

Stigmatisierungserleben bei Patienten mit MRSA -
Eine Pilotstudie mit ersten Handlungsempfehlungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Doris Lisa Roßner
aus Schlema

Gießen 2015

Aus dem Institut für Hygiene und Umweltmedizin der

Justus-Liebig-Universität Gießen

Direktor: Prof. Dr. Thomas Eikmann

Gutachter: Prof. Dr. Heudorf

Gutachter: Prof. Dr. Gieler

Tag der Disputation: 27.04.2017

Inhalt

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	MRSA	3
1.1.1	DIE GESCHICHTE DES MRSA.....	3
1.1.2	FORMEN DES MRSA.....	4
1.1.3	KLINIK DES STAPHYLOCOCCUS AUREUS	5
1.1.4	EPIDEMIOLOGIE	6
1.1.5	BEDEUTUNG DES MRSA FÜR PATIENTEN UND WIRTSCHAFT.....	9
1.2	STIGMATISIERUNG.....	11
1.2.1	BEGRIFFSKLÄRUNG.....	11
1.2.2	GESELLSCHAFT UND STIGMATA.....	12
1.2.3	FORMEN VON STIGMATA NACH SCAMBLER UND WEISS.....	13
1.2.4	HEALTH-RELATED STIGMA	14
1.2.5	FOLGEN VON STIGMA UND BEDEUTUNG DER STIGMAFORSCHUNG FÜR PATIENTEN UND GESELLSCHAFT	15
1.2.6	EINFLUSS DER GESUNDHEITSPOLITIK AUF STIGMA UND DEN PATIENTEN .	16
1.3	FRAGESTELLUNG	17
2	STUDIENKONTEXT	18
2.1	MRE-NETZ RHEIN-MAIN	18
2.2	ETHIKVOTUM.....	19
3	METHODIK	20
3.1	MIXED METHODS – GRUNDLAGEN DES STUDIENDESIGNS	20
3.1.1	DAS QUALITATIVE INTERVIEW.....	21
3.1.2	DIE EMIC STIGMA SCALA.....	22
3.2	KOLLEKTIV UND KRITERIEN ZUR STUDIENTEILNAHME	23
3.2.1	PATIENTENREKRUTIERUNG UND KONTAKTAUFNAHME.....	23
3.2.2	EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	24
3.3	METHODISCHES VORGEHEN	24
3.3.1	DURCHFÜHRUNG DES INTERVIEWS / ERHEBUNGSABLAUF	25

3.3.2	KURZFRAGEBOGEN ZUR ERHEBUNG DEMOGRAFISCHER DATEN	26
3.3.3	INTERVIEWANALYSE.....	27
3.3.4	ANALYSE DER EMIC STIGMA SCALE	33
3.3.5	MIXING.....	34
3.4	INFORMATIONSTECHNIK (IT).....	35
4	ERGEBNISSE.....	36
4.1	KOLLEKTIVBESCHREIBUNG	36
4.2	KATEGORIENBASIERTE AUSWERTUNG DER QUALITATIVEN DATEN	40
4.2.1	LEIDENSDRUCK AUFGRUND MRSA	41
4.2.2	ISOLIERUNGSERLEBNIS	44
4.2.3	KONFRONTATION MIT DEM TOD	46
4.2.4	GESUNDHEITLICHE FOLGEN DER MRSA ERKRANKUNG.....	47
4.2.5	ANGST JEMANDEN ANZUSTECKEN.....	49
4.2.6	VERÄNDERUNGEN IM SOZIALEN UMFELD: PRIVAT	50
4.2.7	VERÄNDERUNGEN IM SOZIALEN UMFELD: ARBEIT	52
4.2.8	SICHT AUF SICH SELBST	53
4.2.9	GEBRAUCH STIGMA-BESETZTER VOKABELN	54
4.2.10	ANGST VOR UNANGEMESSENEN REAKTIONEN	55
4.2.11	STIGMATISIERUNGSERLEBNIS IM KRANKENHAUS / MEDIZINISCHER EINRICHTUNG	56
4.2.12	STIGMATISIERUNGSERLEBNIS PRIVAT	59
4.2.13	STIGMATISIERUNGSERLEBNIS IM ARBEITSUMFELD	60
4.2.14	EINFLUSS VON MRSA AUF MEDIZINISCHE VERSORGUNG.....	62
4.2.15	UMGANG MIT STIGMATISIERUNGSERLEBNIS	63
4.2.16	VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE.....	65
4.3	ERGEBNISDARSTELLUNG DER EMIC STIGMA SCALE.....	68
4.3.1	DESKRIPTIVE STATISTIK	68
4.3.2	RELIABILITÄTSANALYSE.....	68
4.4	MIXING.....	69
4.4.1	HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER EMIC-ITEMS UND ZUORDNUNG ZU QUALITATIVEN DATEN.....	69
4.4.2	KORRELATION ZWISCHEN EMIC UND QUALITATIVEN DATEN	71

4.5	UNERWARTETE ERGEBNISSE UND DEREN INTERPRETATION	73
5	DISKUSSION.....	74
5.1	INTERPRETATION DER EMIC STIGMA SCALE UND DES MIXINGS	74
5.2	DISKUSSION DER QUALITATIVEN ERGEBNISSE	76
5.2.1	ZUORDNUNG VON ATTRIBUTEN UND BESCHREIBUNG INTERNALISIERTEN STIGMAS	77
5.2.2	ERWARTETES STIGMA.....	79
5.2.3	ERLEBTES STIGMA	80
5.2.4	STIGMATISIERUNGSPROZESS BEI MRSA-PATIENTEN.....	85
5.3	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STUDIE.....	88
5.4	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	91
	EBENE 1: PATIENT	91
	EBENE 2: GESUNDHEITSSYSTEM.....	92
	EBENE 3: POLITIK UND MEDIEN	94
5.5	UNBEANTWORTETE UND NEUE FRAGESTELLUNGEN / AUSBLICK	95
6	SCHLUSSFOLGERUNG	96
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	100
8	SUMMARY	101
9	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	102
10	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	103
11	TABELLENVERZEICHNIS	104
12	LITERATURVERZEICHNIS	106
13	ANHANG	120
13.1	HANDZETTEL AUFRUF ZUR STUDIENTEILNAHME	120
13.2	PATIENTENAUFKLÄRUNG UND -EINWILLIGUNG	121

13.3	FRAGEBOGEN DEMOGRAFISCHE DATEN	128
13.4	INTERVIEWLEITFADEN	129
13.5	POSTSKRIPTUM	131
13.6	EMIC-FRAGEBOGEN.....	132
13.7	TRANSKRIPTIONSREGELN	133
13.8	GEHEIMHALTUNGSERKLÄRUNG TRANSKRIPTIONSPEZIALIST.....	134
13.9	CASE SUMMARIES.....	135
13.10	CODESYSTEM MIT HAUPTKATEGORIEN, SUBKATEGORIEN, BESCHREIBUNG UND ANKERBEISPIELEN.....	151
13.11	SPEARMAN-KORRELATION DER EMIC-WERTE MIT QUALITATIVEN DATEN ..	154
14	EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	156
15	DANKSAGUNG	157

1 Einleitung

„Im Grunde sind es doch die Verbindungen mit Menschen, die dem Leben einen Wert geben.“ Wilhelm von Humboldt (1827).

Mit diesen Worten beschreibt Humboldt sehr treffend die Bedeutung von sozialer Integration, basierend auf einem Zugehörigkeitsgefühl und sozialer Interaktion, welche das Leben für den Menschen lebenswert machen. Schon seit Menschengedenken gibt es jedoch Ursachen und Problematiken, die diese Verbindung zwischen Menschen stören bzw. unmöglich machen. Wer als Mediziner das Wohl seiner Patienten¹ im Blick hat, sollte hierbei immer wieder ein offenes Ohr dafür haben, ob eine medizinische Maßnahme oder Krankheit diese Verbindung zwischen Menschen stört oder aus dem Gleichgewicht bringt. Das Bundesministerium für Gesundheit definiert Gesundheit entsprechend der WHO-Definition (World Health Organization 1948) folgendermaßen:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (Bundesministerium für Gesundheit)

Damit betont die WHO, dass es sich bei der Betrachtung von ‚Gesundheit‘ nicht nur um ein rein biomedizinisches Phänomen handelt. Es ist vielmehr eine wesentlich weiter umfassende Sichtweise erforderlich, welche auch auf psychische und soziale Gebrechen hinweist und ‚Gesundheit‘ als ein Grundrecht des Menschen einräumt. Ein Arzt sollte sich seiner Verantwortung bewusst sein, dass er nicht nur auf der biomedizinischen Ebene denkt und handelt, sondern dass er durch seine Tätigkeit sozialen Störfaktoren, die zur Gesundheit bzw. Krankheit eines Patienten beitragen können, entgegenwirken oder diese fördern kann. Mit der abnehmenden Wirksamkeit von Antibiotika und der vermehrten Resistenzentwicklung vieler Erreger ist es nicht nur legitim, sondern auch vonnöten, das Krankheitserleben und den Einfluss dieser Krankheitssituation betroffener Patienten auf ihr soziales Umfeld zu erforschen. Durch Berichte aktueller Fälle in den Medien (MRE-Infektion im UKSH (Zeit Online 2015; Kieler Nachrichten 2015) oder Bremen (Weser Kurier 2012)) steigt die Präsenz der Thematik. Da die Anzahl der

¹ Im Rahmen dieser Dissertation ist in der männlichen Bezeichnung stets die weibliche Bezeichnung inbegriffen.

an multiresistenten Erregern (MRE) erkrankten Patienten stetig steigt (Tiemersma et al. 2004; Gagliotti et al. 2011) und immer resistenterer Keime in Europa auf dem Vormarsch sind (Lübbert et al. 2015; Meyer et al. 2010), sollten damit auch vermehrt betroffene Patienten zu Wort kommen. Im Kampf gegen die vermehrte Entstehung und Ausbreitung von MRE muss darauf geachtet werden, den Patienten nicht zu vergessen und ihn neben allen fachlich wichtigen Maßnahmen darin zu unterstützen, das zu erhalten, was dem Leben des Patienten Wert gibt und seine soziale Gesundheit erhält. In dieser Forschungsarbeit soll deshalb das Stigmatisierungserleben am Beispiel von MRSA-Patienten beleuchtet werden.

Nosokomiale Erreger und besonders multiresistente Erreger werden von der europäischen Gesundheitsbehörde als wesentliche Bedrohung für das Gesundheitswesen in Europa eingestuft (Brandt et al. 2012; European Centre for Disease Prevention and Control 2011). Die Besiedlung oder Infektion mit MRE bzw. dem *Methicillinresistenten Staphylococcus aureus* (MRSA) ist für Patienten und Gesundheitssystem eine große Herausforderung. Andersson et al. (2011) beschreibt, dass Patienten, die mit MRE kolonisiert und infiziert sind, zusätzlich zu ihrem primären Krankheitsleiden eine deutliche Mehrbelastung erleben, die sie in ihrer Genesung beeinflusst. Aufgrund der Vorsorgemaßnahmen im Krankenhaus (räumliche Isolierung, Verhaltensmaßregeln, besondere Hygienemaßnahmen für Besucher und Personal) kommt es zu verschiedensten psychischen Reaktionen und Erlebnissen beim Patienten. Zudem lassen die zusätzlichen Hygienemaßnahmen der Isolierung dem stets knapper bemessenen Pflegepersonal weniger Zeit und Aufmerksamkeit für die Patienten selbst, was sich zusätzlich negativ auf die Genesung auswirken kann (Masse et al. 2013; Morgan et al. 2009). Die Diagnose MRSA/MRE und die assoziierte Isolierung geht für Betroffene häufig mit starkem, emotionalem Erleben einher, was zu psychischer Belastung führen kann (Hamour et al. 2003; Newton et al. 2001). Zusätzlich zu inneren Gefühlen wie Angst, Wut, Depressionen haben die Patienten häufig mit sozialer Isolation zu kämpfen. Geschürt wird dies durch die dramatisierende und einseitige Berichterstattung zum Thema MRSA/MRE in den Medien (Bsp.: „Herzogin Kate: Killerkeim-Alarm in ihrer Klinik“ (Bild 2015), „Killerkeim MRSA frisst Patienten fast von innen auf“ (Brandt 2014)). Diese ruft Ängste und Vorurteile in der Bevölkerung hervor, was die Situation und damit verbundene Stigmatisierung und Isolation betroffener Patienten weiter verstärkt (Mozzillo et al. 2010). Stigmatisierung selbst ist häufig mit dem Verlust von Respekt und Status und

mit sozialer Isolation und sozialer Distanz verbunden. Stigma ist „such an important element of the distress associated with mental illness and some chronic medical conditions (...) and is an important influence on illness behavior and help seeking (...)” (Weiss 1997, S. 243). Um diesem und der damit verbundenen Belastung für Patienten entgegen wirken zu können, ist es von Bedeutung, die Stigmatisierung und das Stigmatisierungserleben von Patienten – wie in dieser Studie – zu erforschen. MRSA und die damit verbundenen Belastungen sind ein deutschland-, europa- und weltweites Problem, welchem wir uns stellen müssen und welches herausfordert, immer wieder neue Handlungsansätze zu finden. Mit steigender Prävalenz von MRE sollte auch die psychische Gesundheit der Betroffenen nicht außer Acht gelassen werden.

Mit dieser Studie wurde MRSA-Patienten die Gelegenheit geboten, über ihre Situation zu Wort zu kommen. Sie konnten damit als direkte Ressource und Informationsquelle fungieren. Es wurde mittels eines Mixed Methods-Designs geforscht. Der Schwerpunkt lag dabei auf einem qualitativen Leitfadeninterview, welches aufgrund seines hohen Informationsgehaltes für das Ziel dieses Vorhabens die beste Methodik darstellte. Das Interview wurde außerdem mit einem Stigma-Fragebogen kombiniert, um den Informationsgehalt zusätzlich zu erweitern.

1.1 MRSA

Um eine Grundlage für die Erforschung des Themas Stigmatisierung von MRSA-Patienten zu legen, geht diese Arbeit zuerst auf die Theorie im Allgemeinen ein. In den folgenden zwei Kapiteln wird die Thematik multiresistenter Erreger (1.1) und Stigmatisierung (1.2) eruiert. Näher beleuchtet werden dabei die Geschichte des MRSA, die Formen und Klinik des *Staphylococcus aureus*, sowie die Epidemiologie und die Bedeutung des MRSA für Patienten. Das zweite Kapitel (1.2) widmet sich den Begrifflichkeiten Stigma, Stigmatisierung und Diskrimination, Stigma im gesellschaftlichen Kontext, verschiedene Stigmaformen, health-related stigma, Folgen von Stigmatisierung sowie dem Einfluss der Gesundheitspolitik auf stigmatisierte Patienten.

1.1.1 Die Geschichte des MRSA

Bei dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) handelt es sich um einen im Jahr 1961 erstmalig beschriebenen, fakultativ-pathogenen Erreger mit erweitertem Resistenzspektrum (Chen 2013). Celbenin (heute als Methicillin bekannt) war

nur für ca. ein halbes Jahr auf dem Markt, um den Penicillin-resistenten *Staphylococcus* zu behandeln, bis im Labor bereits Resistenzen gegen Celbenin sowie gegen Tetracycline und Streptomycin nachgewiesen wurden (Rolinson 1961). Obwohl er zu dieser Zeit noch nicht beim Patienten selbst nachgewiesen werden konnte (ebd.), kam es zwanzig Jahre später – zu Beginn der 1980er Jahre – zu einem sprunghaften Anstieg der Inzidenzen von krankenhausessoziierten MRSA-Erkrankungen beim Patienten (Boyce et al. 1983). Der multiresistente Erreger gewann seither an immer größer werdender klinischer Relevanz (Tiemersma et al. 2004) und beeinflusst unser heutiges Gesundheitswesen nachhaltig (Gavaldà et al. 2006; MRSA-net). Seit 2010 wird erfreulicherweise eine Stagnation der MRSA Infektionen beschrieben (Noll et al. 2012) und seit 2014 ein Abwärtstrend gemeldeter, invasiver MRSA-Fällen deutlich (Robert Koch-Institut 2015).

1.1.2 Formen des MRSA

Bis zum Ende der 1990er Jahre trat der MRSA fast ausschließlich als nosokomialer, krankenhausessoziierter Keim (sogenannter *hospital acquired MRSA*: HA-MRSA) auf. Die Infektionen in Krankenhäusern und an vergleichbaren Einrichtungen wurden meistens von bestimmten klonalen Linien bzw. MRSA-Stämmen auf folgende Art hervorgerufen: Ein erhöhter Antibiotikaeinsatz im Krankenhaus führt zu einem erhöhten Selektionsdruck auf die körpereigene Mischflora, sodass Erreger mit zuvor erworbenen Resistenzgenen zur dominanten Flora werden. Für hospitalisierte Patienten ist es damit wahrscheinlicher und leichter, eine dauerhafte Besiedlung der Körperoberfläche mit MRSA zu erwerben (Robert Koch-Institut 2011). Ab Mitte der 1990er kam es immer häufiger zu Fällen von MRSA, die nicht mit einer Krankenhausassoziation einhergingen. Auch bei Nutz- und Haustieren wurden vermehrt MRSA-Erreger gefunden (Morgan 2008). Man unterscheidet seither zusätzlich *community acquired MRSA*; CA-MRSA (Witte 2009) und mit der Tiermast verbundene *livestock associated MRSA*; LA-MRSA (Morgan 2008). Bei Patienten mit CA-MRSA handelt es sich eher um junge, immunkompetente Menschen, die häufig kein chronisches Grundleiden haben. Die Ansteckung mit einem CA-MRSA findet hauptsächlich im familiären Umfeld bzw. bei Menschen mit engem Körperkontakt oder durch Tauschen der Kleidung statt, z.B. bei Kindern (Herold et al. 1998), Sportlern (Centers for Disease Control and Prevention 2003a), im Militär, in Gefängnissen (Centers for Disease Control and Prevention. 2003b), unter Drogenabhängigen und bei Auslandsaufenthalten in entsprechenden En-

demiegebieten (Robert Koch-Institut 2013). Das Auftreten von LA-MRSA ist gehäuft seit 2005 (Robert Koch-Institut 2011) zu beobachten und betrifft hauptsächlich Personen in Gebieten mit einer hohen Dichte an Massentierhaltung (Köck et al. 2013). MRSA wurde bei Nutztieren wie beispielsweise Schweinen (Meemken et al. 2008), Pferden (Witte et al. 2007; Cuny et al. 2008), aber auch bei Haustieren wie Hunden (Loeffler et al. 2005) festgestellt. Personen, die mit solchen Tieren arbeiten oder vermehrt Kontakt haben, sind häufig Träger des LA-MRSA in den Nasenvorhöfen und damit auch potentielle Infektionsquellen für ihr Umfeld (Köck et al. 2013).

1.1.3 Klinik des *Staphylococcus aureus*

Der *Staphylococcus aureus* selber gehört zur Normalflora des Menschen (Nowrouzian et al. 2015) und kann als fakultativ-pathogener Erreger die Körperoberfläche von Mensch und Tier symptomlos besiedeln („kolonisieren“). Er ist dabei auf Haut oder Schleimhäuten, wie dem Nasenrachenraum, den Axillen, dem Perineum oder der Leistenregion zu finden (KRINKO 2014). 20-30% der Menschen sind Dauerträger des Bakteriums (van Belkum et al. 2009; Krebs et al. 2011), oft ohne eigenes Wissen und ohne jegliche Symptome. Wenn der Erreger jedoch die schützende Hautbarriere durchdringt (z.B. durch Verletzungen), kann er ein breites Spektrum an Erkrankungen (pyogenen Infektionen), von leichten Infektionen bis zu schwerwiegenden, lebensbedrohlichen Krankheitsbildern auslösen. Eine Infektion mit einem *Staphylococcus aureus* kann zu Haut- und Weichteilinfektionen (z.B. Furunkel, Phlegmonen), ubiquitären Abszessbildungen, Lungenentzündungen oder systemischen Infektionen (z.B. Sepsis) führen (Robert Koch-Institut 2014). Unter den Stämmen des *Staphylococcus aureus* gibt es zusätzlich Linien, die fähig sind, Toxine oder besondere Virulenzfaktoren auszubilden. Infektionen mit solchen Stämmen können zu besonders schwerwiegenden Erkrankungen führen, z.B. zum Toxic-Shock-Syndrome (TSS) oder Staphylococcal-Scalded-Skin-Syndrome (SSSS).

Wenn der *Staphylococcus aureus* neben seiner Resistenz gegen Beta-Laktamaseempfindliche Antibiotika (z.B. Penicillin) zusätzlich auch gegen Beta-Laktamase-feste Antibiotika (z.B. Flucloxacillin, Methicillin) resistent ist, bezeichnet man ihn nicht mehr als MSSA (**M**ethicillin – **s**ensibler *Staphylococcus aureus*) sondern als MRSA (**M**ethicillin – **r**esistenter *Staphylococcus aureus*) (KRINKO 2014). Krebs et al. (2011) stellen fest, dass eine primäre Besiedlung mit MSSA jedoch keine erhöhte Anfälligkeit für eine MRSA-Kolonisation bedeutet, im Vergleich zu mit *Staphylococcus aureus*

gänzlich unbesiedelten Patienten. Für die deutsche Bevölkerung liegen aktuell keine repräsentativen Zahlen über die Prävalenz von MRSA vor. Die MRSA-Prävalenz deutscher Patienten bei Krankenhausaufnahme liegt bei ca. 0,5-2%. Hierbei ist allerdings anzunehmen, dass ein überproportional höherer Anteil von Patienten mit Risikoprofil eingeschlossen ist (KRINKO 2014). Man geht von 0,5% MRSA-Prävalenz in der deutschen Allgemeinbevölkerung aus (Köck R., Werner P., Friedrich A. et al 2012).

1.1.4 Epidemiologie

Die Resistenzentwicklung gegen Antibiotika und die sprunghafte Verbreitung multiresistenter Erreger ist schon seit einigen Jahren ein weltweites Problem (Korczak und Schöffmann 2010; Grundmann et al. 2006; Glasner et al. 2013). Neben MRSA gibt es mittlerweile noch vielerlei andere multiresistente Erreger (z.B. Extended-Spektrum-Betalaktamasen bildende Bakterien: ESBL; Multiresistente Gramnegative Bakterien: MRGN; etc.), die mittlerweile auch in Europa und Deutschland nosokomiale Infektionen zu einem großen Problem machen und häufig eine noch kritischeren Resistenzlage aufweisen (Nordmann et al. 2011; Meyer et al. 2010; Noll et al. 2012). Gemeldete MRSA-Infektionen zeigen zwar mittlerweile einen leichten Abwärtstrend (Noll et al. 2012; European Centre for Disease Prevention and Control 2011), trotzdem bleibt der MRSA einer der häufigsten Erreger nosokomialer Infektionen (Layer et al. 2012) und erfordert deshalb besondere Aufmerksamkeit (European Centre for Disease Prevention and Control 2013). 2001 veröffentlichte neben der WHO auch die Europäische Kommission eine Strategie, um die Verbreitung multiresistenter Problemkeime einzudämmen (European Commission 2001). Trotz allem sind in den letzten 15 Jahren auch die MRSA-Infektionen zum Teil stark gestiegen (Korczak und Schöffmann 2010). Seit 2009 existiert in Deutschland eine erweiterte Meldepflicht für Labore, die dem Gesundheitsamt namentlich MRSA-Nachweise im Blut oder Liquor melden müssen (Bundesrat 2009; Robert Koch-Institut 2009; Heudorf et al. 2014). Die Anzahl der gemeldeten invasiven MRSA-Fälle betrug im Jahr 2012 4.485 Patienten. Erfreulicherweise lag die Inzidenz im Folgejahr etwas darunter, bei 4.341 Fällen, und ging damit insgesamt leicht zurück (Robert Koch-Institut 2014). Ein deutlicher Abwärtstrend ist erst seit 2014 mit 3.841 Fällen zu verzeichnen (Robert Koch-Institut 2015). In deutschen Krankenhäusern ist der MRSA jedoch nach wie vor einer der häufigsten MRE (Robert Koch-Institut 2013). Es gibt regionale Unterschiede innerhalb Europas, mit einem deutlichen Nord-Süd-Gefälle (siehe Abbildung 1).

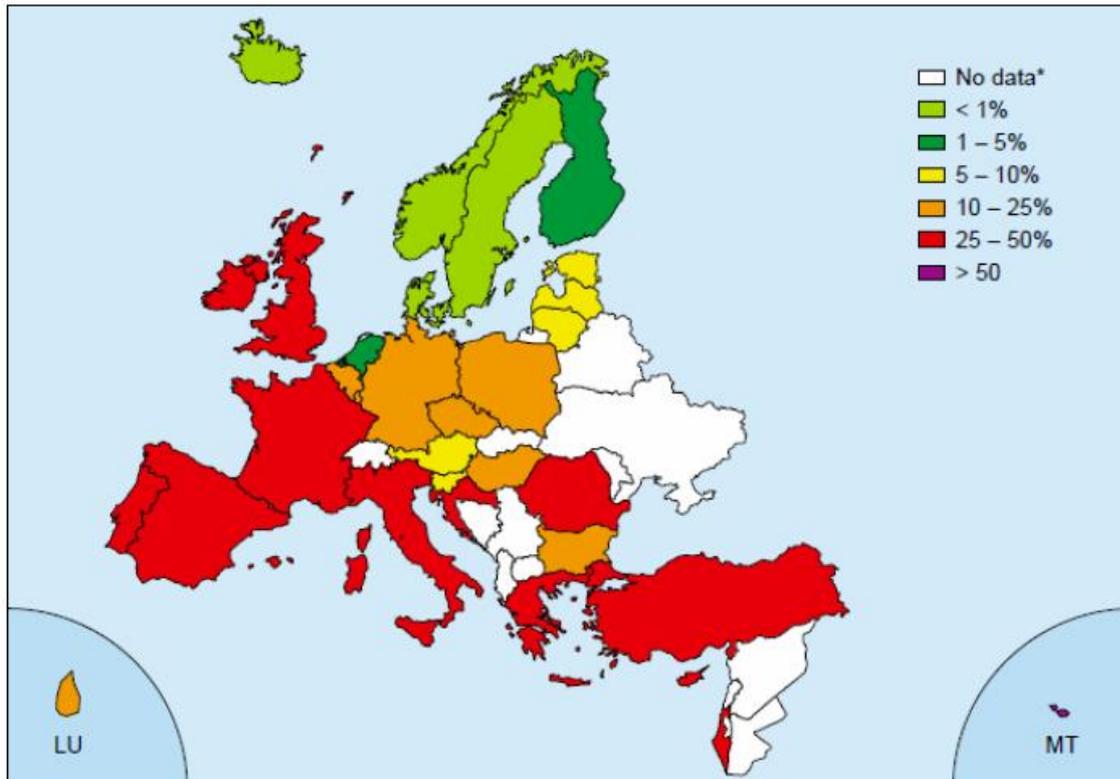


Abbildung 1: Anteil invasiver MRSA-Isolate in Europa 2007

(Quelle: Korczak und Schöffmann 2010, S. 11)

Des Weiteren gibt es auch Unterschiede in der MRSA-Prävalenz innerhalb der BRD zwischen den verschiedenen Bundesländern (siehe Abbildung 2). 2013 lag die Inzidenz für Deutschland bei 5,3 Fällen pro 100.000 Einwohner und reichte von 2,3 Fällen in Bremen bis 9,2 Fällen pro 100.000 Einwohner in Berlin (Robert Koch-Institut 2014). 2014 ergab sich ein weiterer Abwärtstrend auf 4,8 Fällen pro 100.000 Einwohner, mit einer Inzidenz von 1,8 in Baden-Württemberg bis 8,4 Fällen pro 100.000 Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern (Robert Koch-Institut 2015). Direkte Vergleiche der regionalen Daten sind dabei mit Vorsicht zu betrachten, da sie u.a. stark durch verschiedene Faktoren (z.B. Krankenhausdichte, Blutkulturabnahmegewohnheiten) beeinflusst werden (Robert Koch-Institut 2014).

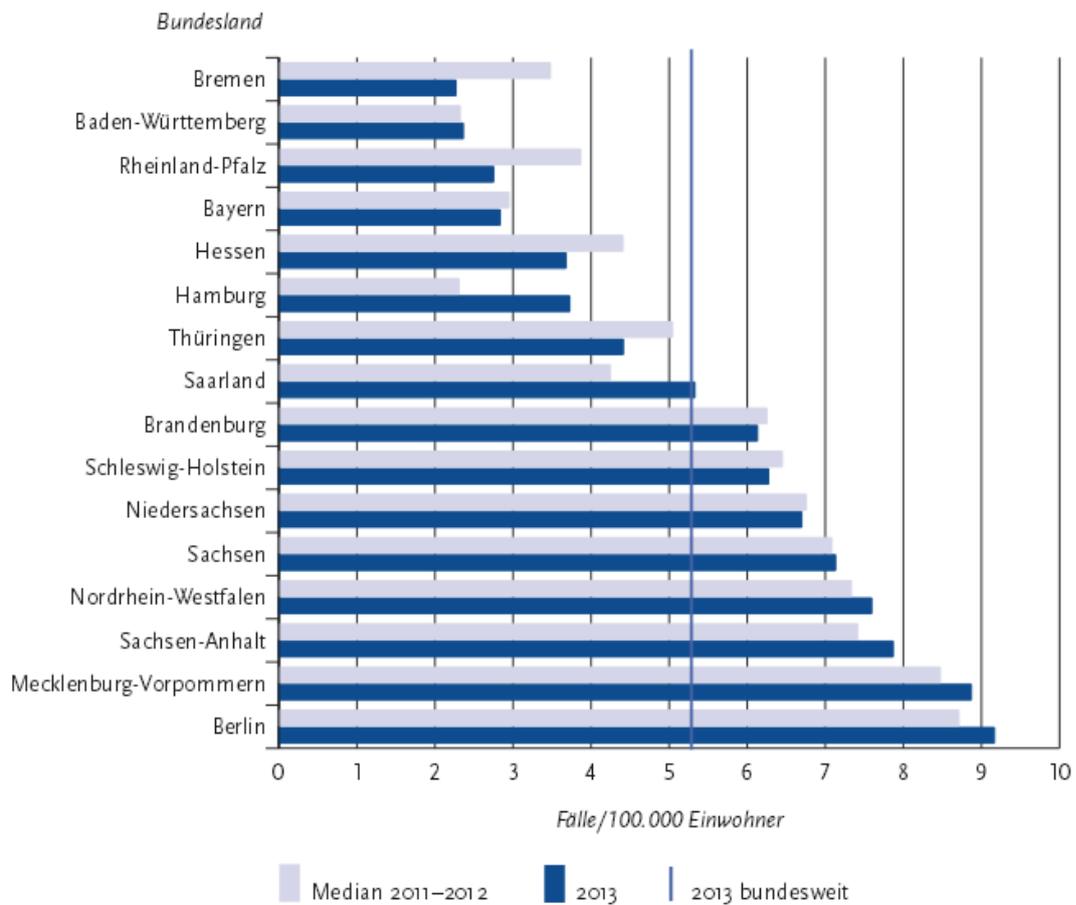


Abbildung 2: Gemeldete invasive MRSA-Fälle der BRD von 2011-2013, nach Bundesland aufgliedert (Quelle: Robert Koch-Institut 2014, S. 205)

Die Inzidenz von invasiven MRSA-Infektionen steigt (mit Ausnahme des Säuglingsalters) im Alter an (siehe Abbildung 3). 2013 war die höchste Inzidenz bei männlichen Patienten über 69 Jahren zu finden.

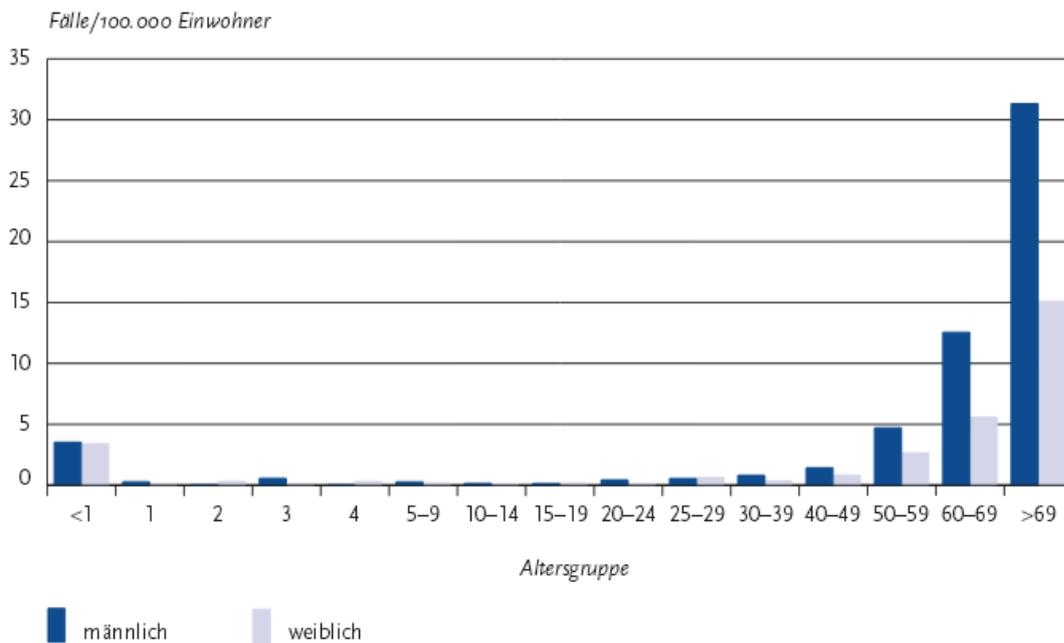


Abbildung 3: Inzidenz invasiver MRSA-Infektionen nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2013
(Quelle: Robert Koch-Institut 2014, S. 206)

1.1.5 Bedeutung des MRSA für Patienten und Wirtschaft

Die Diagnose MRSA kann für Patienten schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben und ist mit multiplen, zusätzlichen Belastungen verbunden. Eine MRSA-Infektion kann nicht nur zu lebensbedrohlichen Erkrankungen führen, sondern ist häufig auch mit einem protrahierten Krankheitsverlauf, verlängerten Krankenhausliegezeiten (Engemann et al. 2003), erhöhter finanzieller Belastung (Cosgrove et al. 2005; Gavaldà et al. 2006) und mit einer erhöhten Letalität (Park et al. 2013; Cosgrove et al. 2003; Engemann et al. 2003; Korczak und Schöffmann 2010) verbunden. Zusätzlich zu diesen äußerlichen Faktoren hat ein Patient mit der Diagnose MRSA eine z.T. stark erhöhte psychische Belastung zu bewältigen. Die Diagnose selbst und die mit Krankenhausaufenthalten verbundenen Isolierungsmaßnahmen sind häufig ein äußerst traumatisches Erlebnis für Patienten (Madeo 2001). Dies kann mit schweren Belastungen für die Psyche einhergehen und daher auch weitere Folgen bzw. Sekundärerkrankungen (z.B. Depressionen (Newton et al. 2001)) hervorrufen und sich in starkem emotionalem Erleben äußern (Hamour et al. 2003).

Die Infektion und Kolonisation mit MRSA hat des Weiteren weitreichende persönliche Konsequenzen für betroffene Patienten. Zusätzlich zu ihrer häufig schweren, primären Grunderkrankung werden sie mit Isolierung und Verhaltensmaßregeln kon-

frontiert, die häufig zu schockartigen Emotionen bei Diagnosestellung führen (Andersson et al. 2011). Die räumliche Isolierung, die mit einer MRSA-Diagnose im Krankenhaus verbunden ist, ist für viele Patienten ein einschneidendes und unerwartetes Erlebnis und bedeutet für sie einen zusätzlichen Stressfaktor (Oldman 1998). In der Literatur wird beschrieben, dass sich Patienten durch die Isolierungsmaßnahmen „dreckig“ (Madeo 2001; Hartmann 2005; Webber et al. 2012) und einsam fühlen (Knowles 1993; Webber et al. 2012), sie darunter leiden, sich mit niemandem unterhalten zu können, und sich eingesperrt fühlen (Hartmann 2005), weil sie das Zimmer nicht verlassen dürfen und keinen Kontakt zu anderen Patienten haben dürfen (Jones 2010). Des Weiteren fühlen sich die Patienten durch die Isolierungsmaßnahmen stigmatisiert (Madeo 2003; Hartmann 2005; Mozzillo et al. 2010; Webber et al. 2012) und in der Qualität ihrer medizinischen Behandlung eingeschränkt (Webber et al. 2012; Newton et al. 2001; Madeo 2003). Einige Patienten erfreuen sich zwar an der hinzugewonnenen Privatsphäre durch ein Einzelisolationzimmer (Newton et al. 2001), jedoch zeigen andere isolierte MRSA-Patienten ein höheres Level an Stress (Tarzi et al. 2001) mit vermehrtem Auftreten von Depression und Angstsymptomen (Tarzi et al. 2001; Madeo 2003).

Während es im Krankenhaus aufgrund der Patientendichte und des Ansteckungsrisikos unabdinglich ist, eine konsequente Separierung und Isolierung kolonisierter oder infizierter Patienten gegenüber MRSA-negativen Patienten (häufig auch immungeschwächten Patienten) durchzuführen, sollen Patienten im Privatleben ihren normalen Alltag leben. Dass dies allerdings häufig nicht möglich ist, sondern dass Patienten privat und beruflich mit Ausgrenzung zu kämpfen haben, beschreiben Mozzillo et al. (2010) eindrücklich in ihrer Studie. Sie beschreiben Patienten, die aufgrund von MRSA mit Forderungen nach übertriebenen Hygienemaßnahmen seitens des Partners oder am Arbeitsplatz belastet werden, separate Räumlichkeiten (z.B. Badezimmer) nutzen mussten, was bis hin zum Ausschluss aus dem Familiengefüge führte. Patienten leiden unter Zukunftsängsten (z.B. Unsicherheit, eingeschränkte Berufswahl), fühlen sich in ihrem alltäglichen Leben beeinflusst (z.B. Einschränkungen von Hobbies: Spa, Besuch von Freunden), und leben in der ständigen Angst, eine Gefahr für andere zu sein, indem sie sie anstecken könnten (Mozzillo et al. 2010; Andersson et al. 2011). Isolierung kann zu Stigmatisierung führen, was wiederum zu sozialer Isolation und psychologischer und sozialer Morbidität führt (Mozzillo et al. 2010).

Unabhängig von den Belastungen, die der Patient persönlich zu bewältigen hat, ist es auch vonnöten, die wirtschaftliche Belastung des Gesundheitssystems und damit der deutschen Solidargemeinschaft zu betrachten. Die Mehrkosten eines Krankenhauses, die die Behandlung eines Patienten mit einer MRSA-Diagnose mit sich bringt, belaufen sich auf durchschnittlich ca. 5.000-10.000 € zusätzlich (Engemann et al. 2003; Roberts et al. 2009; Robert Koch-Institut 2014; Korczak und Schöffmann 2010). Dem gegenüber stehen die Ausgaben für Screening (um potentielle Träger von MRSA sofort bei Klinikaufnahme zu identifizieren und zu separieren) und die Ausgaben für die konsequente Isolierung betroffener Patienten, welche sich aber laut Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie e.V. (2005) schon bei der Vermeidung von wenigen nosokomialen Infektionen pro Haus lohnen. Allerdings soll dieser Sachverhalt im Rahmen dieser Studie nicht weiter beleuchtet werden, sondern er unterstreicht lediglich die wirtschaftliche Relevanz der Problematik.

1.2 Stigmatisierung

1.2.1 Begriffsklärung

Der Begriff Stigma entspringt aus dem Altgriechischen und bedeutet so viel wie Brandmal, Zeichen oder Stich. Zur Bestrafung von Verbrechern, Sklaven oder Verrätern wurden in der antiken griechischen Rechtsprechung äußerlich sichtbare Male in den Körper eingebrannt oder geschnitten. Diese körperlichen Zeichen sollten einen öffentlichen Hinweis auf den schlechten moralischen Zustand bzw. die Andersartigkeit der Person geben, sie rituell als unrein erklären und damit ihre Meidung erreichen (Goffman 1975). In der Sozialpsychologie wird mit Stigma ein negativ bewertetes Attribut bezeichnet, welches den Träger in Abweichung von der Norm kennzeichnet, diskreditiert, und ihn damit von der vollen sozialen Akzeptanz und von gesellschaftlicher Gleichberechtigung ausschließt (Goffman 1975; Stürmer und Salewsky 2008). Stürmer und Salewsky (2008) beschreiben weiter, dass sich Stigma im heutigen Sprachgebrauch nicht mehr auf bloße äußerlich erkennbare Merkmale, sondern vielmehr auch auf nicht direkt sichtbare Attribute bezieht. Dabei kann es sich neben körperlich offensichtlichen Besonderheiten (z.B. physikalische Deformationen) um Lebensstile, Verhaltensweisen (z.B. Homosexualität), Zugehörigkeit zu sozialen Kategorien (z.B. Arbeitslose) oder bestimmten Gruppen (z.B. Religionen) handeln. Eine Diskreditierung stigmatisierter Personen ist dabei nicht in der Besonderheit selber begründet, sondern in den mit die-

sem Attribut verbundenen Vorurteilen und Stereotypen gegenüber dem Charakter oder der Identität der andersartigen Person (ebd.).

Stigmatisierung ist somit die Zuschreibung eines Stigmas bzw. „die Kategorisierung einer Person durch gesellschaftlich oder gruppenspezifisch negativ bewertete Attribute“ (Fuchs 1973, S. 660).

Als Diskriminierung (von lat. *discriminare* = unterscheiden) bezeichnet man die

„Ungleichbehandlung, im soziologischen Sinne ungleiche, herabsetzende Behandlung anderer Menschen nach Maßgabe bestimmter Wertvorstellungen oder aufgrund unreflektierter, z. T. auch unbewusster Einstellungen, Vorurteilen und Gefühlslagen.“ (Hillmann und Hartfiel 2007, S. 155)

Dabei unterscheidet Hillmann zwischen „sozial legitimer Ungleichbehandlung und sozial illegitimer, normativ unzulässiger Diskrimination.“ Die Zuschreibung, was eine sozial legitimierte bzw. illegitime Diskrimination ist, kann dabei innerhalb verschiedener Gruppen, Schichten, Kulturen etc. variieren. Des Weiteren beschreibt er, dass es sich bei den Urhebern von Diskrimination meist um Gruppen oder Menschen handelt, die sich in einer Machtsituation gegenüber anderen befindet.

Es sei hierbei erwähnt, dass es sich im Rahmen dieser Arbeit beim Wort ‚stigmatisieren‘ nicht nur um die reine Zuordnung eines negativen Attributes handelt, sondern schon eine gewisse negativ wertende Reaktion des Umfeldes beinhaltet.

1.2.2 Gesellschaft und Stigmata

Goffman (1975) beschreibt, dass das Zuschreiben eines Stigmas von einer Gruppe oder Gesellschaft vorgenommen wird, die ein Merkmal als normal oder abweichend definiert und zu einer Unterscheidung zwischen „denen“ und „uns“ führt (Devine et al. 1999). Ob die Gesellschaft einem an einer bestimmten Krankheit erkrankten Menschen mit Mitleid, Verständnis und Unterstützung oder Ablehnung und Meidung begegnet, wird im gesellschaftlichen Kontext entschieden. Wenn der betroffene Mensch als Opfer der Krankheit gesehen wird, wird ihm eher Solidarität und Mitgefühl entgegengebracht, als wenn ihm eine eigene Verantwortung an der Krankheit zugesprochen wird (Herek 1990; Herek et al. 2003).

1.2.3 Formen von Stigmata nach Scambler und Weiss

Scambler (1993) nach Scambler (1989) unterscheidet in seinem *Hidden Distress Model* zwei Formen von Stigmata: Das *Enacted Stigma* („erlebtes Stigma“ – Übersetzungen durch den Verfasser), welches ein tatsächliches Diskriminationserlebnis, also wirklich erlebte Stigmatisierungserlebnisse beschreibt und das *Felt Stigma* („gefühltes Stigma“), bei dem es sich eher um die Angst vor einem Diskriminationserleben handelt. Weiss (2008) hat das „gefühlte Stigma“ nochmals in zwei Unterformen, nämlich *Anticipated Stigma* und *Internalized Stigma* differenziert (s. Abbildung 4). Bei *Anticipated Stigma* handelt es sich, wie schon der Name verrät, um ein imaginäres Stigma, das nicht unbedingt „gerechtfertigt, aber wahrscheinlich“ (Weiss 2008, S. 3) ist. Das internalisierte Stigma beschreibt einen Prozess, bei dem der Stigmatisierte die Sichtweise der stigmatisierenden Gruppe annimmt und beginnt, sich selbst so zu sehen und sich selbst zu stigmatisieren (ebd.). In dieser Arbeit werden „*Anticipated Stigma*“ mit „erwartetem Stigma“ und „*Internalized Stigma*“ mit „Selbststigma“ bzw. „internalisiertem Stigma“ übersetzt.

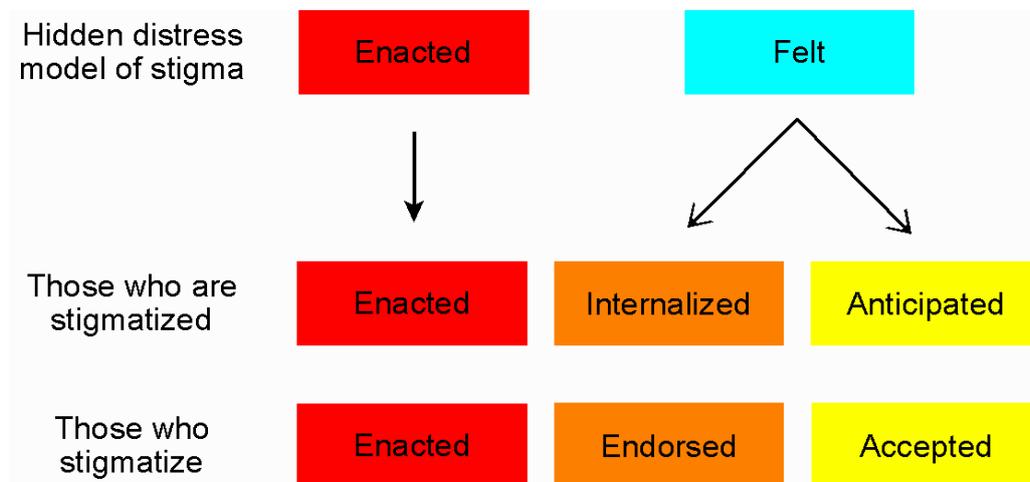


Abbildung 4: Hidden Distress Model of Stigma von G. Scambler, erweitert durch M.G. Weiss (Quelle: DOI:10.1371/journal.pntd.0000237)

Im Modell beschreibt Weiss auch drei verschiedene Arten, wie Stigmatisierende gegenüber Personen, die von der ‚Norm‘ abweichen, reagieren und somit Stigma aufbauen oder erhalten. Personen, die stigmatisieren, können dies erstens durch diskriminierende Maßnahmen aktiv tun (enacted), Meidung bewilligen und befürworten (endorsed) oder drittens nichts dagegen tun und Stigmatisierung stillschweigend hinnehmen (accept). Meidendes und diskriminierendes Verhalten kann im privaten oder im öffentlichen Um-

feld stattfinden und nicht nur einzelne Personen, sondern auch Familien, Gruppen und ganze Nationen betreffen (ebd.).

In dieser Arbeit soll die Perspektive der stigmatisierten Partei eruiert werden. Der quantitative Fragebogen erfasst dabei schwerpunktmäßig das erwartete Stigma (ILEP 2011), während im qualitativen Interview auch Selbststigma bzw. erlebtes Stigma erfasst wird.

1.2.4 Health-related stigma

Erst seit Mitte des 20. Jahrhundert sind vermehrt Forschungsarbeiten zum Thema Stigmatisierung in der Literatur zu finden. Goffmans Werk *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (1975) legte die Grundlage für ein hernach steigendes Interesse an der Thematik. Obwohl Goffman als Soziologe primär größeres Interesse an der Theorie als an Sozial- und Gesundheitspolitik hatte (Weiss 2008), kann man in den folgenden Jahren auch eine Zunahme an Arbeiten über Stigmata im Zusammenhang mit Krankheiten (health-related stigmata) beobachten. Seit Anfang der 1990er Jahre erlebte die Stigmaforschung einen enormen Aufschwung (Weiss 2008). Arbeiten zur Erforschung sozialer Stigmata beispielsweise bei Lepraerkrankungen (Kellersberger 1951), psychischen Erkrankungen (Corrigan 1998), Tuberkulose (Johansson et al. 2000) sowie Epilepsie (Jacoby 1994; Morrell 2002), Syphilis (Gilman 1999), HIV (Genberg et al. 2009), tropischen Erkrankungen (Brieger et al. 1998) etc. waren von Interesse. Van Brakel (2006) beschreibt krankheitsbezogenes Stigma (health-related stigma) als ein globales Phänomen, welches Einfluss auf die unterschiedlichsten Lebensbereiche von Betroffenen und damit auch auf Betroffene und deren Familien selbst hat. Stigma, welches durch eine Krankheit hervorgerufen wird, kann Einfluss u.a. auf Eheschließungen, Bildung, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die Ausübung von Freizeitaktivitäten, gesellschaftliche Funktionen von Erkrankten und sogar auf die gesundheitliche Versorgung selbst haben und diese gefährden. Brakel beschreibt weiter vier verschiedene Ansätze, um krankheitsbezogenes Stigma zu erforschen (freie Übersetzung durch die Verfasserin): Die Erfassung von

1. wirklich erlebtem, diskriminierendem Verhalten und Ausschluss der betroffenen Person
2. erwartetem bzw. internalisiertem Stigma der erkrankten Person selbst
3. Haltungen bzw. Handlungen des Umfeldes gegenüber Erkrankten und

4. stigmatisierendem Verhalten und Diskriminierung in Medien, Gesundheitswesen oder Gesetzen.

Da Stigma negativen Einfluss auf die Lebensqualität Betroffener hat und auch die Effektivität von Gesundheitsprogrammen schwächt (van Brakel 2006), plädiert Brakel für eine ausgedehntere Stigmaforschung und Entwicklung von Analyseinstrumenten, die über einen breiten Sektor des Gesundheitswesens anwendbar sind, um den negativen Einfluss auf die Effektivität der Gesundheitsprogramme zu vermeiden bzw. zu verringern.

Krankheiten-assoziierte Stigmata können je nach Forschungsinteresse und Forschungsansatz mittels unterschiedlichster Instrumente untersucht werden. Einige bisher zur Verfügung stehende Fragebögen seien hier beispielsweise genannt: CATIS: The Child Attitude Toward Illness Scale (Austin und Huberty 1993), Participation Scale (van Brakel et al. 2006), ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness (Ritsher et al. 2003), EMIC: Explanatory Model Interview Catalogue (Weiss et al. 1992).

Nicht jede Krankheit ist jedoch mit einem Stigma behaftet, sondern eine Stigmatisierung variiert zwischen den Kulturen und unterliegt der gesellschaftlichen und geschichtlichen Entwicklung (Scambler 1998). So ist z.B. Epilepsie in der westlichen Welt eine mittlerweile gut verstandene und akzeptierte Krankheit, während sie in manchen Ländern immer noch als ansteckend gilt oder als Fluch und Schande für eine Person, inklusive ihrer Familie, gesehen wird (Keusch et al. 2006).

1.2.5 Folgen von Stigma und Bedeutung der Stigmaforschung für Patienten und Gesellschaft

Gefühltes oder erlebtes Stigma kann eine Bedrohung für die Identität, die Sicherheit und den Selbstwert Betroffener darstellen. Wenn es einen dieser Aspekte vermindert oder bedroht, kann es auch für Ärzte oder andere Verantwortliche im Gesundheitssystem schwierig sein, Patienten adäquat zu behandeln (Scambler 1998). Scambler (1994) beschreibt weiter, dass es vonnöten ist, stigmatisierten Patienten mit einem ganzheitlichen Ansatz zu begegnen und sich nicht nur auf die rein medizinische Behandlung zu beschränken. Eine adäquate Behandlung des Problems umfasse auch ausreichend Information, praktische Hilfestellungen und Ratschläge bzw. Vermittlung von Techniken zu Copingstrategien (ebd.). Dies setzt des Weiteren voraus, dass ein Stigmatisierungserleben bekannt und erforscht ist.

1.2.6 Einfluss der Gesundheitspolitik auf Stigma und den Patienten

Die Angst eines Merkmalsträgers vor Diskrimination und Vorurteilen kann dazu führen, dass eine bekannte stigmabesetzte Diagnose verheimlicht wird, oder bei Krankheitsverdacht kein Arzt aufgesucht oder zu spät aufgesucht wird. In der Stigmaforschung unter HIV-Patienten wurde beobachtet, dass diese Angst den Grund darstellte, dass Patienten sich seltener oder verspätet testen ließen, bzw. seltener eine Behandlung in Anspruch nahmen (Herek et al. 2003). Diese Verzögerung wirkt sich wiederum kontraproduktiv auf eine effektive Prävention und frühzeitige Behandlung einer Krankheit aus und ist für das Gesundheitssystem (und damit auch für die Solidargemeinschaft der BRD) mit einer erhöhten finanziellen Belastung verbunden. Da die Gesundheitspolitik einer Gesellschaft mittels geeigneter Maßnahmen Patienten mit krankheitsbezogenem Stigma helfen kann und sie vor Vorurteilen und Diskrimination schützen kann (Herek et al. 2003), ist es wichtig, Stigmatisierungserleben von Patienten zu erfassen und sich mit Handlungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen.

Da die weitere Ausbreitung von MRE in Deutschland eine große Problematik darstellt, sollte jedem möglichen Lösungsansatz, um die MRE in den ‚Griff zu bekommen‘ nachgegangen werden. Neben der Verbesserung der Versorgung und Betreuung von bereits erkrankten MRSA-Patienten sollte des Weiteren besonders die Prävention der Verbreitung von MRE mit zunehmendem Auftreten antibiotikaresistenter Keime besondere Beachtung erhalten. Das Verschweigen einer MRE-Diagnose bzw. zu späte Arztkonsultation aufgrund einer gefühlten oder erlebten Stigmatisierung kann genauso weitreichende Folgen für das Gesundheitssystem in Deutschland haben (z.B. Verbreitung der MRE, finanzielle Belastung etc.) wie es auch persönlich eine schwerwiegende psychische Belastung und hohen Leidensdruck mit sich bringen kann. Aus diesen Gründen ist es notwendig, sich der Frage zu stellen, ob und in welcher Form MRSA-Patienten heutzutage in Deutschland Stigma erleben. Es ist vonnöten die Thematik wissenschaftlich zu eruieren, um Handlungsmöglichkeiten ableiten zu können bzw. weitere Forschungsanstöße zu schaffen. Patienten mit MRSA/MRE sollen in ihrer Krankheit und ihrem Krankheitserleben besser verstanden und damit auch besser, möglichst optimal, unterstützt werden.

1.3 Fragestellung

Ziel der hier vorgelegten Arbeit ist es, ein eventuelles Stigmatisierungserleben von MRSA-Patienten zu ergründen. Diese explorative Studie soll einen umfassenden Blick auf die Thematik ermöglichen, um Stigmatisierung im Zusammenhang mit einer MRSA-Diagnose erkennbar zu machen und zu ergründen in welcher Form überhaupt eine Stigmatisierung erlebt wird und wenn ja, wie sich dies konkret äußert. Des Weiteren sollen erste Handlungsempfehlungen aus den Forschungsergebnissen abgeleitet werden. Der Schwerpunkt der Forschung liegt hierbei auf dem Erleben und der Sichtweise des Patienten selbst und nicht seiner Angehörigen bzw. möglicher stigmatisierender Parteien.

2 Studienkontext

Die Studie wurde im Rahmen des MRE-Netz Rhein-Main durchgeführt.

2.1 MRE-Netz Rhein-Main

Das MRE-Netzwerk Rhein-Main hat seinen Hauptsitz in Frankfurt am Main und wurde im Jahr 2010 gegründet. Ende des Jahres 2013 umfasste es bereits neun Gesundheitsämter mit insgesamt 250 eingetragenen Mitgliedern, darunter 43 Krankenhäuser, 99 Altenpflegeheime, 49 ambulante Pflegedienste, 27 Rettungsdienste/ Krankentransporte und 32 Arztpraxen/Dialyseeinrichtungen (Heudorf und Mischler 2014). Das Netzwerk hat es sich dabei zum Ziel gemacht, eine Plattform für Informationsaustausch medizinischer Einrichtungen zu bieten, um:

1. „die Rate der MRE Entstehung und deren Verbreitung in der Region zu vermindern
2. die Behandlung und die Rehabilitation der MRE-besiedelten oder infizierten Patienten zu verbessern und
3. einer Stigmatisierung von Menschen mit MRE entgegen zu wirken“ (MRE-Netz Rhein-Main 2012, S. 1).

Um Hygienestandards zu setzen, wurden durch das MRE-Netz beispielsweise Musterhygienepläne für Altersheime und Rehabilitationseinrichtungen erarbeitet. Des Weiteren werden seit 2013 Siegel an die Einrichtungen vergeben, die gewisse Kriterien nachweisen können, z.B. die Verbesserung der Händehygiene des Personals durch einen gewissen Desinfektionsmittelverbrauch (Heudorf und Mischler 2013). Dem Schwerpunkt der Weitergabe an Informationen kommt das Netzwerk durch den Internetauftritt (www.mre-rhein-main.de) oder mittels Fortbildungen und Informationsveranstaltungen für medizinisches Personal bzw. durch die Weitergabe von Informationsmaterial an die Patienten nach.

Das MRE-Netz ist außerdem an neuen Forschungsergebnissen bezüglich MRE interessiert. So wurde diese Studie im Rahmen des MRE-Netzes durchgeführt und finanziert. Das Interesse besteht darin, die Patientensicht zu erforschen und besser zu verstehen, um eventuelle Handlungsempfehlungen abzuleiten und die Arbeit des MRE-Netzes, mit Ziel der Bekämpfung von Stigmatisierung, zu optimieren.

2.2 Ethikvotum

Die Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Universität Gießen hat am 11.11.2014 (AZ: 209/14) ein positives Votum für diese Studie gegeben².

² Bemerkung: Ethikantrag enthält ausführlicheren Arbeitstitel

3 Methodik

Zur Erforschung der Fragestellung wurde ein Studiendesign der Mixed Methods verwendet. Die Kombination aus qualitativen und quantitativen Daten (=mixing) verspricht, ein komplexes Problem besser verständlich zu machen. Das Abrücken von einem monomethodischen Studiendesign und die Beleuchtung einer Thematik mittels zweier Methoden führt zu einem erweiterten und größeren Verständnis des zu untersuchenden Objekts und verspricht mehrperspektivisches und umfangreicheres Wissen und Erkenntnisse (Kuckartz 2014a).

3.1 Mixed Methods – Grundlagen des Studiendesigns

Kuckartz versteht Mixed Methods als

„die Kombination und Integration von qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen des gleichen Forschungsprojekts. (...) Die Integration beider Methodenstränge, d.h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen.“ (Kuckartz 2014a, S. 33).

Es erfolgt jeweils eine separate Analyse beider Analysestränge (qualitativ und quantitativ), die in einem dritten Schritt, der sogenannten Integration bzw. Mixing, miteinander verbunden und aufeinander bezogen werden (Kuckartz 2014a). Kuckartz merkt weiterhin an, dass die Integration von qualitativen und quantitativen Daten mehr Erkenntnisse erbringt als einzeln eingesetzte Designs oder die bloße Addition qualitativer und quantitativer Daten.

Im Rahmen dieser Studie wurden qualitative Daten mittels eines problemzentrierten Interviews (Flick 2005) und quantitative Daten mittels der EMIC Stigma Scale (Weiss 1997) erhoben und analysiert. Da die Kombination beider Forschungsdesigns einen erweiterten Blick auf die Fragestellung verspricht, wurde ein paralleles Design ausgewählt (zeitgleiche Datenerhebung), mit dem Hauptziel der Erforschung der Komplementarität der Aussagen (Kuckartz 2014a). Von einer Stichprobe von dreizehn Patienten mit MRSA wurden in einer Sitzung qualitative und quantitative Daten erhoben. Der Schwerpunkt lag dabei auf der qualitativen Methodik im Sinne einer QUAL-

quant Priorisierung³. Der quantitative Anteil dieser Studie maß mittels EMIC Stigma Scale das erwartete Stigma des Patienten, während im qualitativen Teil zudem noch aktive Stigmatisierungserlebnisse (z.B. diskriminierende Erlebnisse) und eine mögliche Internalisierung des Stigma erforscht wurden. Anhand dieser gewählten Methodik wurde ausschließlich die Sicht des Betroffenen berücksichtigt. Die Sichtweise über das Stigmatisierungserleben Angehöriger bzw. das Stigmatisierungsverhalten der Gesellschaft (des Gesundheitssystems etc.) Betroffenen gegenüber wurde in dieser Studie nicht erhoben oder berücksichtigt.

3.1.1 Das qualitative Interview

Das qualitative Interview findet hauptsächlich in der Psychologie und in den Sozialwissenschaften Anwendung (Flick 2005). Es ermöglicht dem Forscher, durch eine offene Interviewsituation auf den Befragten einzugehen und dessen Sichtweise besser zur Geltung kommen zu lassen, als dies in Fragebögen oder standardisierten Interviews möglich ist (ebd.). Für den Prozess der Datenerhebung in der qualitativen Forschung wird das Prinzip der Offenheit als ein zentrales Charakteristikum genannt. „Die Beforschten sollen die Gelegenheit haben, ihre eigene Sichtweise zu äußern, ihre Sprache anstelle von vorgegebenen Antwortkategorien zu benutzen und ihre Motive und Gründe zu äußern“ (Kuckartz 2014b, S. 52). Dies ist für diese explorative Studie von besonderem Interesse, da derzeit keine aktuellen Daten zum Stigmatisierungserleben von MRSA-Patienten in Deutschland vorliegen. Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, ein möglichst breites und ausführliches Spektrum an Informationen über das zu untersuchende Kollektiv zu generieren.

Das problemzentrierte Interview stellte sich nach eingehender Beschäftigung mit der Thematik als die am besten geeignete Interviewform heraus. Das von Witzel (1985) und Lamnek (1995) beschriebene problemzentrierte Interview enthält einen Leitfaden, der durch Fragen und Erzählanreize des Interviewers den Befragten zum freien Erzählen sowie zur Darstellung seines subjektiven Erlebens bringen möchte. Der Leitfaden soll somit den „vom Patienten selbst entwickelten Erzählstrang“ (Witzel 1985, S. 237) för-

³ Dabei steht „QUAL“ für „qualitative Methodik“ und „quant“ für „quantitative Methodik“. Die Groß- bzw. Kleinschreibung bezeichnet den Schwerpunkt der einzelnen Methoden in einem Mixed Method Design. Der Forschungsschwerpunkt liegt dabei auf der in Großbuchstaben geschriebenen Methodikform. In dieser Forschungsarbeit lag die Priorisierung auf den QUALitativen Daten. Weitere Priorisierungsmöglichkeiten wären qualQUANT mit Schwerpunkt auf den quantitativen Daten, oder auch QUALQUANT mit gleichem methodischem Schwerpunkt. (Kuckartz 2014a)

dern und kann dem eventuell stockenden Gespräch eine neue Wendung geben (Flick 2005). Flick (2005) beschreibt neben dem Leitfaden als weitere Bestandteile einen vorgeschalteten Fragebogen zur Erfassung demografischer Daten, eine Tonbandaufnahme und ein Postskriptum (Interviewprotokoll). Alle vier Elemente wurden bei der Interviewdurchführung berücksichtigt und angelegt (s. Kapitel 3.3.1).

3.1.2 Die EMIC Stigma Scala

Bei dem Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC) handelt es sich um einen Katalog von verschiedenen Messinstrumenten, der mittels semistrukturierten Interviews kulturelle und epidemiologische Aspekte von Krankheitssituationen erfasst (Heredia Montesinos et al. 2012). Er wurde mit dem Ziel entwickelt, die verschiedenen krankheitsbezogenen Phänomene, z.B. das Verhalten und die Wahrnehmung bezüglich bestimmter Krankheiten im kulturellen Zusammenhang, zu eruieren (Weiss et al. 1992).

Der EMIC wurde in der Literatur u.a. zur Erforschung krankheitsbezogener Stigmata tropischer Krankheiten wie Lepra und psychiatrischen Erkrankungen wie Depression (Raguram et al. 1996) oder Schizophrenie (Raguram et al. 2004) in deren jeweiligem kulturellen Kontext verwendet. Für diese Studie wurde aus dem EMIC-Gerüst nur die EMIC Stigma Scale verwendet, die uns freundlicherweise von A. Heredia Montesinos in der deutschsprachigen Version zur Verfügung gestellt wurde. Im Kontext der Studie "The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants" (Heredia Montesinos et al. 2012) wurde dieser übersetzt und im Rahmen der vorliegenden Studie an das Kollektiv (MRSA Patienten) angepasst.

Die EMIC Stigma Scale beinhaltet 13 Fragen, die das Stigmatisierungserleben, verschiedene Lebensbereiche betreffend, erheben. Jedes Item kann mit einem Punktwert von 0-3 zu einem maximalen Gesamtwert von 39 Punkten beitragen. Für die Antwort auf ein Item erfolgt die Punktvergabe folgendermaßen: 0=nein, 1=eher nein, 2= eher ja, 3=ja. Je höher die Werte des einzelnen Items bzw. des errechneten Gesamtwertes der Scala, desto höher das erwartete Stigma. Die Ergebnisse der EMIC Stigma Scale werden in dieser Arbeit auch als EMIC-Werte bezeichnet. Abbildung 5 zeigt die Items der EMIC Stigma Scale.

Frage	
1.	Wenn möglich, würden Sie es bevorzugen andere über Ihre MRSA Diagnose unwissend zu lassen?
2.	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer MRSA Diagnose minderwertig?
3.	Haben Sie sich aufgrund Ihrer MRSA Diagnose jemals als beschämt oder peinlich berührt fühlen müssen?
4.	Wenn Ihre Nachbarn, Kollegen oder andere Menschen in Ihrem Umfeld von Ihrer MRSA Diagnose wüssten, würden diese aufgrund dessen eine geringere Meinung von Ihnen haben?
5.	Könnte der Kontakt mit Ihnen eine negative Wirkung auf Menschen in Ihrem Umfeld haben?
6.	Haben Sie das Gefühl, dass andere den Kontakt mit Ihnen aufgrund Ihrer MRSA Diagnose vermeiden?
7.	Würden manche Menschen aufgrund Ihrer MRSA Diagnose verweigern Ihr Haus zu besuchen?
8.	Wenn Ihre Nachbarn, Kollegen oder andere Menschen in Ihrem Umfeld von Ihrer MRSA Diagnose wüssten, würden diese aufgrund dessen eine geringere Meinung von Ihrer Familie haben?
9.	Würde es zu Problemen für Ihre Familie führen, wenn andere Menschen von Ihrer MRSA Diagnose erfahren würden?
10.	Würde Ihre Familie es vorziehen, andere über Ihre MRSA Diagnose unwissend zu lassen?
11.	Wenn ledig: Wenn die Menschen über Ihre MRSA Diagnose Bescheid wüssten, wäre es für Sie schwieriger zu heiraten? Wenn verheiratet: Nehmen Sie an, Sie wären nicht verheiratet. Wenn die Menschen über Ihre MRSA Diagnose Bescheid wüssten, wäre es für Sie schwieriger zu heiraten?
12.	Wenn ledig: Wenn Sie verheiratet wären, würde Ihre MRSA Diagnose Probleme in der Ehe verursachen? Wenn verheiratet: Könnte Ihr MRSA Diagnose Probleme in Ihrer Ehe auslösen?
13.	Könnte Ihre MRSA Diagnose für jemanden in Ihrer Familie, der heiraten möchte, Schwierigkeiten verursachen?

Abbildung 5: Items der EMIC Stigma Scale

3.2 Kollektiv und Kriterien zur Studienteilnahme

3.2.1 Patientenrekrutierung und Kontaktaufnahme

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig. Es wurde ein Aufruf über Partner des MRE-Netzwerk Rhein-Main durchgeführt, woraufhin sich Patienten melden konnten. Nach einigen Vorabauskünften am Telefon wurden sie zum Interview ins Gesundheitsamt Frankfurt eingeladen. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte durch Verteilung und Auslegung von Handzetteln (s. Anhang 13.1) im Raum Gießen und Frankfurt und durch Anzeigen und Interviews in den lokalen Zeitungen im Rhein-Main-Gebiet (Pressemitteilung bei Frankfurt.de vom 03.11.2014, Taunus Zeitungen vom 05.11.2014, F.A.Z. Rhein-Main-Zeitungen vom 19.11.2014, Frankfurter Rundschau vom 25.11.2014, Frankfurter Neue Presse vom 20.01.2015, Frankfurter Rundschau vom 06.02.2015).

Die Patienten aus Frankfurt bzw. Gießen und Umgebung meldeten sich in Eigeninitiative telefonisch beim MRE-Netz Rhein-Main. Sofern die Einschlusskriterien (s. Kapitel 3.2.2) erfüllt waren, wurde daraufhin ein Interviewtermin vereinbart. Zwischen November 2014 und Februar 2015 wurden 15 Patienten interviewt. 13 erfüllten die Einschlusskriterien. Sieben der dreizehn zugelassenen Patienten wurden im Gesundheitsamt Frankfurt, Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt interviewt, fünf Patienten wurden aufgrund mangelnder Anreisemöglichkeiten außerhalb in häuslicher Umgebung und ein Patient im Krankenhaus interviewt.

3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Das Patientenkollektiv umfasste Patienten, die eine MRSA-Infektion erlitten haben oder mit dem Erreger besiedelt waren. Die Infektion bzw. Kolonisation musste dabei mindestens drei Monate zurückliegen. So war ein ausreichender Zeitabstand gewährleistet, um eventuelle stigmatisierende Erfahrungen (auch im privaten Umfeld) machen zu können. Eine Höchstdauer der zurückliegenden MRSA-Diagnose gab es dabei nicht. Ein weiteres Einschlusskriterium war eine gegebene Einwilligung- und Kommunikationsfähigkeit. Ausschlusskriterien waren folgende:

- MRSA-Infektion/-Kolonisation liegt weniger als drei Monate zurück
- Gesundheitlich labiler Zustand, der ein Interview nicht zulässt
- Nichteinwilligungsfähige Personen
- Patienten mit unzureichenden Deutschkenntnissen
- Patienten unter 18 Jahren.

Für dreizehn der fünfzehn interviewten Patienten trafen die Einschlusskriterien zu. Zwei Interviewte mussten in Ermangelung der MRSA-Diagnose ausgeschlossen werden.

3.3 Methodisches Vorgehen

Nach ausführlicher thematischer und methodischer Literaturrecherche wurden ein Leitfaden zum problemzentrierten Interview und ein Kurzfragebogen zur Aufnahme der demografischen Daten entwickelt. Die Interviewdurchführung fand leitfadengestützt statt (s. Kapitel 3.3.1). Nach dem Interview wurde die EMIC Stigma Scale den Patienten zur Beantwortung vorgelegt. Für jeden Interviewpartner wurde nach der

Datensammlung zusätzlich ein Postskriptum angelegt. Darin wurden Besonderheiten und Auffälligkeiten bezüglich des Interviews dokumentiert.

Die Interviews wurden transkribiert, pseudonymisiert und anschließend mithilfe der QDA-Software MAXQDA codiert und nach dem Prinzip der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (nach Kuckartz (2014b)) analysiert (s. Kapitel 3.3.3) und kategorienbasiert dargestellt. Die Ergebnisse der EMIC Stigma Scale wurden ebenfalls ausgewertet und interpretiert. Weiter wurden qualitative Daten in quantitative umgewandelt und mit den Gesamtwerten der EMIC Stigma Scale in Korrelation (nach Spearman-Rho) gesetzt (s. Kapitel 3.3.5).

3.3.1 Durchführung des Interviews / Erhebungsablauf

Vor Beginn des Interviews wurden alle Patienten über Ziele und Ablauf der Studie, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme und über die Dokumentation mittels eines digitalen Aufnahmeapparates aufgeklärt (Probanden-Information und -Einwilligung⁴ siehe Anhang 13.2). Sie wurden über die bestehende Möglichkeit informiert, das Interview oder die gesamte Studie zu jeder Zeit und ohne Angabe von Gründen abzubrechen; des Weiteren wurde eine schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt.

Bei der Aufklärung zur Studie wurde darauf geachtet, die Ziele der Studie allgemein zu formulieren, sodass es vor dem Interview zu keiner vorzeitigen Beeinflussung der Patienten bezüglich der Fragestellung kam. Bei der Durchführung der Interviews wurde darauf geachtet, dass diese in ruhiger und vertrauensfördernder Umgebung stattfanden. Beides war im Gesundheitsamt sowie bei den Hausbesuchen, aber auch bei dem Interview im Krankenhaus, gegeben.

Zunächst erhielten die Patienten einen Kurzfragebogen zur Erfassung demografischer Daten (s. Anhang 13.3). Anschließend wurde ein problemzentriertes Leitfadenterview geführt. Der Leitfaden wurde anhand der bereits publizierten Erkenntnisse zum Thema MRSA und unter Zuhilfenahme der Guidelines *How to assess health-related stigma* (ILEP 2011) entwickelt. Folgende fünf Schwerpunkte des Leitfadens dienten zur breiten Erfassung eines eventuell vorliegenden Stigmatisierungserlebens von MRSA-Patienten (detaillierter Leitfaden s. Anhang 13.4):

⁴ Bemerkung: Probandeninformation enthält ausführlicheren Arbeitstitel

- Krankheitsgeschichte
- Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die MRSA-Diagnose
- Einfluss/Auswirkungen des MRSA auf das Leben und Denken des Patienten
- Umgang mit MRSA-assoziierten Erlebnissen
- Handlungs-/Verbesserungsvorschläge aus Sicht des Patienten

Bei der Fragestellung wurde darauf geachtet, die Fragen offen, nicht suggestiv und in Anknüpfung an bereits Erzähltes zu stellen, um einen möglichst selbstständigen Erzählfluss zu generieren. Die Patienten wurden dazu aufgefordert, möglichst frei zu berichten. Die reine Interviewdauer betrug zwischen 25 und 65 Minuten und lag im Durchschnitt bei 46,2 Minuten. Das Interview wurde mittels eines digitalen Tonbandgerätes (s. Kapitel 3.4) aufgezeichnet.

Erst nach Beendigung des Leitfadeninterviews wurde dem Patienten die EMIC Stigma Scale (s. Anhang 13.6) mit der Bitte um Ausfüllen vorgelegt. Diese Reihenfolge der Datengenerierung wurde bewusst gewählt, um die Patienten bezüglich der Fragestellung mit der EMIC Stigma Scale im Vorhinein nicht zu beeinflussen. Bei umgekehrter Reihenfolge hätte u.U. die Möglichkeit bestanden, durch die Fragen des EMIC-Fragebogens Rückschlüsse auf die zu untersuchende Thematik zu ziehen und damit den Gesprächsfluss in eine bestimmte Richtung zu leiten.

Am Ende der Gespräche wurde von der Interviewerin jeweils ein Postskriptum angefertigt (s. Anhang 13.5) und darin Auffälligkeiten festgehalten. Die Patienten erhielten keine Aufwandsentschädigung.

3.3.2 Kurzfragebogen zur Erhebung demografischer Daten

Die vor dem Interview im Kurzfragebogen erhobenen demografischen Daten wurden ausgewertet und zur Beschreibung des Kollektivs deskriptiv dargestellt. Dabei wurden aus Datenschutzgründen nicht alle Daten in dieser Arbeit wiedergegeben, sondern sich auf wesentliche, die Anonymität wahren Daten beschränkt. Für ein überschaubares Kollektiv könnten durch die Kombination von quantitativen und qualitativen Daten und den damit verbundenen höheren Informationsgehalt möglicherweise Rückschlüsse auf die Identität der Patienten möglich sein (Kuckartz 2014b). Dies sollte durch diese sorgfältige Auswahl dargestellter Daten unterbunden werden. Die detaillierten MRSA-Diagnosen wurden in vier Gruppen eingeteilt:

1. Besiedlung
2. primäre Hautinfektion (z.B. Abszess)
3. sekundäre Infektion nach OP/Verletzung (z.B. Infektion bei PEG-Anlage) und
4. MRSA-Sepsis

Weiter wurden die Patienten anhand ihres Ausbildungs- bzw. Schulabschlusses in vier Gruppen (Bildungsstufe 1-4) eingeteilt. Diese Einteilung wurde in Anlehnung an die *International Standard Classification of Occupations (ISCO-88)* vorgenommen (International Labour Organization et al. 1992).

Bildungsstufe 1: Schulabschluss ohne berufliche Ausbildung

Bildungsstufe 2: mit Berufsausbildungsabschluss

Bildungsstufe 3: Berufsabschluss plus Zusatzqualifikation (z.B. Meister)

Bildungsstufe 4: Hochschulabschluss

3.3.3 Interviewanalyse

Alle 13 Interviews wurden einheitlich von der Augsburger Transkriptionsfirma *TranskriptionsSpezialist*, nach schriftlicher Zusicherung des Datenschutzes (s. Anhang 13.8), auf Basis der einfachen Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2013, S. 21–23) transkribiert (Transkriptionsregeln s. Anhang 13.7). Vor Analysebeginn wurden alle Interviewtranskripte überprüft und korrekturgelesen. Bei der Transkription und der Korrektur wurde die Transkriptionssoftware F4 verwendet. Die transkribierten Interviews wurden zur Analyse in die QDA-Software MAXQDA 11.0. eingepflegt und mit deren Hilfe kategorienbasiert analysiert. Es wurde das Prinzip der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014b) angewendet, welche sich in sieben Phasen aufgliedert (s. Abbildung 6).

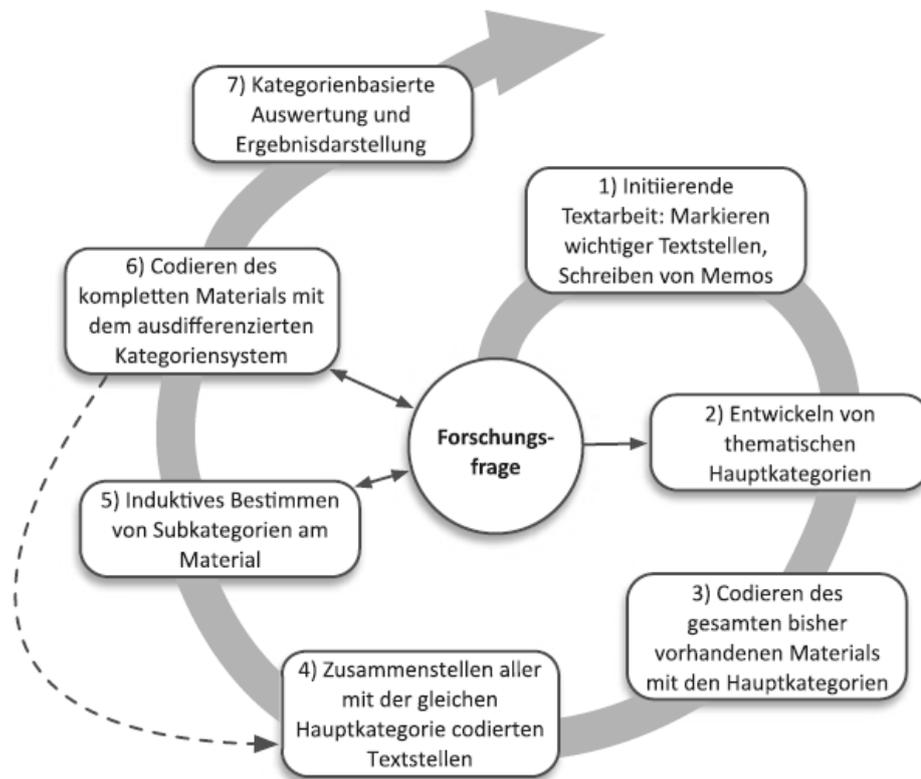


Abbildung 6: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse
(Quelle: Kuckartz, 2014, S.78)

Phase 1 bis 6 beinhalten die Systematisierung und Strukturierung des gesamten Materials. Es wurde wie folgt vorgegangen: Im Zuge der initiierenden Textarbeit als ersten Analyseschritt wurden erste Auffälligkeiten und Gedanken mittels Textmemos an entsprechenden Textstellen und in separaten Dokumentmemos festgehalten. Als weiterer Schritt folgte die Anfertigung von Case Summaries (Fallzusammenfassungen) für jedes Interview, wobei es sich „(...) nicht um die eigenen Ideen und evtl. Hypothesen (...), sondern um eine faktenorientierte, eng am Text arbeitende Komprimierung“ nämlich eine „systematisch ordnende, zusammenfassende Darstellung der Charakteristika dieses Einzelfalls“ (Kuckartz 2014b, S. 55) handelt (Case Summaries s. Anhang 13.9).

Das Kategoriensystem wurde auf Grundlage der Mischform der deduktiv-induktiven Kategorienbildung entwickelt. Deduktive Kategorien (Kategorien werden in dieser Arbeit auch als Codes bezeichnet) werden aus Vorarbeiten, Theoriekonzepten und Wissen des aktuellen Forschungsstandes entwickelt (Mayring 2010; Kuckartz 2014b). Für diese Forschungsarbeit wurden entlang des Leitfadens zu Beginn deduktiv zwölf Hauptkategorien gebildet, die dann im Prozess der Codierung zu elf Hauptkategorien zusammengefasst und durch 31 Subkategorien induktiv „direkt am Material

präzisiert, modifiziert und differenziert“ (Kuckartz 2014b, S. 69) wurden. Dabei handelte es sich um inhaltliche Kategorien (vgl. ebd.). Die induktive Kategorienbildung „leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theoriekonzepte zu beziehen.“ (Mayring 2010, S. 83). Für jeden Code und Subcode wurden zur Präzisierung eine eigene Definition und ein Ankerbeispiel gewählt, um eine gute Trennschärfe zwischen den Kategorien zu gewährleisten. Eine Übersicht über die Haupt- bzw. Subkategorien dieser Arbeit liefert Abbildung 7. Die Hauptkategorien lauten: Krankheitsgeschichte, Leidensdruck aufgrund MRSA, Emotionen, Umgang mit Erlebtem, Stigmatisierungserlebnis, Veränderungen im sozialen Umfeld, indirekte und direkte Verbesserungsvorschläge, charakterliche Eigenschaften, Interviewmotivation und Beschreibung der Angehörigen. Das komplette Codesystem mit Definitionen und Ankerbeispielen ist im Anhang 13.10 ersichtlich.

Hauptkategorien/Subkategorien

Anzahl, der mit diesem
Code codierten Textstellen

Hauptkategorie/Subkategorie	Anzahl
Codesystem	1730
Krankheitsgeschichte	117
Belastende Erlebnisse/ Leidensdruck unabhängig von MRSA	46
Isolationserlebnis	40
Infektionsweg	23
Leidensdruck aufgrund MRSA	137
Traumatische Erlebnisse während Krankheitszeit	15
Angst jemanden anzustecken	24
gesundheitliche Folgen der MRSA Erkrankung	32
Emotionen	0
Belastungen fürs Soziale Umfeld	16
frühere traumatische Erlebnisse	8
Bedrohlichkeit des MRSA	63
Konfrontation mit Tod	35
Gedanken, Emotionen bei Erstdiagnose	29
Gefühle der Krankheit und Situation gegenüber	218
Umgang mit Erlebtem	0
Lebensweisheiten	25
Medien und MRSA bzw. MRE	13
Informationen über MRSA	40
Sicht aufs System	84
Sicht auf sich selber	52
hilfreiches	54
Copingstrategien	36
Stigmatisierungserlebnis	5
Stigmavokabel	46
Arbeit	10
Angst vor unangemessenen Reaktionen	43
Privat	26
im Kh	64
Umgang mit Stigmaerlebnis	50
Einfluss des MRSA auf medizin. Versorgung	26
Veränderungen im sozialem Umfeld	0
Privat	99
Arbeit	23
indirekte Verbesserungsvorschläge	39
direkte Verbesserungsvorschläge	51
Charakterliche Eigenschaften	58
persönliche Konsequenzen der Patienten	30
Interviewmotivation	15
Beschreibungen der Angehörigen	16
Verbesserungsvorschläge Angehöriger	13
soziale Belastung	9

Abbildung 7: Gesamtes Codesystem mit 11 Haupt- und 31 Subkategorien und dahinter die Anzahl entsprechend codierter Textstellen

Das komplette Material wurde in zwei Codierdurchgängen vollständig codiert. Es wurden 1.730 Codes vergeben, wobei auch primär Codes entwickelt wurden, die inhaltlich weiter gefasst waren und nicht unbedingt im direkten Zusammenhang mit der Hypothese standen. Dies wurde bewusst so gewählt, um dem explorativen Charakter der Studie gerecht zu werden und nicht voreilig eventuell bedeutsame Hinweise zu eliminieren, sondern auch weiter gefassten Hinweisen zu folgen. Zur Übersichtlichkeit wurden beispielsweise auch Aussagen der Angehörigen mitcodiert, die allerdings im späteren Analyseschritt nicht herangezogen wurden, also im folgenden Ergebnisteil nicht enthalten sind.

Für alle Interviewten und alle Haupt- und Subkategorien wurde anschließend ein *Summary Grid* (Themenmatrix) verfasst, d. h. jede im Codierungsprozess mit einem Code x versehene Interviewstelle wurde erneut für jedes Interview einzeln durchgesehen und in den eigenen Worten inhaltlich zusammengefasst, mit dem Ziel, „die konkreten Äußerungen (...) durch die Brille der Forschungsfrage betrachtet (...) auf den Kern [zu] reduzier[en]“ (ebd. S.90). Ein *Summary Grid* bzw. eine Themenmatrix ist demnach eine Zusammenfassung aller Aussagen jeder einzelnen Kategorie, die vergleichend mit allen Interviews untereinander dargestellt wird (das Prinzip des *Summary Grids* ist in Tabelle 1 ersichtlich: Studienteilnehmer sind vertikal und die Kategorien horizontal dargestellt). Um die gewaltige Datenmenge zu reduzieren, wurde sich in diesem Schritt auf die für die Fragestellung relevanten Kategorien beschränkt: Leidensdruck aufgrund MRSA, Isolierungserlebnis, Konfrontation mit dem Tod, gesundheitliche Folgen der MRSA-Erkrankung, Angst jemanden anzustecken, Veränderungen im sozialen Umfeld: privat und auf Arbeit, Sicht auf sich selbst, Gebrauch Stigma-besetzter Vokabeln, Angst vor unangemessenen Reaktionen, Stigmatisierungserlebnis im Krankenhaus, privat und auf der Arbeit, Einfluss von MRSA auf die medizinische Versorgung, Umgang mit Stigmatisierungs-erlebnis und Verbesserungsvorschläge.

Tabelle 1: Prinzip eines *Summary Grid* bzw. Themenmatrix
(modifiziert nach Tabelle 3 aus Kuckartz 2014b, S. 74)

	Kategorie/ Code A	Kategorie/ Code B	Kategorie/ Code C	Kategorie/ Code D
Interview 1	Alle Aussagen des Interview 1 zu Code A	Alle Aussagen des Interview 1 zu Code B	Alle Aussagen des Interview 1 zu Code C	Alle Aussagen des Interview 1 zu Code D
Interview 2	Alle Aussagen des Interview 2 zu Code A	Alle Aussagen des Interview 2 zu Code B	Alle Aussagen des Interview 2 zu Code C	Alle Aussagen des Interview 2 zu Code D
Interview ...	Alle Aussagen des Interview ... zu Code A	Alle Aussagen des Interview ... zu Code B	Alle Aussagen des Interview ... zu Code C	Alle Aussagen des Interview ... zu Code D
Interview 13	Alle Aussagen des Interview 13 zu Code A	Alle Aussagen des Interview 13 zu Code B	Alle Aussagen des Interview 13 zu Code C	Alle Aussagen des Interview 13 zu Code C
 ↓ Kategorienbasierte Auswertung ↓ 				
	Zusammenfas- sung aller Aus- sagen (Interview 1-13) zu Code A	Zusammenfas- sung aller Aus- sagen (Interview 1-13) zu Code B	Zusammenfas- sung aller Aus- sagen (Interview 1-13) zu Code C	Zusammenfas- sung aller Aus- sagen (Interview 1-13) zu Code D

Als Grundlage für die weitere Analyse wurden aus dem *Summary Grid* eine vertikale, themenbezogene Zusammenfassung für jede relevante Kategorie (interviewübergreifend) angefertigt (siehe letzte Zeile der Tabelle 1).

An die Phase der themenbezogenen Zusammenfassung schloss sich die letzte Phase an: die Auswertung und Ergebnispräsentation. Kuckartz (2014b) beschreibt dazu folgende sieben Formen (s. Abbildung 8).

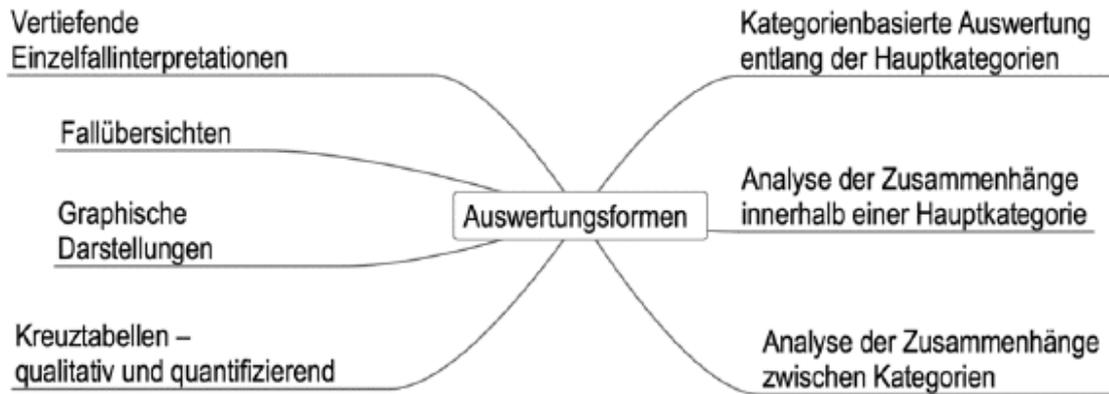


Abbildung 8: Auswertungs- und Darstellungsformen einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse
(Quelle: Kuckartz 2014b, S. 94)

Für diese Forschungsarbeit wurde sich für die kategorienbasierte Auswertung entlang der Haupt- und Subkategorien entschieden. Dabei wurden die Ergebnisse für jede relevante Kategorie interviewübergreifend inhaltlich zusammengefasst, auf Originalzitate zurückgreifend und in inhaltlich sinnvoller Reihenfolge dargestellt (ebd.). Diese Analyse wird in den Kapiteln 4.2.1 bis 4.2.16 dargestellt. Um eine Übersichtlichkeit über die zentralen Themen jeder Kategorie zu gewährleisten, wurde im Anschluss an den Fließtext jedes Kapitels (Kapitel 4.2.1 bis 4.2.16) zusätzlich eine Tabelle mit zentralen Themen der entsprechenden Kategorie angehängt. Aus der Tabelle geht zudem hervor, welches Thema von welchen Interviewten zur Sprache gebracht wurde. Die Reihenfolge der Patienten in den Tabellen erfolgt nicht chronologisch, sondern wurde auf der Basis des zugehörigen EMIC-Wertes vorgenommen. Dabei wurde das Interview mit dem höchsten EMIC-Wert an die erste Stelle gesetzt und die weiteren Interviews mit abnehmender Punktzahl nach rechts folgend angeordnet.

3.3.4 Analyse der EMIC Stigma Scale

Die deutsche Version der EMIC Sigma Scale wurde vor Beginn der Studie auf MRSA-Patienten hin modifiziert und angepasst. Die Ergebnisse der Stigma Scale wurden deskriptiv unter Angabe der Lageparameter dargestellt. Des Weiteren wurde die interne Konsistenz nach Cronbach's α geprüft. Aufgrund der überschaubaren Größe der Stichprobe wurde eine Auswertung nach inhaltlichen Kriterien gewählt.

3.3.5 Mixing

Die Datenintegration (Kombination von qualitativen und quantitativen Daten) geschah während der Datenanalyse. Aus den demografischen und qualitativen Daten wurden während der Analyse auffällige Variablen extrahiert und in quantitative, teils dichotome Daten umgewandelt. Soweit nicht anders angegeben, wurde „nein“ mit 0 und „ja“ mit 1 codiert. Folgende 13 Variablen mit Antwortmöglichkeiten (s. Tabelle 2) wurden dabei gebildet und für die Korrelation ausgesucht:

Tabelle 2: Variablen und Antwortmöglichkeiten qualitativer und demografischer Daten

Variable	Antwortmöglichkeit
Geschlecht	0=männlich, 1=weiblich
Bildungsstufe	1-4 (Einteilung s. Kapitel 3.3.2)
Schwere der MRSA-Infektion	1=Besiedlung 2=Primärinfektion der Haut 3=Sekundärinfektion nach OP/ Verletzung 4=Sepsis
vorhandene medizinische Isolierung	ja/nein
Länge der Isolierung	in Monaten
Isolation auf gesellschaftlicher Ebene mit Rückgang sozialer Kontakte, Ausschluss aus sozialen Aktivitäten, Arbeitsverbot oder eigenem sozialen Rückzug	ja/nein
vorhandenes Bestrafungsgefühl anhand der Wahl der Patienten z.B. „Einzelhaft“	ja/nein
negative Auswirkungen des MRSA auf den Beruf z.B. Arbeitsverbot oder Existenzbedrohung	ja/nein
Negative Erlebnisse im Privaten bzw. negativer Einfluss aufs Privatleben durch MRSA	ja/nein
Existenz von Angst vor unangemessenen Reaktionen	ja/nein
Persistenz des MRSA	ja/nein
wahrscheinlicher Infektionsort	1=Krankenhaus 2=Community acquired ⁵
Zeitlicher Abstand zur MRSA-Diagnose	in Jahren

Diese Variablen wurden mit den Gesamtwerten der EMIC Stigma Scale korreliert. Ob-

⁵ Es konnten anhand der Informationen aus Interview und demografischer Daten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass bei Patienten des Kollektivs ein *livestock assoziierter MRSA* vorgelegen hat.

wohl nach Kolmogorov-Smirnov eine Normalverteilung nicht ausgeschlossen werden konnte, wurde aufgrund der überschaubaren Stichprobengröße ein nichtparametrischer Test, die Korrelationsanalyse nach Spearman, verwendet. Ziel dieses Mixings war es, mögliche Zusammenhänge zwischen der Höhe des EMIC-Wertes und diesen Variablen zu finden, die demnach möglicherweise Ursachen von Stigma sein bzw. zur Verstärkung von erwartetem Stigma beitragen können.

3.4 Informationstechnik (IT)

Die Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit dem digitalen Tonbandgerät Philips TVD4000. Zur Transkription und Korrekturlesung wurde das Programm F4transcript2012 (www.audiotranskription.de, Dr. Dresing & Pehl GmbH, Marburg, Deutschland), für die qualitative Analyse MAXQDA11 (VERBI GmbH, Berlin, Deutschland) und für die statistische Bearbeitung SPSS Statistics 22.0 (IBM Deutschland GmbH, Ehningen, Deutschland) verwendet.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel wird das Studienkollektiv der Untersuchung näher beschrieben und die qualitativen Daten anhand der kategorienbasierte Auswertung der Interviews dargestellt. Es handelt sich dabei um eine inhaltlich strukturierende vergleichende Darstellung, die es im Vergleich zu Einzelfallanalysen ermöglicht, allgemeinere Aussagen zur Situation von MRSA-Patienten zu treffen. Des Weiteren werden die quantitativen Ergebnisse der EMIC Stigma Scale erläutert und das Resultat des Mixings qualitativer und quantitativer Daten dargelegt.

4.1 Kollektivbeschreibung

Insgesamt wurden 15 Patienten im Zeitraum November 2014 bis Februar 2015 interviewt, von denen zwei mangels vorhandener MRSA-Diagnose ausgeschlossen werden mussten. Bei fünf der 13 Patienten waren die Ehepartner beim Interview anwesend; allerdings wurden nur die Aussagen der Betroffenen selbst analysiert. Bei zwei Patienten war das eigene Kind anwesend. Bei dem interviewten Studienkollektiv handelt es sich um 13 volljährige, deutsche Personen mit der Diagnose MRSA, die mindestens drei Monate zurück lag. Es nahmen acht Männer und fünf Frauen im Alter zwischen 40 und 77 Jahren teil. Das mittlere Alter des Kollektivs betrug dabei $60,36 \pm 12,8$ (MW \pm SD).

Tabelle 3: Demografische Daten

	Männer (n=8)	Frauen (n=5)
Alter (Jahre)		
MW\pmStandardabweichung	68,88 \pm 6,77	46,80 \pm 6,06
Min – Max	57-77	40-56
Bildungsstufe		
MW\pmStandardabweichung	2,9 \pm 0,7	2,8 \pm 1,0
Diagnosejahr		
MW\pmStandardabweichung	2009 \pm 8,8	2012,5 \pm
Isolierungstage		
MW\pmStandardabweichung	38,6 \pm 41,7	31,3 \pm 72,8
EMIC-Wert		
MW\pmStandardabweichung	12,7 \pm 10,9	8,5 \pm 8,0

Der Zeitpunkt der Erstdiagnose reichte von 1990 bis 2014. Drei der Patienten waren zum Interviewzeitpunkt noch nicht erfolgreich eradiziert. Eine medizinische Isolierung während eines Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthaltes fand bei elf der 13 Patienten statt und dauerte zwischen zwei Tagen und sechs Monaten. Folgende Abbildungen zei-

gen eine Darstellung der EMIC-Werte der Patienten bezogen auf Alter, Bildungsstufe und MRSA-Erstdiagnose der Patienten.

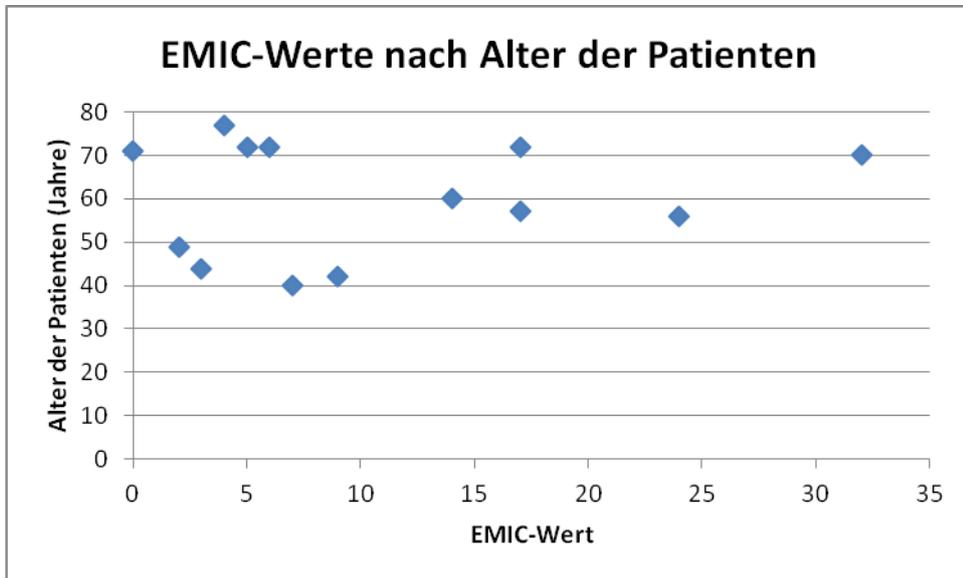


Abbildung 9: Alter der Patienten mit zugehörigem EMIC-Wert

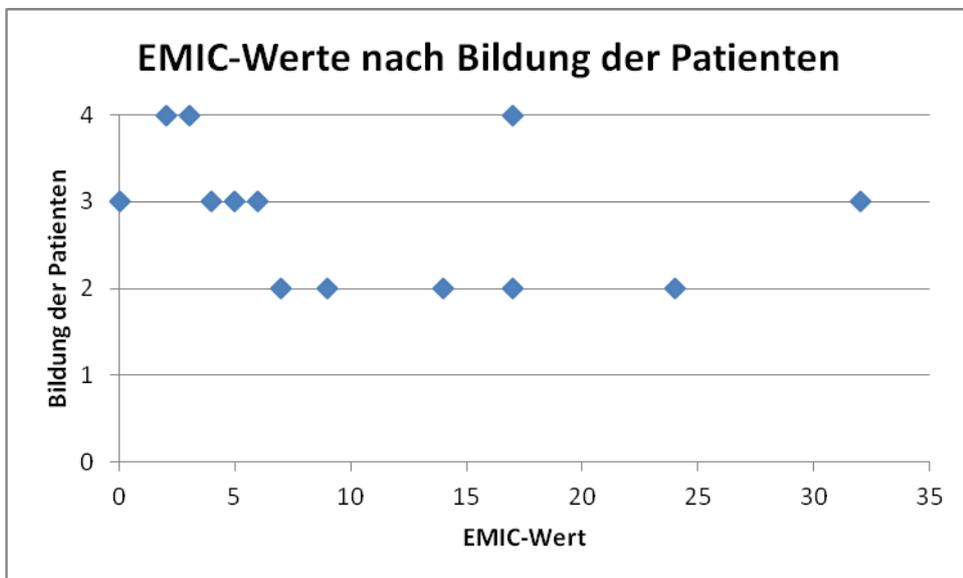


Abbildung 10: Bildungsstufe der Patienten mit zugehörigem EMIC-Wert

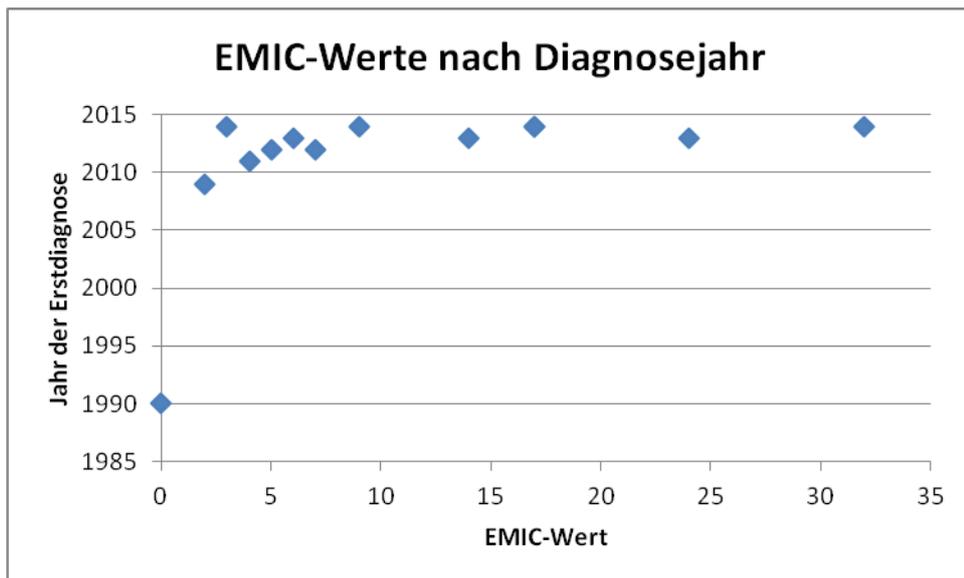


Abbildung 11: MRSA-Erstdiagnose der Patienten mit zugehörigem EMIC-Wert

Zur besseren Übersicht sind ausgewählte Daten der Interviewten in der Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Patientendaten in Übersicht

Interview	Geschlecht (m/w) Altersgruppe (Jahre)	Bildungsgrad (1-4)	MRSA-Diagnose und Jahr	Isolierungsdauer	EMIC- Wert
1	m, 70-79	3	Sekundärinfektion nach OP, 1990	1 Woche	0
2	m, 70-79	3	MRSA-Sepsis, 2011	8 Wochen	4
3	w, 40-49	4	Besiedlung, 2009	6 Monate	2
4	w, 40-49	2	Primärinfektion der Haut, 2012	2 Tage	7
5	m, 70-79	2	Besiedlung, seit 2014 (persis- tierend)	8 Wochen	17
6	m, 70-79	3	MRSA-Sepsis, 2012	3 Wochen	5
7	w, 40-49	2	Besiedlung, 2014	3 Tage	9
8	m, 70-79	3	Besiedlung, seit 2013 (persis- tierend)	multiple Isolie- rungen, letzte: 3 Tage	6
9	m, 60-69	2	Sekundärinfektion nach OP, 2013	4 Monate	14
10	m, 70-79	3	Sekundärinfektion nach Verletzung, 2014	4 Tage	32
11	m, 50-59	4	Sekundärinfektion nach OP, seit 2014 (persis- tierend)	10 Tage	17
12	w, 50-59	2	Besiedlung, 2013	-	24
13	w, 40-49	4	Primärinfektion, 2014	-	3

4.2 Kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Daten

Für die kategorienbasierte Auswertung dieser Arbeit wurden aus den insgesamt elf Haupt- und 31 Subkategorien für die Fragestellung 16 ausgesuchte, relevante Codes in einem thematisch sinnvollen Arrangement einzeln dargestellt. Dabei wird im Einzelnen auf nachstehende Kategorien in dieser Reihenfolge eingegangen: *Leidensdruck aufgrund MRSA, Isolierungserlebnis, Konfrontation mit Tod, gesundheitliche Folgen der MRSA-Erkrankung, Angst jemanden anzustecken, Veränderungen im sozialen Umfeld: privat und auf der Arbeit, Sicht auf sich selbst, Gebrauch Stigma-besetzter Vokabeln, Angst vor unangemessenen Reaktionen, Stigmatisierungserlebnis im Krankenhaus und privat, Einfluss des MRSA auf medizinische Versorgung, Umgang mit Stigmatisierungserlebnis, und indirekte und direkte Verbesserungsvorschläge*. Es werden in diesem Kapitel nicht nur die Ergebnisse beschrieben, sondern wie bei der Ergebnisdarstellung qualitativer Daten durchaus üblich erste Interpretationsansätze festgehalten.

Zur besseren Übersicht und Zusammenfassung befindet sich jeweils am Ende der beschriebenen Kategorien (Kapitel 4.2.1 bis 4.2.16) eine Tabelle, in der die zentralen Themen der Kategorie noch einmal aufgegliedert sind und eine Zuordnung der Aspekte zu den einzelnen Interviews durchgeführt wurde. Die Reihenfolge der Interviews basiert von links nach rechts auf Basis absteigender EMIC-Werte, die unterhalb der Interviewnummer in der Kopfzeile ersichtlich sind. Das häufige Vorkommen einer Thematik in den verschiedenen Interviews kann auf eine gewisse Zentralität des Themas schließen lassen. Dabei ist zu beachten, dass der Umkehrschluss nicht gezogen werden sollte. Ein Fehlen (bzw. eine geringe Anzahl) von Markierungen bedeutet nicht unbedingt, dass dieses Thema für MRSA-Patienten keine Relevanz hat, sondern lediglich, dass es nicht erwähnt wurde und analytisch aus dem Interview nicht ersichtlich war. Des Weiteren konnte auch je nach Lebenssituation bei einigen Befragten über bestimmte Themen keine Aussage getroffen werden, was sich ebenfalls in fehlenden Markierungen äußert. Beispielsweise war zur Kategorie *Veränderung im Arbeitsleben* bei Rentnern keine Angabe möglich, genauso wie zu dem Code *Isolierungserlebnis im Krankenhaus* keine Aussage bei nicht hospitalisierten Patienten zuzuordnen war. In einigen Kategorien wurden diese Zusatzinformationen, soweit ersichtlich, in der Tabelle mit angefügt. Jedoch war dies nicht generell möglich. Daher sei an dieser Stelle nochmals auf die Kurzbeschreibung der Interviewten in Kapitel 4.1 verwiesen. Des Weiteren ist zu beachten, dass die bloßen Markierungen keinen Aufschluss über die Intensität des

Leidensdrucks der erwähnten Themen geben. Weiter darf bei geringer Anzahl von Markierungen zu einer Thematik ebenso kein Rückschluss darauf gezogen werden, dass diese Thematik unbedeutend wäre, da die Markierungen ebenfalls keinen Aufschluss über die Intensität des Gesagten bzw. Leidensdruck der betreffenden Person geben.

Um ein Verständnis für MRSA-Patienten zu erlangen, wird zunächst ein erweiterter Blick auf die Vielseitigkeit des Erlebens von Betroffenen geworfen. Den Leidensdruck und die vielfältigen Herausforderungen zu verstehen ist Voraussetzung, um ein eventuell vorliegendes Stigmatisierungserleben einordnen, erforschen und dessen Bedeutung erfassen zu können. Die Beschreibung des Inhaltes der Studie geschieht im Folgenden von allgemeineren Ergebnissen bis hin zu für die Fragestellung relevanten Ergebnissen.

4.2.1 Leidensdruck aufgrund MRSA

In dieser Studie wird ersichtlich, dass bei fast allen MRSA-Patienten (zutreffend für n=12) ein erhöhter Leidensdruck aufgrund ihrer Diagnose besteht bzw. bestand. Betroffene beschrieben eine Vielfalt an Herausforderungen und Erlebnissen mit unterschiedlichsten Einschränkungen und Belastungen auf privater und medizinischer Ebene aufgrund des MRSA, die den Leidensdruck zusätzlich zu ihrer Primärerkrankung deutlich erhöhen. Diese Belastungen sollen im Folgenden erläutert werden. Soziale Veränderungen sind hierbei nicht zentral, da diese in späteren Kategorien detailliert beschrieben werden.

Patienten nehmen die MRSA-Diagnose als Potenzierung der Belastung zusätzlich zu ihrer häufig schon sehr kräftezehrenden primären Krankheit wahr. Eine Patientin bemerkte dazu:

„Das sind alles Fragen, die man natürlich sich dann stellt. Für die man aber gar keinen Kopf hat, weil man ja selber mit sich, mit seiner Krankheit, beschäftigt ist und das eigentlich alles gar nicht alles verarbeiten kann. Das ist eigentlich alles viel zu viel an Input, was man in dem Moment dann hat. Und dann auch noch Panik "Jetzt habe ich so einen Keim, dann was weiß ich. (...) Und wenn dann noch ein MRSA dazukommt, dann ist das nochmal potenziert, was schwierig ist. Das ist, glaube ich, das Schwierigste auch an der MRSA. Man ist eh schon krank und dann noch das oben drauf. Das ist einfach heftig“

Patienten klagten über die psychische und körperliche Belastung des der durch MRSA verursachten verzögerten Wundheilung, der damit in einigen Fällen einhergehenden

Verzögerung der Diagnosestellung sowie sehr schmerzhaftem Wunddebridements und erlebter fachlich schlechter Wundversorgung. Wenn es zur Diagnosestellung kommt, müssen sich Betroffene innerhalb kürzester Zeit psychisch mit der veränderten Situation der Isolierung und der Bedrohlichkeit eines ihnen oft unbekanntes Keimes auseinandersetzen sowie mit den damit verbundenen Isolierungsmaßnahmen zurecht kommen. In den Interviews wurde deutlich, dass die meisten Patienten die Isolierung als Strafe wahrnahmen und darunter litten, ‚eingesperrt‘ zu sein. Des Weiteren litten Patienten in der Isolierung im Krankenhaus unter verringerter sozialer Interaktion, darunter, wenig bis keinen Kontakt zu Physio- oder Ergotherapeuten zu haben, auf Körperkontakt verzichten zu müssen, und sie empfanden das Tragen der Schutzkleidung beim Verlassen des Zimmers als sehr unangenehm. Außerdem verursachte die Schutzkleidung des Personals und der Besucher bei einigen Patienten (besonders bei denen, die eine schwere Primärerkrankung hatten und unter dem Einfluss sedierender Medikamente standen z.B. auf Intensivstation) Angst, da Gesichter und damit die Identität der ins Zimmer tretenden Personen nicht erkennbar waren.

Laut Aussagen der Befragten wurden die Sanierungsversuche und das Erwarten der Abstrich-Ergebnisse als stark belastend empfunden und schränkten Patienten in ihrer Lebensqualität ein. Beispielsweise absolvierte ein Patient 18 Sanierungsversuche erfolglos und verzichtete dann aufgrund verlorengangener Lebensqualität und am Ende seiner psychischen Kräfte auf weitere Versuche der Sanierung. Im Gespräch wurde deutlich, dass er damit die Hoffnung, ein Leben ohne MRSA führen zu können, aufgab. Diese Hoffnungslosigkeit setzte ihm wiederum in Anbetracht seiner (Krankheits-) Situation sehr schwer zu. Weiter wurde der zeitliche Aufwand, das häufige Wäschewaschen, die psychischen Höhen und Tiefen in Erwartung der Abstrich-Ergebnisse und auch die eigene finanzielle Belastung für die nötigen Sanierungsmedikamente von fast allen Patienten, die eine Sanierung durchführen mussten, als aufreibend beschrieben.

Es wurde über unzureichendes Wissen bei Ärzten und Pflegepersonal bezüglich MRSA geklagt, welches hauptsächlich an den sehr unterschiedlich durchzuführenden Hygieneanweisungen festgemacht wurde. Für Betroffene war eine laue Handhabung bzw. Anordnung der Maßnahmen des Personals ein nicht nachvollziehbarer Gegensatz zu den teils sehr strengen Isolierungsaufgaben. Viele Patienten empfanden diese uneinheitliche Handhabung der Maßnahmen innerhalb des Personals und zwischen

unterschiedlichen Häusern und Stationen als nicht nachvollziehbar; dies löste große Verunsicherung und Frustration aus. In den Interviews wurde deutlich, dass diese Verunsicherung gepaart mit unzureichendem Wissen über MRSA dem Patienten Angst einflößt und einen großen psychischen Stressor darstellt. Die Patienten nahmen es als starke Belastung wahr, eine potentielle Ansteckungsquelle und Gefahr für ihr Umfeld zu sein, zudem aber nicht zu wissen, wie sie sich korrekt verhalten sollten.

Weiter war für Patienten die Ungewissheit über den Verlauf einer Infektion/ Besiedlung und die Angst einer Persistenz von MRSA eine große Last. Besonders betroffenes medizinisches Personal litt unter Existenzängsten aufgrund der Bedrohung für die Ausübung ihres Berufes, sowie unter dem Schock bei milder bis keiner Symptomatik (z.B. bei Besiedlung) durch die MRSA-Diagnose von einem auf den anderen Moment „berufsunfähig“ zu sein.

Tabelle 5: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Hauptkategorie „Leidensdruck aufgrund MRSA“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Schmerzen durch häufige Wunddebridements bzw. schlechte Wundversorgung	x		x							x			x
Einschränkungen bezüglich gewohnter Hobbys/Alltagsgestaltung	x	x			x	x				x			x
Einschränkung in eigener Persönlichkeit		x										x	
Beeinträchtigt Wohlbefinden durch medizinische Isolierungsaspekte	x		x		x	x	x	x		x		x	
Potenzierung der Belastung zusätzlich zur Primärerkrankung			x					x				x	
Lange Dauer bis Diagnosestellung			x						x				x
Sanierungsaufwand als belastend empfunden: finanziell, zeitlich, psychisch, mehrmaliges Durchführen			x			x	x	x				x	
Psychisch belastendes Auf und Ab beim Warten auf Abstrich-Ergebnis/in Erwartung der Wundheilung		x	x			x		x				x	x
Bedrohlichkeit durch den MRSA als ‚unsichtbaren Feind‘		x	x	x					x	x			
Angst vor Persistenz des Keimes		x	x			x		x	x				
Verunsicherung durch unterschiedliche Isolierungsmaßnahmen seitens des Fachpersonals			x					x	x				

Fortsetzung von Tabelle 5

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Verantwortungslast, Gefahr für andere zu sein	x	x	x			x		x	x			x	
Existenz- und Versorgungsängste (für Angehörige)			x			x		x		x		x	
Lange und plötzliche Arbeitsunfähigkeit		x	x			x							
Unwissenheit verursacht Angst und Verhaltensunsicherheit	x	x						x				x	
Gefühl schlechterer medizinischer Versorgung			x		x		x					x	
Negatives Empfinden der Sonderbehandlung als MRSA-Patient			x			x	x	x					
Aufklärung/Erklärungsnot gegenüber Angehörigen bzw. Medizinern ist belastend			x			x		x					
Angst, da bekannte limitierte Medikamentenverträglichkeit		x	x										
Schuldgefühl, da Zimmergenossen Isolierung mittragen müssen							x						
Unfreundlichkeit der Pflegekräfte wegen Mehraufwand							x						
Kontrollverlust, Hilflosigkeit			x					x		x		x	
Panische Reaktion im Umfeld			x			x							
Retraumatisierung durch Reaktivierung traumatischer Kindheitserlebnisse	x									x			

4.2.2 Isolierungserlebnis

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, wird die Isolierung im Krankenhaus von den meisten Patienten als zusätzliche Belastung wahrgenommen. Die Patienten fühlen sich sozial isoliert und abgestellt. Ein Patient, der vier Monate lang in einer Rehabilitationseinrichtung war, durfte die Zeit über sein Zimmer nicht verlassen und an keiner der sozialen Gemeinschaftsaktivitäten der Patienten teilnehmen. Patienten war es unangenehm, die Schutzkleidung zu tragen. Ein Patient bemerkt: „Ist doch unangenehm, wenn Sie die Handschuhe ständig anhaben.“ Eine weitere Patientin beschreibt ein unangenehmes Erlebnis in der Kantine, welches durch das Tragen von Schutzkleidung verursacht wurde:

„Das Härteste war gewesen, (...) dann sind wir runter ins Café. Café war voll und alles glotzt einen natürlich an, wenn man da total verummmt reinkommt, mit Mundschutz an und alles glotzt. Man kommt sich vor wie

ein bunter Hund. Da habe ich nur gesagt ‚Schweinegrippe‘, zack war das halbe Café leer.“

Ein Patient klagte über unangemessene Unterbringung bei einem von vielen Isolierungsaufenthalten, wo er in ein winziges Überwachungszimmer „gesperrt“ wurde – ohne Fenster, sanitäre Anlagen und nur mit einem Nachttisch und Toilettenstuhl ausgestattet. Eine weitere Patientin, die sechs Monate isoliert war, beschrieb, dass die äußerliche Isolierung die innere Einsamkeit noch verstärkte und dass bei Ermangelung vertrauter sozialer Kontakte die Angst so groß werde, dass man „aufpassen [muss], dass man nicht paranoid wird“. Die Patienten fühlen sich verloren und dem System hilflos ausgeliefert. Von mehreren (tendenziell schwerkranken) Patienten wird beschrieben, dass die Schutzkleidung des Personals bei ihnen, in ihrer bereits ausgelieferten Position, zusätzlich Angst auslöst, weil nicht erkannt wird, wer das Zimmer betritt, vertraute Menschen nicht mehr identifiziert werden können und auch die Mimik bei Gesprächen durch den Mundschutz nicht erkennbar ist.

Für eine Patientin war es unerträglich, dass bei Bekanntwerden ihrer MRSA-Infektion alle anderen Mitpatienten im Zimmer die Isolierungsmaßnahmen durchführen und mittragen mussten. Dies löste ein starkes Schuldgefühl bei ihr aus, zumal der Ehemann einer ihrer Bettnachbarinnen an einer MRSA-Infektion verstorben war.

Bei zwei Patienten trugen die Isolierungsmaßnahmen dazu bei, dass traumatische Erinnerungen aus der Kindheit reaktiviert wurden. Ein Patient erlitt durch die Isolierung und den Intensivaufenthalt retraumatisierende Erinnerungen aus aktivem Kriegserleben mit Verschüttung nach einer Bombenexplosion. Ein weiterer Patient klagte über das Wachwerden längst vergessener Erinnerungen, des knappen Entrinnens vor dem Hungertod nach Sperrung ihres Hofes aufgrund von Maul- und Klauenseuche in der Nachkriegszeit. Besonders ersterer Patient beklagte, dass er seit seiner Erkrankung Angst vor dem Alleinsein hat und sich seither nicht mehr allein in einem geschlossenen Zimmer aufhalten kann. Alles in allem wurden die Isolierungsmaßnahmen unterschiedlich wahrgenommen. Es gab auch Patienten, welche die Isolierungsmaßnahmen als Sicherheitsmaßnahme gut akzeptieren konnten. Diese Patienten hatten häufig ein gewisses Vorwissen bzw. es lag eine gute Aufklärung seitens der Ärzte/Pflegekräfte vor. Zudem wurden die Isolierungsmaßnahmen aber auch als „skurril“, „völlig übertrieben“ und bei inkonsequenter Einhaltung des Personals als sehr verunsi-

chrend wahrgenommen. Sie vermitteln laut Interviewten ein Gefühl der Bedrohung, des Aussatzes und verstärken die Angst vor dem Keim selbst.

Tabelle 6: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Isolierungserlebnis“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Evakuierung der Station													x
Einsamkeit bzw. Angst davor	x				x	x		x		x		x	
Eintretende Menschen nicht identifizierbar										x		x	
Mundschutz verhindert Erkennen der Mimik (nur Augen), erschwert Kommunikation							x			x		x	
Empfinden der Maßnahmen als Strafe			x			x		x		x		x	x
Maßnahmen machen Angst, Bedrohungsgefühl							x					x	
Isolierungsmaßnahmen als skurril und übertrieben empfunden			x				x					x	
Unangemessene Unterbringung								x					
Akzeptanz der Isolierung als Sicherheitsmaßnahme			x	x		x			x			x	x
Unfreundlichkeit der Pflegekräfte wegen Mehraufwand							x						
Inkonsequente Einhaltung der Maßnahmen durch Personal verursacht Unsicherheit			x					x	x				
Schutzkleidung als unangenehm empfunden			x		x			x				x	
Ausschluss aus sozialen Aktivitäten und Therapie					x							x	
Retraumatisierung durch Reaktivierung traumatischer Kindheitserlebnisse	x									x			
Zimmergenossen müssen Isolierung mittragen → Schuldgefühl							x						

4.2.3 Konfrontation mit dem Tod

Die Infektion/Besiedlung mit MRSA wird von Betroffenen als direkte Bedrohung ihres Lebens wahrgenommen. Elf der 13 Befragten erwähnten, dass die Diagnose MRSA ein direkter Auslöser war, sich mit dem Tod bzw. der Endlichkeit ihres Lebens auseinanderzusetzen. Patienten beschrieben Angst, dass der MRSA in die Blutbahn gelangen und es zu einer systemischen Infektion kommen könnte, die möglicherweise zum Tod führt. Für Betroffene mit persistierender Besiedlung oder primär eingeschränkter Medi-

kamentenverträglichkeit erschien die Realität eines möglichen Versterbens aufgrund dieses Erregers nochmals bedrohlicher. Ein Patient mit einer MRSA-Sepsis hatte bereits mit dem Leben abgeschlossen, wobei auch Bemerkungen der Ärzte wie „das überlebt der nicht“ vom scheinbar bewusstlosen Patienten gehört wurden und die Wahrnehmung seiner bedrohlichen Situation verstärkte bzw. ihm seinen Lebensmut nahm. Für einen anderen Betroffenen war die Diagnose seiner infizierten Wunde ein klares Todesurteil, was ihn depressiv werden und in einen gedanklichen Circulus vitiosus hineinrutschen ließ: Er verlor so viel Gewicht, dass ihn sein Umfeld beständig darauf ansprach. Dies wiederum schürte seine Todesangst, verstärkte sein Gefühl, todkrank zu sein und ließ ihn wiederum tiefer in seine Depression einsinken. Ein anderer Patient beschrieb die MRSA-Diagnose (nach Eradikation) als eine nach wie vor beständig drohende Gefahr: die Unsicherheit über ein unbemerktes, innerliches Persistieren des Keimes und die Angst eines erneuten Ausbrechens war bei mehreren Patienten dauerhaft vorhanden. Einem besonders schwer Erkrankten wurde die Bedrohlichkeit seiner Situation erst im Nachhinein bewusst, wobei die Freude über sein Überleben dominierte.

Tabelle 7: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Konfrontation mit dem Tod“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Angst vor systemischer Infektion und Tod			x			x							x
Mediziner glauben nicht ans Überleben des Patienten										x			
Schon vom Leben verabschiedet										x			
kommunizierte Todesangst	x	x						x				x	
Gefühl in ständiger Lebensgefahr zu leben	x	x	x					x	x				
Konfrontation mit Endlichkeit	x	x	x		x				x		x		
Gewisse Gleichgültigkeit Tod gegenüber									x	x			
Wahrnehmen der Gefahr im Nachhinein					x								
Verantwortungsgefühl für Zurückbleibende schwerwiegender als Angst vor Tod			x					x					

4.2.4 Gesundheitliche Folgen der MRSA Erkrankung

Acht der 13 Patienten beschrieben (neben ihrer Primärdiagnose) zusätzliche gesundheitliche Folgen, die der MRSA auf ihre Gesundheit hatte. Dieser Fakt zeigt eine

deutlich sichtbare zusätzliche Belastung für die Patienten, die ihrerseits verarbeitet werden muss und auch für das Gesundheitssystem finanzielle Bedeutung hat. Die gesundheitlichen Folgen reichten von kosmetischen Defiziten in Form von Narben aufgrund häufiger Wundrevisionen, über Folgeoperationen mit körperlicher und psychischer Erschöpfung bis hin zu starker Gewichtsveränderung aufgrund von Medikamenteneinnahmen bzw. der psychischen Verfassung. Ein Patient wurde aufgrund einer MRSA-Sepsis zweimal auf der Intensivstation (ITS) reanimiert, welches ihm traumatisch in Erinnerung blieb. Darüber hinaus leidet er seither an Polyneuropathien beider Füße, aufgrund kleinerer, verschleppter Schlaganfälle während seines ITS-Aufenthaltes. Außerdem stürzte er nach Rückverlegung auf die Normalstation mehrmals in Ermangelung ausreichenden Pflegepersonals und Fehleinschätzung seiner Kräfte durch die Pflegekräfte. Die Infektion mit MRSA führte bei ihm zu einer Lungenteilresektion mit anschließender Sauerstoffpflichtigkeit und erhöhter Infektanfälligkeit bei einer bis dahin klinisch unauffälligen COPD. All dies führte zu einer erheblichen psychischen Belastung mit Angstzuständen und Trauergefühl über den unerwarteten und unvorbereiteten Organverlust.

Psychische Folgeerkrankungen traten bei mehreren Parteien des Kollektivs auf. Depressionen, Angstzustände und psychische Belastung wurden insgesamt von sechs der 13 Patienten geäußert.

Zwei neurologischen, mit MRSA-besiedelten Patienten wurde ferner eine adäquate Therapie während ihres Rehabilitationsaufenthaltes verwehrt, was zu einem schlechteren gesundheitlichen Resultat führte und zu Sekundärerkrankungen (z.B. in Form eines Spitzfußes) führte. Diese mussten wiederum operativ behandelt werden.

Einer anderen Person blieb aufgrund eines persistierenden MRSA die stationäre Abklärung einer Antibiotikaallergie verwehrt, was im Falle weiterer Erkrankungen ein lebensbedrohliches Risiko für sie bedeuten könnte.

Tabelle 8: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Gesundheitliche Folgen der MRSA-Erkrankung“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Kosmetisches Defizit										x			x
Psychische Belastung, Depression, Angstzustände	x	x	x					x		x		x	
Organverlust										x			
Therapiepflichtige Folgeerkrankung										x		x	
Folge-OPs, körperliche Erschöpfung	x		x							x		x	x
Anderweitige Arztbesuche mussten verschoben werden			x		x			x					
Schlechteres gesundheitliches Ergebnis der Primärkrankheit mangels adäquater Therapie					x							x	
Belastende Gewichtsveränderung	x									x			
Traumatisierung durch ITS-Aufenthalt										x			

4.2.5 Angst jemanden anzustecken

Bei fast allen Interviews (neun von 13) fiel auf, dass die Patienten unter starker Angst litten, andere Personen anzustecken und diesen so zu schaden. Nur ein Patient erwähnte, er habe gar keine Angst gehabt. Eine weitere Person meinte, sie hätte keine Angst gehabt, jemanden anzustecken, später räumte sie jedoch bei eigener Reflexion ihres Verhaltens ein, dass sie wohl doch Angst gehabt hätte (Markierung ist in der folgenden Tabelle mit einem ? versehen). Die Befragten nahmen sich als Bedrohung für ihr Umfeld war. Sie litten teilweise sehr stark unter der Verantwortungslast, durch ihr Verhalten dafür sorgen zu müssen, dass der Keim nicht weiter verbreitet wird. Betroffene mit Kontakt zu kleineren Kindern (oder auch zu befreundeten Karzinompatienten) waren besonders besorgt, dass sie eine Gefahr für jene darstellen könnten, und mieden in einzelnen Fällen den Körperkontakt oder die Nähe zu Kindern vollständig. Von MRSA-Patienten, bei denen es bereits zu einer vermutlichen Ansteckung im Familien- bzw. Bekanntenkreis gekommen war, wurden starke Schuldgefühle beschrieben. Weiter wurde beschrieben, dass sich Patienten aus Angst vor Vorwürfen, falls es zu einer Ansteckung kommen sollte, zurückzogen.

Es wird deutlich, dass Betroffene in folgendem Zwiespalt stecken: einerseits niemanden anstecken zu wollen und andererseits Angst vor sozialer Isolation zu haben bzw. den starken Wunsch wahrzunehmen, ihr Leben normal zu führen. Ein Patient be-

schrrieb es als belastend, dass er ständig Angst habe, der MRSA würde wieder ausbrechen und in seinem Umfeld Schaden anrichten, bevor er bemerkt und diagnostiziert würde. Es herrscht große Unsicherheit unter MRSA-Patienten, was das eigene optimale Verhalten in ihrem sozialen Umfeld betrifft. Dies hatte bei einigen Patienten zur Folge, dass sie sich sozial völlig zurückzogen.

Tabelle 9: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Angst jemanden anzustecken“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Keine Angst						x?							x
Angst vorhanden	x	x	x		x	x		x	x		x	x	
Fühlt sich als Bedrohung=Last	x	x				x			x			x	
Angst Kinder anzustecken	x	x			x	x					x	x	
Meidet jeglichen Körperkontakt									x			x	
Angst vor Anschuldigung bei Ansteckung	x												
Schuldgefühl bei erfolgter Ansteckung		x											
Bedingt Unsicherheit im Verhalten	x	x										x	
Zwiespalt: Niemanden anstecken wollen versus (vs.) Angst vor sozialer Isolation	x	x						x					
Angst vor unbemerktem Wiederausbruch									x				

4.2.6 Veränderungen im sozialen Umfeld: Privat

Dass eine MRSA-Diagnose Veränderungen im sozialen Umfeld mit sich bringt, klang in den oberen Kategorien bereits an. Inwieweit sich soziale Interaktion, Freundschaften und private Kontakte beim Kollektiv verändert haben, soll hier beschrieben werden. Positiv sei zuerst zu bemerken, dass bei acht Befragten eine vermehrte Unterstützung seitens der Partner bzw. engen Familie zu finden war und dies für die Betroffenen eine wichtige (besonders auch psychische) Stütze bedeutet hat. Allerdings waren auch negative Auswirkungen des MRSA auf das soziale, private Umfeld mit deutlichen Einschränkungen für die Betroffenen zu eruieren. Sehr auffällig war, dass aufgrund der Angst vor Ansteckung die meisten Patienten sich freiwillig aus ihren sozialen Kontakten zurückzogen, gleichzeitig aber sehr darunter litten und dies als großen Verlust wahrnahmen. Eine Patientin beschrieb besonders eindrücklich, welche Qual es für sie bedeutete, keine körperlichen Zärtlichkeiten mehr mit ihren Kindern austauschen zu können, da sie auf jegliches Händeschütteln, Umarmen und Körperkontakt verzichtete:

„Das Schlimmste fand ich, also dass ich meine Kinder nicht einfach umarmen kann und drücken kann“.

Zusätzlich zu ihrer schweren Primärerkrankung, die ihrerseits eine große Umstellung für ihren Alltag bedeutete und in ihrem Umfeld bereits Berührungsängste auslöste, verstärkte der MRSA das Gefühl der Isolation und des ‚Abgeschoben-Seins‘ deutlich. Zwei Betroffene beschrieben den Verlust von Freundschaften. Eine weitere Patientin beschrieb sich selbst als „ein[en] Tiger im Käfig“, weil sie aufgrund ihrer MRSA-Besiedlung zwar zuhause war und sich gesund fühlte, aber nicht mehr am normalen Leben teilnehmen konnte. Neben ihrem Arbeitsverbot traute sie sich nicht wie gewohnt ihre sozialen Kontakte zu pflegen und am normalen, sozialen Leben teilzunehmen, sodass ihr außer Gartenarbeit nichts blieb. Besonders schmerzhaft war für sie, dass sie nicht wie geplant ihr neugeborenes Enkelkind sehen durfte, was sich auch negativ auf ihre angespannte Mutter-Tochter-Beziehung auswirkte. Diese fehlende Möglichkeit, nahestehende Menschen zu sehen, wurde von vier Betroffenen als große Einschränkung empfunden. Kindern und anderweitig erkrankten Bekannten wurde mit großer Vorsicht begegnet bzw. der Kontakt so gut wie möglich gemieden.

Dass der MRSA Ehe und Beziehung gefährden kann, verdeutlicht die Beschreibung eines Patienten, in dessen Situation seit Auftreten des Keimes keinerlei intime, sexuelle Begegnungen innerhalb der Partnerschaft mehr stattfanden und der Keim als Ursache für vermehrtes Streiten angegeben wurde. Außerdem wird deutlich, dass der MRSA nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern durchaus auch für nahestehende Personen eine psychische und physische Mehrbelastung – teilweise auch Überlastung – darstellt. Seien es die vermehrten Krankenhausbesuche bei verlängerten Klinikaufenthalten, der enorme Wäschewaschaufwand bei der Sanierung, etc., was auch im Leben der nahestehenden Personen oftmals Veränderungen des Alltags mit sich bringt und ebenfalls den Kontakt zum sozialen Umfeld verändert. Dies kann wiederum Schuldgefühle bei den betroffenen MRSA-Patienten auslösen.

Drei der Patienten äußerten, sie würden jetzt mehr auf Hygiene achten. Einer davon zeigte in seinen Erläuterungen Tendenzen zu zwanghafter Händehygiene und übermäßiger Angst vor Keimen im Kontakt mit seiner Umgebung.

Des Weiteren beschrieben fünf der 13 Patienten den MRSA als Ursache, ihren normalen Hobbys nicht mehr uneingeschränkt nachgehen zu können, und dass sie zeitweise sogar völlig darauf verzichten mussten.

Tabelle 10: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Veränderungen im sozialen Umfeld: Privat“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Unterstützung durch Partner/Familie	x		x	x	x	x		x		x			x
Einschränkungen in Hobbys	x				x	x				x			x
Verzicht darauf, wichtige Menschen zu sehen	x	x			x	x							
Persönlicher Rückzug (inkl. aus Ansteckungsangst)	x	x	x			x			x	x		x	
Verunsicherung im Verhalten: Ansteckungsangst vs. Sehnsucht nach Nähe	x	x				x			x			x	
„Freiwilliger“ Verzicht auf körperliche Nähe	x	x	x		x	x			x		x	x	
Wegfall Sexualität				x									
Häufig Streit aufgrund des Keims				x									
Be- /Überlastung des Partners	x			x	x					x			
Gefühl der Isolation	x	x		x		x						x	
Wegfall von Freundschaften	x	x											
Deutlich vermehrte Händehygiene im Privaten	x												

4.2.7 Veränderungen im sozialen Umfeld: Arbeit

Sechs Patienten konnten bezüglich der Veränderungen im Arbeitsumfeld keine Aussagen treffen, weil es sich um bereits pensionierte Personen handelt. Für eine Person war die Einschränkung seiner Hobbys aufgrund des MRSA eine Möglichkeit, sein Geschäft zu erweitern. Patienten, deren Tätigkeit aufgrund der Ansteckungsgefahr durch MRSA eingeschränkt war, nahmen die damit verbundene Veränderung dramatischer wahr. Besonders bei sonst erhaltener körperlicher Gesundheit litten sie unter der Arbeitsunfähigkeit und darunter, aus dem vollen Arbeitsalltag „von hundert auf null“ zum Stillhalten gezwungen zu sein, ohne aktiv etwas an der Situation ändern zu können. Für einen weiteren Selbstständigen mit persistierender MRSA-Besiedlung bedeutet das Fehlen in der Firma eine enorme existenzielle Bedrohung für ihn und seine Familie, da der Kundenkontakt Grundlage für zukünftige Projekte und Einnahmen bedeutet. Genauso stellt der MRSA für betroffenes medizinisches Personal bei persistierender Kolonisation und dem damit verbundenen Arbeitsverbot, eine Existenzbedrohung dar. Die Dauer des Arbeitsverbotes bis zu einem negativen Abstrich-Ergebnis wurde von allen Betroffenen als sehr belastend empfunden.

Tabelle 11: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Veränderungen im sozialen Umfeld: Arbeit“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Einschränkung Hobby→Erweiterung Job													x
Existenzängste			x			x						x	
Plötzliche bzw. lange Arbeitsunfähigkeit ist belastend		x	x			x						x	
Keine, da zum Diagnosezeitpunkt Rentner	x			x	x			x	x	x			

4.2.8 Sicht auf sich selbst

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie Patienten sich selber sehen und inwiefern sich diese Sichtweise im Zusammenhang mit ihrer MRSA-Diagnose verändert hat. Mit dieser Kategorie soll analysiert werden, ob bzw. wie erlebte oder erfahrene Stigmatisierung bereits zu einer Verinnerlichung möglicher Stigma-assoziiertes Attribute geführt hat, und damit ein Hinweis auf Selbststigmatisierung geben könnte.

Die meisten befragten Patienten beschrieben, dass sie ein gutes Selbstbewusstsein hätten (n=7) und sich im Blick auf sich selbst nichts verändert hätte. Zwei Patienten zogen Parallelen von sich zu Aussätzigen und zwei Personen fragten nach Schuld oder fühlten sich schuldig. Zwei weitere Betroffene beschrieben, dass sie seither ihr Leben intensiver wahrnahmen und ihre Prioritäten neu gesetzt hätten.

Besonders auffällig war jedoch, dass sich neun der 13 Patienten selbst als Gefahr und Bedrohung für andere wahrnahmen. Dies wird in Kapitel 4.2.5 näher beschrieben.

Tabelle 12: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Sicht auf sich selbst“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Parallele ziehen zu „Aussätzigen“							x					x	
Schuldgefühl							x						
Entwicklung von Lebensweisheiten								x				x	
Selbstzweifel, Frage nach Schuld	x												
Gutes Selbstbewusstsein			x			x			x	x	x	x	x
Kampfgeist geweckt			x						x			x	

4.2.9 Gebrauch Stigma-besetzter Vokabeln

Die Wortwahl eines Befragten kann zusätzlich zum Inhalt des Gesprochenen einen Hinweis auf die zu untersuchende Thematik geben. In dieser Kategorie wurden deshalb Wörtern Beachtung geschenkt, die anderweitig bereits mit Stigma besetzt sind. Die Nutzung dieser Stigma-besetzten Wörter im Zusammenhang mit ihrer Situation kann ebenfalls einen Hinweis auf Stigmatisierung von MRSA-Patienten geben. Eine Patientin sprach mehrmals davon, durch die MRSA-Diagnose einen „Stempel aufgedrückt zu bekommen“. Betroffene beschrieben sich als Verbrecher: „Ich kam mir vor wie einer, der hier eine Bank überfallen hat“ oder „du wirst eingesperrt. Ich war wie im Knast“. Es fielen Wörter wie „Isolationshaft“, „Einzelhaft“ und „Gestrafte“. Weiter zogen Patienten Parallelen von sich zu anderen Stigma-behafteten Krankheiten bzw. Seuchen wie HIV, Pest, Lepra, Aussatz, Ebola, Läuse. Dies zeigen folgende Aussagen: „Wie wenn du Aids hast“ „(...) so Alien-mäßig, dass man denkt ‚Um Gottes willen, habe ich jetzt die blau-bucklige Beulenpest?‘“ und „Also im Prinzip ist es ja wie eine Art Ebola, nur dass man halt nichts sieht“; „(...) man wie so ein Aussätziger behandelt wird“; „Uah, du hast Lepra oder so was, so ungefähr, ja. Das kommt ja ein bisschen in die Richtung“; „Na ja, jetzt bist du halt ein Seuchenbeutel und wirst hier abgehakt“. Ein Patient kommentierte die Unsichtbarkeit des MRSA dankbar mit „Steht ja nicht an der Stirn geschrieben“ und gab damit einen Hinweis darauf, dass er mit Konsequenzen rechnen würde, wenn der MRSA sichtbar wäre.

Weiterhin wurden Wörter verwendet, die auf eine Diskriminierung hinweisen können: menschliches Verhalten den Betroffenen gegenüber wurde als „ausgrenzend“ wahrgenommen. Patienten fühlten sich „abgestempelt“, „abgehakt“, auf dem „Abstellgleis“ und „stigmatisiert“ und beschrieben die Haltung anderer ihnen gegenüber mit den Worten „Bleib von mir – Weiche!“. Ein anderer fühlte sich durch das Warnschild an der Zimmertür im Krankenhaus „gebrandmarkt“. Des Weiteren kamen sich Patienten aufgrund des Umgangs mit ihnen als „erniedrigt“ und „minderwertig“ vor.

Tabelle 13: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Gebrauch Stigma-besetzter Vokabeln“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Vergleich mit anderen Stigma behafteten Krankheiten/Attributen : Ebola, HIV, Lepra, Pest	x	x	x						x	x	x	x	x
Gefühl bestraft zu werden		x				x	x	x		x		x	x
Gefühl der Aussätzigkeit, Verseuchung	x	x	x				x	x				x	

4.2.10 Angst vor unangemessenen Reaktionen

In den Gesprächen mit den MRSA-Patienten wurde deutlich, dass bei 8 Personen Angst vor unangenehmen oder unangemessenen Reaktionen vorherrschte. Da diese Angst Hinweise auf ein *anticipated stigma*, also ein erwartetes Stigma, geben können, sollen diese verschiedenen Ängste hier dargestellt werden.

Es wurde Angst vor schlechterer medizinischer Behandlung geäußert. Dies führte bei einem Patienten nach einer negativen Erfahrung im Krankenhaus dazu, dass er seine MRSA-Geschichte im medizinischen Kontext seither nicht mehr erwähne. Betroffene äußerten Angst vor völliger sozialer Isolation (der eigenen Person, aber auch Angehöriger beispielsweise eigener Kinder), mit einem Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Leben bzw. der Angst vor der Unberechenbarkeit der gesellschaftlichen Reaktion in der Schule bei Infektion der Kinder und dem erwarteten Rückzug des sozialen Umfeldes bei Bekanntwerden. Drei Patienten fürchteten negative Reaktionen mit direkter Abweisung und spürbare Meidung aufgrund des MRSA und zogen sich infolgedessen zur Prävention selbst zurück. Sie erwarteten, direkt gesagt zu bekommen, dass man nichts mehr mit ihnen zu tun haben möchte, weil der Keim zu gefährlich sei. Erzählungen aus der Bekanntschaft, in denen MRSA-Patienten schlecht behandelt wurden, schienen diese Ängste zu schüren.

Die Warnschilder an der Tür und die Isolierungsmaßnahmen verstärkten die Angst der Patienten und wurden teilweise als „völlig übertrieben“ bezeichnet, was die Frage aufwirft, ob bei diesen Personen die Angst aufzufallen, bzw. des Sichtbarmachens des MRSA vorherrscht. Mehrere Patienten äußerten sich in dankbarer Haltung, dass der MRSA primär von außen nicht erkennbar ist, weil sie sonst mit einer viel größeren Ablehnung bzw. Ansteckungsangst des Umfeldes zu rechnen hätten. Weiter

äußerten Betroffene die Angst vor Beschuldigung und Anklage ihnen gegenüber, falls es im Kontakt mit ihnen zu einer Weitergabe des Erregers an andere Menschen (Freunde, Familie, Bekannte) kommen sollte. Auch hier wurde sich zur Prävention lieber vorsorglich zurückgezogen. Ein weiterer Betroffener erwartete in jedem Fall das Bekanntwerden seiner Diagnose (obwohl er sie versuchte zu verschweigen) und damit automatisch den Wegfall von Freundschaften.

Es gab auch Patienten, die klar äußerten, dass sie keine Angst vor unangemessenen Reaktionen hatten. Im Interview wurde bei diesen Personen deutlich, dass sie recht gut informiert waren, aber sehr viel Zeit und Energie aufbringen mussten, um ihr Umfeld genau zu informieren. Diese Patienten fielen durch einen offenen Umgang mit ihrer Diagnose auf und bezeichneten es als „unfair“, ihr Umfeld nicht genügend zu informieren.

Eine weitere Person zeigte eine scheinbare Gleichgültigkeit negativen Reaktionen gegenüber.

Tabelle 14: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Angst vor unangemessenen Reaktionen“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Angst vor völliger sozialer Isolation, auch Verwandter	x	x						x				x	
Angst vor schlechter med. Behandlung						x				x			
Angst vor direkter Abweisung ins Gesicht	x	x						x					
Angst vor Anschuldigung falls Ansteckung Anderer	x												
Angst vor Bekanntwerden der Diagnose	x	x	x				x	x					

4.2.11 Stigmatisierungserlebnis im Krankenhaus / medizinischer Einrichtung

MRSA-Patienten werden im Krankenhaus aufgrund der Übertragungsgefahr anders geführt (z.B. bekommen sie Isolierungsaufgaben) als Patienten ohne MRSA. Inwieweit Begegnungen seitens der Betroffenen jedoch als abwertend und damit stigmatisierend bzw. negativ diskriminierend wahrgenommen werden, soll in dieser Kategorie beschrieben werden.

Drei Patienten beschrieben eine verfrühte Entlassung aus der Klinik, um sie als Keimträger „loszuwerden“. Den Patienten erschien dies als ein Abschieben der medizinischen Verantwortung an den Patienten. Ein Patient bekam gesagt, dass er „dorthin gehen solle, wo er den MRSA her hätte“ und das „so schnell wie möglich“ und er bitte „durch den Hintereingang“ gehen solle, „ohne etwas anzufassen“. Eine weitere Patientin beschrieb, dass sie bei erneuter Aufnahme auf Station mit der Begründung, es sei „kein Zimmer frei“, nicht mehr aufgenommen werden wollte. Beim Personal wurde mehrfach ein Umschwung der Freundlichkeit im Umgang mit den Patienten, bei Bekanntwerden der MRSA-Diagnose kritisiert, was die Patienten auf sich persönlich bezogen. Ein Patient beschrieb, dass sie ihn nach dem Erwähnen seiner Krankengeschichte „so wie bei AIDS“ behandelten. Bei erneutem Krankenhausaufenthalt, nach erfolgreicher Sanierung des Patienten, wurde seitens des Hauses ein privat bezahlter Abstrich verlangt. Der betroffene Patient fühlte sich dadurch „minderwertig“ behandelt, „erniedrigt“ und „abgewertet“, da es sich in seinen Augen um eine längst „abgegoltene Sache“ handelte und fühlte sich für etwas bestraft, was längst vorbei war und wofür er nichts konnte. Er fühlte sich an diesem Punkt anderen Patienten gegenüber nicht gleichwertig, sondern ungerecht behandelt. Zwei Patienten waren längere Zeit in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht und klagten beide darüber, dass sie als MRSA-Patienten gar nicht oder nur sehr selten therapiert wurden, was sich auch im fehlenden Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen mit weiterreichenden gesundheitlichen Folgen zeigte. Beide beschrieben, dass es sich eher um eine „Aufbewahrung“ als um eine tatsächliche Rehabilitation handelte. Ein Patient litt sehr darunter, dass er das bunte Freizeitangebot der Rehabilitations-Klinik im Gegensatz zu allen anderen Rehabilitations-Patienten über den gesamten Zeitraum, nicht wahrnehmen durfte und auch sein Zimmer nicht so verlassen konnte, wie er es wollte. Dadurch fühlte er sich in seinem Einzelzimmer sozial komplett isoliert. Beide Patienten hatten durch die Vernachlässigung in der Therapie mit teils weitreichenden gesundheitlichen Folgen zu kämpfen (siehe Kategorie 4.2.14 Einfluss des MRSA auf medizinische Versorgung). Die andere Patientin empfand es als Benachteiligung, dass sie sich aufgrund ihres MRSA nicht die Rehabilitationseinrichtung aussuchen durfte, die sie eigentlich besuchen wollte und mit einer für ihr Krankheitsbild ungeeigneteren Rehabilitationseinrichtung vorlieb nehmen musste.

Weiter wurden die Isolierungsmaßnahmen selbst als diskriminierend und „übertrieben“ wahrgenommen, sodass sich die Patienten seitens des medizinischen Personals „gemobbt“ fühlten. Das Gefühl, gemobbt zu werden, wurde weiterhin von Patienten geäußert, die darunter litten, dass auf jeder Station und in jedem Haus unterschiedlichen Hygienevorschriften vorhanden sind. Besonders die unterschiedlichen Handhabung innerhalb des Personals auf ein und derselben Station war sehr belastend und verunsichernd, da sie dadurch ständig gegenteilige Anweisungen für ihr Verhalten erhielten und Ärger bekamen, wenn sie wiederum auf Personal mit strengeren Ansichten trafen. Zwei Personen empfanden die Art der Pflegekräfte, auf Isolierungsmaßnahmen hinzuweisen, als unangemessen. Eine Patientin fühlte sich durch die Umgangsart der Pflegekräfte „beschämt“ und „peinlich berührt“ und empfand das Verhalten der Pflegekräfte als angst- und panikschürend. Als belastend wurde weiterhin empfunden, dass die Patienten aufgrund ihrer Schutzkleidung im Krankenhaus oder im Wartezimmer ständig auffielen und neugierig befragt wurden.

Weitere Patienten erlebten diskriminierendes Verhalten im Kontakt mit Ärzten: eine Patientin durfte die Hausarztpraxis aufgrund ihres MRSA nicht mehr betreten; die Sprechstundenhilfe kam zur Abstrichentnahme ans Auto der Patientin. Ein weiterer Betroffener berichtet, dass ihm ambulantes Röntgen aufgrund seiner MRSA-Besiedlung verwehrt wurde. Weiter empfanden Betroffene eine Benachteiligung darin, dass sie im OP immer als letztes operiert würden. Zwei Patienten klagten darüber, dass bei erneuter Krankenhausaufnahme verschärfte Vorsorgemaßnahmen in Form erweiterter Abstriche (im Vergleich zum Normalscreening) getroffen werden mussten. Bei einem Patienten wurde aufgrund der MRSA-Persistenz (die MRSA-Infektion hatte höchstwahrscheinlich im Krankenhaus stattgefunden – nicht community acquired) eine weitere Krankenhausaufnahme zur Abklärung weiterer (lebensbedrohlicher) Antibiotikaallergien verweigert. Für den Patient mit einem persistierenden MRSA bedeutete dies einen Eintritt in einen Teufelskreis: durch MRSA war keine Allergieabklärung, und durch fehlende Abklärung der Allergie keine Antibiotikagabe möglich.

Eine Patientin war darüber positiv überrascht, dass ihr in der Wertigkeit und zeitlicher Taktung ihrer medizinischen Untersuchungen als MRSA-Patientin keine Unterschiede zu Normalpatienten auffielen.

Tabelle 15: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Stigmatisierungserlebnis im Krankenhaus“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Verfrühten Entlassung						x	x						x
Abwertende Begegnung durch Personal			x		x		x						x
Abwertende Begegnung andere Patienten												x	
Freundlichkeitsumschwung beim Personal nach Diagnose							x			x			x
Schlechtere Therapie			x		x		x			x		x	x
Wegschieben der Verantwortung zum Patienten hin			x		x							x	x
Strengere Auflagen bei erneutem Krankenhausaufenthalt			x							x			
Isolierungsmaßnahmen löst Gefühl d. Diskrimination aus				x	x		x					x	
Gefühl gemobbt zu werden			x				x			x			
Gefühl der Panikmache seitens des Personals							x						
Letzter Patient bei Behandlung	x		x			x	x					x	
Kein Krankenhausaufenthalt		x									x		

4.2.12 Stigmatisierungserlebnis privat

Patienten mit MRSA fühlen sich vermehrt sozial isoliert, einsam und allein. Zusätzlich zu dem in Kapitel 4.2.6 beschriebenen selbstgewählten sozialen Rückzug aufgrund der Angst vor Verbreitung des Keimes litten Patienten unter der Angst, „auf dem Abstellgleis zu landen“. Betroffene (n=5) bemerkten, dass Menschen um sie herum Angst haben, sie zu berühren und mehr Distanz zu ihnen hielten. Ein Patient fühlte sich von seiner Partnerin abgelehnt, die seit Auftreten des Keimes keinerlei Sexualität und Intimität mehr zulässt. Betroffene mit Kontakt zu Eltern kleiner Kinder leiden vermehrt unter fehlender oder verminderter Interaktion, weil die Eltern zum Schutz ihrer Kinder den Kontakt gänzlich meiden wollen. Zwei Betroffene beschrieben den Wegfall von Freundschaften, welches sie auf ihre MRSA-Diagnose zurückführten.

Eine Patientin beschrieb eine Situation, in der ein Bekannter bzw. Freund im Gespräch mit den Worten „Du hast MRSA“ rückwärts ausgewichen sei und sie allein stehen gelassen hätte. Sie beschreibt, dass dies für sie wie ein Schlag war:

„Also, wenn Menschen rückwärtsgehen und sagen, „Uah!“, das ist schon ein Hammer sozusagen, im wahrsten Sinne des Wortes. Kriegst du schon einen Schlag ab.“

Dieses Erlebnis löste bei der Patientin Schuldgefühle aus und verletzte sie so tief, dass sie dieser Person immer noch mit Abstand begegnet. Die Betroffene fühlte sich „stigmatisiert“ und aufgrund ihrer Diagnose „ausgegrenzt“ und als würde ihr ein „Stempel aufgedrückt“. Sie litt unter dem Vorwurf, wie sie mit MRSA und der Ansteckungsgefahr immer noch öffentliche Veranstaltung besuchen könne.

Ein weiterer Patient beschrieb das Reaktionsmuster seines Umfeldes von „Überängstlich[keit]“ bis hin zu „Panik[reaktionen]“ und bemerkt dazu:

„(...) ich kann mir vorstellen, wenn jemand sehr, sehr labil, sehr einsam ist oder sonst irgendwas, und kommt an die zwei richtigen Leute, dann kann es für den ein richtiges Psychoproblem werden (...)“.

Herausfordernd für diesen Patienten war auch der Umgang mit dem eigenen Kind (Grundschulalter), der aus Angst vor Ansteckung auf größeren körperlichen Abstand achtete, was zeigt, dass es für Kinder mindestens genauso schwierig wie für Erwachsene ist, mit dieser Thematik umzugehen.

Tabelle 16: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Stigmatisierungserlebnis privat“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Vereinsamung, allein gelassen fühlen	x	x				x						x	
Vorwurf von außen bei Kontaktsuche		x				x							
Reduktion körperlicher Nähe aus eigener Motivation		x	x			x						x	
Körperlicher Abstand von Seitens des Umfeldes		x	x	x		x						x	
Gefühl gemobbt zu werden			x										
Panikreaktion im Umfeld			x										

4.2.13 Stigmatisierungserlebnis im Arbeitsumfeld

Zu dieser Kategorie sei erneut vorweg erwähnt, dass nur sieben der befragten Personen zum Zeitpunkt der MRSA-Diagnose in einem Arbeitsverhältnis standen. Bei einer Stichprobe mit einem höheren Anteil an Arbeitenden wäre möglicherweise ein breiteres Spektrum an Stigmatisierungserlebnissen auf der Arbeit eruierbar. Drei der sieben Betroffenen schilderten stigmatisierende Erlebnisse im Arbeitsumfeld.

Zwei der befragten Personen mit negativ wertenden Erlebnissen sind im medizinischen Kontext tätig. Beide beschrieben, dass sie von ihren Arbeitskollegen gemieden worden seien mit der Begründung, dass sie Angst vor Ansteckung und Berufsverbot hätten. Eine Person erwähnte den Ausfall von privaten Treffen mit Arbeitskollegen aufgrund des MRSA.

Bei zwei Personen reagierte der Arbeitgeber unangemessen. Eine Betroffene beschrieb, dass der Arbeitgeber über die offene Kommunikation der MRSA-Patientin bezüglich ihrer Diagnose deutlich verärgert war. Als Grund der Reaktion des Arbeitgebers nannte sie Angst vor Aufregung der betreuten Patienten mit nachfolgendem Screening und mögliches Arbeitsverbot für weitere medizinische Angestellte. Eine weitere Betroffene schilderte eine gegenteilige, aber ebenfalls unprofessionelle Reaktion des Arbeitgebers: „Und die Arbeitgeberin ist sofort hingegangen zu den Kollegen und hat da groß die Trommel gerührt.“ Dieses Verbreiten der Diagnose durch Dritte löste in der Betroffenen das beschämende Gefühl aus, bloßgestellt und wie „ein bisschen entkleidet“ zu sein. Zusätzlich dazu erwähnte sie eine gewisse pikierte Reaktion bei den Arbeitskollegen: „Oooachhh, die hat das.“

Ein weiterer Betroffener beschrieb, durch das Tragen des Mundschutzes gebrandmarkt zu sein, weil diese Maßnahme verhindere, dass Kunden aus Angst vor infektiöser Ware bei ihm einkaufen würden:

„Sie gehen in ein Edelgeschäft etwas einkaufen, stellen sich mit Mundschutz hin. Das Beratungsgespräch ist ja kaputt bevor es angefangen hat.“

Tabelle 17: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Stigmatisierungserlebnis auf Arbeit“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Negative Reaktionen durch Arbeitskollegen		x				x							
Negativer Einfluss von MRSA aufs Geschäft			x										
Unprofessionelle Reaktion des Arbeitgebers auf Diagnose		x				x							
Arbeitsunfähigkeit		x	x			x							
keine, da zum Diagnosezeitpunkt Rentner	x			x	x			x	x	x			

4.2.14 Einfluss von MRSA auf medizinische Versorgung

In dieser Kategorie wird geschildert, welche Veränderungen in der medizinischen Behandlung MRSA-Patienten im Vergleich zu früheren Besuchen, Erlebnissen etc. hatten, ohne dabei auf die gesundheitlichen Folgen einzugehen (diese sind im Kapitel 4.2.4 *Gesundheitliche Folgen des MRSA* ersichtlich). Einige werden bereits in oben genannten Kapiteln in anderem Kontext erwähnt, sollen aber hier noch einmal explizit genannt werden.

Aus den Beschreibungen der Interviewten wird deutlich, dass bezüglich der medizinischen Versorgung sehr wohl ein Unterschied im Vergleich zu Patienten ohne MRE gemacht wird. Es kam teilweise zu einem verminderten Arztkontakt bzw. wurden Patienten notwendige Therapien versagt und es entfielen Folgeuntersuchen aufgrund des MRSA. Drei Patienten beschrieben eine vorzeitige Entlassung aufgrund des MRSA. Eine Betroffene klagte darüber, dass sie aufgrund ihres MRSA und des dort nicht zur Verfügung stehendes MRSA-Zimmers, nicht die Wunschrehabilitationseinrichtung ihrer Wahl besuchen durfte, die für ihr Krankheitsbild optimal geeignet gewesen wäre. Dies wirkte sich negativ auf das gesundheitliche Ergebnis ihrer Genesung aus. Ein weiterer Betroffener berichtete von seiner ebenfalls MRSA-positiven Ehefrau, für die er aufgrund des Erregers keinen Platz in einem Pflegeheim bekam. Des Weiteren wurde erwähnt, dass eine geplante, stationäre OP nach Bekanntwerden des Keimes plötzlich in ein ambulantes Vorgehen umgeändert wurde. Zur Abstrichentnahme durfte eine andere Betroffene die Arztpraxis nicht mehr betreten. Sie sah keinen Arzt mehr, da die medizinische Fachangestellte bis zur erfolgreichen Sanierung zur Entnahme ans Auto kam. Ein weiterer Patient erwähnte, dass er die Nachtschwester deutlich weniger zu sehen bekam.

Zahnärzte und auch weitere Fachärzte verweigerten einigen Patienten die Behandlung. Drei Patienten wurden aufgrund ihrer MRSA-Diagnose weitere Arztbesuche (die nicht im Zusammenhang mit MRSA standen) verweigert bzw. mussten verschoben werden. Patienten klagten darüber, die letzten im OP zu sein. Zwei Personen wurde eine stationäre Aufnahme bis zur erfolgreichen Sanierung verwehrt.

Es kann des Weiteren auch zu einer verzögerten Behandlung und Therapie von Angehörigen von MRSA-Betroffenen kommen. Ein Patient erzählte, dass seine Ehefrau eine Operation mit längerfristigem Rehabilitationsaufenthalt nötig hätte, diese aber vor

sich herschiebe, weil sie Angst davor hätte, dass ihm als persistierendem MRSA-Träger die Besuche in Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung verwehrt bleiben könnten.

Andererseits äußerten Betroffene (n=3) auch, dass sie sich im Krankenhausgeschehen selbst medizinisch nicht schlechter behandelt fühlten. Allerdings räumte eine Patientin ein, dass die Situation für Kranke, die sich selbst nicht so gut versorgen könnten (und auch medizinisch nicht so gut informiert wären), durchaus problematisch sein könnte. Die Vorsorgemaßnahmen in Praxen zur Infektionsprävention wurden von betroffenen Patienten auch als durchaus positiv bewertet.

Tabelle 18: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Einfluss von MRSA auf medizinische Versorgung“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Verfrühte Entlassung	x					x	x						x
Einschränkung der freien Wahl von Arzt/Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung												x	
Extraauflagen in medizinischen Einrichtung bei bereits bekannter Diagnose								x	x	x			
Schlechtere Therapie mit gesundheitlichen Folgen					x							x	
Verweigerung von Fachärzten MRSA-Patient zu behandeln			x		x			x					
Weniger Arztkontakt, Praxisbetretungsverbot						x							
Negativer Einfluss von MRSA auf medizinische Versorgung von Partner		x						x					
Mehr Zuwendung/Aufmerksamkeit								x					
Folgebehandlung eingeschränkt			x										

4.2.15 Umgang mit Stigmatisierungserlebnis

In folgenden Abschnitten soll erläutert werden, wie Patienten mit eventuell vorhandener bzw. erwarteter Stigmatisierung umgegangen sind. Es sei hierbei bemerkt, dass es sich für die Patienten schwierig gestaltete, den Umgang mit Stigmatisierung vom Umgang mit der MRSA-Diagnose selbst zu trennen. Da beides emotional oft sehr eng miteinander verknüpft ist, fiel es den Patienten eher schwer, das eine vom anderen zu unterscheiden.

Es konnten mehrere Strategien zur Vermeidung einer negativen Wertung oder des Davontragens einer seelischen Verletzung, eruiert werden. Folgende im Kollektiv

auffindbare Strategien werden kurz erläutert: die Offensive mit Konfrontation und Trotzreaktion, Rückzug, Vermeidung und Akzeptanz.

Ein Privatpatient wählte die Konfrontationsebene und zog seine Konsequenzen aus der aus seiner Sicht unangemessenen Reaktion seitens des medizinischen Personals, indem er seine Rechnung nicht bezahlte und bewusst Ärger in Kauf nahm. Dies lässt vermuten, dass ihm dies ein Gefühl der Machtumkehr bzw. einer gewissen Kontrolle über die Situation gab. Andere Patienten reagierten mit sozialem Rückzug und verschwiegen ihre Diagnose bewusst: im medizinischen Kontext und auch privat, so dass z.T. nicht einmal die engsten Freunde darüber informiert wurden. Des Weiteren kam es bei einer Patientin zu einer starken emotionalen Reaktion, was sich in Weinen äußerte und zu Rückzug in sich selbst führte.

Eine Patientin beeindruckte durch ihre ausgeprägte Reflexionsfähigkeit und ihre Copingstrategien in Form von Atemübungen und Humor zur Verarbeitung der schwierigen Situation. Sie war in ihrer Bewertung des Erlebten sehr differenziert und schien ihre negativen Erlebnisse gut aufgearbeitet zu haben. Auffällig war dabei, dass von verschiedenen Patienten immer wieder mit Nachdruck betonte wurde, dass die Besiedlung (oder Infektion) der Vergangenheit angehöre, was auf eine gewisse Traumatisierung in dieser Zeit hinweisen könnte und den Wunsch deutlich macht, mit dem Erreger nicht mehr in Verbindung gebracht zu werden. Weitere Betroffene zeichneten sich durch einfache Akzeptanz der Situation aus, mit einer gewissen Resignation und Gleichgültigkeit, aber auch der Hoffnung auf Besserung. Andere Patienten wiederum wählten eine offensive Strategie und zeigten einen sehr offenen Umgang mit ihrer Diagnose. Sie verwendeten große Kraftressourcen darauf, die Menschen um sich herum aufzuklären und Informationen weiter zu geben, um das Meidungsverhalten und existierende Berührungängste im Umfeld zu reduzieren. Entschieden sich andere trotzdem für eine Reduktion des Kontaktes, wurde dies akzeptiert. Fünf Patienten entwickelten Verständnis für Menschen die ein Meidungsverhalten ihnen gegenüber zeigten. Gleichzeitig wurde von Betroffenen immer wieder betont, dass sie unschuldig wären und sie jegliche Schuld an ihrer Erkrankung von sich weisen. Allerdings gab es auch trotzig Reaktionsmuster, bei denen Betroffene genau das taten, was von außen in ihrer Situation als unerwünscht deutlich gemacht wurde. Ein Patient machte sich ein Spiel daraus, zum Getränkeautomat zu schleichen und das Pflegepersonal damit „auszutricksen“. Eine weitere Betroffene ging weiter in öffentliche Versammlungen, obwohl sie von Freunden

in dem Kontext den Vorwurf bekommen hatte, dass es verantwortungslos wäre, dass sie mit diesem Erreger unter Menschen ginge. Weiter wurde durch die negativen Erfahrungen bei einer Person der Wunsch geweckt, anderen, gleichfalls unter der Thematik Leidenden, zu helfen und ihnen Unterstützung und Wertschätzung entgegenzubringen, als sie es erlebte. Dieser Person wurde auch während des Interviews deutlich, welche seelische Verletzung sie durch die Reaktion ihres Umfeldes erlitten hat. Dies wollte sie aktiv angehen und aufarbeiten.

In dieser Kategorie wird deutlich, dass nicht nur Personen, die negativ wertende Erlebnisse erfahren haben Strategien entwickeln, um diese zu vermeiden, sondern auch Patienten ohne Negativerlebnis, die primär Angst vor Meidung haben, in ihrem Verhaltensmuster beeinflusst werden, um diese von vornherein zu umgehen. Dies spricht für ein Vorliegen eines erwarteten Stigmas.

Tabelle 19: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Umgang mit Stigmatisierungserlebnis“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Verschweigen der Diagnose	x	x						x		x		x	
Rebellion: Weigerung Krankenhausrechnung zu zahlen, Ignorieren von Anweisungen					x								x
Rückzug	x	x					x	x					
Akzeptanz mit Hoffnung auf Besserung			x	x		x							
Offensive: eigene Aufklärung/Infoweitergabe, Motivation anderen Betroffenen zu helfen		x	x			x							
Gleichgültigkeit					x								
Verständnisentwicklung für Meidungsverhalten	x		x			x		x				x	
Verdrängung, Ablenkung		x			x								
Anwendung Copingstrategien		x										x	
Unschuldskräfte								x				x	
Distanzierung durch Bekräftigung, dass Diagnose Vergangenheit angehört	x									x		x	

4.2.16 Verbesserungsvorschläge

In diesem Kapitel sollen die direkt und indirekt geäußerten Patientenvorschläge erläutert werden. Die Interviewten wurden während des Gespräches nach Verbesserungsvorschlägen, ihre Situation als MRSA-Patient betreffend, gefragt (Äußerungen entsprachen

der Kategorie der direkten Verbesserungsvorschläge). Weiter im Gespräch nebenbei erwähnte Missstände mit Verbesserungspotential wurden als indirekte Verbesserungsvorschläge gewertet. Beides wurde aus Analysegründen getrennt codiert, soll aber hier zum Zweck der Übersichtlichkeit gemeinsam beleuchtet werden.

Auffallend bei der Interviewführung war, dass bei der Mehrzahl der Patienten ein Mangel an Wissen über ihre Diagnose zu verzeichnen war. Sieben aller dreizehn Personen bemängelten eben dies und würden sich von Seiten der Ärzte und anderem medizinischem Personal, aber auch seitens der Medien bessere Information und mehr Aufklärung wünschen. Mehrere Parteien äußerten den Wunsch nach größerer Aufmerksamkeit und Beachtung der Thematik mit deutlicherer Präsenz in Forschung, Politik und Gesundheitswesen und möglicher Orientierung an Ländern mit geringeren MRE-Inzidenzen wie z.B. Holland. Patienten wünschten sich Aufklärungsveranstaltungen für soziale Einrichtungen wie beispielsweise Kindergärten und die Installation von Desinfektionsmittelspendern in öffentlichen Gebäuden. Es wurden mit Nachdruck einheitliche Richtlinien für die Isolierungsmaßnahmen im Krankenhaus sowie ein Verhaltenskodex für sie als Patienten, auch im Privaten, gefordert, weil die erlebte unterschiedliche Handhabung bei Betroffenen Unsicherheit, Angst und Frustration auslöste. Dabei kritisierten die Patienten auch die Unwissenheit vieler Ärzte und Pflegekräfte:

„(...) dass das Personal noch nicht mal Bescheid weiß, der Arzt nicht, wenn Sie dann irgendwo hin kommen und kriegen jedes Mal erklärt, dass/ merken eigentlich Sie wissen MEHR SCHON über das Thema, als der der Sie eigentlich behandeln soll.“

Die Patienten wünschten sich mehr Transparenz und Ehrlichkeit in der Handhabung von Patienten mit MRE im Krankenhaus, in Bezug auf Hygiene und möglicher Infektionswege. Weiter wurde der Umgang mit Patienten im Krankenhaus kritisiert: man wünscht sich einen würdevolleren Umgang mit ihnen und gleiche Therapiemöglichkeiten wie für „normale“ Patienten. Zudem kam deutlich zu tragen, dass die Isolierungszeit so belastend sei, dass sie so kurz wie möglich gehalten werden und die Räumlichkeiten angemessen sein sollten, um die belastende Situation ein wenig erträglicher zu machen. Des Weiteren wurde das Durchführen der Händehygiene des medizinischen Personals, die Reinigung und das häufig zu knapp bemessene Personal bei Pflege- und Reinigungskräften in den Einrichtungen bemängelt. Betroffene erhoffen sich in Zukunft eine schnellere Diagnosestellung. Patienten hätten sich seitens des Fachpersonals mehr Er-

mutigung und psychische Unterstützung gewünscht. Mehrmals wurde der Vorschlag unterbreitet, seitens des Krankenhauses eine besondere Gesprächsperson für MRSA-Betroffene bzw. isolierte Patienten zur Verfügung zu stellen.

Auch im ambulanten Bereich wurde ein transparenterer Umgang mit der Thematik und den Betroffenen gewünscht. Ein Patient hatte das Gefühl, dass seine MRSA-Diagnose von Ärzten zu ihrem eigenen, wirtschaftlichen Vorteil genutzt wurde. Er empfand die Entscheidung der Ärzte als willkürlich (seines Erachtens auf der Wirtschaftlichkeit der Behandlung beruhend), ob er als MRSA-Patient behandelt wird oder nicht. Es sollte eine gute ambulante Betreuung und Behandlung von verschiedenen Fachärzten auch für MRSA-Patienten gegeben sein.

Privat wünschten sich Betroffene eine bessere Integration anstatt Ausgrenzung.

Tabelle 20: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Hauptkategorien „Verbesserungsvorschläge“

Interviewnummer	10	12	11	5	9	7	4	8	6	2	13	3	1
EMIC-Wert	32	24	17	17	14	9	7	6	5	4	3	2	0
Wunsch nach mehr und besserer Information, Aufklärung	x		x			x	x			x	x	x	
Schaffung klarer und einheitlicher Richtlinien	x		x					x					
Verbesserung ärztlicher und pflegerischer Qualifikation und Wissen			x										x
Transparenz statt Vertuschung			x										x
Vorbild an anderen Ländern nehmen z.B. Niederlande	x		x				x	x		x		x	
Desinfektionsmittelspender in öffentlichen Einrichtungen	x												
Hygienefortbildung für soziale Einrichtungen							x				x		
Thematik mehr Aufmerksamkeit widmen	x		x					x	x				
Ermutigung z.B. durch med. Personal	x	x								x			
Würdevollerer Umgang mit Patienten			x					x		x			
Bereitstellung eines Gesprächspartner	x		x		x					x		x	
bessere Hygiene			x							x		x	
schnellere Diagnosestellung			x						x				x
größerer Personalschlüssel			x									x	
gleiche Therapiemöglichkeiten			x		x							x	
Isolierungszeit so kurz und angenehm wie möglich halten			x		x			x				x	
Wunsch nach Integration statt Ausgrenzung		x										x	

4.3 Ergebnisdarstellung der EMIC Stigma Scale

4.3.1 Deskriptive Statistik

Bei einem maximal erreichbaren Wert von 39 liegen die einzelnen Werte dieser Stichprobe (Patient 1-13) zwischen 0-32 Punkten (absolute Werte siehe Abbildung 11). Der Mittelwert des Gesamtscores dieses Kollektivs beträgt 10,77 (SD=9,514). Die untere (25er) und obere Perzentile (75er) liegt bei 3,5 bzw. 17,0 und der Median bei 7,0.

Die Häufigkeitsverteilung der Antworten der einzelnen Items wird in Kapitel 4.4.1 näher beschrieben.

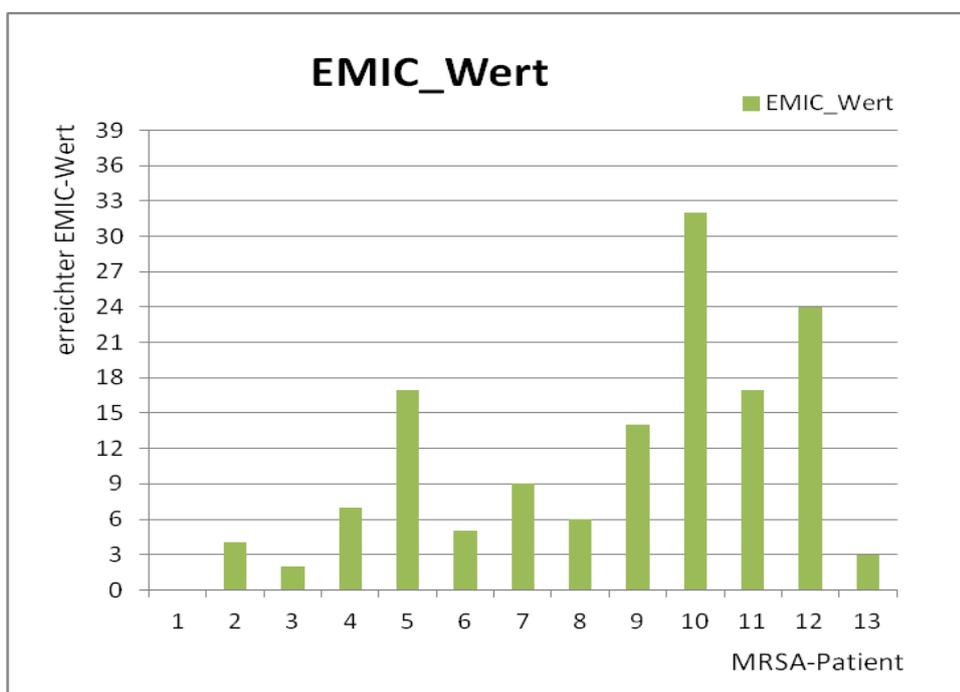


Abbildung 11: Erreichte EMIC-Werte der einzelnen Patienten

4.3.2 Reliabilitätsanalyse

Die interne Konsistenz der EMIC Stigma Scale wurde anhand Cronbach's α (Cronbach 1951) für dieser Stichprobe überprüft und weist mit einem Wert von 0,9 eine sehr gute interne Konsistenz auf. Die Trennschärfe der Items ist bis auf ein Item (Frage 1 mit -0.108) über 0,3 und damit gut.

4.4 Mixing

4.4.1 Häufigkeitsverteilung der EMIC-Items und Zuordnung zu qualitativen Daten

Die Häufigkeitsverteilung der Antworten für jedes einzelne Item geht aus Tabelle 21 hervor.

Tabelle 21: Antworthäufigkeiten der EMIC Stigma Scale

EMIC Stigma Scale: absolute und relative Häufigkeiten der Antworten									
Frage		Nein		eher Nein		eher Ja		Ja	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Wenn möglich, würden Sie es bevorzugen andere über Ihre MRSA Diagnose unwissend zu lassen?	8	61,54	1	7,69	1	7,69	3	23,08
2	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer MRSA Diagnose minderwertig?	9	69,23	1	7,69	3	23,08	0	0,00
3	Haben Sie sich aufgrund Ihrer MRSA Diagnose jemals als beschämt oder peinlich berührt fühlen müssen?	6	46,15	3	23,08	1	7,69	3	23,08
4	Wenn Ihre Nachbarn, Kollegen oder andere Menschen in Ihrem Umfeld von Ihrer MRSA Diagnose wüssten, würden diese aufgrund dessen eine geringere Meinung von Ihnen haben?	10	76,92	2	15,38	0	0,00	1	7,69
5	Könnte der Kontakt mit Ihnen eine negative Wirkung auf Menschen in Ihrem Umfeld haben?	5	38,46	1	7,69	3	23,08	4	30,77
6	Haben Sie das Gefühl, dass andere den Kontakt mit Ihnen aufgrund Ihrer MRSA Diagnose vermeiden?	8	61,54	2	15,38	0	0,00	3	23,08
7	Würden manche Menschen aufgrund Ihrer MRSA Diagnose verweigern Ihr Haus zu besuchen?	6	46,15	3	23,08	1	7,69	3	23,08
8	Wenn Ihre Nachbarn, Kollegen oder andere Menschen in Ihrem Umfeld von Ihrer MRSA Diagnose wüssten, würden diese aufgrund dessen eine geringere Meinung von Ihrer Familie haben?	9	69,23	3	23,08	1	7,69	0	0,00
9	Würde es zu Problemen für Ihre Familie führen, wenn andere Menschen von Ihrer MRSA Diagnose erfahren würden?	8	61,54	3	23,08	1	7,69	1	7,69
10	Würde Ihre Familie es vorziehen, andere über Ihre MRSA Diagnose unwissend zu lassen?	6	46,15	3	23,08	2	15,38	2	15,38
11	Wenn ledig: Wenn die Menschen über Ihre MRSA Diagnose Bescheid wüssten, wäre es für Sie schwieriger zu heiraten? Wenn verheiratet: Nehmen Sie an, Sie wären nicht verheiratet. Wenn die Menschen über Ihre MRSA Diagnose Bescheid wüssten, wäre es für Sie schwieriger zu heiraten?	6	46,15	3	23,08	1	7,69	3	23,08
12	Wenn ledig: Wenn Sie verheiratet wären, würde Ihre MRSA Diagnose Probleme in der Ehe verursachen? Wenn verheiratet: Könnte Ihr MRSA Diagnose Probleme in Ihrer Ehe auslösen?	9	69,23	1	7,69	2	15,38	1	7,69
13	Könnte Ihre MRSA Diagnose für jemanden in Ihrer Familie, der heiraten möchte, Schwierigkeiten verursachen?	8	61,54	1	7,69	3	23,08	1	7,69

Da die Stichprobe zu klein ist, um signifikante Schlüsse zu ziehen, sollten die Ergebnisse inhaltlich interpretiert werden. Die Themen der mit einer „Ja-Tendenz“

beantworteten Fragen werden somit näher betrachtet, da sie einen Hinweis auf zentrale Themen des Stigmatisierungserlebens von MRSA-Patienten bieten können. Themen der Fragen, die klar verneint wurden, könnten darauf hinweisen, dass diese weniger zentral sind oder Schwierigkeiten in der ehrlichen Beantwortung boten.

Im folgenden Abschnitt werden die Antworthäufigkeiten der Fragen näher beleuchtet. In Klammern sind die jeweiligen inhaltlichen Aussagen bzw. die Verweise zu den Kapiteln der qualitativen Analyse, in denen Parallelaussagen zu finden sind, beigefügt.

Von allen 13 Fragen wurde die Frage 5, ob *der Kontakt mit Ihnen eine negative Wirkung in Ihrem Umfeld haben* könnte, am häufigsten mit einem klaren „Ja“ beantwortet. Insgesamt 53% der Befragten beantworteten dieselbe Frage mit einer „Ja-Tendenz“ („Ja“ oder „eher Ja“). (Hier könnte sich die im Kapitel 4.2.5 beschriebene Angst andere anzustecken, widerspiegeln.) Weiter wurden die Fragen 1, 3, 6, 7, 11 von MRSA Patienten öfter (>23%) mit „Ja“ beantwortet. Diese Fragen beinhalten Themen wie Bevorzugung der Unwissenheit anderer über die Diagnose (s. Kapitel 4.2.15), ein vorhandenes Peinlichkeitsgefühl aufgrund der Diagnose (s. Kapitel 4.2.11), Gefühl der Meidung anderer Personen ihnen gegenüber (s. Kapitel 4.2.12), und Schwierigkeiten bei der Partnerwahl. „Ja-Tendenzen“ („eher Ja“ und „Ja“) mit >30% waren für Fragen 1, 3, 7, 10, 11, 13 zu finden. Mit einem klaren „Nein“ wurden mit >75% die Frage 4 beantwortet, welche einen verminderten Respekt des sozialen Umfeldes ihnen gegenüber thematisiert. Die graphische, prozentuale Darstellung der Antwortverteilung ist in Abbildung 12 ersichtlich. Zur inhaltlich deutlicheren Darstellung wurden die Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „eher Ja“ als Hinweis für das Vorliegen einer möglichen Stigmatisierung zusammengefasst dargestellt. Die Ergebnisse der Antwortmöglichkeit „eher Nein“ wurden in der Grafik nicht berücksichtigt, da für die Eruiierung von Stigmatisierung für diese Arbeit nur ein klares „Nein“ (kein Hinweis auf Stigma), bzw. „Ja-Tendenzen“ (Stigma liegt vor, bzw. könnte vorliegen) interessieren.

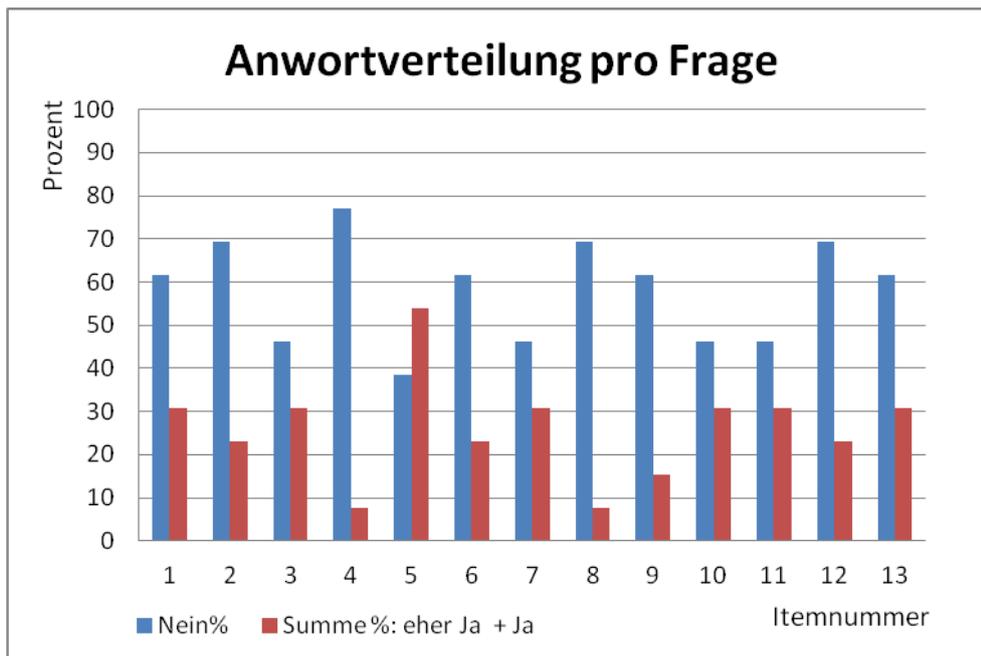


Abbildung 12: Prozentuale Antwortverteilung der Antwort "Nein" und der Antworttendenz "eher Ja" und "Ja" aufgesplittet auf die 13 Fragen der EMIC Stigma Scale. Vergleich s. Tabelle 21.

4.4.2 Korrelation zwischen EMIC und qualitativen Daten

Aus den qualitativen Interviews und demografischen Fragebögen wurden für die Fragestellung weitere, interessant erscheinende Daten der Patienten extrahiert und mit den EMIC-Werten der Interviewten nach Spearman-Rho korreliert ($n=13$). Dabei handelt es sich um folgende 13 Variablen:

- Geschlecht
- Bildungsstufe (Einteilung siehe Kapitel 3.3.2)
- Schwere der MRSA-Infektion (Gruppierung wie in Kapitel 3.3.2 beschrieben)
- Existenz einer lebensbedrohlichen Grunderkrankung als Nebendiagnose zu MRSA
- Isolierungserfahrungen: medizinisch oder gesellschaftlich (z.B. weniger soziale Kontakte)
- Ausschluss aus sozialen Aktivitäten, Arbeitsverbot, eigener sozialer Rückzug)
- vorliegendes Bestrafungsgefühl (festgemacht an durch Eigeninitiative erwähnte Wörter wie „Isolationshaft“, „Bestrafung“, „Knast“, „Banküberfall“)
- negative Auswirkungen und Erlebnisse auf den Beruf (z.B. ausgesprochenes Arbeitsverbot, Existenzbedrohung)
- negative Auswirkungen und Erlebnisse auf das Privatleben
- Angst vor unangemessenen Reaktionen
- Persistenz des MRSA

- wahrscheinlicher Infektionsort (Krankenhaus oder community acquired)
- Zeitpunkt der MRSA-Infektion/Besiedlung

Ziel dieser Korrelationsberechnung ist die Frage, ob Variablen ersichtlich sind, die im Zusammenhang mit einem erhöhtem Stigmatisierungserleben (Höhe des EMIC Scores) stehen.

Bei der Korrelation nach Spearman für nichtnormalverteilte Stichproben mit diesen oben genannten Variablen ergaben sich trotz kleiner Stichprobe Tendenzen. Bei der Korrelation der Variable *Zeitpunkt der MRSA Diagnose* mit der Stigma Scale beträgt der Spearman Korrelationskoeffizient $r=0,617$ ($p=0,025$) und für die Korrelation zwischen EMIC und *Isolation auf Gesellschaftsebene* $r=0,653$ ($p=0,02$). Bei dem Zusammenhang von *negativem Einfluss der MRSA-Infektion oder Kolonisation auf das Privatleben* mit der EMIC Stigma Scale ist ein Korrelationskoeffizient von $r=0,537$ ($p=0,059$) eruierbar. Ergebnisse aller korrelierten Variablen sind in Tabelle 22 ersichtlich (im Anhang 13.11 ist die komplette Spearman-Korrelation, auch der Variablen untereinander, dargestellt.)

Tabelle 22: Korrelation qualitativer Variablen mit EMIC Stigma Scale nach Spearman-Rho

Korrelationen			Korrelationen		
		EMIC-Wert			EMIC-Wert
EMIC-Wert	r	1,000	Bestrafungsgefühl	r	-,372
	p			p	,211
Geschlecht	r	-,127	Negative Auswirkungen auf Beruf	r	,464
	p	,679		p	,110
Bildungsstufe	r	-,467	Negative Erlebnisse bzw. Einfluss im/aufs Privatleben	r	,537
	p	,108		p	,059
Alter	r	-,025	Angst vor unangemessenen Reaktionen	r	,083
	p	,936		p	,789
Schwere der MRSA-Diagnose	r	-,148	Persistenz des MRSA	r	,293
	p	,629		p	,331
Medizinische Isolierung wurde erlebt: Ja	r	-,057	Wahrscheinlicher Infektionsort	r	,339
	p	,853		p	,258
Länge der medizinischen Isolierung	r	-,167	Zeitpunkt der MRSA-Infektion/Besiedlung	r	,617*
	p	,585		p	,025
Isolation auf Gesellschaftsebene	r	,635*	Lebensbedrohliche Grunderkrankung	r	-,186
	p	,020		p	,543
* Korrelation ist bei Niveau <0,05 signifikant (zweiseitig)			r = Korrelationskoeffizient p= Signifikanz (zweiseitig)		

4.5 Unerwartete Ergebnisse und deren Interpretation

Zwei betroffene MRSA-Patienten mit einem recht hohen Stigma-Wert fielen durch scheinbar widersprüchliche Aussagen auf. Beide haben ihre Diagnose im Umfeld bewusst verschwiegen und sich sozial eher zurückgezogen. Im Widerspruch dazu waren beide darüber empört, wie leichtfertig manche Menschen mit der Diagnose umgehen. Person 1 beschrieb: „Viele verschweigen das ja, wem kann man dann überhaupt noch die Hand geben?“ Eine weitere Person ärgerte sich darüber, dass ein MRSA-Patient ein Mitglied der eigenen Familie umarmte. Diese Äußerungen wurden gemacht, obwohl beide davon sprachen, dass sie sich stark machen wollen, anderen Betroffenen in ihrer Situation zu helfen, weil die soziale Isolation so belastend für sie war. Demnach muss es Gründe geben, dass Stigmatisierte ebenfalls zu Stigmatisierenden werden können. Als Vermutungen seien hier ungenügendes Wissen über MRSA (bei beiden aus dem Gespräch ersichtlich/wahrscheinlich), ein gewisses Maß an Selbststigmatisierung oder ein gewisses Bedürfnis der Schuldzuweisung (bei beiden unbekannter Infektionsort: eher community assoziierte Infektion) genannt. Des Weiteren kann es Ausdruck der Verantwortungslast (niemanden anzustecken) sein, die Patienten spüren, und die damit verbundene Irritation, wenn andere Patienten einen „leichtfertigeren“ Umgang mit ihrer Diagnose haben, was sie wiederum als verantwortungslos wahrnehmen. Das Stigmatisieren von Stigmatisierten mit kommunizierter Hilfsbereitschaft mag einerseits als ein Widerspruch empfunden werden. Es könnte aber auch Ausdruck der verschiedenen Ebenen sein, auf der ein komplexer Prozess abläuft. Es könnte unbewusst eine aktive Stigmatisierung hervorgerufen werden, welche Ausdruck der Angst und Bedrohlichkeit (die vom MRSA ausgeht) ist und die sich in Angst vor erneuter Ansteckung (oder Ansteckung weiterer Familienmitglieder) zeigt und in Meidungsverhalten äußert, obwohl auf der rationalen Ebene Mitleid empfunden wird und eigentlich das Bemühen da ist, solchen Menschen (auf Grund der eigenen Leiderfahrung) zu helfen.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel soll erörtert werden, ob MRSA-Patienten eine Stigmatisierung erleben. Im Verlauf werden die Ergebnisse diskutiert, die Schlussfolgerungen untermauert und das Stigmatisierungserleben von Betroffenen näher beleuchtet. Es wird auf die Ergebnisse der EMIC-Stigma Scale, des Mixings der Daten und die einzelnen Formen von Stigma im Bezug auf die gewonnenen qualitativen Daten eingegangen. Des Weiteren wird anhand der gewonnenen Daten ein möglicher Stigmatisierungsprozess von MRSA-Patienten vorgestellt. Zudem werden erste Handlungsempfehlungen dargelegt und auf Stärken und Limitationen der Studie eingegangen.

5.1 Interpretation der EMIC Stigma Scale und des Mixings

Der Mittelwert der EMIC Stigma Scale bei den Teilnehmern dieser Studie beträgt 10,77 (SD=9,514). Das Ergebnis spricht dafür, dass bei den Patienten ein Stigmatisierungserleben vorliegen kann und diesem Beachtung geschenkt werden sollte. Es existiert allerdings kein Cut-Off-Wert für die Stigma Scale, ab welchem von einem Stigma die Rede ist.

Weitere Studien, bei denen die EMIC Stigma Scale zur Eruiierung eines krankheitsbezogenem Stigmas verwendet wurde, ergaben folgende Ergebnisse: die Mittelwerte der Studie zu Stigma und Depression unter türkischen Immigrantinnen lagen bei 19,7 (Heredia Montesinos et al. 2012, S. 24); die Mittelwerte für Stigma und Schizophrenie in Indien bei 30,8 (Raguram et al. 2004, S. 737). Dabei sollen allerdings keine direkten Vergleiche gezogen werden, da es sich bei beiden Vergleichsstudien nicht um deutsche Kollektive handelt und Stigmatisierung und Stigmaerleben zwischen Kulturen schwanken können (vgl. Weiss und Ramakrishna 2006). Vergleichbare Studien lagen nicht vor. Da in Deutschland ein Großteil der Bevölkerung ein naturwissenschaftliches Krankheitsverständnis teilt, liegt die Vermutung nahe, dass die mit diesem Instrument zu erhebende Stigmatisierung generell niedriger ausfallen würde als in Ländern oder Kulturen, wo dies nicht der Fall ist. Auch wenn der Mittelwert dieses Kollektivs nicht allzu hoch erscheinen mag, lässt sich daraus nicht schließen, es läge kein Stigma vor. Die qualitativen Daten dieser Studie bekräftigen das Vorhandensein eines Stigmaerlebens. Möglicherweise spiegeln jedoch die EMIC-Werte nur bedingt das erwartete Stigma des Kollektivs wieder.

Die EMIC-Werte der Kohorte dieser Studie sind weit gestreut (zwischen 0 und 32 Punkten) und legen, in Kombination mit der Betrachtung der Ergebnisse der qualitativen Daten, die Vermutung nahe, dass ein erwartetes Stigma stark von persönlichen Faktoren abhängt. Um dieser Frage nachzugehen, wurden im beschriebenen Mixing-Verfahren einige Merkmale aus den qualitativen Patientendaten herausgefiltert und in Korrelation mit der Höhe des EMIC-Wertes gesetzt (s. u.). Weiter fällt auf, dass einige der EMIC-Werte der Befragten deutlich kleiner ausfallen als aufgrund der beschriebenen Erlebnisse von dem Interviewer während des Gespräches erwartet wurde. Mögliche Ursachen dieser Diskrepanz werden in Kapitel 5.3 Stärken und Schwächen der Studie diskutiert.

Die interne Konsistenz für die Beantwortung des EMIC-Fragebogens dieser Stichprobe ist gut. Die Trennschärfe liegt mit Ausnahme von Item 1 (mit -0,108) deutlich über dem Grenzwert von 0,3. Mit Frage 1 wird eruiert, ob Patienten es vorziehen würden, das eigene Umfeld über die Diagnose unwissend zu lassen, wenn die Möglichkeit dazu bestünde. Diese geringe Trennschärfe von Frage 1 beschreibt, dass potentiell vorhandene Unterschiede im Umgang mit der Thematik anhand der Frage nicht entdeckt werden, aber im Kollektiv existieren. Diese Unterschiede selbst können anhand des Items nicht erfasst werden, allerdings mittels der qualitativen Daten. Die Unterschiedlichkeit in der Beantwortung des Items wirft u.a. die Frage auf, ob bei dieser Frage vermehrt die „Unwahrheit“ gesagt wurde (z.B. verursacht durch fehlende Anonymität und Schamgefühl dem Interviewer gegenüber) oder ob es tatsächlich sehr unterschiedliche Antworten auf diese Frage gibt. Beides passt sehr gut zu den Ergebnissen der qualitativ gewonnen Daten. Einerseits wurde aus den qualitativen Daten deutlich sichtbar, dass es tatsächlich zwei Strategien im Umgang mit der Diagnose gibt: erstens das Verschweigen und zweitens offensives Kommunizieren. Andererseits waren widersprüchliche Angaben zwischen qualitativen und quantitativen Daten einzelner Personen ersichtlich. Dies bietet Grund zur Annahme, dass mehrere Personen diese Frage nicht realitätsgetreu beantworteten. Es wird davon ausgegangen, dass die qualitativen Daten eher der Realität entsprechen. Begründungen dazu finden sich in Kapitel 5.3.

Bei dem Mixing der gesammelten Daten konnten bei zwei Variablen Zusammenhänge mit der Höhe des EMIC-Wertes für dieses Kollektiv festgestellt werden. Beim untersuchten Kollektiv wurde ein Zusammenhang zwischen dem vergangenen zeitlichen Abstand zur MRSA-Diagnose und dem erwarteten Stigma festgestellt. Der

EMIC-Wert fiel umso niedriger aus, je länger die Diagnose zurücklag. Also waren die Erwartung der Betroffenen stigmatisiert zu werden geringer, je länger eine Diagnose zurücklag, bzw. je kürzer die Diagnosestellung zurücklag, desto höher war auch das erwartete Stigma. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass eine Stigmatisierung vorliegt, aber mit fortschreitendem Abstand zur Diagnose die Intensität der Wahrnehmung, aber auch Erinnerungen an negative Erlebnisse und Gefühle bezüglich einer Stigmatisierung nachlassen. Hinzu kommt, dass eradizierte MRSA-Patienten durch wiederkehrende Äußerungen deutlich machten, dass es sich um eine „abgeschlossene Sache“ handele, mit der sie nicht mehr in Verbindung gebracht werden wollen.

Des Weiteren geben die Ergebnisse einen Hinweis darauf, dass erlebte gesellschaftliche Isolation (seien es verminderte soziale Kontakte, Ausschluss aus sozialen Aktivitäten, Arbeitsverbot etc.) und erwartetes Stigma korrelieren. Je eher eine Person Isolation auf gesellschaftlicher Ebene erlebt hat, desto höher das Stigma, welches diese Person erwartet. Allerdings muss hierbei erwähnt werden, dass die Ausgrenzung von Patienten nur recht subjektiv beschrieben werden kann bzw. durchaus mit dem eigenen sozialen Rückzug „verschwimmen“ kann.

Für die Variablen Geschlecht, Berufsstufe, Schwere der MRSA-Infektion, Existenz einer lebensbedrohlichen Grunderkrankung, medizinische Isolierungserfahrungen, gesellschaftliche Isolierungserfahrungen, vorliegendes Bestrafungsgefühl, negative Auswirkungen auf Beruf und Privatleben, Angst vor unangemessenen Reaktionen, MRSA-Persistenz und dem wahrscheinlichen Infektionsort waren keine Zusammenhänge für dieses Kollektiv ersichtlich, bzw. erreichte diese in dem kleinen Kollektiv nicht das Signifikanzniveau. Allerdings wäre es zu empfehlen, diese Variablen bei einer größeren Stichprobe erneut in Betracht zu ziehen.

5.2 Diskussion der qualitativen Ergebnisse

Um von einer Stigmatisierung und Diskriminierung reden zu können, sollte diskutiert werden, ob MRSA-Patienten ein negatives Attribut zugeschrieben wird, und wie dieses Einfluss auf sie selbst und den Umgang von anderen Menschen mit ihnen hat.

5.2.1 Zuordnung von Attributen und Beschreibung internalisierten Stigmas

In der Kategorie *Angst jemanden anzustecken* (Kapitel 4.2.5) wird deutlich, dass die Angst, jemanden anzustecken, eines der zentralen Themen ist, welche Betroffene beschäftigen. Diese Angst spiegelt sich auch in der am häufigsten positiv beantworteten Frage des EMIC-Fragebogens (s. Kapitel 4.4.1), dass der Kontakt mit ihnen einen negativen Einfluss auf ihr Umfeld haben könnte, wieder. Dies führte zu der Annahme, dass der Grund dieser Ängste, die *Infektiösität*, eines der Attribute darstellen kann, welches MRSA-Patienten zugeschrieben ist. Die Isolierungsmaßnahmen im Krankenhaus mit Barriere, Mundschutztragepflicht und „Kontaktsperre“ zu anderen Patienten mögen ein Weg sein, dies zu vermitteln. (An dieser Stelle soll deutlich gemacht werden, welchen großen Einfluss das medizinische Personal hat und wie bedeutsam es ist, bei Bekanntwerden einer MRSA-Diagnose korrekt mit dem Patienten umzugehen, ihn ausführlich aufzuklären, auf seine Fragen einzugehen und die Bedeutung der Isolierungsmaßnahmen zu erläutern, ohne Panik oder falsche Vorstellungen zu schüren.) Die Wortauswahl von Betroffenen über sich selbst, bspw. dass sie sich als „Seuchenbeutel“ bezeichneten bzw. sie Parallelen zu „Pest“ und anderen ansteckenden, Stigma-besetzten Krankheiten zogen (Kapitel 4.2.9), bestätigen das Vorhandensein und die Identifizierung mit dem zugeschriebenen Attribut *Infektiösität*. Die Bedrohlichkeit des MRSA mit der Folge, dass sich fast alle Betroffenen dieser Studie mit der Endlichkeit ihres Lebens auseinandersetzen (Kapitel 4.2.3), mag ein weiterer Hinweis darauf sein, dass ihnen weitere Attribute zugeschrieben sind: *Gefährlichkeit* und damit eine damit verbundene *Unberechenbarkeit*, die von MRSA-Patienten ausgeht. Die Tatsache, dass Patienten auch Jahre nach einer Infektion mit einem „Wiederausbrechen“ der Krankheit bzw. Besiedlung rechnen, hat ein unzureichendes Wissen zur Ursache. Auch spiegelt die Aussage einer Patientin, der MRSA sei „wie (...) ein Riesending, [das] über [ihr] schwebt“ eine Unberechenbarkeit und gewisse empfundene mystische Komponente wieder.

Da sich ein Großteil der Patienten mit den oben genannten Attributen (*hochgefährlich* und *ansteckend*) auseinandersetzte und sich dazu äußerte, ist davon auszugehen, dass eine Selbststigmatisierung vorliegt. Das heißt, die oben genannten

Attribute werden von Betroffenen verinnerlicht und beeinflussen ihr Verhalten⁶. Die Frage, ob diese oder weitere Attribute MRSA-Patienten auch von außen zugeschrieben werden, kann mit dieser Studie nicht ausreichend beantwortet werden und könnte auf Grundlage dieser Studie anhand einer Befragung möglicher stigmatisierenden Personen (z.B. im Krankenhaus) untersucht werden. Wenn auch nicht Inhalt dieser Studie, sei erwähnt, dass die Attribute *hochgefährlich*, *infektiös* und *unberechenbar* zusätzlich von Medien propagiert werden, wenn etwa von einem „Killerkeim“ (Brandt 2014) etc. gesprochen wird. Diese häufig sehr einseitige Berichterstattung (Mozzillo et al. 2010) kann damit die Zuordnung der Attribute zu Patienten mit MRSA/MRE bestärken. Auch hier könnte eine Untersuchung des Einflusses der Berichterstattung der Medien Anlass zu weiterer Forschung geben.

Die mit MRSA assoziierten Attribute können dazu beitragen, dass die Identität von betroffenen Patienten beschädigt wird. Es besteht ein Spannungsfeld zwischen tatsächlichem Infektionsrisiko und angenommener Infektionswahrscheinlichkeit und Gefährlichkeit. Ein Mangel an Faktenwissen und Ausbildung von irrationalen Gedankenkonstrukten kann durchaus zu einer Verschärfung dieses Spannungsfeldes mit Verstärkung von Stigmatisierung führen.

Da MRSA-Betroffenen selbst anscheinend eher keine Schuld für ihre Infektion/Besiedlung zugeschrieben wird⁷, liegt die Vermutung nahe, dass das Stigma bei MRSA-Patienten eher niedriger ausfällt als bei Stigma-besetzten Krankheiten, bei welchen den Betroffenen eine Eigenverantwortung der Infektion zugemessen wird (wie bspw. HIV). Das Nichtverschulden einer Erkrankung erregt in einer Gesellschaft eher Mitleid und Verständnis, als wenn ein direktes (Fehl-)Verhalten dazu führen würde (Herek 1990). Weiter liegt keine negative moralische Konnotation vor, wie dies eben-

⁶ Hierbei sei erwähnt, dass eine detailliertere Erforschung eines Selbststigmas bspw. unter Zuhilfenahme des modifizierten ISMI (siehe Kapitel 1.2.4) evtl. detaillierter eruiert wäre.

⁷ Dies scheint im Besonderen zuzutreffen, wenn bei Patienten und deren Umfeld die Kenntnis oder Vermutung darüber vorliegt, dass der Erreger in einer medizinischen Einrichtung erworben wurde und es sich um einen sogenannten „Krankenhauskeim“ handelt. Die Patienten (und auch deren Angehörige) scheinen sich dann eher als „Opfer“ zu sehen (s. Kapitel 4.2.11), die „infiziert wurden“. Die Frage, inwieweit medizinisches Fachpersonal Patienten, die bereits mit einem vorliegenden MRSA aufgenommen werden, eine gewisse Schuld zuweisen, kann in dieser Studie nicht eruiert werden, wäre aber innerhalb dieser Zielgruppe durchaus ein weiterer interessanter Forschungsansatz zur Thematik der Stigmatisierung von MRSA-Patienten. Weiter wäre es interessant zu eruieren, ob es diesbezüglich Unterschiede in der Wahrnehmung von Patienten mit *community acquired*, *hospital acquired* oder *live-stock associated* MRSA gibt.

falls bei HIV der Fall ist (HIV in Kombination mit Homosexualität oder Drogenabusus nach Stürmer und Salewsky 2008).

5.2.2 Erwartetes Stigma

Die Aussagen in Kapitel 4.2.10 geben Auskunft über Ängste betroffener Personen vor unangemessenen Reaktionen ihnen gegenüber. Die geäußerten Ängste wie: Angst vor Bekanntwerden der Diagnose, Angst vor direkter Abweisung, Angst vor völliger sozialer Isolation (z.B. auch die eigenen Kinder einschließend), oder auch Angst vor schlechterer medizinischer Behandlung sprechen dafür, dass eine gewisse Meidung und Diskrimination erwartet wird, es also Hinweise auf ein vorhandenes erwartetes Stigma gibt. Zur weiteren Beantwortung der Frage, ob ein erwartetes Stigma vorliegt, kann auch Kapitel 4.2.15 zur Hand genommen werden. Der Umgang mit einer Diagnose kann ebenfalls Hinweise auf die Erwartungen von Patienten geben. Dabei war ersichtlich, dass es einigen Patienten wichtig war, die Diagnose bewusst (oder auch unbewusst) zu verschweigen. Thematisiert wurde dies bereits in Frage 1 des EMIC-Fragebogens, die mit einer „Ja-Tendenz“ von >30% beantwortet wurde. Des Weiteren wurde in den Interviews nachdrücklich betont, dass die MRSA-Diagnose der Vergangenheit angehöre. Diese deutliche Abgrenzung zum Zeitpunkt der MRSA-Infektion bzw. Besiedlung kann vermuten lassen, dass Patienten nicht mehr damit in Verbindung gebracht werden möchten und auch nicht mehr der Gruppe ‚MRSA-Patient‘ (und den damit verbundenen Attributen) zugeordnet werden möchten. Dies bestärkt die These, dass Betroffene Stigmatisierung erleben. Allerdings spiegelt sich in der weiten Streuung der Gesamtpunktzahlen des EMIC-Fragebogens des Kollektivs eine unterschiedliche Schwere der erwarteten Stigmatisierung wieder und wirft die Frage danach auf, warum dies so ist. Die Vermutung liegt nahe, dass hier ein komplexes Ursachengebilde vorliegt, das durch mehrere Faktoren beeinflusst wird. Vermutlich wird erwartetes Stigma von weiteren Faktoren wie der jeweiligen Lebenseinstellung einer Person, dem vorhandenen Wissen und der Aufklärung über MRSA, dem Persönlichkeitsmuster oder aufgrund bereits erlebter Diskriminierung etc. beeinflusst. Stürmer und Salewsky (2008) beschreiben am Beispiel von HIV und Krebs bzw. HIV und Drogenabhängigkeit, dass die Kombination von mehreren negativ besetzten Attributen Stigma verstärken kann und demnach bei HIV und Drogenabhängigkeit größer war als in der Vergleichsgruppe. Ob bei einigen Personen des Kollektivs zusätzliche negative Attribute vorlagen und dies

ihr Stigmatisierungserleben beeinflusst, konnte allerdings anhand der vorliegenden Daten nicht erfasst werden, bietet aber eine weitere Möglichkeit eines Forschungsansatzes.

Zusätzlich zur Angst vor unangemessenen Reaktionen konnte festgestellt werden, dass auch die Angst jemanden anzustecken, die bei zwölf der 13 Teilnehmern vorhanden war, verinnerlicht wurde und in gewisser Art und Weise die Erwartung, für ihr Umfeld „gefährlich“ zu sein oder zu werden, existiert. Auch diese Tatsache bestätigt das Vorhandensein eines gefühlten Stigmas. Im EMIC-Fragebogen wurde dies anhand der häufigsten mit „Ja“ beantworteten Frage ersichtlich: die Angst davor, dass der eigene Kontakt mit dem Umfeld negative Wirkung auf dieses haben könne.

Weitere häufig bejahte Fragen aus dem EMIC-Fragebogen, um erwartetes Stigma zu erforschen, schlossen folgende Themen ein: vorhandenes Peinlichkeitsgefühl aufgrund der Diagnose, welches im offenen Interview im Zusammenhang mit Aufhalten in medizinischen Einrichtungen geäußert wurde; das Gefühl der Meidung anderer Personen ihnen gegenüber, was durch gewisse Diskriminationserlebnisse (siehe nachfolgendes Kapitel) bestätigt wurde und Schwierigkeiten bei der Partnerwahl. Letzteres Thema wurde in den offenen Interviews allerdings nicht thematisiert, was aufgrund des Alters und Familienstandes der Befragten wohl auch nicht von aktuell großem Interesse erschien. Probleme in einer bereits bestehenden Partnerschaft hingegen wurden durchaus im offenen Interview thematisiert (was im Gegensatz zu der im Fragebogen eher mit einer „Nein“-Tendenz beantworteten Frage 12 steht). Das Ergebnis, welches der EMIC in Bezug auf die Frage 4 erbrachte (Frage 4 wurde am häufigsten von allen verneint), konnte auch durch die qualitativen Daten bestätigt werden. Demnach scheinen MRSA-Patienten nicht zu erwarten, dass Bekannte eine geringere Meinung aufgrund ihrer Diagnose von ihnen haben könnten.

5.2.3 Erlebtes Stigma

Diskriminierung und Stigmatisierung kann in verschiedenen gesellschaftlichen Kontexten stattfinden: im privaten Umfeld, aber auch in der Öffentlichkeit und bei krankheitsbezogenem Stigma auch im Krankenhaus oder in weiteren medizinischen Einrichtungen (Weiss 2008).

Im Privaten wurde Stigmatisierung sehr unterschiedlich wahrgenommen. Ein Großteil der Patienten beschrieb einen starken Rückhalt und Unterstützung seitens ihrer Partner, Familie und enger Bekannter, welche ihnen eine wichtige und notwendige Stüt-

ze in jener herausfordernden Zeit waren. Ein Betroffener beschrieb trotzdem den Wegfall von Sexualität mit der Partnerin und vermehrtes Streiten aufgrund des Erregers. Der Patient fühlte sich von seiner Partnerin abgelehnt. Ob dies im Rahmen einer Stigmatisierung oder anderweitiger Ursachen zu verstehen ist, ist allerdings nicht eindeutig eruierbar. Dennoch sei erwähnt, dass diese Art der Ablehnung und Meidung eine Möglichkeit ist, wie sich Stigmatisierung im Privaten äußern kann. Die bei einem weiteren Patienten geäußerte Ansteckungsangst des eigenen Kindes (im Grundschulalter) zeigte sich in der vom Kind erwünschter größeren körperlichen Distanz. Dies weist auf die Problematik hin, dass Kinder noch weniger verstehen, welche Bedeutung eine Infektion/Besiedlung mit MRE hat und nicht fassen können, ob und welche Gefahr ein MRE für sie bedeutet. Kinder können aufgrund einer solchen veränderten Situation tief verunsichert werden. Möglicherweise können die von Kindern beobachteten Maßnahmen im Krankenhaus wie das Tragen von Isolierungskleidung etc. ein traumatisches Erlebnis darstellen, was negative Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung haben kann.

Im weiteren Bekanntenkreis wurden eher negative Erfahrungen gemacht als im engen, vertrauten Umfeld. Betroffene nahmen die Angst ihres Umfeldes wahr, sie zu berühren, und dass mehr Distanz zu ihnen gehalten wurde. Dies reichte von Angst bis hin zu Panikreaktionen und physischem Zurückweichen von Personen des Umfeldes. Ansonsten sei hier bemerkt, dass viele Patienten nur ihre engsten Freunde über ihre Diagnose informierten, und diese ansonsten aus Angst vor negativen Reaktionen komplett für sich behielten, um so diskriminierende Erlebnisse zu vermeiden.

Im Arbeitsumfeld wurde Stigmatisierung ebenfalls heterogen erlebt. Hier sei nochmals erwähnt, dass die Möglichkeit eines breiten Informationsgewinnes von arbeitenden MRSA-Patienten durch den hohen Rentneranteil des Kollektivs eingeschränkt war. Diese wäre im Rahmen einer weiteren Studie ausführlicher zu erfassen. Einige Patienten erachteten es nicht als notwendig, ihr Arbeitsumfeld über die MRSA-Diagnose zu unterrichten. Bei Patienten, wo dies erfolgte, kam es durchaus zu negativen Erlebnissen. Eine mit MRSA besiedelte Patientin, die im medizinischen Umfeld arbeitete, beschrieb, dass Arbeitskollegen sie aus Angst vor Ansteckung (und dem für sie damit ebenfalls verbundenen, gefürchteten Arbeitsverbot) nicht sehen wollten und dass sie auch nicht ins Büro kommen sollte. Weiter fühlten sich Betroffene durch unangemessene Reaktionen von Arbeitgebern ihnen gegenüber in ihrem Arbeitsumfeld diskriminiert. Eine unprofessionelle Weitergabe des Wissens über die MRSA-Diagnose

durch Dritte (hier durch den Arbeitgeber) an Arbeitskollegen wurde als stigmatisierend und bloßstellend empfunden.

Darüber hinaus kam es allerdings ebenso zu negativen Erlebnissen, die durch ausreichend Wissen über MRSA und die Empfehlungen der KRINKO zu vermeiden gewesen wären. Beispielsweise wurde aus Verantwortungsbewusstsein gegenüber seinen Mitmenschen ein Mundschutz zur Infektionsprävention im Arbeitsumfeld getragen. Das Tragen dieses Mundschutzes stellte jedoch ein Art Brandmal für den Patienten dar, welches es ihm als Selbstständigen unmöglich machte, in seinem Geschäft weiterzuarbeiten. Demnach existiert ein Risiko, dass überflüssige Schutzmaßnahmen zu einem Stigmatisierungserleben beitragen können. Für solch selbstständige Berufstätige oder Menschen, die im medizinischen Bereich arbeiten, kann eine mit MRSA verknüpfte Stigmatisierung und Diskriminierung noch wesentlich weitreichendere, berufliche Folgen haben. Auch hier spielt die Angst vor Ansteckung eine zentrale Rolle. Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, kann die angenommene Angst von Kunden, „infizierte Produkte“ zu erwerben, geschäftsschädigend sein, zur völligen Meidung und zu zukunfts wirksamen Geschäftseinbußen führen. Es kann für diese eine massive berufliche Existenzbedrohung durch Arbeitsunfähigkeit oder Geschäftsverlust darstellen, bei der ein Verschweigen der Diagnose eine wesentlich zentralere Schutzfunktion hat als bei Personen, bei denen diese Existenzbedrohung nicht zur Debatte steht.

Alarmierend ist, dass ein Großteil der berichteten Diskriminationserlebnisse im medizinischen Umfeld stattfand. Der Ort, wo Patienten geholfen werden und medizinische Kompetenz vorhanden sein muss, darf kein Ort sein, an dem Patienten neben ihrer primären Krankheitslast noch zusätzliche Bürden in Form von Meidung und Diskrimination erleben und durch unprofessionelles Verhalten u.a. durch das medizinische Personal verunsichert und stigmatisiert werden. Bedenkenswert bei Diskriminationserlebnissen in Gesundheitseinrichtungen ist, dass im Krankenhaus bereits gebräuchliche Vorgänge und Maßnahmen vom Patienten als wertend empfunden werden. So fühlten sich bspw. Betroffene als Patienten zweiter Klasse, wenn aufgrund einer vergangenen MRSA-Diagnose und eines damit erhöhten Risikoprofils ein Screeningabstrich gemacht wurde bzw. ein Negativergebnis (u.a. auf eigene Kosten) erbracht werden musste, ehe sie Zugang zu einer Behandlung hatten. Weiter fühlten sich einige Patienten peinlich berührt, wenn sie Schutzkleidung tragen mussten. Bei der Durchführung von Isolierungsmaßnahmen bei einer bestimmten Patientengruppe im Vergleich zu anderen

Patienten handelt es sich laut Definition bereits um eine Form der Diskriminierung (einen Unterschied in der Behandlung s. Kapitel 1.2.1). Ob es sich dabei um eine gesellschaftlich akzeptierte oder inakzeptable Form handelt, soll hiermit in den Raum gestellt werden, sollte immer wieder diskutiert und in Anbetracht der Mehrbelastung für Patienten durch eine wiederholte Nutzen-Kosten-Abwägung geprüft werden. Bei unserem befragten Kollektiv waren diesbezüglich zwei Parteien zu unterscheiden. Eine Partei fühlte sich durch die Isolierungsvorkehrungen gebrandmarkt und stigmatisiert, während die zweite Partei in Anbetracht der möglichen Ansteckungsgefahr weiterer Patienten Verständnis zeigte, bzw. diese Hygienemaßnahmen als sicher und gut empfand. Zu vermuten sei hier, dass es bei Patienten, die die „gängigen“ Vorschriften im Krankenhaus als stigmatisierend erlebten, keine ausreichende Aufklärung stattfand. Von Patienten, die wussten, warum welche Maßnahmen getroffen wurden, wurden diese nicht zwingenderweise als negativ, sondern auch als Schutz wahrgenommen. Die oben genannten Beispiele machen deutlich, wie wichtig es ist, mit den Patienten zusammen zu arbeiten und sie in die Denkweisen des Fachpersonals mit hineinzunehmen.

Diese Zweiteilung des Kollektivs spiegelt auch in gewisser Weise den Zwiespalt, in dem das medizinische Fachpersonal steht, wieder. Seine Aufgabe ist es dafür zu sorgen, dass die Übertragung der MRE verhindert wird, aber gleichzeitig nicht zu sehr in die Persönlichkeitsrechte eingegriffen wird. Dies ist keine leichte Aufgabe, da es die Verantwortung für MRE-Patienten sowie für Nicht-MRE-Patienten trägt. Kirkland (2009) hinterfragt die Notwendigkeit der Durchführung von Isolierung im Krankenhaus sehr kritisch. Er argumentiert, dass Händehygiene die effektivste Präventionsmaßnahme sei. Zumal werfen die umfangreichen Isolierungsmaßnahmen die Frage auf, ob es ethisch vertretbar ist, den Patienten die Rolle der Leidtragenden zuzuweisen, obwohl sie nicht die Hauptursache der Übertragung von MRE in Krankenhäusern sind (Stelfox et al. 2003). Allerdings kann auch hier die Verantwortung für eine gute Hygiene nicht nur dem Fachpersonal übertragen werden, sondern es sollte auch anderweitig dafür gesorgt sein, dass genügend Personal bzw. Zeit zur Verfügung steht, um eine gute Hygiene durchführen zu können. Es muss gewährleistet sein, dass Patienten mit und ohne MRE die bestmögliche Behandlung und den bestmöglichen Schutz erfahren, die zur Verfügung stehen und die sie benötigen.

Mehrere Patienten beschrieben, dass es durch die Diagnose zu einer früheren Entlassung, verringertem Arztkontakt und letztendlich zu einer schlechteren Therapie

(teilweise mit nicht unerheblichen Folgeerkrankungen und -OPs) aufgrund ihrer Diagnose kam. Weiter empfanden einige Patienten den zwischenmenschlichen Umgang ihnen gegenüber als unangebracht, was sie auf ihre Diagnose zurückführten. Obwohl diese Problematiken nicht von allen Patienten geäußert wurden, sollte ihnen dennoch Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die Problematik der MRE, die mittlerweile seit einigen Jahrzehnten besteht und durch eine weite Ausbreitung gekennzeichnet ist, ist eine Thematik der Zukunft. Im medizinischen Umfeld sollte deshalb einer Stigmatisierung und Diskriminierung von Patienten, die von MRE betroffen sind, mit besonderem Augenmerk entgegengewirkt und Grundlagen geschaffen werden, die eine weitere Entstehung verhindern. Eine MRSA-Diagnose sollte nicht der Grund sein, dass es zu einer wesentlichen Verzögerung einer Behandlung kommt oder den Betroffenen die Behandlung gänzlich versagt wird. Eine Verzögerung der Arztkonsultation kann zu einem erhöhten Risiko des Verschleppens bzw. zur Verschlechterung behandlungspflichtiger Erkrankungen führen, was weitreichende Folgen für den Patienten selbst und für das gesamte Gesundheitssystem hat (van Brakel 2006). An dieser Stelle soll zur Untermauerung dieser Argumentation auf das Genfer Ärztegelöbnis hingewiesen werden, welches die Grundlage für ethisches Handeln im medizinischen Kontext bildet und eine Orientierung für den Umgang mit Themen wie der Stigmatisierung von Menschen mit besonderen Erkrankungen bietet. Im Genfer Ärztegelöbnis heißt es:

(...) Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. (...) (Weltärztebund 1948)

Ein Mehraufwand bei der Behandlung von MRSA-Patienten darf zudem keine Ursache sein, dass Patienten in unfreundlicher Art und Weise begegnet wird. Patienten beschrieben weiter, dass es sich für sie anfühle, als hätten sie einen „Stempel aufgedrückt“ bekommen (was ja sogar im eigentlichen der Bedeutung eines Stigmas entspricht, s. Kapitel 1.2.1). Nun liegt die Frage nahe, ob bei einer größeren äußerlichen Sichtbarkeit des MRSA die Stigmatisierung bzw. Diskriminierung noch deutlicher und heftiger ausfallen würde. Patienten äußerten sich in diesem Zusammenhang dankbar, dass eine Besiedlung bzw. Infektion mit MRSA nicht sichtbar ist.

Wenn eine Diskrimination (z.B. von MRE-Patienten, aber auch darüber hinaus) im medizinischen Umfeld wahrgenommen wird, sollte aktiv gegen eine Entstehung und

Verfestigung vorgegangen werden, da auch ein Dulden von Diskrimination einer andersartigen Gruppe bereits eine gewisse Form der Unterstützung von Stigmatisierung darstellt (s. erweitertes *Hidden Distress Model of Stigma* von Weiss in Kapitel 1.2.3).

5.2.4 Stigmatisierungsprozess bei MRSA-Patienten

Auf Basis der Ergebnisse der Studie wurden die gewonnenen Erkenntnisse in einem Fließdiagramm zum möglichen Stigmatisierungserleben von MRSA-Patienten gebündelt dargestellt. Dabei wurden die Formen von Stigma (gefühltes und erlebtes Stigma) integriert und die Interaktionen mit Pfeilen abgebildet. In Abbildung 13 ist dieser komplexe Vorgang grafisch in Kurzform ersichtlich.

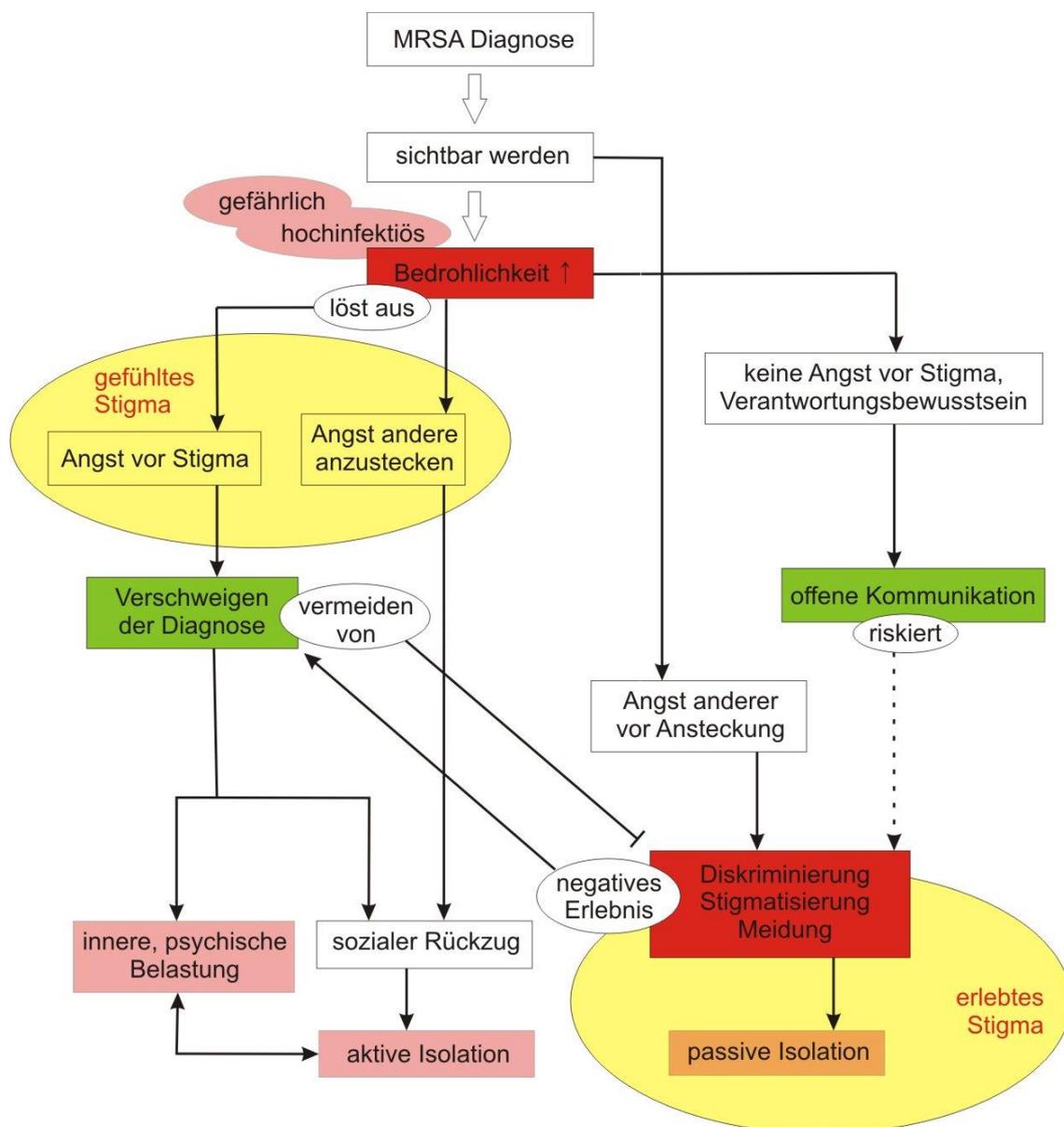


Abbildung 13: Stigmatisierungserleben von MRSA-Patienten

Eine MRSA-Diagnose, sei es als Besiedlung oder Infektion, ist von außen primär nicht als eine solche zu erkennen, es sei denn sie wird sichtbar gemacht. Im Krankenhaus geschieht dies zum Beispiel durch Warnschilder an der Tür, Isolierungsmaßnahmen oder im ambulanten Bereich durch das fälschlicherweise als notwendig erachtete Tragen eines Mundschutzes bei Arztbesuchen. Dies lässt eine besondere Situation erahnen, was das Umfeld häufig dazu anhält, nach dem Grund zu fragen. Weiter wird durch ein Fehlen am Arbeitsplatz, durch Gewichtsverlust (bspw. durch eine MRSA-assoziierte Depression) oder durch die eigene Diagnosemitteilung das Umfeld in Kenntnis gesetzt. Die Kenntnis über einen multiresistenten Keim mag für viele ein Gefühl der Bedrohlichkeit auslösen: die Sicherheitsvorkehrungen im Krankenhaus, die einseitige Medienberichterstattung über „Killerkeime“ und zusätzliche Unwissenheit über den Erreger selbst, vermutete Ansteckungsmöglichkeiten und Ansteckungsrisiken vermitteln Gefahr und verleihen MRSA-Patienten die Attribute hochgefährlich und infektiös. Der Keim ist unsichtbar und unberechenbar. Dies entspricht der ursprünglichen Bedeutung des Wortes Stigmatisierung (Anhängen eines negativen Attributes an eine Person, s. Kapitel 1.2.1). MRSA-Patienten scheinen sich selbst mit den genannten Attributen zu identifizieren und haben sie internalisiert, was einem Selbststigma entspricht. An diesem Punkt kann es bereits durch das Umfeld aus Angst vor Ansteckung zu einer Diskriminierung mit Meidungsverhalten führen. Weiter kann diese Bedrohlichkeit bei den Betroffenen selbst Angst auslösen andere anzustecken. Aus der Bedrohlichkeit heraus vermag die Vorstellung einer Meidung oder ein zuvor erlebtes Stigma (bspw. bei anderweitigen Stigma-behafteten Erkrankungen) dazu beitragen, eine Angst vor Meidung auszulösen. Wenn keine Angst vor Meidung (also kein erwartetes Stigma) vorliegt, kann bei ausreichendem Wissen und Selbstinitiative der betroffenen Person (bzw. auch bei Personen mit hohem ethischen Verständnis inklusive Verantwortungsgefühl anderen gegenüber) ein ehrlicher Umgang mit der Diagnose gewählt werden, was sich in offener Kommunikation und Aufklärung des Umfeldes über den MRSA äußert. Personen, die eine offene Kommunikation wählen, riskieren ein ablehnendes Verhalten und Meidung (erlebtes Stigma) ihnen gegenüber, was wiederum zu einer passiven Isolation (=nicht durch Eigeninitiative herbeigeführte Isolation) führen kann. Erlebte negative und verletzende Begegnungen diesbezüglich können bei denselben Personen jedoch in einem zweiten Schritt das Verschweigen der Diagnose zur Folge haben, um erneute Negativerfahrungen zu vermeiden.

Betroffene, die nicht so offensiv mit ihrer Diagnose umgehen, sind oft im Zwiespalt der Angst vor Stigmatisierung bzw. der Sehnsucht nach sozialer Integration und der Angst, ihr Umfeld mit MRSA anzustecken, gefangen. Beides sind Formen von erwartetem Stigma: die Erwartung, gemieden zu werden (Attribut „gefährlich“) und die Erwartung, jemanden anzustecken (Attribut „infektiös“). Die Angst vor Stigmatisierung (aus Angst vor Meidung oder Existenzangst) kann zum Verschweigen der Diagnose führen, was eine stigmatisierende Reaktion des Umfeldes vermeiden soll. Kommt es an diesem Punkt zur Verbreitung des Wissens über die Diagnose durch Dritte, kann dies wiederum Meidung im Umfeld auslösen. Dieses erlebte Stigma kann durch den erlebten Vertrauensbruch als noch stärker und zusätzlich bloßstellend wahrgenommen werden. Das Verschweigen der Diagnose sowie die Angst davor, anderen zu schaden, führt häufig zum selbstgewählten sozialen Rückzug. Dieser soziale Rückzug mündet in aktiver Isolation (=Isolation aus Eigeninitiative) und damit häufig verbundener psychischer, interner Belastung, welche den Leidensdruck erhöht. Diese aktive Isolation erfolgt als Schutzreaktion auf die Erwartung negativer Reaktionen des Umfeldes hin, um nicht zurückgewiesen und verletzt zu werden.

Hierbei sei angemerkt, dass die Angst, andere anzustecken und Unsicherheit im Umgang auch bei Personen mit offener Kommunikationsform vorliegen kann, obwohl die Attribute gefährlich und hochinfektiös nicht oder nicht so stark internalisiert wurden. Zu beobachten war dies eher bei Patienten im Kontakt zu Freunden mit kleinen Kindern, oder immungeschwächten Menschen wie Karzinompatienten. Trotzdem scheint die offene Kommunikation den inneren Umgang mit der Diagnose deutlich zu erleichtern.

Zusammenfassend lässt sich Folgendes feststellen: beide Umgangsformen mit einer MRSA-Diagnose können in Isolation enden. Die aktive Isolation (eigener Rückzug) ist die Folge von erwartetem Stigma und Selbststigma (eventuell in Kombination mit erlebtem Stigma, bei Strategiewechsel). Die passive Isolation ist die Folge des erlebten Stigmas. Beides stellt eine enorme Belastung für den Patienten dar. Ein Verschweigen der Diagnose kann zudem im Krankenhaussetting zu vermehrten Problemen führen und Folgen für weitere Patienten und das Gesundheitssystem haben.

Der oben dargestellte Stigmatisierungsprozess mit den Isolationsfolgen bei MRSA-Patienten wird in der Literatur durch Theorien von Scambler und Burris (2000) bestärkt. Burris führt den Begriff des *sozialen Risikos* ein. Er versteht darunter „the

danger, that an individual will be socially or economically penalized should he or she become identified with an expensive, disfavored, or feared medical condition” (Burris 2000, S. 122). Dieses soziale Risiko besteht nach Burris (2000) aus zwei Komponenten: der wahren Bedrohung der Erkrankung und der subjektiven Wahrnehmung, wie bedrohlich diese Erkrankung ist. Weiter stellt er die Hypothese auf, dass je nach Einschätzung und Abwägung des *sozialen Risikos* durch den Patienten seine Handlung beeinflusst wird. Dieser Prozess spiegelt sich im Umgang der Patienten mit der MRSA-Diagnose wieder. Patienten wägen ab, welches Risiko sie bereit sind einzugehen – über die Diagnose zu sprechen und die möglichen Folgen in Kauf zu nehmen oder nicht – und handeln dementsprechend. Auch Herek et al. (2003) nach Scambler (1989) beschreiben die Tendenz, dass Menschen, die Stigmatisierung erwarten, sich so verhalten, als ob sie der nichtstigmatisierten Mehrheit angehören würden. Sie tun dies, um Diskrimination zu vermeiden, nehmen im Gegenzug aber psychischen Stress in Kauf. Dies war bezüglich des Umgangs mit der Diagnose beim Kollektiv dieser Studie deutlich zu beobachten und unterstreicht ebenfalls diese Theorie. Gleiches Rückzugsverhalten und Verschweigen der Diagnose der MRSA-Patienten ist auch bereits bei anderen Stigma-besetzten Krankheiten bekannt und wird bspw. bei HIV in Stürmer und Salewsky 2008 beschrieben.

5.3 Stärken und Schwächen der Studie

Die gewählte Methodik bot für die Durchführung dieser explorativen Studie viele Vorteile. Durch das Befragen direkt betroffener MRSA-Patienten wurde die Möglichkeit geschaffen, sehr persönliche Einblicke in die Thematik und das Erleben der Patienten zu erhalten. Die offenen, lediglich auf den Leitfaden gestützten Interviews boten den Befragten Raum, über das zu berichten, was für sie wichtig und belastend war. Die qualitative Form des wissenschaftlichen Arbeitens ermöglichte einen tieferen, persönlicheren und weitreichenderen Einblick in die Thematik als quantitative Forschung dies allein hätte leisten können. Das zusätzlich durchgeführte Mixing mit quantitativen Daten trug in der Summe zu einem erweiterten Erkenntnisgewinn bei als dies durch Nutzung einzelner Forschungsmethoden möglich gewesen wäre. Eine weitere Stärke der qualitativen Interviewführung ist die Möglichkeit des Interviewers, auf jede Person und spezifische Themen individuell eingehen zu können, was sich gleichzeitig allerdings auch als Nachteil auswirken kann: wenn genau dies auf zwischenmenschlicher Ebene nicht gut gelingt. Die Berichterstattung Befragter setzt ein Vertrauensverhältnis voraus,

das beispielsweise durch verringerte Anonymität beim Prozess der Datenerfassung, fehlendes Einfühlungsvermögen/Empathie des Interviewers dem Patienten gegenüber, sowie unglücklich gewählte Interviewsituationen oder Mangel eines gewissen Maßes an gegenseitiger Sympathie gefährdet werden kann. So kann die Datenqualität durch die Expertise des Interviewers beeinflusst werden (Flick 2005). Um diesen Schwächen von Anbeginn entgegen zu wirken, wurde sich im Vorhinein eingehend mit dem Thema Interviewführung beschäftigt und jeweils auf eine vertrauensfördernde Interviewumgebung geachtet. Anhand der berichteten, teils sehr persönlichen Informationen kann auf ein sehr gutes Vertrauensverhältnis bei den durchgeführten Interviews geschlossen werden. Trotzdem wurde auch hier bei einigen Patienten deutlich (tendenziell eher bei Männern), dass sie ungern über ihre Wahrnehmung bzw. ihre Gefühle in den erlebten Situationen sprachen, diese teilweise gar nicht benennen konnten und dazu tendierten, nach außen hin stark wirken zu wollen. Ein Patient fiel besonders auf, der trotz stark einschneidender Krankheitserlebnisse keinerlei Gefühle dazu äußern konnte. Eine solche Alexithymie⁸ kann den Informationsgehalt eines Interviews ebenfalls beeinflussen.

Bei der kritischen Betrachtung der Patientenrekrutierung, bei der die Patienten aufgefordert wurden, sich selbst auf die Aufrufe hin zu melden, kann eine gewisse Selbstselektion der Patienten angenommen werden. Eine ausreichend gute gesundheitliche Verfassung war ebenfalls Voraussetzung für die Teilnahme an den Interviews und kann durchaus multimorbide Menschen gehindert haben, sich auf den Aufruf zu melden. Möglicherweise wäre bei dem gezielten Aufsuchen solcher Patienten in Pflegeheimen und Krankenhäusern noch ein weiteres Reservoir an Erfahrungen erforschbar. Weiter muss erwähnt werden, dass sich die Rekrutierung einer gewissen Kollektivgröße trotz ausführlicher Werbung als schwierig gestaltete. Über Gründe kann nur spekuliert werden. Ob es an der fehlenden Vergütung, an Bedenken vor zusätzlichem zeitlichen Aufwand, an fehlendem Mut oder häufig vorliegender Multimorbidität mit eingeschränktem Allgemeinzustand lag, bleibt unklar. Weiter kann auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse angenommen werden, dass eradizierte Betroffene aufgrund der negativen und evtl. traumatisierenden Erlebnisse keinerlei Berührungspunkte mit dieser Thematik mehr haben möchten, nicht daran erinnert werden wollen oder Patienten mit persistierendem MRSA die Kontaktaufnahme aus Angst, jemanden anzustecken,

⁸ Unter Alexithymie versteht man „die mangelnde Fähigkeit zum Ausdruck von Emotionen bzw. der eingeschränkte Umgang mit Gefühlen“. (Möller et al. 2001, S. 256)

scheuten. Des Weiteren wurden nur deutschsprachige Betroffene interviewt, was keine Repräsentativität der Gesamtbevölkerung gewährleistet und nicht bedeutet, dass fremdsprachige Patienten in Deutschland keine Stigmatisierung erleben. Eine Untersuchung entsprechender fremdsprachiger Patienten wäre ein weiterer interessanter Forschungsansatz.

Auffällig war zudem, dass ein deutlicher Altersunterschied von 18 Jahren zwischen Männern (MW=68,88) und Frauen (MW=46,80) dieses Kollektivs bestand. Ob diese Altersgruppen einen höheren Leidensdruck verspüren, oder ein erhöhtes Level an gesellschaftlichem Verantwortungsempfinden, mehr Zeit oder besseren Zugang zu den Studienaufforderungen hatten, bleibt offen.

Der EMIC-Fragebogen erwies sich als ein sinnvolles Instrument zur Erfassung eines erwarteten Stigmas. In dieser Studie mag hier allerdings eine Schwäche liegen: die limitierte Kollektivgröße lässt keine Verallgemeinerung zu. Außerdem war bei einigen Fragen eine Diskrepanz zwischen den qualitativen Daten und den Ergebnissen des Fragebogens ersichtlich. Es liegt die Vermutung nahe, dass beim Ausfüllen des Fragebogens aufgrund der fehlenden Anonymität bei bestimmten Fragen sich nicht der Realität entsprechend geäußert wurde. Beispielsweise wurde bei der Frage danach, ob die Betroffenen ihr Umfeld aufgrund der Diagnose lieber unwissend lassen würden, vermehrt eine „Nein-Tendenz“ im Fragebogen festgehalten, wobei im offenen Gespräch vorher das Gegenteil geäußert wurde. Ursache hierfür könnte die fehlende Anonymität in der Beantwortungssituation des Fragebogens sein (mit einer Tendenz zur Beschönigung und dazu, die vermeintliche sozial erwünschte Antwort zu geben), die sonst bei der Beantwortung solcher Fragebögen in einem anderen Setting gewährleistet ist. Auffällig war weiter die Schwierigkeit bei der Beantwortung der Ankreuzfragen, insbesondere bei einigen älteren Patienten, denen das Prinzip eines Ankreuzfragebogens nicht ausreichend geläufig war. Zwei Patienten musste aufgrund einer eingeschränkten Leseleistung der Bogen vorgelesen werden, was möglicherweise weiterhin zu einer Beeinflussung des Antwortverhaltens geführt hat (z.B. durch ein vorliegendes Peinlichkeitsgefühl, oder den Wunsch, vor dem Interviewer gut da zustehen).

Aufgrund dieser Tatsachen sollte den qualitativen Daten in dieser Studie eine größere Bedeutung zugemessen werden, da es im Zuge des *Erzählzwanges* (Flick 2005) deutlich schwieriger ist, im Gespräch ein in sich „schlüssiges Lügenkonstrukt“ zu entwickeln, als dies bei einem quantitativen Fragebogen der Fall ist.

5.4 Handlungsempfehlungen

Ziel der Studie war das Erforschen eines eventuell vorliegenden Stigmatisierungserlebens von MRSA-Patienten, welches nachgewiesen und dargestellt werden konnte. Die Ergebnisse zeigen, dass es vonnöten ist, weitere Vorkehrungen zu treffen, um hier Abhilfe zu schaffen und weiterer Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit MRSA vorzubeugen.

Stigma, hier krankheitsbezogenes Stigma, kann zu weitreichenden negativen Konsequenzen für Patienten führen. Erstens sind dies persönliche Folgen in Form von Angst, psychischer Morbidität, Depression, reduzierter sozialer Teilhabe, Folgeerkrankungen, etc., zweitens aber auch Folgen für das Gesundheitswesen durch verspätete Diagnosestellung, schlechtere Behandlung und schlechteres Compliance für Präventionsverhalten (vgl. van Brakel et al. 2006). Dass eine Verbesserung der Situation von MRSA-betroffenen Patienten dringlich ist, wurde anhand der Ergebnisse dieser explorativen Studie deutlich: Selbststigma, erwartetes und erlebtes Stigma bedeutet für die betroffenen Personen eine immense Mehrbelastung und zusätzliche gesundheitliche Bedrohung. Gefühltes Stigma (Selbststigma und erwartetes Stigma) kann laut van Brakel et al. (2006) das Leben von Patienten in gleichem Ausmaß negativ beeinflussen wie erlebtes Stigma. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass allen Stigmaformen dringlich entgegengewirkt werden sollte. Im Folgenden sollen Handlungsempfehlungen für ein Vorgehen gegen Stigmatisierung von MRSA-Patienten, die auf unterschiedlichen Ebenen möglich ist, genannt werden. Nachstehend seien in Anlehnung an Stürmer und Salewsky 2008 drei Ebenen genannt: Patient, Gesundheitssystem, und Politik und Medien. Ziel dabei ist die Unterbreitung konkreter und umsetzbarer Vorschläge. Hierbei sei erwähnt, dass die effektivste Form, Patienten vor einer Stigmatisierung wegen MRSA zu schützen, darin besteht, sie primär vor einer Infektion/Besiedlung zu bewahren und somit die Ausbreitung von MRE (im medizinischen Umfeld) durch akkurat durchgeführte Hygiene zu verhindern.

Ebene 1: Patient

Primär sollte versucht werden, den zusätzlichen Leidensdruck und die psychische Belastung von Patienten zu minimieren. Dies kann durch Maßnahmen geschehen, die eine Reduktion der Internalisierung des Stigmas zur Folge haben (vgl. Stürmer und Salewsky 2008). Durch eine angemessene Wissensvermittlung (einschließlich mögli-

cher psychischer Folgen bei Rückzug) kann ein selbstbewussterer Umgang mit einer Krankheit erwirkt werden (ebd.) und Stigma reduziert werden. Detaillierte Informationen über Erreger, Verbreitung, Infektionswege, Ansteckungsrisiko, die nötigen Isolierungsmaßnahmen im medizinischen Bereich (inkl. nichtstigmatisierender Begründung) und den Unterschied zu Verhaltensmaßregeln im privaten Alltag können Patienten die Angst nehmen oder reduzieren und einen offenen Umgang mit der Diagnose schaffen, was wiederum die Internalisierung des Stigmas (vgl. Kotzé et al. 2013) und den damit verbundenen psychischen Leidensdruck verringert. Eine gute Aufklärung kann Stigmatisierungserleben reduzieren, welches durch Unwissenheit auf unnötige Maßnahmen im Privaten bzw. Arbeitsumfeld basiert (s. Kapitel 5.2.3). Patienten müssen darüber informiert sein, dass im Krankenhaus höhere Sicherheitsmaßnahmen gelten, als im Privat- oder Arbeitsumfeld nötig sind. Dass diese Sicherheitsmaßnahmen nicht auf ihr privates Umfeld zu übertragen sind und sie dort ein normales Leben leben sollen und können, kann eine starke Erleichterung für die Patienten mit sich bringen. Eine positive Haltung Betroffener schafft die Grundlage für eine zwingend notwendige und gelingende Zusammenarbeit mit dem Patienten im Kampf gegen MRSA/MRE. Des Weiteren wurde deutlich, dass in der akuten Isolierungs-/Infektions- bzw. Besiedlungsphase ein deutliches Verlangen nach Gesprächsmöglichkeiten, Aufklärung und sozialen Kontakten geäußert wurde. Diesen Bedürfnissen sollte größere Aufmerksamkeit gewidmet werden und diese mehr erfüllt werden (s. Ebene 2). Es ist vonnöten, das direkte soziale Umfeld besser zu informieren, aufzuklären und damit zu stärken. Das unmittelbare soziale Umfeld stellt die beste Unterstützung für Betroffene im Umgang mit MRSA und Stigmatisierung dar und kann eine positive Grundhaltung der Patienten fördern, was wiederum das gefühlte Stigma der Betroffenen reduziert (vgl. Zhang et al. 2014, Kotzé et al. 2013).

Ebene 2: Gesundheitssystem

In dieser Studie wurde deutlich, dass das Verhalten von medizinischem Personal zu einem Stigmatisierungs- und Diskriminierungserleben beitrug. Dieses Phänomen wurde auch im Kontext anderer Krankheiten beschrieben (wie bei HIV in Stürmer und Salewsky 2008).

Weiter wurden große Wissensdefizite beim medizinischen Personal bemängelt. Um Abhilfe zu schaffen, sollte das medizinische Personal bezüglich der MRE stärker geschult werden; zusätzlich sollte das Thema der Stigmatisierung bspw. im Lehrkatalog

von Ausbildung oder Studium aufgenommen und medizinisches Personal entsprechend sensibilisiert werden. Studien, die belegen, dass bei Pflegepersonal und Ärzten mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Ausbildungsabschluss ein reduzierter Arztkontakt bzw. weniger Untersuchungen isolierter Patienten stattfinden (Khan et al. 2006), bestätigen die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Thematisierung der Problematik. Des Weiteren sei hiermit an eine verstärkte Hinwendung zurück zu einem ethischen Bewusstsein auf der Grundlage des Genfer Gelöbnisses (Weltärztebund 1948) appelliert. Einerseits ist dies beim medizinischen Personal ihren Patienten gegenüber wichtig, im Besonderen aber auch bei Entscheidungsträgern, die über die Anzahl von Personal auf Station entscheiden, dass eine adäquate, menschliche Behandlung aufgrund ausreichend Zeit möglich ist. Personalmangel kann über die Verdichtung des Arbeitspensums zu Vernachlässigung der Hygienemaßnahmen und weniger Aufmerksamkeit bzw. Kommunikationsmöglichkeiten mit den Patienten führen. Alle drei sind essentiell für eine optimale Patientenversorgung im Krankenhaus. Da isolierte Patienten häufig ein größeres Bedürfnis nach sozialer Interaktion, Kommunikation und Aufklärung haben, liegt die Vermutung nahe, dass durch eine personelle Unterbesetzung, neben einigen anderen negativen Folgen, auch ein verstärktes Stigma-Empfinden auslösen kann. Der mit einer MRSA-Diagnose verbundene pflegerische Mehraufwand im Krankenhaus kann diesen Effekt zusätzlich verstärken. Dieser Problematik sollte durch angemessene Personalschlüssel entgegengewirkt werden.

Das oben erwähnte verstärkte Kontakt- und Informationsbedürfnis betroffener MRSA-Patienten (besonders im Krankenhaus oder in Rehabilitationseinrichtungen) könnte zur Entlastung der Pflegekräfte und Ärzte durch einen für Isolations- und MRE-Patienten zuständigen Beauftragten gewährleistet werden. Diese sollten speziell zur Vermeidung von MRE- und eventuell entstehender Stigmatisierungsproblematik ausgebildet sein und als Kontaktperson und Wissensvermittler tätig werden. Weiter könnten MRSA/MRE-Sorgentelefone (regional gebündelt wie bspw. die MRE-Netzwerke) eingerichtet werden. Wichtig ist auch hier, dass die Patienten über diese Möglichkeiten informiert und ermutigt werden, sich weitere Hilfe zu holen. Hierbei soll nochmals mit Nachdruck erwähnt werden, dass auch die Angehörigen einem gewaltigen Leidensdruck unterliegen und Hilfe benötigen.

Des Weiteren sollte daran gearbeitet werden, einen einheitlichen Umgang mit MRSA-Patienten zu schaffen, da eine Inkongruenz innerhalb des medizinischen Sys-

tems (auch durch Unwissenheit vieler Ärzte) diesbezüglich große Verunsicherung bei den Patienten auslöst und auch für das Umfeld der Betroffenen eine starke Belastung ist. Die KRINKO hat diesbezüglich 2014 neue Handlungsempfehlungen und Informationen herausgegeben (KRINKO 2014). Diese Handlungsempfehlungen sollten patientengerecht aufbereitet und den Patienten zugänglich gemacht werden. Dies würde für mehr Transparenz, mehr Patientensicherheit und bessere Zusammenarbeit zwischen Patienten und Fachpersonal sorgen.

Die Notwendigkeit medizinischer Isolierung sollte ebenfalls regelmäßig überprüft werden und durch Abwägung von Nutzen und Schaden, Effektivität und Kostenaufwand mögliche Alternativen aufgedeckt und diskutiert werden. Eine Isolierung im medizinischen Kontext dient nicht nur dem Schutz der (als gesund gewählten) Gesamtheit, sondern bedeutet für den einzelnen Patienten eine deutliche Mehrbelastung, hat Einfluss auf sein Wohlbefinden und seine medizinische Versorgung (vgl. Braut und Holt 2011), und stellt einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar. Die Isolierungsmaßnahmen spiegeln den Konflikt wider zwischen der Schutzfunktion durch das Gesundheitswesen und dem Eingriff in die Privats- und Freiheitsrechte des Einzelnen und es sollte demnach streng abgewägt werden, wo dies nötig ist und wo nicht. Nach dem *Model Public Health Act* muss sichergestellt werden, dass die öffentliche Sicherheit die Rechte des Einzelnen nicht mehr als nötig beeinträchtigt (Kirkland 2009 nach Meier et al. 2008). Und dennoch muss dafür Sorge getragen werden, dass auch nichtbetroffenen Patienten der höchstmögliche Schutz vor Übertragung geboten wird.

Ebene 3: Politik und Medien

Den Medien kommt eine ganz besondere Verantwortung zu: die Art ihrer Berichterstattung kann dazu beitragen, Vorurteile abzubauen und hilfreiche Informationen zur Verfügung zu stellen oder aber dafür sorgen, dass eine Stigmatisierung und Diskriminierung von MRSA/MRE-Patienten gefördert wird (vgl. Mozzillo et al. 2010). Informationsvermittler wie Fernsehen etc. sollten für Schulungs- und Informationszwecke einerseits bezüglich des Umgangs mit MRE und andererseits der damit verbundenen Gefahr der Stigmatisierung genutzt werden. Weiter könnten Medien dazu beitragen, dass nicht nur Hygienedefizite in medizinischen Einrichtungen aufgedeckt werden, sondern vor allem auch Missstände in der Personalpolitik vieler Häuser. Das Einsparen von Personal hat zur Folge, dass eine adäquate Patientenbetreuung immer schlechter gewährleistet werden kann. Dies wiederum kann durch den vermehrten Ar-

beitsaufwand bei MRE-Patienten Pflege- und Behandlungsfehler sowie Diskriminierung von Patienten nach sich ziehen. Des Weiteren sollte die Thematik der multiresistenten Erreger mehr Aufmerksamkeit in der Politik erlangen und sich dafür stark gemacht werden, dass Präventionsmaßnahmen in realistischer Form (bspw. bessere Hygiene durch ausreichenden Personalschlüssel, s. Ebene 2) durchführbar sind. Erfreulicherweise scheint die Thematik der MRE in diesem Jahr steigende Aufmerksamkeit zu genießen. Im 10 Punkte Programm von Gesundheitsminister Gröhe (Ärzteblatt 2015a) und in der Diskussion über die Einschränkungen von Antibiotikaverwendung auf dem G7-Gipfel (Ärzteblatt 2015b) wird dies deutlich.

Es sind weitere Bestrebungen wünschenswert, die Grundlage für eine weitere Entstehung und Verbreitung von MRE zu verhindern. Beispielsweise sollte der inflationäre Einsatz von Antibiotika in der Massentierhaltung verboten werden. Weiter sollte an dem rationalen Einsatz von Antibiotika (antibiotic stewardship) beim Menschen gearbeitet (Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e.V. 2013) und Patienten über Möglichkeiten und Grenzen von Antibiotikagebrauch aufgeklärt werden.

5.5 Unbeantwortete und neue Fragestellungen / Ausblick

Die überschaubare Kollektivgröße dieser Studie lässt leider keine ausreichenden Verallgemeinerungen auf die Gesamtheit deutscher MRSA-Patienten zu. Um solche allgemeingültigen Aussagen zur Stigmatisierung von MRSA-Patienten treffen zu können und signifikante Ergebnisse zu erzielen, sollte ein quantitativer Forschungsansatz auf Grundlage dieser Studie mit einem ausreichend großen Kollektiv durchgeführt werden. Es ist empfehlenswert, zusätzliche mögliche Einflussfaktoren, die ein Stigmatisierungserleben zu befördern scheinen, aus den vorliegenden qualitativen Ergebnissen zu extrahieren, diese in einen quantitativen Fragebogen einzubetten und diesen in Kombination mit der EMIC Stigma Scale einem größeren Kollektiv vorzulegen. Dabei sollten auch aktuell betroffene Patienten zu Wort kommen (in dieser Studie lag die Diagnose von MRSA-Patienten mindestens drei Monate zurück). Empfehlenswert wäre ebenfalls, den maximalen Zeitraum der zurückliegenden Diagnose einzugrenzen, da mit länger zurückliegender Diagnose auch das Erinnerungsvermögen bzw. die Intensität der wahrgenommenen Erlebnisse und Emotionen nachzulassen scheinen, was Ergebnisse wiederum verfälschen kann.

Für zukünftige Forschung wäre es von Interesse, der Frage nachzugehen, inwieweit es bei MRSA-Patienten ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen in Deutschland zu einem Stigmatisierungserleben kommt. Denkbar wäre ein mit einem schlechten Sprachverständnis verbundener noch unzureichenderer Informationsaustausch und folglich schlechterem Verständnis für die Pathophysiologie bzw. Isolierungsmaßnahmen mit der Konsequenz eines stärkeren Stigmatisierungs- oder Diskriminierungserlebens. Ebenfalls von Bedeutung wäre die Untersuchung des Stigmatisierungserlebens eines Patientenkollektivs, das neben MRSA an zusätzlichen Stigma-behafteten Erkrankungen (z.B. psychischer Genese) leidet, bzw. sollte diese Möglichkeit der Beeinflussung eines Stigmatisierungserlebens aufgrund dessen in weitere Studien mit einbezogen werden. Anlass zu dieser Vermutung geben Stürmer und Salewsky (2008), die beschreiben, dass die Kombination mehrerer negativ besetzter Merkmale das Stigma betroffener Personen erhöhen kann.

Welche Einstellung das Umfeld von MRSA-Patienten zur Thematik MRSA und Stigmatisierung hat, wird in dieser Studie nur aus Patientensicht beschrieben. Um ein komplettes Konstrukt der Stigmatisierung einer Krankheit zu erforschen, sollten deshalb weitere Studien durchgeführt werden, welche die Sichtweise möglicher stigmatisierender Personen oder Parteien beinhalten.

6 Schlussfolgerung

Da die Problematik der MRE in Zukunft weiter an Brisanz zunehmen wird, muss auch der betroffene Patient mit seinem Krankheitserleben verstärkt in den Fokus gestellt werden. Ziel der vorliegenden Studie war es, ein Stigmatisierungserleben von Patienten mit MRE (hier MRSA) zu untersuchen und, wenn vorhanden, zu beschreiben. Die quantitativen Ergebnisse der EMIC Stigma Scale zeigten einen mäßig hohen Mittelwert mit weiter Streuung der Werte, was für eine individuell sehr unterschiedliche Wahrnehmung der Teilnehmer spricht. Anhand der qualitativen Ergebnisse wurde ein breitgefächertes Erleben bestätigt. Mittels der qualitativen Daten konnten Rückschlüsse auf die negativen Attribute gezogen werden, die MRSA-Patienten im Rahmen eines Stigmatisierungsprozesses zugeschrieben werden. In diesem Zusammenhang sprachen die gewonnenen Daten dafür, dass die Attribute *hochgefährlich* und *infektiös* von den Patienten in einem übersteigerten Maß verinnerlicht wurden und zu einer Selbststigmatisierung führten. Patienten nahmen den MRSA und infolgedessen sich

selbst als Bedrohung für ihr Umfeld wahr und setzten sich verstärkt mit einer von ihnen selbst mit MRSA assoziierten erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit auseinander. Neben dieser Internalisierung der Attribute zeigten die Patienten u.a. die Erwartungshaltung, dass Menschen sie meiden würden, wenn sie um die Diagnose wüssten. Dies zeigte sich in Bemühungen, die Diagnose geheim zu halten, nur nahestehende Menschen darüber in Kenntnis zu setzen oder aber in der Entscheidung, das Umfeld in einem offensiven Umgang über Risiken aufzuklären, um diese Meidung zu verhindern. Folge der erwarteten Stigmatisierung war der selbst gewählte soziale Rückzug, der in aktiver, selbst initiiertem Isolation mündete. Weiter zeigten die gewonnenen Daten, dass MRSA-Patienten durchaus mit aktiver Diskriminierung und Stigmatisierung konfrontiert werden. Es wurde Meidung durch das unmittelbare soziale Umfeld beschrieben, indem sich Personen aktiv zurückzogen, körperliche Nähe vermieden oder der Kontakt mit den Betroffenen reduziert wurde. Außerdem wurde auch im medizinischen Kontext über diskriminierendes Verhalten den Patienten gegenüber berichtet. Aufgrund der MRSA-Diagnose kam es zu einer Einschränkung der freien Arztwahl, verminderter Anzahl an Arztkontakten, von Verzögerung über mangelhafte Durchführung bis hin zum Ausfall von Therapien, sowie inadäquaten zwischenmenschlichen Begegnungen zwischen medizinischem Personal und MRSA-Patienten. Ein Teil der Patienten empfand die Isolierungsmaßnahmen in medizinischen Einrichtungen ebenfalls als diskriminierend, während andere diese als Schutzmaßnahmen gegenüber Nichtinfizierten/-kolonisierten, akzeptierten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass das Stigmatisierungserleben nicht von allen Patienten gleich empfunden wurde, sondern auch von weiteren Faktoren abzuhängen scheint. Mittels eines Mixed Methods-Designs, in welchem qualitative Daten mit den quantitativen Ergebnissen des EMIC Stigma-Fragebogens korreliert wurden, wurde versucht, weiteren Faktoren, die Einfluss auf ein Stigmatisierungserleben haben könnten, auf den Grund zu gehen. Es ergaben sich dabei positive Korrelationen zwischen dem erwarteten Stigma (den Werten der EMIC Stigma Scale) und dem Diagnosezeitpunkt bzw. einer erlebten Isolation auf Gesellschaftsebene. Je kürzer die Diagnose zurücklag, desto höher war das erwartete Stigma. Ebenfalls fiel das erwartete Stigma höher aus, je eher es zu Isolationserlebnissen im gesellschaftlichen Kontext kam. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass die vorgelegte Studie bezüglich ihrer überschaubaren Kollektivgröße und der Erforschung weiterer Faktoren an ihre Grenzen stößt und an einem größeren Kollektiv überprüft und erweitert werden sollte. Die Studie soll

allerding dazu dienen, eine gute Grundlage zu bieten, um weitere Ursachen und Faktoren in Folgestudien eruieren zu können.

Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass MRSA-assoziierte Stigmatisierung das Potenzial hat, die Identität und Gesundheit betroffener Patienten zu schädigen und ihre Lebensqualität enorm zu beeinträchtigen. Stigmatisierung und Diskriminierung als komplexen Phänomenen sollte deshalb auf mehreren Ebenen (wie in Kapitel 5.4 beschrieben) begegnet werden. Die Verantwortung für einen guten Umgang mit der Problematik multiresistenter Erreger darf dabei nicht allein dem Patienten auferlegt werden: medizinisches Personal, aber auch Politik und Medien tragen ebenfalls Verantwortung, eine Stigmatisierung aktiv zu verhindern bzw. entstigmatisierend tätig zu werden. Das Erreichen dieses Ziels erfordert eine gute Zusammenarbeit auf den genannten Ebenen. Aufgrund des in dieser Studie auffälligen Wissensmangels bei Patienten, Pflegepersonal und Ärzten ist das Sicherstellen einer guten Informationsbasis in erster Linie unabdingbar. Klare Richtlinien für das Verhalten von Patienten, Angehörigen aber auch des medizinischen Personals in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und im ambulanten Bereich verbunden mit einer Sensibilisierung und Weiterbildung für Ärzte und Pflegepersonal (bezüglich der Thematik der MRE und der damit verbundenen Stigmatisierungsgefahr) sind unentbehrlich. Ebenso vonnöten ist eine, an die besondere Situation angepasste Bereitstellung von ausreichend Personal durch Verantwortungsträger, um den besonderen Ansprüchen betroffener Patienten in medizinischen Einrichtungen gerecht zu werden. Dem medizinischen Personal kann diesbezüglich nicht die komplette Verantwortungslast im Umgang mit dem Erreger übertragen werden, allerdings sollte es (bestenfalls bereits während der Ausbildung) dazu angehalten werden, stigmatisierendes Verhalten zu vermeiden und auf die besondere Situation von Isolierungspatienten hingewiesen werden, die einen besonders sensiblen Umgang und Feingefühl benötigen. Eine adäquate Berichterstattung ohne das Schüren von Panik seitens der Medien und mehr Aufmerksamkeit der Politik wäre in diesem Bereich hilfreich und wünschenswert.

Sowohl die Selbstselektion, die bei der Patientenrekrutierung in gewisser Weise stattfand, als auch die Kollektivgröße stellen Gründe dafür dar, dass die Ergebnisse der Studie nur bedingt verallgemeinert werden können. Es konnte im Rahmen dieser Arbeit die Perspektive betroffener Patienten eruiert werden – um allerdings ein komplettes Bild der Situation und Stigmatisierung von MRSA-Patienten zu erhalten, sollten zusätzliche

Studien u.a. mit den Diskriminierenden und zusätzlich auch mit Angehörigen durchgeführt werden. Angehörige scheinen ebenfalls unter einer enormen Mehrbelastung zu leiden, welche in Folgestudien erfasst werden könnte und im Falle einer gesundheitlichen Belastung Konsequenzen und Handlungen nach sich ziehen sollte. Zwar konnte durch diese Studie ein Stigmatisierungserleben von MRSA-Patienten deutlich gemacht werden, dennoch sollten die Ergebnisse dieser Studie mittels einer quantitativen Methodik für ein größeres Kollektiv bestätigt werden.

Abschließend sei gesagt, dass diese Studie zum größeren Verständnis von MRSA-Patienten und ihrem Stigmatisierungserleben beiträgt. Auf Grundlage der Erkenntnisse kann Stigmatisierung, Diskriminierung und deren Folgen aktiv entgegengewirkt werden. Dies mag besonders im Hinblick auf eine weitere Ausbreitung auch anderer multiresistenter Keime in Deutschland bedeutend werden.

7 Zusammenfassung

Health-related stigma ist ein globales Phänomen, welches im Zusammenhang mit unterschiedlichen Krankheiten zu finden ist. Ziel dieser explorativen Studie war die Ergründung, ob MRSA-Patienten Stigmatisierung erleben und wie diese in Erscheinung tritt. Zur Datenerhebung wurde eine Mixed Methode im Paralleldesign angewendet, bestehend aus einem qualitativen Interview, einem demografischen Fragebogen und der EMIC Stigma-Scale. Die Daten wurden einzeln analysiert, dargestellt und noch während des Analyseschrittes miteinander korreliert.

Die qualitativen Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass MRSA-Patienten die Attribute „gefährlich“ und „infektiös“ zugeschrieben werden. Die Verinnerlichung dieser Attribute (welche im Umfang das objektive Maß der Bedrohlichkeit übersteigen) war bei vielen Teilnehmern gegeben und führte u.a. zu der Angst, gemieden zu werden. Diese Angst vor Meidung, sowie die unterschiedlichen Strategien der Patienten, eine Stigmatisierung zu verhindern, als auch die Ergebnisse der quantitativen Daten der EMIC Stigma Scale (der Mittelwert lag bei 10,8) gaben weitere Hinweise darauf, dass erwartetes Stigma vorliegt. Erlebtes Stigma konnte anhand diskriminierender Erlebnisse im Privaten und im medizinischen Umfeld ebenfalls eruiert werden. Bei der Korrelation der EMIC-Werte mit extrahierten qualitativen Daten zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen erwartetem Stigma und Zeitpunkt der MRSA-Diagnose sowie zwischen erwartetem Stigma und Isolierungserlebnissen auf Gesellschaftsebene.

Das Vorhandensein von gefühltem Stigma und erlebtem Stigma kann für Betroffene zur sozialen Isolation mit weitreichenden gesundheitlichen Folgen führen. Aufgrund der sozialen Isolation, einem auffälligem Wissensmangel (seitens der Patienten, der Menschen in deren privaten und beruflichem Umfeld, aber auch seitens des medizinischen und pflegerischen Personals) und dem enormen Leidensdruck der Patienten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist eine Intervention vonnöten. Dabei sollte primär beim Patienten sowie beim Fachpersonal als auch in der Bevölkerung Aufklärung und Wissensverbreitung über MRSA stattfinden. Ergänzend dazu ist eine Sensibilisierung für die Thematik der Stigmatisierung und den Umgang mit betroffenen Patienten erforderlich, insbesondere wenn sich Patienten in einer Isolierungssituation (z.B. im Krankenhaus) befinden.

8 Summary

Health-related stigma is a global phenomenon which is relevant to different health conditions. In order to investigate the thesis whether patients with MRSA are being exposed to stigmatization and how this stigmatization is manifested, a mixed methods design was used. It consisted of a topical interview, a questionnaire of demographic information and the EMIC stigma scale. The information was analyzed, illustrated, and correlated with each other during the process of analysis.

The qualitative results of this exploratory study show that the attributes “dangerous” and “infectious” are associated with patients of MRSA. The internalization of these attributes (which surmount the objective dimension of the threat that the illness possesses) was found in many participants and led to a fear of being avoided. This self-stigma, the fear of avoidance, and the quantitative results of the EMIC Stigma Scale (with an average of 10.8), also contributes to the thesis that stigmatization occurs among patients of MRSA. Furthermore, the study showed that patients employ differing strategies in order to avoid stigmatization. Findings about discriminating experiences in private and medical environments of the patients describe enacted stigma. Positive correlations could be proven between anticipated stigma and the date of diagnosis as well as between anticipated stigma and the experienced isolation in community.

The existence of felt and enacted stigma can lead to social isolation with far-reaching harmful consequences. As a result of the patient’s social isolation, an evident lack of knowledge about MRSA among the patients but also among the medical and custodial staff, and the enormous suffering and psychological strain which patients with additional health complaints experience showed that an intervention is necessary. Both patients and the general public would benefit from wide-spread education about the bacteria and its impact on patients and society. Introducing specific educational programs could also help to sensitize medical and custodial staff to the problem of stigmatization and the adequate treatment and conduct of patients with MRSA, especially those who are involved in contact barrier (for example in hospitals).

9 Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CA-MRSA	community acquired MRSA
ebd.	ebenda
EMIC	Explanatory Model Interview Catalogue
ESBL	Extended-Spektrum-Betalaktamasen
HA-MRSA	hospital acquired MRSA
ISCO	International Standard Classification of Occupations
IT	Informationstechnik
ITS	Intensivstation
LA-MRSA	livestock associated MRSA
med.	medizinisch/e
MRE	Multiresistente(r) Erreger
MRGN	Multiresistente Gramnegative Bakterien
MRSA	Methicillinresistent Staphylococcus aureus
o.ä.	oder Ähnliches
SD	Standardabweichung
s.	siehe
s.u.	siehe unten
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil invasiver MRSA-Isolate in Europa 2007 (Quelle: Korczak und Schöffmann 2010, S. 11).....	7
Abbildung 2: Gemeldete invasive MRSA-Fälle der BRD von 2011-2013, nach Bundesland aufgliedert (Quelle: Robert Koch-Institut 2014, S. 205).....	8
Abbildung 3: Inzidenz invasiver MRSA-Infektionen nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2013 (Quelle: Robert Koch-Institut 2014, S. 206).....	9
Abbildung 4: Hidden Distress Model of Stigma von G. Scambler, erweitert durch M.G. Weiss (Quelle: DOI:10.1371/journal.pntd.0000237).....	13
Abbildung 5: Items der EMIC Stigma Scale.....	23
Abbildung 6: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Quelle: Kuckartz, 2014, S.78).....	28
Abbildung 7: Gesamtes Codesystem mit 11 Haupt- und 31 Subkategorien und dahinter die Anzahl entsprechend codierter Textstellen	30
Abbildung 8: Auswertungs- und Darstellungsformen einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Quelle: Kuckartz 2014b, S. 94).....	33
Abbildung 9: Alter der Patienten mit zugehörigem EMIC-Wert.....	37
Abbildung 10: Bildungsstufe der Patienten mit zugehörigem EMIC-Wert.....	37
Abbildung 11: MRSA-Erstdiagnose der Patienten mit zugehörigem EMIC-Wert.....	38
Abbildung 12: Prozentuale Antwortverteilung der Antwort "Nein" und der Antworttendenz "eher Ja" und "Ja" aufgesplittet auf die 13 Fragen der EMIC Stigma Scale. Vergleich s. Tabelle 21.....	71
Abbildung 13: Stigmatisierungserleben von MRSA-Patienten	85

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prinzip eines <i>Summary Grid</i> bzw. Themenmatrix (modifiziert nach Tabelle 3 aus Kuckartz 2014b, S. 74)	32
Tabelle 2: Variablen und Antwortmöglichkeiten qualitativer und demografischer Daten	34
Tabelle 3: Demografische Daten.....	36
Tabelle 4: Patientendaten in Übersicht.....	39
Tabelle 5: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Hauptkategorie „Leidensdruck aufgrund MRSA“	43
Tabelle 6: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Isolierungserlebnis“	46
Tabelle 7: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Konfrontation mit dem Tod“	47
Tabelle 8: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Gesundheitliche Folgen der MRSA-Erkrankung“	49
Tabelle 9: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Angst jemanden anzustecken“.....	50
Tabelle 10: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Veränderungen im sozialen Umfeld: Privat“	52
Tabelle 11: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Veränderungen im sozialen Umfeld: Arbeit“	53
Tabelle 12: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Sicht auf sich selbst“	53
Tabelle 13: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Gebrauch Stigma-besetzter Vokabeln“.....	55
Tabelle 14: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Angst vor unangemessenen Reaktionen“	56
Tabelle 15: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Stigmatisierungserlebnis im Krankenhaus“	59

Tabelle 16: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Stigmatisierungserlebnis privat“	60
Tabelle 17: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Stigmatisierungserlebnis auf Arbeit“	61
Tabelle 18: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Einfluss von MRSA auf medizinische Versorgung“	63
Tabelle 19: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Subkategorie „Umgang mit Stigmatisierungserlebnis“	65
Tabelle 20: Zentrale Themen und Antwortverteilung der Hauptkategorien „Verbesserungsvorschläge“	67
Tabelle 21: Antworthäufigkeiten der EMIC Stigma Scale	69
Tabelle 22: Korrelation qualitativer Variablen mit EMIC Stigma Scale nach Spearman- Rho	72

12 Literaturverzeichnis

Andersson, H.; Lindholm, C.; Fossum, B. (2011): MRSA--global threat and personal disaster: patients' experiences. In: *Int Nurs Rev* 58 (1), S. 47–53. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x.

Ärzteblatt (2015a): Gröhe legt 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Keime vor. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62254/Groehellegt-10-Punkte-Plan-zur-Bekaempfung-resistenter-Keime-vor>, zuletzt geprüft am 23.09.15.

Ärzteblatt (2015b): G7 wollen Antibiotika-resistenzen bekämpfen. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63060/G7-wollen-Antibiotika-Resistenzen-bekaempfen>, zuletzt geprüft am 23.09.15.

Austin, J. K.; Huberty, T. J. (1993): Development of the Child Attitude Toward Illness Scale. In: *J Pediatr Psychol* 18 (4), S. 467–480.

Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie e.V. (Hg.) (2005): Der Mikrobiologe. Workshop zum MRSA-Screening am 25.05.05 in Hannover. Unter Mitarbeit von Dr. Axel Kola. 15. Aufl. (5), zuletzt geprüft am 03.06.15.

Bild (2015): Herzogin Kate: Killerkeim-Alarm in ihrer Klinik. - Ein Flügel musste schon geschlossen werden. Online verfügbar unter <http://www.bild.de/unterhaltung/royals/catherine-mountbatten-windsor/killer-keime-in-ihrer-geburtsklinik-40714168.bild.html>, zuletzt geprüft am 24.06.2015.

Boyce, J. M.; White, R. L.; Spruill, E. Y. (1983): Impact of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* on the Incidence of Nosocomial Staphylococcal Infections. In: *Journal of Infectious Diseases* 148 (4), S. 763. DOI: 10.1093/infdis/148.4.763.

Brandt, C.; Jahn-Mühl, B.; Parthé, S.; Pitten, F.; Merbs, R.; Heudorf, U. (2012): MRSA/MRE in der Rehabilitation - Empfehlungen des MRE-Netz Rhein-Main. In: *Die Rehabilitation* 51 (4), S. 254–258. DOI: 10.1055/s-0032-1312661.

Brandt, K. (2014): Killerkeim MRSA frisst Patienten fast von innen auf. Online verfügbar unter http://www.derwesten.de/region/rhein_ruhr/killerkeim-mrsa-frisst-patienten-fast-von-innen-auf-id9036619.html, zuletzt aktualisiert am 25.02.2014, zuletzt geprüft am 24.06.2015.

Braut, G. S.; Holt, J. (2011): Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection--the infectious stigma of our time? In: *J. Hosp. Infect.* 77 (2), S. 148–152. DOI: 10.1016/j.jhin.2010.09.029.

Brieger, W. R.; Oshiname, F. O.; Ososanya, O. O. (1998): Stigma associated with onchocercal skin disease among those affected near the Ofiki and Oyan Rivers in western Nigeria. In: *Soc Sci Med* 47 (7), S. 841–852.

Bundesministerium für Gesundheit: Gesundheitsförderung / Prävention | BMG - Gesundheit und Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter http://bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung, zuletzt geprüft am 25.06.2015.

Bundesrat (2009): Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit: Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht nach § 7 des Infektionsschutzgesetzes an die epidemiische Lage. (Labormeldepflicht- Anpassungsverordnung - LabMeldAnpV) vom 03.04.2009. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/MRSA_A/MRSA_Bundesrat.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 02.07.2015.

Burris, S. (2000): Surveillance, social risk, and symbolism: framing the analysis for research and policy. In: *J Acquir Immune Defic Syndr* 25 Suppl 2, S. S120-7.

Centers for Disease Control and Prevention (2003a): Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections among competitive sports participants—Colorado, Indiana, Pennsylvania, and Los Angeles county 2000-2003. In: *MMWR* (52), S. 793–795.

Centers for Disease Control and Prevention. (2003b): Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in correctional facilities—Georgia, California, and Texas, 2001–2003. In: *MMWR* (52), S. 992–996.

Chen, L. F. (2013): The changing epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: 50 years of a superbug. In: *American journal of infection control* 41 (5), S. 448–451. DOI: 10.1016/j.ajic.2012.06.013.

Corrigan, P. W. (1998): The impact of stigma on severe mental illness. In: *Cognitive and Behavioral Practice* 5 (2), S. 201–222. DOI: 10.1016/S1077-7229(98)80006-0.

Cosgrove, S. E.; Qi, Y.; Kaye, K. S.; Harbarth, S.; Karchmer, A. W.; Carmeli, Y. (2005): The impact of methicillin resistance in *Staphylococcus aureus* bacteremia on

patient outcomes: mortality, length of stay, and hospital charges. In: *Infection control and hospital epidemiology* 26 (2), S. 166–174. DOI: 10.1086/502522.

Cosgrove, S. E.; Sakoulas, G.; Perencevich, E. N.; Schwaber, M. J.; Karchmer, A. W.; Carmeli, Y. (2003): Comparison of mortality associated with methicillin-resistant and methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bacteremia: a meta-analysis. In: *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 36 (1), S. 53–59. DOI: 10.1086/345476.

Cronbach, L. J. (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests. In: *Psychometrika* 16 (3), S. 297–334. DOI: 10.1007/BF02310555.

Cuny, C.; Strommenger, B.; Witte, W.; Stanek, C. (2008): Clusters of infections in horses with MRSA ST1, ST254, and ST398 in a veterinary hospital. In: *Microbial drug resistance (Larchmont, N.Y.)* 14 (4), S. 307–310. DOI: 10.1089/mdr.2008.0845.

Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e.V. (2013): Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-0011_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-12.pdf.

Devine, P. G.; Plant, E. A.; Harrison, K. (1999): The Problem of "Us" Versus "Them" and AIDS Stigma. In: *American Behavioral Scientist* 42 (7), S. 1212–1228. DOI: 10.1177/00027649921954732.

Dresing, T.; Pehl, T. (2013): Praxisbuch Interview, Transkription et Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Aufl. Marburg: Dresing.

Engemann, J. J.; Carmeli, Y.; Cosgrove, S. E.; Fowler, V. G.; Bronstein, M. Z.; Trivette, S. L. et al. (2003): Adverse clinical and economic outcomes attributable to methicillin resistance among patients with *Staphylococcus aureus* surgical site infection. In: *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 36 (5), S. 592–598. DOI: 10.1086/367653.

European Centre for Disease Prevention and Control (2011): Antimicrobial resistance surveillance in Europe. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net), 2010. Stockholm: ECDC (Surveillance report). Online verfügbar unter

http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=719.

European Centre for Disease Prevention and Control (2013): Annual epidemiological report. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. Stockholm. Online verfügbar unter <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2013.pdf>, zuletzt geprüft am 02.07.15.

European Commission (2001): Communication of 20 June 2001, on a Community strategy against antimicrobial resistance [COM(2001) 333 final Volume. Online verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52001DC0333:EN:HTML>, zuletzt geprüft am 01.06.15.

Flick, U. (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3 Aufl. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch. Online verfügbar unter <http%3A//www.worldcat.org/oclc/803464998>.

Fuchs, W. (1973): Lexikon zur Soziologie. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Gagliotti, C.; Balode, A.; Baquero, F.; Degener, J.; Grundmann, H.; Gür, D. et al. (2011): Escherichia coli and Staphylococcus aureus: bad news and good news from the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net, formerly EARSS), 2002 to 2009. In: *Euro surveillance : bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 16 (11).

Gavaldà, L.; Masuet, C.; Beltran, J.; Garcia., M.; Garcia., D.; Sirvent, J. M.; Ramon, J. M. (2006): Comparative cost of selective screening to prevent transmission of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA), compared with the attributable costs of MRSA infection. In: *Infection control and hospital epidemiology* 27 (11), S. 1264–1266. DOI: 10.1086/507968.

Genberg, B. L.; Hlavka, Z.; Konda, K. A.; Maman, S.; Chariyalertsak, S.; Chingono, A. et al. (2009): A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. In: *Social science & medicine* (1982) 68 (12), S. 2279–2287. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.04.005.

- Gilman, S. L. (1999): Disease and stigma. In: *The Lancet* 354, S. SIV15. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)90358-6.
- Glasner, C.; Albiger, B.; Buist, G.; Tambić Andrasević, A.; Canton, R.; Carmeli, Y. et al. (2013): Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Europe: a survey among national experts from 39 countries, February 2013. In: *Euro surveillance : bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 18 (28).
- Goffman, E. (1975): Stigma. Über Techniken d. Bewältigung beschädigter Identität. 1. Aufl. Frankfurt (am Main): Suhrkamp (Suhrkamp-taschenbücher wissenschaft, 140).
- Grundmann, H.; Aires-de-Sousa, M.; Boyce, J.; Tiemersma, E. (2006): Emergence and resurgence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a public-health threat. In: *Lancet* 368 (9538), S. 874–885. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68853-3.
- Hamour, S.; O'Bichere, A.; Peters, J. L.; McDonald, P. J. (2003): Patient perceptions of MRSA. In: *Ann R Coll Surg Engl* 85 (2), S. 123–125. DOI: 10.1308/003588403321219939.
- Hartmann, C. (2005): Wie erleben Patienten die Isolation im Krankenhaus aufgrund einer Infektion o. Kolonisation mit MRSA. In: *HygMed* 30 (7/8), S. 234–243.
- Heredia Montesinos, A.; Rapp, M. A.; Temur-Erman, S.; Heinz, A.; Hegerl, U.; Schouler-Ocak, M. (2012): The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants. In: *European Psychiatry* 27, S. S22. DOI: 10.1016/S0924-9338(12)75704-8.
- Herek, G. M. (1990): Illness, stigma, and AIDS. In: P. Costa & G.R. VandenBos (Eds.), *Psychological aspects of serious illness* (pp. 103-150). Washington, DC: American Psychological Association.
- Herek, G. M.; Capitano, J. P.; Widaman, K. F. (2003): Stigma, social risk, and health policy: public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness. In: *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 22 (5), S. 533–540. DOI: 10.1037/0278-6133.22.5.533.
- Herold, B. C.; Immergluck, L. C.; Maranan, M. C.; Lauderdale, D. S.; Gaskin, R. E.; Boyle-Vavra, S. et al. (1998): Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococ-*

cus aureus in children with no identified predisposing risk. In: *JAMA* 279 (8), S. 593–598.

Heudorf, U.; Gottschalk, R.; Exner, M. (2014): Meldepflicht für Antibiotika-resistente Erreger. Was soll, was kann sie leisten? Die Bewertung in Bezug auf die jeweilige Einrichtung erscheint wichtig. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (11), S. 1322–1330. DOI: 10.1007/s00103-014-2046-9.

Heudorf, U.; Mischler, D. (2013): Drei Jahre MRE-Netz Rhein-Main – Erstmals MRE-Siegel an Kliniken und Altenpflegeheime vergeben. In: *Hessisches Ärzteblatt* (74), S. 682–683, zuletzt geprüft am 28.05.15.

Heudorf, U.; Mischler, D. (2014): Drei Jahre MRE-Netz Rhein-Main 2010–2013 Rückblick, wissenschaftliche Erkenntnisse und Ausblick. In: *Umweltmedizin - Hygiene - Arbeitsmedizin* (Band 19, Nr. 5), S. 389–397.

Hillmann, K.-H.; Hartfiel, G. (2007): Wörterbuch der Soziologie. Mit ... einer Zeittafel. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kröner.

Humboldt, Wilhelm von (1827): Briefe an eine Freundin. Tegel, 21. September: Wegweiser-Verlag G.M.B.H. Online verfügbar unter <http://www.egs.edu/library/wilhelm-von-humboldt/articles/>, zuletzt geprüft am 04.06.15.

ILEP (2011): Leprosy related Stigma, Guidelines to reduce stigma. How to assess health-related stigma. Hg. v. The International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP) and the Netherlands Leprosy Relief (NLR). London / Amsterdam. Online verfügbar unter <http://www.ilep.org.uk/library-resources/infolep-information-services/subjectguides/leprosy-related-stigma/>, zuletzt aktualisiert am 26.08.2014, zuletzt geprüft am 08.10.2014.

International Labour Organization; Hoffmann, E.; Scott, M. (1992): The revised international standard classification of occupation (ISCO-88). A short presentation.

Jacoby, A. (1994): Felt versus enacted stigma: A concept revisited: Evidence from a study of people with epilepsy in remission. In: *Social Science & Medicine* 38 (2), S. 269–274. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90396-4.

Johansson, E.; Long, N. H.; Diwan, V. K.; Winkvist, A. (2000): Gender and tuberculosis control. In: *Health Policy* 52 (1), S. 33–51. DOI: 10.1016/S0168-8510(00)00062-2.

- Jones, D. (2010): How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients. In: *Nursing times* 106 (36), S. 14–16.
- Kellersberger, E. R. (1951): THE SOCIAL STIGMA OF LEPROSY. In: *Annals of the New York Academy of Sciences* 54 (1), S. 126–133. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1951.tb45838.x.
- Keusch, G. T.; Wilentz, J.; Kleinman, A. (2006): Stigma and global health: developing a research agenda. In: *The Lancet* 367 (9509), S. 525–527. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68183-X.
- Khan, F. A.; Khakoo, R. A.; Hobbs, G. R. (2006): Impact of contact isolation on health care workers at a tertiary care center. In: *American journal of infection control* 34 (7), S. 408–413. DOI: 10.1016/j.ajic.2005.08.013.
- Kieler Nachrichten (2015): Keime am UKSH: Kampf gegen multiresistente Erreger. Online verfügbar unter <http://www.kn-online.de/News/Aktuelle-Nachrichten-Schleswig-Holstein/Aus-dem-Land/Verdi-legt-nach-Situation-im-UKSH-teils-haarstraubend>, zuletzt geprüft am 04.06.15.
- Kirkland, K. B. (2009): Taking off the gloves: toward a less dogmatic approach to the use of contact isolation. In: *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 48 (6), S. 766–771. DOI: 10.1086/597090.
- Knowles, H. E. (1993): The experience of infectious patients in isolation. In: *Nurs Times* 89 (30), S. 53–56.
- Köck, R.; Schaumburg, F.; Mellmann, A.; Köksal, M.; Jurke, A.; Becker, K.; Friedrich, A. W. (2013): Livestock-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) as causes of human infection and colonization in Germany. In: *PloS one* 8 (2), S. e55040. DOI: 10.1371/journal.pone.0055040.
- Köck R., Werner P., Friedrich A. et al (2012): Characteristics of *Staphylococcus aureus* nasal carriage, resistance patterns and genetic lineages in healthy german adults. In: 52nd interscience conference on antimicrobial agents and chemotherapy, San Francisco, USA. American Society for Microbiology, Washington.
- Korczak, D.; Schöffmann, C. (2010): Medizinische Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Präventions- und Kontrollmaßnahmen gegen Methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) -Infektionen im Krankenhaus. 1. Aufl. Köln: DIMDI.

- Kotzé, M.; Visser, M.; Makin, J.; Sikkema, K.; Forsyth, B. (2013): Psychosocial variables associated with coping of HIV-positive women diagnosed during pregnancy. In: *AIDS and behavior* 17 (2), S. 498–507. DOI: 10.1007/s10461-012-0379-7.
- Krebes, J.; Al-Ghusein, H.; Feasey, N.; Breathnach, A.; Lindsay, J. A. (2011): Are nasal carriers of *Staphylococcus aureus* more likely to become colonized or infected with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* on admission to a hospital? In: *Journal of clinical microbiology* 49 (1), S. 430–432. DOI: 10.1128/JCM.02039-10.
- KRINKO (2014): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. In: *Bundesgesundheitsbl.* 57 (6), S. 695–732. DOI: 10.1007/s00103-014-1980-x.
- Kuckartz, U. (2014a): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS (SpringerLink : Bücher).
- Kuckartz, U. (2014b): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Aufl. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa (Juventa Paperback).
- Lamnek, S. (1995): Methoden und Techniken. 3., korrig. Aufl. [S.l.]: [s.n.] (Qualitative Sozialforschung / Siegfried Lamnek, Bd. 2, Ed. 3).
- Layer, F.; Cuny, C.; Strommenger, B.; Werner, G.; Witte, W. (2012): Aktuelle Daten und Trends zu Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (11-12), S. 1377–1386. DOI: 10.1007/s00103-012-1560-x.
- Loeffler, A.; Boag, A. K.; Sung, J.; Lindsay, J. A.; Guardabassi, L.; Dalsgaard, A. et al. (2005): Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among staff and pets in a small animal referral hospital in the UK. In: *J Antimicrob Chemother* 56 (4), S. 692–697. DOI: 10.1093/jac/dki312.
- Lübbert, C.; Straube, L.; Stein, C.; Makarewicz, O.; Schubert, S.; Mössner, J. et al. (2015): Colonization with extended-spectrum beta-lactamase-producing and carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in international travelers returning to Germany. In: *International journal of medical microbiology : IJMM* 305 (1), S. 148–156. DOI: 10.1016/j.ijmm.2014.12.001.

- Madeo, M. (2001): Understanding the MRSA experience. In: *Nurs Times* 97 (30), S. 36–37.
- Madeo, M. (2003): The psychological impact of isolation. In: *Nursing times* 99 (7), S. 54–55.
- Masse, V.; Valiquette, L.; Boukhoudmi, S.; Bonenfant, F.; Talab, Y.; Carvalho, J.-C. et al. (2013): Impact of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* contact isolation units on medical care. In: *PloS one* 8 (2), S. e57057. DOI: 10.1371/journal.pone.0057057.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11., aktual., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Meemken, D.; Cuny, C.; Witte, W.; Eichler, U.; Staudt, R.; Blaha, T. (2008): Occurrence of MRSA in pigs and in humans involved in pig production-preliminary results of a study in the northwest of Germany. In: *Dtsch Tierarztl Wochenschr* 115 (4), S. 132–139.
- Meier, B. M.; Hodge, J. G.; Gebbie, K. M. (2008): Alaska public health law reform. In: *Journal of health politics, policy and law* 33 (2), S. 281–293. DOI: 10.1215/03616878-2007-056.
- Meyer, E.; Schwab, F.; Schroeren-Boersch, B.; Gastmeier, P. (2010): Dramatic increase of third-generation cephalosporin-resistant *E. coli* in German intensive care units: secular trends in antibiotic drug use and bacterial resistance, 2001 to 2008. In: *Critical care (London, England)* 14 (3), S. R113. DOI: 10.1186/cc9062.
- Möller, Hans-Jürgen; Braun-Scharm, Hellmuth; Deister, Arno; Laux, Gerd (2001): *Psychiatrie und Psychotherapie. ... 279 Tabellen*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. mit Video-CD-ROM. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe).
- Morgan, D. J.; Diekema, D. J.; Sepkowitz, K.; Perencevich, E. N. (2009): Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature. In: *American journal of infection control* 37 (2), S. 85–93. DOI: 10.1016/j.ajic.2008.04.257.
- Morgan, M. (2008): Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and animals: zoonosis or humanosis? In: *The Journal of antimicrobial chemotherapy* 62 (6), S. 1181–1187. DOI: 10.1093/jac/dkn405.
- Morrell, M. J. (2002): Stigma and epilepsy. In: *Epilepsy & Behavior* 3 (6), S. 21–25. DOI: 10.1016/S1525-5050(02)00547-4.

- Mozzillo, K. L.; Ortiz, N.; Miller, L. G. (2010): Patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection: twenty-first century lepers. In: *J. Hosp. Infect.* 75 (2), S. 132–134. DOI: 10.1016/j.jhin.2009.10.031.
- MRE-Netz Rhein-Main (2012): Rhein - Main Netzwerk in der Rhein - Main Region zum Schutz der Bevölkerung vor Infektionen mit antibiotikaresistenten Keimen. Online verfügbar unter <http://www.mre-rhein-main.de/index.php>, zuletzt geprüft am 28.05.2015.
- MRSA-net: Wieviel kostet ein MRSA-Patient extra im Vergleich mit normalen Patienten? Online verfügbar unter <http://www.mrsa-net.nl/de/personal/mrsa-allgemein-personal/was-ist-mrsa-personal/443-wieviel-kostet-ein-mrsa-patient-extra-im-vergleich-mit-normalen-patienten>, zuletzt geprüft am 24.06.2015.
- Newton, J. T.; Constable, D.; Senior, V. (2001): Patients' perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. In: *J. Hosp. Infect.* 48 (4), S. 275–280. DOI: 10.1053/jhin.2001.1019.
- Noll, I.; Schweickert, B.; Abu Sin, M.; Feig, M.; Claus, H.; Eckmanns, T. (2012): Daten zur Antibiotikaresistenzlage in Deutschland. Vier Jahre Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (11-12), S. 1370–1376. DOI: 10.1007/s00103-012-1559-3.
- Nordmann, P.; Naas, T.; Poirel, L. (2011): Global spread of Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae. In: *Emerging infectious diseases* 17 (10), S. 1791–1798. DOI: 10.3201/eid1710.110655.
- Nowrouzian, F. L.; Ali, A.; Badiou, C.; Dauwalder, O.; Lina, G.; Josefsson, E. (2015): Impacts of enterotoxin gene cluster-encoded superantigens on local and systemic experimental *Staphylococcus aureus* infections. In: *European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology*. DOI: 10.1007/s10096-015-2371-4.
- Oldman, T. (1998): Isolated cases. In: *Nurs Times* 94 (11), S. 67–70.
- Park, D. A.; Lee, S. M.; Peck, K. R.; Joo, E.-J.; Oh, E. G. (2013): Impact of Methicillin-Resistance on Mortality in Children and Neonates with *Staphylococcus aureus* Bacteremia: A Meta-analysis. In: *Infection & chemotherapy* 45 (2), S. 202–210. DOI: 10.3947/ic.2013.45.2.202.

Raguram, R.; Raghu, T. M.; Vounatsou, P.; Weiss, M. G. (2004): Schizophrenia and the cultural epidemiology of stigma in Bangalore, India. In: *J Nerv Ment Dis* 192 (11), S. 734–744.

Raguram, R.; Weiss, M. G.; Channabasavanna, S. M.; Devins, G. M. (1996): Stigma, depression, and somatization in South India. In: *Am J Psychiatry* 153 (8), S. 1043–1049.

Ritsher, J. B.; Otilingam, P. G.; Grajales, M. (2003): Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. In: *Psychiatry Res* 121 (1), S. 31–49, zuletzt geprüft am 06.06.15.

Robert Koch-Institut (2009): Einführung der Labormeldepflicht für den Nachweis von MRSA aus Blut oder Liquor zum 01. Juli 2009. *Epidemiol Bull* 26:252–254. Hg. v. *Epidemiol Bull*. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/26_09.pdf?__blob=publicationFile.

Robert Koch-Institut (2011): Auftreten und Verbreitung von MRSA in Deutschland 2010. In: *Epidemiologisches Bulletin* (26). Online verfügbar unter http://www.mre-rhein-main.de/downloads/MRSA_aktuell_Deutschland_EpiBull_26_2011.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.15.

Robert Koch-Institut (2013): Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health; Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung von MRSA in Deutschland – Update 2011/2012. In: *Epidemiologisches Bulletin* (21). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/21_13.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 29.05.15.

Robert Koch-Institut (2014): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2013. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2013.pdf?__blob=publicationFile.

Robert Koch-Institut (2015): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2014. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2014.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 31.08.15.

- Roberts, R. R.; Hota, B.; Ahmad, I.; Scott, R. D.; Foster, S. D.; Abbasi, F. et al. (2009): Hospital and societal costs of antimicrobial-resistant infections in a Chicago teaching hospital: implications for antibiotic stewardship. In: *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 49 (8), S. 1175–1184. DOI: 10.1086/605630.
- Rolinson, G. N. (1961): \"Celbenin\" - resistant Staphylococci. In: *BMJ* 1 (5219), S. 125–126. DOI: 10.1136/bmj.1.5219.125.
- Scambler, G. (1989): Epilepsy. London, Tavistock.
- Scambler, G. (1994): Patient perceptions of epilepsy and of doctors who manage epilepsy. In: *Seizure* 3 (4), S. 287–293.
- Scambler, G. (1998): Stigma and disease: changing paradigms. In: *Lancet* 352 (9133), S. 1054–1055. DOI: 10.1016/S0140-6736(98)08068-4.
- Stelfox, H. T.; Bates, D. W.; Redelmeier, D. A. (2003): Safety of patients isolated for infection control. In: *JAMA* 290 (14), S. 1899–1905. DOI: 10.1001/jama.290.14.1899.
- Stürmer, S.; Salewsky, C. (2008): Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In: Beelmann, A.; Jonas, K. J. (Hsg) Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tarzi, S.; Kennedy, P.; Stone, S.; Evans, M. (2001): Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. In: *J. Hosp. Infect.* 49 (4), S. 250–254. DOI: 10.1053/jhin.2001.1098.
- Tiemersma, E. W.; Bronzwaer, S. L A M; Lyytikäinen, O.; Degener, J. E.; Schrijnemakers, P.; Bruinsma, N. et al. (2004): Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Europe, 1999-2002. In: *Emerging infectious diseases* 10 (9), S. 1627–1634. DOI: 10.3201/eid1009.040069.
- Universität Gießen: <https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/dekanat/ethikkommission/dateienethik/aufklontproband/view>, zuletzt geprüft am 25.05.2015
- van Belkum, A.; Verkaik, N. J.; de Vogel, C. P.; Boelens, H. A.; Verveer, J.; Nouwen, J. L. et al. (2009): Reclassification of *Staphylococcus aureus* nasal carriage types. In: *The Journal of infectious diseases* 199 (12), S. 1820–1826. DOI: 10.1086/599119.

- van Brakel, W. (2006): Measuring health-related stigma-a literature review. In: *Psychology, health & medicine* 11 (3), S. 307–334. DOI: 10.1080/13548500600595160.
- van Brakel, W.; Anderson, A. M.; Mutatkar, R. K.; Bakirtzief, Z.; Nicholls, P. G.; Raju, M. S.; Das-Pattanayak, R. K. (2006): The Participation Scale: measuring a key concept in public health. In: *Disabil Rehabil* 28 (4), S. 193–203. DOI: 10.1080/09638280500192785.
- Webber, K. L.; Macpherson, S.; Meagher, A.; Hutchinson, S.; Lewis, B. (2012): The impact of strict isolation on MRSA positive patients: an action-based study undertaken in a rehabilitation center. In: *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses* 37 (1), S. 43–50. DOI: 10.1002/RNJ.00007.
- Weiss, G.; Ramakrishna, J. (2006): Stigma interventions and research for international health. In: *The Lancet* 367 (9509), S. 536–538. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68189-0.
- Weiss, M. (1997): Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness. In: *Transcultural Psychiatry* 34 (2), S. 235–263. DOI: 10.1177/136346159703400204.
- Weiss, M. G. (2008): Stigma and the social burden of neglected tropical diseases. In: *PLoS neglected tropical diseases* 2 (5), S. e237. DOI: 10.1371/journal.pntd.0000237.
- Weiss, M. G.; Doongaji, D. R.; Siddhartha, S.; Wypij, D.; Pathare, S.; Bhatawdekar, M. et al. (1992): The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 160, S. 819–830.
- Weltärztebund (1948): Genfer Gelöbnis. Schweiz. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf, zuletzt geprüft am 21.08.15.
- Weser Kurier (2012): Multiresistente Erreger im Klinikum Bremen-Mitte. Keimproblem im Klinikum-Mitte. Online verfügbar unter http://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadtreport_artikel,-Keimproblem-im-Klinikum-Mitte-_arid,444905.html, zuletzt geprüft am 04.06.15.
- Witte, W. (2009): Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: what do we need to know? In: *Clinical microbiology and infection : the official publica-*

tion of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases 15 Suppl 7, S. 17–25. DOI: 10.1111/j.1469-0691.2009.03097.x.

Witte, W.; Strommenger, B.; Stanek, C.; Cuny, C. (2007): Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* ST398 in humans and animals, Central Europe. In: *Emerging infectious diseases* 13 (2), S. 255–258. DOI: 10.3201/eid1302.060924.

Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, Gerd (Hg) *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* S. 227-255. Weinheim: Beltz.

World Health Organization (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Zeit Online (2015): Multiresistente Keime: Weiterer Infizierter stirbt in Kieler Uniklinik. Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2015-01/uniklinik-kiel-tote-multiresistente-keime>, zuletzt geprüft am 04.06.15.

Zhang, Y.-X.; Ying-Xia, Z.; Golin, C. E.; Bu, J.; Jin, B.; Emrick, C. Boland et al. (2014): Coping strategies for HIV-related stigma in Liuzhou, China. In: *AIDS Behav* 18 Suppl 2, S. S212-20. DOI: 10.1007/s10461-013-0662-2.

13 Anhang

13.1 Handzettel Aufruf zur Studienteilnahme

MRE-Netz Rhein-Main



Sie leben mit der Diagnose MRSA?

Wir würden gerne darüber mit Ihnen reden!

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung möchten wir das Erleben von Patienten mit einer MRSA-Diagnose erforschen. Unser Ziel dabei ist, Patienten mit MRSA noch besser gerecht zu werden.

Gerne möchten wir ein Interview mit Ihnen führen und von Ihnen hören, welche Erfahrungen Sie in medizinischen oder pflegerischen Einrichtungen oder im privaten Umfeld mit Ihrer Diagnose gemacht haben. Außerdem sind wir an Ihren Verbesserungsvorschlägen interessiert.

Wer sind wir?

Wir sind das MRE-Netz Rhein-Main (MRE = multiresistente Erreger). Unsere Ziele sind, über die Problematik von Multiresistenten Keimen aufzuklären, die Entstehung und Verbreitung dieser Keime in der Region zu vermindern, die Behandlung und die Rehabilitation der Patienten mit MRE zu verbessern und einer Stigmatisierung von Menschen mit MRE entgegen zu wirken. Weitere Informationen: www.mre-rhein-main.de

Wollen Sie mehr erfahren?

Dann melden Sie sich bitte unverbindlich per E-Mail oder telefonisch.
mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de * 069 212-48884

13.2 Patientenaufklärung und –Einwilligung²

Probanden-Information und -Einwilligung zur Durchführung einer wissenschaftlichen Studie mit volljährigen, einwilligungsfähigen Probanden¹

Prüfstelle: Gesundheitsamt Frankfurt, Infektiologie und Hygiene,
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt, Tel.: 069/212-36980, Fax: 069/212-30475

E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Prüfarzt: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Dr. med. Thomas Götz

Stigmatisierungserleben von Patienten mit MRSA/MRE unter Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen als Einflussvariablen

Eine Pilotstudie mit ersten Handlungsempfehlungen

Sehr geehrte Probandin, sehr geehrter Proband,¹

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind, an der nachfolgend beschriebenen wissenschaftlichen Studie teilzunehmen.

Wissenschaftliche Studien sind notwendig, um Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Verträglichkeit von medizinischen Behandlungsmethoden zu gewinnen oder zu erweitern. Die wissenschaftliche Studie, die wir Ihnen hier vorstellen, wurde von der zuständigen Ethikkommission zustimmend bewertet. Die Studie wird veranlasst, organisiert und finanziert durch das **MRE-Netz Rhein-Main**, dem Verantwortlichen für diese Studie.

Ihre Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie ist freiwillig. Sie werden in diese Prüfung also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie nicht an der wissenschaftlichen Studie teilnehmen oder später aus ihr Ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Sie wurden bereits auf die geplante Studie angesprochen. Der nachfolgende Text soll Ihnen die Ziele und den Ablauf erläutern. Anschließend wird ein Prüfarzt das Aufklärungsgespräch mit Ihnen führen. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind. Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über Ihre Teilnahme zu entscheiden.

¹ Im Rahmen dieses Textes schließt die männliche Bezeichnung stets die weibliche Bezeichnung mit ein.

² modifizierte Version der: „Probanden- Information und –Einwilligung zur Durchführung einer wissenschaftlichen Studie mit volljährigen, einwilligungsfähigen Probanden“ (Universität Gießen 2014)

1. Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Besiedelung oder Infektion mit Multiresistenten Erregern (MRE) bzw. Methicillinresistenten Staphylokokken (MRSA) ist für Patienten und Gesundheitssystem eine große Herausforderung. Patienten, die mit MRSA/MRE kolonisiert und infiziert sind, können dadurch unter Umständen zusätzlich zu ihrem Krankheitsleiden eine Mehrbelastung erleben. Aufgrund der Vorsorgemaßnahmen im Krankenhaus (Isolation, Verhaltensmaßnahmen, besondere Hygienemaßnahmen für Besucher und Personal) kann es möglicherweise zu Einschränkungen beim Patienten kommen, auf die diese individuell reagieren. In dieser Studie soll untersucht werden, wie ambulante Patienten mit einem zeitlichen Abstand emotional auf die im stationären Rahmen erlebten Maßnahmen im Rahmen der MRE-Besiedelung oder -Infektion reagieren und welche Rolle des jeweilige Persönlichkeitsprofil dabei spielt. Uns interessiert insbesondere, ob es zu Stigmatisierungserlebnissen gekommen ist und in welcher Form sie stattgefunden haben, bzw. noch präsent sind.

Von der Durchführung der vorgesehenen wissenschaftlichen Studie erhoffen wir uns Verbesserungsansätze im Umgang mit betroffenen Patienten, um dem Stigmatisierungserleben und der Stigmatisierung entgegenwirken. Die Erkenntnisse sollen im Rahmen des MRE-Netz Rhein-Main genutzt und zum Wohle für andere Patienten verwendet werden. Das MRE Netz Rhein-Main hat sich zum Ziel gesetzt, die Rate der MRE-Entstehung zu vermindern, die Versorgung von Patienten mit MRE zu verbessern und der Stigmatisierung von Patienten mit MRE entgegen zu wirken.

2. Wie ist der Ablauf der Studie und was muss ich bei Teilnahme beachten?

Sie werden zu einem Interview ins Gesundheitsamt Frankfurt eingeladen. Dort werden Ihnen in einem Gespräch Fragen zu Ihrer Person, Ihrem Krankheitsverlauf bzw. Krankenhausaufenthalt, Diagnosen, Erlebnissen und Erfahrungen bezüglich Ihrer MRSA/MRE-Besiedelung oder -Infektion gestellt. Die Fragen werden teils offen, teils geschlossen gestellt werden. Zu Beginn haben Sie die Möglichkeit frei auf offene Fragen zu antworten. Im folgenden Teil werden Ihnen anhand eines Fragebogens Fragen gestellt, die Sie mit Ja, eher Ja, eher Nein oder Nein beantworten können. Die Gesprächsdauer kann variieren und von 10 Minuten bis 60 Minuten dauern (Sie bestimmen diese selbst, je nach Ausführlichkeit Ihrer Antworten). Das Interview wird auf einen Tonträger zu Analysezwecken aufgezeichnet.

Sie haben jederzeit, die Möglichkeit das Interview, ohne Angabe von Gründen, vorzeitig zu beenden oder Fragen unbeantwortet zu lassen.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass das Interview zu Analysezwecken mittels eines Audio-Datenträgers aufgenommen werden darf. Ihre Daten werden Vertraulich behandelt und nur in verschlüsselter Form verwendet (mehr Infos s.u. Datenschutzerklärung).

3. Welchen persönlichen Nutzen habe ich von der Teilnahme an der Studie?

Das Gespräch kann für Sie einen direkt entlastenden Charakter haben, der Ihnen in Ihrer Krankheitsverarbeitung zugutekommt. Desweiteren können die Ergebnisse der Studie möglicherweise dazu beitragen, die Betreuung von Patienten mit MRSA/MRE zu verbessern und der Stigmatisierung und dem Stigmatisierungserleben zukünftig entgegenzuwirken.

4. Welche Risiken sind mit der Teilnahme an der Studie verbunden?

Für Sie entstehen durch die Teilnahme an dieser Studie keinerlei Risiken.

Wir weisen Sie ferner darauf hin, dass Sie auf dem Weg von und zum Gesundheitsamt Frankfurt nicht unfallversichert sind.

5. Wer darf an dieser wissenschaftlichen Studie nicht teilnehmen?

Sie dürfen an dieser Studie nicht teilnehmen, wenn seit der Diagnose MRSA/MRE-Besiedelung oder -Infektion weniger als drei Monate vergangen sind.

6. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie? Erhalte ich eine Aufwandsentschädigung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten, außer Reisekosten. Die Teilnahme ist freiwillig, eine Aufwandsentschädigung erhalten Sie nicht.

7. Werden mir neue Erkenntnisse während der wissenschaftlichen Studie mitgeteilt?

Sie werden über neue Erkenntnisse, die in Bezug auf diese wissenschaftliche Studie bekannt werden und die für Ihre Bereitschaft zur weiteren Teilnahme wesentlich sein können, informiert.

8. Wer entscheidet, ob ich aus der wissenschaftlichen Studie ausscheide?

Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Unter gewissen Umständen ist es aber auch möglich, dass der Prüfarzt oder der für die Studie Verantwortliche entscheidet, Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Prüfung vorzeitig zu beenden, ohne dass Sie auf die Entscheidung Einfluss haben. Die Gründe hierfür können z.B. sein:

- Bereits erreichte Teilnehmerzahl
- es wird die gesamte wissenschaftliche Studie abgebrochen

9. Was geschieht mit meinen Daten?

Während der wissenschaftlichen Studie werden medizinische Befunde und persönliche Informationen von Ihnen erhoben und in der Prüfstelle in Ihrer persönlichen Akte niedergeschrieben oder elektronisch gespeichert. Die für die wissenschaftliche Studie wichtigen Daten werden zusätzlich in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode, evtl. mit Angabe des Geburtsjahres.

Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Einwilligungserklärung, die im Anschluss an diese Probandeninformation abgedruckt ist.

10. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?

Beratungsgespräche an der Prüfstelle

Sie haben stets die Gelegenheit zu weiteren Beratungsgesprächen mit dem auf Seite 1 genannten oder einem anderen Prüfarzt.

Prüfstelle: MRE-Netz Rhein-Main
c/o Gesundheitsamt Frankfurt
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt, Tel.: 069/212-36980, Fax: 069/212-30475
E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de
Prüfarzt: Prof. Dr. Ursel Heudorf, Dr. Thomas Götz

Stigmatisierungserleben von Patienten mit MRSA/MRE unter Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen als Einflussvariablen

- *Eine Pilotstudie mit ersten Handlungsempfehlungen*

Einwilligungserklärung

.....
Name des Probanden in Druckbuchstaben

geb. am Teilnehmer-Nr.

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Prüfarzt

.....
Name der Ärztin/des Arztes

ausführlich und verständlich über das zu erfolgende Interview sowie über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der wissenschaftlichen Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Probandeninformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Prüfarzt über die Durchführung der wissenschaftlichen Studie zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens des Probanden oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgesprächs:

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Prüfung zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen.

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser wissenschaftlichen Prüfung personenbezogene Daten, medizinische Befunde über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der wissenschaftlichen Prüfung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der wissenschaftlichen Prüfung teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern beim **MRE-Netz Rhein-Main** aufgezeichnet werden und durch dritte Personen im Transkriptionsprozess pseudonymisiert verschriftlicht werden dürfen. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) weitergegeben werden an den Verantwortlichen oder eine von diesem beauftragte Stelle zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung.
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Verantwortlichen, sowie die zuständigen Überwachungsbehörden in meine beim Prüfarzt vorhandenen personenbezogenen Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Prüfarzt von der ärztlichen Schweigepflicht.
3. Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der wissenschaftlichen Prüfung beenden kann. Im Fall eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die bis zu diesem Zeitpunkt gespeicherten Daten weiterhin verwendet werden dürfen, soweit dies erforderlich ist, um sicherzustellen, dass meine schutzwürdigen Interessen nicht beeinträchtigt werden. Falls ich meine Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, widerrufe, müssen alle Stellen, die meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, gespeichert haben, unverzüglich prüfen, inwieweit die gespeicherten Daten zu dem vorgenannten Zweck noch erforderlich sind. Nicht mehr benötigte Daten sind unverzüglich zu löschen.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

- **Ich erkläre mich bereit,**
- **an der oben genannten wissenschaftlichen Studie**
- **freiwillig teilzunehmen.**

Ein Exemplar der Probanden-Information und -Einwilligung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt im Prüfzentrum.

.....
Name des Probanden in Druckbuchstaben



.....
Datum

.....
Unterschrift des **Probanden**

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Probanden eingeholt.

.....
Name des Prüfarztes/der Prüferin in Druckbuchstaben

.....
Datum

.....
Unterschrift des aufklärenden **Prüfarztes/der Prüferin**

13.3 Fragebogen Demografische Daten

Interview-Nummer: _____

Zum besseren Verständnis der Informationen aus dem folgenden Interview brauchen wir noch einige Informationen von Ihnen. Folgende Daten werden selbstverständlich vertraulich gehandhabt. (s. Datenschutzerklärung)

Bitte geben Sie an:

1. Alter: _____
2. Geschlecht: Mann Frau
3. Beruf(e):

4. Höchster Bildungsabschluss: _____
5. Wohnort: _____
6. Nationalität: deutsch andere: _____
7. Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
8. Wie viele Kinder haben Sie? _____
9. Wie wohnen Sie aktuell? allein lebend
 mit Partner lebend
 bei Kindern lebend
 im Pflegeheim lebend
 sonstig: _____
10. Welche Nebenerkrankungen haben Sie?

11. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

12. Wann (Monat und Jahr) haben Sie das erste Mal die Diagnose MRSA erhalten?

13. Aufgrund welchen Leidens hatten Sie damals einen Arzt/Krankenhaus konsultiert?

14. Waren Sie aufgrund von MRSA im Laufe eines Krankenhaus-/Heimaufenthaltes isoliert?
 ja nein
Wenn ja, wann war die letzte Isolierung? _____
Wie lang waren Sie isoliert? _____
Was war der Grund dieses Krankenhausaufenthaltes? _____

13.4 Interviewleitfaden

Leitfaden

Interview-Nr.: _____

Haben Sie gut hergefunden? Wo haben Sie denn den Aufruf gelesen/ bzw. von unserm Vorhaben gehört? Was hat Sie bewogen sich hier zu melden?

1. Bitte erzählen Sie mir von Ihrem **Krankheitsverlauf** und wie es zur MRSA-Diagnose gekommen ist.
 - a. Wann Diagnose? Unter welchen Umständen?
 - b. Eigene Erklärung wie es zur Infektion/Kolonialisierung gekommen ist?
 - c. Wie war das für Sie, als Ihnen zum ersten Mal der MRSA-Befund mitgeteilt wurde? Welche Gedanken, Gefühle hatten Sie?

2. **Veränderung:** Wie hat Ihr soziales Umfeld auf Ihre MRSA Diagnose reagiert? Hat sich in ihrem Alltag/ihrem Leben nach der Diagnose etwas verändert? Wenn ja, was?
 - a. Hat Ihre Erkrankung Einfluss auf Ihre Arbeit gehabt? Wie?
 - b. Gab es privat Veränderungen (Familie, Beziehung, Freunde)? Wie haben sich Beziehungen verändert?
 - c. Wird seit der Diagnose anders mit Ihnen umgegangen? Behandeln Sie Ihr soziales Umfeld anders aufgrund negativer Erfahrungen?
 - d. Hat sich die Anzahl ihrer engen Freunde seit der Diagnose verändert? Wenn ja, wie?
 - e. Hat sich etwas daran geändert, wie ernst Sie genommen werden privat, beruflich?

3. **Stigmatisierungserlebnis** aufgreifen: In welchen Situationen nach Diagnose hat MRSA Ihr Leben beeinflusst?
 - a. Können Sie mir die Situation, die beschreiben, als sich die Diagnose MRSA das erste Mal in Ihrem Leben auf Sie ausgewirkt hat?
 - b. Bitte beschreiben Sie mir das einschneidendste Erlebnis für Sie in diesem Zusammenhang.
 - c. In welchen Situationen werden Sie besonders daran erinnert, dass Sie MRSA haben?
 - d. Gibt es Dinge/ Situationen die Sie als besonders belastend empfunden haben? Welche? Hat sich Ihr eigenes Verhalten geändert, um negative Reaktionen zu vermeiden?
 - e. Gibt es noch weitere Erlebnisse, über die Sie berichten können und möchten?
 - f. Hatten/haben Sie Angst vor negativen Reaktionen? Warum?
 - g. Wäre es Ihnen lieber gewesen, wenn Ihr Umfeld nichts vom MRSA gewusst hätte/wüsste? Warum?

4. Wie sind Sie mit diesen Erfahrungen/ Erlebnissen **umgegangen**?
 - a. Wie haben Sie auf Personen reagiert, von denen Sie sich nicht angemessen behandelt gefühlt haben? (s. Erlebnis oben)
 - b. Wie sind Ihre Gefühle der Krankheit bzw. Ihrer Situation gegenüber? (Hilflosigkeit, Scham, Schuld, Angst, Gefühl des Kontrollverlustes oder Rückhalt, Unterstützung?) Können Sie mir diese beschreiben?
 - c. Hat sich ihr Bild über Sie selbst verändert? Wenn ja in welcher Weise? Wie war es vorher? (Zurückhaltender, Aggressiver, weniger Freude, Rückzug, Werteverlust, Lebensqualität...)
 - d. Welche 3 Gefühle haben Sie in dieser Zeit am meisten begleitet? (Isolation + danach)
 - e. Was hätten Sie am liebsten gemacht? Wie hätten Sie am liebsten reagiert?

5. **Handlungsvorschläge:**
 - a. Sie haben diese Situationen bzw. Gefühle (anknüpfen an oben) geschildert, was hätte ihnen damals geholfen damit besser umzugehen? Gibt es etwas, was Ihnen heute helfen würde besser damit umzugehen?
 - b. Auf welche Art hätte man diese negativen Erfahrungen verhindern können?

Dann bedanke ich mich an dieser Stelle herzlich für Ihre Offenheit und das interessante Interview! Und möchte ich Sie bitten, kurz noch diesen Fragebogen auszufüllen.

13.5 Postskriptum

Eindruck über Interviewpartner:

Eindruck über Kommunikation:

Meine Reaktion auf Gesprochenes:

Äußere Einflüsse:

Nonverbale Beobachtungen:

Schwerpunkte des Interviews:

13.6 EMIC-Fragebogen

Fragebogen 1

Interview-Nr.: _____

Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Wenn keine aktuelle Besiedlung mit MRSA mehr vorliegt, versuchen Sie sich bitte zurück zu erinnern.

Bitte kreuzen Sie auf folgende Fragen die am ehesten zutreffendste Antwort an.

		Nein	eher Nein	eher Ja	Ja
Frage					
1.	Wenn möglich, würden Sie es bevorzugen andere über Ihre MRSA Diagnose unwissend zu lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer MRSA Diagnose minderwertig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Haben Sie sich aufgrund Ihrer MRSA Diagnose jemals als beschämt oder peinlich berührt fühlen müssen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Wenn Ihre Nachbarn, Kollegen oder andere Menschen in Ihrem Umfeld von Ihrer MRSA Diagnose wüssten, würden diese aufgrund dessen eine geringere Meinung von Ihnen haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Könnte der Kontakt mit Ihnen eine negative Wirkung auf Menschen in Ihrem Umfeld haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Haben Sie das Gefühl, dass andere den Kontakt mit Ihnen aufgrund Ihrer MRSA Diagnose vermeiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Würden manche Menschen aufgrund Ihrer MRSA Diagnose verweigern Ihr Haus zu besuchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Wenn Ihre Nachbarn, Kollegen oder andere Menschen in Ihrem Umfeld von Ihrer MRSA Diagnose wüssten, würden diese aufgrund dessen eine geringere Meinung von Ihrer Familie haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Würde es zu Problemen für Ihre Familie führen, wenn andere Menschen von Ihrer MRSA Diagnose erfahren würden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Würde Ihre Familie es vorziehen, andere über Ihre MRSA Diagnose unwissend zu lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Wenn ledig: Wenn die Menschen über Ihre MRSA Diagnose Bescheid wüssten, wäre es für Sie schwieriger zu heiraten? Wenn verheiratet: Nehmen Sie an, Sie wären nicht verheiratet. Wenn die Menschen über Ihre MRSA Diagnose Bescheid wüssten, wäre es für Sie schwieriger zu heiraten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Wenn ledig: Wenn Sie verheiratet wären, würde Ihre MRSA Diagnose Probleme in der Ehe verursachen? Wenn verheiratet: Könnte Ihr MRSA Diagnose Probleme in Ihrer Ehe auslösen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Könnte Ihre MRSA Diagnose für jemanden in Ihrer Familie, der heiraten möchte, Schwierigkeiten verursachen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.7 Transkriptionsregeln

Die Transkription der Interviews wurde von Transkriptionsspezialist nach folgenden einfachen Transkriptionsregeln Dresing und Pehl 2013, S. 21–23 durchgeführt:

„Einfaches Transkriptionssystem

Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.

Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so‘n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.

Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“ „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.

Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.

Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.

Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.

Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.

Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.

Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.

Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).

13.8 Geheimhaltungserklärung TranskriptionsSpezialist



TranskriptionsSpezialist
Otto-Lindenmeyer-Straße 28
D-86153 Augsburg
T: +49 (0)821 808 30 29
E: info@transkriptionsspezialist.de

Geheimhaltungserklärung TranskriptionsSpezialist

TranskriptionsSpezialist verpflichtet sich, jegliche vertrauliche Information über den Auftrag für Frau Doris Roßner streng vertraulich zu behandeln und dafür Sorge zu tragen, dass unbefugte Dritte keine Kenntnis hiervon erlangen können.

TranskriptionsSpezialist verpflichtet sich dazu, dass alle Mitarbeiter und Transkribierer, die mit der Transkription oder Quellen in Kontakt kommen, im Voraus mit der Geheimhaltungserklärung einverstanden sind. Sie erklären, dass sie u.a. alle Aufzeichnungen und Daten – hier nicht limitativ erwähnt –, die sich auf den Auftrag beziehen, am Ende des Auftrags komplett entfernen, sowohl von der Festplatte als auch online, wo die Daten (temporär) gespeichert wurden.

Unterzeichnet,



02.12.2014

Marit Molenaar

TranskriptionsSpezialist

13.9 Case Summaries

Interview 1: Unternehmer, MRSA 1990, EMIC: 0

- Wundheilungsstörung OP, nach 2 Wochen MRSA-Diagnose
- Litt große Schmerzen unter ambulanter chirurgischer Wundsanierung über drei Monate
- Bezeichnet Zustände im Krankenhaus als chaotisch und fürchterlich → MRSA damals noch relativ unbekannt
- keinerlei Wissen des Patienten über MRSA bei Diagnosestellung
- Vollisolierung auf Isolierungsstation
 - „Dann haben sie auch alles abgesperrt und die ganze Abteilung musste evakuiert werden.“
 - Frau und Tochter Besuchsverbot
 - Fühlt sich nicht entlassen, sondern hinausgeschmissen: „Gehen Sie raus, Sie können hier nicht bleiben, Sie verpesten das ganze Krankenhaus.“
 - „Es wäre doch besser, Sie packen Ihre Sachen.“ Sage ich: „Ja. Und was machen wir?“ „Ja, sie mache gar nichts. Ich soll dahin gehen, wo ich es bekommen habe.“ Also das war so die Aussage.“
 - „Auch die Ärztin, die damals in der Stadt 1-Klinik war, hatte mich auch nicht so aufgeklärt. Sie hat nur einen einzigen Wunsch gehabt: „Verschwinde so schnell wie möglich.“
 - Genoss die Ruhe in Isolierung
- Im Alltag keinerlei Veränderungen durch MRSA (weder privat noch beruflich) → sofort arbeiten da selbstständig, keine Angst andere anzustecken
- Belastend empfunden:
 - Inkompetenz des medizinischen Personals
 - Große Narbe, zeigt sie ungern in Öffentlichkeit
 - Angst, dass MRSA ins Blut gerät → Angst vorm Tod
- Persönliche Einstellung: „Können Sie es ändern?“; „ich komme aus einem Unternehmerhaus. Bei uns gibt es nicht krank oder Wehwehchen oder so was“

Interview 2: Unternehmer, MRSA-Sepsis mit schweren Folgen, EMIC: 4

- Frakturosteotomie mit postoperativer MRSA-Sepsis, Koma, langer ITS-Aufenthalt
- mehrfache, schwerwiegende Komplikationen, Durch Krankheit Reaktivierung von Kriegstraumata mit großer folgender psychischer Belastung
- Isolierungsmaßnahmen erschweren ihm die Orientierung und das Wiederanknüpfen ans Leben nach Koma; besonders aufgrund seines erneuten Durchlebens der Kriegserlebnisse
- Belastung für Patienten:
 - o Behandlungsfehler und daraus folgende gesundheitliche Konsequenzen
 - o Litt unter Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Depression; Verlust des Lebenswillens: „Schlimm. Wenn du deinen Partner nicht hast“
 - o Lange Genesungszeit des Patient
 - o Zwei traumatisierende Reanimationserlebnisse bei Bewusstsein
 - o Lungenteilresektion kam unerwartet → Trauer um unvorbereiteten Organverlust, Kampf mit daraus resultierenden Konsequenzen
 - o Großer Verlust an Lebensqualität → beschreibt sich vorher als kerngesund
 - o Gefühl des Verlorenseins, beschreibt Hilfslosigkeit mit fehlender Möglichkeit des Anpackens des Problems: „ideenlos, machtlos, verloren, richtig verloren.“
- Patient bemängelt fehlende Transparenz im Krankenhaus
- Stigmatisierung:
 - o Bei primärem Aufenthalt keine Stigmatisierung berichtet (dramatischer Krankheitsverlauf)
 - o Fühlt sich im Verlauf weiterer Arztbesuche benachteiligt aufgrund von MRSA
 - o Die Pflicht der Erbringung eines Abstriches (selbstgezahlt) vor Behandlung bei erneutem Krankenhausaufenthalt zu einem späteren Zeitpunkt löst in ihm Gefühle der Demütigung und Minderwertigkeit aus → fühlt sich im Vergleich zu anderen Patienten nicht gleich behandelt und für etwas bestraft, wofür er nichts kann und unter dessen Folgen er selbst leidet
 - o Verminderte Freundlichkeit des medizinischen Personals nach Bekanntwerden der Diagnose → ärgerte sich darüber, dass er ehrlich war und die Information über seine Krankheitsgeschichte mit MRSA preisgegeben hat
- Starke soziale Unterstützung von Sohn, Schwiegertochter und Ehefrau → Ehefrau durch Situation stark überfordert
- Äußert Wunsch nach besserer Hygiene, besserer Kommunikation, psychischer Betreuung von MRSA-Patienten, Ermutigung
- Beschreibt sich selber als ‚hart im Nehmen‘, Geschäftsmann, „Ich habe vor niemandem Angst.“ → Krankheit und psychische Belastung war so belastend, dass er nicht mehr Leben wollte, bis irgendwann die Wende kam

Interview 3: Patientin, 1/2 Jahr Isolierung in Rehabilitation, EMIC: 2

- Neurologische Grunderkrankung mit langem ITS-Aufenthalt und 6-monatiger Rehabilitationsaufenthalt in Vollisolierung ohne adäquate Therapie (aufgrund der MRSA-Besiedlung) → dadurch gesundheitliche Spätfolgen und Folge-OPs
- Erlebt Isolierung als sehr belastend: kein Erkennen der das Zimmer betretenden Personen, fehlende körperliche und dadurch emotionale Nähe zu ihren Kindern, keine „face-to-face-Unterhaltung“ möglich
- Belastendes an MRSA:
 - o Wiederholte, zuerst frustrane Eradikationsversuche
 - o Fühlt sich selbst als Bedrohung: ständig Angst, jemanden anzustecken, besonders die eigenen Kinder
 - o Überforderung mit Gesamtsituation: MRSA als zusätzliche Belastung, neben lebensbedrohlicher Grunderkrankung
 - o Weniger Besuch während Rehabilitation → Einsamkeit
 - o Fühlt sich bestraft
 - o Angst vor Persistenz des Keimes und damit verbunden soziale Isolation
- Nimmt MRSA als sehr bedrohlich wahr, Befürchtung zu sterben
- Gefühle MRSA gegenüber:
 - o Keine Scham → Pech, kann ja jedem passieren
 - o Kontrollverlust, Existenzängste → finanzieller Einbruch
- Stigma-Erleben:
 - o Auffälligkeit durch Vermummung → Menschen gehen auf Abstand → „Mischung aus Neugier und Zurückhaltung“ → zusätzliche Verunsicherung von außerhalb, kommt zur eigenen Unsicherheit hinzu
 - o Schlechtere Rehabilitationsbehandlung mit Folgen
 - o Angst vor gesellschaftlichem Ausschluss, auch eigener Kinder, falls Ansteckung → meidet körperlichen Kontakt fast völlig
 - o Zwiespalt: zwischen Ruhe brauchen – sich isoliert/einsam fühlen
 - o Durfte aufgrund MRSA nicht in die Rehabilitationsklinik ihrer Wahl
 - o Fühlte sich wie ein „Alien“; "Um Gottes Willen, habe ich jetzt die blaubucklige Beulenpest?"
 - o Zieht Parallelen zu Aussätzigen, wünscht sich Integration
- Sehr optimistischer Umgang mit der Krankheit, nutzt vielfältige Copingstrategien: Humor, Karikaturen; sehr positive Lebenseinstellung: „Freu dich am Leben.“
- Patientin ist sehr reflektiert: Leute ziehen sich zurück, weil sie selber Angst haben, bzw. mit der Härte der Situation nicht umgehen können
- Deutliches Distanzieren von MRSA-Erlebnis: „Dass ich ihn hatte! Wenn Sie (...) sagen "wenn Sie ihn haben", dann muss ich sofort sagen "ich hatte" (...)"
- Wunsch nach besserer Aufklärung und vertrauter Person (auch ehrenamtlich) die hilft bzw. zum Gespräch → „dass man nicht paranoid wird“; besserer Hygiene
- Beschreibt sich selbst als „relativ unverwüstlich“

Interview 4: Frau mit Abszess, 2 Tage Isolierung, EMIC: 7

- MRSA-Abszess mit Versorgung im Krankenhaus, ambulante Weiterversorgung
- Keine Erklärung, nur Diagnosestellung und was jetzt ansteht
- Isolierungserlebnis:
 - o „großes Warnschild“ draußen dran
 - o Durfte nur noch mit Mundschutz rumlaufen → Ärger bei Verlassen des Zimmers
 - o Musste alle ihre Sachen selber desinfizieren
 - o Zwei Mitpatienten wurden mit isoliert → lässt sie sich schlecht und schuldig fühlen, dass wegen ihr noch zwei weitere Patienten isoliert wurden
 - o Unterstützung und Trost seitens der Mitpatienten
- Empfund Diagnose nicht als schlimm: „weil ich wusste, ich werde jetzt nicht daran sterben.“
- Belastendes durch MRSA:
 - o Aufwändige Sanierung (Wäsche und Waschungen)
 - o Finanzielle Belastung: Sanierungsmittel nicht von Krankenkasse übernommen → aber auf Gesuch der Kostenerstattung bei der KK wurden am Arbeitsplatz plötzlich Schulungen zur Händehygiene durchgeführt
- Stigmatisierungserlebnis im Krankenhaus:
 - o Freundlichkeitsumschwung seitens der Pflegekräfte → löst bei ihr Angst aus → hat sie persönlich getroffen und verletzt → Auslösen starker Emotionen (Weinen)
 - o Hat sich behandelt gefühlt, als ob sie die „Pest“ habe
 - o Empfund die Isolierungsmaßnahmen (inkl. Haarschutz) als völlig übertrieben und bedrohlich und Warnschilder an der Tür als stigmatisierend
 - o Veränderung in der Therapieplanung durch MRSA: erst stationäre OP geplant, dann OP nur noch ambulant, mit Lokalanästhesie und als Letzte, sofortige Entlassung; bei Wiedervorstellung: von den Pflegekräften deutlich unerwünscht → hat sich gefühlt wie eine „Aussätzig“
 - o Bezeichnet sich selbst als „Seuchenbeutel“ → froh über Entlassung
 - o Hat sich beschämt, peinlich berührt gefühlt aufgrund der Art, mit der sie behandelt wurde
- Wünscht sich „offenere[n] Umgang“ mit der Thematik, dass keine Panik geschürt wird → Aufklärungsarbeit vom Personal, aber auch in der Gesellschaft, wie man mit chronischen MRSA-Patienten umgeht

Interview 5: schwerhöriger Patient mit Ehefrau, persistierender MRSA, E-MIC: 17

- MRSA-Infektion in Rehabilitations-Aufenthalt nach längerer Krankengeschichte mit neurologischen Grunderkrankungen
- Zentrales Problem: seit MRSA-Diagnose kein Sexualleben mehr mit seiner Frau
- Isolierungsverkleidung des Pflegedienstes stört ihn nicht
- Stigmatisierungserleben:
 - o Veränderung im Alltag mit seiner Frau: keine körperliche Nähe bis Bakterien weg sind → schlafen in getrennten Betten, gleiches Zimmer
 - o Ehefrau möchte sich nicht anstecken
 - o Fühlt sich allein und einsam
 - o Bei erneutem Krankenhausaufenthalt → sofort Entlassen, als Fieber gefallen war
- Hat während seiner schweren Krankheitszeit viel Unterstützung seiner Frau erhalten
- Vermischt MRSA Diagnose mit seiner Grunderkrankung → Unwissenheit seinerseits über MRSA → erfolgt dies aufgrund der Schwerhörigkeit, oder anderer Gründe?
- Eher optimistische Lebenseinstellung: Hoffnung auf Besserung, hätte auch schlimmer kommen können

Interview 6: Rentner, EMIC: 5, verstorbene Ehefrau hatte auch MRSA

- OP mit anschließendem Fieber/septischem Geschehen und MRSA-Diagnose nach einer Woche
- Verwunderung über „laxe“ Handhabung der Isolierungsmaßnahmen im Krankenhaus: Schwestern waren verkleidet, aber Besuch nicht → kannte es von seiner Frau anders; hat sich sonst weiter frei im Krankenhaus bewegt
- Umgang mit MRSA:
 - Patient war erbost/wütend und wollte sofort entlassen werden bei Diagnosestellung → Beschuldigt Krankenhaus für Infektion → Akzeptieren der Tatsache → Gefühl der puren Auslieferung
 - Ist sich bewusst, dass das Leben endlich ist → keine Angst, gewisse Resignation → Auseinandersetzung mit dem Tod
 - Weist Besuch und Familie selbst an, Abstand zu halten und keinen Körperkontakt zu haben → sieht es als seine Verantwortung
- Belastendes im Zusammenhang mit MRSA:
 - Unsicherheit, was los ist: eine Woche bis zur Diagnosestellung, Medikamente wirkten nicht
 - Unsicherheit: „ist da was zurückgeblieben“ → leise Bedrohung im „Hinterkopf“ (will niemanden anstecken)
 - Eine ganze Woche habe es gedauert bis Fieber fiel → psychisch und körperlich belastend
 - Besonders belastend: lange Unsicherheitsphase bis Ergebnis vorlag; ging ihm besser, als Ergebnis da war und es langsam aufwärts ging → Hoffnungsschimmer
 - Bedrohlichkeit: Kann MRSA einfach wieder kommen bzw. ist der noch da?
 - Ehefrau mit MRSA: bekam keinen Heimplatz, da kein Negativabstrich erbringbar
- Veränderungen nach MRSA: Vorbehalt gegen Krankenhäuser → Aufsuchen nur wenn unbedingt nötig
- Auffällig: wenig Wissen über MRSA, obwohl eigene Frau ihn schon hatte
- Schwierigkeit: MRSA als nicht-greifbarer Feind wahrgenommen → nicht sichtbar, Bedrohlichkeit nicht einschätzbar, droht Todesgefahr?

Interview 7: Patientin, Mitte 40, MRSA-Besiedlung, EMIC: 9

- Nasenscreening bei Krankenhausaufnahme
- Isolierung im Krankenhaus aufgrund Besiedlung:
 - o Genoss zuerst Einzelzimmer, dann fühlte sie sich sehr einsam
 - o Weniger Personal im Zimmer
 - o Geht zur Zimmertür, damit sich Personal nicht umziehen muss
 - o Hat sich eingesperrt gefühlt, da recht großer Bewegungsdrang und ansonsten fit → durfte nicht raus: „Einzelhaft“
→ überlegte, im Nachhinein wegen Freiheitsberaubung zu klagen
 - o Keine schlechtere medizinische Behandlung bemerkt, entgegen ihrer früheren Erfahrung/Beobachtungen im Klinikalltag → positiv überrascht
- Stigmatisierung im privaten/Arbeit/medizinischem Umfeld:
 - o Keine Erlaubnis, die Hausarztpraxis zu betreten, durfte nicht arbeiten, hat keinen Besuch bekommen (aus Angst vor Ansteckung)
 - o Meidung durch Arbeitskollegen (medizinisches Umfeld) → Angst vor Arbeitsverbot
 - o Arbeitgeber waren über ihre offene Kommunikation nicht erfreut → Angst vor Screeningmaßnahmen und Ausfall mehrerer Arbeitskräfte
 - o Befreundetes Paar mit Kleinkind meidet Kontakt völlig → unterlässt von sich aus Hobby, bei dem sie sich treffen könnten → harter Einschnitt
 - o Reaktion von Bekannten direkt ins Gesicht: „Nee, dich will ich jetzt hier überhaupt nicht sehen.“
- Umgang mit MRSA:
 - o Offener Umgang: klärt eigenes Umfeld offensiv auf, in der Annahme, die Angst der Menschen sich anzustecken zu reduzieren → wirksam
 - o hatte keine Angst jemanden anzustecken, aber beschreibt ihre Hygiene zuhause als „bisschen krankhaft“, „So ganz frei von Angst war ich wahrscheinlich dann nicht.“
 - o Versuchte sonst ein normales Leben zu führen
- Belastendes am MRSA:
 - o Waschungen und Salben
 - o Soziale Isolation
 - o Angst vor Persistenz: belastend ein Test negativ, der nächste wieder positiv → bangen und warten → Ungewissheit ist belastend → Zukunftsangst
 - o Angst vor schlechter Therapie im Krankenhaus (aufgrund früherer Beobachtungen)
 - o Zusätzliche Belastung zur Primärkrankheit
- Bedrohlichkeit des MRSA: bei Persistenz Berufsunfähigkeit → Zukunftsangst
 - o Angst vor schlechterer Behandlung
 - o Angst vor MRSA-Infektion → verschiebt Zahn-OP
- Kritik: nicht eindeutige Anleitung zur Eradikation des MRSA bei Besiedlung

Interview 8: Rentner, persistierender MRSA, großer Leidensdruck, EMIC: 6

- Infektion bei OP, danach persistierende Besiedlung, multiple und schwere Nebenerkrankungen, 18 erfolglose Sanierungsversuche
- Isolierung:
 - o Unbehagen verursacht durch separate Behandlung in der Ambulanz
 - o Seit Erstdiagnose multiple Isolierungen bei Krankenhausaufenthalten
 - o „Einzelhaft“ → unangemessene Unterbringung
→ trotzdem kein Vergleich zu der Last, mit Keim leben zu müssen
- Belastendes an MRSA:
 - o 18 erfolglose Sanierungsversuche: → Verlust der Lebensqualität, immense Belastung für Ehefrau (Waschaufwand) → große psychische Anspannung vor Resultaten der Abstrich-Ergebnisse mit sich immer wiederholender Spannung, Hoffnung und Enttäuschung
 - o Völlig unterschiedliche Handhabung und Widersprüche in den Isolierungsvorschriften innerhalb des Personal bewirken Verunsicherung und Ärger für den Patienten
 - o Bei Untersuchungen der Letzte zu sein
 - o Unsicherheit, wo/wen man auf MRSA hinweisen muss
 - o Hilflosigkeit seinerseits, aber auch bei Ärzten Hilflosigkeit, Ratlosigkeit
 - o Keine Sicht auf Besserung → Hoffnungslosigkeit durch Persistenz
 - o MRSA als ständige Todesdrohung, Angst vor Nebenwirkungen der Reserveantibiotika, Unberechenbarkeit des MRSA
- Erlebnisse im medizinischen Kontext:
 - o Eigene Zahnärztin lehnt Behandlung ab
 - o Umsichtigere Behandlung: um Übertragung zu minimieren
 - o Ständig Angst, nicht behandelt/abgewiesen zu werden: „Kann ja sein, dass der Arzt sagt, „Nein, wenn das so ist dann operiere ich Sie nicht““
 - o Ständiges Fragen, was man wo sagen und preisgeben muss
- Stigma im Privaten:
 - o Angst vor negativen Reaktionen → Verschweigen der Diagnose
 - o Haben Freunden aus Angst bewusst nichts erzählt → auch keinen Besuch im Krankenhaus empfangen
- Umgang mit seiner Situation:
 - o Gefühl der Machtlosigkeit, Ärger, ist schneller gereizt
 - o Hat es geschluckt, nimmt es wie es ist, kann nichts machen
 - o Fühlt sich hilflos → bemerkt auch die Hilflosigkeit beim med. Personal
 - o verzweifelte Suche nach einem Ausweg → Resignation → kein Trost
 - o Spürt große Last: Verantwortungsgefühl seiner Frau gegenüber
 - o Ständige Lebensbedrohung weitet sein Blickfeld
- Leidet generell unter seinen schweren Erkrankungen
- wünscht sich Richtlinien und Anweisungen für Patienten, die Bundesweit gelten
- kritisiert Phlegma Verantwortlicher, auch im Krankenhaus im Umgang mit zunehmender Keimverbreitung

Interview 9: sehr introvertierter Patient, 4 Monate Isolierung EMIC: 4

- Neurologische Grunderkrankung mit vier Monaten Rehabilitation, dort PEG-Anlage, dabei MRSA-Infektion (war vorher MRSA-negativ abgestrichen)
 - War zur Diagnosestellung noch zu krank, um Diagnose zu verstehen, realisiert vieles erst retrospektiv
 - vier Monate isoliert:
 - o kaum Menschen gesehen → ihm fehlte Kommunikation
 - o Durfte das Zimmer nicht verlassen; einige Male jedoch in Schutzkleidung: empfand er als unangenehm
 - o Kämpft, Primärdiagnose zu verarbeiten → zusätzliche Belastung
 - o Hat den Kontakt mit Enkel stark vermisst
 - o Verwandte kommen mit seiner schweren Krankheit nicht klar → weiteren Kontakt gemieden
 - o Belastend, wegen jeder Kleinigkeit von Pflegekräften abhängig zu sein, obwohl mobil genug, einiges selber zu tun → schlich sich oft aus Zimmer zum Getränkeautomat
 - Umgang mit der Situation:
 - o Ärger über den MRSA, Isolierung, und die fehlende Therapie; „Ich wollte es ja auch nicht haben.“
 - o Wut über die verschwendete Zeit in der Rehabilitation, → mühsames, verspätetes Antrainieren, was in der Rehabilitation verpasst wurde
 - o Einstellung: „Augen zu und durch“; Resignation, Akzeptanz → zeigt keine Emotionen, verdrängt Gedanken an MRSA
 - o Retrospektiv ist er dankbar → ihm wurde erst im Nachhinein durch Fernsehen und weitere Infos Bedrohlichkeit bewusst
 - o Hilflosigkeit: kein Ansprechpartner vorhanden
 - o Hat die soziale Benachteiligung im Moment der Rehabilitation nicht so deutlich mitbekommen (wurde im Interview ausführlich von seiner Ehefrau beschrieben) → fühlt sich retrospektiv Mensch zweiter Klasse
 - Belastendes an MRSA:
 - o sozial isolierter zu sein: weniger Kontakte
 - o sich in seiner Freizeit eingeschränkt gefühlt
 - o ärgerte sich über schlechte Rehabilitation, fehlende Therapie mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen für ihn
 - Stigma:
 - o Menschen bleiben auf Abstand, sind vorsichtig im Umgang
 - o Hat sich vom Pflegepersonal tlws. behandelt gefühlt, als ob sie sich ekeln
 - o „Zeitfresser“ fürs Personal → fühlt sich als zusätzliche Belastung
 - seine Frau für ihn als große Hilfe während der Zeit
 - Kritik/Verbesserung: Ansprechpartner, gleiche Möglichkeiten und Therapien
- Patient äußerte kaum Gefühle, Ehefrau berichtete während des Interviews ausführlich, auch deutlich wertende Erlebnisse (nicht Teil dieser Erhebung)

Interview 10: Rentner, hoher Leidensdruck, höchster EMIC-Wert: 32

- Infizierte Wunde an amputationsgefährdeter Extremität; neunmonatige, chirurgische Wundsanierung war psychisch, körperlich und finanziell belastend: „Ich konnte das nach neun Monaten nicht mehr aushalten. Ich habe gesagt „Entweder nehme ich jetzt meine Pistole und schieß den Fuß ab, ich kann es nicht mehr haben““; Sanierung durch Alternativmedizin
- Schock bei Diagnose → tiefe Depression: „für mich war es klar, das ist ein Todesurteil für mich.“ → Hilfslosigkeit → Gewichtsverlust von 45 kg in der Zeit
- Fühlte sich alleingelassen, Unsicherheit über eigenes Verhalten zuhause; empfindet es als große Last, dafür verantwortlich zu sein, niemanden anzustecken
- Belastendes in Bezug auf MRSA:
 - o Keine Richtlinien fürs Verhalten: größte Sorge, seine Familie anzustecken
 - o Verzweifeltes Fragen, wo der MRSA herkommt → für ihn sehr schwer zu akzeptieren, dass er die Ursache nicht kennt
 - o Bei Behandlung immer letzter Patient; Gefühl, zusätzliche Arbeit zu machen
 - o Gefühl allein zu sein: ohne Aufklärung und professionelle Hilfe → Fühlt sich ungehört in seiner Situation
 - o Ausgeprägte Angst vor Meidung/Isolation, sollte es Umfeld erfahren
 - o weniger soziale Kontakte: Angst vor Rückfragen, da stark abgemagert → Kommentare wie: „Wie sehen Sie denn aus, sind Sie todsterbenskrank?“ verstärken seine Todesangst und Depression
 - o Durfte in der Zeit der offenen Wunde nicht duschen
 - o Schmerz durch rigorose Wundchirurgie: → nächtelanges Nicht-Schlafen
 - o Erinnerungen werden geweckt bei Fernsehberichten über Ebola, bzw. Acinetobakterausbruch (01/2015) in Kiel
- Isolierung:
 - o Patient fühlt sich einsam
 - o „Ich hab mich ja gar nicht raus getraut, weil ja da „ACHTUNG nicht betreten, isolierter Patient“ ist ja ein großes Schild da. Da sind Sie ja schon mal gebrandmarkt. Und dann noch irgendwo draußen hinzugehen, zu FRAGEN.“
- Bei Patient weiß wenig über MRSA
- Ausgeprägte Angst vor negativen Reaktionen/Meidung: „Und man hat ja Angst, sich irgendwo zu äußern, weil ja jeder denkt, um Gottes willen, wenn ich den angreife, kriege ich es auch. Sie sind ISOLIERT.“; „Da sagt jeder „Mhm, hat er mich jetzt angesteckt, hat er mich verseucht?““ → nur engsten Kreis, ausgewählte Freunde informiert
- Privat Veränderungen:
 - o Sozialer Rückzug: Kräftermäßig und Angst andere anzustecken
 - o Hobbies eingeschränkt: fernbleiben vom Verein → weniger SMS → soziale Isolation → Wegbruch eines Freundeskreises; da starker Ge-

wichtsverlust → Leute werden aufmerksam → kann Krankheit nicht verbergen

- Angst zur Verantwortung gezogen zu werden, wenn jemand angesteckt
- Seit MRSA: Ständig Händewaschen → „Das ist schon fast wie eine Phobie. Dass ich mittlerweile in JEDER Tasche ein kleines Desinfektionsfläschchen habe“
- Reaktivierung des Kindheitstraumas: Assoziation des MRSA mit Maul- und Klauenseuche auf ihrem Hof als Kind → wär damals fast verhungert, da gesamter Hof abgesperrt → wurden von Dorfbewohnern komplett isoliert → überträgt dies auf seine MRSA-Situation
- Wünscht sich mehr politische Präsenz der Thematik, gesteigerten Bekanntheitsgrad von Hilfeeinrichtungen z.B. MRE-Netz; bessere Hygiene; Information + Verhaltensvorschriften; psychologische Hilfe

Interview 11: Unternehmer, persistierender MRSA, Antibiotikaallergien,

EMIC: 17

„mit dem MRSA, also das ist wirklich die Erfahrung meines Lebens“

- Infektion bei OP, Infektion schwer zu handhaben, Diagnose MRSA wurde erst vom Hausarzt gestellt, lebensbedrohliche Antibiotikaallergie
- Belastendes an MRSA:
 - o Keine stationäre Abklärung der Antibiotikaallergien erlaubt bis Eradikation → eingeschränkte Behandlungsmöglichkeit durch Antibiotikaallergie → Circulus vitiosus → strengere Forderung nach erweiterten Abstrichen → empfindet Situation als psychisch belastend
 - o Uneinheitliche, unlogische Handlungsweise des Personals und widersprüchliche Anweisungen MRSA-Patienten gegenüber
 - o kein Eradikationserfolg seit 7 Monaten: 24. Abstrich, → psychische Belastung der Anspannung vor jedem Ergebnis
 - o lange Dauer, Kampf gegen unsichtbaren „Feind“, Hilflosigkeit
 - o Fühlt sich seit MRSA körperlich geschwächt und weniger leistungsfähig
 - o Zwiespalt: andere vor Ansteckung schützen, aber nicht mit Mundschutz rumlaufen können/wollen
 - o Kind (Grundschulalter) hat Angst sich anzustecken → wie geht man damit um
- Isolation:
 - o empfindet Warnschilder, Schutzkleidung etc. positiv → damit Leute wirklich drauf aufmerksam werden → Ansteckungsschutz
 - o Kann sich vorstellen, dass das Abgeschnittensein für Leute, die gern kommunizieren, schwer ist
 - o Schwierigkeiten, seinem Kind Isolationsmaßnahmen im Krankenhaus im Vergleich zu normalem Zusammenleben privat zu erklären
- Eigene Reaktion auf MRSA/Gefühle:
 - o Empfindet MRSA als Bedrohung: schlimmer als seinen Krebs
 - o Unsicherheit, da er häufig selbst mehr über MRSA weiß als med. Personal; trotz hohen Bildungsgrades ist es für ihn schwierig, die Diagnose zu verstehen (richtige Infos von ‚Panikmache‘ zu unterscheiden) → bemängelt Fehlen von greifbaren Infos
 - o Frustration über nicht heilende Wunde
 - o Wut, Unverständnis für Umgang mit MRSA, (politisch, gesellschaftlich)
- Umgang mit MRSA:
 - o Ist sehr reflektiert, lehnt psychologische Begleitung in Rehabilitation ab → offene Kommunikationsstrategie
 - o Sorgt sich mehr um Existenz seines Geschäfts und Familie, als um Tod
 - o Geht damit um wie mit jeder anderen Krankheit: „nur andere werden behoben und bei dem scheint keiner zuständig zu sein.“

- Stigmatisierendes Erleben:
 - Ärzte behandeln ihn nicht aufgrund MRSA: er beklagt willkürliches Entscheiden bzw. nach Wirtschaftlichkeit → macht ihn wütend
 - Fühlt sich gemobbt aufgrund des Auffallens durch Mundschutz → würde größere Probleme und Ausgrenzung erwarten, wenn MRSA sichtbar wäre
 - Glaubt Kunden würden nicht kaufen, wenn sie seine Diagnose wüssten
 - Privat: Distanz halten durch Unsicherheit → aus Angst vor Ansteckung (z.B. Freunde mit schlechten Immunstatus) → fand er ok
- Empfindet, je besser die Leute aufgeklärt, desto unproblematischer Umgang → schlimm bei denen, die MRSA nur aus Medien kennen
- Kritik:
 - Diskrepanz in Verhaltensweise gegenüber den Vorsichtsmaßnahmen → Unwissenheit oder Ignoranz?
 - Personalmissstände
 - Hygienemaßnahmen werden unter wirtschaftlichem Aspekt im Augenblick „wegrationalisiert“
 - Wunsch nach besserer Aufklärungsarbeit zu Abstrichen und bei Diagnose und leichterem Zuganglichkeit von Information

Interview 12: Patientin, kein Krankenhausaufenthalt, Besiedlung, einschneidende private Erlebnisse, EMIC: 24

- Ehemann wird positiv gescreent, aufgrund ihres Berufes Rückschluss auf sie → Besiedlung → Arbeitsverbot
- erstaunt und geschockt über Diagnose → sofort Bedrohlichkeit, da aufgrund metabolischer Grunderkrankung sehr eingeschränkte Medikamentenverträglichkeit → Gefühl, den Boden unter den Füßen zu verlieren
- Emotionen: Ausgeschlossen fühlen, Angst andere anzustecken, Wut darüber eingesperrt zu sein/handlungseingeschränkt zu sein, Unsicherheit für das eigene Verhalten, Gefühl der Strafe
- Geringes Wissen über MRSA, wollte aber zum Eigenschutz nicht mehr wissen
- Belastendes an MRSA:
 - o neugeborenen Enkel nicht sehen können → belastet Mutter-Tochter-Verhältnis
 - o Gefühl, für andere eine Gefahr zu sein, Angst jemand anzustecken → sozialer Rückzug → Eigenverantwortlichkeit andere zu schützen → Verantwortungsgefühl als Last → Unwissenheit und Unsicherheit
 - o Nichtsichtbarkeit ist problematisch, schwebt wie „schwarze Wolke“ über ihr: sie spürt nichts, „sondern du weißt nur, du hast das.“
 - o Schuldgefühl jemand angesteckt zu haben und die Person dadurch in unangenehme Situation geraten ist, ihr im Krankenhaus schlecht begegnet wurde
 - o ohne Schuld plötzlich aus dem normalen Alltag herausgerissen zu werden: ‚von 100 auf 0‘ → gesamte Planung der nächsten Wochen in Frage gestellt z.B. fällt geplanter Urlaub aus
 - o Anspannung beim Erwarten der Abstrichergebnisse
 - o Leidet unter sozialer Isolation: „Isolation ist eine ganz furchtbare Sache. Man kriegt ja eine Strafe und man kann ja nichts dafür“
 - o Medikamenteneinnahme kann drastische Konsequenzen für ihre Gesundheit aufgrund ihrer metabolischen Grunderkrankung haben → Angst davor, verdrängt Bedrohlichkeit
- Umgang mit Diagnose:
 - o Anwendung von Copingstrategien, versucht es emotional kleinzuhalten
 - o Hat ihr Umfeld nach negativem Erlebnis nicht über MRSA informiert
 - o Sozialer Rückzug
 - o Negative Reaktionen haben Patientin tief getroffen, → fühlte sich schuldig und schlecht
 - o Realisiert während des Interviews die Tragweite der inneren Verletzung → will es aufarbeiten

- Stigmatisierungserleben:
 - Mitglieder (mit Kindern) ihres Vereins äußerten Angst vor Ansteckung: „dann gingen die Leute rückwärts und ich stand da alleine. „Du hast MRSA!““, „Wie kannst du hier her kommen?“
 - Angst vor negativen Reaktionen, Angst abgestempelt zu werden: „Also, dass die uns so abstempeln: Mach einen Bogen, die hat das da. Da wird man schnell stigmatisiert.“
 - Ehemann wurde aus Krankenhaus entlassen bis er keimfrei sei: „Gehen Sie bloß schnell weg hier, wie wollen nichts mit ihnen zu tun haben.“
 - Fühlt sich ausgegrenzt so wie Lepra
 - Unkollegiales Verhalten des Arbeitgebers, Weitergabe der Information an Dritte → empfand sie beschämend, entkleidend
 - Fühlt sich durch erlebte Abweisung tief verletzt → begegnet diesen Leuten seither immer noch mit Distanz und Vorsicht
 - Beschreibt aufgedrückten Stempel: „Du hast was, was mir gefährlich werden kann“, „Bleib von mir! Weiche!“
- Fühlt sich ebenfalls durch anderen MRSA-Patienten bedroht, der nicht genug körperlichen Abstand zu Familienmitgliedern hält
- Zieht Konsequenz: will eigene Erfahrung einbringen, um andere MRSA-Patienten nicht zu stigmatisieren, sondern zu unterstützen

Interview 13: Mutter, Abszesse, undramatischer Verlauf EMIC: 3

- Rezidivierende Hautentzündungen → Abstrich und Antibiotika-Salbe; MRSA-Diagnose nach 2 Tagen → orale Antibiose → 3 Monate danach Abstriche negativ
- Belastendes an MRSA:
 - Angst, Familie angesteckt zu haben → mit der eigenen Infektion kann sie umgehen, aber mit der Last, evtl. jemanden anderen angesteckt zu haben, nicht
 - Unsicherheit, wie lang sie diesen Keim schon hat, und ob sie jemandem geschadet haben könnte
 - Hatte keinerlei Einschränkungen durch MRSA
- Umgang mit Diagnose:
 - „So ist es jetzt, dann wollen wir einmal schnell die Sache erledigen, und dann geht hoffentlich (lacht) das Leben weiter.“
 - Vorsichtig sein, ordentlich Hände waschen
 - War erstaunt, dass sie als gesunde Person es bekommen hat
 - Hat es auf Arbeit nicht thematisiert, gab keinen Grund dafür
 - Dankbar über schnelle Behandlungsmöglichkeit
 - Erstaunen, Unsicherheit, Gelassenheit
- Völlig unproblematischer Krankheitsverlauf ohne medizinische Isolierung, keine psych. Belastungen → privat und beruflich keine Konsequenzen oder Veränderungen
- keinerlei problematische Reaktionen im Umfeld → eher Mitleid
- Hatte keine Angst vor negativen Reaktionen → hält sie jedoch für möglich
- Patientin fühlt sich mit erster Antibiotikaeinnahme sicher → fühlt sich nicht mehr ansteckend, Problem damit behoben
- Ein Innehalten bzw. Realisierung durch MRSA, dass es ungesehene Keime gibt, die einen schnell in Situationen bringen können, die lebensgefährlich sind → kann auch gesunden Mensch treffen → ist sich bewusst, dass das Leben endlich ist → Aber MRSA selber hatte keine Bedrohlichkeit für sie
- Wünscht sich besseren Zugang zu Flyer und Infomaterial, Aufklärung in Kindergärten und Schulen → Wichtigkeit von Hygiene, was MRSA für Folgen haben kann, Infos über Erreger selbst, wie man sich schützt

13.10 Codesystem mit Hauptkategorien, Subkategorien, Beschreibung und Ankerbeispielen

Code\Subcode	Codebeschreibung mit Ankerbeispiel
Emotionen	Welche Gedanken und Emotionen hat der Patient im Verlauf seiner Krankheit?
Emotionen\Bedrohlichkeit des MRSA	Als wie ernst bzw. bedrohlich nimmt der Patient die MRSA Infektion wahr? Ankerbeispiel: "Weil ich kann ja, theoretisch, wenn dieser Keim nicht weggeht, bin ich berufsunfähig."
Emotionen\Belastungen fürs Soziale Umfeld	Worunter leiden die nahestehendsten Personen? Ankerbeispiel: "Sie werden verrückt. Meine Frau mit. Sie wäscht sich, war verrückt. Das ist die Bettwäsche, Nachtwäsche und alles was dazu gehört "
Emotionen\Frühere traumatische Erlebnisse	Traumatische Erlebnisse aus dem Langzeitgedächtnis, die durch Krankheit und MRSA-Diagnose wieder wach werden. Ankerbeispiel: "Da kam der Gendarm, hat vorne einen großen Baum hingehängt mit großem Schild „Sperrgebiet – Maul und Klauenseuche“. Und wir wären fast verhungert, weil noch NICHT mal ein Nachbar gekommen wäre und hätte Geld genommen, um ihnen mal was zu kaufen, eine Butter oder frische Wurst oder so was. War nur Eigenbetrieb. SECHS Wochen in Quarantäne."
Emotionen\Gedanken, Emotionen bei Erstdiagnose	Erste Gedanken des Patienten bei Diagnosestellung. Ankerbeispiel: "Also es hat mich erschrocken"
Emotionen\Gefühle der Krankheit und Situation gegenüber	Welche Gedanken und Emotionen dominieren beim Patient in einer MRSA-Situation? Ankerbeispiel: "Hilflos. Das ist nicht angstbesetzt, aber Hilflosigkeit ist da. Mir kann ja keiner helfen."
Emotionen\Konfrontation mit Tod	Setzt sich der Patient durch MRSA in irgendeiner Weise mit dem Tod auseinander? Ankerbeispiel: "Nur Angst, dass es in die Blutbahn geht. Das war die einzige Angst, die ich hatte. Denn ich wusste, wenn es in die Blutbahn geht, dann ist es vorbei."
Interviewmotivation	Aus welchen Gründen hat sich der Patient zum Interview gemeldet? Ankerbeispiel: "Und das sollte man vielleicht auch SAGEN, einfach auch, um der Gesellschaft vielleicht etwas Gutes zu tun."
Krankheitsgeschichte	Krankheitsverlauf: Wie ist es zur MRSA-Diagnose gekommen? Wann erfolgte eine evtl. Eradikation? Ankerbeispiel: "Ich habe vier Bypässe bekommen (...) aber wie gesagt, die Wunde ging einfach NICHT zu"
Krankheitsgeschichte\Belastende Erlebnisse/Leidensdruck unabhängig von MRSA	Worunter hat der Patient während der Krankheit bzw. seines Krankenhausaufenthaltes stark gelitten? Was hat ihm zu schaffen gemacht bzw. ihn belastet? Nicht im direkten Zusammenhang mit MRSA-Diagnose aber evtl. mit medizinischem Personal stehend. Ankerbeispiel: "Ja. Ich habe ja auch noch schwer gekämpft, alleine schon die Überraschung im Rollstuhl zu sitzen ist ziemlich hart."
Krankheitsgeschichte\Infektionsweg	Wie kam es zur MRSA Infektion? Ankerbeispiel: "Also ich denke mal, ich kann es nicht sagen. Ich lag halt da drei Monate auf Intensiv und keine Ahnung wo dann die Leute, die dann pflegen, überall sind. Keine Ahnung."
Krankheitsgeschichte\ Isolierungsergebnis	Welche Erlebnisse hatte der Patient in seiner medizinischen Isolierungszeit? Wie hat er diese wahrgenommen? Ankerbeispiel: "Aber das ist natürlich auch ein bisschen beunruhigend (...) Also ich meine, denn erst mal erkennt man natürlich seine Angehörigen nicht, wenn die vermummt sind bis untern Kragen." oder "Fühlt man sich natürlich noch mehr isoliert als man das eh schon ist im Krankenhaus."
Leidensdruck aufgrund MRSA	Einschränkungen und Belastendes, was die Person auf privater oder medizinischer Ebene aufgrund ihres MRSA wahrgenommen hat. (nicht soziale Veränderungen) Ankerbeispiel: Einschränkungen der Lebensqualität durch MRSA-Sanierung: "Das Heftigste war dann, war er weg, wenn dieses Lava-Sept-Programm durchgemacht und wirst dann ja ständig gewaschen von Kopf bis Fuß und jeden Tag und so weiter. Dann war er weg und dann war er wieder da."

Leidensdruck aufgrund MRSA\Traumatische Erlebnisse während Krankheitszeit	Herausstechende traumatische Erlebnisse im Zusammenhang mit MRSA: Ankerbeispiel: "Und dann wurde ich drei Monate lang, dreimal in der Woche fürchterlich gequält. Es gab dann eine Ausschabung, jedes Mal, dreimal in der Woche so eine richtige Ausschabung, natürlich ohne Narkose."
Leidensdruck aufgrund MRSA\Angst jemanden anzustecken	Existiert beim Patient Angst jemanden anzustecken? Ist es zur Ansteckung gekommen? Ankerbeispiel: "Ja, das hatte natürlich schon. Und man macht sich natürlich Sorgen: Hoffentlich haben das jetzt die ANDEREN nicht."
Leidensdruck aufgrund MRSA\Gesundheitliche Folgen der MRSA Erkrankung	Gesundheitliche Folgen, die der Patient aufgrund MRSA bzw. MRSA assoziierter Komplikationen hat. Spitzfuß, Narbe, etc. Ankerbeispiel: "Das Problem (...) war natürlich (...) auch keine Spitzfuß-Prophylaxe. Heißt natürlich auch, dass ich deswegen einen Spitzfuß hatte und deswegen bin ich jetzt hier."
Stigmatisierungserlebnis	Einschneidende Erlebnisse durch MRSA verursacht; Situationen, die der Patient als stigmatisierend empfinden könnte.
Stigmatisierungserlebnis\Angst vor unangemessenen Reaktionen	Wo zeigt der Patient Angst vor (negativen) Reaktionen seines Umfeldes aufgrund seiner MRSA Erkrankung? Kommuniziert der Patient nach außen über seine Diagnose? Ankerbeispiel: "Und man hat ja Angst, dass sich irgendwo zu äußern, weil ja jeder denkt, um Gottes willen, wenn ich den angreife, kriege ich es auch. Sie sind ISOLIERT."
Stigmatisierungserlebnis\Arbeit	Situationen, in denen MRSA das Arbeitsleben beeinflusst hat, und negative Reaktionen von Personen im Arbeitsumfeld. Ankerbeispiel: „Wenn du nicht arbeiten gehen kannst, dann wollen wir dich aber auch nicht SEHEN, weil das können wir uns nicht leisten, dass hier der ganze Rattenschwanz das nach sich zieht und alle ein Screening machen müssen und dann die Hälfte davon für Wochen nicht arbeitsfähig ist"
Stigmatisierungserlebnis\Einfluss des MRSA auf medizinische Versorgung	Gibt es durch MRSA Veränderungen in der Behandlung des Patienten, im Vergleich zu vorherigen Erlebnissen? (nicht deren gesundheitliche Folgen) Ankerbeispiel: "Ich bin zum Beispiel bei mir in der HAUSARZTPRAXIS nicht einmal gewesen. Die Arzthelferin ist RAUSGEKOMMEN, hat mir die Abstrichrechnung gegeben, hat bei mir AM AUTO diesen Abstrich gemacht, also wirklich nichts ist gewesen."
Stigmatisierungserlebnis\Im Krankenhaus	Wertende bzw. negativ veränderte Reaktionen des medizinischen Personals auf die MRSA-Infektion im Vergleich zu vorangegangenen Erlebnissen. Ankerbeispiel: "Zumal sich die Leute auch, also DIE haben sich wirklich verändert. Die Schwestern und auch die Ärzte. Also das war ja, weiß ich nicht, also ich fand es schon sehr massiv. Also es ist zum einen jetzt/also ich glaube das ist etwas, was auch Angst macht. Wenn dann die Leute da reinkommen und so einen behandeln, als hätte man jetzt die, was weiß ich was für eine Pest am Leibe."
Stigmatisierungserlebnis\Privat	Situationen im privaten Umfeld, die vom Patienten als stigmatisierend wahrgenommen wurden bzw. hätten werden können. Ankerbeispiel: "Und dann gingen die Leute rückwärts und ich stand da alleine. „Du hast MRSA!“"
Stigmatisierungserlebnis\Stigma-Vokabel	Wortwahl der Befragten die auf Stigma hinweisen könnten. Ankerbeispiel: "... uah, du hast Lepra oder so was."
Stigmatisierungserlebnis\Umgang mit Stigmatisierungserlebnis	Wie geht der Patient mit Erlebnissen, die einen "stigmatisierenden" Charakter haben, um? Ankerbeispiel: "Ja, ich habe geschluckt und dachte, okay, ich habe mir vorgenommen, ich werde da nicht drauf reagieren und Feierabend. Ich weiß, wie die Wahrheit war und wenn es jemand anders sieht, dann muss er dafür auch seine Sachen verantworten."
Umgang mit Erlebtem	Umgang mit Krankheit und Erlebtem.
Umgang mit Erlebtem\Hilfreiches	Was hat der Patient in der Isolierung bzw. Akutsituation als hilfreich empfunden? Ankerbeispiel: "Die Anwesenheit meiner Frau war beruhigend"
Umgang mit Erlebtem\Hilfreiches\Copingstrategien	Direkte Strategien, um mit der Krankheitsbelastung umzugehen, sie zu verarbeiten. Ankerbeispiel: "Ich habe Comics gezeichnet, um das zu verarbeiten."
Umgang mit Erlebtem\Informationen über MRSA	Wie informiert ist der Patient selber über MRSA, besonders bei Diagnosestellung? Ankerbeispiel: "Ich wusste gar nicht, was ich damit machen sollte, weil, ich hatte ja keine Ahnung, was das ist."

Umgang mit Erlebtem\Lebensweisheiten	Welche persönlichen Erkenntnisse zieht der Patient aus seiner Krankheit oder Krankengeschichte? Ankerbeispiel: "Die meisten Menschen nehmen sich viel zu wenig Zeit für das, was sie eigentlich wirklich brauchen. Das ist wichtig sich die Zeit zu nehmen."
Umgang mit Erlebtem\Medien und MRSA bzw. MRE	Was hören die Patienten aus Medien? Ankerbeispiel: "Je aufgeklärter die Leute dann selber darüber sind, desto unproblematischer wird der Umgang. Es ist im Prinzip hauptsächlich immer die, die das Thema nur aus dem Fernsehen kennen wie Kiel einmal gehört, und dann fünf Tote und das ist das Hauptproblem."
Umgang mit Erlebtem\Sicht auf sich selbst	Wie nimmt sich der Patient im Zusammenhang mit seiner Diagnose selbst wahr? Gibt es Veränderungen? Ankerbeispiel: "Zum Glück, da habe ich ein relativ gesundes Selbstbewusstsein, also wie soll ich mich für etwas schämen, was jedem passieren kann?"
Umgang mit Erlebtem\Sicht aufs System	Patientensicht aufs Krankenhaus, Gesellschaft und weitere Umstände. Ankerbeispiel: "Man ist im Deutschland, also und so ein bisschen so Frust an der Situation, dass wir eigentlich in der Chirurgie die Nummer eins sind, aber im anderen Bereich da irgendwo unten im rumdümpeln"
Veränderungen im sozialen Umfeld	Gab es Veränderungen im sozialen Umfeld: privat, Arbeit? Haben sich Kontakte bzw. Umgang miteinander verändert?
Veränderungen im sozialen Umfeld\Arbeit	Wie hat sich die MRSA auf die Arbeit ausgewirkt? Welche Veränderungen gab es? Ankerbeispiel: "Weil ich nicht arbeiten gehen konnte, das ist schon. Ich war nicht einmal im BÜRO in der der Zeit."
Veränderungen im sozialen Umfeld\Privat	Wie haben sich soziale Interaktionen, private Kontakte, Freundschaften verändert? Ankerbeispiel: "Nur der Kleine hat mir gefehlt. Den wollte ich auch mal wieder sehen, den Kleinen."
Charakterliche Eigenschaften	Selbsteinschätzung des Patienten. Welche Eigenschaften schreibt sich der Patient selbst im Verlauf des Interviews zu? Ankerbeispiel: "weil ich bin ein offener Mensch"
Charakterliche Eigenschaften\Persönliche Konsequenzen der Patienten	Welche Konsequenzen zieht der Patient aus dem Erlebten? Ankerbeispiel: (Privatpatient zum Arzt) „Ich gehe davon aus, dass Sie mir keine Rechnung schicken. Ich packe sofort meine Sachen.“
direkte Verbesserungsvorschläge	Direkt erwähnte Verbesserungsvorschläge bzw. Kritik. Ankerbeispiel: "Also richtiggehend würde es allen von Nutzen sein, Leitlinien zu haben."
indirekte Verbesserungsvorschläge	Zwischen den Zeilen zu hörende Kritik, die zu Verbesserungsvorschlägen herangezogen werden können. Ankerbeispiel: "Und man wusste auch nicht, wo man sich hinwenden kann, oder wo mal nachfragen kann."
Beschreibungen der Angehörigen	Belastung für das soziale Umfeld. Ankerbeispiel: "Also jeden Tag Betten abziehen, jeden Tag neue Handtücher. Kleidung sowieso von oben bis unten wechseln."
Beschreibungen der Angehörigen\Soziale Belastung	Angehörige beschreiben soziale Belastungen.
Beschreibungen der Angehörigen\Verbesserungsvorschläge Angehöriger	Angehörige machen Verbesserungsvorschläge.

13.11 Spearman-Korrelation der EMIC-Werte mit qualitativen Daten

		EMIC-Wert	Alter	Geschlecht	Bildungsstufe	Schwere der MRSA-Diagnose	Lebensbedrohliche Grunderkrankung	Länge der medizinischen Isolierung	Medizinische Isolierung wurde erlebt	Isolation auf Gesellschaftsebene	Bestrafungsgefühl	negative Auswirkungen auf Beruf	Negative Erlebnisse bzw. Einfluss im/aufs Privatleben	Angst vor unangemessenen Reaktionen	Persistenz des MRSA	Wahrscheinlicher Infektionsort	Zeitpunkt der MRSA-Infektion/Besiedlung
EMIC-Wert	r	1,000	-,025	-,127	-,467	-,148	-,186	-,167	-,057	,635*	-,372	,464	,537	,083	,293	,339	,617*
	p		,936	,679	,108	,629	,543	,585	,853	,020	,211	,110	,059	,789	,331	,258	,025
Alter	r	-,025	1,000	-,850**	,024	,402	,249	,474	,401	-,042	,124	-,343	-,041	0,000	,343	-,680*	,022
	p	,936		,000	,939	,173	,412	,101	,174	,890	,686	,251	,893	1,000	,251	,011	,942
Geschlecht	r	-,127	-,850**	1,000	-,090	-,575*	-,220	-,488	-,539	-,025	,220	,318	,098	,220	-,433	,675*	-,171
	p	,679	,000		,770	,040	,471	,091	,057	,935	,471	,290	,751	,471	,139	,011	,576
Bildungsstufe	r	-,467	,024	-,090	1,000	,258	,220	,138	-,061	-,180	0,000	-,156	0,000	0,000	,104	-,270	-,056
	p	,108	,939	,770		,395	,470	,652	,844	,556	1,000	,611	1,000	1,000	,735	,372	,855
Schwere der MRSA-Diagnose	r	-,148	,402	-,575*	,258	1,000	,043	,298	,268	-,553*	-,345	-,281	-,648*	-,194	-,281	-,288	-,351
	p	,629	,173	,040	,395		,889	,324	,375	,050	,248	,352	,017	,525	,352	,341	,239
Lebensbedrohliche Grunderkrankung	r	-,186	,249	-,220	,220	,043	1,000	,311	,033	,220	,548	,141	,071	,238	,141	-,537	-,251
	p	,543	,412	,471	,470	,889		,302	,915	,471	,053	,646	,817	,433	,646	,059	,408
Länge der medizinischen Isolierung	r	-,167	,474	-,488	,138	,298	,311	1,000	,629*	,170	-,041	-,343	-,041	-,145	,098	-,785**	-,262
	p	,585	,101	,091	,652	,324	,302		,021	,579	,893	,251	,893	,637	,750	,001	,388

Medizinische Isolierung wurde erlebt	r	-,057	,401	-,539	-,061	,268	,033	,629*	1,000	,101	-,033	-,272	,033	-,033	,234	-,539	-,087
	P	,853	,174	,057	,844	,375	,915	,021		,742	,915	,368	,915	,915	,443	,057	,778
Isolation auf Gesellschaftsebene	r	,635*	-,042	-,025	-,180	-,553*	,220	,170	,101	1,000	,098	,433	,854**	,098	,433	-,025	,557
	P	,020	,890	,935	,556	,050	,471	,579	,742		,751	,139	,000	,751	,139	,935	,048
Bestrafungsgefühl	r	-,372	,124	,220	0,000	-,345	,548	-,041	-,033	,098	1,000	,225	,238	,381	-,141	-,098	-,355
	P	,211	,686	,471	1,000	,248	,053	,893	,915	,751		,459	,433	,199	,646	,751	,233
Negative Auswirkungen auf Beruf	r	,464	-,343	,318	-,156	-,281	,141	-,343	-,272	,433	,225	1,000	,507	-,141	,133	,318	,322
	P	,110	,251	,290	,611	,352	,646	,251	,368	,139	,459		,077	,646	,664	,290	,284
Negative Erlebnisse bzw. Einfluss im/aufs Privatleben	r	,537	-,041	,098	0,000	-,648*	,071	-,041	,033	,854**	,238	,507	1,000	,238	,507	,098	,565
	P	,059	,893	,751	1,000	,017	,817	,893	,915	,000	,433	,077		,433	,077	,751	,044
Angst vor unangemessenen Reaktionen	r	,083	0,000	,220	0,000	-,194	,238	-,145	-,033	,098	,381	-,141	,238	1,000	-,141	,220	-,209
	P	,789	1,000	,471	1,000	,525	,433	,637	,915	,751	,199	,646	,433		,646	,471	,493
Persistenz des MRSA	r	,293	,343	-,433	,104	-,281	,141	,098	,234	,433	-,141	,133	,507	-,141	1,000	-,433	,742*
	P	,331	,251	,139	,735	,352	,646	,750	,443	,139	,646	,664	,077	,646		,139	,004
Wahrscheinlicher Infektionsort	r	,339	-,680*	,675*	-,270	-,288	-,537	-,785**	-,539	-,025	-,098	,318	,098	,220	-,433	1,000	,129
	P	,258	,011	,011	,372	,341	,059	,001	,057	,935	,751	,290	,751	,471	,139		,676
Zeitpunkt der MRSA-Infektion/Besiedlung	r	,617*	,022	-,171	-,056	-,351	-,251	-,262	-,087	,557*	-,355	,322	,565*	-,209	,742**	,129	1,000
	P	,025	,942	,576	,855	,239	,408	,388	,778	,048	,233	,284	,044	,493	,004	,676	
		r = Korrelationskoeffizient								* Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig)							
		p = Sig. (2-seitig)								** Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig)							

14 Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

15 Danksagung

Meinen besonderen Dank richte ich an all die MRSA-Patienten, die sich im Rahmen dieser Studie bereit erklärt haben, Einblicke in ihre sehr persönliche und häufig herausfordernde Krankheitssituation zu geben. Vielen Dank für Ihre Zeit und die Bereitschaft Erfahrungen zu teilen und der Wissenschaft zugänglich zu machen!

Mein Dank gilt in besonderer Weise Ihnen, Frau Prof. Dr. Heudorf, für die Überlassung des Themas, Ihr Engagement und die freundliche Betreuung. Es war eine wirklich schöne Zusammenarbeit.

Vielen Dank dem MRE-Netz Rhein-Main für die Finanzierung dieser Studie.

Weiter möchte ich von Herzen meiner Familie: Mutter, Vater, Lydia, Ben, Oma und Opa, aber auch der besten WG der Welt, sowie Adams und Landes danken. Ihr habt mich auf die unterschiedlichste Art und Weise unterstützt, begleitet, mich in Höhen und Tiefen er- und getragen und immer wieder ermutigt. Ein besonderes Dankeschön gilt ebenfalls dir, Johannes, für dein immer offenes Ohr und deine vielfältige Unterstützung in Rat und Tat; euch, Chrissi, Judith und Lisa für die inspirierenden, methodischen Gespräche und natürlich Susanne und Britta, die ihr korrekturgelesen habt.

Über allem möchte ich dem danken, dem ich mein Leben, meine Familie, meine Freundschaften und auch das Gelingen und die Vollendung dieser Arbeit verdanke:
meinem lieben Vater und Gott im Himmel.

Soli deo gloria!