

Umgang mit HIV-positiven Patienten in Spital und Praxis

Friedrich KUMMER

ZUSAMMENFASSUNG

Der Umgang mit HIV-positiven Mitmenschen ist häufig durch Angst vor Ansteckung geprägt, die auf Informationsmangel beruht. Tatsächlich ist die Kontagiosität des HIV wenn man von sehr seltenen Fällen absieht, auf Sexual- und Blut-Blut-Kontakte beschränkt. Die derzeit vielerorts praktizierte HIV-Testung aller Patienten bei Krankenhausaufnahme ist vielleicht von einigem epidemiologischen Wert, dies aber auch nur bei einer Prävalenz der HIV-Positivität in der Bevölkerung von über 1% (Österreich 0,2%, Wien 0,4%). Es werden internationale Studien bezüglich des Infektionsrisikos von Betreuern von infizierten Patienten, aber auch von Patienten durch infiziertes Gesundheitspersonal (Ärzte, Sozialarbeiter, etc) besprochen. Basierend auf gediegener Information muß es möglich sein, daß den HIV-positiven Mitmenschen (infizierten und bereits an AIDS erkrankten) mit demselben Maß an Respekt, Takt und Nächstenliebe begegnet werden kann, wie dies bei allen anderen Mitmenschen selbstverständlich ist. Eine christlich-caritative Grundhaltung ist dabei sicherlich hilfreich, wenn es um die Wahrung der Menschenwürde geht.

Schlüsselwörter: HIV, Angst, Infektionsrisiko, Arzt-Patienten-Beziehung, Gesundheitspolitik, Menschenwürde

ABSTRACT

Social contact with HIV-positive persons ist often hindered by fear of infection, based on a lack of information. In fact, the contagiosity is restricted to sexual and blood-blood transmission. The widely practised routine of unselected HIV testing in hospital admissions is senseless in areas of less than 1% of seroprevalence (Austria 0,2%, Vienna 0,4%), because the marginal benefit in terms of protection of the personell does not outweigh the costs of the testing itself. International studies are discussed concerning the risk of infection from patients to the personell, but also from infected personell to patients. Based on sound information, it should be possible to quarantee a relationship of respect and „normality“ between uninfected and HIV-positive people. The broad preservation of human dignity by every one is a prerequisite for mutual acceptance. A caritative christian attitude is doubtlessly helpfull though for the realization of what is called charity.

keywords: HIV, fear, risk of infection, doctor-patient-relation, healthinstitutions, human dignity

MENSCHEN, die mit dem „human immunodeficiency virus“ (HIV) infiziert sind, leiden nicht (noch nicht!) unter dem akquirierten Immundefizienz-Syndrom (AIDS). Diese Unterscheidung zwischen Infektion und eigentlicher Krankheit ist keineswegs Allgemeingut, und dies ist zugleich ein besonderes Hindernis im Umgang mit den HIV-positiven Menschen in unserer Gesellschaft.

Die Angst vor HIV-positivem Blut

Da man einem HIV-Positiven diesen Befund nicht ansieht, wurde teils durch mediale Halbwahrheiten, teils durch bewußte Dramatisierung das Image der überall lauernenden Seuche geprägt. Zwar war den Verantwortlichen immer schon klar, daß es sich prinzipiell um eine durch Sexualkontakt, in zweiter Linie durch direkte Übertragung von Blutbestandteilen übertragbare Krankheit handle (infizierte Konserven und Anti-Hämophilie-Faktor, bis hin zu den herumgereichten Injektionsnadeln der Drogenabhängigen).

Mit zunehmender Ausbreitung, besonders in bestimmten Ballungszentren, entflammte immer heftiger die Diskussion um die verlässliche Erfassung der HIV-Positivität, einmal um eine epidemiologische Sichtung der Seuche zu erreichen, und weiters, um eine präventive (den Ausbruch der Erkrankung hinauschiebende) Therapie möglichst frühzeitig einleiten zu können, und schließlich, um die Mitmenschen durch Warnung vor Infizierten schützen zu können (Schutz des Pflegepersonals vor Infizierten, Schutz der Patienten vor infiziertem Pflegepersonal!).

Während die beiden erstgenannten Gründe zur HIV-Testung weithin – wenn auch nicht einmütig – gutgeheißen werden, ist die Sinnhaftigkeit einer Testung des Einzelnen (Patient bei Spitalsaufnahme, insbesondere vor Operationen, periodische Testung des Personals, bis hin zur Einstellungsuntersuchung bei Banken!) nach wie vor nicht belegt, insbesondere in Gegenden mit geringer Prävalenz.

Tatsächlich ist es mehr als problematisch, eine ungezielte, mit hohen Kosten verbundene Testung wegen einer latenten Krankheitsgefahr durchzuführen, um dann im selten positiven Fall die Bewältigung des sich ergebenden Problems (Partnerinformation, Konsequenzen für die eigene Lebensführung etc.) den Betroffenen zu überlassen oder ihn an verschiedene Hilfsorganisationen weiter zu verweisen. Da, wie eingangs erwähnt, „HIV-positiv“ nicht krank, aber potentiell infektiös bedeutet, droht der Betroffene zwischen den Kategorien des etablierten medizinischen, krankheitsorientierten Systems verloren zu gehen. Er oder sie werden von der nicht informierten, daher vorurteilsbehafteten Gesellschaft ausgegrenzt, weil sich eine „Bedrohung“ der Integrität der Mitmenschen einzustellen scheint. Dies ist besonders bei HIV-positiven Kindern der Fall, die vertikal (durch die positive Mutter) infiziert worden waren und nun in völliger Isolation von Gleichaltrigen (kein Kindergartenplatz, fraglicher Schulplatz) aufwachsen müssen. Unsere Gesellschaft urteilt prinzipiell dann vorschnell und ungerecht, wenn die Angst größer ist als die Bereitschaft zur Information.

Tatsache ist aber, daß die HIV-Übertragung im üblichen Sozialmilieu (Mitbewohnerschaft, ohne Sexualkontakt oder Drogenabhängigkeit) außerordentlich unwahrscheinlich ist. Die Ansteckungen, die tatsächlich erfolgt sind, betreffen Angehörige, die langjährigem und intensivem Kontakt mit Blut, Stuhl und Hautsekreten von manifest an AIDS erkrankten Patienten im Rahmen der Hauskrankenpflege ausgesetzt waren (Gattinnen von HIV-positiven Hämophilen, Kleinkinder von HIV-positiven Müttern, Mütter und Geschwister von zu Hause gepflegten Kindern, etc.)¹ Diesen Einzelfällen ist gemeinsam, daß die empfohlenen Richtlinien, z. B. des Tragens von Gummihandschuhen bei der direkten Körperpflege nicht eingehalten worden waren, obwohl durch massive Hautläsionen, Magenblutungen und Durchfälle die Ansteckungsgefahr als hoch zu bewerten war.

Auch das Ausmaß der Gefahr einer Ansteckung von Patienten durch infiziertes Personal

der Gesundheitsdienste ist mindestens strittig. Zwar wurde über einen HIV-positiven Zahnarzt in Florida berichtet, der angeblich 5 Patienten angesteckt hatte, doch blieb die Art und Weise der Übertragung ungeklärt (Up date: MMWR, 1991). Die unabhängige, anderweitige Selbstinfektion der betroffenen Zahnarztpatienten wurde nicht ausgeschlossen.

Bestens dokumentiert ist hingegen der Fall eines HIV-positiven Allgemeinpraktikers in Minnesota, der mit einer blutenden Hautinfektion an den Händen (*Mykobakterium marinum*) 336 Patienten behandelt hatte (inklusive Schleimhaut- und Blutkontakt), wobei in einer genauen Nachuntersuchung bei 325 erfaßbaren Patienten keine einzige Infektion festgestellt werden konnte.²

In einer amerikanischen 20-Spitäler-Studie mit einer großen Streuung der Seroprävalenz zwischen 0.2 und 14.2% (im Vergleich dazu Österreich: 0.2%, Wien : 0.4%) war bemerkenswert, daß nur 1/3 der 225.000 HIV-Positiven mit AIDS oder AIDS-bezogenen Erkrankungen aufgenommen worden waren, während 2/3 wegen gänzlich anderer, landläufiger Diagnosen zur Aufnahme kamen.³

Bei einer verhältnismäßig niedrigen Prävalenz von HIV-Infizierten kommt im Jahreschnitt weniger als ein positiver Befund auf 1.000 Spitalsentlassungen. Damit würde die Routineuntersuchung aller Aufnahmen nicht zu rechtfertigen sein. Bei höherer Prävalenz in der Bevölkerung können aber bei Testung der 15 bis 45-Jährigen so viele Neuinfizierte erfaßt werden, daß der Aufwand sich durch die frühzeitig einsetzbare Therapie (Zivudine, INH Prophylaxe) zu lohnen scheint.

Eine weitere, prospektive Studie in einer chirurgischen Klinik in San Francisco (Seroprävalenz etwa 25%) untersuchte das Infektionsrisiko durch eine kutane oder parenterale Blutexposition (Nadelstiche, Blutspritzen) und kommt zu dem Schluß, daß alle 8 Jahre eine Infektion beim Personal auftreten müßte (bisher keine registriert). Bei geringerer Prävalenz (3%

oder weniger) wäre eine Infektion alle 80 Jahre zu erwarten.⁴ Es konnte dabei auch erhoben werden, daß sich das Personal prinzipiell zu Doppelhandschuhen, Gesichtsmasken und wasserdichten Schürzen bekannte, in seinem Verhalten aber keinen Unterschied zwischen HIV-Positiven bzw. AIDS-Kranken und anderen Personen machte. Dies bedeutet, daß das HIV-Risiko bezüglich der Nadelstiche und anderen Kontaminationen keine Berücksichtigung erfuhr, also die präoperative Testung der Patienten als nicht wesentlich erfunden wurde. Schließlich gab es schon vor der AIDS-Epidemie die Hepatitis B und C, vor denen man sich gut mit den gleichen Methoden schützen konnte.

Es bleibt also für die routinemäßige Testung in Regionen mit geringer Prävalenz (unter 1%) eine ganz schmale Indikation, basierend lediglich auf der Frage, ob die Beobachtung der epidemiologischen Entwicklung so wichtig sei, sodaß die hohen Kosten zu rechtfertigen wären.

Zur Frage der AIDS-Spitäler (Single-Disease-Hospitals)

In Ländern und Gegenden mit hoher AIDS-Prävalenz wurde die Frage untersucht, inwieweit die Betroffenen, die Ärzte und andere Träger des Gesundheitssystems die Konzentration der AIDS-Betreuung auf spezielle Institutionen bzw. Arztordinationen akzeptieren würden. Die Ergebnisse von Umfragen⁵ erbrachten sehr differenzierte Standpunkte: AIDS-Patienten wünschen sich zwar eine Betreuung durch ein hochspezialisiertes Team, haben aber Vorbehalte gegen die Stigmatisierung, die durch ein ganzes Spital oder Sanatorium entstände, das ausschließlich auf AIDS-Behandlung ausgerichtet ist. Die bevorzugte (und letztlich auch empfohlene) Konstruktion ist *eine AIDS-Station innerhalb eines Großspitals* bzw. *eine spezialisierte Arztpraxis zur Auswahl unter anderen*. HIV-Positive (also noch nicht an AIDS-Erkrankte!) wollen und dürfen ganz „normal“ behandelt werden

und scheuen den Kontakt zu Institutionen, in denen manifeste AIDS-Patienten betreut werden.

Die Befürworter von AIDS-Spitälern in den USA ziehen den Vergleich zu den sich bestens bewährten, multidisziplinären Onkologien heran. Dagegen wird aber die gänzlich verschiedene soziale Struktur von Krebs- und AIDS-Patienten in den USA ins Treffen geführt, die im letzteren Falle zu einer Konzentration von überwiegend Hispano-, Afroamerikanern und Drogenabhängigen, also sozialen Randschichten führen würde, die die Führung eines solchen Spitals (z.B. in New York) mit vielen Problemen belasten würde.

Verantwortlichkeit des Dienstgebers im Gesundheitssystem

Weitgehend unklar ist weltweit die rechtliche Frage nach der Haftung bzw. Kompensation oder Versicherung im Falle der Infektion im Gesundheitsberuf. Tatsache ist, daß bisher nur sehr wenige solcher Fälle anhängig gemacht worden sind (meist Sozialarbeiter im Drogenmilieu), die als Einzelfälle verhandelt und entschieden wurden. Um die Kausalität der beruflichen Infektion zu sichern, müßten alle im Sozial- und Gesundheitsdienst Tätigen regelmäßig ihre Seronegativität belegen können. Dies ist vielleicht in Regionen mit besonders hoher Gefährdung (hoher Prävalenz von Seropositiven) gerechtfertigt, kann aber unmöglich zur Routine in einem größeren staatlichen Rahmen werden. Es ist aber unbenommen, daß sich eine Gesellschaft (Kostenträger, Politiker, Standesvertretungen) darauf einigt, diesen oder jenen Grad der Vorsorge, aber auch der Kompensation im Falle der HIV-Infektion zu finanzieren.

Voraussetzung ist in jedem Fall die Definition des Risikos und der sinnvollen Schutzmaßnahmen, die weder mit der Lebensqualität der sich Schützenden, noch mit der Freiheit und Würde der HIV-Positiven oder AIDS-kranken Mitmenschen interferiert.

Notwendigkeit der sachlichen Information

Die Information des Betreuungspersonals (Schwestern, Ärzte, Sozialarbeiter etc.) ist der erste Weg, um die unter Laien grassierende Voreingenommenheit abzubauen, die besonders die Infektionsgefährdung, aber auch die „Andersartigkeit“ (Drogenabhängigkeit, homo- und heterosexuelle Promiskuität) betrifft.

Aus den schon erwähnten Berichten und Studien geht hervor:

- 1) Die Wahrscheinlichkeit auf HIV-Positive zu treffen, ist im Krankenhaus nicht größer als außerhalb.³
- 2) In Gebieten (Ländern, Staaten, Regionen, Städten, Stadtteilen) mit geringer Prävalenz (< 1%) ist eine Routinetestung der Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus medizinisch und finanziell kaum zu vertreten, es sei denn, um epidemiologische Entwicklungen zu studieren.
- 3) Die Kenntnis des HIV-Status eines Patienten beeinflusst das Verhalten des Personals nicht,⁴ wenn gewisse grundlegende, allgemein gültige Schutzmaßnahmen beobachtet werden, die auch gegen andere Virusinfektionen (Hepatitis B und C, Recomm., 1991) und gegen TBC wirksam sind. Sie bestehen im Tragen von Gummihandschuhen (doppelt bei Blutkontakt und invasiven Prozeduren), wasserdichter Arbeitskleidung und Gesichtsmaske bei längerer Operation oder bei Ganzkörperpflege.
- 4) Die bisher erfolgten Serokonversionen bei Pflegepersonal und Sozialarbeitern sind nur in Hochprävalenzgebieten (> 20%) erfolgt und zahlenmäßig gering (z.B. 6 unter 2.000, d.h. 0.3%) und nicht gänzlich gesichert).⁶ Bis 1993 wurden in den USA ganze 30 Infektionen bei Angehörigen des Pflegepersonals registriert.⁷
- 5) Der jahrelange Kontakt mit HIV-Positiven oder manifest AIDS-Kranken führt bei Partner und Familienangehörigen praktisch nur

bei Weiterbestehen von „ungeschütztem“ Sexualkontakt zur Infektion,⁸ während bei der Hauskrankenpflege nur in Einzelfällen, und da nur bei grober Verletzung aller Grundregeln der Hygiene, eine Serokonversion beobachtet wurde (MMWR, 1994).

- 6) Bei einer Analyse von ca 1.300 großen chirurgischen Eingriffen in San Francisco (hohe Seroprävalenz von 23,6%) und 117 dabei erfolgten Kontakten mit Blut und Körperflüssigkeiten der Patienten errechnete sich das Risiko einer Infektion alle 8 Jahre. In anderen Regionen mit geringer Seroprävalenz wie etwa in Österreich (0,2%, Wien 0,4%) würde ein Fall in 800 Jahren zu erwarten sein. Dabei wird eine Infektionsrate nach einem Stich mit einer infizierten Hohnadel mit 0.004 (0,4%) angegeben.⁴
- 7) Schlußfolgerung: Die Infektiosität von HIV-Positiven und AIDS Patienten ist äußerst gering, wenn nicht massive, oftmalige Kontakte von Blut und Körperflüssigkeiten (nässende Ekzeme) über Stich und Aerosol erfolgen. Das Risiko ist aber auch nicht zu vernachlässigen, weswegen einfache, aber wirksame Schutzmaßnahmen eingehalten werden sollen, die auch gleichermaßen zum Schutz vor anderen viralen Infektionen (Hepatitis B und C) und vor Tuberkulose dienlich sind.

Die Menschenwürde im Umgang mit HIV-Positiven und AIDS-Patienten

Vorausbedingung für jeglichen zwischenmenschlichen Umgang sind die *Achtung und der Respekt vor unseren Mitmenschen*. Sie umfassen die Begriffe wie Takt, Empathie, Gerechtigkeitsempfinden, Achtung der personalen Integrität bis hin zur selbstlosen Handlungsbereitschaft und vorurteilsfreien Zuwendung.

Nur wenigen Menschen ist es gegeben, gleich auch das *Gefühl* (Mit-leiden = „Sympathie“) für die Schutzbefohlenen miteinzubringen, doch ist diese emotionelle Haltung erlernbar, wenn

auch meist durch unterstützende Gespräche, Literatur und Reflexion.

Für alle Menschen, die unter sog. nicht alltäglichen Bedingungen arbeiten, ist aber die *Klugheit* eine unabdingbare Basis, die wieder von einer laufenden *Information* gespeist wird. All dies gilt in besonderer Weise für den Umgang mit HIV-Positiven und Patienten mit diesbezüglichen Folgekrankheiten.

Die Klugheit wurde hier als erste der sog. Kardinaltugenden genannt, weil sie die wichtigste unter diesen ist (Josef Pieper). Ihr folgt die *Gerechtigkeit*, ohne die der menschenwürdige Umgang auch im Gesundheitswesen nicht denkbar ist. Doch haben beide, Betreuer und Patient, ihre Rechte und Pflichten zu wahren, wenngleich aufgrund der Ausnahmesituation der AIDS-Kranken die *Toleranz* (Barmherzigkeit) mehr der Betreuerseite abverlangt wird.

Die *Tapferkeit* im Umgang mit dem Schicksal anderer kann wieder nur durch die Klugheit gespeist werden: Ein Hautkontakt (Händedruck, Streicheln, Kämmen etc.) ohne Gummihandschuhe ist durchaus vertretbar und wird von den Kranken als Wohltat und Segen empfunden. Die Klugheit gebietet aber, daß Hautverletzungen und -erkrankungen nicht miteinander in Berührung kommen.

Bei der *Liebe* zu den unheilbar Kranken spielen Gefühl, Vernunft und Wille eine große Rolle und sind kaum zu trennen.

Die christliche Nächstenliebe mit ihrer jüdischen Wurzel („...und deinen Nächsten wie dich selbst „) wird auch dieser Situation am besten gerecht. Nur sie kann vor den Auswüchsen einer falschen, moralisierenden Haltung schützen, die auch unter sog. „Christen“ manchmal anzutreffen ist und in Schuldzuweisung („ du bist selbst schuld“), Selbstgerechtigkeit, Geringschätzung bis hin zum Haß besteht.

Demgegenüber führt die bedingungslose Annahme des Nächsten zur Praktizierung einer einfachen Humanität (auch religionsfrei gesehen), darüberhinaus aber zum besseren Verständnis

der Lehren des Evangeliums. Auch hier ist es immer wieder der Umgang Christi mit den von der Gesellschaft Ausgegrenzten, mit ekelerregenden und ansteckenden Krankheiten Behafteten, die von ihm in keiner Weise jemals als „von Gott Bestrafte“ hingestellt werden. Christus leiht ihnen nicht nur sein Ohr und Herz, er nimmt oft die Gelegenheit zum Anlaß (Gelähmter, Sünderin, Ehebrecherin), um demonstrativ die Sünden zu vergeben.

Schlußfolgerung

Wenn wir also den HIV-Positiven, die AIDS-Kranken oder an einer AIDS-bezogenen Erkrankung Leidenden richtig begegnen wollen, bedarf es, neben der gründlichen Information und Ausbildung, der Nächstenliebe.

Diese darf sich nicht in einer liebenswerten, aber gefährlichen Emotion oder Neigung erschöpfen, sondern muß mit ständiger Bereitschaft zur Annahme von Enttäuschung, Erfahrung, Gespräch mit Referenzpersonen und Reflexionen verwickelt sein.

Referenzen

1. MMWR, JAMA, 1994
2. DANILE et al., 1991
3. JANSSEN et al., NEJM, 1992
4. Gerberding et al., 1990
5. z.B. ROTHMAN und TYNNAN in New York, 1990
6. BEEKMANN et al., 1990
7. mündliche Information, Dr.C.ARMBRUSTER
8. 4,8 auf 100 Personenjahre; DE VINCENZI et al., 1994