

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Professionelle Pflege von HIV/AIDS-Patienten“
Handlungskonzepte der stationären HIV/AIDS-Versorgung
in Wien

Verfasserin

Paulina Wosko

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im März 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin/Betreuer: Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Msc

Ehrenerklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Datum

Unterschrift der Verfasserin

*„Wherever the care is offered the aim should be the same-
to give care that is responsive to the total needs of the patient
and his family, i.e. physical, emotional, spiritual and social needs.*

All carers share the same concerns”

(Ruth Sims)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mich während des Erstellungsprozesses meiner Diplomarbeit begleitet und durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Fertigstellen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Diplomarbeitbetreuer Herrn Prof. Dr. Wilfried Schnepf, der mir große Handlungsfreiheit bei der Gestaltung meiner Arbeit gewährte und mir stets mit hilfreichen Ratschlägen und motivierenden Worten zur Seite stand!

Ein großes Dankeschön möchte ich an die Pflegepersonen des Pavillons Annenheim und der Station Süd B richten, die mir so ausführlich über sich und ihre Erfahrungen berichtet haben. Ich danke euch für euer Interesse und eure Zeit und dass ihr mich so herzlich aufgenommen habt!

Ein weiteres Dankeschön gilt Frau Prof. Dr. Elisabeth Seidl, die mir vor allem in der Anfangsphase eine unglaubliche Hilfe war, indem Sie mich in ihrem Diplomandenseminar aufgenommen hat!

Ganz herzlich möchte ich mich bei meinem Florian bedanken, für seine endlose Geduld, seine aufbauenden Worte, das abermalige Korrekturlesen und seine einfallsreichen Verbesserungsvorschläge!

Ein herzliches Dankeschön auch an meine lieben Freunde, insbesondere Wolfgang, Yuka und Stefanie Lang!

Mein größter Dank gilt meinen Eltern, die mich während meiner gesamten Studienzeit in jeglicher Weise tatkräftig unterstützt und an mich geglaubt haben!

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Zusammenfassung | 13 |
| Abstract | 15 |
| 1. EINLEITUNG | 17 |
| 2. LITERATURÜBERBLICK | 19 |
| 2.1 Vorgehen bei der Literaturrecherche | 19 |
| 2.2 Entstehungsgeschichte von HIV und AIDS | 20 |
| 2.2.1 Retroviren als Ursache..... | 21 |
| 2.2.1.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV) | 23 |
| 2.2.2 Herkunft und Verbreitung des Virus | 24 |
| 2.3 Epidemiologie | 26 |
| 2.3.1 HIV und AIDS weltweit | 26 |
| 2.3.2 HIV und AIDS in Österreich..... | 27 |
| 2.4 Übertragung der HIV-Infektion | 29 |
| 2.4.1 Infektiösität von Körpersekreten und -flüssigkeiten..... | 29 |
| 2.4.2 Übertragungswege von HIV | 30 |
| 2.4.3 HIV-Infektionsrisiko bei Pflegenden..... | 33 |
| 2.5 Diagnose einer HIV-Infektion | 34 |
| 2.5.1 Indirekte HIV- Nachweisverfahren | 34 |
| 2.5.1.1 HIV-Antikörpertest: | 34 |
| 2.5.1.2 Western-Blot-Test | 35 |
| 2.5.2 Direkte HIV-Nachweisverfahren..... | 36 |
| 2.5.2.1 HIV-Antigen-Test | 36 |
| 2.5.2.2 PCR-Test | 37 |
| 2.5.3 Schnelltests und Heimtests | 37 |
| 2.5.4 Testangebot in Österreich..... | 38 |
| 2.5.5 Gesetzeslage zur Durchführung eines HIV-Tests in Österreich..... | 38 |
| 2.6 Stadieneinteilung der HIV-Infektion | 39 |
| 2.6.1 Klassifikationssystem des CDC für die HIV-Infektion | 39 |
| 2.6.1.1 Messung der T-Helferzellen..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 2.6.1.2 Klinische Kategorien der HIV-Infektion..... | 40 |
| 2.7 Therapie der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung | 44 |
| 2.7.1 Therapieformen..... | 45 |
| 2.7.1.1 Nebenwirkungen der Therapien | 49 |
| 2.7.1.2 Compliance / Adherence | 50 |
| 2.8 Stationäre professionelle Pflege von HIV- und AIDS-Patienten..... | 51 |
| 2.8.1 Begriffsdefinition „Professionalisierung“..... | 51 |
| 2.8.1.1 Begriffsdefinition „Professionelle Pflege“ | 53 |
| 2.8.2 Stationäre Krankenhausversorgung | 54 |
| 2.8.2.1 AIDS-Stationen in Wien..... | 55 |
| 3. FORSCHUNGSFRAGEN | 56 |
| 4. METHODOLOGIE..... | 58 |
| 4.1 Methodologische Entscheidung..... | 58 |
| 4.1.1 Qualitative Sozialforschung..... | 59 |
| 4.1.2 Grounded Theory | 59 |
| 4.2 Datenerhebung | 61 |
| 4.2.1 Zugang zum Forschungsfeld..... | 61 |
| 4.2.2 Beschreibung der Stichprobe | 62 |
| 4.2.2.1 Stichprobenauswahl (theoretisches Sampling)..... | 63 |
| 4.2.3 Das Experteninterview | 64 |
| 4.2.3.1 Die Interviewsituation | 65 |
| 4.2.4 Die teilnehmende Beobachtung | 67 |
| 4.2.4.1 Die Beobachtungssituation | 67 |
| 4.3 Datenauswertung..... | 69 |
| 4.3.1 Das offene Kodieren | 70 |
| 4.3.2 Das axiale Kodieren..... | 71 |
| 4.3.3 Das selektive Kodieren | 72 |
| 4.3.4 Das Schreiben von Memos | 73 |
| 4.4 Gütekriterien der qualitativen Forschung..... | 74 |
| 4.5 Forschungsethische Überlegungen | 75 |

| | |
|---|------------|
| 5. ERGEBNISDARSTELLUNG | 77 |
| 5.1 Das Besondere an der Pflege von HIV/AIDS-Patienten | 78 |
| 5.1.1 Die subjektive Bedeutung HIV/AIDS-Patienten zu pflegen | 78 |
| 5.1.2 Herausforderungen | 79 |
| 5.1.3 Im Vordergrund stehende Angelegenheiten und Anforderungen..... | 81 |
| 5.1.4 Das besonders Schöne und Positive an der Pflege von HIV/AIDS-Patienten..... | 83 |
| 5.1.5 Die wesentlichsten Pflegeziele | 85 |
| 5.2 Beraten, Begleiten und Anleiten | 86 |
| 5.2.1 Sich dem Patienten zuwenden | 87 |
| 5.2.2 Einbezug der Angehörigen | 89 |
| 5.2.3 Zeit für Gespräche | 91 |
| 5.3 Mit Grenzsituationen umgehen | 92 |
| 5.3.1 Psychische Belastungen für die Pflegepersonen..... | 93 |
| 5.3.2 Umgang mit dem Tod eines Patienten..... | 94 |
| 5.3.3 Die Möglichkeit der Supervision..... | 96 |
| 5.4 Intra- und Interdisziplinäre Zusammenarbeit..... | 97 |
| 5.4.1 Intradisziplinäre Zusammenarbeit | 97 |
| 5.4.2 Arbeiten im multidisziplinärem Team..... | 98 |
| 5.4.3 Die Entwicklung von Hierarchien | 101 |
| 5.5 Eine Krankheit im Wandel | 103 |
| 5.5.1 Von akut zu chronisch | 103 |
| 5.5.2 Wandel der Klientel im stationären Bereich..... | 105 |
| 5.5.3 Notwendigkeit der Fort- und Weiterbildung | 107 |
| 6. DISKUSSION UND AUSBLICK | 110 |
| 7. BIBLIOGRAPHIE | 115 |
| 8. ANHANG | 123 |

Zusammenfassung

Die vorliegende empirische Arbeit befasst sich mit der stationären Pflege von HIV- und AIDS-Patienten aus der Sicht der Pflegepersonen. Mit der dazugehörigen Hauptforschungsfrage „Was bedeutet es für professionell Pflegende HIV- und AIDS-Patienten stationär zu pflegen?“

Die Untersuchung wurde auf den beiden einzigen HIV/AIDS-Stationen Wiens durchgeführt, nämlich im Pavillon Annenheim des Otto Wagner Spitals und der Station Süd B des Allgemeinen Krankenhauses. Das Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung von Handlungskonzepten der stationären HIV/AIDS-Versorgung in Wien. Für die Erstellung der Konzepte wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt. Die Datenerhebung erfolgte auf zwei Wegen, einerseits mittels halb-standardisierten Experteninterviews und andererseits mittels teilnehmender Beobachtung. Die gesamte Stichprobe setzte sich aus acht Pflegepersonen zusammen, wobei jeweils vier Pflegende auf jeder Station befragt wurden. Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory.

Aus der Untersuchung geht hervor, dass die Pflege von HIV/AIDS-Patienten für die Pflegepersonen etwas ganz Besonderes darstellt. Hauptsächlich deshalb weil das Aufgabengebiet so breitgefächert ist, weil sie stets vor neuen Herausforderungen stehen und weil sich aufgrund des schnellen Wandels der Krankheit, die Anforderungen an die Pflegenden oftmals auf einen anderen Schwerpunkt verlagern. Die Ergebnisse zeigen weiters, dass die psychische Komponente im Pflegealltag eine tragende Rolle spielt, wozu das Beraten, Begleiten und Anleiten des Patienten aber auch der Angehörigen gehört. Aufgrund der unterschiedlichen Personalschlüssel für Patienten fällt jedoch die zeitliche Zuwendung auf den beiden Stationen sehr unterschiedlich aus. Weitere Resultate der Untersuchung zeigen, dass Pflegepersonen lernen müssen sich abzugrenzen, um den psychischen Belastungen auf der Station standzuhalten, dass sie auch heute noch gegen die Diskriminierung von HIV/AIDS-Patienten ankämpfen müssen und dass es für die Pflegenden selbst schwer ist entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im HIV/AIDS-Bereich zu besuchen, da in Österreich kaum welche angeboten werden.

Um einerseits das große Aufgabengebiet der Pflegepersonen auf den HIV/AIDS-Stationen besser nachvollziehen zu können und andererseits um den Wandel von einer akuten zu einer chronischen Krankheit besser verstehen zu können, wurde ein ausführlicher Literaturüberblick an den Anfang der Arbeit gestellt.

Abstract

The following empirical work deals with the in-patient care of HIV/AIDS patients from the caregiver's point of view. Therefore the main research question is "What means in-patient care of HIV/AIDS patients for professional caregivers?" The investigation was carried out on the only two HIV/AIDS wards in Vienna, the Pavillon Annenheim of the Otto Wagner hospital and the Station Süd B of the AKH. The aim of this work is to develop an action plan for the in-patient HIV/AIDS care in Vienna and therefore the qualitative research was chosen for the development of the concepts. The data acquisition happened on two ways, on the one hand with semi-standardized expert interviews, on the other hand with participant observation. The whole sample consists of eight caregivers, whereupon four caregivers were questioned on the station in each case. The data were analyzed on the basis of the grounded theory.

The research shows that the care of HIV/AIDS patients is something special for the caregivers, basically because the field of activity is so wide ranged, because they are always faced with new challenges and because of the quick modification of the disease the main focus of the caregiver's requirements changes. Furthermore the results indicate that the mental elements of the day-to-day care play a major role, wherefore advise, accompany and instruction of both patients and relatives are included. Due to the different patient-staff ratio there is a difference in the temporally care in both of the wards. Other results of the research are showing that the caregivers have to learn to distance themselves to hold out against mental pressure. They also show that the caregivers still have to fight against discrimination of HIV/AIDS patients and that it is hard to attend further HIV/AIDS professional and education measures due to the fact that there are hardly offered in Austria.

A detailed literature survey at the beginning of the work aims to understand the caregiver's huge field of activity on the HIV/AIDS wards on the one side, on the other side to realize the modification from acute to chronic disease.

1. Einleitung

In Österreich ist die Entdeckung einer HIV-Infektion oftmals noch ein Zufallsbefund und viele Patienten erfahren ihre Diagnose erst im Vollbild von AIDS (vgl. Geyer 2002, S.20). Zum jetzigen Zeitpunkt leben in Österreich geschätzte 12.000 bis 15.000 HIV-infizierte und 1.205 an AIDS-erkrankte Männer und Frauen. Wobei fast 50 Prozent der AIDS-Erkrankungen auf Wien entfallen (vgl. AIDS Hilfe Wien 2009). Diesen Patienten stehen in Wien zwei HIV/AIDS-Stationen zur Verfügung, nämlich das Pavillon Annenheim im Otto Wagner Spital und die Station Süd B im Allgemeinen Krankenhaus.

Aufgrund des stetigen Fortschritts der Medizin hat sich der Verlauf der Infektionskrankheit in den westlichen Industrieländern seit Mitte der 90er Jahre von einer akuten Lebensbedrohung zu einer chronischen Krankheit gewandelt. Diese Entwicklung ist vor allem auf den Einsatz der hochaktiven antiretroviralen Kombinationstherapie zurückzuführen, welche die Krankheit behandelbar machte und die Lebenserwartung deutlich erhöhte. Nichtsdestotrotz muss stets wiederholt werden, dass AIDS ungeachtet jeglicher Therapien, nach wie vor nicht heilbar und eine zum Tode führende Krankheit ist (vgl. Spirig et al. 2002, S.293f.; Geyer 2002, S.19f.).

Mit der Chronifizierung von HIV und AIDS kam es zu einer Abnahme von stationären Aufenthalten und zu einem Wandel der Klientel auf den HIV/AIDS-Stationen. Die stationäre Pflege von HIV- und AIDS-Patienten erfordert von den Pflegepersonen Flexibilität und kontinuierliche Anpassung an die Patienten, denn die HIV-Infektion und die AIDS-Erkrankung sind in ihrem Verlauf von Patient zu Patient äußerst unterschiedlich und somit sind die Therapieregime sehr individuell zu verabreichen. Pflegepersonen müssen sich an diese neuen Bedingungen stets anpassen, wofür entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen notwendig sind.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Bereiche, nämlich in einen ausführlichen Literaturüberblick und in den gesamten Forschungsablauf. Ich halte den an den Anfang gestellten Literaturteil für sehr wesentlich, weil nur so ersichtlich werden kann, wie breitgefächert die Infektionskrankheit und folglich das Aufgabengebiet der Pflegepersonen auf den beiden Stationen ist. Weiters soll der theoretische Teil dazu dienen, um den Wandel von einer akuten zu einer chronischen Krankheit besser nachvollziehen zu können, denn

aufgrund dieser Entwicklung kamen die schrittweisen Veränderungen. Außerdem erachte ich die Beschreibung der Entstehungsgeschichte als sehr bedeutsam, da viele der von mir befragten Pflegepersonen, bereits die Anfänge der Ausbreitung der Infektionskrankheit auf den Stationen in Wien miterlebt haben.

Im zweiten Teil der Arbeit, dem empirischen Teil, wird der Forschungsablauf in den einzelnen Schritten dargestellt. Da sich die Arbeit insbesondere den persönlichen Meinungen und Erfahrungswerten der professionell Pflegenden auf den beiden HIV/AIDS-Stationen widmet, lautet folglich die Hauptforschungsfrage: „Was bedeutet es für professionell Pflegenden HIV/AIDS-Patienten stationär zu pflegen?“. Aus dieser Frage ergeben sich im weiteren Verlauf etliche Unterfragen zu Themen wie: Herausforderungen, Anforderungen, Umgang mit psychischen Belastungen, Zuwendung zum Patienten, aber auch Fragen zur intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit, Hierarchien und den Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung.

Um zu ausführlichen Ergebnissen zu gelangen, habe ich den qualitativen Forschungsansatz gewählt, denn dieser orientiert sich stets am subjektiven Verhalten und Erleben der Menschen in ihrem natürlichen und alltäglichen Umfeld, bzw. in unserem Fall im alltäglichen Arbeitsumfeld (vgl. Mayring 2002, S.20). Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit ergeben sich aus acht halb-standardisierten Interviews mit Pflegepersonen und den dazugehörigen Beobachtungseinheiten. Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory.

Das vorrangige Ziel dieser Forschungsarbeit ist die Entwicklung von Handlungskonzepten der stationären HIV/AIDS-Versorgung in Wien, aus den subjektiven Erfahrungen und Handlungsweisen der professionell Pflegenden. Das sekundäre Ziel dieser Diplomarbeit ist aufzuzeigen, dass die Infektionszahlen in Österreich wieder am steigen sind und daher die professionelle Pflege im HIV/AIDS-Bereich nicht in Vergessenheit geraten darf und dass diese Stationen wieder vermehrt Aufmerksamkeit und Unterstützung brauchen. Das Augenmerk darf nicht nur auf die ambulante Versorgung fallen, sondern es sollte ein Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Pflege gefördert werden, damit es in naher Zukunft zur Entwicklung eines Case Managements im Wiener HIV/AIDS-Bereich kommt.

2. Literaturüberblick

2.1 Vorgehen bei der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zu dieser Diplomarbeit war sehr umfangreich, da auf der einen Seite Literatur zur Infektionskrankheit AIDS, welche sowohl in ihrem Krankheitsverlauf, als auch in ihren Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sehr breitgefächert ist, gesucht wurde und auf der anderen Seite Literatur zur Anwendung der qualitativen Forschung studiert wurde.

Um das Ausmaß der Krankheit und die damit zusammenhängenden Herausforderungen und Schwierigkeiten, welchen die dafür zuständigen Krankenschwestern und Krankenpfleger täglich ausgesetzt sind, zu begreifen, wurden zur Literaturstudie verschiedene Arten von Büchern herangezogen, wie zum Beispiel diverse Fachbücher, Lehrbücher und Sammelwerke rund um das Thema HIV und AIDS. Diese Referenzen wurden auch bei der Literaturrecherche zum Thema qualitative Sozialforschung herangezogen, um zunächst einen allgemeinen Überblick über die verschiedenen Forschungsmethoden zu bekommen und diese dann zu spezifizieren. Außerdem wurden zum besseren Verständnis immer wieder Nachschlagewerke, wie Pflege Heute, Pschyrembel Klinisches Wörterbuch und das Lexikon zur Soziologie zur Hand genommen.

Um den aktuellen Wissensstand zu reproduzieren, wurde auch mit verschiedenen internationalen Fachzeitschriften gearbeitet, welche zum großen Teil aus den Literaturdatenbanken „MEDLINE“ und „CINAHL“ bezogen wurden. Deutschsprachige Zeitschriften wurden in den meisten Fällen aus der Freihandaufstellung der medizinischen Universitätsbibliothek Wien entnommen. Als Hilfsinstrument bei dieser Literatursuche wurde stets das Manual „Literaturrecherche für Gesundheitsberufe“ von Kleibel und Mayer (2005) herangezogen.

Weiters wurde auch das Internet in die Recherche miteinbezogen, wobei dazu hauptsächlich Informationen von den Homepages diverser Institutionen, wie beispielsweise UNAIDS und WHO, aber auch Websites der AIDS-Hilfen, diverser Krankenhäuser und Websites mit gesundheitsbezogenem Inhalt, verwendet wurden.

2.2 Entstehungsgeschichte von HIV und AIDS

Zu Beginn des Jahres 1981 begannen amerikanische Ärzte immer öfter von einer seltenen Lungenerkrankung, der Pneumocystis carinii Pneumonie, zu berichten. Bald darauf wurde man auch auf eine Häufung des ungewöhnlichen Tumors, nämlich des Kaposi-Sarkoms, bei Patienten aufmerksam, welcher oftmals in Kombination mit verschiedenen Pilz- und Herpesinfektionen auftrat. Es war weiters auffällig, dass bei all diesen Patienten eine charakteristische Immunschwäche diagnostiziert wurde und, dass diese Häufung anfangs nur junge Männer betraf, die ausschließlich homosexuell waren. Zu diesem Zeitpunkt war es weder den Ärzten noch den Forschern ersichtlich, dass damit eine globale Epidemie begonnen hatte, die im weiteren Verlauf viele Menschen das Leben kosten würde (vgl. Herkommer 2000, S.18ff.).

Bereits im Mai des gleichen Jahres reagierte das Centers for Disease Control (CDC) in Atlanta auf diese ungewöhnliche Häufung von Krankheitsbildern und informierte die nordamerikanische medizinische Gesellschaft über das Auftreten eines neuartigen, bis dahin völlig unbekanntes Krankheitsbildes, welches sich durch einen aggressiven und schnellen Krankheitsverlauf mit finalem Ausgang abzeichnete (vgl. Schiffer 1997, S.51).

Ende des Jahres 1982 beschloss das Centers for Disease Control diesem Zusammentreffen der verschiedenen schweren Krankheitsbilder einen Namen zu geben. Zunächst wurde die Krankheit als „Gay Related Immuno-Deficiency“, abgekürzt GRID, bezeichnet, was übersetzt soviel wie „mit männlicher Homosexualität verbundene Immunschwäche“ bedeutet. Diese Bezeichnung konnte sich nicht durchsetzen und wurde bald darauf durch den Begriff AIDS, also Acquired Immune Deficiency Syndrome ersetzt, welches übersetzt als erworbenes Immunschwäche Syndrom bezeichnet wird (vgl. Montagnier 1997, S.48). Auf die Bezeichnung AIDS und dessen genaue Bedeutung werde ich jedoch in einem späteren Kapitel detaillierter eingehen.

Nach der Benennung der nicht identifizierbaren Krankheit begannen Forscher aus aller Welt fieberhaft nach den Ursachen für das Auftreten dieser schweren Krankheitsbilder zu suchen und sie machten bald darauf die erschütternde Entdeckung, dass exakt das gleiche Krankheitsbild auch andere Bevölkerungsgruppen betraf.

Bei den anderen betroffenen Gruppen handelte es sich vorwiegend um intravenös Drogenabhängige, um Hämophile, also um Bluter und um eine Gruppe in New York lebender Haitianer (vgl. Schiffer 1997, S.52). Zu dieser Erkenntnis kam weiters hinzu, dass diese Patienten allesamt heterosexuell waren und somit die Theorie, dass die neue Immunschwächende Krankheit nur Homosexuelle betraf, sofort verworfen werden konnte.

Im gleichen Jahr, also 1982, wurden die ersten AIDS-Fälle auch aus den verschiedenen Staaten in Europa gemeldet, dazu gehörte auch Österreich, wo die ersten AIDS-Fälle in den Jahren 1982/83 bekannt wurden (vgl. Geyer 2002, S.19).

Zu Beginn des Jahres 1984 konnten, sowohl der französische Forscher Luc Montagnier als auch der Amerikaner Robert Gallo mit ihren Forscherteams, erste Beweise für ihre Virus-Theorie erbringen. Für beide Wissenschaftler stand ab diesem Zeitpunkt fest, dass dieses neue Virus durch verschiedene Körperflüssigkeiten übertragen werden kann und das höchstwahrscheinlich der Geschlechtsverkehr den häufigsten Übertragungsweg darstelle. Anfangs konnten die AIDS-Forscher noch keine eindeutigen Antworten darüber geben, welche Körperflüssigkeiten hochinfektiös waren und welche nicht und vor allem ob in jedem Fall eine Infektion stattfinden kann (vgl. Schiffer 1997, S.54).

Diese unzureichenden Informationen führten zu einer großen Verunsicherung bei den behandelnden Ärzten und Pflegepersonen, aber natürlich auch bei allen anderen Betroffenen. Diese Verunsicherung äußerte sich in einer strikten Isolierung der ohnehin schon stark stigmatisierten HIV/AIDS-Patienten. In den Krankenhäusern näherte man sich ihnen nur mit Mundschutz und Gummihandschuhen, da alle behandelnden Personen selbst Angst vor einer Infektion hatten (vgl. Schiffer 1997, S.59). Den verschiedenen Übertragungswegen widme ich mich im späteren Verlauf in einem dafür eigens vorgesehenem Kapitel.

2.2.1 Retroviren als Ursache

Das Forscherteam rund um Luc Montagnier kam aufgrund ihrer Untersuchungen immer mehr zu der Überzeugung, dass es sich bei dem Erreger um einen Retrovirus handeln müsse. Zu diesem Zeitpunkt war jedoch das einzige beim Menschen beobachtete Retrovirus das HTLV (Human T Leukemia Virus), das kurz zuvor Robert Gallos Team beschrieben hatte.

Beim humanen T-Zell Leukämievirus (HTLV) werden zwei Typen unterschieden, nämlich das 1980 entdeckte HTLV-I und das 1982 entdeckte HTLV-II. Beide Retroviren sind Onkogene, das bedeutet, dass sie die Entwicklung von Tumoren fördern, im speziellen die Entstehung von Blutkrebs (vgl. Montagnier 1997).

Die Ähnlichkeit zwischen HTLV und dem „neuen Virus“ besteht darin, dass beide Viren der Familie der Retroviridae angehören, welche sich durch eine besondere Art der Vermehrung kennzeichnen. Die Vermehrung findet nämlich innerhalb der Zellen ihres Wirtes statt, indem sie ihr RNA-Genom in DNA überschreiben (transkribieren) müssen, unter der Verwendung des Enzyms Reverse Transkriptase. Aus diesem speziellen Vermehrungsvorgang, der eine Art umgekehrte Nukleinsäurereplikation ist, leitet sich der Name dieser Virusklasse ab, da der Begriff Retro „umgekehrt“ beziehungsweise „rückwärts“ bedeutet (vgl. Parker 2003, S.311).

Montagnier (1997) war der Ansicht, ganz im Gegenteil zu Robert Gallos anfänglicher Überzeugung, dass es sich eben lediglich um ein HTLV ähnliches Virus handeln müsse, welches nicht in Verbindung mit Krebs steht, deshalb hörte er nicht auf nach weiteren Ursachen zu suchen. Montagnier machte kurz darauf die Entdeckung, dass es sich um ein Retrovirus handeln müsse, welches die Zellen zwar infiziert, ohne sie jedoch zu immortalisieren, wie es bei HTLV der Fall war. Das „neue“ Retrovirus wurde anfangs noch als HTLV-III bezeichnet, jedoch nach heftigen Debatten zwischen Montagnier und Gallo, in Bezug auf die Namensgebung, wurde ein Nomenklaturkomitee (International Committee of Taxonomy of Viruses) gegründet, welches sich letztendlich für den Terminus HIV (Human Immunodeficiency Virus) entschied.

Etliche Jahre später wurde die Debatte rund um Luc Montagnier und Robert Gallo noch einmal aufgefrischt. Denn bei der Verleihung des Nobelpreises für Medizin oder Physiologie im Jahre 2008 wurde nur das französische Forscherteam von Luc Montagnier und Françoise Barré-Sinoussi, für die Identifizierung des Virus welches AIDS verursacht, ausgezeichnet. Das Team von Robert Gallo wurde bei der Auszeichnung nicht berücksichtigt. Begründet wurde diese Entscheidung vom Nobelpreiskomitee damit, dass das französische Team ihre Forschungsergebnisse als erstes publiziert habe (vgl. Pincock 2008, S.1373).

2.2.1.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Human Immunodeficiency Virus wird übersetzt als das humane Immunschwächevirus. Synonym wird auch der Begriff „menschliches Immunmangel Virus“ verwendet. Beide Begriffe sollen ausdrücken, dass es sich hierbei um einen Erreger handelt, der ganz gezielt das menschliche Immunsystem angreift (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.63).

HIV gehört zu der Gruppe der Lentiviren, welche eine Untergruppe der Familie der Retroviridae bzw. der humanpathogenen Retroviren darstellt. Die Bezeichnung „Lentiviren“ leitet sich vom lateinischen Wort „lentus = langsam“ ab, was sinngemäß „langsame Viren“ bedeutet. Langsam bezieht sich hier auf die Vermehrung der Viren, denn diese Viren können lange Zeit im Körper verweilen, bevor es zum Ausbruch der Erkrankung kommt (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.65).

Das humane Immunschwächevirus wird in zwei Haupttypen eingeteilt, nämlich in HIV-I und in HIV-II, welches erst 1986 entdeckt wurde und vorwiegend in Afrika gefunden wird. Beide Virustypen weisen die gleichen Übertragungsformen auf und im weiteren Verlauf der Erkrankung zeigen sie zueinander auch sehr ähnliche opportunistische Infektionen¹. Sie unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer Virulenz². HIV-II ist wesentlich weniger virulent als HIV-I, das heißt die Infektion entwickelt sich langsamer und ist milder im Verlauf, nichtsdestotrotz reicht es auch hier aus um die Krankheit AIDS hervorzurufen (vgl. Centers for Disease Control and Prevention 1998).

Weltweit sind ungefähr 99% aller AIDS-Fälle auf HIV-I zurückzuführen. Diese Tatsache führt dazu, dass sich Studien mehrheitlich auf die Erforschung von HIV-I spezialisieren. Auch die Therapieempfehlungen sind weitgehend auf HIV-I ausgelegt, welche nicht immer mit der Behandlung von HIV-II übereinstimmen.

¹ Eine opportunistische Infektion ist eine Infektion mit einem Erreger, welcher bei Immunkompetenten keine ernsthafte Erkrankung hervorruft, die Gelegenheit („opportunitas“) aber bei einer Immunschwäche ausnutzt.

² Virulenz drückt die Aggressivität, d.h. die Fähigkeit zur Ansteckung, eines Erregers aus.

2.2.2 Herkunft und Verbreitung des Virus

Etliche Jahre wurde darüber gerätselt, von wo aus das humane Immunschwächevirus wohl seinen Ausgangspunkt nahm und nach jahrelanger Recherche kamen die Wissenschaftler zu dem Schluss, dass das Virus vermutlich bei verschiedenen Affenarten Zentralafrikas seinen Ursprung hatte.

„Es besteht kein Zweifel mehr daran, dass HIV aus verwandten Viren bei Affen entstanden ist und sich im Zuge von zoonotischen³ Übertragungen so an den Menschen adaptiert hat, dass es auch ausreichend effizient innerhalb dieses neuen Wirtssystems übertragen werden konnte und damit unabhängig von seiner ursprünglichen natürlichen Quelle wurde.“ (Heinz, 2008)

Diese „verwandten Viren“ gehören auch zu den Lentiviren und werden als SIV (Simian Immunodeficiency Virus) bezeichnet. Das SIV ist ein dem HIV genetisch sehr stark verwandtes Virus, denn es hat eine 40-50 prozentige Übereinstimmung (Homologie) mit HIV, außerdem infizieren sie die T-Lymphozyten auf dem exakt gleichen Weg wie HIV, nämlich über so genannte CD4+Rezeptorproteine. Aus den genannten Gründen wird SIV als ein Vorfahre von HIV angesehen, welcher durch Mutation auf den Menschen übertragbar wurde (vgl. Pratt 1995, S.15f., S.22).

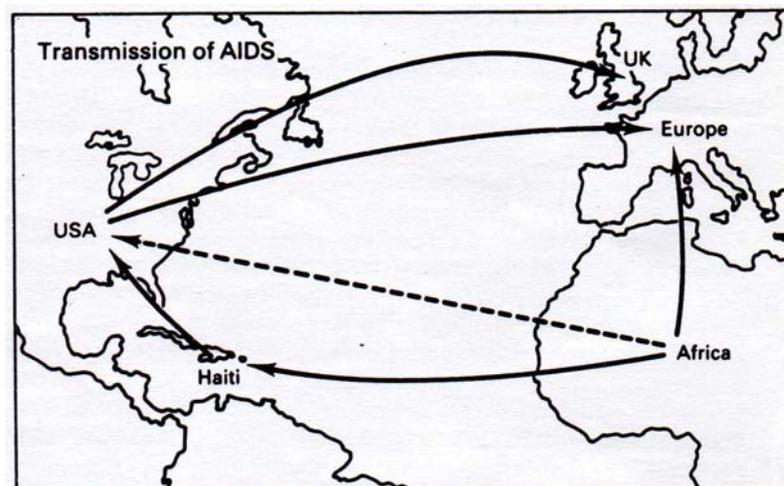
Mittlerweile gibt es etliche Beweise dafür, dass sich vor vielen tausend Jahren mehrere Affenarten zwar mit SIV infiziert haben, aber nicht pathogen waren, das bedeutet, dass bei diesen Affen keine Krankheit ausgebrochen ist. Die Übertragung des Virus vom Affen auf den Menschen resultiert höchstwahrscheinlich aus der Jagd und der späteren Zubereitung von Affenfleisch, bei der das mit SIV infizierte Blut durch eine nicht intakte Hautstelle, beispielsweise an den Händen, in den menschlichen Körper gelangt ist (vgl. Pratt 1995, S.22).

Sharp et al. (2005), aber auch etliche andere Forschungsgruppen, sind zu der Erkenntnis gekommen, dass die ersten Übertragungen von HIV-I auf den Menschen durch die Schimpansen der Unterart *Pan troglodytes troglodytes* im westlichen Zentralafrika erfolgte. Was hingegen noch nicht erforscht werden konnte, sind die Gründe, weshalb das Retrovirus

³ Zoonosen: sind Krankheiten und Infektionen, die natürlicherweise bei Wirbeltieren vorkommen, aber auf den Menschen übertragen werden können (vgl. Pschyrembel, 2002, S.1819).

beim Menschen pathogen ist und bei den Affen nicht. Viele Forscher sind der Ansicht, dass in dieser Frage der Schlüssel für eine bessere Therapie, womöglich auch für eine Heilung, liegt. Santiago et al. (2005) zeigen in ihrem Forschungsbericht, dass sich die Menschen mit dem viel selteneren Retrovirus HIV-II vermutlich durch Mangabenaaffen, welche zur Familie der meerkatzenartigen Altweltaffen gehören, infiziert haben. Die Infektion mit dem Virus geschah auch hier höchstwahrscheinlich durch die Zubereitung und den Verzehr des Affenfleisches.

Kommen wir nun zu der zweiten großen Frage die lange Zeit die Forscher beschäftigte und zwar: Wie und wann das Virus aus Afrika in die USA gelangte. Holmes (2007) fasst in seinem Bericht zusammen wie Gilbert et al. die Ausbreitung von HIV mittels einer „molekularen Uhr“ berechnet haben. Hierbei gehen Gilbert et al. davon aus, dass HIV sich den Weg aus Afrika über Haiti und weiter in die USA bahnte, wobei jedoch das haitianische Volk dabei eine signifikante Rolle gespielt hat. Sie schätzen, dass das Ausbreitungsdatum von HIV aus Afrika nach Haiti zwischen 1962 und 1970 liegen muss. Die nachfolgende Grafik aus Pratt (1995, S.24) zeigt die Anfänge der Ausbreitung von HIV:



Dieses Datum, zwischen 1962 und 1970, stimmt mit dem Zeitraum überein, in dem sehr „(...) viele Haitianer wegen der politischen Krise im unabhängig gewordenen Kongo in ihre Heimat zurückkehrten. Das passt sehr gut mit den bereits früher gewonnenen Erkenntnissen zusammen, dass der Kongo eine Schlüsselrolle bei der Entstehung von HIV gespielt hat und unterstreicht die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren – wie z.B. Migration – in der Geschichte von Infektionskrankheiten.“ (Heinz 2008, S.4).

2.3 Epidemiologie

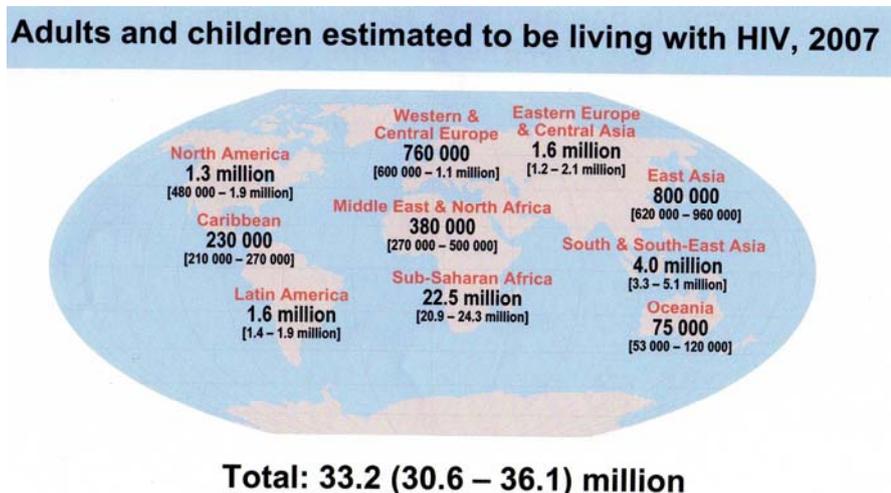
Die Epidemiologie ist jene wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Häufigkeit und der Verteilung, aber auch mit den Ursachen und Folgen von Krankheiten, in großen Bevölkerungsgruppen beschäftigt. Weiters dienen epidemiologische Daten zur Planung und Durchführung von verschiedenen Maßnahmen im Bereich der Krankheitsbekämpfung.

Die Infektionsepidemiologie befasst sich mit der Darstellung von Zahlen und Fakten ausschließlich Infektionskrankheiten betreffend, wozu auch HIV/AIDS zählt. Gleich am Anfang muss jedoch erwähnt werden, dass die weltweiten Angaben von HIV- und AIDS-Zahlen eine relativ große Schwankungsbreite haben und somit nur schätzungsweise angegeben werden können.

2.3.1 HIV und AIDS weltweit

Seit Entdeckung des Immunschwächevirus in den 80er Jahren ist die Zahl der HIV-Infizierten und der an AIDS Verstorbenen rasant gestiegen. Vor allem in den Dritte Welt Ländern ist die Ausbreitung des Virus förmlich explodiert.

Laut UNAIDS⁴ (2007) haben sich bis zum Jahresende 2007 ungefähr 33.2 Millionen Menschen mit HIV infiziert, wobei die Schwankungsbreite zwischen 30.6 bis 36.1 Millionen liegt. Nach wie vor werden, wie die nachfolgende Grafik aus UNAIDS (2007) zeigt, die höchsten Zahlen aus dem südlichen Afrika mit 22.5 Millionen [20.9 - 24.3 Mio] und aus Süd- und Südostasien mit 4.0 Millionen [3.3 – 5.1 Mio] HIV-Infizierten gemeldet.



⁴ UNAIDS steht für Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

Bei diesen Zahlen ist hervorzuheben, dass sich der Frauenanteil seit Beginn der Epidemie fast verdoppelt hat. Erschreckend angestiegen ist der Frauenanteil in Afrika südlich der Sahara, hier beträgt er mittlerweile 57%. Es wird angenommen, dass im Jahr 2007 weltweit ungefähr 2.5 Millionen [1.8 - 4.1 Mio] Neuinfektionen dazugekommen sind, wobei 420.000 [350.000 – 540.000] auf Kinder unter 15 Jahren entfallen. Die geschätzte Zahl der an Aids verstorbenen Menschen beträgt seit 1981 mittlerweile mehr als 25 Millionen. Im Jahr 2007 sind weltweit zwischen 1.9 und 2.4 Millionen Menschen an den Folgen von AIDS gestorben (vgl. UNAIDS 2007).

2.3.2 HIV und AIDS in Österreich

Laut der AIDS Hilfe Wien (2009) haben sich seit dem Beginn der HIV-Epidemie in Österreich schätzungsweise 12.000 bis 15.000 Menschen mit dem HI-Virus infiziert, wobei etwa die Hälfte davon in Wien lebt. Der Höhepunkt der Epidemie in Österreich lag zwischen den Jahren 1992 und 1995, da zu dieser Zeit rund 160 Menschen jährlich an AIDS gestorben sind.

In den darauf folgenden Jahren sind, aufgrund diverser Präventionskampagnen und dem erhöhtem Risikobewusstsein der Menschen, die Zahlen in Österreich wieder deutlich gesunken. Dieser Zeitraum war geprägt von der Entwicklung und Anwendung der neuen und verbesserten Therapiemöglichkeiten bei HIV- und AIDS-Patienten. Diese neuen Behandlungsmöglichkeiten führten bei den Menschen jedoch wieder zu einem nachlässigen Verhalten und folglich zu einem erneuten Anstieg der HIV-Infektionen (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2008, S.109).

„In Österreich haben wir 2007 deutlich mehr HIV-Infektionen neu nachgewiesen als in den vorhergehenden Jahren. Im gesamten Bundesgebiet wurden letztes Jahr 515 neue HIV-Fälle diagnostiziert, das ist die höchste Zahl an Neudiagnosen seit dem Jahr 1993.“ (Puchhammer-Stöckl 2008, S.3). Im Jahr 2008 ist die Zahl an Neudiagnosen in Österreich ein wenig gesunken, nämlich auf 505, nichtsdestotrotz bleibt sie weiterhin hoch (vgl. AIDS Hilfe Wien 2009).

Die beiden nachfolgenden Tabellen aus Puchhammer-Stöckl (2008, S.5) zeigen die Entwicklungen der letzten Jahre:

Tabelle 1: Neu erfasste AIDS-Fälle und HIV-Infektionen in den Jahren 1985-2007

| Jahr | AIDS-Fälle* | HIV-Neu-diagnostizierte Fälle |
|------|-------------|-------------------------------|
| 1985 | 28 | 820 |
| 1986 | 28 | 753 |
| 1987 | 87 | 693 |
| 1988 | 109 | 441 |
| 1989 | 145 | 431 |
| 1990 | 164 | 432 |
| 1991 | 201 | 426 |
| 1992 | 193 | 515 |
| 1993 | 236 | 561 |
| 1994 | 171 | 437 |
| 1995 | 209 | 407 |
| 1996 | 140 | 377 |
| 1997 | 102 | 297 |
| 1998 | 99 | 313 |
| 1999 | 101 | 339 |
| 2000 | 87 | 428 |
| 2001 | 91 | 398 |
| 2002 | 94 | 442 |
| 2003 | 50 | 422 |
| 2004 | 67 | 470 |
| 2005 | 56 | 453 |
| 2006 | 55 | 442 |
| 2007 | 44 | 515 |

* im angegebenen Jahr erkrankt

Tabelle 2: Verteilung der bis Ende 2007 erfassten AIDS-Fälle und der neu diagnostizierten HIV-Fälle in den Bundesländern

| Bundesland | AIDS-Fälle | Neu-diagnostizierte Fälle 2007 |
|------------------|------------|--------------------------------|
| Wien | 1233 | 266 |
| Niederösterreich | 154 | 21 |
| Oberösterreich | 430 | 69 |
| Salzburg | 108 | 16 |
| Tirol | 257 | 36 |
| Kärnten | 68 | 22 |
| Steiermark | 181 | 76 |
| Vorarlberg | 115 | 6 |
| Burgenland | 30 | 3 |
| gesamt | 2576* | 515 |

* davon 1450 verstorben

Laut Puchhammer-Stöckl (2008, S.4) kann man aber nicht davon ausgehen, dass die 515 neu diagnostizierten HIV-Infektionen tatsächlich alle im Jahr 2007 stattgefunden haben, denn etliche neu diagnostizierte Patienten befinden sich leider schon in einer Spätphase der HIV-Infektion. Gleichwohl ob die Infektionen im Jahr 2007 oder früher geschehen sind, müssen die ansteigenden Zahlen als Warnruf gesehen werden, welche erneut dringend eine vermehrte Information und Aufklärung der Bevölkerung über HIV und AIDS erfordern. Es muss den Menschen bewusst gemacht werden, dass die Infektionskrankheit AIDS trotz der verbesserten Therapiemöglichkeiten, noch immer eine Krankheit darstellt, welche einerseits die Lebensqualität des Menschen enorm beeinträchtigt und andererseits immer einen letalen Ausgang nimmt.

2.4 Übertragung der HIV-Infektion

In diesem Kapitel werden die vulnerablen Bevölkerungsgruppen, also Menschen welche aufgrund einer „eingeschränkten Selbstbestimmung in sozialen, sexuellen u.a. Bereichen ein erhöhtes Risiko der HIV-Ansteckung haben“ (Weinreich/Benn 2004, S.35), in Bezug auf die verschiedenen Wege auf denen das HI-Virus übertragen werden kann, beschrieben. Im weiteren Verlauf wird sowohl auf das HIV-Infektionsrisiko bei Pflegenden eingegangen, als auch auf die Situationen bei denen kein Risiko einer HIV-Übertragung besteht.

2.4.1 Infektiösität von Körpersekreten und -flüssigkeiten

Nach anfänglichen Unsicherheiten in den 80er-Jahren, im Bezug auf die Übertragbarkeit des HI-Virus, haben jahrelange Untersuchungen für klare Verhältnisse gesorgt und ergeben, dass eine Infektion mit HIV nur Zustände kommen kann, wenn eine infektiöse Körperflüssigkeit in den menschlichen Körper gelangt.

Weitere Untersuchungen haben gezeigt, dass das HI-Virus in nahezu allen Körperflüssigkeiten nachweisbar ist, was zunächst eine erschreckende Meldung war. Dabei ist jedoch stets die Konzentration der Viren zu beachten, da diese je nach Flüssigkeit und Sekret höchst unterschiedlich in ihrer Infektiösität sind und somit nicht alle Körperflüssigkeiten für eine Übertragung von Bedeutung sind. Die höchsten Viruskonzentrationen beinhalten Blut, Sperma und Liquor, also Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit. Weiters werden Vaginalsekret und Muttermilch als relativ hoch infektiös eingestuft. Danach kommen die Stoffe, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Infektion sehr gering, wie in Stuhl und Urin, beziehungsweise nahezu ausgeschlossen ist, wie in Speichel, Tränenflüssigkeit und Schweiß. Bei den Flüssigkeiten mit einer geringen Viruskonzentration muss grundsätzlich bedacht werden, dass jegliche Blutbeimengungen die Infektiösität erhöhen (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S. 100).

Damit eine HIV-Infektion zustande kommt, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. Dazu zählt erstens eine günstige Eintrittspforte, wie zum Beispiel eine Wunde, weiters ist die Erregermenge und die Kontaktzeit des Erregers mit der Eintrittspforte von Bedeutung. Infektionsfördernd sind auch verschiedene Co-Faktoren wie zum Beispiel andere bereits im Körper vorhandene Infektionen, wie Herpes oder Syphilis (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S. 101).

2.4.2 Übertragungswege von HIV

Grob gesehen kann man sagen, dass HIV auf vier verschiedenen Infektionswegen übertragen werden kann. Die Übertragung vollzieht sich durch:

- Jegliche Arten von ungeschütztem Geschlechtsverkehr, unabhängig von der jeweiligen sexuellen Orientierung (heterosexuell, homosexuell, bisexuell).
- Die gemeinsame Benutzung von Injektionsnadeln bei intravenös Drogenabhängigen, d.h. „needle-sharing“.
- Das Einbringen von Krankheitserregern in den Organismus in Form von infiziertem Blut und verschiedenen Blutprodukten.
- Die Mutter-zu-Kind-Übertragung, von einer HIV-positiven Mutter auf ihr Kind (vgl. Weinreich/Benn 2004, S.13).

Übertragung des HI-Virus beim Geschlechtsverkehr

Das Virus kann durch verschiedene Arten von ungeschütztem Geschlechtsverkehr, sei es durch vaginalen, analen oder oralen Geschlechtsverkehr, übertragen werden. Die Übertragung beim ungeschützten Analverkehr stellt das höchste Risiko für den aufnehmenden Partner dar, da die Schleimhaut des Anus sehr empfindlich ist und somit leicht verletzt werden kann, demzufolge bildet sie eine ideale Eintrittspforte für das Virus. Im Vergleich zu den beiden anderen Sexualpraktiken ist das Risiko beim Oralverkehr sehr gering, jedoch kann es von vornherein nie ganz ausgeschlossen werden (vgl. Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S. 12f.).

Beim ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr tragen Frauen ein weitaus höheres Ansteckungsrisiko als Männer, da Frauen einerseits im Intimbereich viel größere Schleimhautflächen haben als Männer, andererseits beinhaltet die Spermienflüssigkeit, welche im Körper der Frau relativ lang verbleibt, eine wesentlich höhere Viruskonzentration als das Scheidensekret. Der Transmissionsweg über jegliche Arten von ungeschütztem Geschlechtsverkehr ist verantwortlich für die meisten HIV-Infektionen weltweit (ebenda; S. 11ff.).

Übertragung des HI-Virus durch „needle-sharing“

Das „needle sharing“ ist die englische Bezeichnung für den gemeinsamen Gebrauch von Injektionsnadeln bei intravenös Drogenabhängigen. Dieser stellt den zweithäufigsten Transmissionsweg von HIV-Infektionen dar. Doch nicht nur HIV kann auf diesem Weg in den menschlichen Körper gelangen, sondern auch andere Infektionskrankheiten, insbesondere Hepatitis B und C.

Die Infektion mit HIV durch das „needle-sharing“ erfolgt so, dass sich zuerst die eine drogenabhängige Person einen Teil des Spritzinhaltes injiziert und es dann an die zweite Person weiterreicht, welche sich mit der gleichen Spritze und der gleichen Nadel, ohne diese davor zu säubern oder zu sterilisieren, den Rest des Inhaltes spritzt. Bei diesem Vorgang bleibt stets virushaltiges Blut des Erstbenutzers an der Nadel haften, da dieser vor der intravenösen Injektion immer etwas Blut in die Spritze zurückziehen muss, um sicher zu gehen dass die Nadel in der Vene liegt. Dabei vermischt sich außerdem das virushaltige Blut des HIV-Infizierten Erstbenutzers mit den Drogen, welche dann unmittelbar in die Blutbahn des Zweitbenutzers gelangen (vgl. Herkommer 2000, S.32f.).

Übertragung des HI-Virus durch Blut und Blutprodukte

Am Beginn der AIDS-Epidemie gab es neben den homosexuellen HIV-Infizierten noch zwei weitere Gruppen von Betroffenen, nämlich die Hämophilie-Patienten und die Transfusionsempfänger. Eine Bluttransfusion mit infiziertem Blut hat die höchste Übertragungswahrscheinlichkeit, da auf diesem Wege große Virusmengen in sehr kurzer Zeit direkt in die Blutbahn des Empfängers gelangen. Seit dem Jahr 1985 ist dieser Übertragungsweg, aufgrund sorgfältigerer Blutuntersuchungen zumindest in allen Industrieländern, mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Ein Restrisiko bleibt jedoch immer bestehen und zwar dann, wenn der Blutspender sich frisch mit dem HI-Virus infiziert hat, denn zu diesem Zeitpunkt der Testung, dem sogenannten diagnostischen Fenster, können noch keine Antikörper im Blut des Infizierten nachgewiesen werden (vgl. Mayr 1999, S.14).

Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind

Die Mutter-zu-Kind-Übertragung kann grundsätzlich auf drei Transmissionswegen (vgl. Mayr 1999, S.15f) erfolgen:

- Die *Pränatale Infektion* bezeichnet die HIV-Infektion des Fetus während der Schwangerschaft, welche durch eine gestörte Plazenta-Blut-Schranke zustande kommt.
- Die *Perinatale Infektion* bezeichnet die Übertragung des HI-Virus während des Geburtsvorgangs, bei welchem ein intensiver Schleimhautkontakt zum mütterlichen Blut und Vaginalsekret besteht.
- Die *Postnatale Infektion* bezieht sich auf die Zeit nach der Geburt und erfolgt durch das Stillen des Kindes, da Muttermilch ebenso zu den Körperflüssigkeiten gehört, die HI-Viren übertragen können.

Heutzutage wird den HIV-positiven Frauen nicht mehr von einer Schwangerschaft abgeraten, da die Ansteckungsgefahr für das Kind, durch den medizinischen Fortschritt, deutlich reduziert werden konnte. Um die Ansteckungsrate während der Schwangerschaft möglichst gering zu halten, wird viel Wert auf einen guten Gesundheitszustand der HIV-positiven Mutter gelegt. Der zweiten Infektionsquelle, nämlich der während des Geburtsvorgangs, wird entgegen gewirkt, indem ein Kaiserschnitt am wehenfreien Uterus vorgenommen wird. Die dritte Infektionsquelle wird ausgeschaltet indem den Müttern von vornherein abgeraten wird ihr Kind zu stillen. Das bezieht sich jedoch nicht auf die dritte Welt Länder, denn dort wird, aufgrund der fehlenden Aufklärung und der fehlenden medizinischen Versorgung, die Mutter-zu-Kind-Übertragung zu einem immer stärker zunehmenden Problem (vgl. Mayr 1999, S.15f sowie Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S.61).

Kein Risiko für eine HIV-Übertragung

Die Möglichkeit einer HIV-Übertragung durch Hautkontakte bei intakter Haut ist nicht bekannt. „Eine HIV-Infektion durch die Übertragung von Speichel, Tränenflüssigkeit, Schweiß, Urin, Darminhalt, durch Stiche blutsaugender Insekten, alltägliche soziale Kontakte in Haushalt, Arbeit, Kindergarten oder Schule, bei gesellschaftlichen Zusammenkünften, durch Nahrungsmittel, Trinkwasser, gemeinsame Benutzung von Toiletten, Schwimmbädern

sowie anderen Gegenständen des täglichen Gebrauchs ist, wie die bisherigen Ergebnisse der Epidemiologie zeigen, ebenfalls nicht bekannt.“ (Herkommer; 2000, S.26).

2.4.3 HIV-Infektionsrisiko bei Pflegenden

Die Gefahr einer HIV-Infektion für die Pflegepersonen ist, wenn man sich stets an die Hygieneregeln der allgemeinen Infektionsprophylaxe hält, nahezu ausgeschlossen. Das Risiko wird erhöht, wenn es zu einer akzidentiellen, also durch einen Arbeitsunfall verursachten und ungewollten Verletzung an mit HIV kontaminierten Instrumenten kommt. Die Tätigkeiten bei denen ein potentiell Infektionsrisiko besteht, sind vor allem während der Gabe von Injektionen, dem Entfernen von Infusionssystemen, bei gynäkologischen Eingriffen wie Geburten und jeglichem Hantieren mit scharfen kontaminierten Gegenständen wie zum Beispiel Nadeln. Auch die Umstände während welcher gearbeitet wird sind von großer Bedeutung. So ist bei einer Notfallsituation das Risiko viel größer sich zu verletzen und zu infizieren, als während der gewohnten Tätigkeiten in einer stressfreien Umgebung (vgl. Pratt 1995, S.209ff).

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass es zur Pflege von HIV-Infizierten und an AIDS-erkrankten Patienten keinerlei HIV-spezifischen Schutzmaßnahmen bedarf. Es sollen die allgemeinen Hygieneregeln (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.106f) beachtet werden wie zum Beispiel:

- Sofortige Entsorgung jeglicher scharfer und spitzer Gegenstände, wie Kanülen, Skalpelle und dergleichen, in die dafür vorgesehenen, speziell gekennzeichneten Behälter.
- Verbot des „Re-capping“, d.h. kein zurückstecken der gebrauchten Nadeln in die Schutzkappe.
- Tragen von Einweghandschuhen bei Blutentnahmen, Injektionen, Verbandswechsel, Umgang mit Ausscheidungen usw.
- Regelmäßiges Desinfizieren und Waschen der Hände sowie Versorgung kleiner Verletzungen an den Händen.

Falls es bei der Pflegeperson einmal doch zu einer Schnitt- oder Stichverletzung, bei einem HIV-infizierten Patienten, kommen sollte, gibt es bestimmte Verhaltensregeln welche die

Pflegeperson zu befolgen hat und auch die Möglichkeit einer postexpositionellen Prophylaxe, auf die ich später im Kapitel bezüglich der Therapie eingehen werde.

2.5 Diagnose einer HIV-Infektion

Vor einer HIV-Testung muss immer eine umfassende Aufklärung und Beratung des Patienten erfolgen, wobei Informationen über den weiteren Verlauf, die Testverfahren und deren Aussagekraft besprochen werden. Dabei können auch noch einige Fragen geklärt werden und zwar ob überhaupt ein Ansteckungsrisiko bestand und wenn ja wie lange der Zeitpunkt einer möglichen Ansteckung zurückliegen könnte. Weiters kann sich der Berater auch nach möglichen bereits bestehenden Symptomen erkundigen, welche einen Verdacht auf eine HIV-Infektion lenken könnten (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.70).

Es gibt zwei verschiedene Verfahrensarten wie ein HI-Virus nachgewiesen werden kann. Auf der einen Seite gibt es indirekte Verfahren, welche bereits vorhandene Antikörper⁵, die gegen HIV gebildet wurden, im Organismus nachweisen können und auf der anderen Seite gibt es direkte Verfahren, welche die Virussubstanz selbst erfassen können. In Österreich ist es üblich eine Kombination aus direkten und indirekten Verfahren anzuwenden (vgl. Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S.17).

2.5.1 Indirekte HIV- Nachweisverfahren

Zu den indirekten Nachweisverfahren gehören der HIV-Antikörpertest, welcher in der Diagnostik als das „Verfahren erster Wahl“ eingesetzt wird und der Western-Blot-Test, welcher als Bestätigungstest dient.

2.5.1.1 HIV-Antikörpertest:

Der HIV-Antikörpertest sucht im menschlichen Organismus nach Antikörpern, welche zur Erregerabwehr vom Immunsystem gebildet werden. Wenn der Test Antikörper messen kann, dann weist das höchstwahrscheinlich auf eine HIV-Infektion hin. Der Hauptvertreter dieser

⁵ Auch als Immunglobuline bezeichnet, sind lösliche Proteine, welche von B-Lymphozyten (weißen Blutzellen) produziert werden und der Immunabwehr dienen.

Verfahrensgruppe ist der hochempfindliche und spezifische HIV-ELISA⁶-Test, welcher in seiner Anwendung sehr schnell, einfach und kostengünstig ist (vgl. Martinko 2003, S.981).

Der HIV-ELISA-Test funktioniert nach dem Prinzip einer Antigen⁷-Antikörper-Reaktion, wobei ein künstlich erzeugtes Antigen mit dem Serum des Patienten in Kontakt gebracht wird und falls Antikörper gegen das HI-Virus vorhanden sind, reagieren diese mit dem Testantigen und das Resultat des Testergebnisses fällt positiv aus (vgl. Aids Hilfe Wien 2005, S.13).

Ein Nachteil des HIV-ELISA ist, dass es manchmal zu falsch-negativen Ergebnissen kommen kann. Das kann passieren, wenn der Test nur wenige Tage bis Wochen nach einer Ansteckung mit HIV durchgeführt wird, da zu diesem Zeitpunkt noch keine ausreichend nachweisbare Menge an Antikörpern vorhanden ist. Das Immunsystem braucht eine gewisse Zeit um eine wirksame Abwehrreaktion in Gang zu setzen. Dieser Zeitraum wird als diagnostisches Fenster bezeichnet und kann einige Wochen bis mehrere Monate dauern, in manch seltenen Fällen sich sogar bis zu einem Jahr ziehen (vgl. Martinko 2003, S.981). „Ein weiterer Grund für ein falsch-negatives Ergebnis beim HIV-ELISA-Test ist die totale Zerstörung des Immunsystems in fortgeschrittenen Fällen von AIDS; wenn keine Immunzellen mehr im Körper vorhanden sind, können auch keine Antikörper produziert werden, und der ELISA-Test ist nutzlos. Jedoch ist in diesem Stadium aufgrund anderer Informationen eine klinische Diagnose möglich und der ELISA-Test dient nur der Bestätigung.“ (ebenda). Ein weiterer Nachteil des HIV-ELISA ist, dass der Test auch falsch-positive Ergebnisse liefern kann. Diese können aufgrund von verschiedenen Faktoren zustande kommen, welche jedoch nichts mit einem HIV-Kontakt zu tun haben, deshalb müssen alle positiven Ergebnisse einem unabhängigen Bestätigungstest unterzogen werden.

2.5.1.2 Western-Blot-Test

Der Western-Blot-Test, auch als HIV-Immunblotting bezeichnet, wird in erster Linie als Bestätigungstest eingesetzt. Dieser kann nicht nur die gegen HIV produzierten Antikörper nachweisen, sondern auch viele Einzelkomponenten viraler Proteine. Indem auf einer Nitrozellulosemembran gereinigte Virusproteine und Virusglykoproteine „geblottet“, d.h.

⁶ ELISA ist die englische Abkürzung für Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

⁷ Antigen: „Substanz, die von einem Organismus als fremd erkannt wird u. eine spezif. Immunantwort auslöst.“ (Psyhyrembel 2002, S.88).

aufgetragen und in das Patientenserum eingebracht werden. Wenn Antikörper vorhanden sind, dann findet auch hier eine Antikörper-Antigen-Reaktion statt und zeigt positive Westernblot-Banden an, welche ausgewertet werden müssen. Laut österreichisch-deutschen Beurteilungskriterien müssen für eine HIV-Diagnose im Westernblot mindestens zwei HIV-spezifische Banden vorliegen (vgl. Aids Hilfe Wien 2005, S.14).

Die Gründe warum ein Western-Blot-Test nur als Bestätigungstest nach einem vorangegangenen positiven ELISA-Test eingesetzt wird, sind, dass das Immunblotting einerseits viel zeitaufwendiger und arbeitsaufwendiger ist und andererseits auch viel kostspieliger (vgl. Martinko 2003, S.983).

2.5.2 Direkte HIV-Nachweisverfahren

Zu den direkten Nachweisverfahren in der HIV-Diagnostik gehören einerseits der HIV-Antigen-Test und andererseits der PCR-Test. Sie werden deshalb als direkt bezeichnet, weil sie die Virusbestandteile selbst nachweisen können. Außerdem können beide Verfahren schon nach einer kurzen Zeit, also in einem Zeitraum von 10 bis 14 Tagen, eine Infektion mit HIV nachweisen. Damit kann folglich das diagnostische Fenster (auch diagnostische Lücke genannt) verkleinert und ein positiver Status früher erkannt werden.

2.5.2.1 HIV-Antigen-Test

Beim HIV-Antigen-Test wird ein Kennprotein des HI-Virus, nämlich das p24, erfasst. Durch diese Vorgangsweise ist der Test unabhängig von der Immunantwort des Patienten, welche eine gewisse Zeit braucht um in Gang zu kommen, und kann deshalb eine positive Infektion schneller nachweisen. Der HIV-Antigen-Test dient als früher Infektionsmarker und wird vor allem bei einem dringenden Verdacht auf eine kurz zurückliegende Infektion angewendet. „Deshalb gehört es in österreichischen Labors zum Standard, dass der p24-Antigen-Test als Ergänzung zum Elisa-Test eingesetzt wird.“ (Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S.18).

2.5.2.2 PCR-Test

PCR ist die Abkürzung für die Polymerasekettenreaktion (engl. Polymerase Chain Reaction), welche die weitaus empfindlichste und spezifischste, zugleich aber auch technisch anspruchsvollste und somit teuerste, HIV-Diagnostikmethode darstellt. Daher kann mittels einer PCR schon die Anwesenheit einer einzigen Kopie eines viralen Genoms in einer Blutprobe bestimmt werden. Die PCR-Methode wird zur Erkennung von Virusinfektionen im Frühstadium, d.h. frühestens zwei Wochen nach einer möglichen Ansteckung, angewendet. Ein besonderes Einsatzgebiet der PCR ist bei Neugeborenen von HIV-positiven Müttern. Da die Säuglinge in ihrem ersten Lebensjahr immer auch die Antikörper der Mutter besitzen, ist die Klärung ihres HIV-Status schwierig und nur durch den direkten Virusnachweis mittels PCR möglich. Hierfür gibt es spezielle Richtlinien: Bei einem negativen PCR-Test des Säuglings muss auch ein negativer HIV-Antikörpertest dokumentiert werden, aber erst nachdem die mütterlichen Antikörper gänzlich verschwunden sind (vgl. Aids Hilfe Wien 2005, S.12 und Alberts et al. 2001, S.354).

2.5.3 Schnelltests und Heimtests

Bei diesen beiden Testverfahren handelt es sich nicht um laborgebundene Testverfahren. Schnelltests können den HIV-Status schon innerhalb einer halben Stunde bestimmen. Wenn ein negatives Resultat vorliegt, dann ist dieses verwendbar. Bei einem reaktiven Ergebnis muss eine Blutprobe in ein Bestätigungslabor, zur Überprüfung des Resultates, entsendet werden. Das Haupteinsatzgebiet von Schnelltests liegt im Bereich des Notfallmanagements in Ländern mit fehlender oder kaum vorhandener medizinischer Infrastruktur (vgl. Aids Hilfe Wien 2005, S.14f).

Bei den Heimtests kann man grundsätzlich zwischen zwei Arten unterscheiden. Es gibt einerseits Tests, die von medizinischen Laien selbst durchgeführt und bewertet werden können und andererseits gibt es Tests, bei welchen die betroffene Person das Untersuchungsmaterial selbst gewinnen muss, dieses jedoch anschließend zur Auswertung an ein Labor schickt. Beide Arten von Heimtests weisen leider aufgrund mangelnder Qualität und Handhabungsproblemen nicht die gewünschten Leistungsfähigkeiten auf und sind in Österreich daher nicht erhältlich. Da sie jedoch in den USA vertrieben werden, kann man sie dennoch über das Internet erhalten. Das größte Bedenken bei der Anwendung von Heimtests

ist, dass eine fehlerhafte Durchführung oftmals zu einem falschen Resultat führt und somit ein falsch-negatives Ergebnis der betroffenen Person eine trügerische Sicherheit vermittelt (vgl. Aids Hilfe Wien 2005, S.15f.).

2.5.4 Testangebot in Österreich

In Österreichs Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und auch bei niedergelassenen Ärzten wird meist ein HIV-DUO-Test, welcher sich aus dem ELISA-Test und dem Antigentest zusammensetzt, durchgeführt. Auch der PCR-Test kommt in diesen Institutionen in einigen Fällen zum Einsatz. All die Testangebote sind kostenpflichtig und somit vom Patienten zu bezahlen (vgl. Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S.18f.).

Eine Ausnahme stellen die AIDS-Hilfen in Österreich dar, denn dort wird der HIV-Antikörpertest sowohl anonym, als auch kostenlos durchgeführt. Zu diesem Angebot gehört auch eine umfassende Beratung sowohl vor der Durchführung des Tests, als auch bei der Befundrückgabe (vgl. Aids Hilfe Wien 2005, S.17).

2.5.5 Gesetzeslage zur Durchführung eines HIV-Tests in Österreich

Die Richtlinien zur Durchführung eines HIV-Tests wurden in Österreich zum ersten Mal im Mai 1986 in einem Bundesgesetz, dem sogenannten AIDS-Gesetz, geregelt. Im Jahre 1994 hat das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz⁸ (BGBl. Nr. 772/1994) ergänzende Verordnungen herausgegeben welche die „Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in der HIV-Diagnostik und die bei der Vornahme von HIV-Tests einzuhaltende Vorgangsweise“ regeln soll. An diese Regeln müssen sich alle Institutionen und somit alle Personen halten, welche einen HIV-Test durchführen. Hierzu ein Auszug aus dem AIDS-Gesetz, § 5 (BGBl. Nr. 772/1994):

„Ist die Durchführung eines HIV-Tests vom Behandlungsvertrag nicht gedeckt, ist eine gesonderte Zustimmung der betreffenden Person einzuholen. Vor Einholung dieser Zustimmung ist sie eingehend über den Zweck des HIV-Tests

⁸ Von 1991-1996 galt diese Bezeichnung für das Gesundheitsministerium. Seit 2007 heißt es „Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend“.

und die Tragweite eines positiven Befundes, über die Arten der Infektionsmöglichkeiten mit HIV sowie die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Infektion zu informieren.“

An dieser Stelle muss auch erwähnt werden, dass ein positiver HIV-Status in Österreich keine meldepflichtige Krankheit darstellt. Anders ist es beim Übergang ins Krankheitsstadium AIDS. Diesen Zustand müssen Ärzte umgehend dem Gesundheitsministerium melden, wobei sie die Initialen, das Geburtsdatum und das Geschlecht des an AIDS erkrankten Patienten übermitteln (vgl. Aids Hilfe Wien 2005, S.18f.).

2.6 Stadieneinteilung der HIV-Infektion

Für die Klassifikation der HIV-Infektion wurden etliche Systeme, von verschiedenen Organisationen vorgeschlagen. Es kommen viele dieser Klassifikationen zur Anwendung, jedoch möchte ich hier nur das Klassifikationssystem des CDC (Center for Disease Control) detaillierter darstellen, da dieses in den meisten Fällen als Standard verwendet wird.

In erster Linie dient die Stadieneinteilung der Entwicklung angemessener Prophylaxe- und Therapiekonzepte, aber auch der Dokumentation von Versorgungsverläufen. „Keine der Einteilungen gibt jedoch Auskunft über individuelle Prognosen bei eingetretener HIV-Infektion und erlaubt somit auch keine Rückschlüsse auf die aktuelle Lebenserwartung.“ (Ewers 1998, S.44).

2.6.1 Klassifikationssystem des CDC für die HIV-Infektion

Das Center for Disease Control hat im Jahr 1993 ein überarbeitetes Klassifikationssystem für die HIV-Infektion publiziert, welches erstmals neben dem klinischen Zustand insbesondere die Anzahl der Helferzellen (CD4-Zellen) betont. Dieses Klassifikationssystem wird bis heute im Gesundheitswesen angewendet und ersetzt somit das CDC System aus dem Jahre 1986 (vgl. Centers for Disease Control 1992).

Das Klassifikationssystem der HIV-Infektion setzt sich also aus zwei Hauptkategorien zusammen, welche die unterschiedlichen Stadien darstellen. Die erste Kategorie besteht aus

der Messung der Helferzellen. Anhand dieser kann angegeben werden, in welchem angreifbaren Zustand sich das Immunsystem des Betroffenen gerade befindet. Die zweite Kategorie beschreibt den klinischen Verlauf, d.h. das Auftreten verschiedener Symptome bzw. Krankheitsbilder, welche in drei Gruppen zusammengefasst werden (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.78).

2.6.1.1 Messung der T-Helferzellen

Die T-Helferzellen (syn. CD4-Zellen oder CD4+T-Lymphozyten) sind für etliche wichtige immunologische Funktionen im menschlichen Organismus zuständig. Ein Verlust an Helferzellen resultiert sogleich in einer Beeinträchtigung der Immunantwort. Das HI-Virus hat sich die Struktur genau dieser Zellen zunutze gemacht, denn es weist eine hohe Affinität für den CD4-Oberflächenrezeptor auf. Somit stellen die CD4+T-Lymphozyten das primäre Angriffsziel der HIV-Infektion dar (vgl. Centers for Disease Control 1992).

Der Normwert der Helferzellen im Blut liegt zwischen 800 und 1200 Zellen pro Mikroliter. Zum Aufzeigen des Fortschreitens der HIV-Infektion anhand der Abnahme der Helferzellzahlen, wurden drei Helferzellkategorien (vgl. Ewers 1998, S.45) gebildet:

- Kategorie 1: 500 oder mehr Helferzellen/ μ l Blut
- Kategorie 2: 200 bis 499 Helferzellen/ μ l Blut
- Kategorie 3: weniger als 200 Helferzellen/ μ l Blut

Wenn die Anzahl der CD4-Zellen abnimmt, steigt sogleich das Risiko und die Schwere der opportunistischen Infektionen.

2.6.1.2 Klinische Kategorien der HIV-Infektion

Bei dieser Einteilung wird das breit gefächerte Feld der Symptome bzw. Krankheitsbilder der HIV-Infektion auch in drei Kategorien unterteilt:

Klinische Kategorie A (asymptomatisch; LAS-Syndrom):

„Hierzu zählen Patienten mit akuter HIV-Infektion und/oder generalisierter Lymphknotenschwellung wie auch HIV-Infizierte, die keine subjektiv oder objektiv

wahrnehmbaren Symptome oder sonstige Anzeichen einer HIV-Infektion aufweisen.“ (Ewers 1998, S.45). Diese Kategorie stellt den Zeitraum dar, der sich unmittelbar an eine HIV-Infektion anschließt.

Die erste Phase nach einer Infektion mit dem HI-Virus verläuft in der Mehrheit der Fälle symptomlos. Bei 10 bis 30% der Betroffenen tritt, nach etwa zwei bis vier Wochen, eine akute HIV-Infektion auf, welche sich unter anderem durch Symptome wie Abgeschlagenheit, leichtes Fieber und Müdigkeit kennzeichnet. Diese Symptomatik kann bis zu zwei Wochen anhalten und wird daher meist mit einem grippalen Infekt verwechselt. Beim Auftreten des Lymphadenopathie⁹-Syndroms (LAS) kommt es insbesondere im Nacken-, Unterkiefer- und Achselhöhlenbereich zu starken Lymphknotenvergrößerungen (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.79). Das LAS kann in einem Zeitraum zwischen sechs Monaten und mehr als zehn Jahren auftreten, wobei es für mindestens drei Monate nachweisbar bleiben muss. Die Anschwellung kann sogar mehrere Monate bis Jahre andauern. Die Lymphknotenvergrößerung hat einen Durchmesser von 1cm und ist somit gut tastbar aber nicht schmerzvoll (vgl. Nowak 1997, S.555). Weitere Symptome des LAS, neben den Lymphknotenvergrößerungen, sind Fieberschübe, ein starker Nachtschweiß, Durchfälle und der daraus resultierende Gewichtsverlust, Leistungsabfall und Müdigkeit (vgl. Herkommer 2000, S.36f.). Das LAS stellt eine Art Auseinandersetzung des Immunsystems mit dem HI-Virus dar, deshalb wird eine schnelle Rückbildung der Schwellung als ein ungünstiges prognostisches Zeichen gesehen.

Klinische Kategorie B (symptomatisch ohne AIDS-Kriterien):

In diese Kategorie fallen Patienten, bei denen Erkrankungen und Symptome auftreten, „die zwar nicht als AIDS-definierende Krankheiten beschrieben sind, deren Ursache jedoch in einem Defekt der zellulären Immunantwort zu suchen ist. Dazu zählen Fieber und Durchfälle über vier Wochen, Tuberkulose, Herpes zoster, orale Haarleukoplakie, Polyneuropathie¹⁰, Candidainfektionen des Mund- und Rachenraumes sowie im Vaginalbereich, wiederkehrende

⁹ Lymphadenopathie ist die allgemeine Bezeichnung für die Erkrankung der Lymphknoten (Pschyrembel 2002, S.997).

¹⁰ Polyneuropathie ist eine „Nichtverletzungsbedingte Erkrankung mehrerer peripherer Nerven mit möglicher Beeinträchtigung sensibler, motorischer und vegetativer Nerven. Bei deutlich entzündlicher Komponente auch Polyneuritis genannt.“ (Pflege Heute 2007, S.1322).

bakterielle Pneumonien¹¹, Meningitiden¹² und Septikämien¹³.“ (Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.79).

Herpes zoster, auch Gürtelrose genannt, stellt eine der wesentlichsten HIV-assoziierten Erkrankungen dar, welche durch das Varicella-Zoster-Virus ausgelöst wird. Beim Erstkontakt, der größtenteils im Kindesalter erfolgt, verursacht, das aus der Familie der Herpes-Viren stammende Varicella-Zoster-Virus, Windpocken. Die Gürtelrose entsteht erst Jahre später bei einem erneuten Kontakt mit dem Virus oder bei einer Reaktivierung. Herpes zoster betrifft alle Altersgruppen, kommt aber vermehrt bei älteren Personen und eben besonders bei immungeschwächten Menschen vor. Der Krankheitsverlauf bei der Gürtelrose ist sehr schmerzhaft, denn er äußert sich in Form eines Hautausschlags mit Bläschen, welche nach drei bis fünf Tagen aufplatzen und kleine Wunden hinterlassen (vgl. Kopera 2005, S.1f.).

Die orale Haarleukoplakie (OHL) stellt für die HIV-Infektion ebenfalls einen charakteristischen Befund dar. Bei der OHL handelt es sich um weißliche Beläge (Plaques) meist an den seitlichen Zungenrändern, welche sich nicht abstreifen lassen und außerdem ein Zungenbrennen und Geschmacksstörungen hervorrufen. Die Entstehung der oralen Haarleukoplakie wird durch das Epstein-Barr-Virus hervorgerufen, welches auch eine Subfamilie der Herperviridae ist. Eine Therapie der OHL ist meist nicht erforderlich, da sich diese unter der antiretroviralen Therapie meist rückbildet (vgl. Bieniek 1999, S.149).

Im Verlauf einer HIV-Infektion entwickeln über 90% der Betroffenen irgendwann einmal eine Candidose, das heißt eine Pilzinfektion durch den Sprosspilz der Gattung *Candida*, in den meisten Fällen durch *Candida albicans* verursacht. Somit stellt die Candidose mit Abstand die häufigste Begleiterkrankung einer HIV-Infektion dar. Die Infektion betrifft insbesondere die Mundschleimhaut (Mundsoor) und äußert sich in Form von punkt- bis fleckenförmigen weißlichen Belägen, welche, im Unterschied zur oralen Haarleukoplakie, abkratzen sind. Das Risiko einer Candidainfektion nimmt mit dem Abfall der Helferzellen zu. Bei stark

¹¹ Die Schwere einer bakteriellen Lungenentzündung ist abhängig von der Leistungsfähigkeit des Abwehrsystems der Betroffenen (vgl. Pschyrembel 2002, S.1328).

¹² Meningitis (=Hirnhautentzündung) ist eine lebensbedrohliche Infektion des zentralen Nervensystems mit vorwiegendem Befall der Hirnhäute (Meningen) (vgl. Pflege Heute 2007, S.1312).

¹³ Septikämie auch als Sepsis und Blutvergiftung bezeichnet, ist eine „lebensbedrohliche Allgemeininfektion mit systemischer Entzündungsantwort des Organismus.“ Diese Krankheit weist nach wie vor eine hohe Sterblichkeit vor (vgl. Pflege Heute 2007, S.1023).

immungeschwächten Menschen, das heißt mit weniger als 200 Helferzellen pro Mikroliter Blut, ist eine Ausbreitung der Candidose auch auf die äußeren Genitalien, Rachen, Speiseröhre und den Magen-Darm-Trakt möglich (vgl. Pschyrembel 2002, S.261f. und Schmidt-Westhausen 2006, S.5f.).

Klinische Kategorie C (symptomatisch mit AIDS-Kriterien):

Das dritte und letzte Stadium der HIV-Infektion wird als Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) bezeichnet. Die Zeit von der Ansteckung mit dem HI-Virus bis zum Ausbruch des Stadiums AIDS kann mittlerweile bis zu zehn Jahre und auch darüber hinaus dauern (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.78f.).

„Das Vollbild AIDS ist definiert durch das Auftreten bestimmter opportunistischer Infektionskrankheiten, bestimmter maligner Tumoren, einer HIV-Enzephalopathie und des sogenannten wasting-syndrome.“ (Nowak 1997, S.556).

Die häufigste opportunistische Infektion stellt die Pneumocystis-carinii-Pneumonie (PcP) dar, welche vor allem durch Fieber, einen trockenen Husten und Atemnot gekennzeichnet ist. Diese Lungenentzündung ist zugleich auch die häufigste Todesursache bei AIDS-Patienten. Weitere relevante opportunistische Infektionen sind die Toxoplasmose, die Tuberkulose, die Cytomegalie, aber auch ein heftiger Herpesvirusbefall, eine Candidose und das Kaposi-Sarkom (vgl. ebenda).

Die zerebrale Toxoplasmose stellt die wichtigste neurologische opportunistische Infektion bei HIV-Patienten dar, welche durch den Erreger Toxoplasma gondii übertragen wird. Dieser ist weltweit verbreitet, mit einer Durchseuchungsrate von 50 bis 70%. Die Übertragung des Parasiten erfolgt vorzugsweise durch Katzen, im speziellen durch den Kontakt mit Katzenausscheidungen, aber auch bei der Nahrungsaufnahme vor allem von rohem Fleisch. In seltenen Fällen kann es zu einer Übertragung durch Bluttransfusionen kommen. Die klinischen Erscheinungsformen bei Immungeschwächten sind unter anderem Wesensveränderungen, Bewusstseinstörungen, Krampfanfälle, Lähmungen, Sprachstörungen und Störungen der Feinmotorik (vgl. Renz-Polster et al. 2006, S.1154; Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.81f.).

Das Kaposi-Sarkom (KS) ist der häufigste HIV-assoziierte Tumor, welcher das Bindegewebe befällt. Dabei ist vor allem die Haut betroffen, aber auch die Schleimhäute. Weitere Lokalisationen des KS sind das lymphatische System und die inneren Organe. Der Befall der inneren Organe, Lunge und Gastrointestinaltrakt, äußert sich durch blutige Durchfälle, Bluterbrechen, Blutspucken oder auch durch Atemnot. Bei unbehandelten Patienten kann das KS innerhalb weniger Monate zum Tode führen. Seit Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) im Jahr 1996 ist die Häufigkeit des HIV-assoziierten Kaposi-Sarkoms jedoch stark zurückgegangen (vgl. Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.88f. und Schöfer 2007, S.447f.).

2.7 Therapie der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung

Nach etlichen Jahren der Suche wurde im Jahre 1986 mit Azidothymin (AZT), einem Nukleosidanalogen, die erste erfolgreiche Therapie gegen das Immunschwächevirus entwickelt. Nur ein Jahr darauf erfolgte in den USA bereits die Zulassung von AZT (Zidovudin, Handelsname Retrovir) zur Behandlung von AIDS. In den deutschsprachigen Ländern begann die Anwendung der Monotherapie mit AZT erst 1989. Diese zeigte schnell eine merkliche Verlängerung der Überlebenszeit und eine deutliche Abnahme von opportunistischen Erkrankungen. In den darauf folgenden Jahren kamen weitere Nukleosidanaloga auf den Markt (vgl. Herkommer 2000, S.88ff.).

Eine Behandlung mittels Monotherapie wird heutzutage nicht mehr durchgeführt, da im Jahr 1996 die zwei großen Studien, DELTA-I und ACTG 175-Studie, belegt haben, dass eine Kombination aus mehreren Medikamentenklassen weitaus bessere Ergebnisse erzielt haben (vgl. ebenda; S.100). Demzufolge kommt nur noch die antiretrovirale Kombinationstherapie zum Einsatz, welche aus verschiedenen Therapiebausteinen besteht. Die einzelnen Therapiebausteine beziehungsweise –formen werden im darauffolgenden Kapitel beschrieben. Die hauptsächlichen Ziele der heutigen Kombinationstherapie, welche auch als HAART (highly active antiretroviral therapy) bezeichnet wird, sind erstens die Viruslast (viral load)¹⁴, das heißt die Menge von HIV im Blut, unter die Nachweisgrenze zu senken und so lange wie möglich niedrig zu halten. Zweitens möchte man damit einen Anstieg der CD4-Zellen, welche eine Untergruppe der weißen Blutzellen sind und als Funktion die Abwehr von

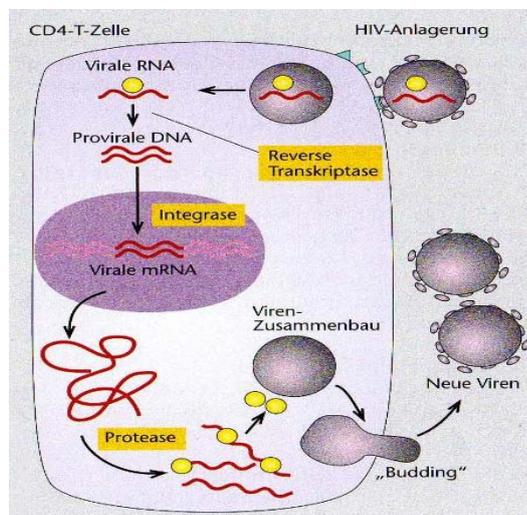
¹⁴Viruslast wird auch als die virale Belastung bezeichnet; diese dient auch als „Kontrollinstrument für die Wirksamkeit einer Therapie“ (vgl. Martinko 2003, S.987).

Krankheitserregern haben, bewirken (vgl. Herkommer 2000, S.84; Ewers 1998, S.46). Wenn beide Ziele erreicht werden können, dann bedeutet das für den Patienten nicht nur eine deutliche Verlängerung der Überlebenszeit, sondern auch das Aufkommen von zeitweise beschwerdefreien Infektionsverläufen (vgl. Rockstroh 1999, S.100; Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S.29).

2.7.1 Therapieformen

Laut dem jetzigen Wissensstand unterscheidet man vier Substanzklassen in der antiretroviralen Therapie, nämlich die Nukleosidalen Reverse Transkriptase-Hemmer (NRTI), die Nichtnukleosidalen Reverse Transkriptase-Hemmer (NNRTI), die Protease-Hemmer (PI) und die Integrase-Hemmer (II), auf welche hier nur kurz eingegangen wird, da das Thema zu komplex ist, um es detaillierter auszuführen. Um die einzelnen Therapiebausteine besser verstehen zu können, wird mit einer kurzen Beschreibung des Aufbaus des HI-Virus begonnen.

Wie schon anfangs erwähnt, gehört das HI-Virus zur Gruppe der Retroviren, welche ihre genetische Information auf der RNA tragen und zur Vermehrung in der menschlichen Zelle eine Reverse Transkriptase (RT) benötigen. Die RT ist ein Enzym, welches die Umschreibung von der einzelsträngigen RNA in die doppelsträngige DNA herbeiführt. Die unten angeführte Skizze (Renz-Polster et al. 2006, S.1137), welche den Replikationszyklus des HIV darstellt, soll besser veranschaulichen, wo die einzelnen Therapiebausteine in den Zyklus eingreifen können:



Nukleosidale Reverse Transkriptase Inhibitoren (NRTI)

Die NRTIs sind die ältesten, gegen das HI-Virus wirksamen Medikamente. Ihre Aufgabe besteht darin, wie der Gruppenname schon sagt, die Reverse Transkriptase zu hemmen (zu inhibieren) und so die Vermehrung der HI-Viren zu reduzieren. Dies geschieht indem falsche Nukleotide, nämlich Nukleosidanaloga eingebaut werden, welche zu einem vorzeitigen Kettenabbruch führen. Vertreter der NRTIs sind unter anderem Azidothymidin, Lamivudin und Stavudin (vgl. Masuhr 1999, S.78).

Nichtnukleosidale Reverse Transkriptase Inhibitoren (NNRTI)

Die NNRTIs besitzen den gleichen Angriffspunkt wie die Substanzen aus der Gruppe der NRTIs, nämlich die Reverse Transkriptase, an welche sie jedoch direkt binden. Die NNRTIs, wie Efavirenz, Nevirapin oder Delaviridin, dürfen ausschließlich in Kombination mit NRTIs verabreicht werden (vgl. Masuhr 1999, S.85).

Protease Inhibitoren (PI)

Die Zulassung der PI im Jahre 1996 bedeutete einen großen Durchbruch in der AIDS-Therapie. Die Wirkweise der PI beruht darauf, dass diese in der „letzten Phase des Zyklus der Virusvermehrung“ eingreifen und so „durch die Hemmung des Virusenzym Protease den erfolgreichen Zusammenbau und die Ausschleusung funktionsfähiger HI-Viren aus der Wirtszelle“ verhindern (vgl. Masuhr 1999, S.87). Für den Patienten bedeutet das, dass Neuinfektionen von Zellen verhindert werden können, da die neu gebildeten Virusteile nicht infektiös und reproduktionsfähig sind. Beispiele für diese Medikamentengruppe sind Amprenavir, Indinavir, Nelfinavir und Ritonavir (vgl. Pflege Heute 2007, S.1055).

Integrase Inhibitoren (II)

Integrase Inhibitoren stellen die vierte und neueste Substanzklasse von antiretroviralen Medikamenten dar. Nach jahrelangen Forschungsphasen gelang im Oktober 2007 ein weiterer bedeutender Durchbruch, denn mit Raltegravir (Handelsname Isentress) wurde der erste Integrase Inhibitor zugelassen. Das Ziel des Integrasehemmers ist es die Aktivität der Integrase, dem HIV-Protein welches für die Integration der viralen DNA in das Erbgut der

Zelle verantwortlich ist, zu blockieren. Das New England Journal of Medicine (2008; S.339ff) publizierte im Juli letzten Jahres die Ergebnisse der beiden Studien BENCHMRK-1 und BENCHMRK-2 mit den ersten erzielten Erfolgen mit Raltegravir, welches bei bereits vorbehandelten Patienten, in Kombination mit anderen antiretroviralen Substanzklassen, zum Einsatz kommt.

Die Zusammensetzung der jeweiligen Therapiebausteine und die Auswahl der passenden Substanzen sind immer individuell und von Patient zu Patient unterschiedlich. Die Auswahl der Substanzen hängt von vielen wesentlichen Faktoren ab. Zum einen muss beachtet werden um welche Patientengruppe es sich handelt, ob intravenös Drogenabhängige, schwangere Frauen oder Kinder und zum anderen muss auch beachtet werden ob Begleiterkrankungen und andere Infektionen vorliegen und mit welchen Therapien diese behandelt werden. Weiters ist auch wesentlich zu welchem Infektionszeitpunkt mit einer antiretroviralen Therapie begonnen wird (vgl. WHO 2006, S.17ff.).

Die Frage nach dem günstigsten Zeitpunkt, um mit einer antiretroviralen Therapie zu beginnen, kann noch immer nicht einheitlich beantwortet werden. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema gehört bei den Forschern zu den umstrittensten im AIDS-Bereich. Viele Forscher sind der Überzeugung, dass ein früher Einsatz der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) im asymptomatischen Krankheitsverlauf, zu schnell zu Resistenzbildungen und im weiteren Verlauf zu einer Ausschöpfung an Therapiemöglichkeiten führt. Andere wiederum sind der Ansicht, dass wenn man mit dem Einsatz der antiretroviralen Therapie bis zum Krankheitsausbruch wartet, nicht nur viele der Behandlungsmöglichkeiten verloren gingen, sondern auch irreversible Schädigungen des Immunsystems entstehen. Einigkeit über die Empfehlung eines raschen Therapieeinsatzes besteht einerseits wenn der Patient eine AIDS-definierende Erkrankung¹⁵ aufweist, gleich wie hoch bzw. niedrig seine CD4-Zellzahl dabei ist und andererseits besteht eine dringende Therapieempfehlung, wenn die CD4-Zellzahl unter 200 Zellen/ μ l fällt (vgl. Wood et al. 2005, S.407ff.; Götz 1999, S.108).

Der Zeitpunkt des Therapiebeginns nimmt aus einem besonderen Grund eine so große Bedeutung im Kampf gegen AIDS ein, denn auch wenn sich der Patient an alle

¹⁵ Zu den AIDS-definierende Erkrankungen gehören u.a.: Candidainfektionen, Kaposi Sarkome, Non-Hodgkin Lymphome, Pneumocystis carinii Pneumonie, Wasting Syndrom und Toxoplasmose.

Therapievorschriften hält, ist im Verlauf der Jahre eine Resistenzentwicklung des HI-Virus gegen alle vorhandenen Substanzen nicht zu verhindern (vgl. Gölz 1999, S.108). Zwar wurde in den letzten 25 Jahren im therapeutischen AIDS-Bereich sehr viel erreicht, denn „(...) führte die Krankheit anfangs bereits in wenigen Monaten zum Tod, so ist sie heute über lange Jahre chronisch.“ (Schmitt 2008, S.1). Nichtsdestotrotz kam in den letzten Monaten, durch den vorzeitigen Abbruch von zwei der vielversprechendsten Impfstoffstudien, die „große Ernüchterung“, dass die Eliminierung des HI-Virus noch lange nicht in Sicht ist und es, nach der Ansicht vieler Immunologen, vielleicht niemals sein wird (vgl. Schmitt 2008, S.1).

Postexpositionelle Prophylaxe

Eine postexpositionelle Prophylaxe (PEP) stellt keine Therapie an sich dar, sondern wird eher als vorbeugende Maßnahme gesehen, um das HIV-Infektionsrisiko zu verringern. Die PEP wurde ursprünglich für das medizinische Personal entwickelt, um im Falle eines Arbeitsunfalls, etwa bei Schnitt- oder Stichverletzungen, Kontakt mit einer offenen Wunde oder Schleimhautexposition mit potentiell kontaminiertem Material, zum Einsatz zu kommen. Mittlerweile steht diese Möglichkeit der Prophylaxe in bestimmten Fällen auch Personen zur Verfügung, die eine sexuelle Begegnung mit hohem Ansteckungsrisiko hatten, wie zum Beispiel bei einem sogenannten Sexunfall wo beispielsweise das Kondom gerissen ist (vgl. Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S.42; Steflitsch 2003, S.6).

Eine PEP gegen HIV gilt als Sofortmaßnahme und sollte daher so schnell wie möglich eingeleitet werden, denn je mehr Zeit verstreicht, desto weniger effizient ist sie. Um also die bestmögliche Wirkung zu erzielen, „muss damit innerhalb der ersten zwei Stunden nach dem Risikokontakt begonnen werden“, denn genau diese Zeitspanne benötigt das HI-Virus von der Aufnahme bis zur Anlagerung an die Wirtszelle. Innerhalb der ersten 24 bis spätestens 72 Stunden nach einer möglichen Exposition ist der Einsatz einer PEP noch sinnvoll (vgl. Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S.43; Steflitsch 2003, S.6f.).

Die Medikamente, die bei der postexpositionellen Prophylaxe zum Einsatz kommen und über einen Mindestzeitraum von vier Wochen eingenommen werden müssen, „sind dieselben, die auch im Rahmen einer Kombinationstherapie verschrieben werden“. Wenn die PEP aufgrund einer beruflichen Exposition im medizinischen Bereich zum Einsatz kommt, dann muss die betroffene Person darüber eine exakte Unfalldokumentation erstellen (vgl. ebenda).

2.7.1.1 Nebenwirkungen der Therapien

Die ersten sechs Monate, nach Verabreichung einer antiretroviralen Therapie, sind stets kritisch, denn das Auftreten von Komplikationen in den ersten Wochen ist üblich. Oftmals kommt es vor, dass Patienten am Beginn einer antiretroviralen Therapie verschiedene Beeinträchtigungen, sowohl des Wohlbefindens als auch der Leistungsfähigkeit, verspüren. Zu diesen anfänglichen Nebenwirkungen zählen unter anderem verschiedene Magen-Darm-Probleme, wie Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall und Sodbrennen, aber auch unterschiedliche Hauterkrankungen und Fieber. Das angeschlagene Immunsystem braucht eine gewisse Zeit um wieder stärker zu werden, deshalb sollte man nicht zu voreilig über die Effektivität eines Medikaments urteilen und die Zuversicht in die Behandlung verlieren (vgl. WHO 2006, S.25ff; Herkommer 2000, S.34).

Nichtsdestotrotz kann der Patient in manchen Fällen auf eine ART überempfindlich reagieren, was sich in einem dauerhaften Bestehen der Nebenwirkungen äußert, welche darauffolgend eine eigene medikamentöse Behandlung benötigen. Der Schweregrad, der sowohl kurzfristig als auch langfristig auftretenden Nebenwirkungen, kann dabei von leicht bis schwer und sogar bis lebensbedrohlich reichen (vgl. WHO 2006, S.25ff.).

Langzeitnebenwirkungen der hochaktiven antiretroviralen Therapie treten meist erst nach mehreren Anwendungsjahren auf und sind in ihrer Erscheinung sehr vielfältig und komplex. Als Langzeitnebenwirkungen werden beispielsweise die periphere Neuropathie¹⁶, die Pankreatitis¹⁷, Nierensteine, das Lipodystrophie Syndrom¹⁸ aber auch Müdigkeit, welche in weiterer Folge zusätzlich Stress, Vitamin- und Mineralienmangel und Depression verursacht, angesehen. Die Faktoren, welche für das Zustandekommen von Langzeitnebenwirkungen verantwortlich sind, können weder einzelnen Substanzen noch typischen Medikamentenkombinationen mit Sicherheit zugeordnet werden (vgl. Herkommer 2000, S.120; Hetz/Teufl-Bruckbauer 2003, S.39).

¹⁶ „Eine periphere Neuropathie ist eine Schädigung der Nervenbahnen in den Extremitäten. Sie verursacht Brennen, Taubheitsgefühl und Schmerzen. Sie kann ebenfalls ein verändertes Tastgefühl produzieren (...) Die periphere Neuropathie kann, auch nach Absetzen der Medikamente, die sie verursacht haben können, noch einige Wochen bestehen bleiben. In einigen Fällen kann es zu irreparablen Nervenschädigungen gekommen sein.“ (Herkommer 2000, S.120f.).

¹⁷ Die Pankreatitis ist eine lebensbedrohliche Bauchspeicheldrüsenentzündung (vgl. Pflege heute 2007, S.856f).

¹⁸ Lipodystrophie Syndrom ist eine „Fettverteilungsstörung unklarer Genese im Rahmen der Therapie einer HIV-Infektion“. Vor allem bei Einnahme von Proteasehemmern beobachtet (vgl. Pschyrembel 2002, S.973).

Im Verlauf einer hochaktiven antiretroviralen Therapie kommt es, aufgrund verschiedener Ursachen, nicht nur zum Auftreten von kurzfristigen und langfristigen Nebenwirkungen, sondern gelegentlich auch zu Wirkverlusten und somit zum Versagen einer antiretroviralen Therapie. Ein Indikator für ein Therapieversagen ist ein wieder auftretendes rasches Fortschreiten der Erkrankung, wobei das Abfallen der CD4-Zellzahl den offensichtlichsten Prädiktor eines Therapieversagens darstellt. In diesem Fall sollte, nach einer gründlichen Analyse, zunächst nur ein Medikament der Kombinationstherapie ausgetauscht werden. Wenn es jedoch sowohl zu einem Abfall der CD4-Zahl, als auch zu einem Anstieg der Viruslast kommt, dann sollte in jedem Krankheitsstadium ein gänzlicher Therapiewechsel in Betracht gezogen werden (vgl. WHO 2006, S.35ff.).

2.7.1.2 Compliance / Adherence

Der Begriff „Compliance“ wurde aus dem Englischen in die deutsche Fachsprache übernommen und ist laut Pschyrembel (2002; S.310) die „Bereitschaft eines Patienten zur Zusammenarbeit mit dem Arzt bzw. zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, zum Beispiel Zuverlässigkeit, mit der therapeutische Anweisungen befolgt werden.“ Compliance kann weiters übersetzt werden als „Einverständnis, Einhalten, Willfährigkeit oder Fügsamkeit“ (Pfleger 2007, S.123).

Der Compliance-Begriff ist umstritten und wird daher nicht immer positiv aufgefasst, denn er stellt den Patienten als abhängig und passiv dar. Aus diesem Grund wurden weitere alternative Begriffe gewählt, nämlich Kooperation und Adherence, was soviel wie „Therapiebefolgung oder Therapiemotivation“ bedeutet (vgl. ebenda; S.123). Während Compliance also eher den „(...) Aspekt des Sich-Fügens betont, unterstreicht Adherence die freiwillige und selbstbestimmte Befolgung einer von Arzt und Patient gemeinsam getroffenen Therapievereinbarung durch den Patienten“ (Mayer 1999, S.145).

Compliance nimmt im therapeutischen AIDS-Bereich eine sehr wesentliche Stellung ein und ist dadurch erheblich für den Erfolg oder Misserfolg einer Therapie verantwortlich. Denn wenn ein an AIDS erkrankter Mensch „Non-Compliant“ ist, also wenn er mit den Therapieempfehlungen des Arztes nicht übereinstimmt und sich somit an diese auch nicht hält, dann kommt es sehr schnell zu einem Wirkverlust der ART und in weiterer Folge zu einer erheblichen Verkürzung der Überlebenszeit. Das Nichtbefolgen von

50

Therapieempfehlungen äußert sich unter anderem im eigenständigen Verändern der Medikamentendosis, dem vollständigem Absetzen von Medikamenten, dem Nichteinhalten von Diäten und dem Vergessen von Kontrollterminen (vgl. Pflege Heute 2007; S.123).

Der Erfolg jeder Adherence Strategie beruht einerseits auf einer umfassenden Aufklärung und Information des Patienten vor Therapiebeginn über die Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Therapieziele einer ART und der darauffolgenden Vergewisserung, dass diese vom Patienten verstanden wurden. Andererseits auf der Beachtung der Bereitschaft des Patienten mit einer ART anzufangen, der Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände und der Einbeziehung von Verwandten und Freunden, falls diese vorhanden und an der Unterstützung des Patienten interessiert sind (vgl. WHO 2006, S.70; Mayer 1999, S.147).

Ein weiterer Schlüssel zu einer erfolgreichen Compliance betrifft die Dosierung und Häufigkeit der Medikamenteneinnahme. Denn je geringer die Tablettenmenge und –größe und je seltener diese mit speziellen Nahrungsvorschriften und zu speziellen Tageszeiten eingenommen werden müssen, desto zuverlässiger verhält sich der Patient (vgl. WHO 2006, S.70).

2.8 Stationäre professionelle Pflege von HIV- und AIDS-Patienten

In diesem Kapitel erfolgt zunächst eine Beschreibung des Zustandekommens des Professionalisierungsbegriffes, mit den für ihn typischen Merkmalen und im Anschluss darauf wird die Entstehung der Krankenpflege als Profession dargestellt. Im zweiten Teil dieses Kapitels wird zuerst die Entstehung der stationären Krankenhausversorgung im HIV/AIDS-Bereich dargestellt, welche dann übergeht in die detaillierte Beschreibung der beiden bestehenden HIV/AIDS-Stationen in Wien.

2.8.1 Begriffsdefinition „Professionalisierung“

Die Diskussion rund um den Begriff der Professionalisierung nahm ihren Anfang im anglo-amerikanischen Raum, in den 1930er-Jahren. Dabei stachen besonders die Arbeiten von den beiden Briten Carr-Saunders und Wilson im Jahre 1933 und vom Amerikaner Parsons im

Jahre 1939 hervor. Als Profession galten zu dieser Zeit in den USA nur einige wenige Berufe, welche auch als die „klassischen Professionen“ bezeichnet wurden, dazu gehörte die Tätigkeit des Arztes, des Richters und des akademisch ausgebildeten Geistlichen. Im späteren Verlauf kamen noch einige Ingenieursberufe, mit einem spezialisierten Fachwissen, hinzu. Die Auseinandersetzung mit dem Professionalisierungsbegriff im deutschsprachigen Raum fand erst gegen Ende der 1960er-Jahre statt (vgl. Veit 2004, S.13ff).

In diesen Zeitraum fällt auch die Beschreibung der 18 Merkmale einer Profession durch Hans Albrecht Hesse (1968, S.45ff), welche er aus verschiedenen Schriften von 20 englischsprachigen Autoren zusammenstellte. Die sechs häufigsten Merkmale, welche aus Hesses Literaturschau hervorgingen, sind:

- *„Kunstherrlichkeit beruht auf langdauernder theoretisch fundierter Spezialausbildung – sie ist überwiegend ‚nicht-manuell‘.*
- *Die Berufsangehörigen sind in ihrer Praxis an bestimmte Verhaltensregeln gebunden (code of ethics, code of conduct).*
- *Organisierung in einem Berufsverband mit weitgehender Selbstverwaltung und Disziplinargewalt.*
- *Die Arbeit der Berufsangehörigen ist ein Dienst an der Allgemeinheit; sie dient dem öffentl. Wohl, der Stabilität der Gesellschaft und weniger der Befriedigung privater Interessen der Berufsangehörigen.*
- *Berufstätigkeit ist altruistisch¹⁹, nicht egoistisch motiviert.*
- *Aufnahme der Berufstätigkeit setzt das Bestehen einer Prüfung voraus, die weitgehend in Händen des Berufsverbandes liegt.“*

Eine detaillierte Definition des Professionalisierungsbegriffs liefert unter anderem Büschges (2007, S.514) im Lexikon zur Soziologie, welche viele Ähnlichkeiten mit Hesses Merkmalsbeschreibung einer Profession aufweist, diese lautet:

„Spezialisierung und Verwissenschaftlichung von Berufspositionen aufgrund gesteigener Anforderungen an das für die Berufsausübung erforderliche Fachwissen, verbunden mit einer Höherqualifizierung der Berufsbildung, der Einrichtung formalisierter Studiengänge, einer Kontrolle der Berufsqualifikation und des Berufszuganges durch Fachprüfungen, der Organisation der Berufsangehörigen in besonderen Berufsverbänden, der Kodifizierung

¹⁹ Altruistisch: selbstlos und uneigennützig handeln

berufsethischer Normen, der Zunahme universeller Leistungsorientierung und beruflicher Autonomie sowie einer Steigerung von Berufsprestige und – einkommen.“

Trotz der vielen detaillierten Begriffsbeschreibungen gibt es bis heute keine einheitlichen Kriterien aus denen ersichtlich wird, ab wann ein Beruf sich als eine Profession bezeichnen darf. Die gebräuchlichste Differenzierung ist die zwischen den drei klassischen Professionen und den Semi-Professionen, zu welchen Lehrer, Sozialarbeiter und auch die Pflegepersonen zählen. Semiprofessionen erfüllen nur einige der oben angeführten Merkmale und sie besitzen bei weitem nicht die berufliche Autonomie, wie sie die klassischen Professionen haben (vgl. Veit 2004, S.26f.).

2.8.1.1 Begriffsdefinition „Professionelle Pflege“

Der Gedanke die Krankenpflege zu einer Profession zu machen gründete vorwiegend in dem Wunsch sich endlich von der Dominanz der Medizin zu befreien und somit „(...) auf die Bedeutung von Pflege als eigenständige Disziplin hinzuweisen. Damit verbunden war das Bedürfnis nach beruflicher Autonomie und einer Aufwertung krankenpflegerischer Arbeit.“ (Veit 2004, S.67).

Die Merkmale professioneller Pflege nach Arets et al. (vgl. 1999, S.29ff) knüpfen zweifelsohne an die Voraussetzungen welche eine Profession erfüllen muss an, sie werden lediglich auf das Fachgebiet der Pflege modifiziert. Demnach soll professionelle Pflege auf einer „spezifischen Sachkenntnis und Verantwortung“ basieren, welche durch eine staatlich geregelte theoretische und praktische Ausbildung erlangt wird. Weiters hat die professionelle Pflege „ihre Daseinsberechtigung auf der Grundlage theoretischen Wissens, wissenschaftlicher Forschungen und klar festgelegter Richtlinien für die Interventionen in der Praxis“. Der ICN²⁰-Code stellt den berufsethischen Kodex dar, welcher die Normen für pflegerisches und ethisches Handeln formuliert. Daneben wurden auch andere Richtlinien, wie zum Beispiel die „Berufsordnung für professionell Pflegenden“ durch die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen, aufgestellt.

²⁰ ICN steht für International Council of Nurses (Weltbund der Pflegenden) → die 4 grundlegenden Verantwortungsbereiche darin lauten: Gesundheit fördern; Leiden lindern; Krankheit verhindern und Gesundheit wiederherstellen (vgl. Arets 1999, S.89).

(vgl. Pflege Heute 2007, S.37). Zum Aufgabenbereich professionell Pflegender gehört die Fähigkeit selbständig pflegerische Diagnosen zu erstellen und zu planen, aber auch das Durchführen und Evaluieren der Pflege. Außerdem müssen professionell Pflegende sowohl zur Teamarbeit als auch zur Zusammenarbeit mit Patienten, Angehörigen und den Mitgliedern anderer Berufsgruppen fähig sein. Weitere Merkmale professioneller Pflege sind, dass sie aufgrund eines gesellschaftlichen Auftrags und gegen Entgelt ausgeübt wird (vgl. Arets 1999, S.29).

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel hat im Zuge des Projekts „Zukunft Medizin Schweiz“, in Zusammenarbeit mit der Expertengruppe des Projekts der SAMW²¹, eine Definition von Professioneller Pflege (Spichinger et al. 2006, S.51) entwickelt:

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.“

Der Prozess der Professionalisierung der Pflege, im deutschsprachigen Raum, ist ein sehr weiter und langwieriger, deshalb bezeichnet man den Pflegeberuf auch als eine „wachsende Profession“, denn es ist noch ein weiter Weg zum Erreichen des Ziels, welches Autonomie, Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit lautet (vgl. Arets 1999, S.43).

2.8.2 Stationäre Krankenhausversorgung

Am Anfang der 80er-Jahre und somit zu Beginn der Ausbreitung der erworbenen Immunschwächekrankheit, wurden HIV- und AIDS-Patienten „(...) auf internistischen Abteilungen unterschiedlicher Schwerpunktbildung sowie dermatologischen, neurologischen, onkologischen und anderen Fachabteilungen behandelt, wobei der Komplexität der Erkrankung nicht immer Rechnung getragen wurde.“ (Schaeffer et al. 1992, S.319).

²¹ SAMW steht für Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Aufgrund des fortwährenden Anstiegs der Patientenzahl, wurden jedoch bald darauf in ganz Österreich HIV/AIDS-Spezialstationen mit eigens dafür ausgebildeten Ärzten und Pflegepersonen errichtet, um den betroffenen Personen eine angemessene Behandlung und Betreuung zu gewährleisten. Um das Jahr 1988 stand in den Krankenhäusern noch die lindernde Pflege im Vordergrund, da die Überlebenszeit HIV-Infizierter zu diesem Zeitpunkt nur etwa neun Monate betrug. Ein weiteres Kennzeichen der damaligen stationären Krankenhausversorgung war der überwachende Charakter durch Pflegepersonal und Ärzte. Die Gesprächsinhalte bezogen sich dabei hauptsächlich auf die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, wobei dem Einzelnen für individuelle Bedürfnisse („Essen, Ruhe- und Schlafzeiten, Freizeitaktivitäten, soziale Kontakte über Besuchszeitenregelung, Intimität, Sexualität“) und die emotionale Begleitung in der Regel kein oder kaum Platz geboten wurde (vgl. Geyer 2002, S. 19f.; Wierz/Kuhlenkamp 1997, S.39).

Doch mit dem stetigen Wissenszuwachs und der dadurch verbesserten Behandlungsmöglichkeiten, verlängerte sich einerseits die Lebensdauer der HIV-Patienten deutlich und andererseits häuften sich dadurch die Krankenhausaufenthalte, wodurch es bald zu einer Erschöpfung der Kapazitäten im stationären Bereich kam. Das führte zu einem Umdenken im HIV/AIDS-Behandlungsbereich und somit zur Errichtung von Tageskliniken, Ambulanzen und mobilen Diensten (vgl. Schaeffer et al. 1992, S. 319f.).

Eine stationäre Aufnahme von HIV/AIDS-Patienten erfolgt heutzutage meist aufgrund eines akuten Krankheitsbildes, einer neuen Therapieeinstellung oder aufgrund umfangreicher Untersuchungen. Die Behandlung der Patienten in den restlichen Verlaufsphasen der chronischen Krankheit übernehmen die verschiedenen extramuralen Dienste.

2.8.2.1 AIDS-Stationen in Wien

Wien ist, laut den Erhebungen der Statistik Austria vom 30.09.2008, eine Stadt mit 1.677.468 Einwohnern, wovon ungefähr 7.000 HIV-positiv sind. Derzeit (Stand 30.Jänner 2009) gibt es in ganz Österreich 1.205 AIDS-Erkrankungen, wobei davon ungefähr 48% auf Wien entfallen (vgl. Aidshilfe Wien 2009). Für diese Patienten stehen in Wien zwei HIV/AIDS-Stationen zur Verfügung, nämlich Pavillon Annenheim im Otto Wagner Spital und die Station Süd B im neuen AKH. Auf diese beiden Stationen wird im Methodologieteil ausführlicher eingegangen.

3. Forschungsfragen

Die Diplomarbeit besteht aus einer zentralen Fragestellung und den sich daraus, in weiterer Folge, ableitenden Unterfragen. Die Hauptforschungsfrage lautet „Was bedeutet es für professionell Pflegende HIV/AIDS-Patienten stationär zu pflegen?“ Einige Unterfragen dazu lauten:

- Was stellt für die professionell Pflegenden eine besondere Herausforderung dar?
- Welche Dinge sind besonders wichtig, d.h. stehen für sie im Vordergrund?
- Welche Situationen sind, an der Pflege von HIV/AIDS-Patienten, besonders schön oder positiv?
- Was sind die heutigen Anforderungen an die professionelle HIV/AIDS-Pflege? Was muss unbedingt beachtet werden?

Mit der stetigen Weiterentwicklung von Therapiemöglichkeiten, hat sich im Verlauf der Epidemie der Pflegeschwerpunkt, von der manuellen Pflegearbeit zur psychologischen- und Aufklärungsarbeit verlagert, deshalb möchte ich von den professionell Pflegenden erfahren, wie viel Zeit sie sich im Durchschnitt für die Gespräche mit den Patienten nehmen können bzw. auch nehmen wollen.

Weiters möchte ich noch drei große Themenbereiche ansprechen und zwar erstens das Thema rund ums Finalstadium, zweitens das Thema Zusammenarbeit mit Angehörigen, Pflegekollegen oder mit anderen Berufsgruppen wie Mediziner, Sozialarbeiter und Psychologen und drittens das Thema Fort- und Weiterbildung.

Beim Themenblock Finalstadium möchte ich speziell danach fragen, wie hoch die psychische Belastung bei den professionell Pflegenden ist, besonders beim Umgang mit dem Tod eines langjährigen Patienten.

Zum Thema Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen möchte ich einerseits herausfinden ob es überhaupt eine gibt und wenn ja wie diese zustande kommt und andererseits möchte ich erfahren, falls Angehörige vorhanden sind, wie diese in den Pflegealltag von den Pflegenden miteinbezogen werden.

Beim dritten Themenblock, der Fort- und Weiterbildung, werde ich unter anderem danach fragen inwieweit sich die Pflegepersonen fortbilden, ob sie neue Forschungserkenntnisse anwenden und welchen durchschnittlichen Zeitaufwand das beansprucht.

Zum Schluss möchte ich von den professionell Pflegenden noch erfahren, was für sie persönlich das wesentlichste Pflegeziel auf der AIDS-Station darstellt und was sie an Verbesserungsvorschlägen für die Zukunft hätten.

4. Methodologie

Das Kapitel „Methodologie“ setzt sich mit den in dieser Diplomarbeit verwendeten Forschungsmethoden auseinander und zeigt zunächst auf, warum gerade diese Methoden für die Beantwortung der Forschungsfragen gewählt wurden. Weiters werden in diesem Kapitel die ersten Orientierungsversuche im Forschungsfeld, die Auswahl der Stichprobe und die Wege mit welchen die Daten erhoben und ausgewertet wurden, beschrieben. Am Ende dieses Kapitels wird auf die Gütekriterien der qualitativen Forschung und auf die ethischen Überlegungen, welche im Bezug auf diese Untersuchung gemacht wurden, eingegangen.

4.1 Methodologische Entscheidung

Die methodologische Wahl fiel in dieser Forschungsarbeit auf den qualitativen Forschungsansatz, mit welchem „(...) man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus erfahren und verstehen“ (Mayer 2007, S.89) möchte. Mittels dieser Untersuchung möchte ich genau dieses subjektive, menschliche Verhalten und Erleben von professionell Pflegenden, auf den zwei HIV/AIDS-Stationen in Wien, ergründen.

Um das zu erreichen werden zwei, einander ergänzende, qualitative Methoden angewendet. Welche einerseits die Befragung, in Form des halb-standardisierten Interviews und andererseits die teilnehmende Beobachtung sind. Während man sich also bei der „Befragung in erster Linie auf die Ermittlung von Einstellungen, Meinungen, Gefühlen, Vorstellungen und Verhaltenserwartungen konzentriert“ (Lamnek 2005, S.552), versucht man mittels der Beobachtung das soziale Verhalten der Pflegenden zu ermitteln. Mittels dieser gegenseitigen Ergänzung kann laut Lamnek (2005; S.552f) „die Gültigkeit der ermittelten Daten und Befunde abgesichert werden“.

Das Ziel dieser Untersuchung deckt sich mit den Zielen der qualitativen Forschung, nämlich aus den gewonnenen Daten Theorien und Konzepte, in diesem Fall Handlungskonzepte der stationären HIV/AIDS-Pflege, zu entwickeln (vgl. Mayer 2007, S.89).

4.1.1 Qualitative Sozialforschung

Die qualitative Forschung orientiert sich stets am subjektiven Verhalten und Erleben der Menschen in ihrem natürlichen und alltäglichen Umfeld, welche nach Mayring (vgl. 2002; S.20) immer „Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung“ sein müssen.

Weitere Grundprinzipien welche die qualitative Forschung charakterisieren sind unter anderem, dass sie in ihrem Vorgehen flexibel, offen und ganzheitlich (holistisch) ist. Im Vordergrund stehen die Relevanzsysteme der Betroffenen²² und nicht die Prädetermination, d.h. die festgelegten Entwicklungsvorgänge, des Forschers. Die Methoden der qualitativen Forschung sind sowohl idiographisch, also das Einmalige, Einzigartige beschreibend, als auch induktiv, das heißt vom Einzelnen aufs Allgemeine schließend. Bei der Datenerhebung versucht sich der Forscher an die jeweilige Situation anzupassen und bei der Datenauswertung wendet er interpretative Methoden an, woraus Ergebnisse in deskriptiver Form entstehen (vgl. Mayer 2007, 88f.; Lamnek 2005, S.272).

Letztendlich soll die Anwendung der qualitativen Forschung Theorien und Konzepte bilden und nicht Theorien prüfen, wie es in der quantitativen Forschung der Fall ist. Außerdem möchte man mittels qualitativer Forschung die subjektiven Sichtweisen des Menschen verstehen und nicht erklären (vgl. Mayer 2007, 88f.; Lamnek 2005, S.272).

4.1.2 Grounded Theory

Anfang der 60er Jahre schlossen sich die zwei amerikanischen Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss zusammen, um „die große Kluft zwischen Theorie und empirischer Forschung“ endlich zu überbrücken. Wozu ihrer Ansicht nach nicht die Verbesserung der bereits bestehenden Methoden ausreichte, sondern die Entwicklung einer völlig neuen Theorie, der sogenannten Grounded Theory notwendig sei (vgl. Lamnek 2005, S.101f.). Etliche Jahre später hat dann Anselm Strauss die Arbeit an der Weiterentwicklung und Verbesserung der Grounded Theory, zusammen mit Juliet Corbin fortgesetzt.

²² „Verlauf und Inhalt der Forschung werden weit gehend davon bestimmt, was für die Betroffenen von Bedeutung ist.“ (Mayer 2007, S.88).

Viele Forscher versuchten den Begriff „Grounded Theory“ ins Deutsche zu übersetzen, wobei sich letztendlich zwei Formen durchsetzten, nämlich einerseits die gegenstandsbezogene Theorie und andererseits die gegenstandsverankerte Theorie. Der Begriff „Grounded“ wird übersetzt als „in der Empirie verankert“ und die Grounded Theory wird als eine auf empirischen Daten und Einsichten beruhende Theorie beschrieben (vgl. Lamnek 2005, S.102).

Das von Glaser und Strauss entwickelte Verfahren basiert auf den Grundlagen des Symbolischen Interaktionismus, bei welchem die Bedeutungen, welche Menschen mit ihrem Handeln verbinden, aufgearbeitet und rekonstruiert werden. Die Vertreter des Symbolischen Interaktionismus konzentrieren sich auf das Individuum und im Speziellen auf das Selbst und sein Bewusstsein (vgl. Richter 2001, S.186).

Nach der Beschreibung von Strauss und Corbin (1996, S.7f.) steht am Anfang des Untersuchungsprozesses nicht eine Theorie, welche am Schluss bewiesen werden soll, sondern ein Untersuchungsbereich, wo sich erst im Verlauf des Forschungsprozesses herausstellt was relevant ist und was nicht. Mit anderen Worten: Mittels Grounded Theory werden Theorien entwickelt und nicht geprüft.

Die Entwicklung gegenstandsbezogener Theorien erfolgt „durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten“, welche folglich in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen (vgl. Strauss/Corbin 1996, S.7f.). Als zentrale Methode wird dabei die vergleichende Analyse (Comparative Analysis) gesehen, welche zur Überprüfung der gewonnenen Daten aber auch zur Spezifizierung der Daten eingesetzt werden kann (vgl. Lamnek 2005, S.103f.). Weitere, speziell für die Datenerhebung und Datenauswertung der Grounded Theory entwickelte Vorgehensweisen sind das „Theoretical Sampling“ und die drei Kodiervverfahren, auf welche in den darauffolgenden Kapiteln eingegangen wird.

Laut Strübing (2008; S.7) hat sich die Grounded Theory, in den vergangenen 40 Jahren, zu einem der weitverbreitetsten Verfahren in der qualitativ-interpretativen Sozialforschung entwickelt.

4.2 Datenerhebung

Im Kapitel der Datenerhebung werden zunächst die ersten Orientierungsversuche, welche im Forschungsfeld gemacht wurden, beschrieben. Danach erfolgt die detaillierte Beschreibung der Stichprobe und die Darstellung der speziellen Methode mit welcher sie ausgewählt wurde, das theoretische Sampling. Zum Schluss werden sowohl die beiden qualitativen Methoden, welche ich zur Datenerhebung angewendet habe, beschrieben, als auch die Erfahrungen welche ich damit gemacht habe.

4.2.1 Zugang zum Forschungsfeld

Das Forschungsfeld erstreckt sich über die beiden in Wien vorhandenen HIV/AIDS-Stationen, nämlich das Pavillon Annenheim und die Station Süd B, welche ich jedoch im Kapitel „Beschreibung der Stichprobe“ ausführlich darstellen werde.

Die ersten Orientierungsversuche führten mich direkt auf die Stationen, wo ich mich erkundigen wollte, ob die Möglichkeit generell bestünde eine Forschung auf den beiden Stationen durchzuführen. Nachdem ich mein Anliegen dargelegt habe und von Seiten der Stationen keine Einwände kamen, machte ich mich anschließend auf den Weg in die jeweiligen Pflegedirektionen, um dort meine schriftlichen Anträge zur Forschungserlaubnis einzureichen. (Die Antragsformulare sind im Anhang zu finden.)

Nachdem die erste Forschungsbewilligung aus dem Otto Wagner Spital kam, habe ich dort mit meiner Forschungsdurchführung angefangen. Dort habe ich mich zunächst an eine Person gewandt, welche mir im voraus empfohlen wurde. Gemeinsam mit dieser Person habe ich dann die ersten Teilnehmer für meine Forschung ausgesucht.

Erst nachdem ich die Forschungseinheit im Pavillon Annenheim abgeschlossen hatte, begann ich mit der Forschungsdurchführung auf der Station Süd B. Als im Nachhinein noch offene Fragen auftauchten, wurde immer wieder zurück ins Feld gegangen, um diese zu klären.

4.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Wie oben bereits erwähnt, erstreckt sich die Stichprobe über zwei voneinander unabhängige Stationen. Dies sind die einzigen in Wien vorhandenen HIV/AIDS-Stationen:

Pavillon Annenheim

Das Pavillon Annenheim, welches auf einem Hügel relativ abseits der anderen Stationen liegt, gehört zum Pulmologischen Zentrum des Otto Wagner Spitals, genauer gesagt zur 2. Internen Lungenabteilung. Annenheim war anfangs ein Pavillon für an Tuberkulose erkrankte Kinder, welches 1988 zur reinen HIV/AIDS-Station umfunktioniert wurde. Diese bestand bis zum Jahr 1996, danach wurden nach Verfügbarkeit freier Betten auch HIV-negative Patienten, meist mit bronchopulmonalen Erkrankungen aufgenommen. In den Jahren von 1996 bis 2004 hatte Annenheim eine eigene HIV-Intensivstation, welche jedoch aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen werden musste.

Annenheim verfügt über 9 belegbare Zimmer mit insgesamt 24 Betten, wobei die Zimmer unterschiedlich groß sind. Für die Station sind insgesamt 14 Pflegepersonen und zwei Stationsleitungen zuständig, mit unterschiedlichen Gesamtarbeitszeiten (1x43h; 6x42h; 7x40h; 1x30h; 1xgeringfügig). Für die Tageseinteilung sind, unter normalen Umständen, drei Pflegenden die am Bett arbeiten, eine Stationsleitung und eine Abteilungshilfe vorgesehen.

Station Süd B

Die Station Süd B gibt es seit 1988, da trug sie aber noch den Namen Station 63 und war im Alten AKH angesiedelt, erst im Jahr 1992 und damit mit dem Umzug ins heutige Gebäude, wurde sie auf den Namen Süd B umbenannt. Süd B gehört zur Klinischen Abteilung für Immundefizienz und infektiöse Hautkrankheiten der Universitätsklinik für Dermatologie des AKH Wien. Diese Klinische Abteilung besteht insgesamt aus drei Allgemeinen Ambulanzen, wozu die HIV-Ambulanz gehört, aus zehn Spezialambulanzen, wozu auch die Ernährungs- und Stoffwechselberatung für HIV-Patienten gehört und aus drei Stationen. Ausnahmslos alle nicht HIV betreffenden Bereiche befinden sich im Hauptgebäude des AKH. Die HIV Ambulanzen und Stationen sind weit abseits des Haupthauses, in den alten medizinischen Gebäuden zu finden.

Süd B verfügt über 10 Zimmer mit 23 Betten, wobei 8 Betten auf die Intensivstation und 15 auf die Normalstation entfallen. Die Zimmer der Intensivstation beinhalten ständig laufende Kameras, welche auf Monitore im Schwesternstützpunkt übertragen werden.

Für Süd B sind insgesamt 17 Pflegepersonen und drei Stationsleitungen zuständig, mit jeweils unterschiedlichen Gesamtarbeitsstunden (13x40h; 3x30h; 4x20h). Für die Tagesschicht werden meist vier Pflegende, die am Bett arbeiten, zugeteilt, manchmal jedoch nur drei ist immer vom jeweiligen Patientenstand abhängig.

4.2.2.1 Stichprobenauswahl (theoretisches Sampling)

Das theoretische Sampling stellt eine besondere Art der Stichprobengewinnung dar und zählt zu den Hauptkennzeichen der Grounded Theory. Theoretisches Sampling „(...) bedeutet, dass die Ergebnisse der Auswertung der ersten Interviews die theoretische Information liefern, die die weitere Auswahl der Teilnehmerinnen beeinflusst“ (Mayer 2007, S.287). Das bedeutet, dass ich bereits nach der Durchführung des ersten Interviews meinen Interviewleitfaden modifiziert habe, um so eine gewisse Bandbreite an Informationen zu erhalten.

Das theoretische Sampling wird von der Analyse während der Kodierprozesse geleitet, deshalb treten Datensammlung und Datenanalyse abwechselnd auf und ergeben einen eng verwobenen Prozess. Während dieser Prozesse sind das Stellen von Fragen und das Aufstellen von Vergleichen wesentlich (vgl. Strauss/Corbin 1996, S.40, S.150). Auf meine Untersuchung bezogen bedeutet das, dass immer im Anschluss an eine Interviewdurchführung mit der Transkription begonnen wurde. Erst nachdem das vorangegangene Interview fertig transkribiert und grob analysiert wurde, bin ich wieder zurück ins Feld gegangen um das nächste Interview zu erheben.

Das theoretische Sampling verfügt über unterschiedliche Besonderheiten, welche abhängig vom Kodiertyp sind. Strauss und Corbin (vgl. 1996; S.150) beschreiben diese so, dass beim anfänglichen Sampling der Forscher stets daran interessiert ist, so viele Kategorien wie nur möglich zu generieren. Aus diesem Grund erhebt er zunächst seine Daten „innerhalb einer weiten Spannbreite von themenrelevanten Bereichen“. Im weiteren Verlauf verlagert er das Gewicht auf „Entwicklung, Dichte und Sättigung von Kategorien“, wo die Datengewinnung dann auf die spezifischen Bereiche fokussiert wird. Genau diese Beschreibung von Strauss

und Corbin habe ich in meiner Untersuchung beherzigt und im Anfangsstadium etliche Kategorien erstellt, welche jedoch im weiteren Verlauf entweder weiter ausgearbeitet oder wieder verworfen wurden. Letztendlich blieben fünf Hauptkategorien bestehen, welche in der Ergebnisdarstellung erläutert werden.

Irgendwann, im Verlauf einer Analyse, wird der Punkt erreicht, an welchem sowohl zusätzliche Daten als auch eine weitere Auswertung keine neuen Kategorieigenschaften mehr erbringen und auch zu keiner Verfeinerung des Wissens um diese Kategorie beitragen. Dieser Punkt wird als theoretische Sättigung bezeichnet und markiert wann mit dem Sampling aufgehört werden kann (vgl. Strübing 2008, S.33). Dieser Zeitpunkt trat bei meiner Untersuchung im Annenheim bereits nach der Analyse des 4. Interviews auf, denn ab diesem Zeitpunkt hatte sich ein deutlicher roter Faden heraus kristallisiert, welcher immer weiter fortgesetzt wurde. Genau der gleiche Verlauf erfolgte dann auch auf der Station Süd B. Aus diesem Grund wurde nach insgesamt acht Interviews die weitere Datenerhebung eingestellt.

Letztendlich setzt sich also die Stichprobe aus acht Teilnehmern zusammen – vier Pflegepersonen von Annenheim (zwei Frauen und zwei Männer) und vier von Süd B (zwei Frauen und zwei Männer), wobei die jüngste Pflegeperson 24 und die älteste Pflegeperson 49 Jahre alt ist.

4.2.3 Das Experteninterview

Die für die Datenerhebung gewählte Form des Interviews ist ein halb-standardisiertes, auch als semistrukturiert bezeichnetes, Experteninterview. Dieses ist laut Mayer (2007, S.182) „(...) eine gute Methode, um komplexe Wissensbestände zu erforschen und zu rekonstruieren. Es ist dort angezeigt, wo das Wissen von Menschen gefragt ist, die in der Praxis in einem bestimmten Umfeld tätig sind.“ In unserem Fall handelt es sich um professionelle Pflegeexperten, welche im stationären HIV- und AIDS-Bereich tätig sind.

Da das Experteninterview hier halb-standardisiert ist, wird der Verlauf des Gesprächs, durch einen im Voraus erarbeiteten Interviewleitfaden bestimmt. Die Grundlage für solch einen Leitfaden stellt die Forschungsfrage dar, welche in verschiedene thematische Felder aufgeschlüsselt wird (vgl. Mayer 2007, S.174, S.187). Der Interviewleitfaden ist eine Art Hilfestellung für den Forscher, worin er seine wichtigsten Fragen stichwortartig aufgelistet

hat. Die Reihenfolge der zu stellenden Fragen ist nicht vorab festgelegt, da die Interviewsituation in ihrem Ablauf nicht vorherbestimmbar ist. Das bedeutet für den Interviewer, dass er sehr flexibel und offen sein muss, um sich an jede Situation anpassen zu können (vgl. Lamnek 2005, S.350f.). Die Anwendung eines Interviewleitfadens erleichtert nicht nur die Interviewdurchführung selbst, sondern ist auch zur „Vergleichbarkeit mehrerer Interviews“ bei der Datenauswertung nützlich (vgl. Mayring 2002, S.70).

Nun zur Beschreibung der Datenerfassung, welche nach den vier Techniken von Lamnek (2005, S.366f) durchgeführt wurde. Diese vier Techniken setzen sich aus einem Kurzfragebogen, einem Leitfaden, einem Tonband und einem Postskript zusammen. Der Kurzfragebogen enthält ein paar Backgroundinformationen wie Alter, Familienstand, seit wann die Pflegeperson auf der HIV/AIDS-Station tätig ist und auf welchen Stationen davor gearbeitet wurde. Der Kurzfragebogen wurde zu Beginn des Interviews mit dem zu Befragenden durchgegangen um so „den Einstieg in das Gespräch zu erleichtern“. Die Funktion des Interviewleitfadens als Gedächtnisstütze wurde bereits oben geschildert. Somit kommen wir zur dritten Technik, der Anwendung eines Tonbandes zur Aufzeichnung des gesamten Interviews, welches jedoch nur im Einverständnis mit der zu befragenden Pflegeperson zum Einsatz kam. Solch eine Aufzeichnung, die im Nachhinein transkribiert wurde, war sehr wertvoll für die Datenauswertung. Die letzte Technik ist ein Postskript, welches nach der Durchführung jedes Interviews angefertigt wurde. Dieses beinhaltet unter anderem die Beschreibung der Gesprächssituation mit all den Eindrücken und Stimmungen, aber auch nonverbale Reaktionen, Störungen während des Gesprächs und Informationen, welche vor und nach Einschalten des Tonbandes geführt worden sind.

Im gleich daran anschließenden Kapitel werden nun die Erfahrungen beschrieben, welche vor, während und nach den Interviews gemacht wurden.

4.2.3.1 Die Interviewsituation

Der Kontakt mit den zu interviewenden Pflegenden wurde bereits einige Zeit vor Durchführung des Interviews aufgenommen, um alle wesentlichen Rahmenbedingungen zu klären. Dazu gehörte zunächst sowohl die mündliche, als auch die schriftliche Aufklärung und danach erfolgte die Terminvereinbarung. Zum Schluss wurde von meiner Seite eine Liste mit

Kontaktmöglichkeiten ausgehändigt, falls im weiteren Verlauf noch Fragen oder Änderungen auftauchen sollten.

Alle Interviews, sowohl im Annenheim als auch auf Süd B, wurden während der Arbeitszeiten der Pflegepersonen durchgeführt. Die Interviews waren immer für den Nachmittag angesetzt, da unter normalen Umständen es zu dieser Zeit etwas ruhiger auf der Station ist. Nach kurzer Absprache mit den Kollegen konnten sich die Pflegenden für die Dauer des Interviews zurückziehen.

Ich habe es stets den Pflegenden überlassen den Raum zur Interviewdurchführung auszuwählen, wobei ich sie nur darauf aufmerksam gemacht habe, dass es eine ruhige, störungsfreie Umgebung, in der sie sich wohl fühlten, sein sollte. Im Annenheim wurden drei Interviews in einem leer stehenden Untersuchungszimmer und eines in einem kleinen Besprechungsraum, durchgeführt. Beide Räume waren abseits der Patientenzimmer. Auf Süd B wurden zwei Interviews in einem leer stehenden Büro und zwei in einer selten benützten Küche durchgeführt.

Vor Beginn der Interviews habe ich nochmals sowohl Ziel und Zweck der Untersuchung genannt, als auch betont, dass es mir ausschließlich um die persönliche Sichtweise der Befragten gehe.

Die Stimmung während der Interviews war sehr entspannt, die Pflegenden haben sich für die Beantwortung der Fragen viel Zeit gelassen und versucht ausführliche Antworten zu geben, weshalb die Dauer der Gespräche zwischen 25 und 35 Minuten variiert. Wobei die Zeit vor und nach Ausschalten des Tonbandes hier nicht mit eingeschlossen ist.

Während der Interviews war ich, als Forscher eher passiv und habe weder Äußerungen noch Stellungnahmen zu den Ausführungen des Befragten gegeben. Von meiner Seite wurden lediglich verschiedene Arten von Fragen gestellt und kurze Bemerkungen gemacht, welche der Pflegeperson zeigen sollte, dass ich an dem was berichtet wird, interessiert bin und die Antworten verstanden habe (vgl. Lamnek 2005, S.399).

Als das Aufnahmegerät ausgeschaltet war, habe ich mit der Pflegeperson über verschiedene HIV/AIDS-relevante Themen diskutiert und dabei auch meine Meinung geäußert. Relevante

Äußerungen dieser Nachgespräche wurden in Postskripten festgehalten und in die Datenauswertung miteinbezogen.

4.2.4 Die teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung zählt zu den Hauptmethoden der Feldforschung, dessen Kennzeichen es ist den „Gegenstand bei der Untersuchung in seiner natürlichen Umgebung“ zu belassen. Aus diesem Grund muss sich der Forscher selbst ins Feld begeben, denn nur auf diese Art kann er am Alltagsgeschehen der Untersuchungspersonen teilnehmen und in direkter persönlicher Beziehung mit den Beobachteten stehen. Dadurch meint Mayring (vgl. 2002; S.54f) verspricht man sich näher an die Realität der Beobachteten zu kommen, um so ihre Innenperspektive aus nächster Nähe kennen zu lernen.

Bei der teilnehmenden Beobachtung kann man immer nur „Ausschnitte aus dem totalen sozialen Geschehen erfassen“, deshalb muss man sich auf bestimmte Kriterien beschränken. Außerdem versucht der Forscher auch nicht erwartete, unvorhergesehene Ereignisse zu erfassen, „weil er durch diesen nicht eingeplanten Informationsgewinn zu weiter- und tiefergehenden Erkenntnissen gelangen kann.“ (Lamnek 2005, S.554; S.571). Für diese spontanen Äußerungen und plötzlichen Reaktionen ist eine offene Haltung wesentlich.

Das Ziel der teilnehmenden Beobachtung ist einerseits die Beschreibung der Handlungsfelder, sowie der dort agierenden Personen, ihrer Interaktionen und Verhaltensweisen (vgl. Mayer 2007, S.196). Damit die teilnehmende Beobachtung erfolgreich verläuft, muss der Forscher „flexibel und anpassungsfähig im Feld agieren“. Darüber hinaus sollte er auch möglichst aufgeschlossen und tolerant dem Feld gegenüberstehen (vgl. Lamnek 2005, S.571f).

4.2.4.1 Die Beobachtungssituation

Weil die einzelnen Beobachtungseinheiten immer erst nach der Interviewdurchführung stattgefunden haben, waren mir die zu beobachteten Personen schon ein wenig bekannt. Die Beobachtung war eine offene, sodass ich im Feld als Beobachter aufgetreten bin, d.h., dass das soziale Feld den Zweck meiner Anwesenheit kannte. Das bedeutet jedoch nicht, dass die

zu beobachteten Personen bis ins Detail wussten, was beobachtet wird, denn das hätte die Situation womöglich beeinflusst.

Für die Beobachtung wurde kein Leitfaden erstellt. Ich habe mir aber sehr wohl ein paar wesentliche Kriterien überlegt auf welche ich dann speziell geachtet habe. Um mich an das Feld anzupassen habe ich mir auf Süd B die einheitliche Dienstkleidung angezogen und im Annenheim einen weißen Mantel. Die Beobachtungseinheiten fingen meist mit der Dienstübergabe an, wo alle Patienten besprochen wurden. Danach begleitete ich die jeweilige Person bei der Durchführung ihrer alltäglichen Arbeitsaufgaben, wie zum Beispiel Medikamentenvorbereitung, Wundversorgung und waschen. Während der Rundgänge und kurzen Pausen herrschte eine natürliche, zwangslose Kommunikation, bei der mir die Pflegenden sowohl von den Patienten als auch von sich selbst berichteten.

Während der Beobachtung wurden hin und wieder kurze Stichworte gemacht, welche nach Beendung der Beobachtungseinheit in ganzen Sätzen niedergeschrieben wurden, denn die Beschreibung der beobachteten Phänomene ist nach Lamnek (2005; S.618) „(...) eine notwendige Voraussetzung für die weitergehenden Analysen“. Durch die Erstellung von Beobachtungsprotokollen konnte man die unterschiedlichen beobachteten Impulse besser miteinander vergleichen.

4.3 Datenauswertung

In diesem Kapitel wird das Verfahren der Grounded Theory in ihren Einzelschritten bündig vorgestellt, um so einerseits einen kleinen Einblick in die Analyseschritte zu bekommen und um andererseits die Ergebnisdarstellung besser nachvollziehen zu können.

Um qualitative Daten auswerten zu können, müssen sie als erstes aufbereitet werden. Da die hier erhobenen Daten in Form von Interviews aufliegen, müssen diese zunächst verschriftlicht werden. Dieser Vorgang der Verschriftlichung wird auch als Transkription bezeichnet. Laut Mayer (vgl. 2007, S.238) ist für eine qualitative Analyse die wörtliche Transkription unabdingbar, denn sie stellt die „Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung“ dar.

Alle Interviews wurden in normales Schriftdeutsch übertragen, wobei der Dialekt bereinigt und Satzbaufehler behoben wurden. Diese Art der Protokollierung machte das anschließende Bearbeiten der Interviews wesentlich leichter. Zusätzlich wurden noch sogenannte kommentierte Transkripte erstellt, worin mittels spezieller Sonderzeichen aus dem System von Kallmeyer und Schütze, Auffälligkeiten der Sprache wie Pausen, Betonungen, Lachen und ähnliches vermerkt wurden (vgl. Mayring 2002, S.91; Mayer 2007, S.239).

Nun kommen wir zur Beschreibung des mehrstufigen Auswertungsverfahrens, dem sogenannten Kodieren, einer Vorgehensweise, mittels welcher „die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden. Es ist der zentrale Prozeß, durch den aus den Daten Theorien entwickelt werden.“ (Strauss/Corbin 1996, S.39).

Die Leitidee dieses Kodierprozesses stellt die „constand comparative method“ dar, was soviel wie „die Methode des ständigen Vergleichens der Daten miteinander“ heißt. Glaser und Strauss betonten stets, dass „in der Arbeit des kontinuierlichen Vergleichens die Quelle gegenstandsbezogener theoretischer Konzepte“ liegt (vgl. Strübing 2008, S.18). Beim Vergleichen geht es jedoch weniger darum identische Inhalte zu finden, sondern um das auffinden von Unterschieden und Ähnlichkeiten (vgl. Böhm 2004, S.476). Aus diesem Grund habe ich bereits nach der Durchführung der ersten beiden Interviews, Vergleiche angestellt und geschaut bei welchen Fragen sich die Pflegepersonen einig sind und bei welchen nicht.

Die Datenanalyse in der Grounded Theory besteht aus drei Haupttypen des Kodierens, nämlich dem offenen, axialen und selektiven Kodieren, welche im Anschluss darauf beschrieben werden. Die Grenzen zwischen den Kodiertypen sind künstlich und man kann oftmals, ohne sich dessen bewusst zu sein, zwischen den Modi hin und her wechseln, insbesondere zwischen dem offenen und axialen Kodieren (vgl. Strauss/Corbin 1996, S.40).

4.3.1 Das offene Kodieren

Das offene Kodieren wird von Strauss und Corbin (1996; S.43) als „der Prozeß des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten“ beschrieben.

Der erste Schritt in meinem Analyseverfahren war also das Aufbrechen und Konzeptualisieren der Daten. Damit sind das Herausgreifen eines Interviews und das erstmalige Benennen der darin enthaltenen Ereignisse und Erlebnisse gemeint. Wobei ich während des abermaligen Lesens der Interviews, dem fortwährenden Anstellen von Vergleichen und dem Stellen von Fragen, die erstmaligen Benennungen stets weiter bearbeitet und ergänzt habe. Wurden alsdann bestimmte Phänomene in den Daten identifiziert, so habe ich begonnen bestimmte Konzepte um sie herum zu gruppieren. „Der Prozeß des Gruppierens der Konzepte, die zu demselben Phänomen zu gehören scheinen, wird Kategorisieren genannt.“ (Strauss/Corbin 1996, S.45f.).

Laut Strauss und Corbin (1996; S.51) regt der Prozess des offenen Kodierens „(...) nicht nur die Entdeckung von Kategorien an, sondern auch von deren Eigenschaften und Dimensionen“. Nicht nur das Entdecken der Eigenschaften und Dimensionen ist wichtig, sondern auch ihr systematisches Entwickeln, „(...) weil sie die Grundlage bilden, um Beziehungen zwischen Kategorien und Subkategorien“ herauszuarbeiten.

Zum besseren Verständnis der Definition des offenen Kodierens folgen nun zwei praktische Beispiele aus den ersten Schritten meines Analyseverfahrens:

| <i>Kategorie</i> | <i>Eigenschaften</i> | <i>Dimensionale Ausprägung</i> |
|------------------|---|---|
| Beraten | Art Häufigkeit Dauer Information | Einzel ----- in Gruppen oft ----- nie lang ----- kurz viel ----- wenig |
| Weiterbildung | Angebot Nutzen Häufigkeit Kosten | groß ----- gering viel ----- wenig oft ----- nie hoch ----- niedrig |

4.3.2 Das axiale Kodieren

Böhm (vgl. 2004, S.478f.) beschreibt das axiale Kodieren als den Schritt, welcher „der Verfeinerung und Differenzierung“ bereits vorhandener Konzepte dient und ihnen sogleich den Status von Kategorien verleiht.

Strauss und Corbin (1996, S.75) gehen bei ihrer Definition des axialen Kodierens mehr ins Detail und bezeichnen es als:

„Eine Reihe von Verfahren, mit denen durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf neue Art zusammengesetzt werden. Dies wird durch Einsatz eines Kodier-Paradigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht.“

Dieses bestimmte Kodier-Paradigma wird auch als das paradigmatische Modell bezeichnet, mit dessen Hilfe die Subkategorien mit der jeweils zugehörigen Kategorie in Beziehung gesetzt werden können. Das paradigmatische Modell setzt sich, wie bereits oben kurz erwähnt, aus den folgenden Komponenten zusammen: *ursächliche Bedingungen*, welche auf die Ereignisse/Vorfälle verweisen, die zum Auftreten oder zur Entwicklung eines Phänomens geführt haben; *Phänomen*, stellt das zentrale Ereignis/Geschehnis dar, auf das die Handlungen gerichtet sind, um es zu bewältigen oder damit umzugehen; *Kontext*, „stellt den spezifischen Satz von Eigenschaften dar, die zu einem Phänomen gehören; *Handlungs- und interaktionale Strategien*, sind gedacht, „um ein Phänomen unter einem spezifischen Satz wahrgenommener Bedingungen zu bewältigen, damit umzugehen, es auszuführen oder darauf zu reagieren;

Konsequenzen, sind Resultate/Ergebnisse, welche durch das Ausführen bestimmter Handlungen zustande kommen (vgl. Strauss/Corbin 1996, S.78ff.). Die soeben beschriebenen Verfahren sollen nun wieder anhand eines praktischen Beispiels aus meiner Ergebnisauswertung veranschaulicht werden:

| | | |
|---|----------|--|
| <p><i>Ursächliche Bedingung</i> Tod eines langjährigen Patienten</p> <p><i>Eigenschaften des Todes eines langjährigen Patienten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dauer der Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson - Intensität der Beziehung - Alter des Patienten <p><i>Kontext zur Bewältigung psychischer Belastungen</i> Unter Bedingungen, bei denen die psychische Belastung folgendermaßen auftritt: starke Betroffenheit, von hoher Intensität und geringer Abgrenzung, lokalisiert sowohl am Arbeitsplatz als auch zu Hause und die Möglichkeit von negativen Konsequenzen wie z.B. Burnout hoch ist, dann:</p> <p><i>Strategien zur Bewältigung psychischer Belastungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sich vom Patienten verabschieden - mit Arbeitskollegen sprechen - Möglichkeit der Supervision nutzen <p><i>Positive Konsequenzen einer Handlung/Interaktion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzen von der Situation - Verarbeitung der Emotionen - Vermeidung eines Burnouts | <p>→</p> | <p><i>Phänomen</i> Psychische Belastung</p> <p><i>Spezifische Dimensionen der psychischen Belastung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensität: hoch - Betroffenheit: stark - Lokalisation: Arbeitsplatz und zu Hause - Abgrenzung: gering |
|---|----------|--|

4.3.3 Das selektive Kodieren

Den letzten Schritt der Datenanalyse in der Grounded Theory bezeichnen Strauss und Corbin (1996; S.94) als das selektive Kodieren. Dieser Analyseschritt hat den Zweck Theorien zu entwickeln, da es in dieser Arbeit jedoch um die Entwicklung von Handlungskonzepten geht, reichen die ersten beiden Kodierverfahren dafür aus. Dieses Kapitel wird daher nur der Vollständigkeit halber dazugefügt. Strauss und Corbin definieren das selektive Kodieren als:

„Der Prozeß des Auswählens der Kernkategorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien, der Validierung dieser

Beziehungen und des Auffüllens von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen.“

Mit dem Begriff Kernkategorie ist das zentrale Phänomen gemeint, um das herum alle anderen entdeckten Kategorien integriert sind. Weiters wird „eine Kombination aus induktivem und deduktivem Denken“ angewandt, um die neu entwickelten Verbindungen zu verfestigen. Dies geschieht durch ein hin- und herpendeln „zwischen dem Stellen von Fragen, dem Aufstellen von Hypothesen und dem Vergleichen“ (vgl. Strauss/Corbin 1996, S.94; S.107).

4.3.4 Das Schreiben von Memos

Memos sind schriftliche Protokolle, eine Art Merktzettel, welche bei mir als zentrales Instrument bei der Ausarbeitung gegenstandsbezogener Theorieelemente häufig zum Einsatz kamen. Wenn wir von Memos sprechen, „(...) beziehen wir uns auf ganz bestimmte Formen schriftlicher Aufzeichnungen: nämlich solcher, die Ergebnisse unserer Analyse enthalten. Memos stellen die schriftliche Form unseres abstrakten Denkens über die Daten dar.“ (Strauss/Corbin 1996, S.170).

Wenn man als Forscher auf einen zentralen Aspekt stößt, dann heißt die Handlungsanweisung „Stop and memo!“. Auf diese Art und Weise habe ich meine ersten Ideen schnell festhalten und zu einem späteren Zeitpunkt entweder ausgebaut und mit anderen Aspekten zusammengeführt oder wieder verworfen (vgl. Strübing 2008, S.35).

Memos können laut Mayring (vgl. 2002, S.105f) sowohl zur Klärung als auch zur Konkretisierung neuer Aspekte dienen, aber auch bei der Differenzierung von anderen Aspekten sehr hilfreich sein.

Jeder Forscher entwickelt im Verlauf der Forschungsarbeit seinen eigenen Stil zur Erstellung von Memos. Die einen wenden spezielle Computerprogramme an, andere wiederum benutzen Karteikarten oder wie ich farbliche Abgrenzungen und verschiedene Schriftarten. Wesentlich dabei war vor allem, dass die Memos „geordnet, fortlaufend, systematisch und für das Ordnen und Herstellen von Querbezügen leicht zugänglich“ waren (Strauss/Corbin 1996, S.171f).

4.4 Gütekriterien der qualitativen Forschung

Gütekriterien der empirischen Forschung sind laut Mayer (2007, S.98):

„Maßstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität von Forschung bestimmen zu können. Sie geben darüber Auskunft, ob die Art und Weise, wie die Forschungsergebnisse in einer Studie zu Stande gekommen sind, wissenschaftlich korrekt war. Die Gütekriterien beziehen sich in der Regel auf die Erhebung und die Auswertung der Daten, genauer: auf die Instrumente, mit denen Erhebung/Messung und Auswertung durchgeführt wurden.“

In der qualitativen Forschung wurde im Verlauf der Jahre die Gewissheit immer größer, dass man nicht einfach die Maßstäbe der quantitativen Forschung, die da wären Objektivität, Reliabilität und Validität, übernehmen kann. Aus diesem Grund wurden die Gütekriterien der qualitativen Forschung neu definiert, jedoch bis heute leider nicht einheitlich. Deshalb habe ich mich dazu entschlossen, meine Arbeit nach den sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung von Mayring (vgl. 2002, S.144ff; Mayer 2007, S.102f) zu führen:

1. Verfahrensdokumentation

Dieses Gütekriterium soll prüfen, ob alle während der Untersuchung verwendeten Verfahren detailliert dokumentiert wurden, damit der Forschungsprozess für andere verständlich und nachvollziehbar ist. Diesem Gütekriterium habe ich das Kapitel Methodologie gewidmet, in welchem sowohl die Methoden der Datenerhebung als auch der Datenauswertung, welche verwendet wurden, genau beschrieben werden.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

In einer Untersuchung reicht es nicht aus nur Interpretationen zu geben, sondern man muss sie auch immer argumentativ begründen, wobei die Argumentation in sich schlüssig sein muss. Die Auseinandersetzung mit diesem Gütekriterium erfolgt im Diskussionsteil dieser Arbeit.

3. Regelgeleitetheit

Obwohl ich in meiner Untersuchung keine strikten Vorgaben habe, denn ich versuche sowohl bei den Interviews als auch bei den Beobachtungen flexibel und offen zu sein, bedeutet das jedoch nicht, dass ich willkürlich drauflos forschen darf. Auch in der qualitativen Forschung muss man sich an Verfahrensregeln halten und das Material systematisch bearbeiten, denn ohne Regeln bleibt qualitative Forschung wertlos.

4. Nähe zum Gegenstand

Mittels qualitativer Forschung versucht man möglichst nahe an die Alltagswelt der beforschten Personen heranzukommen. Das habe ich versucht indem ich selbst ins Feld gegangen bin und am Pflegealltag der professionell Pflegenden teilgenommen habe. Außerdem habe ich durch das Tragen der allgemeinen Dienstkleidung versucht mich an den Gegenstand anzupassen.

5. Kommunikative Validierung

Dieses Gütekriterium meint, dass man die Gültigkeit der Ergebnisse auch dadurch überprüfen kann, indem man sie mit den Beforschten diskutiert. Da die Diskussion der Ergebnisse von so wesentlicher Bedeutung ist, habe ich eigens dafür ein Kapitel mit der gleichnamigen Überschrift „Diskussion der Forschungsergebnisse“ dafür vorgesehen.

6. Triangulation

Mit der Triangulation versucht man aus mehreren Perspektiven an die Forschungsfrage heranzugehen, in meinem Fall eben mittels Durchführung von Interviews und der teilnehmenden Beobachtung. Mit der Verbindung mehrerer Erhebungsmethoden möchte man die Qualität der Ergebnisse erhöhen, ohne dabei jedoch eine völlige Übereinstimmung erreichen zu wollen.

4.5 Forschungsethische Überlegungen

Unter dem Stichwort „Forschungsethik“ werden laut Hopf (vgl. 2004, S.589f) „in den Sozialwissenschaften im Allgemeinen all jene ethischen Prinzipien und Regeln zusammengefasst in denen“ bestimmt wird, in welcher Weise die Beziehung zwischen dem Forschenden und der Untersuchungsperson zu gestalten ist.

Bevor man mit der Durchführung einer Studie beginnt, müssen die Teilnehmer über vier grundlegende Rechte (vgl. Mayer 2007, S.63; Hopf 2004, S.589f.) aufgeklärt werden:

- Sie haben das Recht auf umfassende Information, welche für die Entscheidung an einer Teilnahme notwendig ist.
- Sie haben das Recht auf die Freiheit der Entscheidung, d.h. die Entscheidung erfolgt freiwillig und ohne Druckausübung durch den Forscher oder durch andere Personen.

- Sie haben das Recht, ohne Nennung von Gründen, die Teilnahme an der Untersuchung zu verweigern.
- Sie haben das Recht jederzeit aus der Untersuchung auszusteigen, ohne dass ihnen daraus ein Nachteil erwächst.

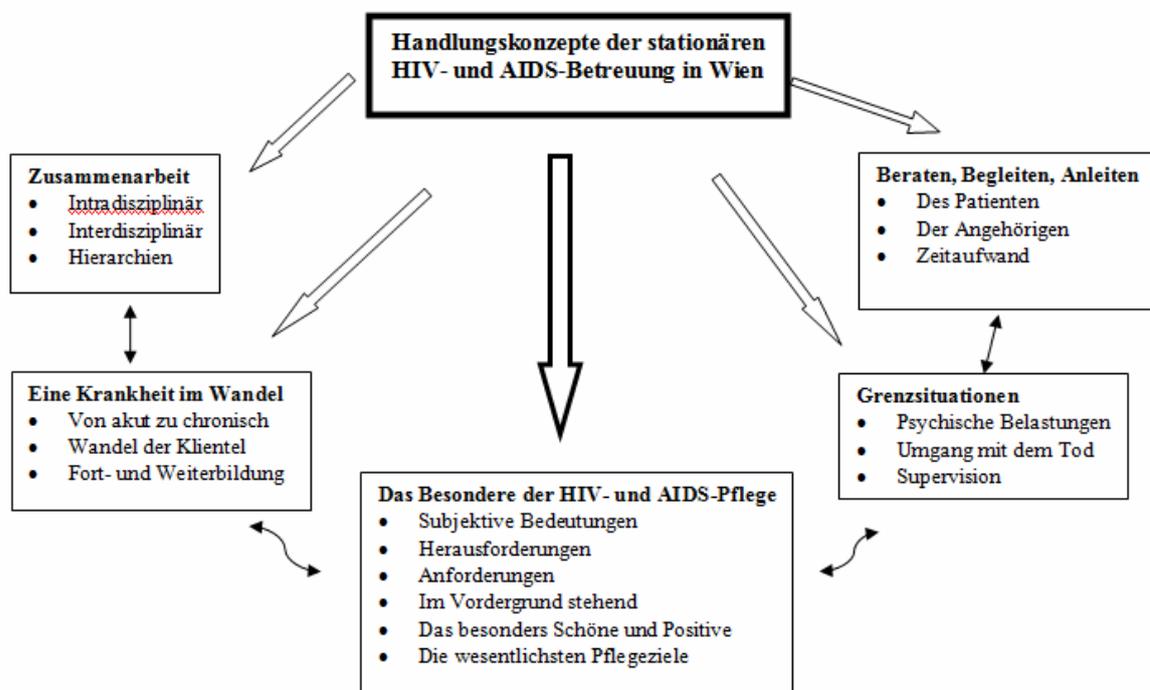
Die umfassende Aufklärung und Information der Studienteilnehmer erfolgte mündlich und schriftlich und beinhaltete, neben den bereits oben genannten Rechten, noch folgende Punkte, wie Ziel und Zweck der Untersuchung, die Beschreibung der Forschungsmethoden, Anwendung eines Aufnahmegerätes und die voraussichtliche Dauer des Interviews. All das kann, in den im Anhang angeführten Informations- und Einwilligungsbllättern, nachgelesen werden.

An die Ethikkommission wurde nicht geschrieben, da keine Patienten in die Forschung inkludiert waren, sondern Pflegepersonen, welche sich aus freier Entscheidung zu einer Teilnahme entschlossen haben.

5. Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse dargestellt, welche aus den qualitativen Interviews und den Beobachtungen gewonnen wurden und sich auf die Forschungsfrage „Was bedeutet es für professionell Pflegende AIDS-Patienten stationär zu pflegen?“ beziehen.

Die Interviews wurden in Anlehnung an die Grounded Theory ausgewertet und ergaben nach der Durchführung der Kodierprozesse letztendlich fünf Hauptkategorien mit jeweils unterschiedlich vielen Unterkategorien. Die darunter angeführte grafische Darstellung soll zunächst einen groben Überblick über die entstandenen Kategorien verschaffen, welche dann jeweils im Einzelnen beschrieben werden. Um die Aussagekraft der jeweiligen Kategorien zu verdeutlichen, werden immer wieder Originalzitate aus den Interviews herangezogen.



5.1 Das Besondere an der Pflege von HIV/AIDS-Patienten

Es gibt viele Gründe warum sich Pflegepersonen dazu entschließen auf einer HIV/AIDS-Station zu arbeiten, beispielsweise weil es sie motiviert sich diesen verschiedenen Herausforderungen zu stellen, oder weil sie von der enormen Bandbreite der Erkrankung fasziniert sind. Aber auch die besondere Gruppe von Patienten mit ihren speziellen Lebensgeschichten sind ein ausschlaggebender Grund warum die Pflege von HIV- und AIDS-Patienten zu etwas ganz Besonderem wird.

5.1.1 Die subjektive Bedeutung HIV/AIDS-Patienten zu pflegen

„Ich kann mir nichts besseres vorstellen“

Die ausschlaggebende Motivation auf eine HIV/AIDS-Station zu gehen, war bei den meisten Pflegepersonen die Vielfältigkeit der Krankheit und dass sie dadurch nicht so eingeschränkt in ihrem Handlungsgebiet sein würden:

„Im Grunde habe ich mich entschieden AIDS-Patienten zu pflegen, weil es ein anderes Spektrum ist, andere Leute und andere Aufgabenbereiche. AIDS-kranke Patienten zu pflegen ist nicht immer nur pflegen, da ist auch sehr viel Psyche und die jetzigen AIDS-Kranken sind sehr viele Drogenabhängige an AIDS erkrankte Patienten. Da spielt natürlich auch das Drogenmilieu wieder eine andere Situation und das ist von der Mannigfaltigkeit der Pflege natürlich schon ein sehr gutes Aufgabengebiet, weils eben so breitfächrig ist, du hast nicht nur interne Erkrankungen, du hast psychiatrische Erkrankungen, du hast vom Suchtgift abhängige Erkrankungen, du hast neurologische Erkrankungen eben durchs Suchtgift oder durch Folgeerkrankungen der HIV- und AIDS-Infektion, also das ist schon ein breit gefächertes Aufgabengebiet.“

Weitere Motivationen, wie mir einige Pflegepersonen berichten, welche schon am Aufbau der Station beteiligt waren, sind einerseits der akute Personalmangel gewesen, welcher am Beginn der Infektionskrankheit vorherrschte und andererseits der Wille gegen die Diskriminierung dieser Patienten anzukämpfen.

Eine Pflegeperson erzählt mir, dass sie sich hauptsächlich dazu entschlossen hat auf dieser Station zu arbeiten, weil sie gerne mit chronischen Patienten und mit sogenannten Randgruppen arbeitet, weil sie sich wie sie sagt:

„ ...von der Persönlichkeitsstruktur her mit Randgruppen leichter tue als mit unter Anführungszeichen normalen Patienten und es interessiert mich einfach mehr mit Randgruppen zu arbeiten, weil mich ihr soziales Umfeld und ihre Lebensgeschichten mehr interessieren, als unter Anführungszeichen bei normalen Patienten.“

Eine andere Pflegeperson berichtet mir, dass sie in ihrer Ausbildungszeit ein Praktikum auf Süd B absolviert hat und dass diese Erfahrung sie dazu bewegt hat, gleich nach dem Diplom auf dieser Spezialstation anzufangen:

„Ich war im Praktikum auf dieser Station und mir hat einfach die Art und Weise gefallen wie da gearbeitet wird, vor allem die individuelle Betreuung der Patienten und das sorgfältige, hygienische Arbeiten. Aber auch das Team war ein nicht unwesentlicher Faktor, denn wenn es auf einer anderen Station noch so schön und interessant ist, aber das Team nicht passt, dann würde ich da auch nicht hingehen.“

5.1.2 Herausforderungen

„Die Herausforderung ist einfach das Beste zu geben, einfach für alle das gleiche zu tun“

Die Herausforderungen im stationären HIV/AIDS-Bereich haben sich im Laufe der Zeit verlagert. Früher war die Infektionskrankheit an sich schon eine große Herausforderung, denn die Pflegepersonen wussten sehr wenig über die Krankheit und ihren Verlauf. Es war ein Bereich, indem keine Pflegepersonen arbeiten wollten.

Als eine fortwährende Herausforderung wird die Bekämpfung der bestehenden Diskriminierung der Patienten durch medizinisches Personal beschrieben:

„Wenn die jetzt in anderen Settings betreut werden erfahren unsere Patienten nach wie vor Diskriminierung in allen Varianten, was man sich so im täglichen Leben vorstellen kann. Diese Tabus aufzubrechen, das ist nach wie vor noch eine Herausforderung für mich, dass diese Patienten unter Anführungszeichen normal betreut und versorgt werden wie alle anderen Patienten halt auch, also das passiert halt nach wie vor nicht.“

Eine Herausforderung von heute, welche von fast allen befragten Pflegepersonen hervorgehoben wurde, ist der Umgang mit dem neuen Klientel, nämlich den drogenabhängigen HIV-positiven und an AIDS-erkrankten Patienten. Die Herausforderung besteht einerseits darin sie dazu zu bringen ihre Therapien regelmäßig beziehungsweise überhaupt einzunehmen und andererseits das Problem mit dem Beikonsum auf der Station zu lösen. Denn was das betrifft sind die drogenabhängigen Patienten oftmals sehr unehrlich und belügen nicht nur die Pflegepersonen sondern wahrscheinlich auch sich selbst. Eine Pflegeperson beschreibt das Problem des Beikonsums so:

„Fast alle Patienten sind substituiert, also sie bekommen ihre Droge von der Apotheke und die kriegen dann aber immer so retardierte Morphine und da haben sie keinen Flash wenn sie die nehmen und da haben sie halt doch immer einen Beikonsum und das finde ich dann halt auf der Station unangenehm, weil mir ist es lieber die Patienten sagen ok ich bin schlecht eingestellt, ich habe einen Entzug, denn dann kann man einen Drogenpsychiater holen, das ist kein Problem, denn wir entwöhnen hier niemanden, das ist nicht unser Auftrag, die können gern was dazu haben, aber dann habe ich es unter Aufsicht.“

Auf den beiden HIV/AIDS-Stationen gibt es neben den vielen drogenabhängigen HIV-Positiven auch überdurchschnittlich viele ausländische HIV-positive Patienten. Dadurch stellt oftmals die Kommunikation mit diesen Patienten für die Pflegepersonen eine große Herausforderung dar, welche mit allen Mitteln versucht wird zu bewältigen. Während der Beobachtungseinheiten konnte ich oftmals Zeuge davon werden wie die Pflegepersonen versucht haben entweder mittels Anwendung verschiedener in der Schule gelernter Sprachen oder mittels Zeichensprache, die Sprachbarrieren zu überbrücken. Hinzu kommt auch noch der Umgang mit den verschiedenen Kulturen, welcher von einer Pflegeperson so geschildert wird:

„Ja die besondere Herausforderung ist eben auch der Umgang mit multikulturellen Patienten und auch der Umgang mit den schwierigen Persönlichkeitsstrukturen von den Drogenabhängigen. Das ist wirklich immer wieder eine Herausforderung, eben weil zum Beispiel bei den Afrikanern mit unter die Sicht der Krankheit eine ganz andere ist, die Mentalität ist eine andere und die Compliance ist auch eine andere. Die haben zum Beispiel auch Probleme mit der iv-Therapie, sie lassen sich schwer Blut abnehmen ein Patient der hat viele Blutabnahmen gehabt und der hat dann immer gesagt „Hey you´re taking all my blood, why you´re taking all my blood? das war für ihn einfach ein

Lebenssaftverlust und er hat das Gefühl gehabt er wird schwächer dadurch, obwohl es nur wenige Röllchen waren, aber das ist einfach ein anderes Weltbild und somit immer wieder eine Herausforderung.“

Die Pflegeperson erzählt mir, dass sie versucht diese Herausforderung zu bewältigen indem sie immer wieder Fortbildungen zur Thematik der transkulturellen Pflege besucht, aber dass auch sehr gute Bücher darüber auf der Station zur Verfügung stehen.

Ein langjähriger Pfleger sieht heutzutage, wo es als Therapiemöglichkeit die hochaktive antiretrovirale Therapie gibt, eine besondere Herausforderung darin:

„... den HIV-positiven einmal die Angst zu nehmen, dass der Krankheitsverlauf nicht so schnell ist wie noch vor 20 Jahren, dass man sehr wohl damit leben kann wenn man sich ein bisschen adaptiert an seine Lebensumstände, Compliance zu der medikamentösen Therapie, dann hat man sehr sehr gute Lebenschancen. Man muss versuchen den Leuten die Angst vor diesem plötzlichen Sterben und dem plötzlichen Tod zu nehmen.“

Die jüngeren Pflegepersonen sehen unter anderem eine Herausforderung darin immer wieder etwas Neues auszuprobieren, sowohl in pflegerischer Hinsicht als auch im medizinischen Bereich bei der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Weiters besteht die Herausforderung darin zu verstehen um was es geht und stets sein Wissen zu erweitern, da die Pflegepersonen während ihrer Ausbildung das Thema rund um HIV und AIDS nur in einem kleinen Bruchteil behandeln:

„Jeder Dienst, jeder Tag ist für mich hier eine neue Herausforderung, da jeder Patient vollkommen anders ist, man kann auf dieser Station nichts verallgemeinern.“

5.1.3 Im Vordergrund stehende Angelegenheiten und Anforderungen

„Im Vordergrund steht der Mensch. Nicht seine Erkrankung, sondern der Mensch.“

Obwohl eine Krankheit wie AIDS so dominant und breitgefächert ist, kommt sie bei allen befragten Pflegepersonen immer erst an zweiter Stelle, denn im Vordergrund steht immer der Mensch und sein psychosoziales Befinden. Bei der Betreuung dieser Patienten ist es den Pflegepersonen wichtig die Lebenswelten der Betroffenen kennenzulernen. Die Lebenswelt der Homosexuellen nicht aufgrund ihrer Sexualität, welche in einem Land wie Österreich

noch immer nicht anerkannt wird, zu diskriminieren. Bei der Lebenswelt der Drogenabhängigen ist es wichtig, dass man ihre Drogensucht als Krankheit sieht, dass man merkt in welchem Umfeld sie leben. Eine Anforderung an das stationäre Setting ist diesen Patienten eine wirklich geschützte Atmosphäre zu ermöglichen, wo die Drogensucht verstanden wird:

„Also ihnen einen angenehmen Aufenthalt zu gewähren, mit dem Verständnis auch welche Lebenswelt da dahinter steckt, weil wenn man sich die Biographie dieser Menschen dann anhört, wie sie in die Drogensucht geschlittert sind und so weiter, da sind sehr interessante Geschichten dabei. Also Missbrauch in der Familie, sexueller Missbrauch bei den Frauen sehr oft, meistens im sehr jungen Kindesalter und dann mit dreizehn vierzehn in die harte Drogenszene mehr oder weniger abgerutscht und ich denk diese Lebenswelten oder diese Biographien muss man auch kennen oder sollte man unbedingt wissen dann geht man ganz anders um, mit Verständnis.“

Leider wird in vielen anderen medizinischen Bereichen nicht der Mensch an erster Stelle gestellt, sondern sein Infektionsstatus, wodurch die Patienten oftmals Diskriminierung erfahren. Sie werden als HIV/AIDS-Patienten nicht gewollt und erfahren das durch eine schroffe Art, dass sie eigentlich nicht erwünscht sind. Deshalb steht für die Pflegepersonen auf den HIV/AIDS-Stationen auch die Abschaffung der Diskriminierung im Vordergrund. Die Pflegepersonen möchten, dass ihre Patienten die bestmögliche Pflege die man ihnen angedeihen lassen kann, auf diesen Stationen auch bekommen. Natürlich wird auch manchmal auf den HIV/AIDS-Stationen, wegen der vielen Drogenpatienten, ein rauer Umgangston gehandhabt, aber die Patienten sehen das dann meistens auch ein.

Eine weitere wesentliche Anforderung an die Pflegenden ist die Einhaltung des Datenschutzes. Es ist stets darauf zu achten, dass Befunde in einem verschlossenen Kuvert verschickt werden und dass keine Informationen an die Öffentlichkeit gelangen, welche das Leben der Patienten erschweren würden. Darauf legen die Patienten und natürlich auch die Pflegenden sehr viel Wert.

Weitere Kriterien, die von den Pflegepersonen als vordergründig angesehen werden sind, dass auf der Station ein höflicher Umgangston herrscht, dass keine Tabus bestehen und dass

Vorurteile abgebaut werden:

„Ich versuche vorurteilsfrei an die Leute heranzugehen, aber das gelingt natürlich nicht immer, weil man schon einen ziemlichen Erfahrungsbereich hat und ja man muss es halt immer wieder von vorne probieren und einen Vertrauensvorschuss geben, der oft umsonst ist und das frustriert mich natürlich auch schon, aber man darf nie aufgeben.“

Neben der Sorgfältigkeit der Pflege wird vor allem die Kommunikation mit den Patienten von allen Pflegepersonen in den Vordergrund gestellt, jedoch ergeben sich hier große Unterschiede zwischen den beiden Stationen und zwar im Bezug auf die dafür verfügbare Zeit. Darauf gehe ich jedoch in einem dafür eigens vorgesehenen Kapitel genauer ein.

5.1.4 Das besonders Schöne und Positive an der Pflege von HIV/AIDS-Patienten

„Es freut mich, wenn es ihnen wieder gut geht, nachdem es ihnen schlecht gegangen ist“

Als besonders schön werden die Beziehungen angesehen, welche immer wieder erreicht werden mit Patienten die regelmäßig auf die Station kommen. Das sind mehr oder weniger Dauerpatienten, bei welchen man auf die Vertrauensbasis weiter aufbauen und anknüpfen kann, wo sofort wieder eine Beziehung entsteht:

„Das sind dann Beziehungen, welche sich über acht bis zehn, ja teilweise sogar bis zu fünfzehn Jahren ziehen und das ist sehr schön.“

Diese Art von Partnerschaften kommt meist mit homosexuellen positiven Patienten zustande, welche heutzutage jedoch ganz selten geworden sind, da die homosexuellen HIV/AIDS-Patienten fast ausschließlich in ambulanter Betreuung sind. Sie kommen dann nur auf die Station wenn sie aufwändigere Untersuchungen durchführen müssen:

„... da freust du dich natürlich sehr, wenn du solche Patienten nach sechs oder sieben Jahren Mal wieder siehst!“

Eine Pflegeperson empfindet es als sehr positiv, dass er sehr viele der registrierten Patienten persönlich kennt, da sie schon mal auf der Station waren und nun in ambulanter Betreuung sind. Da die Ambulanz auf Süd B nicht nur im gleichen Gebäude, sondern sogar auf dem gleichen Stockwerk liegt wie die Station, begegnet er öfter den ehemaligen Patienten und wie er stolz sagt erhält er dabei ein 100 prozentiges Feedback.

Als sehr positiv wird auf Süd B die Bezugspflege gesehen, bei welcher immer eine Pflegeperson für eine bestimmte Patientengruppe zuständig ist:

„Es ist nicht wie auf anderen Stationen, wo man in der Früh durchgeht und 30 Patienten das Fieber misst oder nach dem Stuhlgang fragt, sondern bei der individuellen Betreuung arbeitet man einfach mit seinen Patienten. Man betreut zwischen zwei und fünf Patienten pro Tag oder pro Dienst und man gestaltet sich auch den Tagesablauf mit dem Patienten.“

Das bedeutet die Pflegeperson kann sich mit ihren Patienten ausmachen wann sie zum Beispiel baden gehen möchten und dann halten sich die Patienten meistens daran. Die Pflegeperson versucht sich stets an den Rhythmus des Patienten anzupassen, wodurch jeder Tagesablauf unterschiedlich ist:

„Oft ist der Rhythmus bei den Patienten umgedreht, da haben die Leute manchmal um Mitternacht Hunger und dann schauen wir auch schon, dass wir darauf eingehen. Wir haben zwar unsere Essenszeiten, bei uns ist es halt immer sehr früh, so dass wir um halb zwölf Mittagessen und um halb fünf Abendessen haben und da gibt es dann immer wieder Patienten, die zu diesen Zeiten nichts essen und sie heben sich dann auf und wir wärmen es ihnen auf oder sie bekommen dann halt zusätzlich noch ein Joghurt oder Obst oder Brot oder was auch immer und das ist für mich persönlich dann kein Problem.“

Weiters wird auf Süd B auch als sehr positiv empfunden, dass es nicht so einen hohen Patientenstand gibt, denn dadurch bleibt den Pflegenden genügend Zeit für Patientengespräche. Es geht also nicht nur um die Behandlungspflege und die Grundpflege, sondern man kann sich auch psychisch den Patienten sehr gut widmen. Und weil genügend Zeit für das Erledigen aller Dinge da ist, gibt es auch weniger Frustrationen.

Das ist leider auf Annenheim nicht der Fall, dort ist der Tagesablauf strenger organisiert. Das kommt aber daher, dass einerseits der Patientenstand viel höher ist als auf Süd B und andererseits zu wenige Pflegepersonen auf der Station beschäftigt sind. Damit sie all ihre Arbeiten erledigen können muss daher zeitlich vieles geregelt sein und dadurch kommen die Patientengespräche oftmals viel zu kurz.

Trotz der geringfügigen Zeit berichten einige Pflegepersonen in Annenheim, dass sie immer wieder versuchen kleine Patientenwünsche zu erfüllen, denn es ist für sie schön zu sehen wenn sie den Patienten eine kleine Freude bereiten können. Eine Pflegeperson berichtet:

„Man bekommt schon sehr viel zurück und das ist wirklich schön, denn dann versucht man natürlich umso mehr auch durch so Kleinigkeiten, wie zum Beispiel wenn der Patient gerne Kaffee getrunken hat, dann taucht man die Mundpflegestäbchen in Kaffee, um den Patienten zu erfreuen.“

5.1.5 Die wesentlichsten Pflegeziele

„Das wesentlichste Pflegeziel ist für mich persönlich, dass es den Patienten gut geht, dass sich die Patienten wohl fühlen.“

Die Antworten auf die Frage nach dem wesentlichsten Pflegeziel ähneln einander stark. Alle befragten Pflegepersonen wollen auf ihre eigene Art und Weise nur das Beste für die Patienten, wobei vor allem das psychische Wohlbefinden in den Mittelpunkt gestellt wird. Die Pflegepersonen wollen am Ende eines Tages aufrecht aus dem Dienst gehen können und zufrieden mit ihrer getanen Arbeit sein, ohne sich Vorwürfe zu machen, dass sie nicht ihr Bestes gegeben haben:

„Es dem Patienten so angenehm wie möglich zu machen im Rahmen meiner Möglichkeiten. Dass der Patient immer im Mittelpunkt steht. Also stets darauf schauen was er halt mag und wie gesagt oft sind es nur Kleinigkeiten aber ich denk mir das bringt schon was. Und ich hör sie ja berichten, wenn sie auf anderen Stationen liegen oder in anderen Krankenhäusern liegen müssen und wie dann dort mit ihnen umgegangen wird und das ist denk ich mir halt ... das hat niemand verdient.“

Da heutzutage die Heilung dieser Krankheit noch nicht möglich ist, bezeichnet eine Pflegeperson als ihr wesentlichstes Pflegeziel die Erhaltung der Lebensqualität der Patienten:

„...dass sie keine Schmerzen haben, dass sie essen, dass sie trinken können ... ja das sie noch was haben vom Leben, oder? Dass auch mit dieser schweren Erkrankung, ja dass es lebenswert bleibt für sie. Also mir ist nicht vordergründig wichtig ob der Patient sauber ist oder ob der geputzte Zähne hat, sondern mir ist wichtig dass er schmerzfrei ist, dass er sich wohlfühlt.“

Für eine andere Pflegeperson ist das wesentlichste Pflegeziel den Patienten stets aufzubauen und ihm zu zeigen, dass das Leben mit Verkündigung der Diagnose nicht zu Ende ist, sondern dass es auch dann noch sehr schön werden kann:

„Das wesentlichste Pflegeziel für mich ist es einen Patienten, ganz egal welche Krankheit er hat, so gut betreuen zu können, dass er sich nicht vereinsamt fühlt. Ich kann nicht jede Krankheit heilen, ich kann nicht jede Verletzung ungeschehen machen, aber ich kann, wann der Patient das will und mit mir zusammenarbeiten will, ihm sehr wohl helfen nicht in eine Verzweiflung zu fallen und zu resignieren und das ist für mich ganz wichtig.“

Die Pflegepersonen sagen einheitlich, dass sie es gut finden, dass es diese Spezialstationen gibt, denn es gehört ein professionelles Team her um dieser Infektionskrankheit gerecht zu werden, es gehören Spezialisten sowohl im Pflegebereich als auch in der Medizin. Sie sehen die Existenz dieser Spezialstationen als unbedingt notwendig um diese wesentlichen Pflegeziele erfüllen zu können.

5.2 Beraten, Begleiten und Anleiten

In diesem Arbeitsbereich, in dem Patienten als auch Angehörige beraten, begleitet und angeleitet werden, klafft eine große Lücke zwischen den beiden HIV/AIDS-Stationen. Der hauptsächliche Grund dafür liegt im unterschiedlichen Personalschlüssel für die Patienten.

Annenheim hat wesentlich mehr Patienten als Süd B, da Annenheim mittlerweile eine gemischte Station geworden ist und nach Verfügbarkeit freier Betten auch HIV-negative Patienten mit meist bronchopulmonalen Erkrankungen aufnimmt. Für beide Stationen stehen aber gleich viele Pflegepersonen zur Verfügung, manchmal hat Süd B sogar eine Pflegeperson mehr. Aus diesem Grund ergeben sich die großen Differenzen bei der Zeiteinteilung für die Gespräche mit den Patienten oder den Angehörigen.

5.2.1 Sich dem Patienten zuwenden

Die Zuwendung zum Patienten beinhaltet nicht nur ihm sein Essen zu bringen und sein Bett zu machen, sondern sich während dieser Aufgaben auch nach seinem Wohlbefinden zu erkundigen, mit ihm einmal über andere Sachen als seine Erkrankung zu sprechen, oder ihm einfach nur das Gefühl vermitteln für ihn da zu sein.

Während meiner Beobachtungseinheiten gab es etliche Situationen in denen diese Zuwendung besonders deutlich wurde, sowohl während der Gespräche zwischen Patient und Pflegeperson als auch während verschiedener Tätigkeiten. Natürlich haben auch Pflegepersonen manchmal Tage gehabt, an welchen sie nicht so empathisch, eher passiv und nicht auf alle Fragen reagiert haben, aber diese Tage waren während meiner Beobachtungseinheiten eher die Ausnahme. Aus den vielen positiven Erfahrungen, die ich während der Beobachtungen gemacht habe, möchte ich nur ein paar schildern, denn sonst würde das den Rahmen dieser Arbeit sprengen:

- Bei der Körperpflege einer Patientin, welche kaum noch ansprechbar ist, wird mit großer Behutsamkeit umgegangen. Die Patientin versteht kein Deutsch und die Pflegepersonen können nur ein paar Worte in ihrer Muttersprache, wie zum Beispiel guten Tag, gut und danke. Diese versuchen sie dann auch bei ihren aufwendigen Pflegehandlungen anzuwenden, für die sie sich viel Zeit nehmen. Während dieser Tätigkeiten schalten sie der Patientin immer wieder Lieder in ihrer Muttersprache ein, damit sie sich etwas wohler fühlt.
- Bei Patienten, die ihre Körperpflege größtenteils selbst verrichten können, bleibt mehr Zeit zum „tratschen“. Bei einer Pflegenden konnte ich beobachten, wie gut die Zusammenarbeit zwischen Pflegeperson und Patientin beim Verbandswechsel funktioniert hat, wobei sie sich während dieser Tätigkeit über die Lebensgeschichte der Patientin unterhalten haben. Und auch nachdem sie mit der Körperpflege fertig waren, wurde das Gespräch nicht abrupt beendet.
- Einige Pflegepersonen versuchen die Stimmung aufzulockern, indem mit den Patienten Scherze gemacht werden oder lustige Geschichten erzählt werden.
- Viele Pflegende erklären und kündigen die nächste Arbeitshandlung stets an, damit die Patienten nicht erschrecken und wenn Fragen auftauchen dann gehen sie darauf ein.

- Als ein Patient seine Mahlzeit nicht gegessen hat, erkundigt sich die Pflegeperson ob ihm was wehtut und ob er sich das Essen vielleicht für später aufheben mag oder ob er vielleicht nur Astronautennahrung haben möchte.

Auf beiden Stationen ist es den Pflegepersonen besonders wichtig den Patienten im Endstadium die letzten Wünsche zu erfüllen, wobei es sich dabei meist um Kleinigkeiten handelt, wie zum Beispiel:

„Wenn es noch irgendetwas gibt, wie, der Patient will unbedingt eine Pizza von dort oder dort haben oder solche Dinge, was halt im Rahmen des möglichen ist, dann versuchen wir das schon immer zu erfüllen.“

Die Gespräche mit Patienten und ihren Angehörigen sind, vor allem auf Süd B, zu einem wichtigen Bestandteil des Arbeitstages geworden. Viele Pflegepersonen berichten, dass sie auf dieser Station den Vorteil haben, dass das Plaudern mit den Patienten nicht als negativ und als nicht arbeiten abgestempelt wird, wie es auf manch anderen Stationen oftmals der Fall ist. Die Gespräche werden immer nach Bedarf geführt und wie eine Pflegeperson erzählt:

„ ... es ist nicht jeder Patient der Typ, der gerne Gespräche führt. Da gibt es viele Introvertierte, die einfach ihre Ruhe haben wollen.“

Eine Pflegeperson auf Süd B erzählt, dass sie auch gerne Gespräche außerhalb des Patientenzimmers führt, wo dann auch mehrere Patienten daran beteiligt sind:

„Ich setz mich auch manchmal, da ich Raucherin bin, in den Raucheraufenthaltsraum von den Patienten, das ist dort ein ganz anderes Setting. Also da reden die Leute wieder ganz anders, als wenn man sie jetzt im Bett oder im Zimmer erlebt, da kriegt man auch eigene Informationen. Wir haben dann eine Gemeinsamkeit, das ist dann das gleiche Niveau.“

Eine andere Pflegeperson berichtet, dass die Patientengespräche oftmals auch eine massive Belastung für das Pflegepersonal darstellen:

„Es ist ein anderes Gespräch als ich es im Privatleben führe und es ist immer abzuschätzen, wie weit will der Patient aus sich heraus kommen, wie weit darf ich ihm entgegen gehen im Gespräch oder wie weit blockiert er das Gespräch und in dem Moment wo du siehst da ist die Blockade zu groß, da bleibst du eher am fachlichen Level und da gehst du nicht so sehr ins menschliche und wenn du siehst, dass der Patient sich öffnet,

dann kann ich tiefer hinein dringen und dann ist das auch eine ganz andere Gesprächsbasis. Die musst du dir aber suchen und die musst du dir erarbeiten.“

Im Pavillon Annenheim wird den Patienten von einer Pflegeperson eine Adherence-Betreuung angeboten. Darin wird mit dem Betroffenen über die Einstellung auf eine neue medikamentöse HIV-Therapie gesprochen. Es ist eine Art Informationsgespräch, bei welchem die Pflegeperson herausfinden möchte, ob bei dem Patienten überhaupt eine Therapiebereitschaft vorhanden ist. Weiters erklärt die Pflegeperson dem Patienten was es bedeutet eine HIV-Therapie zu nehmen, wie wesentlich dabei die Regelmäßigkeit der Einnahme ist, welche Fehler passieren können usw. Mittels dieser Gespräche erfährt die jeweilige Pflegeperson auch sehr viel Biographisches über den Patienten. Die Adherence-Arbeit wird von der Pflegeperson zusätzlich zu den Gesprächen als eine Art Bonus angeboten, jedoch wird diese nicht vom Pflegemanagement unterstützt. Diese Zeit muss sich die Pflegeperson von der Kernkompetenz abzwicken und muss mit der restlichen Zeit auskommen um auch weiter seine normale Pflegearbeit auszuführen.

5.2.2 Einbezug der Angehörigen

„Die Angehörigen werden soweit einbezogen, soweit sie das wollen.“

Jedoch besteht heutzutage das Problem, dass sich die Angehörigen immer mehr absentieren und somit die Patienten nur ganz selten Besuch bekommen. Manche wollen nur telefonische Auskünfte und andere wiederum wollen mit den Erkrankten nichts mehr zu tun haben. Dann gibt es noch Angehörige, die nur im Endstage-Bereich kommen und den Pflegepersonen Vorwürfe machen, warum nicht mehr für den Patienten getan wurde. Und letztendlich gibt es auch immer wieder Angehörige die wirklich regelmäßig kommen und mit denen die Pflegenden dann ein Gespräch führen können, weil da eine gewisse Vertrauensbasis bereits da ist.

Mit dem Wandel der Klientel haben auch die Besuche kontinuierlich abgenommen wie eine Pflegeperson berichtet:

„... wo wir noch mehr homosexuelle Patienten gehabt haben, da hatten wir auch viel mehr Besuch auf der Station. Da haben sich Familie und Freunde sehr gekümmert.“

Auf beiden Stationen gibt es mittlerweile nur noch wenige Angehörige, die in die Pflege miteinbezogen werden wollen:

„Sie würden einbezogen werden, wenn sie das Bedürfnis hätten. Ich hab halt doch den Eindruck, dass ...ja dass auch Angehörige große Berührungsängste haben mit kranken Patienten und mit Sterbenden sowieso und es werden ja die Leute dann auch zum Sterben ins Spital gebracht, wobei man ja zum Sterben nicht unbedingt einen Arzt braucht, oder?“

Wenn jedoch von Seiten der Angehörigen der Bedarf besteht oder wenn die Pflegenden wissen, dass der Angehörige gewisse Pflegehandlungen auch daheim übernehmen soll, dann nehmen sich die meisten Pflegepersonen gerne die Zeit um sie entsprechend anzuleiten:

„Man kann dann schon versuchen sie langsam heranzuführen und sagen ok, sie könnten ihm jetzt einfach ein bisschen die Stirn abwischen oder sie können versuchen ihm was zu trinken zu geben.“

Dabei dürfen die Pflegenden den Angehörigen nie das Gefühl vermitteln, dass sie das tun müssen, denn dann machen sie es nicht richtig oder gezwungen:

„Sie müssen das natürlich nicht tun, aber es ist vielleicht auch für sie erleichternd, wenn sie das Gefühl haben ich helfe dem jetzt beim Essen, als so ganz hilflos neben dem Bett zu sitzen, aber da haben die Angehörigen oft Angst, weil sie einfach überfordert sind mit der Situation und das ist natürlich auch verständlich.“

Wenn die Angehörigen nach dem Gesundheitszustand des Patienten fragen, dann kommt es auch oftmals vor, dass die Pflegepersonen nicht nur pflegerische Auskünfte geben, sondern auch versuchen mit ihrem Wissenstand und ihrer Kompetenz medizinische Sachen zu erklären:

„Natürlich schickt man auch den Arzt hin, aber ich finde es auch wichtig, dass man sich auch auf dem Gebiet ein bisschen auskennt und über den Patienten bescheid weiß, wie zum Beispiel welche Untersuchung er hatte und was dabei herausgekommen ist und das dann den Angehörigen in einfachen Worten erklärt. Das zeugt auch von Professionalität, dass man einfach Bescheid weiß.“

Eine Pflegeperson äußert sich, dass die Gründe warum in manchen Fällen der Einbezug der Angehörigen nicht stattfindet sind, dass es auch irgendwo eine Mehrbelastung für die

Pflegenden darstellt, dass es sehr zeitaufwändig ist, dass sich manche vielleicht unsicher sind in ihren Pflegehandlungen und dass dann Dinge hinterfragt werden.

5.2.3 Zeit für Gespräche

„Es ist eine relative Geschichte mit der Zeit“

Wie bereits oben erwähnt, haben die zwei Stationen unterschiedliche Personalressourcen, weshalb sich die Stationen nicht gleich viel Zeit für die Patienten freispielen können. In Annenheim wird die geschlossene Meinung vertreten, dass es auf ihrer Station viel zu wenig Zeit gibt, um sich den Patienten ausreichend widmen zu können. Es gibt zwar immer wieder so Nischen, wie zum Beispiel im Sommer, wo meist weniger los ist, aber wenn vielleicht ein Krankenstand dazukommt, dann wird es sehr eng mit der Zeit für Patientengespräche:

„Wenn es dir die Zeit gibt, dann kannst du dir die Zeit nehmen, dann sollst du sie dir auch nehmen und dann kann es schon eine viertel Stunde, 20 Minuten, auch eine Stunde werden,, wenn der Dienstablauf nicht gestört ist und durch die heutigen Personalressourcen ist es leider Gottes so, dass der Dienstablauf sehr sehr engmaschig ist, also du hast kaum mehr wirklich Zeit dich mit mehreren Patienten an einem Tag zusammen zu setzen, sondern du kannst es vielleicht mit einem machen.“

Weiters berichtet eine Pflegeperson von Annenheim, dass man stets versuchen kann sich etwas Zeit für den Nachmittag freizuspielen oder während eines ruhigen Nachtdienstes, jedoch bemerkt sie, dass:

„...von den Pflegepersonen ein Rückzug passiert, zum Beispiel vor den Computer oder zum Gespräche führen untereinander und so wird die vorhandene Zeit einfach viel zu wenig den Patienten gewidmet. Denn wenn man einen ruhigen Nachtdienst hat, dass man da auch merkt, dass die Patienten einfach mehr Gespräche führen wollen, tiefere Gespräche führen wollen, längere Gespräche, dass man sich dann einfach Zeit nimmt und sagt ok, setz ma uns einmal und sprechen. Das kann dann eine halbe Stunde oder eine dreiviertel Stunde dauern, je nachdem wie viel Zeit notwendig ist.“

Ein Wunsch der von einer Pflegeperson im Annenheim geäußert wird und wie sie betont ihr sehr am Herzen liegt, ist, dass es in Zukunft mehr Zeit für Gespräche gibt, damit die

psychische Komponente mehr zum Tragen kommt. Denn wenn die Pflegenden nicht mehr so gehetzt sind, dann haben sie auch wieder mehr Lust dazu und nehmen sich auch gerne die Zeit dafür. Zur derzeitigen Situation sagt sie:

„So wie es jetzt ist, wollen uns dann auch teilweise die Patienten nicht belästigen, weil sie merken dass du jetzt wirklich schon nicht mehr weißt wo du hinrennst zeitweise und das ist schlecht. Das ist für alle schlecht. Für den Patienten und für uns alle.“

Dadurch dass es auf Süd B die Bezugspflege gibt und sie meist einen niedrigen Patientenstand haben, können sich die Pflegekräfte fast immer genügend Zeit nehmen, um sich ihren Patienten zu widmen. Es bleibt größtenteils genügend Zeit auf der Station für ein Patientengespräch und wenn manche Patienten ihre Körperpflege selbst durchführen können, dann haben die Pflegenden noch mehr Zeit für die psychischen Belange der Patienten:

„Zeit für Gespräche kann man sich nehmen, wie viel man sich nehmen will. Heute haben wir relativ wenige Patienten, es sind glaub ich acht Patienten und drei Pflegepersonen, das heißt jede Pflegeperson hat so zwei, drei Patienten. Also da kann man sich genügend Zeit nehmen, wenn man's möchte, weil man ist ja als Pflegeperson wahrscheinlich auch nicht immer offen dafür und manche Patienten sind auch nicht so sympathisch, das kommt auch immer dazu (lacht), aber von der Professionalität, also wenn jemand ein Gespräch braucht, sei es aus Depression oder so, ist genügend Zeit da, ich würde auf jeden Fall sagen eine Stunde, aber es wäre auch länger möglich wenn es wer brauchen würde.“

Der Personalschlüssel für die Patienten war auf Süd B vor ein paar Jahren noch besser, aber wie auf allen anderen Stationen wird auch bei ihnen gespart. Trotzdem ist der Personalschlüssel noch so gut, dass sich die Pflegepersonen die Zeit nehmen können, die sie für die individuelle Patientenbetreuung brauchen.

5.3 Mit Grenzsituationen umgehen

Es gibt verschiedene Grenzsituationen denen sich die Pflegepersonen auf den beiden Stationen stellen müssen. Die psychischen Belastungen die sie dabei empfinden sind von etlichen Faktoren abhängig, wie zum Beispiel wie jung der Patient war, wie eng die Beziehung zu ihm war und über wie viele Jahre die Pflegebeziehung bestand. Wie eine Pflegeperson sagt „man kennt einfach einander“, denn einerseits kehren die Patienten immer

wieder auf die Station zurück und andererseits ist die Fluktuationsrate auf beiden Stationen sehr gering.

Jede Pflegeperson geht auf ihre besondere Art und Weise mit den psychischen Belastungen um, denen sie in ihrem Arbeitsalltag begegnet. Manche brauchen länger und andere wiederum nicht so lang. Jedoch lernen alle mit der Zeit sich von ihrer Arbeit abzugrenzen, denn sonst könnten sie diese nicht ausführen.

5.3.1 Psychische Belastungen für die Pflegepersonen

„Wenn ein langjähriger Patient von mir verstirbt, dann geht’s mir natürlich nicht gut.“

Das Ausmaß der psychischen Belastung, wenn ein Patient im Sterben liegt oder verstirbt, hängt bei den Pflegenden meistens davon ab, welche Beziehung sie zu einem Patienten aufgebaut haben und wie lange sie schon im Pflegeberuf und im speziellen auf der HIV/AIDS-Station tätig sind:

„Das ist immer so eine Frage wie nahe ich jemand oder etwas an mich heranlasse. Je länger man in dem Job arbeitet, sag ich jetzt einmal, desto weniger belastend ist es für mich, also desto leichter kann ich auch daheim abschalten, das merk ich jetzt ganz einfach schon, dass über die Jahre das viel leichter geworden ist, aber es ist trotzdem so, dass man bei manchen dann doch noch viele Dinge auch mit nach Hause nimmt und überlegt lebt er am nächsten Tag noch?“

Wenn also eine enge, langjährige Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson vorhanden war, dann kann der Tod in vielen Fällen schon sehr belastend sein, muss aber nicht. Denn wenn die Pflegeperson den langen Leidensweg als auch die schlechte Lebensqualität des Patienten miterlebt hat, dann empfindet sie dem Tod bei solchen Patienten oftmals auch als Erlösung und kann den Patienten gehen lassen.

Eine andere Pflegeperson berichtet mir, dass die ersten Todesfälle, welche sie auf einer HIV/AIDS-Station miterlebt hat, für sie sehr belastend waren und dass insbesondere der Tod junger Menschen für sie sehr prägend war:

„Mein erster und jüngster Patient, der verstorben ist, war 16. Das war natürlich schon ein ganz ganz extremer Tiefschlag. Die jüngste Patientin, die gestorben ist, war 21. das

war auch ein massiver Tiefschlag. Das Sterben selbst hab ich nach 28 Jahren miterleben, als normal empfunden, nur wenn so wirklich junge Patienten sterben, wo du nichts mehr machen kannst, das ist schon ein großer Faustschlag mitten ins Gesicht. Du musst aber damit fertig werden, weil sonst könntest du diesen Beruf nicht weiter machen.“

Einige Pflegende arbeiten nach dem Leitsatz „Mitfühlen aber nicht Mitleiden“, denn nachdem ein Patient verstirbt, können sie es sich nicht erlauben in tiefe Trauer zu versinken, denn für die restlichen Patienten muss der Pflegealltag weitergehen:

„Es ist ganz ganz schlecht mit einem Patienten mitzusterben - das kann ich nicht, das darf ich nicht und das soll ich nicht. In dem Moment wo ich das mache, vernachlässige ich meine anderen Patienten, kann mich nicht auf meine generelle Arbeit konzentrieren.“

Natürlich kann sich eine Pflegeperson für eine Stunde oder so zurückziehen, wenn es ein ihr nahestehender Patient war, um kurz in sich zu gehen und sich wieder zu sammeln, da steht ein jeder dahinter. Dann muss sich die Pflegeperson aber wieder abgrenzen und von dieser Situation distanzieren, sonst könnte sie nicht länger auf der Station arbeiten:

„Ich bin einmal voll ins Burnout geschlittert und seit dieser Zeit habe ich auch gelernt mich abzugrenzen und meine Grenzen kennenzulernen und wirklich rechtzeitig einen Rückzieher zu machen. Ansonsten wenn ich eine sehr gute Beziehung, eine enge Beziehung zu den Patienten aufgebaut habe und die ich über Jahre schon kenne, ist die psychische Belastung trotzdem noch enorm und man nimmt natürlich das auch mit nach Hause, also ganz abschalten funktioniert einfach nicht und geht auch nicht.“

5.3.2 Umgang mit dem Tod eines Patienten

„Ich brauch nicht mehr abschalten, weil ich gelernt habe damit umzugehen.“

Fast alle von mir befragten Pflegepersonen haben bereits etliche Erfahrungen im Umgang mit dem Tod eines Patienten gemacht, da man auf den HIV/AIDS-Stationen viel vom Tod umgeben ist. Für sie ist nach all den langen Dienstjahren das Sterben von einem Patienten im Spital zur Normalität geworden und sie haben gelernt mit der Tatsache umzugehen, dass der Tod nun mal zum Leben dazugehört. Trotzdem gibt es immer wieder Situationen, wo sie der Tod eines Patienten sehr trifft und ihnen der Umgang damit schwer fällt. Eine Pflegeperson schildert wie sie mit dem Tod von für sie ganz bestimmten Patienten umgegangen ist:

„Wenn die dann gestorben sind, war es für mich zum Beispiel auch extrem wichtig zum Begräbnis zu gehen und mich im Rahmen dieses Begräbnisses von diesen Patienten zu verabschieden. Also da habe ich für mich dann auch wirklich das Gefühl gehabt, es ist abgeschlossen, es war teilweise wirklich eine leidvolle Begegnung und die finale Phase teilweise sehr schmerzhaft und auch belastend für mich, aber es war dann irgendwie so ein angenehmer Abschluss dann „jetzt hat er es geschafft oder jetzt hat sie es geschafft“ und im Rahmen dieses Begräbnisses ist für mich dann mehr oder weniger der Abschluss geglückt. War sicher bei wenigen Patienten so, aber das war bei Patienten, wo wirklich eine langjährige Beziehung vorhanden war.“

Bei manchen Patienten dauert das terminale Stadium im stationären Setting einige Wochen bis Monate und da versuchen die Pflegepersonen sich darauf schrittweise vorzubereiten. Wenn es der Pflegeperson dann doch zu nahe geht, aufgrund der engen Beziehung, dann kann sie die Pflege dieses Patienten an eine andere Pflegeperson abgeben, um sich wieder etwas zu distanzieren. Für diese Situationen gibt es von den Kollegen viel Verständnis und Unterstützung.

Eine Pflegeperson von Süd B beschreibt mir den üblichen Ablauf, nachdem ein Patient verstorben ist. Sie erklärt mir, dass sie versuchen den Patienten relativ lang nachdem er gestorben ist auf der Station zu lassen, sprich länger als die vorgeschriebene Mindestzeit von drei Stunden. Damit, wenn die Angehörigen länger brauchen, sie sich verabschieden können. Die Pflegepersonen selbst verarbeiten den Tod auch damit, dass sie versuchen den Raum ein bisschen schöner herzurichten, damit sich sowohl die Angehörigen als auch die Pflegenden verabschieden können:

„Da ist dann meistens ein Kerzal, ein Kreuz, je nachdem ob er gläubig war oder nicht, also wir haben da so eine richtige Box schon, die ist dann ausgestattet mit so ein bisschen Plastikblumen, ist ja nichts großartiges, aber es schaut halt netter aus. Dann wird auch versucht diese ganze Technik zu entfernen bevor die kommen und derjenige welcher zu den Angehörigen den besten Draht gehabt hat, der macht dann den weiteren Prozess bis zur Übergabe auch wieder der Kleider und solcher Dinge, wie Handy und Wertsachen.“

Die Pflegenden sehen es als großen Vorteil an, wenn keine ganz jungen, frisch diplomierten Kolleginnen und Kollegen in solche Spezialbereiche einsteigen, denn viele erinnern sich daran, dass es am Anfang für sie sehr schwer war mit diesem breiten Spektrum und dem Tod

als ständigen Begleiter zurecht zu kommen:

„Das war am Anfang anders, ja das war am Anfang wirklich anders. Vor allem weil ich ja in anderen Spitälern nicht so sehr damit konfrontiert wurde, dass sehr junge Leute sterben, das war am Anfang anders, aber jetzt im Laufe der Jahre und auch im Laufe des Lebensalters gehe ich einfach mit dem Tod anders um.“

Jede Pflegeperson hat eine andere Art mit dem Tod eines Patienten umzugehen, vor allem wenn es um nahestehende Patienten geht. Manche grenzen sich schon früher ab und geben den Patienten ab, andere wiederum wollen alle Tätigkeiten übernehmen und die verbleibende Zeit mit dem Patienten verbringen. Manche verabschieden sich auf eine besondere Art, indem sie auf die Begräbnisse gehen, mit Kollegen zum Beispiel im Rahmen der Supervision darüber sprechen oder es auch mit nach Hause nehmen und dann dort mit ihren Angehörigen verarbeiten. Manche Pflegepersonen brauchen länger und manche weniger lang, bis sie sich wieder gefangen haben um in der Routine weiter zu gehen.

5.3.3 Die Möglichkeit der Supervision

Supervision stellt eine Form der Beratung dar. Die Teamsupervision gibt die Gelegenheit dazu, mit den Arbeitskollegen, die Zusammenarbeit genauer zu betrachten, eventuelle Probleme zu erkennen und bestehende Konflikte zu lösen. Weiters stellt die Supervision eine geeignete Maßnahme zur Burnout-Prophylaxe dar (vgl. Pflege Heute 2007, S.237f.).

Auf Süd B findet die Supervision ein Mal im Monat, für jeweils 1 ½ Stunden statt. Auf dem Infobrett im Schwesternstützpunkt wird immer ein Zettel aufgehängt, wo man sich für die Teilnahme am nächsten Treffen eintragen kann. Die Teilnahme beruht auf Freiwilligkeit, wobei meistens etwa fünf bis sechs Leute daran beteiligt sind. Wie mir eine Pflegeperson erklärt, gibt die Supervision die Möglichkeit mit Kollegen über mögliche Probleme, Belastungen oder Schwierigkeiten im Umgang mit den Patienten aber auch im Umgang mit Kollegen oder mit anderen Berufsgruppen, zu sprechen. Dabei ist besonders wichtig, dass alles was im Rahmen der Supervision besprochen wird, auch im Raum wo die Supervision stattfindet bleibt:

„Also wenn du jetzt nicht an der Supervision teilnimmst, dann geht's nicht dass du dann fragst: Hey und was ist da gesprochen worden und über wen ist gesprochen worden? Das funktioniert, also da sagt auch niemand was, es dringt nichts nach außen, das ist ganz ein

geschützter Rahmen in dem man seine Probleme und Schwierigkeiten sagen kann, also das gefällt mir ganz gut.“

Natürlich stellt die Supervision nicht für jeden die optimale Form der Beratung dar, aber wie mir eine Pflegende gesagt hat, muss man es mindestens ein Mal ausprobieren um das herauszufinden. So erging es der Station Annenheim, denn sie haben im Jänner 2008 den Versuch gestartet eine Supervision einzuführen, um auf diese Weise an ihre Probleme heranzugehen, jedoch ist der Versuch gescheitert, da einerseits zu wenige Pflegepersonen daran teilgenommen haben und andererseits noch mehr Stress verursacht wurde. Deshalb wurde die Supervision im Juni 2008 wieder eingestellt.

5.4 Intra- und Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Pflegepersonen, welche auf einer HIV/AIDS-Station arbeiten, müssen fähig sein in einem multidisziplinären Team zu arbeiten, denn nur so kann man dieser Infektionskrankheit gerecht werden. Die Pflegepersonen sollten nicht nur gut untereinander, sondern auch mit diversen anderen Berufsgruppen, wie Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und natürlich auch den Ärzten harmonieren können. Das ist einfacher gesagt als getan, denn wo mehrere Berufsgruppen aufeinander treffen, bilden sich oftmals nicht nur Meinungsverschiedenheiten, sondern auch Hierarchien.

5.4.1 Intradisziplinäre Zusammenarbeit

Alle Pflegepersonen von Süd B berichten mir, dass unter den Pflegepersonen ein sehr angenehmes und vertrautes Arbeitsklima herrscht, was sie zum großen Teil auf die nicht so straffe Tagesstruktur, also den individuellen Tagesablauf und den guten Personalschlüssel zurückführen. Dadurch sind die Pflegepersonen einem geringeren Arbeitsdruck ausgesetzt, sind flexibler und können so besser einander helfen, wenn es notwendig ist:

„Wenn man was braucht ... also man ist quasi nie allein gelassen mit einem Patienten, man kann sich immer eine zweite Pflegeperson zu Hilfe holen, um zum Beispiel jemanden zu baden oder zu heben. Also das ist hier selbstverständlich, naja selbstverständlich ist so etwas wiederum nicht, aber bei uns funktioniert es ganz gut.“

Auf Annenheim ist es natürlich aufgrund der straffen Tagesplanung und dem geringeren Pflegepersonal etwas schwieriger mit der Zusammenarbeit. Das Arbeitsklima wirkt an manchen Tagen meiner Beobachtungseinheiten ein wenig angespannt und die Pflegepersonen gestresst, denn sie müssen stets versuchen in der straffen Zeit mit ihren Pfllegetätigkeiten fertig zu werden. Trotz der erschwerten Umstände versuchen auch hier die Pflegepersonen so gut es geht einander zu helfen.

Natürlich gibt es sowohl auf Annenheim als auch auf Süd B immer wieder Pflegepersonen, die sich nicht so gern von anderen helfen lassen und die erst um Hilfe bitten, wenn sie es alleine überhaupt nicht schaffen, aber das kommt daher wie mir eine Pflegeperson erklärt, dass einige einfach ihre eigenen Methoden haben.

5.4.2 Arbeiten im multidisziplinärem Team

„Wir haben Ärzte, Pflegepersonal, eine Sozialarbeiterin, eine Psychologin, eine Physiotherapeutin – wir sind eben ein multiprofessionelles Team und das funktioniert auf der Abteilung ganz gut!“

Die Zusammenarbeit mit den Psychologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten wird im Annenheim als sehr gut eingestuft, denn es herrscht stets ein guter Informationsaustausch. Alle drei Berufsgruppen benötigen immer wieder verschiedene Informationen und die Pflegepersonen geben sie ihnen und umgekehrt. Sie arbeiten mit der Pflege zusammen, sie ziehen an einem Strang. Es gibt jedoch ein wesentliches Problem, dass die Psychologen nur ein oder höchstens zwei Mal die Woche auf die Station kommen und sonst nur wenn sie von einer Pflegeperson telefonisch verständigt werden. Der Wunsch nach mehr Psychologen auf Annenheim ist groß, weil wie schon oben erwähnt, die Pflegenden einfach zu wenig Zeit für ausführliche Patientengespräche haben.

Auch auf Süd B hätten die Pflegepersonen gerne häufiger einen Psychologen auf der Station, denn obwohl sie sich meist die Zeit für Patientengespräche nehmen können, sind sie keine Psychologen:

„Wir haben keine fixen Psychologen, die nur für unsere Station zuständig sind. Es gibt eine oder zwei Klinikpsychologinnen für die Dermatologie, die im Bedarf geholt werden kann. Die kommt dann halt irgendwann, wenn sie Zeit hat, aber sie kennt die Patienten

nicht im Verlauf. Wir übernehmen das dann oftmals, aber ich glaub wir kennen unsere Grenzen, weil ich bin kein Psychologe, ich komm bis dahin und nicht weiter.“

Wenn also die Psychologen nicht regelmäßig ihre Runde machen, sind es die Patienten auch nicht gewöhnt und haben somit eine gewisse Hemmschwelle den Psychologen gegenüber. Die Patienten müssen schon sehr depressiv sein um wirklich Hilfe in Anspruch zu nehmen:

„Also sehr viele Patienten nehmen das erst in Anspruch wenn es ihnen eigentlich schon relativ schlecht geht und nicht schon vorher. Wobei unsere Psychologin auch Entspannungstechniken für Patienten anbietet. Da können wir sie anpiepsen, wenn sich Patienten melden und dann macht sie mit denen eine halbe Stunde Entspannungstechniken. Wird aber eher nicht so angenommen.“

Hingegen die Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin auf Süd B funktioniert einwandfrei, wie mir alle befragten Pflegepersonen berichten. Die Sozialarbeiterin geht von sich aus auf alle neu aufgenommenen Patienten zu und fragt sie ob sie irgendwas sozialarbeiterisch benötigen und auch die Pflegepersonen können stets zu ihr kommen und sie um Rat bei sozialen Anliegen und Problemen der Patienten fragen. Die Sozialarbeiterin ist vier Mal die Woche auf der Station und zwar Montag, Dienstag, Mittwoch und Freitag jeweils von 8 bis 17 Uhr durchgehend:

„Das heißt außer Donnerstag sind unsere Patienten eigentlich relativ gut versorgt und auch der eine Tag macht jetzt nicht so viel aus, also es ist meistens nichts so akut. Und wir sind eben der Bezugspunkt, der Patient sagt er möchte irgendwas, dann stellen wir einen Kontakt her oder die Patienten klopfen selber an bei ihr und machen sich dann Termine aus.“

Die Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten wird auf beiden Stationen als sehr wertvoll erachtet, wie mir eine Pflegeperson erzählt:

„Also grundsätzlich tun wir auch mobilisieren und mit den Patienten herumgehen und was auch immer, aber manchmal ist es einfach ganz gut, wenn sich die Physiotherapeutin das professionell anschaut, was geht und was nicht und das gibt sie dann auch an uns weiter, was wir dann am Wochenende oder am Nachmittag noch mit dem Patienten machen können.“

Das Arbeiten mit den Ärzten auf Süd B, wie mir eine Pflegeperson berichtet, funktioniert im Großen und Ganzen ganz gut. Weiters beschreibt sie die Zusammenarbeit mit den Ärzten als ein gegenseitiges Unterstützen:

„Wenn sich ein Assistenzarzt irgendwo nicht auskennt, dann fragt er auch uns und man erklärt es ihm und dafür kann man auch wieder den einen oder anderen Arzt fragen, dass er einem pflegerisch Mal unter die Arme greift, wenn sonst keiner da ist und das schafft einfach ein angenehmes Arbeitsklima.“

Das Problem jedoch ist, dass die Assistenzärzte sehr häufig die Station wechseln und sobald sich die Pflegenden an einen gewöhnt haben, kommt schon wieder ein neuer. Diese Zeitabstände sind sehr unterschiedlich, meist zwischen drei und sechs Monaten. Konstant ist nur der stationsführende Oberarzt. Hinzu kommt, wie mir eine Pflegeperson beschreibt, dass die Assistenzärzte keine Einschulungszeit haben, in welcher sie die Richtlinien und Standards, wie die Station geführt wird, kennenlernen:

„Die Station lebt vom Pflegepersonal, wir sind die Station, ja das muss man sagen und wenn ein Assistenzarzt etwas anders oder nicht richtig macht, dann heißt es schlussendlich nicht der Assistenzarzt oder die Assistenzärztin haben den Blödsinn gemacht, sondern auf Süd B ist mir das oder jenes passiert und ich bin Süd B und ich steh für Süd B, darum reib ich mich auch oft mich den Ärzten.“

Eine weitere Pflegeperson von Süd B wünscht sich, dass vor allem die Ärzte lernen den Tod zuzulassen. Es soll ihrer Ansicht nach nicht bis zum Schluss therapiert werden, wenn dabei die Lebensqualität des Patienten sinkt, da gibt es oftmals ungleiche Meinungen:

„Also ich glaub die Ärzte haben viel größere Schwierigkeiten damit, dass es auch einmal zu Ende geht und das Sterben nicht nur eine Momentaufnahme ist, sondern ein Prozess und dieser Sterbeprozess sollte schöner ablaufen unter Führungszeichen, er sollte würdiger sein. Also ich weiß schon, dass das für die Ärzte nicht leicht ist, das ist mir klar, aber ich glaub da sollten wir alle ein bisschen daran arbeiten.“

Einigen Pflegepersonen auf Annenheim fällt die Zusammenarbeit mit den Ärzten wesentlich schwerer, denn sie fühlen sich oftmals hierarchisch untergeordnet, worauf ich aber im folgenden Kapitel näher eingehen werde. Natürlich finden sich auch gute Aspekte in der Zusammenarbeit, wie mir manche Pflegepersonen erzählen, wozu unter anderem die Mitteilung neuer Erkenntnisse durch die Ärzte zählt:

„Also wenn ich jetzt zum Beispiel im Internet was finde oder in einer Kurve, wo ich sage das sagt mir jetzt nichts oder da bin ich mir nicht mehr so sicher, dann kann ich wirklich zu jedem Arzt gehen, also fast zu jedem Arzt gehen und kann jederzeit fragen und der versucht es mir zu erklären.“

5.4.3 Die Entwicklung von Hierarchien

Der Prozess der Entwicklung von Hierarchien hat sich auf den beiden HIV/AIDS-Stationen in unterschiedliche Richtungen entwickelt. Während die einen stark darunter zu leiden haben, bekommen die anderen eher wenig davon zu spüren.

Eine Pflegeperson von Annenheim erzählt mir, dass wenn man sich die Entwicklung über den Zeithorizont anschaut, also so ab 1990, wo es noch wenige Möglichkeiten gab die Krankheit medizinisch zu behandeln und wodurch die Mediziner weniger Aufgaben hatten:

„ ...da war die Pflege wirklich im Vordergrund, d.h. da war Palliativpflege, terminale Pflege stets im Vordergrund, die Patienten hatten wirklich schwerstwiegende Erkrankungen, die sehr pflegeaufwendig waren und da hat die Kommunikation funktioniert, also das kann man wirklich sagen, ich habe da eine Zeit erlebt, wo Medizin und Pflege wirklich so gleichberechtigte Partner waren. Also sie haben von uns Tipps angenommen, Informationen angenommen, da wir ja mehr oder weniger ständig mit den Patienten zu tun hatten.“

Diese Art der Kommunikation, zwischen den Pflegepersonen und den Mediziner, hat laut der befragten Pflegeperson bis Mitte der 90er Jahre gut funktioniert. Jedoch mit der ständigen Zunahme an Möglichkeiten die HIV-Infektion und die AIDS-Erkrankung therapeutisch zu behandeln, ist die Medizin wieder stetig in den Vordergrund gerückt:

„Das merkt man so seit die HAART-Ära gekommen ist, also seit `96, danach merkt man, dass das wieder total asymmetrisch geworden ist. Also die Medizin hat jetzt die Wunderwaffe in der Hand und verordnet und verschreibt diese Medikamente und die Pflege hat sich wieder auf ihre Kernkompetenzen zurückgezogen und genau so funktioniert seitdem die Kommunikation. Obwohl es die gleichen Leute sind, die diese Zeit miterlebt haben, also von den Ärzten und auch von den Pflegepersonen, die gleichen Personen, nur das hat sich komplett verschoben, also da ist wirklich ein Paradigmenwechsel passiert, wo ich mir extrem schwer damit tue, weil ich es selber kenn

und deshalb tue ich mir extrem schwer mich wieder in dieses Segment einordnen zu müssen, weil die Medizin das mehr oder weniger vorgibt und das Pflegemanagement sagt, ja die Kernkompetenzen sind vorgegeben, dafür seid ihr zuständig, mehr könnt und sollt ihr nicht machen, weil mehr Ressourcen gibt es dafür nicht.“

Diese Hierarchie konnte ich auch während der Beobachtungen wahrnehmen, vor allem während der Sitzvisiten, wo die Ärzte mit den Pflegepersonen die einzelnen Patienten durchgehen. Vieles was die Pflegepersonen äußern wird übergangen oder ohne hinterfragen zur Kenntnis genommen. Einige Pflegende wirken dabei eher resigniert, denn sie versuchen es gar nicht mehr ihre Bemerkungen anzubringen. Dazu äußert sich eine Pflegeperson so:

„Die Medizin glaubt immer noch, dass die Pflege mehr oder weniger der Hilfsdienst der Medizin ist und so wird die Pflege nach wie vor in der Praxis behandelt. Und da passiert von der Pflege her auch zu wenig Widerstand, wenig Umdenken, also die Pflege ist teilweise auch selbst schuld.“

Bei den anderen Berufsgruppen, wie eben Psychologen und Sozialarbeitern, meinen die Pflegepersonen von Annenheim besteht weiterhin eine Partnerschaftlichkeit. Da gibt es nicht dieses hierarchische Gedankenbild im Hintergrund, wie zwischen Medizin und Pflege.

Die Pflegepersonen von Süd B verspüren keine stark ausgeprägten hierarchischen Strukturen auf ihrer Station, was ihrer Meinung nach auch zum großen Teil am einheitlichen Berufsgewand liegt. Dadurch unterscheiden sich die Berufsgruppen vom Äußerlichen nicht stark voneinander:

„Und auch die Patienten sehen diesen Unterschied nicht so sehr und haben dann nicht immer nur das Visitingesicht des Arztes vor sich, dass viele beängstigt. Nur der Oberarzt kommt im weißen Mantel, aber sonst sind wir alle gleich und so finde ich auch, dass jeder Beitrag gleich viel wert ist auf dieser Abteilung.“

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zu Annenheim ist, wie mir eine Pflegeperson berichtet, dass auf der Station großteils alle mit den Ärzten per du sind und dass dadurch der Umgang miteinander und somit die Zusammenarbeit wesentlich aufgelockert wird:

„Nichtsdestotrotz habe ich persönlich großen Respekt vor den Ärzten, aber der Respekt ist dann auch gegenseitig vorhanden. Der Arzt hat auch Respekt vor den Pflegepersonen und

Respekt vor dem was wir hier machen und leisten, also man spürt die Hierarchie dann eigentlich nicht so stark, wie auf manch anderen Stationen.“

Während der Beobachtungen auf Süd B bemerke ich, dass hier sehr wohl darauf eingegangen wird wenn die Pflegenden etwas vorschlagen und wenn von der ärztlichen Seite etwas dagegen spricht, dann wird ausführlich argumentiert, warum das nicht durchführbar ist.

5.5 Eine Krankheit im Wandel

Im Verlauf der letzten zwanzig Jahre hat sich AIDS von einer akuten zu einer chronischen Krankheit entwickelt und auch die Klientel im stationären Bereich hat sich stark gewandelt. Wo früher meist nur homosexuelle HIV-positive Männer die Stationen füllten, da sind jetzt die drogenabhängigen positiven Patienten, wobei auch die Zahl der HIV-positiven Frauen erheblich angestiegen ist.

An diese Veränderungen müssen sich die professionell Pflegenden ständig anpassen, um ihre Patienten angemessen versorgen zu können. Um jedoch diese Anforderungen zu erfüllen, ist eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals notwendig, wobei jedoch oftmals Angebot und Nachfrage nicht übereinstimmen.

5.5.1 Von akut zu chronisch

„Am Anfang da war es so, dass sich die HIV- und AIDS-Patienten niemand hat angreifen trauen.“

Am Beginn der Infektionsausbreitung, wie mir eine Pflegeperson schildert, waren alle unsicher und ängstlich im Umgang mit den Patienten und alle hatten Angst sich selbst zu infizieren bei den kleinsten Berührungen:

„ ...das kann man sich heute gar nicht mehr vorstellen, weil man das einfach schon so gewohnt ist. Ich kann mich erinnern, wir haben früher Dinge gemacht, die wir halt heute nicht mehr so machen würden, wir haben zum Beispiel das Essenstablett mit Handschuhen weggebracht oder beispielsweise so einfache alltägliche Dinge, wie

Zeitungen vom Patienten hätte früher glaub ich niemand gelesen, das hat man halt weggeschmissen, da würde man heute nicht Mal mehr dran denken.“

Früher wurden alle Patienten stationär betreut, weil der Krankheitsverlauf so pflegeaufwändig war. Heutzutage ist die überwiegende Mehrheit der Patienten in ambulanter Betreuung und diese Patienten kommen dann nur zu aufwändigeren Untersuchungen, Therapieneueinstellungen oder bei akuten Schüben auf die Station. Eine Pflegeperson wünscht sich aus diesem Grund mehr Durchlässigkeit zwischen dem intra- und extramuralen Bereich, zum Beispiel im Rahmen der Schaffung eines Case Managements. Sie ist der Ansicht, dass man mehr bündeln und koordinieren müsste um es durchlässiger zu machen, denn dadurch würden sowohl Patienten als auch Pflegepersonen profitieren:

„Die HIV-Krankheit ist eine chronische Krankheit geworden, man müsste hier wirklich eine Vernetzung schaffen oder den Übergang schaffen, dass das chronisch kranke Leute sind, die in ihrem chronischen Krankheitsverlauf immer wieder akute Erkrankungen haben, wo eben die Station, das stationäre Setting wichtig ist, diese zu behandeln aber wo der chronische Krankheitsverlauf auch weiter betreut wird, weil da kommt es immer wieder zu Abbrüchen.“

Eine weitere Folge der Entwicklung von akut zu chronisch ist, dass nicht mehr so viele Betten benötigt werden, weshalb die Station auf Süd B verkleinert wird. Die Station wird in ein neues Haus übersiedeln, den die Pflegepersonen als eine Art Container bezeichnen:

„Ja ein neues Haus bekommen wir bald ... wir bekommen einen Container, ja so wird das bezeichnet. Das ist so ein Fertigteilhaus das auf ein Mauerwerk aufgesetzt wird. Es befindet sich zwischen der Psychiatrie und dem Hauptgebäude, also ganz hinein haben wir es noch nicht geschafft, man fürchtet sich trotz alledem glaub ich schon noch vor HIV.“

Aber wie mir eine Pflegeperson von Süd B erklärt, gibt es noch etliche andere Gründe und Probleme, warum die HIV- und AIDS-Patienten nicht im Hauptgebäude untergebracht werden können. Einerseits weil es immer wieder isolationspflichtige Patienten mit offener Tuberkulose gibt. Andererseits darf im Haupthaus nicht geraucht werden und das geht einfach nicht bei so vielen Drogenpatienten, da braucht man einfach ein Raucherzimmer. Ein weiteres wesentliches Problem stellen auch die vielen Diebstähle auf der Station dar, weil ja die Leute

alle nichts haben. Was der Pflegeperson am Umzug insbesondere nicht gefällt ist, dass trotz mittlerweile chronischem Verlauf die Diskriminierung weiterhin bestehen bleibt:

„Es ist doch wieder eine Isolierung der Patienten, dass es doch wieder extra ist, da ist schon wieder augenscheinlich: Hey wir sind nicht wie die anderen. Das ist dann natürlich auch mit den Besuchern ein Problem, weil es gibt ja auch Patienten, wo die Angehörigen nicht wissen, dass sie positiv sind und da ist es dann natürlich klar, da brauchen wir nicht lang mit Codewort herum tun und auf Sperre von Auskunft. Wenn man da auf die Station kommt und die Augen aufmacht dann weiß man auch auf welche Station man kommt und das tut mir ein bisschen Leid, das die so abgesondert werden.“

Auch im Pavillon Annenheim ist die Entwicklung von akut zu chronisch deutlich spürbar, denn auch hier gibt es weniger HIV-positive und an AIDS-erkrankte Patienten. Was auch mitunter der ausschlaggebende Grund für die Schließung der Intensivstation im Jahre 2004 war. Weiters werden aus wirtschaftlichen Gründen die freien Betten an HIV-negative Patienten mit diversen Lungenerkrankungen vergeben, worauf ich im folgenden Kapitel eingehen werde.

5.5.2 Wandel der Klientel im stationären Bereich

Die Zeiten in denen fast ausschließlich homosexuelle positive Patienten auf den Stationen waren sind längst vergangen, zu denen einige der Befragten einen ganz anderen Zugang als zu den drogenabhängigen Patienten hatten. Die früheren Patienten waren stets dankbar, dass sie auf diesen Stationen behandelt wurden und diese Dankbarkeit vermissen einige Pflegepersonen. Eine Pflegeperson, die den Wandel der Klientel miterlebt hat, beschreibt ihn so:

„Für die drogenabhängigen Positiven bist du ja nur da um zu dienen, da gibt es kein Danke und kein Bitte, da gibt's nur fordern und sonst nichts. Und die normalen homosexuellen Patienten die wir gehabt haben, die nicht drogenabhängig waren, halt an HIV und AIDS erkrankt, da hast du eine Partnerschaft aufbauen können, was du mit einem Drogenpatienten nie kannst. Mit den anderen Patienten, die Partnerschaft war halt so, dass du für ihn da warst aber er auch für dich und das war ganz wichtig und das waren die Patienten, die halt bei uns im Nachtdienst gesessen sind und mit uns Kaffee getrunken haben und die uns ab und zu Blumen vorbeigebracht haben oder Schokoladen

oder im Sommer einmal ein Eis, wo halt der Freund angerufen wurde und gesagt ‚geh bring einmal ein Eis, die sind so arm und das war halt schön, das war kommunikativ.‘

Für einige Pflegepersonen ist es wiederum spannend und stets eine neue Herausforderung sich mit den drogenabhängigen positiven Frauen und Männer auf der Station auseinanderzusetzen:

„Man muss ihnen vielleicht teilweise einfach die Grenzen klar machen, weil gerade solche Patienten versuchen dann einfach zu schauen wie weit sie gehen können. Da kommt man aber sehr schnell dahinter und dann muss man ihnen klar machen, dass das so nicht geht oder dass es bestimmte Spielregeln auf der Station gibt und dafür ist manchmal ein gröberer Ton notwendig, was jetzt auch nicht so in meinem Naturell liegt, aber das muss manchmal einfach sein und das habe ich in der Zeit wo ich da bin mittlerweile gelernt.“

Vor allem auf Annenheim ist der Wandel deutlich spürbar wie mir die Pflegepersonen berichten, denn obwohl die Station eigentlich unter dem Standard einer HIV-spezifischen Station läuft, wird es in den letzten Jahren nicht mehr so gehandhabt, denn häufig werden ältere HIV-negative Patienten mit diversen Lungenerkrankungen aufgenommen:

„Es ist schon vorgekommen, dass wir von 24 Bettenbelag nur drei oder vier positive Patienten da hatten und der Rest war kardio-pulmonal erkrankt altersbedingt oder eben normale Lungenerkrankungen wie Lungenentzündungen oder nach Operationen.“

Die Pflegepersonen von Annenheim sind der Ansicht, dass das Mischen der Patienten auf dieser Station nicht gut ist, denn die Patienten passen altersmäßig nicht zusammen:

„Es ist ganz ganz schwierig auf einer Station, wo größtenteils junge Patienten sind, plötzlich alte Patienten dazuzulegen, die ihr Geburtsdatum so um 1920 herum haben, das kann nicht funktionieren. Die alten Leute sind langsamer, die alten Leute brauchen mehr Ruhe und es ist jetzt für alte Patienten unheimlich schwierig einzusehen, warum die Jungen so agil sind. Die wissen oft nicht warum die jungen Patienten bei uns sind und ein junger Drogenpatient ist meist bei uns weil er seine Substitution kriegt und eingestellt wird auf neue Medikamente, aber der ist dauernd unterwegs und das löst bei den alten Patienten immer verschiedene Fragen aus und da wir über die Diagnosen von Patient zu Patient nicht sprechen dürfen, entstehen auch immer wieder Schwierigkeiten.“

Aus diesem Grund äußern die Pflegepersonen auf die Frage nach Verbesserungswünschen, als primäre Verbesserung wieder die Klientel zu trennen, auch wenn das irgendwann bedeutet, dass man eine der beiden Stationen aufgrund vom Patientenmangel auflassen muss:

„Ich denke mir, wenn wir schon eine Fachabteilung mit einer fachspezifischen Station sind, dann sollten wir diese Station nicht unbedingt mit anderen Erkrankungen auffüllen.“

5.5.3 Notwendigkeit der Fort- und Weiterbildung

„Das mit der Weiterbildung gehört auf jeden Fall verbessert!“

Bei einer Krankheit wie AIDS, welche so breitgefächert und wandelbar ist, stellt die Fort- und Weiterbildung der Pflegenden einen wesentlichen Aspekt dar. Tagtäglich kommen zum Beispiel neue Medikamente auf den Markt, welche sich in vielfältiger Weise voneinander unterscheiden. Um bei dieser Vielfalt den Überblick zu behalten, ist eine regelmäßige Beschäftigung mit der Thematik notwendig:

„Also ich bin immer up to date sag ich einmal. In gewissen Bereichen hat sich das Thema schon erschöpft, was aber immer wieder neu ist, sind die Therapien. Neue Medikamente kommen ständig auf den Markt und die Therapieregime werden immer komplizierter, wobei aber die Therapieeinnahme für den Patienten immer leichter wird. Um meinen Wissensstand aufrecht zu erhalten beschäftige ich mich oftmals mit den neuen Medikamenten. Warum gibt es das Medikament? Welche Nebenwirkungen, Wirkungen und welche Erscheinungsformen an Patienten können auftreten? Weiters ist sehr wesentlich wie ich die Medikamente verabreiche, also in welcher Dosis? Sind sie irgendwie ans Gewicht adaptiert oder nicht? Kann ich sie mit anderen Medikamenten mischen? Das sind alles sehr wesentliche Dinge, die gelernt und immer wieder aufgefrischt werden müssen.“

Alle befragten Pflegepersonen versuchen regelmäßig an diversen Kongressen und Fortbildungen rund um die HIV- und AIDS-Thematik teilzunehmen. Wobei die Betonung auf versuchen liegt, denn zu solchen Kongressen kann immer nur eine oder höchstens zwei Pflegepersonen pro Station fahren und für die Kongresskosten müssen sie stets selber aufkommen. Die Zeit die sie in die Fortbildungen investieren, bekommen sie dann teils als rückvergütende Arbeitszeit zurück.

Eine Pflegeperson von Süd B schildert mir, dass sie auch auf der Station ein Mal im Monat eine Stunde lang eine innerbetriebliche Fortbildung haben, welche dann meistens irgendwie HIV-spezifisch ist, wie zum Beispiel Ernährung bei HIV mit einer Diätassistentin oder Wundmanagement bei HIV usw. In dieser einen Stunde kann man die Themen jedoch nur kurz anreißen und bei bestehendem Interesse muss es dann jeder einzelne Mitarbeiter für sich selbst intensivieren:

„Das Nachlesen der Informationen erfolgt fast immer im privaten Bereich. Also das Spektrum ist ja sehr breit, man hat internistische Sachen, Hautgeschichten, Urologie, psychiatrisches, einfach die ganze Bandbreite und da ist der Lernaufwand schon enorm, aber damit bleibst du auch ein bisschen aktiver und hast eine größere Übersicht, weil du dich jetzt nicht nur auf einem Gebiet fortbildest. Natürlich vergesse ich Sachen und deshalb muss man sie immer wieder nachlesen, aber das ist ein persönliches Engagement, nur ein persönliches und wird weder gefördert, noch sonst irgendwie versucht zu unterstützen.“

Da es in Österreich kaum HIV- und AIDS-spezifische Fortbildungsangebote gibt, versuchen die Pflegepersonen einerseits hellhörig während der Visiten zu sein und andererseits Alternativen zu finden, welche auch sehr nützlich für ihren Pflegealltag sein können:

„Wenn ich Fortbildungen besuche, dann ist es nicht HIV und AIDS betreffend, aber es hat schon mit dem Stationsthema an sich zu tun. Unlängst war ich auf einer Fortbildung zum Thema Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden und genau die Patienten haben wir auch. Weitere waren zum Beispiel Umgang mit psychiatrischen Patienten oder Reanimationsschulung, also das sind Sachen, wo ich mir denk, das kann ich jeden Tag brauchen und deshalb frische ich es immer wieder auf.“

Der Zeitaufwand für diverse Fort- und Weiterbildungen liegt durchschnittlich bei drei Stunden im Monat, wenn jedoch die Pflegenden nebenbei selber vortragen, dann ist es natürlich wesentlich mehr:

„Also das ist immer abhängig davon, ob ich jetzt irgendein Thema intensiver behandle, weil ich jetzt selber einen Vortrag mache usw. und mich dafür vorbereite. Also das ist sehr unterschiedlich, es können im Schnitt schon drei, vier Stunden im Monat Minimum sein, kann wie gesagt auch mehr sein, so bis zu zwanzig Stunden im Monat.“

Das Angebot an Fort- und Weiterbildungsprogrammen im HIV- und AIDS-Bereich ist in Österreich laut den befragten Pflegepersonen mittlerweile kaum vorhanden. Es gibt lediglich von Pharmafirmen hin und wieder so Eintagesveranstaltungen, wo die Pflegepersonen daran teilnehmen können. Diese dienen aber meistens dem Zweck ihr eigenes Produkt vorzustellen, zu bewerben und letztendlich an den Mann zu bringen. Wie mir eine Pflegeperson berichtet, war die Situation vor ungefähr zwei Jahren wesentlich besser, denn zu diesem Zeitpunkt existierte noch die Arbeitsgemeinschaft HIV-Pflege im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband:

„Also das war eine Bundesarbeitsgemeinschaft wo alle Pflegepersonen die in Österreich im HIV-Bereich gearbeitet haben untereinander vernetzt waren, also alle HIV-Zentren und die Pflegepersonen davon, war eine gute Ergänzung zur Medizin, weil wir im Rahmen der Österreichischen HIV-Kongresse immer ein Pflegesymposium veranstaltet haben und auch immer wieder versucht haben aktuelle Pflege Themen hereinzubringen und auch die Veränderungen was in der HIV-Pflege passiert sind. Leider haben wir die Arbeitsgemeinschaft vor zwei Jahren aufgelöst, weil es immer weniger Unterstützung vom ÖGKV gegeben hat.“

Die Pflegepersonen von Annenheim und Süd B sind der einheitlichen Meinung, dass die Schulungssituation im HIV- und AIDS-Bereich in Österreich dringend verbessert werden muss, auch wenn der Markt noch so klein ist.

6. Diskussion und Ausblick

Weinreich und Benn (2004, S.101) beschreiben in ihrem Buch, dass Pflege- und Behandlungsstrategien umfassend sein müssen, dass Menschen mit HIV und AIDS nicht nur medizinische und pflegerische, sondern auch spirituelle, psychologische, soziale und materielle Betreuung brauchen. Wobei diese Betreuung in ein System eingebettet sein muss, indem formale und informelle Dienste und Pflegedienste vernetzt sind. Dabei sollten die verschiedenen Bereiche nicht miteinander konkurrieren, sondern sich gegenseitig ergänzen und unterstützen.

Jedoch was bedeutet es für Pflegepersonen in Wien HIV- und AIDS-Patienten stationär zu pflegen? Was steht für die Pflegenden im Vordergrund? Inwieweit kann die Pflege in einem multidisziplinären Team umgesetzt werden und vor welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen stehen die Pflegenden?

Die Untersuchung, die auf den beiden HIV/AIDS-Stationen Annenheim und Süd B durchgeführt wurde, soll dazu dienen den oben angeführten Fragen auf den Grund zu gehen, um im weiteren Verlauf Handlungskonzepte zu erstellen. Sowohl aus den Interviews als auch aus den Beobachtungen geht hervor, dass diese Stationen in vieler Hinsicht Unterschiede in ihren Handlungskonzepten aufweisen. Das liegt zu einem großen Teil daran, dass die Station Süd B eine reine HIV/AIDS-Station mit einer Intensivstation und das Pavillon Annenheim eine gemischte Station ohne Intensivstation ist. Nichtsdestotrotz finden sich auch etliche Gemeinsamkeiten.

Das wesentlichste Merkmal beider HIV/AIDS-Stationen stellt die oberste Leitmaxime der Pflegepersonen dar, welche besagt, dass der Mensch und nicht seine Erkrankung im Vordergrund steht. Wobei es den Pflegenden besonders wichtig ist, die Lebenswelten und Biographien der Betroffenen kennenzulernen. Diese Leitmaxime ähnelt sehr der von Heidkamp und Kuch (2006, S.420) beschriebenen Anforderungen, welche besagen, dass die Pflege von HIV- und AIDS-Patienten grundsätzlich immer „an den Bedürfnissen des Patienten, seiner Art zu leben und seinen Normen und Werten ausgerichtet werden“ sollte. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden ist ein hohes Maß an Verständnis gegenüber Drogensucht und Homosexualität notwendig.

Die Pflegepersonen beider HIV/AIDS-Stationen zeigen ähnliche Motivationen, auf Spezialstationen wie diesen tätig zu sein. Diese Motivationen entstehen hauptsächlich aus der Mannigfaltigkeit des Krankheitsbildes und dem sich daraus ergebenden breitgefächerten Aufgabengebiet, denn jeder Tag und jeder Patient ist anders. Dies ist einer der wesentlichsten

Gründe, weshalb die Fluktuationsrate auf beiden Stationen, vor allem aber auf Annenheim, so gering ist. Dieser Effekt wirkt sich sehr positiv auf die Patienten aus, welche in ihrem chronischen Krankheitsverlauf stets auf die Station zu ihrem „Stammpersonal“ wiederkehren und wo das Gefühl besteht einander zu kennen. Das wird auch von den Pflegenden sehr geschätzt, denn so entwickeln sich immer wieder langjährige Beziehungen zwischen den Pflegenden und den Patienten, welche als besonders schön angesehen werden.

Leider hat mit dem Wandel der Klientel diese Entwicklung von Partnerschaftlichkeit abgenommen, da die drogenabhängigen HIV-positiven Patienten oftmals das Vertrauen der Pflegenden missbrauchen.

Aus diesem Grund stellt der Umgang mit den drogenabhängigen HIV-Positiven, welche ihre Therapien nicht regelmäßig oder gar nicht nehmen, für alle Pflegenden eine Herausforderung dar. Auch der Umgang mit den vielen ausländischen Patienten wird immer wieder als eine Herausforderung empfunden, nämlich aufgrund der Sprachbarrieren und kulturellen Unterschiede im Krankheitsverständnis. Eine weitere große Herausforderung stellt für die Pflegenden beider Stationen, die Bekämpfung der fortwährenden Diskriminierung der Patienten dar. „AIDS ist auch heute noch eine Erkrankung der mit Vorurteilen und Ablehnung begegnet wird, denn AIDS berührt gesellschaftliche Tabuthemen wie schwulen Sex, außerepartnerschaftlichen Sex, Drogen und Tod.“ (Heidkamp/Kuch 2006, S.416). Deshalb ist es den Pflegepersonen von Annenheim und Süd B ein besonderes Anliegen für ihre Patienten eine geschützte Umgebung zu schaffen, in der sie sich wohlfühlen. Dazu zählt insbesondere auch die Einhaltung des Datenschutzes, worauf alle Beteiligten großen Wert legen.

Der Wandel der Infektionskrankheit von einem akuten zu einem chronischen Verlauf geht sogleich mit einer „Abnahme des Bedarfs an aufwändiger palliativer Pflege einher. HIV-positive Menschen leben heute mit vielfältigen und langwierigen Krankheitsbeschwerden und –symptomen, opportunistischen Erkrankungen und äußerst komplexen medikamentösen Behandlungen“. Die Pflegepersonen müssen sich an diese neuen Anforderungen anpassen, indem sie ihre Kenntnisse fortwährend erweitern und vertiefen, „(...) denn heute ist eine lang dauernde, präventive, pharmakotherapeutische, psychosoziale und rehabilitative Begleitung im Alltag erforderlich“ (Spirig et al. 2002, S.294). Aus meiner Untersuchung geht jedoch hervor, dass in Wien bzw. Österreich keine ausreichenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im HIV- und AIDS-Bereich existieren. Obwohl von Seiten der Pflegenden zweifelsohne eine große Nachfrage besteht, wird die Betroffenenengruppe als zu klein erachtet, um entsprechende Angebote zu schaffen. Daher nehmen die Pflegenden

andere, nicht HIV/AIDS-spezifische Weiterbildungsmöglichkeiten in Anspruch, oder versuchen an themenrelevanten Veranstaltungen teilzunehmen, welche vorwiegend im Ausland sind, was jedoch nicht vom Arbeitgeber finanziert wird. Nach Spirig (2002, S.295f.) sollte das fortlaufende Lernen als Teil der täglichen Arbeit verstanden werden, mit stärkerem Einbezug der Literatur- und Studienrecherche. Diese wird allerdings dadurch erschwert, dass die entsprechende Fachliteratur meist auf Englisch verfasst ist und somit viel Zeit und Energie erfordert. Deshalb ist es notwendig das systematische Lernen schrittweise in den Pflegealltag zu integrieren und so eine lernfördernde Umgebung zu schaffen. Die Umsetzung dieser Idee dürfte vor allem den Pflegenden von Annenheim schwer fallen, aufgrund von zeitlichen Defiziten, ausgelöst durch den Mangel an Pflegepersonal.

Weitere Ergebnisse meiner Untersuchung zeigen, dass bei der Betreuung von HIV- und AIDS-Patienten, insbesondere die psychosoziale Komponente in den letzten Jahren in den Vordergrund gerückt ist. Wobei vor allem die Bereiche der emotionalen Begleitung, der fachlichen Beratung und Anleitung von Patienten und deren Angehörigen von Bedeutung sind. Allerdings sind Angehörige heutzutage zu einer Ausnahme auf beiden Stationen geworden. Umso bedeutsamer ist die Zuwendung zum Patienten, welche speziell in Form von Gesprächen stattfindet. Jedoch ist diese Form der Pflgetätigkeit sehr zeitaufwändig und zeigt gravierende Unterschiede in der Ausführung auf beiden Stationen, da die Arbeitsorganisation verschieden ist. Die Pflegepersonen von Süd B wenden aufgrund des niedrigen Patientenstandes (3-4 Patienten pro Pflegeperson), bei ihren Patienten die Bezugspflege an, wobei sie sich so viel Zeit nehmen können, wie sie für die individuelle Patientenbetreuung brauchen. Hingegen die Pflegepersonen von Annenheim können sich leider nur wenig Zeit für Gespräche freispielen. Denn sie haben aufgrund der mittlerweile gemischten Station einen höheren Patientenstand (6-8 Patienten pro Pflegeperson) mit einem leider zu geringen Personalschlüssel, was in einer engmaschigen Strukturierung des Arbeitstages mündet. Trotz der geringen Zeit wird von einer Pflegeperson auf Annenheim eine Adherence-Betreuung für die HIV/AIDS-Patienten angeboten.

Die HIV- und AIDS-Patienten werden auf beiden Wiener Spezialstationen von einem multidisziplinären Team betreut, welches aus Pflegepersonen, Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Physiotherapeuten besteht. Wo jedoch mehrere Berufsgruppen aufeinander treffen, da besteht auch stets die Gefahr der Hierarchiebildung. Diese ist zwischen den Ärzten und den Pflegepersonen auf Annenheim deutlich spürbar, was sich sehr negativ auf das gesamte Handlungskonzept auswirkt. Denn offensichtlich behindern die

bestehenden Hierarchien die Pflegenden in ihren Tätigkeiten und schüchtern sie in der Umsetzung neuer Vorhaben ein. Die Station Süd B versucht der Hierarchiebildung stärker entgegenzuwirken indem zum Beispiel alle einheitliche Dienstkleidung tragen. Es wird auch deutlich von den Pflegenden betont, dass diese Veränderung eine sehr positive Auswirkung auf das gesamte Handlungskonzept hat.

Viele der Ausführungen in den beiden Handlungskonzepten der Wiener HIV/AIDS-Stationen stimmen mit den Grundsätzen des Schöneberger Modells überein, welches eine Vorbildfunktion in der HIV- und AIDS-Pflege, im deutschsprachigen Raum, inne hat. Das Schöneberger Modell wird als eines der bekanntesten und zugleich vielversprechendsten Modelle im Rahmen der HIV/AIDS-Krankenversorgung angesehen, welches seit über zwanzig Jahren die Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote praktiziert. Das Schöneberger Modell entstand im Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin und bekam seine Bezeichnung durch den Standort des Krankenhauses, welches im Berliner Bezirk Schöneberg liegt. Die Vorbildfunktion für das Modell selbst stellt das Konzept des General Hospital in San Francisco dar, welches die Prämisse „soviel ambulant wie möglich und so wenig stationär wie nötig“ verfolgt (vgl. Moers/Schaeffer 1992, S.291ff.). Die Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Schöneberger Modells stellt die Vernetzung der stationären Versorgung mit ambulanten Diensten, Schwerpunktpraxen, AIDS-Hilfen und sonstigen an der Betreuung beteiligten Berufen dar (vgl. Arasteh/Simon 1999, S.463f.). Durch die Kooperation mit all diesen Bereichen soll eine Kontinuität der Versorgung gesichert werden. Weitere wesentliche Elemente des Modells sind: Alltagsgewohnheiten der Patienten bei der Strukturierung des Tagesablaufs berücksichtigen, Autonomieerhalt der Patienten, Arbeiten im interdisziplinären Team, internationaler Fachaustausch, Weiterbildungsangebote, Erhöhung des Pflegeschlüssels (vgl. Moers/Schaeffer 1992, S.291ff.).

Um in Zukunft die Pflegesituation auf den HIV/AIDS-Stationen in Wien zu verbessern, ist eine pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik notwendig. Neue bzw. verbesserte Betreuungs- und Behandlungskonzepte sind erforderlich, welche nicht nur auf Erfahrungswissen sondern auch auf Forschungswissen basieren müssen, um den Ansprüchen dieser breitgefächerten Infektionskrankheit gerecht zu werden. Aufgrund der sich rasch entwickelnden Erkenntnisse im HIV- und AIDS-Bereich, vor allem im Medikamentenmanagement, besteht großer Handlungsbedarf im Bereich der Fort- und Weiterbildung nicht nur in Wien sondern in ganz Österreich. Die Politik muss dazu

aufgefordert werden mehr finanzielle Mittel dafür zur Verfügung zu stellen und zwar nicht nur im Hinblick auf den im Juli 2010 stattfindenden Welt-AIDS-Kongress in Wien, sondern dauerhaft.

Veränderungen welche bereits in naher Zukunft stattfinden werden, betreffen die Übersiedelung der Station Süd B in ein neues Haus, das gerade im Entstehen ist. Die Station wird dabei allerdings von 23 auf 10 Betten verkleinert, was mit der Chronifizierung der Infektionskrankheit begründet wird. Annenheim wird wohl weiter, aufgrund von finanziellen Gründen, eine gemischte Station bleiben. Jedoch wird ein Umdenken in Zukunft notwendig sein, da in den letzten beiden Jahren die Infektionszahlen wieder rasant gestiegen sind.

7. Bibliographie

Aidshilfe Wien (2009): AIDS-Statistik. Online im WWW unter URL : <http://www.aids.at/index.php?id=15> (24.02.2009)

Aids Hilfe Wien (Hrsg.) (2005): Factum. Handbuch HIV-Test. Schriftenreihe der Aids Hilfe Wien. Band 1.

Alberts, B.; Bray, D.; Johnson, A.; Lewis, J.; Raff, M.; Roberts, K.; Walter, P. (2001): Lehrbuch der Molekularen Zellbiologie. 2. Auflage. Wiley-Vch Verlag. Weinheim, New York, Chichester, Brisbane, Singapore, Toronto.

Arasteh, K.; Simon, V. (1999): Klinik und Tagesklinik. In: Gölz, J.; Mayr, C.; Heise, W.: HIV und AIDS – Praxis der Beratung und Behandlung. 3. Auflage; Urban & Fischer Verlag; München, Jena.

Arets, J.; Obex, F.; Vaessen, J.; Wagner, F. (1999): Professionelle Pflege 1. Theoretische und praktische Grundlagen. 3. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Bieniek, B. (1999): Diagnostik und Therapie HIV-assoziierter Erkrankungen. In: Madigan, M. T.; Martinko, J. M.; Parker, J.: Brock Mikrobiologie. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg, Berlin.

Böhm, A. (2004): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 3. Auflage. Rowohlt Taschenbuchverlag. Reinbek bei Hamburg.

Brunen, M. H.; Herold, E. E. (Hrsr.) (1997): Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Band 2: Krankheiten, Behandlung – Spezielle Pflege – Naturheilkunde – Schmerzbehandlung – Sterben zu Hause. Schlütersche Verlag. Hannover.

Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (1994): Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in der HIV-Diagnostik. BGBl. Nr. 772/1994. Online im WWW unter URL: [http://www.austrianlaw.at/cms/fileadmin/gesetze/ gesundheit/ vo-1994-aids-gesetz-1993.pdf](http://www.austrianlaw.at/cms/fileadmin/gesetze/gesundheit/vo-1994-aids-gesetz-1993.pdf) (09.06.2008)

Büschges, G. (2007): Professionalisierung. In: Fuchs-Heinritz, W.; Lautmann, R.; Rammstedt, O.; Wienold, H. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 4. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Centers for Disease Control and Prevention (1992): 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. In: Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports. 41(RR-17): 1-19 Online im WWW unter URL: [http://www.cdc.gov /mmwrhtml/ 00018871.htm](http://www.cdc.gov/mmwrhtml/00018871.htm) (16.06.2008)

Centers for Disease Control and Prevention (1998): Human Immunodeficiency Virus Type 2 (Oktober 1998), Online im WWW unter URL: [http://www.cdc.gov/hiv/resources/ factsheets/PDF/hiv2.pdf](http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/PDF/hiv2.pdf) (18.05.2008)

Ewers, M.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (1998): Pflegequalität – Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei Aids. Schlütersche Verlag. Hannover.

Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrg.) (2004): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 3.Auflage. Rowohlt Taschenbuchverlag. Reinbek bei Hamburg.

Fuchs-Heinritz, W.; Lautmann, R.; Rammstedt, O.; Wienold, H. (Hrsg.) (2007): Lexikon zur Soziologie. 4. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Geyer, G. (2002): HIV und AIDS – eine chronische Krankheit? In: Österreichische Pflegezeitschrift 12/02

Gölz, J. (1999): Praxis der antiretroviralen Therapie. In: Gölz, J.; Mayr, C.; Heise, W.: HIV und AIDS – Praxis der Beratung und Behandlung. 3. Auflage; Urban & Fischer Verlag; München, Jena.

Gözl, J.; Mayr, C.; Heise, W. (1999): HIV und AIDS – Praxis der Beratung und Behandlung. 3. Auflage; Urban & Fischer Verlag; München, Jena.

Heidkamp, P.; Kuch, J. (2006): HIV und AIDS – Anforderungen an die Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger. 45.Jahrg. 6/06. S.416-420

Heinz, F. X. (2008): Neue Erkenntnisse in der HIV Forschung. In: Virusepidemiologische Information Nr. 03/08. Online im WWW unter URL: <http://www.virologie.meduniwien.ac.at/home/upload/vei/2008/0308.pdf>. (11.04.2008)

Herkommer, H. (2000): Kompaß HIV und AIDS. 2. Auflage. Bremm Verlag. Frankfurt am Main.

Hesse, H. A. (1968): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung. Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart.

Hetz, S.; Teufel-Bruckbauer, M. (2003): Befund: positiv – Ratgeber HIV und AIDS. Springer Verlag. Wien.

Hoffmann, C.; Rockstroh, J. K.; Kamps, B. S. (2007): HIV.NET 2007. Steinhäuser Verlag, Wuppertal-Beyenburg. Online im WWW unter URL: <http://www.hiv.net/hivnet2007.pdf> (08.07.2008)

Holmes, E. C. (2007): When HIV spread afar. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 104 (47) S.18351-18352

Hopf, C. (2004): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 3.Auflage. Rowohlt Taschenbuchverlag. Reinbek bei Hamburg.

Kleibel, V.; Mayer, H. (2005): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Facultas Universitätsverlag. Wien.

Kopera, D. (2005): Health Center: Haut. Gürtelrose (Herpes zoster). Online im WWW unter URL: http://www.netdokter.at/health_center/dermatologie/guertelrose.htm (25.06.2008)

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. 4.Auflage. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. AIDS in Österreich und im internationalen Kontext. S. 108-112. Nachdruck März 2008, Wien.

Madigan, M. T.; Martinko, J. M.; Parker, J. (2003): Brock Mikrobiologie. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg, Berlin.

Martinko, J. M. (2003): Klinische und diagnostische Mikrobiologie und Immunologie. In: Madigan, M. T.; Martinko, J. M.; Parker, J.: Brock Mikrobiologie. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg, Berlin.

Masuhr, A. (1999): Antiretrovirale Substanzen. In: Götz, J.; Mayr, C.; Heise, W.: HIV und AIDS. Praxis der Beratung und Behandlung. 3.Auflage. Urban & Fischer Verlag. München, Jena.

Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2.Auflage. Facultas wuv Verlag. Wien.

Mayr, C (1999): Compliance/Adherence. In: Götz, J.; Mayr, C.; Heise, W.: HIV und AIDS. Praxis der Beratung und Behandlung. 3.Auflage. Urban & Fischer Verlag. München, Jena.

Mayr, C. (1999): Übertragungswege. In: Götz, J.; Mayr, C.; Heise, W.: HIV und AIDS. Praxis der Beratung und Behandlung. 3.Auflage. Urban & Fischer Verlag. München, Jena.

Mayring, P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5.Auflage. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.

Moers, M.; Schaeffer, D. (1992): Das Schöneberger Modell. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R.: AIDS-Krankenversorgung – Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung Band 8. Verlag Edition Sigma. Berlin.

Montagnier, L. (1997): Von Viren und Menschen. Forschung im Wettlauf mit der Aids-Epidemie. Rowohlt Verlag. Reinbek bei Hamburg.

Parker, J. (2003): Viren. In: Madigan, M. T.; Martinko, J. M.; Parker, J.: Brock Mikrobiologie. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg, Berlin.

Pflege Heute (2007): Lehrbuch für Pflegeberufe. 4.Auflage. Urban & Fischer Verlag. München, Jena.

Pincock, S. (2008): HIV discoverers awarded Nobel Prize for medicine. In: The Lancet, Vol. 372, Issue 9647. S.1373.

Pratt, R. (1995): HIV & AIDS – A Strategy for Nursing Care. Edward Arnold Verlag. London.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (2002): 259. Auflage. Walter de Gruyter Verlag. Berlin, New York

Puchhammer-Stöckl, E. (2008): HIV in Österreich 2007. In: Virusepidemiologische Information Nr. 02/08. Online im WWW unter URL: <http://www.virologie.meduniwien.ac.at/home/upload/vei/2008/0208.pdf>. (11.04.2008)

Renz-Polster, H.; Krautzig, S.; Braun, J. (2006): Basislehrbuch Innere Medizin. Kompakt – greifbar – verständlich. 3.Auflage; 1.Nachdruck. Urban & Fischer Verlag. München, Jena.

Richter, R. (2001): Soziologische Paradigmen. Eine Einführung in klassische und moderne Konzepte. WUV-Universitätsverlag. Wien.

Rockstroh, J. K. (1999): Therapieempfehlungen. In: Gölz, J.; Mayr, C.; Heise, W.: HIV und AIDS – Praxis der Beratung und Behandlung. 3. Auflage; Urban & Fischer Verlag. München, Jena.

Santiago, M. L.; Range, F.; Keele, B. F.; Li, Y.; Bailes, E.; Bibollet-Ruche, F.; Fruteau, C.; Noë, R.; Peeters, M.; Brookfield, J. F. Y.; Shaw, G. M.; Sharp, P.M.; Hahn, B. H. (2005): Simian Immunodeficiency Virus Infection in Free-Ranging Sooty Mangabeys (*Cercocebus atys atys*) from the Taï Forest, Côte d'Ivoire: Implications for the Origin of the Epidemic Human Immunodeficiency Virus Type 2. In: Journal of Virology. 79 (19) S.12515-12527

Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (1992): AIDS-Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung Band 8. Verlag Edition Sigma. Berlin.

Schiffer, L. (1997): Die Geschichte des Virus. In: Wierz, V.; Kuhlenkamp, A.: Pflege von Menschen mit HIV-Infektion und AIDS. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Schmidt-Westhausen, A. M.; AIDS-Hilfe Köln e.V. (Hrsg.) (2006): MED-INFO. Medizinische Informationen zu HIV und AIDS. Mund, Rachen, Zähne und HIV. 59.Ausgabe. Online im WWW unter URL: <http://www.hiv-med-info.de/dwn/medInfo.59.pdf>

Schmitt, P. P. (2008): Die große Ernüchterung. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung für Deutschland. Nr. 77/14 D1.

Schöfer, H. (2007): Kaposi-Sarkom. In: Hoffmann, C.; Rockstroh, J. K.; Kamps, B. S.: HIV.NET 2007. Steinhäuser Verlag, Wuppertal-Beyenburg. Online im WWW unter URL: <http://www.hiv.net/hivnet2007.pdf> (08.07.2008)

Sharp, P.M.; Shaw, G. M.; Hahn, B. H. (2005): Simian Immunodeficiency Virus Infection of Chimpanzees. In: Journal of Virology. 79 (7) S.3891-3902

Spichiger, E.; Kesselring, A.; Spirig, R.; De Geest, S.; Gruppe <<Zukunft Medizin Schweiz>> der SAMW (2006): Professionelle Pflege – Entwicklungen und Inhalte einer Definition. In: Pflege. 19:45-51. Verlag Hans Huber, Bern.

Spirig, R.; Nicca, D.; Werder, V.; Voggensperger, J.; Unger, M.; Bischofsberger, I.; Kesselring, A.; Battegay, M.; De Geest, S. (2002): Entwicklung und Etablierung einer erweiterten und vertieften HIV/Aids-Pflegepraxis. In: Pflege, 15:293-299. Verlag Hans Huber, Bern.

Statistik Austria (2008): Vierteljährliche Bevölkerungsfortschreibung ab 2001. Online im WWW unter URL: <http://www.wien.gv.at/statistik/daten/pdf/bev-fortschreibung.pdf> (28.02.2009)

Steflitsch, W. (2003): HIV-Artikel – relevante Themen für ÄrztInnen. Online im WWW unter URL: <http://www.hivmobil.org/de/index-de.html> (10.11.2008)

Strauss, A.; Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz Psychologie Verlags Union. Weinheim.

Strübing, J. (2008): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2.Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS): Slides and graphics: global summary of the AIDS epidemic 2007 (Dez. 2007). Online im WWW unter URL: http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_epicore2007_slides_en.pdf (13.05.2008)

Veit, A.; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Weinreich, S.; Benn, C. (2004): AIDS – Eine Krankheit verändert die Welt. 2.Auflage. Verlag Otto Lembeck, Frankfurt am Main.

Wierz, V.; Kuhlenkamp, A. (1997): Pflege von Menschen mit HIV-Infektion und AIDS. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.**World Health Organization (2006):** Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. WHO, Geneva. Online im WWW unter URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf> (04.11.2008)

Wood, E.; Hogg, R. S.; Harrigan, P. R.; Montaner, J. S. G. (2005): When to initiate antiretroviral therapy in HIV-1-infected adults: a review for clinicians and patients. In: Lancet Infectious Diseases; 5:407-414.

8. Anhang

Wosko Paulina
Anschrift
e-mail Adresse
Tel.nummer

Sehr geehrte/r Direktor/in,

Mit diesem Schreiben ersuche ich um eine Forschungsgenehmigung, im Rahmen meiner Diplomarbeit des Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, auf der Station Süd B im AKH in Wien bzw. Pavillon Annenheim im Otto Wagner Spital.

Das Thema meiner Diplomarbeit lautet „Professionelle Pflege von AIDS-Patienten – Handlungskonzepte der stationären AIDS-Versorgung in Wien“, welche ich bei Prof. Wilfried Schnepf verfasste. Die zentrale Fragestellung dabei lautet „Was bedeutet es für professionell Pflegenden AIDS-Patienten zu pflegen?“. Um zu wissenschaftlichen Daten zu gelangen, möchte ich zwei Forschungsmethoden anwenden, einerseits das halb standardisierte Interview und andererseits die teilnehmende Beobachtung. Beim Interview, welches ca. eine halbe Stunde dauern wird, geht es mir um die persönliche Sichtweise der Pflegepersonen zu dem Thema. Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet und danach transkribiert. Die Stichprobe, für die Station Süd B, besteht aus 3 bis 4 Interviews. Als Methode der Datenauswertung wird das interpretativ-reduktive Verfahren der Grounded Theory angewendet.

Alle von mir erhobenen Daten werden anonymisiert, d.h. es werden keine Namen genannt noch Hinweise gegeben, welche auf die Identität der Pflegeperson schließen lassen können. Die Daten werden von mir im Rahmen meiner Diplomarbeit veröffentlicht. Eine weitere Veröffentlichung der Daten, wie z.B. in einem wissenschaftlichen Journal ist möglich aber nicht das Ziel dieser Forschungsarbeit.

Mit freundlichen Grüßen
Wosko Paulina

Wien, am

Paulina Wosko
Adresse
e-mail
Tel.

Sehr geehrte Krankenschwestern und Krankenpfleger!

Im Rahmen des Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien verfasste ich gerade meine Diplomarbeit, bei Prof. Wilfried Schnepf, zu dem Thema „Professionelle Pflege von AIDS-Patienten – Handlungskonzepte der stationären AIDS-Versorgung in Wien“.

Aus diesem Grund suche ich Pflegepersonen, welche auf einer solchen Station arbeiten und bereit wären an meiner Untersuchung teilzunehmen. Vor der Einwilligung zur Forschungsteilnahme möchte ich Sie, mittels dieses Schreibens, über den bevorstehenden Forschungsvorgang informieren. Im weiteren Verlauf erfolgt auch eine mündliche Aufklärung.

Um zu meinen wissenschaftlichen Daten zu gelangen möchte ich zwei Forschungsmethoden anwenden:

- 1) *Die teilnehmende Beobachtung*: Hierbei möchte ich den Pflegealltag auf der Station mitverfolgen. Dazu werde ich mir gelegentlich schriftliche Aufzeichnungen machen. Ansonsten kommen keine weiteren Hilfsmittel, wie Videoaufnahmen oder Fotokamera, zum Einsatz.
- 2) *Das halb-standardisierte Interview*: Dabei lege ich besonders viel Wert auf ihre persönliche und subjektive Sichtweise. Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet und ungefähr 30 min dauern. Die Aufnahmen sollen die wissenschaftliche Verarbeitung erleichtern. Der Zeitpunkt und Ort der Interviewdurchführung wird zwischen Ihnen und mir vereinbart.

Alle von mir erhobenen Daten werden anonymisiert, d.h. es werden keine Namen genannt noch Hinweise gegeben, welche auf die Identität der Pflegeperson schließen lassen könnten. Die Daten werden von mir im Rahmen meiner Diplomarbeit veröffentlicht. Eine weitere Veröffentlichung der Daten, wie z.B. in einem wissenschaftlichen Journal ist möglich, jedoch nicht das Ziel dieser Forschungsarbeit.

Falls noch weitere Fragen auftauchen sollten, wenden Sie sich bitte an die von mir oben angegebenen Kontaktmöglichkeiten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einwilligung in die Forschung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Frau Paulina Wosko die mittels teilnehmender Beobachtung und auf Tonband aufgezeichneter Interviews erhobenen Daten, anonymisiert, d.h. ohne Angabe von Namen oder anderer persönlicher Daten, welche auf meine Person schließen lassen könnten, zu wissenschaftlichen Zwecken weiter verwenden kann.

Ich bin über folgende Punkte und Rechte informiert worden:

- Die Einwilligung in die Forschung erfolgt aus der freiwilligen Entscheidung und ohne Druckausübung durch den Forscher oder durch andere Personen.
- Ich habe das Recht, die Beobachtung und/oder das Interview jederzeit und ohne Angabe von Gründen abzulehnen oder zu beenden.
- Ich habe das Recht, die Einwilligung auch nachträglich ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.
- Durch einen Ausstieg aus der Untersuchung oder eine Zurücknahme der Einwilligung entsteht mir keinerlei Nachteil.
- Ich verzichte nachträglich auf finanzielle Forderungen durch eventuelle spätere Kommerzialisierung der Daten (Diplomarbeit, Publikation)

Ich wurde vom Forscher über das Forschungsvorhaben ausführlich, in mündlicher und/oder schriftlicher Form, informiert und habe den Eindruck alles verstanden zu haben.

Datum

Unterschrift der Pflegeperson

Unterschrift des Forschers

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Paulina Wosko
Geburtsdatum: 14.02.1983
Geburtsort: Tarnów (Polen)
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig
Kontakt: woskopaulina@hotmail.com

Schul- und Weiterbildung:

1990-1994 Volksschule Währingerstraße 43, 1090 Wien
1994-2002 Bundesrealgymnasium und Wirtschaftskundliches Realgymnasium
Feldgasse 6-8, 1080 Wien
Juni, 2002 Reifeprüfung
2002-2004 Studium der Humanmedizin an der Universität Wien
2004 Belegung einiger Slawistik (Polnisch) Kurse an der Universität Wien
seit Okt.02 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Berufliche Erfahrungen:

Seit 2004 geringfügig beschäftigt bei Firma Mango
Sept. 2008 Teilnahme am 13. WENR Kongress in Wien – Chronic Illness Management
Seit 2009 Mitwirkung an der Erstellung des Netzwerks für Frauen und AIDS in Wien

Sprachkenntnisse:

Deutsch, Polnisch, Englisch, Französisch (Grundkenntnisse)