



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitäre Bildungsakademie
Weiterbildung „Intensiv- und Anästhesiepflege“

Hausarbeit Modul 4

Stigmatisierung HIV-positiver Intensivpatienten(?)

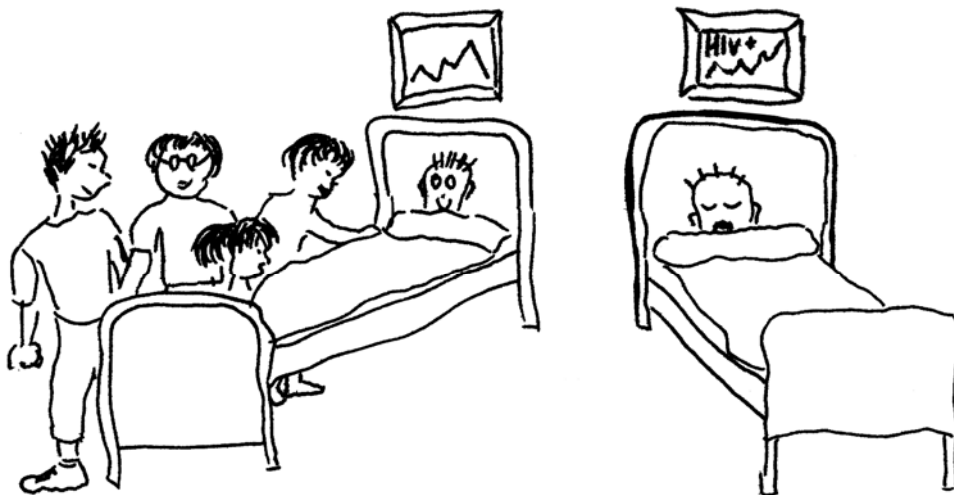


Illustration: Grit Simann

Vorgelegt von Kathrin Präger, 25. April 2009

Gliederung

1. Einleitung	3
2. Übertragungswege des HI-Virus im Vergleich mit Hepatitis C	3
3. Betrachtungsweisen im Bezug auf die Stigmatisierung	4
3.1. Was bedeutet „Stigmatisierung“?	4
3.2. „Warum werde ich anders behandelt?“ aus der Sicht des Patienten	4
3.3. „Die Gefahr der Ansteckung!“ aus der Sicht des Pflegepersonals	5
3.3.1. Schutzmaßnahmen im Umgang mit HIV und AIDS im Klinikalltag	6
4. Schlusswort	8
5. Literaturverzeichnis	9
5.1. Quellenverzeichnis	9
5.2. Weiterführende Literatur	10
6. Erklärung	11

- 1. Einleitung

„Ja ist das denn so?“ war größtenteils die erste Reaktion, wenn ich anderen Personen, insbesondere auch Kollegen, das Thema meiner Hausarbeit vorstellte. Ich selbst habe ein Erlebnis gehabt, indem es mir sehr deutlich wurde, wie isoliert und ausgegrenzt eine Patientin behandelt wurde, weil sie HIV positiv war. Dieses Ereignis machte mich selbst unsicher, und ich begann mich zu hinterfragen wie ich diesen Patienten gegenüber stehe.

Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen wie es dem Patient ergeht, der mit dieser sehr vorurteilsbelasteten HIV-Infektion von uns, dem medizinischen Personal, abhängig ist. Im Gegensatz dazu möchte ich aber auch aufzeigen, wie hoch die psychische Belastung der Betreuenden ist, welche stetig der Gefahr ausgesetzt sind, sich mit dem tödlichen Virus anzustecken.

- 2. Übertragungswege des HI-Virus im Vergleich mit Hepatitis C

Das humane Immundefizienzvirus (HIV), welches zur Familie der Retroviren gehört, kann nur übertragen werden, wenn es in ausreichender Menge in den Körper oder auf die Schleimhäute gelangt. Eine Ansteckung ist möglich über Blut -auch Menstruationsblut-, Sperma, Scheidenflüssigkeit und Muttermilch, die das Virus in hoher Konzentration enthalten können. HIV wurde zwar auch in Urin, Kot, Speichel, Schweiß und Tränenflüssigkeit nachgewiesen, jedoch nur in sehr geringer Menge, die für eine Ansteckung nicht ausreichend ist.¹

Die hauptsächliche Infektionsquelle für uns als medizinisches Personal ist somit das kontaminierte Patientenblut. Die Übertragung erfolgt meist parenteral (Nadelstichinokulation oder ähnliche Verletzungen), aber auch durch Kontakt von Blut mit der nicht intakten Haut oder Schleimhaut.²

Die Übertragung des Hepatitis-C-Virus erfolgt fast ausschließlich über infiziertes Blut. Somit ist für uns als Pflegeperson das Blut die Hauptinfektionsquelle für die HIV-Infektion sowie für die Hepatitis.

Herausheben möchte ich hierbei, dass bei der HIV-Infektion etwa 10^3 Viruspartikel pro ml Serum zu erwarten sind, wogegen diese Konzentration bei

¹ Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe, 2006, S.10/11

² Vgl. Frösner Gert G., 1989, S.494 (Zusammenfassung)

der Hepatitis C in der Größenordnung 10^4 - 10^5 /ml liegt.³ Das macht deutlich, dass die Gefahr der Ansteckung mit Hepatitis C, bei gleicher Blutmenge, viel höher ist, als eine Infektion mit dem HI-Virus. Da bleibt nur die Frage an sich selbst: Vor welchem Virus schütze ich mich bewusst mehr?.

- 3. Betrachtungsweisen im Bezug auf die Stigmatisierung -

- 3.1. Was bedeutet „Stigmatisierung“? -

Auf meine Hausarbeit bezogen verwende ich diesen Ausdruck, um die Isolation und die damit verbundene Diskriminierung einer Patientengruppe (HIV-positiv erkrankte Personen) darzustellen. Eine Randgruppe in der Gesellschaft, welche nicht den Norm- und Wertvorstellungen entspricht.⁴

Nach den aktuellen Schätzungen des Robert- Koch-Instituts sprechen wir von einer „Randgruppe“ in Deutschland, deren Zahl zwischen 60000 und 67000 Personen liegt (HIV/AIDS Statistik November 2008).⁵

- 3.2. „Warum werde ich anders behandelt?“ aus der Sicht des Patienten -

Wie geht es einem HIV-positiv erkrankten Menschen, der als Patient auf einer Intensivstation liegt? Was fühlt er, wenn die Sedierung langsam schwindet und um ihn herum Sätze fallen wie „Pass bloß auf! Der hat HIV“ oder „Aha HIV-positiv, naja wer weiß warum!“. Ich möchte daran anschließend eine Aussage von einem Betroffenen zitieren, welche lautet: „Ich musste zur Kenntnis nehmen, dass HIV weder eine salon- noch gesellschaftsfähige Krankheit ist. Über diese Krankheit spricht man nicht, und wer von ihr befallen ist, schweigt sich vernünftigerweise besser darüber aus. Somit musste ich mich gleichzeitig damit abfinden, dass ich plötzlich infolge dieser HIV-Infektion einer Randgruppe angehörte, die von der Gesellschaft geächtet, ausgegrenzt, diskriminiert und am Liebsten ausgerottet worden wäre.“⁶ Dieser Mann ist nicht HIV-positiv, weil er homosexuell oder drogenabhängig war, sondern weil er Bluter ist und sich durch eine kontaminierte Blutkonserve, Mitte der 80er Jahre, mit dem Virus infizierte oder besser gesagt „infiziert wurde“. „Spielt der Infektionsweg und die Ursache der Ansteckung denn überhaupt eine Rolle?“ kann man sich fragen.

³ Vgl. Hörl Walter H. u. Altmeyer, Peter, 2004, S.542

⁴ Vgl. Steger Florian, 2007, S.14

⁵ Vgl. Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin, November 2008, S.410

⁶ Zitat Gredig Arnold, 2008, S.92

Ich denke schon, dass dieser eine Rolle spielt, jedoch weniger von Seiten des Betroffenen sondern mehr von Seiten der Umgebenden. Derjenige der HIV infiziert ist, kann nichts daran ändern, aber die es akzeptieren müssen und die diese Patienten betreuen müssen, empfinden mit einmal Mitleid mit dem Patienten oder geben ihm eine Selbstschuld – je nachdem welche Ursache zugrunde liegt. Dieses Urteil bestimmt oft darüber wie Patienten mit HIV/AIDS behandelt werden. In einer Studie, in der es um Caringerfahrungen HIV-positiv erkrankter Menschen ging, wurde eine ausdrucksstarke Forderung Betroffener gestellt, welche lautet: *„Von den Ärzten und Pflegenden erwarte ich Fachwissen und professionelles Verhalten in einer gleichberechtigten Art und Weise. Von meinen Freunden hingegen möchte ich gehalten und vielleicht auch getröstet werden.“*⁷ Diesem Zitat ist deutlich zu entnehmen, was sich Patienten wünschen und auch fordern: Gleichberechtigung, Akzeptanz, respektvoller Umgang und vor allem professionelles Wissen und eine hohe Fachkompetenz. Keiner dieser Patienten möchte bemitleidet oder getröstet werden, denn dafür sind sie nicht zu uns gekommen. Für diese Unterstützung suchen sie sich die Menschen selbst aus. Menschen, die Ihnen mit vollem Respekt und wirklicher Empathie gegenüberstehen.

- 3.3. „Die Gefahr der Ansteckung!“ aus der Sicht des Pflegepersonals -

„Jeder Patient gilt als potenziell infektiös.“⁸ Das ist eine der „Gefahren“, der man sich als Pflegende bewusst sein sollte. Vor allem auf der Intensivstation, wo stetige Blutabnahmen, das Assistieren beim Legen invasiver Zugänge sowie häufige Absaugvorgänge zur täglichen Routine gehören, sollte und kann man auch nicht, die infektiöse Gefahr aus den Augen verlieren. HIV positiv zu sein, bedeutet an der Krankheit AIDS versterben zu können! Diese bestehende Tatsache löst Panik und Unsicherheit bei Personen aus, die mit HIV positiv Erkrankten in Kontakt stehen. Viele meiden dann diese Menschen, jedoch ist das in unserem Beruf, als Intensivpflegende, nicht möglich, und somit können wir einem sehr engen Kontakt mit diesen Patienten nicht aus dem Weg gehen. Eine Kollegin berichtete mir „Ich versuche möglichst wenig Patienten mit AIDS zu betreuen, denn ich habe zu große Angst mich anzustecken.“

⁷ Zitat Spirig, Rebecca, 1999, S.235 (Hervorhebung im Original)

⁸ Zitat Rudolph, Christin-Desiree 2004, S.41

Ich denke diese ausgesprochene Meinung existiert nicht selten und Fallberichte beruflich erworbener HIV-Infektionen untermauern diese Aussage. Von einem Fall berichtete das Robert-Koch-Institut. Es ging um einen Pfleger, der sich an einer unbekanntem Kanüle eines offen stehenden Spritzenbehälters stach. Auf eine antiretrovirale Postexpositionsprophylaxe (medikamentöse Prophylaxe, die umgehend nach möglicher Kontamination durchgeführt werden muss, und eine Infektion mit dem HI-Virus mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindert) wurde verzichtet, da kein positiver HIV-Status bei den derzeit liegenden Patienten bekannt war. Nach kurzer Zeit erkrankte der Betroffene an einem fieberhaften Infekt und zwei Monate nach dem Unfallereignis zeigte die Blutuntersuchung einen positiven HIV-Wert.⁹

Solch ein Fallbeispiel lässt erschrecken und macht unsicher. Aber man muss auch sagen, dass durch Einhalten der Sicherheitsmaßnahmen diese Infektion hätte verhindert werden können. Um diesem Fallbeispiel ein wenig die Infektionspräsenz zu nehmen und weniger erschreckend zu wirken, zeigt das Robert-Koch-Institut ebenfalls auf, dass beruflich erworbene HIV-Infektionen verglichen mit der Hepatitis in Deutschland sehr selten sind, und in der Zeit von 1982 bis 2001 nur 41 Fälle erfasst worden sind.¹⁰

Ich selbst kann mich auch nicht davon freisprechen HIV Patienten gegenüber des öfteren Handschuhe zu benutzen als es vielleicht nötig ist, und ich kann auch niemanden verurteilen, der sich unwohl fühlt diese Patienten zu betreuen.

Ich denke aber auch, dass es oft daran liegt, dass Pflegende nicht ausreichend über die Krankheit, ihre Entstehung und die Übertragung informiert sind und somit Ablehnung, Unsicherheit und Angst vor Ansteckung die Folgen sind.¹¹

3.3.1. Schutzmaßnahmen im Umgang mit HIV und AIDS im Klinikalltag -

Im Folgenden möchte ich noch einmal auf die Schutzmaßnahmen im Umgang mit HIV-Infizierten und an AIDS erkrankten Patienten eingehen. Für mich sind diese Maßnahmen die wichtigsten Lösungsansätze, um einer Infektion mit dem HI-Virus vorzubeugen. Viel mehr Möglichkeiten gibt es von beiden Seiten –von Seiten des Patienten und von Seiten des Pflegepersonals- nicht, denn wir als

⁹ Vgl. Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin, Oktober 2001, S.322

¹⁰ Vgl. Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin, Oktober 2001, S.319 (Deckblatt)

¹¹ Vgl. Schaefer, Jutta und Schajor, Sabine, 1999, S.8

behandelndes medizinisches Personal können den Kontakt zu diesen Patienten nicht verhindern, und die Patienten sind aufgrund der Vielzahl von Begleiterkrankungen von uns abhängig, weil sie medizinische Betreuung benötigen.

Allgemeine hygienische Maßnahmen:

→ Schutz vor Kontamination:

1. Handschuhe (bei allen Tätigkeiten, bei denen ein Kontakt mit Blut, Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen zu erwarten ist)
2. Mund- Nasenschutz und Brillen (wenn mit Aerosolbildung oder Verspritzen von Blut, Körperflüssigkeiten oder Ausscheidung zu rechnen ist, z.B. Bronchoskopie, Intubation, Absaugen)
3. Schutzkittel (bei Arbeiten, bei denen eine Kontamination der Kleidung mit Blut u.ä. zu erwarten ist, bei der Entsorgung von Fäkalien, Urin u.ä.)

→ Desinfektion:

1. Hände und Haut (für die Inaktivierung von HIV sind Präparate, die 70-80 Vol.% Alkohol enthalten, wirksam)
2. Instrumente (thermische Verfahren, chemisch mit Formaldehyd)
3. Oberflächen (Präparate zu verwenden mit Aldehyd oder aktivem Chlor als Wirkstoff -> Oberfläche ist mit Desinfektionsmittellösung abzureiben = Scheuerdesinfektion)
4. Geschirr und Wäsche (keine Besonderheiten bezogen auf HIV- infizierte Patienten, übliche Verfahren ausreichend)

→ Blutentnahmen, zu beachten ist:

- Kanülen nicht abbiegen oder in Schutzkappe zurückschieben (häufigste Ursache für Stichverletzungen)
- Kanülen und Spritzen unmittelbar nach Gebrauch in stich- und transport-feste, flüssigkeitsdichte geschlossene Behälter

→ Verhalten bei Zwischenfällen:

- unverzüglich hygienische Händedesinfektion bzw. kontaminierte Hautfläche desinfizieren, Wunden spülen (z.B. mit Jodtinktur)
- besteht der Verdacht, dass eine Inokulation von HIV-haltigem Material erfolgte, so ist der Zwischenfall zu melden und die exponierte Person ist unverzüglich klinisch und serologisch zu untersuchen¹²

¹² Vgl. Robert-Koch-Institut, 1996, S.2-5

Ich möchte noch einmal herausheben, dass bei der Betreuung von HIV infizierten Patienten keine höheren Anforderungen an die Hygiene gestellt werden, als sie für Krankheiten erforderlich sind, deren Erreger auf gleicher Weise übertragen werden (z.B. Hepatitis B).

- 4. Schlusswort -

Ich hoffe mit meiner Hausarbeit aufzuzeigen, wie es einer Patientengruppe ergeht, die es allein von der Ursache der Erkrankung her, schon nicht leicht hat damit zu leben, geschweige denn auf einer Intensivstation zu liegen, wo die Behandelnden Angst haben sich mit dem HI-Virus zu infizieren.

Ich möchte, dass jeder „Behandelnde“ sich selbst einmal die Frage stellt, ob er diese Patienten gleichwertig wie jeden anderen Patienten ansieht, oder ob er diese isoliert und ausgegrenzt behandelt. Ziel dieser Arbeit ist es nicht jemanden zu ermahnen oder zu verurteilen, sondern lediglich zu informieren. Ich hoffe es ist mir gelungen beide Betrachtungsweisen in einem fairen und objektiven Verhältnis darzustellen, und etwaige Wissenslücken hinsichtlich der Übertragung sowie der Schutzmaßnahmen im Umgang mit HIV gedeckt oder aufgefrischt zu haben. Eine Antwort darauf, ob Patienten mit HIV/AIDS stigmatisiert werden, möchte und kann ich nicht geben. Dennoch habe ich mich in der vorliegenden Hausarbeit für den Titel „Stigmatisierung HIV-positiver Intensivpatienten(?)“ entschieden, um ihn weniger als Feststellung, sondern eher als indirekte Frage stehen zu lassen. Die Antwort darauf findet jeder für sich selbst – Egal ob Pflegender oder Gepflegter.

- 5. Literaturverzeichnis -

- 5.1. Quellenverzeichnis -

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (April 2006):

HIV Heutiger Wissensstand AIDS

In: Broschüre, 30. überarbeitete Auflage, Bestellnr.: 020041

Frösner, Gert G. (1989):

Die berufsbedingte HIV-Gefährdung des medizinischen Personals

In: Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heft 4, 127: 494-498

Gredig, Arnold (2008):

Mein Leben mit 3 H (Hämophilie – HIV – Hepatitis) – 1. Auflage

Projekte-Verlag Cornelius GmbH, Halle

Hörl Walter H. und Altmeyer, Peter (2004):

Dialyseverfahren in Klinik und Praxis: Technik und Klinik (Edition: 6)

Georg Thieme Verlag

Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin vom 19.10.2001, Nr. 42

1. Artikel (S. 319, Deckblatt):

Berufsbedingte HIV-Infektionen bei medizinischem Personal

2. Artikel (S. 322):

Fallbericht: Beruflich erworbene HIV-Infektion nach Kanülenstichverletzung

www.rki.de/cln_091/mn_196036/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2001.html

Download als PDF Datei am 06.03.2009, 13.15Uhr

Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin vom 21.11.2008, Nr. 47

Zum Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland bis Ende 2008

www.rki.de/cln_091/mn_969736/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008.html

Download als PDF Datei am 16.03.2009, 13.00 Uhr

Robert-Koch-Institut (1996):

Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

5.1. Hygienische Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung von HIV
im Krankenhaus (30.11.96 erschienen als Loseblattsammlung)

Elsevier, Urban & Fischer, München

Rudolph, Christin-Desiree (2004):

Zu intensiv gepflegt: Langzeitfolgen bei Intensivpflegepersonen

Bibliomed

Spirig, Rebcca (1999):

Zu PartnerInnen werden: Die Bedeutung von Caring für Menschen mit HIV und
AIDS

In: Pflege, Heft 4, 12:230-237

Schaefer, Jutta und Schajor, Sabine (1999):

Die Pflege des HIV-positiven und AIDS-kranken Kindes, Pflege bei HIV

http://quepnet.fh-bielefeld.de/data/doc/id_202/Q_Sach_HIV3Teil.pdf

Download als HTML am 06.03.2009, 13.20Uhr

Steger, Florian (2007):

Was ist krank? – Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und

Psychotherapie (Originalausgabe)

Psychosozial-Verlag

- 5.2. Weiterführende Literatur -

Wierz, Volker und Kuhlenkamp, Anja (1997):

Pflege von Menschen mit HIV-Infektion und AIDS

Huber-Verlag, Bern

- 6. Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig, unter Hinzuziehung der genannten Literatur erstellt wurde.

Hamburg, den 25.04.2009

Kathrin Präger