenn Patient*innen Inkonsistenzen bei der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen beobachteten. [6, 31] Die Betroffenen waren der Meinung, dass das Personal sie durch die Nichteinhaltung der Hygienemaßnahmen in diese schwierige Situation gebracht hätte. [6, 31] Die unterschiedliche Compliance des handelnden Personals führte dazu, dass die Betroffenen widersprüchliche Anweisungen erhielten, die sie verunsicherten und ihnen das Gefühl gaben, ungerecht behandelt zu werden. Folgende Äußerung illustriert die Wahrnehmung einer Patientin/eines Patienten:

*„Nun, sie sagte zu mir: ‚Wissen Sie, Sie können auf die große Station gehen und kurz mit den Leuten reden‘, aber als ich das tat, verscheuchten mich die Pflegenden und sagten, ich sollte zurück in mein Zimmer gehen. [...] ich habe mich verteidigt und erklärte, dass mir gesagt wurde, dass ich kommen kann. [...] Es ist ziemlich verwirrend; soll ich gehen oder soll ich nicht?“ (Patient*in 6, King 2019)*

Die wahrgenommenen Inkonsistenzen bei der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen führten zudem dazu, dass einige Patient*innen die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen infrage stellten und geringe Bereitschaft zeigten, sich an diese zu halten. [31]

Im Gegensatz dazu empfanden einige Patient*innen, die während der COVID-19-Pandemie im Krankenhaus isoliert worden waren, große Dankbarkeit gegenüber dem Personal [27, 43, 55, 60]. Sie hatten vor allem Mitleid mit den Pfleger*innen, da diese in ihrer Schutzkleidung unermüdlich im Einsatz waren. Manche Patient*innen versuchten sogar, die Arbeitsbelastung des Personals zu reduzieren, indem sie Aufgaben wie z. B. die Müllentsorgung selbst übernahmen. [27] Einige Patient*innen vertraten die Meinung, dass die hohe Arbeitsbelastung und der Zeitdruck das Personal von längeren Interaktionen mit ihnen abhielten. [26]

Eine Patientin – die auch Pflegerin war – merkte an, dass die Isolationsmaßnahmen die Patient*innen-Pflegenden-Beziehung veränderten und sich eine neue Patient*innenrolle etablierte: die des „entfernten“ Patienten bzw. der „entfernten“ Patientin. Diese*r nutzt Gesten, Artefakte und verlässt sich aufgrund des reduzierten direkten Kontakts auf die eigenen inneren Ressourcen. Diese neuen Kommunikationsformen basieren weniger auf individuellen Beziehungen zwischen Pfleger*innen und Patient*innen als auf kollektiven Routinen und Aufgabenverteilungen. Der/die „entfernte“ Patient*in ist ein Produkt langjähriger Trends in der Arbeitsorganisation der Pflege, die bereits vor der Pandemie existierten, einschließlich der Tendenz des Pflegepersonals, beziehungsorientierte Pflege zu vermeiden. Sie wies darüber hinaus darauf hin, dass das Gesundheitspersonal auch die sonst übliche Kommunikation mit den Angehörigen aus ihrem Alltag verbannt hätte. Sie beschrieb ihre Erfahrung folgendermaßen:

„Zu keinem Zeitpunkt hat sich jemand nach meiner Familie erkundigt, und mein Mann hat während meines Krankenhausaufenthaltes keine Nachrichten aus dem Krankenhaus erhalten; es war, als ob mein Leben zu Hause eine separate Existenz wäre. [...] In meinen Notizen habe ich darüber nachgedacht, wie schnell dieser Aspekt der Pflege, die Betreuung von Angehörigen, aus der Pflege verschwunden war. Nur einmal, als ich anfang, die CPAP-Therapie abzusetzen, bot mir das Pflegeteam an, meinen Mann darüber zu informieren, was passiert war.“ (Patientin, Allan 2023)

Die Schutzkleidung stellte für viele Betroffene eine zusätzliche Barriere dar, welche die Kommunikation und Interaktion mit dem Gesundheitspersonal beeinträchtigte (siehe auch Ergebnis 8). [21, 26]

Ethische Aspekte

Ergebnis 8: Betroffene nahmen die Isolationsmaßnahmen häufig als stigmatisierend wahr. Einige Patient*innen fühlten sich durch das Verhalten des Personals abgewertet, andere empfanden das Tragen der Schutzausrüstung und die Türschilder als diskriminierend. (hohes Vertrauen in das Ergebnis)

Stigmatisierung als Folge der Isolationsmaßnahmen wurde in neun Studien aus Australien [24], Großbritannien [22, 31], Kanada [61], Neuseeland [21], Spanien [55], Südkorea [27, 60] und Schweden [6] thematisiert. Einige Betroffene empfanden das Verhalten des Personals als abwertend (siehe auch Ergebnis 7), da sie Verhaltensänderungen feststellten und sich dadurch im Vergleich zu Patient*innen ohne Infektionserkrankung als unwichtig, nicht gleichwertig und ungerecht behandelt fühlten. [6, 21, 24, 55, 61] Andere hatten aufgrund der Schutzausrüstung das Gefühl, diskriminiert zu sein, wodurch sich das Selbstbild der Betroffenen veränderte. Sie beschrieben sich selbst als „schmutzig“, „unberührbar“, „verrückt“ oder „Gefahrenquelle“ und verglichen sich mit Leprakranken und Tieren. [6, 21, 22, 24, 27, 31, 60] Eine Person beschrieb die von ihr wahrgenommene Stigmatisierung in folgender Weise:

„Niemand macht sich mehr die Mühe, zu mir zu kommen und mit mir zu reden oder mich zu begrüßen wie früher. Wissen Sie, du wirst wie ein Stück Scheiße behandelt, du bist unantastbar. Du hast niemanden, der zuhört. Jeder ist so, wissen Sie. Das ist schlecht, wissen Sie. Sie behandeln dich, als würdest du rauskommen und jeden anstecken, um dich zu rächen [...].“ (Adam, Mutsonziwa 2022)

Einige Patient*innen äußerten Unmut über die an ihren Türen oder Betten angebrachten Informationsschilder. Sie waren der Meinung, dass die Schilder abschreckend auf Besucher*innen wirken und sie von einem Besuch abhalten würden. Sie fühlten sich dadurch diskriminiert, in ihrer Privatsphäre verletzt und unwohl. Außerdem stellten sie die Notwendigkeit dieser Schilder infrage. [24]

Ergebnis 9: Patient*innen nahmen sowohl die Häufigkeit als auch die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen während der Isolation unterschiedlich wahr. So berichtete ein Teil der Betroffenen über weniger ärztliche bzw. Pflegepersonalkontakte, über Mangel an Empathie und emotionaler Unterstützung sowie einen eingeschränkten Zugang zu therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen. Im Gegensatz dazu gab ein anderer Teil an, keine Veränderungen in dieser Hinsicht wahrgenommen zu haben. (hohes Vertrauen in das Ergebnis)

Aspekte in Bezug auf die Patient*innenversorgung wurden in zwölf in Australien [24, 26], Großbritannien [29, 31, 43], Kanada [25, 61], Spanien [55], Neuseeland [21], Schweden [6] und Südkorea [27, 60] durchgeführten Studien angesprochen. Einige Patient*innen stellten eine Veränderung hinsichtlich der medizinischen und pflegerischen Versorgung fest. Sie berichteten beispielsweise, dass sie Ärzt*innen

und Pfleger*innen seltener zu sehen bekamen, weil diese das Zimmer nur für die Durchführung medizinischer und pflegerischer Handlungen betraten [6], berichteten von der Vernachlässigung der Körperpflege, der Reduzierung der Pflege auf technische Aspekte wie Bettenmachen und Vitalzeichenbeobachtung [43] sowie der Übernahme von Pflegeaktivitäten [60]. In einer Studie waren die Betroffenen der Ansicht, dass ihre Betreuung vom Gesundheitspersonal als nicht vorrangig angesehen wurde. [24] Infolgedessen waren manche Patient*innen der Meinung, dass man ihnen wenig Empathie entgegengebracht und ihre Bedürfnisse nicht berücksichtigt habe. Andere Patient*innen beklagten den Mangel an emotionaler Unterstützung seitens des Pflegepersonals [21, 31] sowie die verringerten Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten [24, 26, 43]. Aufgrund der verminderten Arzt-/Pflegepersonalkontakte nahmen Patient*innen die Kommunikation mit dem Behandlungsteam als ineffizient und die Behandlung als unangemessen wahr. [27, 60] In diesem Zusammenhang merkten die Autor*innen einer Studie an, dass eine effektive Kommunikation in direktem Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Patient*innen stehe. [29] Zudem teilten manche Betroffene die Meinung, dass Patient*innen mit Infektionserkrankungen einen schlechteren Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen hätten als Personen ohne Infektion. [6, 26] Ein*e Teilnehmer*in bemerkte dazu:

*„Es war, als wäre ich von der Schlaganfallbehandlung ausgeschlossen. Ich hatte das Gefühl, dass das ein großer Rückschritt war. Ich bin nie angekommen, wahrscheinlich wegen MRSA, ich wurde ferngehalten. Das war eine Verzögerung von einem Jahr.“ (Patient*in, Skyman 2010)*

Im Gegensatz dazu berichteten die Patient*innen zweier Studien über keine wahrgenommenen Veränderungen in der Häufigkeit der Interaktion mit dem Gesundheitspersonal. Die meisten hatten auch nicht das Gefühl, dass die medizinische Versorgung durch die Isolationsmaßnahmen beeinträchtigt worden wäre. [25] Sie sprachen von den Bemühungen des Personals, ihre Autonomie und Entscheidungsmacht zu gewähren. Sie fühlten sich gut betreut und sicher. [55]

Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse

Ergebnis	Studien, die zum Ergebnis beitragen	GRADE-CERQual-Einschätzung des Vertrauens in das Ergebnis	Erläuterung der GRADE-CERQual- Bewertung
Individuelle Aspekte			
Ergebnis 1: Patient*innen bewerteten die Isolation unterschiedlich. Während ein Teil der Betroffenen diese als einschränkend und als Bestrafung empfand, fühlten sich andere in ihrem Einzelzimmer wohl. Die Persönlichkeitsstruktur, das Wissen über die Isolationsmaßnahmen sowie die Ausstattung des Zimmers spielten diesbezüglich eine wesentliche Rolle.	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mutsonziwa 2022 [24], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Soo Jung 2023 [60], Wasilewski 2022 [61]	hohes Vertrauen	moderate Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen, keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, Angemessenheit und Relevanz
Ergebnis 2: Die Patient*innen fühlten sich durch die Isolation ihrer Freiheit beraubt und in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfreiheit eingeschränkt. Sie gaben an, von der Außenwelt abgeschnitten zu sein, weniger Selbstbestimmung und weniger Lebenskontrolle zu haben.	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], Mutsonziwa 2022 [24], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Skyman 2010 [6], Soo Jung 2023 [60]	moderates Vertrauen	geringe Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen, keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, moderate Bedenken hinsichtlich Relevanz und Angemessenheit
Ergebnis 3: Während der Isolation wurden Patient*innen mit einer Reihe von Gefühlen konfrontiert, die ihren psychischen Zustand und ihr Wohlbefinden beeinflussten. Sie reichten von Einsamkeit über die Angst, andere Personen anzustecken, bis hin zur Freude über die Möglichkeit, Zeit für sich selbst zu haben. Die psychische Belastung schien sich mit zunehmender Dauer des Krankenhausaufenthaltes zu intensivieren.	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], Mutsonziwa 2022 [24], King 2019 [22], Mestres-Soler 2022 [55], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Soo Jung 2023 [60], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Wasilewski 2022 [61]	hohes Vertrauen	moderate Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen, keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, Angemessenheit und Relevanz
Ergebnis 4: Patient*innen setzten unterschiedliche Strategien ein, um mit dem Stress, den Belastungen und dem Leidensdruck umzugehen. Ein Teil der Betroffenen versuchte, die kritische Situation durch aktives Handeln zu bewältigen, wie z. B. die Tür einen Spalt offen zu lassen, Musik zu machen oder zu zeichnen. Andere Patient*innen bemühten sich um eine Verbesserung ihres emotionalen Befindens, indem sie sich z. B. an eine höhere Instanz wandten oder emotionale Unterstützung bei Familie oder Freunden suchten. Ein gutes Verständnis über die Infektionskrankheit sowie Vorerfahrungen hinsichtlich der Isolation waren für einige Patient*innen hilfreich, um die Situation akzeptieren zu können.	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Wasilewski 2022 [61]	hohes Vertrauen	moderate Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen, keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, Relevanz und Angemessenheit

Soziale Aspekte			
Ergebnis 5: Einige Patient*innen beklagten die durch die Absonderung hervorgerufene soziale Isolation und nahmen negative Veränderungen in der Qualität ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen wahr. Die wenigen Begegnungen, die sie hatten, waren von Unsicherheit im Umgang mit den Besucher*innen geprägt. Andere verzichteten bewusst auf Besuche, um ihre Angehörigen vor Ansteckung zu schützen. Einige Betroffene berichteten, dass selbst Freizeitaktivitäten wie Fernsehen oder Bewegung aufgrund der Gegebenheiten des Isolationszimmers oft nicht möglich waren, was möglicherweise das Gefühl der sozialen Isolation verstärkte. Auch familiäre Spannungen waren eine Folge der Isolation.	Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mutsonziwa 2022 [24], Mestres-Soler 2022 [55], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Skyman 2010 [6], Wasilewski 2022 [61]	niedriges Vertrauen	moderate Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen, keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, geringe Bedenken hinsichtlich Relevanz und schwerwiegende Bedenken hinsichtlich Angemessenheit
Aspekte in Bezug auf Kommunikation			
Ergebnis 6: Ein Großteil der Betroffenen beklagte den Mangel an Informationen und hatte das Bedürfnis, rechtzeitig, umfassend und widerspruchsfrei über ihre Infektionskrankheit, die notwendigen Isolationsmaßnahmen und die Behandlung informiert und aufgeklärt zu werden. Darüber hinaus war den Betroffenen die Art und Weise der Informationsvermittlung wichtig.	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Burnett 2010 [29], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Soo Jung 2023 [60]	hohes Vertrauen	moderate Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen, keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, geringe Bedenken hinsichtlich Relevanz und Angemessenheit
Ergebnis 7: Patient*innen bewerteten die Beziehung und die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal unterschiedlich. Einige Patient*innen nahmen unangemessenes Verhalten seitens des Gesundheitspersonals wahr, das sich negativ auf die Beziehung zum Behandlungsteam auswirkte. Andere Patient*innen – besonders jene, die die Gründe für die Isolation verstanden – schätzten den Einsatz und die Bemühungen des Personals, was wiederum einen positiven Einfluss auf die Beziehung zu diesem hatte. Interaktion und Kommunikation zwischen den Patient*innen und dem Gesundheitspersonal wurden durch die Schutzausrüstung zusätzlich erschwert.	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Wasilewski 2022 [61], Soo Jung 2023 [60]	hohes Vertrauen	moderate Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen, keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, geringe Bedenken hinsichtlich Relevanz und Angemessenheit
Ethische Aspekte			
Ergebnis 8: Betroffene nahmen die Isolationsmaßnahmen häufig als stigmatisierend wahr. Einige Patient*innen fühlten sich durch das Verhalten des Personals abgewertet, andere empfanden das Tragen der Schutzausrüstung und die Türschilder als diskriminierend.	Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Newton 2001 [31], Son 2021 [27], Soo Jung 2023 [60], Skyman 2010 [6], Wasilewski, 2022 [61]	hohes Vertrauen	geringe Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen, keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, geringe Bedenken hinsichtlich Relevanz und Angemessenheit
Ergebnis 9: Patient*innen nahmen sowohl die Häufigkeit als auch die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen während der Isolation unterschiedlich wahr. So berichtete ein Teil	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], Burnett 2010 [29], Mestres-Soler	hohes Vertrauen	moderate Bedenken hinsichtlich methodischer Einschränkungen,

der Betroffenen über weniger ärztliche bzw. Pflegepersonalkontakte, über Mangel an Empathie und emotionaler Unterstützung sowie einen eingeschränkten Zugang zu therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen. Im Gegensatz dazu gab ein anderer Teil an, keine Veränderungen in dieser Hinsicht wahrgenommen zu haben.	2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Newton 2001 [31], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Soo Jung 2023 [60], Son 2021 [27], Skyman 2010 [6], Wasilewski, 2022 [61]		keine/sehr geringe Bedenken hinsichtlich Kohärenz, geringe Bedenken hinsichtlich Relevanz und Angemessenheit
---	---	--	--

Tabelle 3: Evidenzprofil

Ergebnis	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Relevanz	Angemessenheit	GRADE-CERQual-Einschätzung des Vertrauens in das Ergebnis	Studien, die zum Ergebnis beitragen
Individuelle Aspekte						
Ergebnis 1: Patient*innen bewerteten die Isolation unterschiedlich. Während ein Teil der Betroffenen diese als einschränkend und als Bestrafung empfand, fühlten sich andere in ihrem Einzelzimmer wohl. Die Persönlichkeitsstruktur, das Wissen über die Isolationsmaßnahmen sowie die Ausstattung des Zimmers spielten diesbezüglich eine wesentliche Rolle.	moderate Bedenken In sieben der elf Studien waren Kontext und Setting unvollständig oder gar nicht beschrieben. Außerdem fehlten Angaben zur Auswahl der Stichprobe sowie zur Datenerhebung und -auswertung (drei Studien geringe, sieben Studien moderate und eine Studie schwerwiegende Bedenken).	keine/sehr geringe Bedenken	keine/sehr geringe Bedenken (elf Studien aus sechs Ländern und vier geografischen Regionen)	keine/sehr geringe Bedenken	hohes Vertrauen	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mutsonziwa 2022 [24], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Soo Jung 2023 [60], Wasilewski 2022 [61]
Ergebnis 2: Die Patient*innen fühlten sich durch die Isolation ihrer Freiheit beraubt und in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfreiheit eingeschränkt. Sie gaben an, von der Außenwelt abgeschnitten zu sein, weniger Selbstbestimmung und weniger Lebenskontrolle zu haben.	geringe Bedenken In vier von sieben Studien waren Kontext, Setting, Auswahl der Teilnehmer*innen oder Datenerhebung und -analyse unvollständig be-	keine/sehr geringe Bedenken	moderate Bedenken begrenzte geografische Verbreitung und Population (sieben Studien aus fünf Ländern und drei geografischen	moderate Bedenken einige Studien mit begrenzten, dünnen Daten	moderates Vertrauen	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], Mutsonziwa 2022 [24], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Skyman 2010 [6], Soo Jung 2023 [60]

	schrieben (drei Studien geringe, drei Studien moderate und eine Studie schwerwiegende Bedenken), weshalb die Studien nicht korrekt bewertet werden konnten.		Regionen; die Studien schlossen Patient*innen mit COVID-19 und multiresistenten Erregern ein)			
Ergebnis 3: Während der Isolation wurden Patient*innen mit einer Reihe von Gefühlen konfrontiert, die ihren psychischen Zustand und ihr Wohlbefinden beeinflussten. Sie reichten von Einsamkeit über die Angst, andere Personen anzustecken, bis hin zur Freude über die Möglichkeit, Zeit für sich selbst zu haben. Die psychische Belastung schien sich mit zunehmender Dauer des Krankenhausaufenthaltes zu intensivieren.	moderate Bedenken In den meisten Studien waren Kontext, Setting, Auswahl der Teilnehmer*innen oder Datenerhebung und -analyse unvollständig beschrieben (vier Studien geringe, sieben Studien moderate und eine Studie schwerwiegende Bedenken), weshalb die Studien nicht korrekt bewertet werden konnten.	keine/sehr geringe Bedenken	keine/sehr geringe Bedenken (zwölf Studien aus sieben Ländern und vier geographischen Regionen)	keine/sehr geringe Bedenken	hohes Vertrauen	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], Mutsonziwa 2022 [24], King 2019 [22], Mestres-Soler 2022 [55], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Soo Jung 2023 [60], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Wasilewski 2022 [61]
Ergebnis 4: Patient*innen setzten unterschiedliche Strategien ein, um mit dem Stress, den Belastungen und dem Leidensdruck umzugehen. Ein Teil der Betroffenen versuchte, die kritische Situation durch aktives Handeln zu bewältigen, wie z. B. die Tür einen Spalt offen zu lassen, Musik zu machen oder zu zeichnen. Andere Patient*innen bemühten sich um eine Verbesserung ihres emotionalen Befindens, indem sie sich z. B. an eine höhere Instanz wandten oder emotionale Unterstützung bei Familie oder Freunden suchten. Ein gutes Verständnis über die Infektionskrankheit sowie Vorerfahrungen hinsichtlich der Isolation waren für einige Patient*innen hilfreich, um die Situation akzeptieren zu können.	moderate Bedenken In fünf von neun Studien wurden Kontext und Setting, Datenerhebung und -analyse sowie ethische Überlegungen unvollständig oder unzureichend beschrieben (vier Studien geringe, vier Studien moderate und eine Studie schwerwiegende Bedenken).	keine/sehr geringe Bedenken	keine/sehr geringe Bedenken (neun Studien aus sieben Ländern und vier geographischen Regionen; nur Patient*innen mit COVID-19 und multiresistenten Erregern)	keine/sehr geringe Bedenken	hohes Vertrauen	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Wasilewski 2022 [61]

Soziale Aspekte						
Ergebnis 5: Einige Patient*innen beklagten die durch die Absonderung hervorgerufene soziale Isolation und nahmen negative Veränderungen in der Qualität ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen wahr. Die wenigen Begegnungen, die sie hatten, waren von Unsicherheit im Umgang mit den Besucher*innen geprägt. Andere verzichteten bewusst auf Besuche, um ihre Angehörigen vor Ansteckung zu schützen. Einige Betroffene berichteten, dass selbst Freizeitaktivitäten wie Fernsehen oder Bewegung aufgrund der Gegebenheiten des Isolationszimmers oft nicht möglich waren, was möglicherweise das Gefühl der sozialen Isolation verstärkte. Auch familiäre Spannungen waren eine Folge der Isolation.	moderate Bedenken Bei der Mehrheit der Studien waren der Kontext, das Setting, die Auswahl der Teilnehmer*innen oder die Datenerhebung und -analyse unvollständig beschrieben (vier Studien geringe und fünf Studien moderate Bedenken), weshalb die Studien nicht korrekt bewertet werden konnten.	keine/sehr geringe Bedenken	geringe Bedenken (neun Studien aus sieben Ländern und vier geografischen Regionen)	schwerwiegende Bedenken Studien mit begrenzten, dünnen Daten	niedriges Vertrauen	Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mutsonziwa 2022 [24], Mestres-Soler 2022 [55], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Skyman 2010 [6], Wasilewski 2022 [61]
Aspekte in Bezug auf Kommunikation						
Ergebnis 6: Ein Großteil der Betroffenen beklagte den Mangel an Informationen und hatte das Bedürfnis, rechtzeitig, umfassend und widerspruchsfrei über ihre Infektionskrankheit, die notwendigen Isolationsmaßnahmen und die Behandlung informiert und aufgeklärt zu werden. Darüber hinaus war den Betroffenen die Art und Weise der Informationsvermittlung wichtig.	moderate Bedenken unzureichende oder mangelhafte Beschreibung von Kontext und Umfeld, unzureichende Datenanalyse, Reflexivität und ethische Reflexion in der Mehrzahl der Studien (drei Studien geringe, sieben Studien moderate und eine Studie schwerwiegende Bedenken)	keine/sehr geringe Bedenken	geringe Bedenken begrenzte geografische Verbreitung (elf Studien aus sieben Ländern und vier geografischen Regionen)	geringe Bedenken Einige Studien lieferten dünne Daten.	hohes Vertrauen	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], Burnett 2010 [29], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6], Soo Jung 2023 [60]
Ergebnis 7: Patient*innen bewerteten die Beziehung und die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal unterschiedlich. Einige Patient*innen nahmen unangemessenes Verhalten seitens des Gesundheitspersonals wahr, das sich negativ auf	moderate Bedenken unzureichende oder mangelhafte Beschreibung von Kontext und Setting, unzureichende Datenanalyse,	keine/sehr geringe Bedenken	geringe Bedenken begrenzte Population (elf Studien aus sieben Ländern)	geringe Bedenken Einige Studien lieferten dünne Daten.	hohes Vertrauen	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Shaban 2020 [26], Son 2021 [27], Newton 2001 [31], Skyman 2010 [6],

die Beziehung zum Behandlungsteam auswirkte. Andere Patient*innen – besonders jene, die die Gründe für die Isolation verstanden – schätzten den Einsatz und die Bemühungen des Personals, was wiederum einen positiven Einfluss auf ihre Beziehung zu diesem hatte. Die Interaktion und Kommunikation zwischen den Patient*innen und dem Gesundheitspersonal wurde durch die Schutzausrüstung zusätzlich erschwert.	Reflexivität und ethische Überlegungen in sechs der elf Studien (vier Studien geringe, sechs Studien moderate und eine Studie schwerwiegende Bedenken)		und vier geographischen Regionen; die meisten Studien schlossen Patient*innen mit COVID-19 und multiresistenten Erregern ein)			Wasilewski 2022 [61], So Jung 2023 [60]
Ethische Aspekte						
Ergebnis 8: Betroffene nahmen die Isolationsmaßnahmen häufig als stigmatisierend wahr. Einige Patient*innen beklagten sich über die wahrgenommenen Verhaltensänderungen seitens des Personals. Andere empfanden das Tragen der Schutzausrüstung und die Türschilder als diskriminierend.	geringe Bedenken unzureichende Beschreibung von Kontext und Setting, unzureichende Datenanalyse, Reflexivität und ethische Überlegungen in vier der neun Studien (vier Studien geringe, vier Studien moderate und eine Studie schwerwiegenden Bedenken)	keine/sehr geringe Bedenken	geringe Bedenken begrenzte Population (neun Studien aus sieben Ländern und vier geographischen Regionen; die meisten Studien schlossen Patient*innen mit COVID-19 und multiresistenten Erregern ein)	geringe Bedenken Einige Studien lieferten dünne Daten.	hohes Vertrauen	Barratt 2010 [21], King 2019 [22], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Newton 2001 [31], Son 2021 [27], So Jung 2023 [60], Skyman 2010 [6], Wasilewski, 2022 [61]
Ergebnis 9: Patient*innen nahmen sowohl die Häufigkeit als auch die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen während der Isolation unterschiedlich wahr. So berichtete ein Teil der Betroffenen über weniger ärztliche bzw. Pflegepersonalkontakte, über Mangel an Empathie und emotionaler Unterstützung sowie einen eingeschränkten Zugang zu therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen. Im Gegensatz dazu gab ein anderer Teil an, keine Veränderungen in dieser Hinsicht wahrgenommen zu haben.	moderate Bedenken unzureichende Beschreibung von Kontext und Setting, unzureichende Datenanalyse, Reflexivität und ethische Überlegungen in vier der sieben Studien (vier Studien mit geringen Bedenken, sieben mit moderaten und eine mit schwerwiegenden Bedenken)	keine/sehr geringe Bedenken	geringe Bedenken begrenzte Population (zwölf Studien aus sieben Ländern und vier geographischen Regionen; die meisten Studien schlossen Patient*innen mit COVID-19 und multiresistenten Erregern ein)	geringe Bedenken Einige Studien lieferten dünne Daten.	hohes Vertrauen	Allan 2023 [43], Barratt 2010 [21], Burnett 2010 [29], Mestres-Soler 2022 [55], Mutsonziwa 2022 [24], Newton 2001 [31], Pacheco 2010 [25], Shaban 2020 [26], So Jung 2023 [60], Son 2021 [27], Skyman 2010 [6], Wasilewski, 2022 [61]

Abkürzungen: GRADE-CERQual=Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation – Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research

Tabelle 4: Erläuterungen zur GRADE-CERQual-Einschätzung des Vertrauens in das Ergebnis

hohes Vertrauen	Das Vertrauen in das Ergebnis ist hoch. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Ergebnis eine angemessene Abbildung des untersuchten Phänomens darstellt.
moderates Vertrauen	Das Vertrauen in das Ergebnis ist moderat. Es ist wahrscheinlich, dass das Ergebnis das untersuchte Phänomen angemessen abbildet.
niedriges Vertrauen	Das Vertrauen in das Ergebnis ist niedrig. Es ist möglich, dass das Ergebnis das untersuchte Phänomen angemessen abbildet.
sehr niedriges Vertrauen	Das Vertrauen in das Ergebnis ist unzureichend oder fehlend. Es ist unklar, ob das Ergebnis das untersuchte Phänomen angemessen abbildet.

Anhang

Abkürzungen

Anhang Tabelle 1: Abkürzungen

CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CPE	Carbapenemase-produzierende Enterobakterien
ESBL	Extended-Spectrum-Betalaktamasen
GRADE-CER- Qual	Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation – Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research
HAI	Gesundheitssystem-assoziierte Infektion (Healthcare Associated Infections)
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
K. pneumoniae OXA	Klebsiella pneumoniae mit OXA-48
k. A.	keine Angabe
MeSH	Medical Subject Headings System
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MW	Mittelwert
n	Anzahl
NHS	National Health Service
QES	qualitative Evidenzsynthese (qualitative evidence synthesis)
SARS-COV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
SD	Standardabweichung (standard deviation)
SPICE	Setting, Perspektive, Intervention oder Phänomen, Kontrollintervention, Evaluation (Setting, Perspective, Intervention or Phenomenon of Interest, Comparison, Evaluation)
SR	Systematische Übersichtsarbeit (Systematic Review)
USA	Vereinigte Staaten von Amerika (United States of America)
VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken

Suchstrategien

Ovid Medline, 5.10.2023

Ovid MEDLINE® ALL 1946 to October 04, 2023

#	Searches	Results
1	Patient Isolation/	4477
2	source isolation.ti,ab,kf.	59
3	barrier nursing.ti,ab,kf.	145
4	((patient? or hospital* or protectiv* or contact or room? or ward? or care or unit? or precaution?) adj3 (isolation or isolated)).ti,kf.	8282
5	((patient? or hospital* or protectiv* or contact or room? or ward? or care or unit? or precaution?) adj3 (isolation or isolated)).ab. /freq=2	7118
6	((contact precaution? or physical distancing or clinical distancing or quarantine?) and hospital*).ti,kf.	172
7	((contact precaution? or physical distancing or clinical distancing or quarantine?) and hospital* and (patient? or inpatient?)).ab. /freq=2	671
8	((coloni?ation or coloni?ed) adj6 (patient? or inpatient? or person? or individual? or people)) and (manag* or isolation or quarantine? or contact precaution? or physical distancing or clinical distancing) and (hospital? or cross infection? or nosocomial* or healthcare acquired or health care acquired)).ti,ab,kf,jw.	897
9	or/1-8	19349
10	exp Infections/	3097609
11	exp Disease Transmission, Infectious/	81341
12	Infection Control/	28839
13	disease outbreaks/ or epidemics/ or pandemics/	221794
14	(infect* or bacter* or viral* or virus*).ti,ab,kf.	3381753
15	or/10-14	4946699
16	9 and 15	10931
17	limit 16 to "humans only (removes records about animals)"	10842
18	(english or german).lg.	32375596
19	17 and 18	9021
20	Systematic Review.pt.	240439
21	(systematic\$ adj4 (review\$ or overview\$)).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, key-word heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]	356963
22	review.pt.	3217007
23	review.ti.	708257
24	or/20-23	3552366
25	interview*.mp,pt. or qualitative.mp. or experience?.ti,ab,kf. or px.fs.	2801221
26	24 and 25	305737
27	(Metasynthe* or Meta-synthe*).mp.	2154
28	26 or 27	306421

29	19 and 28	91
30	interview*.mp.	496305
31	(qualitative or themes).tw.	378136
32	exp Qualitative Research/	83540
33	focus groups.mp.	55208
34	(survey or surveys).ti,ab.	793113
35	30 or 31 or 32 or 33 or 34	1451381
36	19 and 35	668
37	29 or 36	736

CINAHL (Ebsco), 05.10.2023

#	Query	Results
S1	(MH "Patient Isolation")	2,776
S2	"source isolat*"	50
S3	"barrier nursing"	39
S4	(TI (patient# OR hospital* OR protectiv* OR contact OR room# OR ward# OR care OR unit# OR precaution#) N3 (isolation OR isolated)) OR (SU (patient# OR hospital* OR protectiv* OR contact OR room# OR ward# OR care OR unit# OR precaution#) N3 (isolation OR isolated)) OR ((AB (patient# OR inpatient# OR protectiv* OR contact OR room# OR ward# OR care OR unit# OR precaution#) N3 (isolation OR isolated)) AND (hospital* OR "health care" OR healthcare))	7,730
S5	((patient# N3 hospital*) OR inpatient#) AND ("contact precaution*" OR "physical distancing" OR "clinical distancing" OR quarantine* OR isolation)	2,215
S6	(TI ("contact precaution*" OR "physical distancing" OR "clinical distancing" OR quarantine* OR isolation) OR SU ("contact precaution*" OR "physical distancing" OR "clinical distancing" OR quarantine* OR isolation)) AND (TI hospital* OR SU hospital*)	1,489
S7	((coloni#ation OR coloni#ed) N6 (patient# OR inpatient# OR person# OR individual# OR people)) AND (manag* OR isolation OR quarantine# OR "contact precaution#" OR "physical distancing" OR "clinical distancing") AND (hospital* OR "cross infection#" OR nosocomial* OR "healthcare acquired" OR "health care acquired"))	364
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	9,507
S9	(MH "Infection+") OR (MH "Disease Transmission+") OR (MH "Infection Control") OR (MH "Disease Outbreaks") OR (MH "COVID-19 Pandemic") OR (MH "Virus Diseases+") OR (MH "Bacterial and Fungal Diseases+")	575,126
S10	infect* OR bacter* OR viral* OR virus*	559,817
S11	S9 OR S10	751,504
S12	S8 AND S11	5,519
S13	(MH animals+ OR MH (animal studies) OR TI (animal model*)) NOT MH (human)	214,264
S14	S12 NOT S13	5,493

S15	(MH "Qualitative Studies") OR (MH "Questionnaires+") OR (MH "Interviews+") OR (MH "Attitude+") OR (MH "Research, Nursing") OR (MH "Ethnonursing Research") OR (MH "Ethnological Research") OR (MH "Ethnographic Research") OR (MH "Observational Methods") OR (MH "Phenomenological Research") OR (MH "Phenomenology") OR (MH "Focus Groups") OR (MH "Discourse Analysis") OR (MH "Content Analysis") OR (MH "Life Experiences") OR (MH "Narratives") OR TI interview* OR AB interview* OR AB "qualitative stud*" OR TI "qualitative stud*"	1,209,797
S16	S14 AND S15	726

Pubmed Similar Articles (based on the first 100 linked references for each article), 05.10.2023

Search number	Query	Results
1	19819584	1
2	Similar articles for PMID: 19819584	46
3	31240778	1
4	Similar articles for PMID: 31240778	124
5	34383337	1
6	Similar articles for PMID: 34383337	110
7	32890549	1
8	Similar articles for PMID: 32890549	129
9	20070592	1
10	Similar articles for PMID: 20070592	64
11	34299870	1
12	Similar articles for PMID: 34299870	146
13	19819584 31240778 34383337 32890549 20070592 34299870 19282049 30534365 32868206 34622748 19079422 35264129 18547678 31606053 29045912 36538037 19968154 33852581 16585280 29530741 16968429 35140877 3843849 33706737 18385400 34932169 35765746 33692082 8847820 34199908 18270913 29883616 28103404 32757185 11170758 35274621 16915117 30092291 32890549 33832422 9362845 36538037 12648346 31039383 26773522 35264129 17070598 33596268 19201050 28411078 29729050 33706737 19567138 36178945 15018472 32924341 26942909 32891063 18984646 35567852 15579669 30102948 35086792 33554742 19181426 34517288 19272489 29438727 34392733 34145019 18709031 32890549 12811901 30477920 27354387 34299870 19783322 33780504 17069418 29074053 36549146 33863798 10439994 34301664 18786745 30124197 31241805 34301664 19024378 34737249 18241739 28078557 30329171 33804231 19725783 34287199 17516839 27516471 34271324 34383337 19181423 33571296 18842974 28446169 26338436 33502002 20415196 34258806 15466074 30769146 31799741 34682704 17722301 33463098 15866007 27813699 33864417 33408099 18667356 35603875 17880480 27593176 29799178 33979296 20189267 34488693 15877016 30252925 30720565 34972506 18765411 33417591 18790478 30389597 28682719 33463098 19162372 36141543 16288583 28537547 17402956 33722226 21281293 34200275 18550217 29371104 9361999 34890417 17513007 34184439 11794909 37029044 29194844 32315451 11461128 35346138 15520094 28449019 31432771 33389798 8072568 32489149 17513007 25825036 31793110 33238236 19118922 32416290 8209391 34485459 29628332 34637131 19667299 34242319 16983607 31633563 33318855 33310812 22551431 34574393 16212854 29248418 35168379 34504824 19040477 34842000 19478687 27890334 33314144 33848816 19173970 34935249 16378797 31244458 31222821 35149572 19596488 34569186 15520092 25082751 35133254 33059247 22271221 35023856 14762054 29157781 26098402 34021013 19416294 35337705 31068203 30472293 31375603 35049112 19269873 32864911 21798627 29351668 31079465 34492022 20200036 33334344 30932802 29950336 30111158 33596268 8429724 34149283 23193926 30579969 28597986 35346138 18029375 36311981 25626515 26675038 35562072 32749450 19084690 33334331 30171886 30534904 27685244 34462194 17433492 34493479 10480979 27168451 31773144 34344683 18790477 33259324 26516559 32913244 31411129 33330337 18446675 34299834 20925824 31829149 23816481 24035657 19827412 33789650 25850164 29870856 16112523 33704475 20192731 32660907 34888442 29253163 36877180 34426473 17316895 32366457 30577266 27479762 34496219 15381611 32974262 27029055 27990703 33888096 15472807 32573443 29800674 32065418 34474684 19959256 35422718 27619653 32677355 35337705 19137969 34152418 26631643 34387965 34879694 20027978 35577412 26447004 26447009 34362804 19243857 35229395 24915208 29669455 34115867 24669980 33685398 36767330 35690584 33031864 21086832 34795190 27533488 27293032 34152418 26773522 33106843 26546855 26944003 34737251 26673952 32672789 24852956 16000094 33518518 9300970 34202534 25887288 36681842 32690752 23451144 33394551 30277682 26552575 33028237 11309925 33722145 30488368 9159784 34865620 20409062 33040761 30412608 16396848 33852581 25577239 33554742 26004211 30357979 32826719 31432941 33741672 29476883 25988741 34287199 28767900 34279828 30471403 24035657 32482688 29828352 33637551 28161293 16260138 33775169 33176093 27362624 27532314 34620136 32242875 31971872 29368561 33154060 33912526 27126332 30878702 36578009 32539986 31855054 29455168 34639759 35080475 29548525 32691506 32381147 35908871 27600052 33325080 35041679 34106669 27687074 29667073 34270451 34209105 25556628 18206382 34813591 32324202 29478336 23806192 33766026 33804231 29141051 26447011 34501587 35886593 28699652 31879044 34260439 35434677 30158194 27881105 34501545 33310812 27392139 32956510 34486469 33157290 27104910 28593721 34682432 32324530 30053113 29052287 34758047 34151607 30968674 33465840 33307943 33411700 27578505 28001331 33762181 32891155 30321628 34737251 34320933 35549917 29638168 33155463 32921735 33793462 27855770 32583566 34904704 33488427 30767830 32560647 36624829 33992113 27542962 28587725 34748712 33371309 29223516 24138930 33851341 32434402 28647532 23348660 35138745 35186867 29115369 34622748 36454875 35149572 30356169 30012793 35954726 33419391 33126924 34251752 36941374 32822577 28254249 17310747 35549917 34158718 27532314 25601144 33734468 32619759 26174417 31645227 36569446 34002554 29076442 28800057 36164757 34008447 29115680 25251165 35168379 33031086 28855689 18578797 32840835 32568727 27566313 26435292 34224643 32699167 31423299 35164645 36466800 33543709 28602387 36481686 33456662 34468066	487
14	#13 NOT ("Animals"[Mesh] NOT "Humans"[Mesh])	486
15	#14 AND ("english"[Language] OR "german"[Language])	463

16	interview*[all] OR qualitative[all] OR experience*[tiab] OR "Psychology"[sh] OR Metasynthe*[all] OR Meta-synthe*[all] OR "Qualitative Research"[Mesh] OR "focus groups"[tw] OR survey[tiab] OR surveys[tiab]	3,391,842
17	#15 AND #16	312

JB I EBP Database (Ovid), 10.08.2022

JB I EBP Database Current to August 03, 2022

#	Searches	Results
1	(isolation or isolated).ti,hw.	12
2	(isolation or isolated).ab. /freq=2	18
3	contact precaution?.ti,hw.	3
4	contact precaution?.ab. /freq=2	0
5	((physical or clinical) adj distancing).ti,hw.	0
6	((physical or clinical) adj distancing).ab. /freq=2	0
7	source isolation.af.	8
8	barrier nursing.af.	3
9	or/1-8	32
10	(interview* or qualitativ* or focus group* or experience* or survey* or themes).ab,kw,ti,sh,hw,ov.	981
11	9 and 10	12

Epistemonikos.org, 10.08.2022

Search	Results
("source isolation" OR "barrier nursing" OR (patients AND isolat*)) AND (infect* OR bacter* or viral* OR virus* OR outbreak* OR pandemic* OR epidemic*) AND (qualitative OR interview* OR survey OR surveys OR "focus group" OR "focus groups" OR metasynth* OR "meta-synthesis" OR "meta syntheses")	2240
Filter: Systematic Review	72

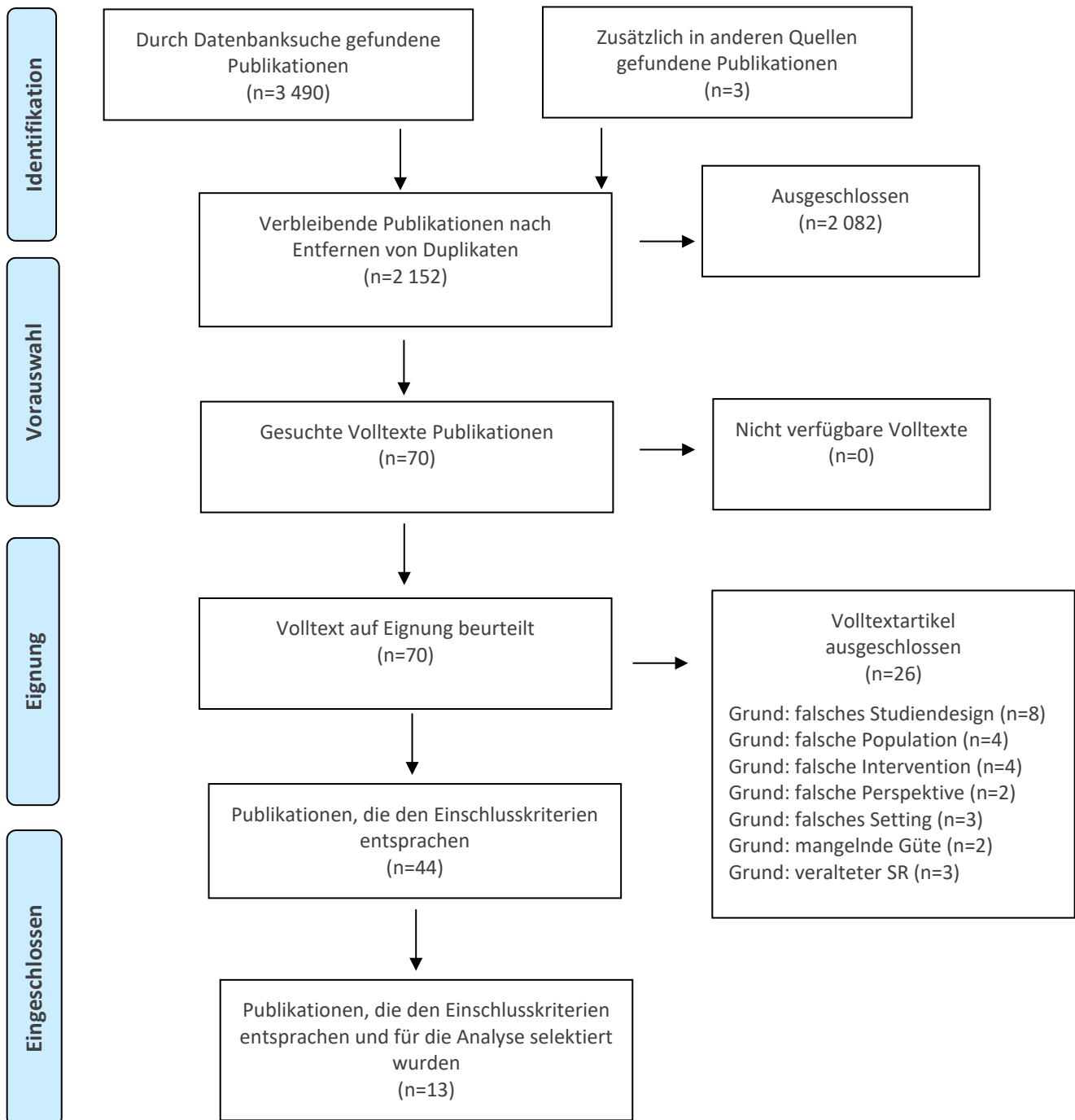
Daten-Reichhaltigkeit-Skala

Anhang Tabelle 2: Data richness scale [9]

Score	Measure	Example
1	Very little qualitative data presented that relate to the synthesis objective. Those findings that are presented are fairly descriptive.	For example, a mixed methods study using open ended survey questions or a more detailed qualitative study where only part of the data relates to the synthesis objective
2	Some qualitative data presented that relate to the synthesis objective	For example, a limited number of qualitative findings from a mixed methods or qualitative study
3	A reasonable amount of qualitative data that relate to the synthesis objective	For example, a typical qualitative research article in a health journal
4	A good amount and depth of qualitative data that relate to the synthesis objective	For example, a qualitative research article in a social sciences journal with more context and setting descriptions
5	A large amount and depth of qualitative data that relate in depth to the synthesis objective	For example, from a detailed ethnography or a published qualitative article with the same objectives as the synthesis

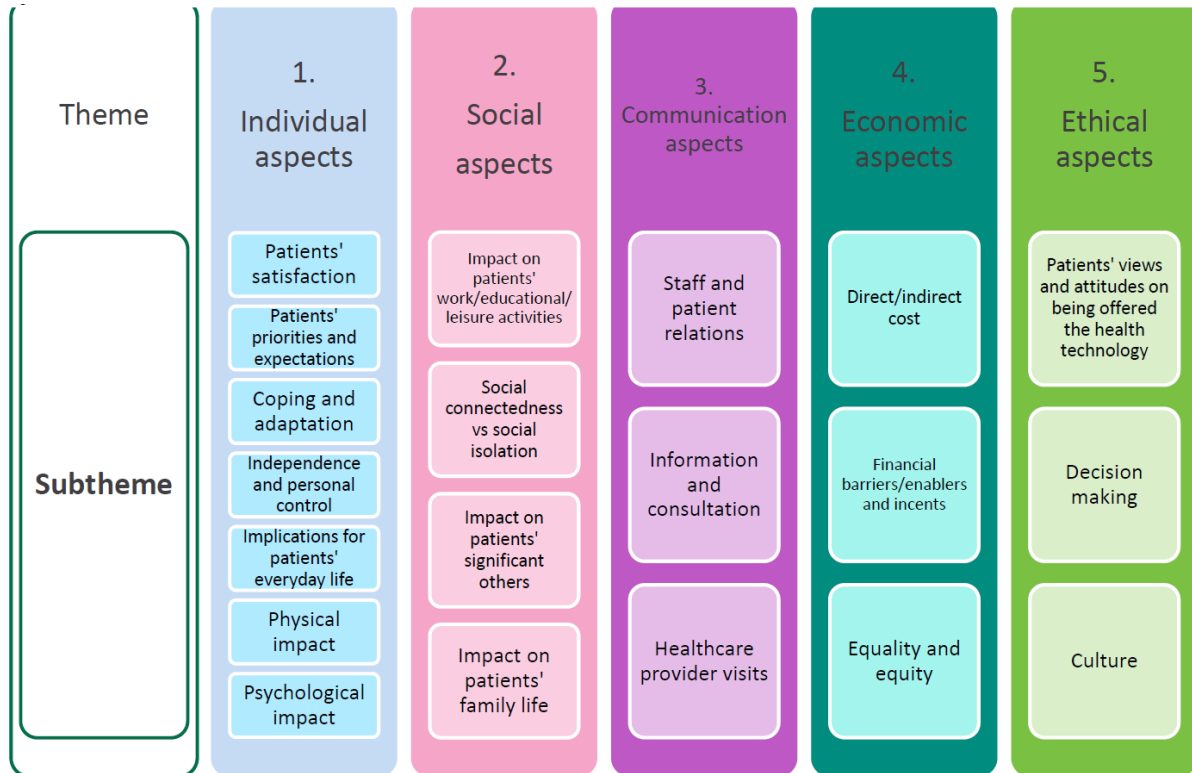
PRISMA-Flussdiagramm

Abbildung 1: Studien-Flussdiagramm [64]



Rahmenmodell für qualitative Synthesen in Health Technology Assessment

Anhang Tabelle 3: Framework des Healthcare Improvement Scotland [14]



Adaptiertes Rahmenmodell

Anhang Tabelle 4: Adaptiertes Rahmenmodell

Thema	Subthema: Erklärung
Individuelle Aspekte	Sichtweise: Gedanken, Meinungen, Erwartungen und Präferenzen der Patient*innen hinsichtlich der aktiven Isolation
	Autonomie: Auswirkungen der aktiven Isolation auf Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und persönliche Kontrolle
	Psychische und physische Auswirkungen: Auswirkungen der aktiven Isolation auf den geistigen und körperlichen Zustand der Patient*innen
	Bewältigung: Strategien, die die Patient*innen anwenden, um mit dem Stress und den Belastungen umzugehen
	Zufriedenheit: Patient*innenzufriedenheit in Bezug auf strukturelle Aspekte (z. B. Ausstattung des Isolierzimmers, Prozesse, Maßnahmen) und zwischenmenschliche Aspekte (z. B. Information, Kompetenz und Verhalten des Gesundheitspersonals, Beziehung zum Fachpersonal)
Soziale Aspekte	Soziale Beziehungen: Auswirkungen der aktiven Isolation auf die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patient*innen außerhalb des Krankenhauses
	Angehörigen: Auswirkungen der aktiven Isolation auf die Angehörigen der Patient*innen bzw. auf interfamiläres Leben und Beziehungen
	Freizeit: Auswirkungen der aktiven Isolation auf die Fähigkeit der Patient*innen, Freizeitaktivitäten auszuüben
Aspekte der Kommunikation	Kommunikation: Auswirkungen der aktiven Isolation auf die Beziehung bzw. Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Patient*innen
	Information: Zugänglichkeit und Nützlichkeit von Informationen über die aktive Isolation und die Infektionserkrankung
Ethische Aspekte	Stigma: negativ bewertete Attribute oder Verhaltensweisen, die den Träger/die Trägerin in Abweichung von der Norm kennzeichnen, diskreditieren und ihn damit von der vollen sozialen Akzeptanz und von gesellschaftlicher Gleichberechtigung ausschließen
	Gesundheitsleistungen: Auswirkungen der aktiven Isolation auf die Versorgung der Patient*innen
	Handeln und Sicherheit: Auswirkungen der aktiven Isolation auf das aktive Handeln des Gesundheitspersonals bzw. auf die Schadensvermeidung

Methodische Qualität

Anhang Tabelle 5: Bewertung der methodischen Einschränkungen der Studien, die in der Stichprobe enthalten sind und analysiert wurden

Autor / Jahr	Sind die Ziele der Studie klar dargelegt?	Sind das Setting und der Kontext angemessen beschrieben?	Ist die Auswahl der Teilnehmer*innen beschrieben und angemessen?	Ist die Datenerhebung beschrieben und begründet?	Ist die Datenanalyse angemessen und beschrieben?	Sind die Behauptungen/Ergebnisse durch ausreichende Beweise belegt?	Gibt es Belege für die Reflexivität des Forschers?	Zeigt die Studie Sensibilität für ethische Belange?	Gibt es weitere Bedenken?	Gesamtbewertung der methodologischen Einschränkungen
Allan 2023 [43]	ja	ja	ja	größtenteils	unzureichend	ja	größtenteils	ja	nein	moderate Bedenken
Barratt 2010 [21]	ja	größtenteils	größtenteils	unzureichend	unzureichend	ja	unzureichend	unzureichend	nein	moderate Bedenken
Burnett 2010 [29]	ja	unzureichend	größtenteils	größtenteils	unzureichend	größtenteils	unzureichend	unzureichend	nein	moderate Bedenken
King 2019 [22]	ja	unzureichend	größtenteils	größtenteils	unzureichend	ja	unzureichend	größtenteils	nein	moderate Bedenken
Mestres-Soler 2022 [55]	ja	größtenteils	größtenteils	größtenteils	größtenteils	ja	größtenteils	größtenteils	nein	geringe Bedenken
Mutsonziwa 2022 [24]	ja	größtenteils	größtenteils	größtenteils	ja	ja	größtenteils	größtenteils	nein	geringe Bedenken
Newton 2001 [31]	ja	größtenteils	unzureichend	unzureichend	größtenteils	größtenteils	unzureichend	nein	nein	moderate Bedenken
Pacheco 2010 [25]	ja	unzureichend	unzureichend	größtenteils	größtenteils	größtenteils	größtenteils	größtenteils	nein	moderate Bedenken
Shaban 2020 [26]	ja	größtenteils	unzureichend	unzureichend	größtenteils	größtenteils	größtenteils	größtenteils	nein	moderate Bedenken
Skyman 2010 [6]	ja	größtenteils	größtenteils	größtenteils	unzureichend	größtenteils	größtenteils	größtenteils	ja (die Interviews wurden drei Jahre nach der Isolation durchgeführt)	schwerwiegende Bedenken

Son 2021 [27]	ja	größtenteils	unzureichend	größtenteils	ja	ja	größtenteils	größtenteils	nein	moderate Bedenken
Soo Jung 2023 [60]	ja	größtenteils	größtenteils	größtenteils	größtenteils	ja	unzureichend	ja	ja (die Interviews wurden ein bis drei Monate nach der Entlassung durchgeführt)	moderate Bedenken
Wasilewski 2022 [61]	ja	größtenteils	größtenteils	größtenteils	unzureichend	ja	größtenteils	größtenteils	nein	moderate Bedenken

Studiendetails

Anhang Tabelle 6: Detaillierte Beschreibung der inkludierten Studien

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Ahmadi 2021 [44]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> die Erfahrungen, Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Patient*innen mit COVID-19 zu erläutern <u>Land:</u> Iran <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 33	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (20–älter als 50 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 46 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung
Allan 2023 [43]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> zu verstehen, wie die Pflegeversorgung während der Pandemie abläuft und wie die Patient*innen die Pflege erleben <u>Land:</u> Großbritannien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Autoethnographie <u>Datenerhebungsmethode:</u> teilnehmende Beobachtung <u>Datenanalysemethode:</u> kontinuierlicher und vertiefender Interpretationsprozess sowie thematische Analyse der Feldnotizen <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 1	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. <u>Frauen (%):</u> 100 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> Einzelzimmer <u>Isolationsdauer:</u> 10 Tage <u>sonstige Merkmale:</u> die Autorin ist Pflegewissenschaftlerin	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine
Barratt 2010 [21]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> zu untersuchen, welche Erfahrungen Krankenhauspatient*innen in der Akutversorgung mit der MRSA-Isolierung gemacht haben und was diese Erfahrungen für die Patient*innen bedeuten <u>Land:</u> Neuseeland <u>Setting:</u> verschiedene Abteilungen (Chirurgie, Onkologie, ambulante Dialyse, Innere Medizin, Hämatologie und Rehabilitation) eines Krankenhauses	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Methode nach van Manen (1997) <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 10	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 64 (46–78) Jahre <u>Frauen (%):</u> 50 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA <u>Art der Isolation:</u> Isolations- und Kontaktmaßnahmen; keine weiteren Angaben <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. (3–21 Tage) <u>sonstige Merkmale:</u> k. A. <u>vorherige Isolationserfahrungen (%):</u> 60	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A.

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Bieh 2017 [45]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> die physischen, sozialen und psychologischen Bedürfnisse von stationär aufgenommenen Patient*innen mit multiresistenter Tuberkulose zu erforschen <u>Land:</u> Nigeria <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> Fokusgruppen und Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> nicht näher beschriebener Framework-Approach für qualitative Datenanalyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 23	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. <u>Frauen (%):</u> 48 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> multiresistente Tuberkulose <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> Rivers State Sustainable Development Agentur im Rahmen des Auslandsstipendienprogramms der Regierung <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung
Burnett 2010 [29]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> die Erfahrungen von Patient*innen im Zusammenhang mit therapieassoziierten Infektionen (HAI) zu untersuchen <u>Land:</u> Großbritannien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse; nicht näher beschrieben <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 20	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. <u>Geschlecht:</u> k. A. <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> Staphylokokken <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> ‚DG Sanco‘, the European Commission Directorate-General for Health and Consumers <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung überwiegend nach der Entlassung nach Hause; zwei Interviews mit Patient*innen von der Datenanalyse exkludiert (keine von Staphylokokken verursachte Bakteriämie)
Chew 2021 [46]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erforschung der Erfahrungen mit sozialer Stigmatisierung bei Patient*innen mit COVID-19 <u>Land:</u> Malaysien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> Telefoninterviews mittels semistrukturierter Leitfragen <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 12	<u>Alter (Median):</u> 36,5 Jahre <u>Frauen (%):</u> 50 <u>Ethnie (%):</u> 83 Malaier, 8 Chinesen, 8 Inder <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Criddle 2006 [40] (aus 1 SR)	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> das Phänomen der MRSA-Besiedlung aus Perspektive der Patient*innen zu erforschen <u>Land:</u> k. A. <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> interpretativer phänomenologischer Ansatz <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 14	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (18–93 Jahre) <u>Geschlecht:</u> k. A. <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> mit Unterstützung von 3M <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung
Deng 2021 [47]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> zu untersuchen, wie sich COVID-19 und Quarantäne auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken <u>Land:</u> China <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Fallstudie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> k. A. <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 5	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 43 (31–71) Jahre <u>Frauen (%):</u> 40 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Krankenhausverweildauer 16–40 Tage bei milder bis schwerer Infektion	<u>Finanzierung:</u> Humanities and Social Sciences Research Project of Chongqing Education Commission und Foundation of First-class Discipline of Foreign Languages & Literature, Chongqing <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Studie ist Teil eines größeren qualitativen Forschungsprojekts
Eli 2020 [7]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erhebung der Erfahrungen von und Bedeutung für die Patient*innen, Angehörigen und Mitarbeiter*innen auf einer Station mit Kohortenisolation; Implikationen für Gesundheitsorganisationen im Hinblick auf Ausbrüche von Infektionen mit Carbapenemase-produzierenden Enterobakterien im Krankenhaussetting <u>Land:</u> Israel <u>Setting:</u> Krankenhaus (Station für Innere Medizin)	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse (constant comparison method) <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 3	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 72 (41–88) Jahre <u>Männer (%):</u> 100 <u>Ethnie / Religion:</u> k. A. / Islam (n=1), Judentum (n=2) <u>Erreger:</u> CPE <u>Art der Isolation:</u> Kohortenisolation <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Pflegebedürftigkeit (n=1)	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts oder auch danach

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Firouz-kouhi 2022 [48]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der erlebten Erfahrungen von Patient*innen mit COVID-19 mit Lungenbeteiligung <u>Land:</u> Iran <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Greatrex-White und Van Manen's Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> interpretative phänomenologische Analyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 10	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 46 (23–67) Jahre <u>Frauen (%):</u> 33 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Krankenhausverweildauer 3–14 Tage	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung
Freitas-Jesus 2022 [49]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Analyse der Erfahrungen von Frauen, die während der Schwangerschaft mit COVID-19 infiziert waren, in Bezug auf deren Gefühle, Beziehungen und den Einfluss der sozialen Medien <u>Land:</u> Brasilien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews und Feldtagebücher <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 22	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 30 (19–39) Jahre <u>Frauen (%):</u> 100 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> 3 Frühgeburten aufgrund von COVID-19	<u>Finanzierung:</u> Coordination of Improvement of Higher Education Personnel CAPES/Brazil <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> 13 Frauen waren hospitalisiert; 5 Interviews nach der Geburt; 17 Interviews während der Schwangerschaft
Guo 2020 [50]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Einblicke in das Stressempfinden und posttraumatische Symptome von Patient*innen mit COVID-19 (qualitativer Teil der Studie) <u>Land:</u> China <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Mixed-Method-Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> k. A. <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 5	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. <u>Frauen (%):</u> k. A. <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> Medical Engineering jointed Fund of Shanghai Jiao Tong University, Funds for talents by Shanghai Mental Health Center, and Shanghai Mental Health Center Foundations <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> die Baseline-Charakteristika wurden für alle Patient*innen berichtet (qualitativer und quantitativer Teil)

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Hereng 2019 [34]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erhebung der Gefühle und des Wissens von Patient*innen nach einer stationären Aufnahme aufgrund einer Infektion mit multiresistenten oder extensiv arzneimittelresistenten Erregern <u>Land:</u> Frankreich <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> strukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse; nicht näher beschrieben <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 11	<u>Alter Median (Spannweite):</u> 58 (26–81) Jahre <u>Frauen (%):</u> 33 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA, ESBL und K. pneumoniae OXA-48 <u>Art der Isolation:</u> Einzelzimmer <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Krankenhausverweildauer Median (Spannweite): 10 (5–21) Tage	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung
Hsiao 2021 [42]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung von Erfahrungen während der Isolation <u>Land:</u> Taiwan <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> strukturierte Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> Inhaltsanalyse nach Colaizzi (adaptiert) <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 9	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 33 (21–79) Jahre <u>Frauen (%):</u> 27 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> Isolationszimmer <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> 1 Monat (10–53 Tage) <u>sonstige Merkmale:</u> • Krankenhausverweildauer MW (SD): 1 Monat (k. A.) • COVID-19 Symptome (%): 34 • akademische Bildung (%): 77 • verheiratet (%): 22	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Zeitpunkt der Datenerhebung nicht eindeutig berichtet
Jamili 2022 [51]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der erlebten Erfahrungen von hospitalisierten Patient*innen mit COVID-19 <u>Land:</u> Iran <u>Setting:</u> Krankenhaus - Spezialstation für Patient*innen mit COVID-19	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> unstrukturierte und halbstrukturierte Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 17	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 23–65 Jahre <u>Frauen (%):</u> 59 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Krankenhausverweildauer MW (Spannweite): 8,5 Tage (k. A.)	<u>Finanzierung:</u> Aforesaid University <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Jesus 2019 [35]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Wahrnehmung, der Bedeutung und der Auswirkungen auf Patient*innen unter speziellen Hygienemaßnahmen <u>Land:</u> Brasilien <u>Setting:</u> Krankenhaus (zwei Isolationsstationen)	<u>Design:</u> Studie mit qualitativer klinischer Methodik gemäß dem theoretischen Referenzrahmen der Verwundbarkeit <u>Datenerhebungsmethode:</u> halbdirekte offene Fragen <u>Datenanalysemethode:</u> Inhaltsanalyse nach Bardin <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 19	<u>Alter Median (Spannweite):</u> 44 (17–78) Jahre <u>Frauen (%):</u> 42 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Infektionserkrankung:</u> unterschiedlich und nicht genau spezifiziert <u>Art der Isolation:</u> Einzelzimmer <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> <u>Isolationsdauer zum Befragungszeitpunkt MW (SD):</u> 7 Tage (k. A.)	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts
Karimi 2021 [52]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von Patient*innen mit COVID-19 <u>Land:</u> Iran <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Studiendesign <u>Datenerhebungsmethode:</u> Gruppeninterviews und semistrukturierte Einzelinterviews <u>Datenanalysemethode:</u> Inhaltsanalyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 22	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (19–87 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 0 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> Clinical Research Development Unit of Baqiyatallah Hospital <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.
Kelly-Rossini 1996 [33]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von isolierten HIV-positiven Patient*innen mit Tuberkulose <u>Land:</u> k. A. <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> triangulatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 18	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 36 (30–51) Jahre <u>Frauen (%):</u> 28 <u>Ethnie (%):</u> 44 lateinamerikanisch, 33 afro-amerikanisch, 17 kaukasisch, 6 Native Americans <u>Erreger:</u> Tuberkulose <u>Art der Isolation:</u> nicht näher beschrieben (respiratory isolation) <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Großteil der Teilnehmer*innen berichtete über illegalen Drogenmissbrauch	<u>Finanzierung:</u> The Beatrice Renfield Division of Nursing Education and Research, Beth Israel Medical Center <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
King 2019 [22]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erfahrungen von Patient*innen mit antimikrobiell resistenten Erregern während des Krankenhausaufenthaltes zu analysieren <u>Land:</u> Großbritannien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design (Studie ist Teil eines größeren Mixed-Method-Projekts) <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews via Telefon <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse nach Braun und Clarke <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 9	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (20–90 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 56 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> Carbapenemase-produzierende Enterobakterien <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach dem Aufenthalt
Kumar 2020 [53]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erfahrung der Patient*innen während der Isolation und Quarantäne in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie <u>Land:</u> Indien <u>Setting:</u> Krankenhaus und Quarantänestationen	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Studiendesign <u>Datenerhebungsmethode:</u> Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> k. A. <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 10 (5 in Quarantäne und 5 in Isolation)	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 36 (30–40) Jahre <u>Frauen (%):</u> 70 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.
Lindberg 2009 [30]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von hospitalisierten Personen, die mit MRSA besiedelt sind <u>Land:</u> Schweden <u>Setting:</u> zu Hause, Arbeitsplatz oder Krankenhaus (Abteilung für Infektionskrankheiten)	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Inhaltsanalyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 13	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (29–78 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 69 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> Zentrum für Forschung und Entwicklung, Universität Uppsala/Landkreis, Stadt Gävleborg; Abteilung für Infektionskrankheiten, medizinische Abteilung, Krankenhaus Gävle and „Intresseföreningen för infektionssjuksköterskor“ <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Zeitpunkt der Datenerhebung unklar

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Liu 2021 [54]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erfahrungen von Patient*innen im Krankenhaus mit COVID-19 nach einer Übertragung durch Familienmitglieder und die Bedeutung der Erfahrungen <u>Land:</u> China <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> deskriptive Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 14	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (30–73 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 50 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> Kohortierung (allgemeine Isolationsstation) <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> National Natural Science Foundation of China and Adelphi University Faculty Research Release <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.
Lupion-Mendoza 2015 [23]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Ermittlung von unerwünschten Ereignissen in Zusammenhang mit Isolation <u>Land:</u> Spanien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 28	<u>Alter MW (SD):</u> k. A. <u>Geschlecht (%):</u> k. A. <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> durch die Luft oder Kontakt übertragbare Infektionen <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> Consejería de Salud, Junta de Andalucía, und Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, kofinanziert durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung „A way to achieve Europe“ und das spanische Netz für die Erforschung von Infektionskrankheiten <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Zeitpunkt der Datenerhebung unklar
Madeo 2001 [41]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von Patient*innen in Isolation <u>Land:</u> k. A. <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 7	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (19–72 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 43 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Aufnahmegründe waren verschiedene Operationen, Infektionen und Herzinfarkte	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Zeitpunkt der Datenerhebung unklar

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Mestres-Soler 2022 [55]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erfahrungen von Patient*innen und pflegenden Angehörigen mit Krankenhaus-aufenthalt während der COVID-19-Pandemie <u>Land:</u> Spanien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives deskriptives Studiendesign <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte telefonische Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Inhaltsanalyse nach Krippendorff <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 13 Patient*innen	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (31–74 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 54 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> durchschnittliche Krankenhausverweildauer: 12 Tage	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung
Missel 2022 [56]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der erlebten Erfahrungen von Menschen mit COVID-19 während der ersten Phase der Pandemie <u>Land:</u> Dänemark <u>Setting:</u> zum Teil Krankenhaus	<u>Design:</u> phänomenologische und hermeneutische Ansätze nach Ricoeur <u>Datenerhebungsmethode:</u> telefonische Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> in Anlehnung an Ricoeurs Interpretationstheorie <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 15 (5 davon waren hospitalisiert)	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 46 (22–67) Jahre (alle Studienteilnehmer*innen) <u>Frauen (%):</u> 53 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> The Novo Nordisk Foundation, und Centre for Cardiac, Vascular, Pulmonary and Infectious Diseases, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Denmark <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.
Moradi 2020 [37]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erforschung der psychischen Störungen von COVID-19-Überlebenden <u>Land:</u> Iran <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 14	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 37 (29–48) Jahre <u>Frauen (%):</u> 50 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> 3 Patient*innen waren auf der Intensivbettenstation; 11 auf allgemeinen Stationen; Krankenhausverweildauer lag bei 5–14 Tagen	<u>Finanzierung:</u> Urmia University of Medical Sciences <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Moradi 2021 [36]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von Patient*innen mit COVID-19 während der Behandlung und der Quarantäne <u>Land:</u> Iran <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> phänomenologische Methode nach van Manen <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 11	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 56 (27–72) Jahre <u>Frauen (%):</u> 55 <u>Ethnie (%):</u> 36 türkisch, 36 persisch, 9 tatisch, 18 gilakisch <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.
Mukhtar 2020 [57]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erforschung der Erfahrungen von Patient*innen mit COVID-19 <u>Land:</u> Nigeria <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> deskriptive Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte telefonische Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse nach van Kaam <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 11	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 45 (21–70) Jahre <u>Frauen (%):</u> 9 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Krankenhausverweildauer MW (Spannweite): 20 (12–31) Tage	<u>Finanzierung:</u> State Primary Health Care Management Board, Kano State, Nigeria <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach der Entlassung
Mutsonziwa 2022 [24]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert.	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von mit multiresistenten Erregern infizierten Personen in Isolation <u>Land:</u> Australien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> hermeneutische/interpretative Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> unstrukturierte Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 20	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 59 (19–83) Jahre <u>Frauen (%):</u> 45 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA und VRE <u>Art der Isolation:</u> • Einzelzimmer (n): 16 • Kohorte (n): 4 <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> 8 (3–14) Tage <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Newton 2001 [31] (aus 1 SR)	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Beschreibung der Sichtweise der Patient*innen in Bezug auf MRSA-Infektionen sowie ihre Erfahrungen mit der aktiven Isolation <u>Land:</u> Großbritannien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Inhaltsanalyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 19	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 67 (44–87) Jahre <u>Frauen (%):</u> 63 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA <u>Art der Isolation:</u> Nebenzimmer einer Station <u>Isolationsdauer zum Zeitpunkt der Interviews MW (SD):</u> 19 (20) Tage <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> eine Studienautorin ist unterstützt durch Wellcome Trust <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts; die Untersuchung wurde am King's College London durchgeführt
Olufadewa 2020 [58]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der physiologischen und psychologischen Erfahrungen von COVID-19-Überlebenden <u>Land:</u> Wales, Nigeria, Israel, Indien, Ecuador, Argentinien, Südkorea, Philippinen, Italien, Frankreich, Süd-Afrika, Singapur, Kanada, China, USA und unbekannt <u>Setting:</u> unklar (Zeitungsberichte)	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> bestehende Online-Interviews in Zeitungen oder Videos <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse (nicht näher beschrieben) <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 39	<u>Alter (Spannweite):</u> 20–95 Jahre <u>Frauen (%):</u> 54 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.
Pacheco 2010 [25]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von Patient*innen und Angehörigen während der Isolation <u>Land:</u> Kanada <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes deskriptives qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 5	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 67 (52–80) Jahre <u>Frauen (%):</u> 80 <u>Ethnie (%):</u> 20 russisch, 20 französisch-kanadisch, 20 jüdisch, 20 italienisch, 20 jamaikanisch <u>Erreger:</u> Clostridium Difficile <u>Art der Isolation:</u> • Einzelzimmer: k. A. • Kohorte (n): k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Pei 2021 [38]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erhebung der Erfahrungen und Bedürfnisse von Patient*innen mit COVID-19 während der stationären Isolation <u>Land:</u> China <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 10	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 54 (43–65) Jahre <u>Frauen (%):</u> 40 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> nicht näher beschrieben (Isolationsstation) <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> 16 (7–34) Tage <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Zeitpunkt der Datenerhebung unklar
Ponce-Ruiz 2022 [59]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Erhebung der Erfahrungen und Bedürfnisse von Menschen in stationärer Isolation <u>Land:</u> Spanien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> phänomenologisch hermeneutisches Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Inhaltsanalyse nach Cohen <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 6	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 62 (26–82) Jahre <u>Frauen (%):</u> 50 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> 41 (21–69) Tage <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.
Shaban 2020 [26]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> die Erfahrungen und Wahrnehmungen von isolierten Patient*innen mit COVID-19 im australischen Gesundheitswesen zu erforschen <u>Land:</u> Australien <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> hermeneutische Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Methode nach Diekmann, Allen und Tanner <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 11	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (27–61 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 36 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> Einzelzimmer <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> Komorbiditäten (%): 2 (Hypercholesterinämie sowie entweder Bluthochdruck oder Fettleber)	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> Autorin ist Mitglied des Editorial Board des American Journal of Infection Control <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts

Autor/Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Skyman 2010 [6]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Gewinnung von Erkenntnissen über die Erfahrungen von Patient*innen, die sich im Krankenhaus mit MRSA infiziert haben und anschließend in der Infektionsabteilung isoliert wurden <u>Land:</u> Schweden <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> thematische Analyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 6	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 57 (35–76) Jahre <u>Frauen (%):</u> 33 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> MRSA <u>Art der Isolation:</u> nicht näher berichtet <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. (10 Tage bis 3 Monate) <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> Health and Medical Care Executive Board der Region Västra Götaland, Schweden <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach dem Aufenthalt
Son 2021 [27]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> ein tieferes Verständnis und eine Beschreibung der Krankheitserfahrungen von COVID-19-Patient*innen zu liefern <u>Land:</u> Südkorea <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 16	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 55 (22–70) Jahre <u>Frauen (%):</u> 44 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> Isolationsstation (nicht näher beschrieben) <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> • Krankenhausverweildauer MW (SD): 34 Tage (k. A.) • COVID-19-Symptome (%): 88 • Komorbiditäten (%): 56	<u>Finanzierung:</u> keine <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach dem Aufenthalt
Soo Jung 2023 [60]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von Patient*innen mit COVID-19 während der Isolation im Krankenhaus und der frühen Genesung <u>Land:</u> Südkorea <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundman <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 10 (5 vorab vorhandene Interviews und 5 neue)	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 45 (25–61) Jahre <u>Frauen (%):</u> 90 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. (Krankenhaus oder Community Treatment Center) <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> 21 (10–78) Tage <u>Sonstige Merkmale:</u> • Religion (%): 10 römisch-katholisch, 20 evangelisch, 70 ohne Bekenntnis • Komorbiditäten (%): 10 Brustkrebs, 10 Hyperlipoproteinämie, 10 Hypertonie	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> k. A.

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Sun 2021 [39]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der psychologischen Situation von Patient*innen während der Isolation <u>Land:</u> China <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 16	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (24–65 Jahre) <u>Frauen (%):</u> 44 <u>Ethnie:</u> <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> Isolationsstation (nicht näher beschrieben) <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> • Krankenhausverweildauer MW (Spannweite): 19 (10–28) Tage • COVID-19-bezogene Komplikationen (%): 25 • chronische Erkrankungen (%): 38	<u>Finanzierung:</u> Science and Technology Planning Project of Luoyang City <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts
Venturas 2021 [28]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung der Erfahrungen von Patient*innen in Bezug auf den Krankenhausaufenthalt <u>Land:</u> Spanien <u>Setting:</u> unterschiedliche Aufnahmeprofile (Intensivbettenstation, Bettenstation und „health hotels“)	<u>Design:</u> Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> dreistufige phänomenologisch-hermeneutische Methode von Linsdeth und Norberg <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 11	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 55 (38–80) Jahre <u>Frauen (%):</u> 45 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> nicht näher beschrieben <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> • Intensivmedizinische Behandlung (%): fast 50 • Krankenhausverweildauer MW (Spannweite): 18 (8–40) Tage	<u>Finanzierung:</u> interner Fond der Hospital Clínic de Barcelona <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung nach dem Aufenthalt
Ward 2000 [32] (aus 1 SR)	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> herauszufinden, was Patient*innen mit negativen Erfahrungen während der Isolation glauben/fühlen <u>Land:</u> k. A. <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Tiefeninterviews <u>Datenanalysemethode:</u> adaptierte Version von Burnards 14-stufiger thematischer Analyse <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 5	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. <u>Geschlecht (%):</u> k. A. <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> k. A. <u>Art der Isolation:</u> nicht näher beschriebene Isolationseinheit <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> k. A. <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung während des Aufenthalts

Autor/ Jahr	Sampling-Status	Ziel der Studie/Land/Setting	Studiendesign	Teilnehmer*innen	Anmerkung
Wasilewski 2022 [61]	In der zweckgebundenen Stichprobe enthalten und analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> Untersuchung, wie die Maßnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle die Pflegequalität und die Interaktion mit anderen beeinflusst und wie diese Erfahrungen und Wahrnehmungen je nach Interessengruppe und Pflegesituation variieren <u>Land:</u> Kanada <u>Setting:</u> Krankenhaus und stationäre Rehabilitation	<u>Design:</u> nicht näher beschriebenes qualitatives Design <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> induktiver thematischer Ansatz nach Braun und Clarke <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 10	<u>Alter MW (Spannweite):</u> 63 Jahre (k. A.) <u>Frauen (%):</u> 70 <u>Ethnie:</u> afroamerikanisch (n=1), chinesisch (n=2), philippinisch (n=2), indisch (n=1), südasiatisch (n=1), weiß (n=3) <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> k. A. <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> durchschnittliche Verweildauer in stationärer Rehabilitation: 12 Tage	<u>Finanzierung:</u> Sunnybrook Foundation <u>andere Interessenkonflikte:</u> keine <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung erfolgte poststationär
Yip 2022 [62]	In der zweckgebundenen Stichprobe nicht enthalten und nicht analysiert	<u>Ziel der Studie:</u> die psychologischen Erfahrungen von COVID-19-Überlebenden während der Isolation zu untersuchen <u>Land:</u> Hongkong, China <u>Setting:</u> Krankenhaus	<u>Design:</u> deskriptive Phänomenologie <u>Datenerhebungsmethode:</u> semistrukturierte Interviews <u>Datenanalysemethode:</u> Analyse nach Colaizzi <u>Anzahl der Patient*innen:</u> 20	<u>Alter MW (Spannweite):</u> k. A. (30–77 Jahre) <u>Geschlecht (%):</u> 55 <u>Ethnie:</u> k. A. <u>Erreger:</u> SARS-COV-2 <u>Art der Isolation:</u> COVID-19-Isolierstation <u>Isolationsdauer MW (Spannweite):</u> k. A. <u>sonstige Merkmale:</u> keine weiteren relevanten Angaben	<u>Finanzierung:</u> Institute Development Grant (IDG) of the Caritas Institute of Higher Education <u>andere Interessenkonflikte:</u> k. A. <u>sonstige Anmerkungen:</u> Datenerhebung erfolgte poststationär

Abkürzungen: COVID-19=coronavirus disease 19; CPE=Carbapenemase-produzierende Enterobakterien; ESBL=Extended-spectrum-Betalaktamasen; HAI=Gesundheitssystem-assoziierte Infektion; HIV=Humanes Immundefizienz-Virus; k. A.=keine Angabe; MRSA=Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus; n=Anzahl; SARS-COV-2=Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2; SD=Standardabweichung; USA=Vereinigte Staaten von Amerika; VRE=Vancomycin-resistente Enterokokken

Referenzen

1. Robert Koch Institut. *Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten*. 2015 [cited 2022 11/04/2022]; Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Infektion_sprae_v_Pflege_Diagnostik_Therapie.pdf?__blob=publicationFile.
2. Morgan, D.J., et al., *Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature*. Am J Infect Control, 2009. 37(2): p. 85-93.
3. Nair, R., et al., *Patient care experience with utilization of isolation precautions: systematic literature review and meta-analysis*. Clinical Microbiology & Infection, 2020. 26(6): p. 684-695.
4. Abad, C., A. Fearday, and N. Safdar, *Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review*. Journal of Hospital Infection, 2010. 76(2): p. 97-102.
5. Knowles, H.E., *The experience of infectious patients in isolation*. Nursing Times, 1993. 89(30): p. 53-6.
6. Skyman, E., H.T. Sjostrom, and L. Hellstrom, *Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2010. 24(1): p. 101-7.
7. Eli, M., et al., *Perceptions of patients' and healthcare workers' experiences in cohort isolation units: a qualitative study*. Journal of Hospital Infection, 2020. 106(1): p. 43-52.
8. Noyes, J., et al., *Chapter 21: Qualitative evidence*. version 6.4 ed. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, ed. J. Higgins, et al. 2023: Cochrane.
9. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPoC). *Qualitative Evidence Syntheses guidance on when to sample and how to develop a purposive sampling frame*. 2017 [cited 2022 11/04/2022]; Available from: https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/Resources-for-authors2017/qes_guidance_on_sampling.pdf.
10. NationMaster. *High income OECD countries: Statistical Profile*. 2023 [cited 2023 06/11/2023]; Available from: <https://www.nationmaster.com/country-info/groups/High-income-OECD-countries>.
11. Houghton, C., et al., *Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020. 4: p. CD013582.
12. Critical, et al. *CASP Qualitative Checklis*. 2018 [cited 2023 11. October]; Available from: <https://casp-uk.net/checklists/casp-qualitative-studies-checklist-fillable.pdf>.
13. Carroll, C., et al., *"Best fit" framework synthesis: refining the method*. BMC Med Res Methodol, 2013. 13: p. 37.
14. Healthcare Improvement Scotland. *A guide to conducting rapid qualitative evidence synthesis for health technology assessment*. 2019 06/11/2023]; Available from: <https://past.htai.org/wp-content/uploads/2019/11/Rapid-qualitative-evidence-synthesis-guide.pdf>.
15. National Health Service. *Patient Experience Framework*. 2011 06/11/2023]; Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215159/dh_132788.pdf.
16. EUnetHTA. *HTA Core Model. Version 3.0*. version 3.0 2016 06/11/2023]; Available from: <https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/03/HTACoreModel3.0-1.pdf>.
17. Staniszewska, S., et al., *The Warwick Patient Experiences Framework: patient-based evidence in clinical guidelines*. Int J Qual Health Care, 2014. 26(2): p. 151-7.
18. Kristensen, F. and H. Sigmund, *Health Technology Assessment Handbook*. 2008, Danish Centre for Health Technology Assessment.
19. Fearn, N., et al., *Placing the patient at the centre of chronic wound care: A qualitative evidence synthesis*. J Tissue Viability, 2017. 26(4): p. 254-259.

20. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. *The Meaning and Impact of the Benefits and Harms of Total Hip Replacement: A Review of Patient and Caregiver Experiences and Perspectives*. 2016 06/18/2023]; Available from: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0796%20Hip%20Implants%20PPE%20Final.pdf>.
21. Barratt, R., R. Shaban, and W. Moyle, *Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)*. Australian Journal of Advanced Nursing, 2010. 28(2): p. 53-59.
22. King, C., et al., *Patient experience of hospital screening for carbapenemase-producing Enterobacteriaceae: A qualitative study*. J Clin Nurs, 2019. 28(21-22): p. 3890-3900.
23. Lupion-Mendoza, C., et al., *Effects of isolation on patients and staff*. American Journal of Infection Control, 2015. 43(4): p. 397-9.
24. Mutsonziwa, G.A., J. Green, and J. Blundell, *A phenomenological exploration of source isolation in patients infected with multi-drug resistant organisms*. Journal of Advanced Nursing, 2022. 78(1): p. 211-223.
25. Pacheco, M. and V. Spyropoulos, *The experience of source isolation for Clostridium difficile in adult patients and their families*. Canadian Journal of Infection Control, 2010. 25(3): p. 166-174.
26. Shaban, R.Z., et al., *SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting*. American Journal of Infection Control, 2020. 48(12): p. 1445-1450.
27. Son, H.M., et al., *The Lived Experiences of COVID-19 Patients in South Korea: A Qualitative Study*. International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource], 2021. 18(14): p. 12.
28. Venturas, M., et al., *Lived Experiences of Hospitalized COVID-19 Patients: A Qualitative Study*. International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource], 2021. 18(20): p. 18.
29. Burnett, E., et al., *Healthcare-associated infection and the patient experience: a qualitative study using patient interviews*. J Hosp Infect, 2010. 74(1): p. 42-7.
30. Lindberg, M., et al., *Suffering from methicillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonisation*. J Hosp Infect, 2009. 73(3): p. 271-7.
31. Newton, J.T., D. Constable, and V. Senior, *Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients*. Journal of Hospital Infection, 2001. 48(4): p. 275-80.
32. Ward, D., *Infection control: reducing the psychological effects of isolation*. British Journal of Nursing, 2000. 9(3): p. 162-70.
33. Kelly-Rossini, L., D.C. Perlman, and D.J. Mason, *The experience of respiratory isolation for HIV-infected persons with tuberculosis*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 1996. 7(1): p. 29-36.
34. Hereng, O., et al., *Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection*. American Journal of Infection Control, 2019. 47(9): p. 1077-1082.
35. Jesus, J.B., A.A.L. Dias, and R.M. Figueiredo, *Specific precautions: experiences of hospitalized patients*. Revista Brasileira de Enfermagem, 2019. 72(4): p. 874-879.
36. Moradi, M., et al., *Lived Experiences of the Patients Hospitalized with COVID-19: A Phenomenological Study in a Province of Northwest Iran*. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 2021. 25(2): p. 327-340.
37. Moradi, Y., et al., *Psychological disturbances of survivors throughout COVID-19 crisis: a qualitative study*. BMC Psychiatry, 2020. 20(1): p. 594.
38. Pei, H., et al., *A Qualitative Investigation of the Psychological Experiences of COVID-19 Patients Receiving Inpatient Care in Isolation*. Clinical Nursing Research, 2021. 30(7): p. 1113-1120.
39. Sun, N., et al., *Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization*. Journal of Affective Disorders, 2021. 278: p. 15-22.

40. Criddle, P. and J. Potter, *Exploring patients' views on colonisation with meticillin-resistant Staphylococcus aureus*. British Journal of Infection Control, 2006. 7(2): p. 24-28.
41. Madeo, M., *Understanding the MRSA experience*. Nursing Times, 2001. 97(30): p. 36-37.
42. Hsiao, C.T., et al., *Experience of patients with COVID-19 in hospital isolation in Taiwan*. Nursing & Health Sciences, 2021. 23(4): p. 888-897.
43. Allan, H.T., *An auto-ethnographic reflection on the nature of nursing in the UK during the Covid-19 pandemic*. Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine, 2023. 27(5): p. 756-769.
44. Ahmadi, S., et al., *Explaining Experiences, Challenges and Adaptation Strategies in COVID-19 Patients: A Qualitative Study in Iran*. Front Public Health, 2021. 9: p. 778026.
45. Bieh, K.L., R. Weigel, and H. Smith, *Hospitalized care for MDR-TB in Port Harcourt, Nigeria: a qualitative study*. BMC Infectious Diseases, 2017. 17: p. 1-9.
46. Chew, C.C., et al., *Experiences of social stigma among patients tested positive for COVID-19 and their family members: a qualitative study*. BMC Public Health, 2021. 21(1): p. 1623.
47. Deng, Y., et al., *How Lived Experiences of COVID-19 Shape Mental Health: A Case Series of COVID-19 Patients from Wuhan, China*. Alpha Psychiatry, 2021. 22(5): p. 269-274.
48. Firouzkouhi, M., et al., *Lived Experiences of COVID-19 Patients With Pulmonary Involvement: A Hermeneutic Phenomenology*. Clin Nurs Res, 2022. 31(4): p. 747-757.
49. Freitas-Jesus, J.V., et al., *Stigma, guilt and motherhood: Experiences of pregnant women with COVID-19 in Brazil*. Women Birth, 2022. 35(4): p. 403-412.
50. Guo, Q., et al., *Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: A mixed-method study*. Brain Behav Immun, 2020. 88: p. 17-27.
51. Jamili, S., et al., *Experience of patients hospitalized with COVID-19: A qualitative study of a pandemic disease in Iran*. Health Expect, 2022. 25(2): p. 513-521.
52. Karimi, L., et al., *The Experiences of Recovered COVID-19 Patients in Baqiyatallah Hospital: A Qualitative Study*. Adv Exp Med Biol, 2021. 1327: p. 49-59.
53. Kumar, K., et al., *The experiential impact of isolation and quarantine on patients during the initial phase of the COVID-19 pandemic in India*. Ind Psychiatry J, 2020. 29(2): p. 310-316.
54. Liu, W. and J. Liu, *Living with COVID-19: a phenomenological study of hospitalised patients involved in family cluster transmission*. BMJ Open, 2021. 11(2): p. e046128.
55. Mestres-Soler, O., et al., *Autonomy and isolation experienced by patients and primary caregivers during COVID-19 hospitalization in Barcelona (Spain)*. Nursing & Health Sciences, 2022. 24(4): p. 853-861.
56. Missel, M., et al., *The marked body - a qualitative study on survivors embodied experiences of a COVID-19 illness trajectory*. Scand J Caring Sci, 2022. 36(1): p. 183-191.
57. Mukhtar, N.B., et al., *Views and experiences of discharged COVID-19 patients in Kano, Nigeria: a qualitative study*. Pan Afr Med J, 2020. 37(Suppl 1): p. 38.
58. Olufadewa, I.I., et al., *"I Was Scared I Might Die Alone": A Qualitative Study on the Physiological and Psychological Experience of COVID-19 Survivors and the Quality of Care Received at Health Facilities*. International Journal of Travel Medicine and Global Health, 2020. 8(2): p. 51-57.
59. Ponce-Ruiz, S., et al., *Experiences and needs of patients undergoing clinical isolation. Phenomenological-hermeneutic study*. Enferm Clin (Engl Ed), 2022. 32(1): p. 54-59.
60. Soo Jung, C., et al., *Isolation and Recovery Experiences of COVID-19 Patients in South Korea: A Qualitative Study*. Korean Journal of Adult Nursing, 2023. 35(3): p. 212-224.
61. Wasilewski, M.B., et al., *Infection prevention and control across the continuum of COVID-19 care: A qualitative study of patients', caregivers' and providers' experiences*. Health Expectations, 2022. 25(5): p. 2431-2439.
62. Yip, Y.C., K.H. Yip, and W.K. Tsui, *Psychological Experiences of Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) during and after Hospitalization: A Descriptive Phenomenological Study*. Int J Environ Res Public Health, 2022. 19(14).

63. Wasilewski, M., et al., *Exploring Stakeholders' Experiences with COVID Rehabilitation: A Qualitative Study...First North American Conference on Integrated Care, October 4-7, 2021, Toronto, Ontario*. International Journal of Integrated Care (IJIC), 2022. 22: p. 1-2.
64. Page, M.J., et al., *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. Bmj, 2021. 372: p. n71.

Ein Projekt von

Das Evidenzbasierte Informationszentrum für Pflegende ist ein Projekt von Cochrane Österreich am **Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation** der Universität für Weiterbildung Krems. Rapid Reviews für Pflegepersonen der NÖ Landes- und Universitätskliniken werden vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds finanziert.



Disclaimer

Dieses Dokument wurde vom Evidenzbasierten Informationszentrum für Pflegende des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation der Universität für Weiterbildung Krems – basierend auf der Anfrage einer Pflegeperson der NÖ Landes- und Universitätskliniken – verfasst.

Das Dokument spiegelt die Evidenzlage zu einem pflegerischen Thema zum Zeitpunkt der Literatursuche wider. Das Evidenzbasierte Informationszentrum übernimmt keine Verantwortung für individuelle Pflegemaßnahmen.