

Betriebsärztinnen/-ärzte und chronisch infiziertes Personal

von Dr. med. Jens Jarke

1. Einleitung

Personen, die im medizinischen Bereich arbeiten, haben naturgemäß ein erhöhtes Risiko, mit Trägern von Infektionserregern in Kontakt zu kommen. Durch den verbreiteten Einsatz invasiver Methoden in der Krankenpflege und Behandlung – das Spektrum reicht von der intramuskulären Injektion und der Blutentnahme bis hin zur Herz- oder Lebertransplantation – besteht bei diesen Tätigkeiten auch die Möglichkeit, mit durch Blut übertragbaren Erregern in Kontakt zu kommen und sich mit solchen Erregern zu infizieren. Umgekehrt können Angehörige medizinischer Berufe, die sich beruflich oder außerberuflich infiziert haben und chronisch ansteckungsfähig bleiben, diese Infektion auf die Patienten übertragen. Einige der hier in Bezug auf chronische Virusinfektionen behandelten Fragen haben neue oder vergleichbare Bedeutung im Zusammenhang mit Fällen persistierender MSRA-Besiedlung bei medizinischem Personal erhalten.

2. Häufigkeit und Gefährdungspotential beruflicher Expositionen

Auch wenn man sich bei der Betrachtung der Häufigkeit beruflich bedingter Expositionen gegenüber Infektionserregern auf blutübertragene Erreger wie Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und Humanes Immunschwäche Virus (HIV) konzentriert und sich auf Kontakt potenziell infektiöser Körperflüssigkeiten mit Schleimhäuten und auf perkutane Verletzungen beschränkt, bleibt es schwierig, Angaben zur Häufigkeit derartiger Expositionen zu machen. Zwar sollten alle Blut-Schleimhautkontakte und perkutanen Verletzungen als Arbeitsunfälle gemeldet werden, aber in der Praxis unterbleibt eine solche Meldung sehr häufig, meist weil auf Grundlage einer mehr oder weniger zutreffenden subjektiven Einschätzung des Gefährdungspotentials das Infektionsrisiko als gering und eine Meldung als zeitraubend und nutzlos eingeschätzt wird. Bei prospektiven Untersuchungen ergeben sich daher, je nach untersuchtem Arbeitsbereich, Dunkelziffern von ca. 40-90% nicht gemeldeter Arbeitsunfälle.

Besonders gefahrenträchtig im Hinblick auf perkutane Verletzungen und Schleimhautkontaminationen sind naturgemäß Blutentnahmen, das Legen und Entfernen von Infusionssystemen, Operationen sowie Geburten und gynäkologische Eingriffe.

Ca. 95% der Chirurgen erleben im Laufe eines Jahres mindestens einmal eine Schleimhautkontamination und ca. 75% eine Stich- oder Schnittverletzung, bezogen auf 100 Operationen liegen die Raten perkutaner Verletzungen zwischen 1,5 und 8,0, die der Schleimhaut- und Hautkontamination zwischen 5 und 30 auf 100. Die überwiegende Mehrzahl der Stichverletzungen im operativen Bereich sind jedoch glücklicherweise Verletzungen an Nicht-Hohlraumnadeln (Nahtnadeln) durch den Handschuh hindurch, was mit einem deutlich geringeren Infektionsrisiko als Stichverletzungen an blutgefüllten Kanülen belastet ist.

Neben der Häufigkeit der Exposition wird das tatsächliche Infektionsrisiko also auch bestimmt durch die Art der Exposition und die dabei inokulierte Menge potenziell erregerehaltiger Körperflüssigkeit. Weitere wesentliche Faktoren für die Höhe des Infektionsrisikos stellen die Prävalenz infektiöser Patienten im jeweiligen Patientenkontext, die Konzentration eines Infektionserregers in der entsprechenden Körperflüssigkeit, die Art des Erregers und die Empfänglichkeit gegenüber einem bestimmten Krankheitserreger auf Seiten der exponierten Person dar.

Ein Vergleich der entsprechenden Parameter für die drei wichtigsten blutübertragenen Erreger (siehe Tabelle 1, Seite 8) zeigt, dass das Risiko einer Übertragung von Hepatitisviren in Deutschland deutlich höher ist als das einer Übertragung von HIV. Glücklicherweise kann jedoch wenigstens der Gefahr einer HBV-Infektion durch die Hepatitis B-Schutzimpfung wirksam vorgebeugt werden.

Die Mehrheit der chronisch mit HBV, HCV und/oder HIV infizierten Beschäftigten im Gesundheitswesen hat die Infektion nicht im beruflichen Zusammenhang erworben; diese „Carri-

er“ tragen natürlich auch zu den nosokomialen Infektionen bei.

3. Nosokomiale Infektionen und chronisch infiziertes Personal

Seit langem sind HBV-Übertragungen von infizierten Angehörigen der Gesundheits- und Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern u.a.) auf die ihnen anvertrauten Patienten bekannt. Die meisten dieser Fälle gingen von Zahnärzten und Kieferchirurgen aus, einige von operativ tätigen Gynäkologen (ein Gynäkologe infizierte 22/9% von 268 Patientinnen). 1996 wurden fünf Fälle einer HCV-Infektion bei Patienten eines HCV-infizierten Herzchirurgen bekannt. Allen diesen Fällen ist gemeinsam, dass das medizinische Personal Hepatitis-infiziert war und nichts von seinem Zustand wusste. Die Zahnärzte arbeiteten ohne Handschuhe, die Operateure verwendeten verletzungsträchtige Techniken etwa das Abtasten der Nadelspitze beim Nähen. Auch in Deutschland sind mehrere Fälle nosokomialer Übertragung von HBV und HCV durch im Gesundheitswesen Tätige publiziert worden. Von einer Dunkelziffer muss ausgegangen werden.

1991 wurde erstmals ein Einzelfall aus den USA dokumentiert, wonach ein AIDS-kranker Zahnarzt 5 Patienten wahrscheinlich durch die Nicht-Einhaltung elementarer Hygienemaßnahmen mit HIV infiziert haben soll. 1997 wurde in Frankreich ein weiterer Fall einer HIV-Übertragung durch einen infizierten Chirurgen bekannt. HIV wird mit deutlich geringerer Wahrscheinlichkeit als Hepatitis B auf Patienten übertragen (von 753 Patienten, an denen drei HIV-infizierte Chirurgen Operationen vornahmen, wurde keiner mit HIV infiziert). In Deutschland sind HIV-Übertragungen auf Patienten bisher nicht bekannt geworden.

Grundsätzlich können Beschäftigte im Gesundheitswesen, die ansteckungsfähige Träger von HBV, HCV und/oder HIV sind, aus hygienisch-infektiologischer Sicht ihre Berufe ohne Gefährdung von Patienten weiter ausüben. Dieses gilt uneingeschränkt auch für die Zulassung zur Berufsausbildung, deren Been-

Tabelle 1: Vergleich verschiedener Parameter, die das Infektionsrisiko für HBV, HCV und HIV im medizinischen Bereich in Deutschland beeinflussen

	HBV	HCV	HIV
Anzahl chronisch infizierter Personen	400-500.000	350-400.000	35-40.000
Geschätzte Anzahl der Neuinfektionen/ Jahr	50.000	5.000	2.000
Anteil der frisch Infizierten, die eine chronische Infektion entwickeln	5-10%	70%	100%
Mittlere Viruskonzentration im Blut bei einer nicht-therapierten infizierten Person	107-109 Viruspartikel/ ml	106-107 Viruskopien/ ml (sehr variabel)	104-105 Viruskopien/ ml
Mittlere Infektionswahrscheinlichkeit bei perkutaner Inokulation	Bei HBs-/HBe-Ag-positiver Indexperson ca. 30%	Anti-HCV-positive Indexperson ca. 2%, HCV-RNA-positive Indexperson ca. 5-10 %	0,3 - 0,4%
Prophylaktische oder postexpositionelle prophylaktische Maßnahmen	Impfung, Hep.B-Hyperimmunglobulin	Frühtherapie über einen Zeitraum von 6 Monaten nach Diagnose einer Infektion mit Interferon-alpha/ Peg-Interferon	Postexpositionsprophylaxe mit in der Regel 3 antiretroviralen Substanzen über einen Zeitraum von 4 Wochen
Wirksamkeit der prophylaktischen Maßnahmen (bei rechtzeitigem Einsatz)	ca. 95%	ca. 95%	>80%, <100%

(Quellen: RKI, Merkblätter für Ärzte, URL: <http://www.rki.de>)

digung sowie für die staatliche Anerkennung des Heilberufes.

Voraussetzung dafür ist, dass von allen Verantwortlichen, die allgemeinen Maßnahmen zum Infektionsschutz, die für die Beschäftigten und die Patienten gleichermaßen wichtig sind, getroffen werden. Die Einhaltung der allgemeinen Hygiene-, Schutz- und Unfallverhütungsmaßnahmen minimiert ein HBV-, HCV-, HIV-Übertragungsrisiko auf Patienten bei (zahn-)ärztlichen, kranken- und Altenpflegerischen Tätigkeiten. Einschränkungen der Berufsausübung bei chronischen HBV-/HCV-/HIV-Infektionen sind nur im Einzelfall für bestimmte Übertragungsträchtige bzw. gefahrgeneigte Tätigkeiten (und ggf. in Abhängigkeit von der Virämie) erforderlich. Diese Einschränkungen betreffen fast ausschließlich operativ tätige Ärztinnen oder Ärzte, sehr selten nicht-ärztliches Assistenzpersonal aber keine anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Seit Ende der 1990er Jahre wurden verschiedene fachliche Empfehlungen veröffentlicht; entstanden ist ein gestuftes System von Regelungen zur Berufsausübung durch seropositive, chronisch infizierte Mitarbeiter/-innen zum Schutz Dritter vor Infektionsgefährdungen. Auch zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gegenüber betroffenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft schon frühzeitig geäußert. Weiterhin gibt es eine (noch nicht sehr gefes-

tigte) Rechtsmeinung und –praxis zu Fragen des Arbeitsrechtes, insbesondere bezüglich der Bewerbung und der Einstellungsuntersuchung bzw. „Eignungsuntersuchung“.

Trotz dieser relativ differenzierten Empfehlungen wird in der Alltagspraxis sehr uneinheitlich verfahren. Folge sind Ungleichbehandlung und Rechtsunsicherheit. Einerseits arbeiten vielerorts die Fallkonferenzen auf Ebene von Krankenhäusern oder Kommunen unauffällig und effektiv. Beschäftigte, denen Tätigkeitsbeschränkungen auferlegt wurden, erhalten - ohne soziale oder materielle Nachteile – Aufgaben zugeordnet, bei denen Gefährdungen Dritter vermieden werden. Andererseits häufen sich die Fälle, in denen z.B. Alten- und Krankenpflegepersonal die Zulassung zur Berufsausbildung, die staatliche Anerkennung oder die Berufsausübung untersagt wird. Keine der bekannt gewordenen Entscheidungen dieser Art war sinnvoll, fachlich notwendig und verhältnismäßig.

4. Empfehlungen für die Verhütung der Übertragung von, HBV, HCV und HIV auf Patienten

Grundsätzlich gehören bei der Infektionsprävention der Patientenschutz und der Mitarbeiterschutz zusammen (zwei Seiten einer Medaille), rechtlich fallen sie jedoch in unterschiedliche Bereiche. Empfehlungen zum Patientenschutz, die auch Regelungen zur Berufsaus-

übung und nicht zum Berufsausschluss sind, wurden u.a. von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und dem Robert Koch-Institut (RKI) empfohlen (Epid. Bull. 30/99: 221-223; Epid. Bull. 34/99: 251-252; Epid. Bull. 35/99: 261-262 und Epid. Bull. 3/2001). Mittlerweile liegen auch europäische Konsensus-Leitlinien zu HBV und HCV vor, die insbesondere bezüglich evtl. Tätigkeitsbeschränkungen bei HCV zurückhaltender sind als die deutschen Empfehlungen (Gunson, 2003). Hier die Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen bzw. europäischen Leitlinien:

» Kontinuierliche betriebsärztliche bzw. arbeitsmedizinische Betreuung (Vorsorgeuntersuchungen bzw. Erst-/Nachuntersuchungen) einschließlich Überprüfung des HBV/HCV-Serostatus aller nicht immunen Tätigen gemäß § 15 BioStoffV unter Anwendung des G 42 sowie aller nicht immunen Medizin- und Zahnmedizinstudierenden; eine entsprechende freiwillige Verpflichtung der Selbständigen ist anzustreben. Personen, die sich weigern, ihren HBV/HCV-Status bzw. HBV-Immunistatus nach HBV-Impfung regelmäßig überprüfen zu lassen, sollen Tätigkeiten mit Übertragungsfahr nicht ausüben. Arbeitgeber dürfen solche Personen gemäß § 15 BioStoffV zu deren Eigenschutz nicht für diese Tätigkeiten einsetzen (Jacobs 2002).

ARBEITSMEDIZIN § 15 BioStoffV

**Angebotsuntersuchungen oder
Pflichtuntersuchungen**

(z.B. infektionsgefährdende Tätigkeiten)

- immer **Hepatitis**-Serologie
- und **Beratung** Angebot HIV-Test
Hinweis auf evtl. Eigen-/Fremdgefährdung

» Personen die Tätigkeiten mit Übertragungs-
gefahr ausüben und bei denen HIV-Infekti-
onsrisiken bestanden oder bestehen, soll-
ten durch einen HIV-Test abklären, ob sie in-
fiziert sind und dadurch als potenzielle Infekti-
onsquelle in Betracht kommen. Bei negativem
Testergebnis und weiter bestehendem HIV-In-
fektionsrisiko sollten sie den Test in regelmä-
ßigen Abständen wiederholen. Der HIV-Test
ist freiwillig, er gehört nicht zu den im Anhang
IV zur BioStoffV genannten Untersuchungen.
Nach dem G 42 wird der HIV-Test angeboten
und ggf. anonym durchgeführt. Der HIV-Test
darf nur nach Beratung und Einwilligung der
Beschäftigten erfolgen. In der Beratung soll-
ten die möglichen Konsequenzen, die sich im
Falle eines positiven Testergebnisses ergeben
könnten, angesprochen werden (z.B. mögliche
Tätigkeitseinschränkung, Umsetzung in einen
anderen Arbeitsbereich u.a.).

» Hepatitis-B-Impfung: Schließung aller Impf-
löcher bei allen im Gesundheitswesen Tätigen
gemäß STIKO-Empfehlung

» Regelmäßige Unterweisung des Personals
insbesondere im Hinblick auf die konsequente
Durchführung der erforderlichen Hygiene- und
Vorsichtsmaßnahmen, z.B.

- Das Tragen doppelter Handschuhe bei ope-
rativen Eingriffen,
- Die Verwendung „sicherer“ Instrumente (z.B.
Verwendung von blunt needles u.ä.), bei de-
nen das Risiko einer Verletzung durch die Be-
rücksichtigung der Sicherheitstechnik in der
Konstruktion minimiert wird,
- Den Gebrauch von Schutzkleidung, Schutz-
brille, Maske und Visier (UVV „Gesundheits-
dienst“ – BGV C8, § 7 BioStoffV),
- Die Verwendung adäquater Gefäße zur Ent-
sorgung von kontagiösem Material und konta-
giösen Gegenständen (z.B. Kanülenabwurfbe-
hälter);
- Eine nach sicherheitstechnischen Grundsät-
zen ausgerichtete Arbeitsorganisation,
- Die Meldung einer jeden Verletzung mit In-
fektionsrisiko an die zuständige Stelle (u.a.
Betriebsarzt/Betriebsärztin),

» Das schnelle Umsetzen neuer Erkenntnisse
zur Reduzierung des Infektionsrisikos für Pati-

Ihr Partner rund ums Auge. Sehtestgeräte, Perimeter, Seminare und mehr ...



**Neu: Mobiles Perimeter –
Perivist Compact nach FeV und G 25
Transport in leichter Tasche**

Vistec AG
Werner-von-Siemens-Str. 13
D-82140 Olching
Telefon ++49 81 42 /4 48 57-60
Telefax ++49 81 42 /4 48 57-70
e-mail info@vistec-ag.de
internet www.vistec-ag.de

 **VISTEC**
Vision Technologies

enten wie für Personal (z.B. Anwendung hand-schuhschonender Techniken);

» Besondere Vorsichtsmaßnahmen bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr („übertragungsträchtige Tätigkeiten“):

TÄTIGKEITEN mit erhöhter ÜBERTRAGUNGSGEFAHR

- Operationen in beengtem Operationsfeld
- Operieren mit unterbrochener Sichtkontrolle
- Operationen mit langer Dauer
- Operation, bei denen mit den Fingern in der Nähe scharfer/spitzer Instrumente gearbeitet wird
- Operationen mit manueller Führung bzw. Tasten der Nadel
- Verschluss der Sternotomie und vergleichbare verletzungsträchtige Tätigkeiten in der ärztlichen, zahnärztlichen und kieferchirurgischen Praxis

Zu diesen Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr sollen nur HCV-RNA-negative und anti-HIV-negative Personen herangezogen werden, die darüber hinaus Immunität gegen HBV besitzen, entweder als Folge ausgeheilter Infektion oder nach erfolgreicher HBV-Schutzimpfung.

HbsAg/HCV-RNA-/anti HIV-positive Personen sind akut oder chronisch mit HBV/HCV / HIV infiziert. Ihr Blut bzw. Serum muss als potenziell kontagiös angesehen werden. Für die Festlegung besonderer Vorsichtsmaßnahmen und/oder Tätigkeitsbeschränkungen gegenüber diesen Personen kann auch die Einschätzung der Infektiosität (Viruslast) von zusätzlicher Bedeutung sein. Unter den Fachleuten besteht allerdings Konsens, dass sich derzeit für keine der drei chronischen Infektionen ein zuverlässiger „Grenzwert“ („Cut-off“) festlegen lässt, auf Grund dessen z.B. ein Tätigkeitsverbot auszusprechen wäre.

Es werden grundsätzlich keine Berufsverbote für seropositive, chronisch infizierte Mitarbeiter/ innen in Gesundheitseinrichtungen vorgeschlagen, sondern es handelt sich um Regelungen zur Berufsausübung, die allenfalls Auflagen bezüglich bestimmter Tätigkeiten beinhalten können. Auflagen zur Berufsausübung müssen verhältnismäßig sein; ungerechtfertigte Tätigkeitsbeschränkungen oder gar -verbote sind nicht statthaft.

Im Abwägungsprozess zwischen dem Schutzanspruch von Patienten und der Rücksichtnahme auf berufliche und soziale Interessen des betroffenen Gesundheitsfachpersonals ist der Betriebsarzt/die Betriebsärztin häufig erste/r Ansprechpartner/in und Berater/in der Betroffenen. Die ärztliche Schweigepflicht schützt das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Betriebsarzt/Betriebsärztin und Betroffenen. Deren Mitteilungspflichten nach der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung gegen-

über dem Arbeitgeber sind sehr begrenzt und dürfen keine Diagnosen enthalten. Dadurch kommt Betriebsärzten/Betriebsärztinnen eine sehr verantwortungsvolle Schlüsselfunktion zu

Betriebsärzte/Betriebsärztinnen bewegen sich jedoch beim Infektionsschutz oftmals im „Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutz und Patientenschutz“ (Schmid et al 2002). Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin berät Arbeitgeber und (betroffene) Beschäftigte beim Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Ihre Aufgabe ist jedoch allein der Arbeitsschutz (Mitarbeiter-schutz); der Schutz Dritter, z.B. von Patienten vor Infektionen durch Beschäftigte, ist nicht Aufgabe des Betriebsarztes/der Betriebsärztin sondern der Hygienebeauftragten und Mikrobiologen. Sie arbeiten häufig – z.B. beim Personalscreening auf MRSA - eng zusammen, weil die Betriebsärzte/Betriebsärztinnen eine besondere Vertrauensstellung beim Personal haben.

Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin (oder der Mikrobiologe bei MRSA-Fällen) sollte immer, wenn Personal in operativen Bereichen betroffen ist, eine Fallkonferenz zur Wertung des Risikos und ggf. zur Festlegung der erforderlichen Maßnahmen einberufen bzw. sich an die örtlich etablierte ständige Fallkonferenz wenden. Die DVV (Epid. Bull. 30/99) hat Überlegungen zur Zusammensetzung eines solchen Gremiums innerhalb und außerhalb der stationären Versorgung diskutiert. Wenn örtlich noch kein beratendes Gremium besteht und/oder sonst keine Ansprechpartner bekannt sind oder in Zweifelsfällen kann der Ausschuss „Arbeit, Hygiene und Infektionsschutz“ der DVV eingeschaltet werden.

FALLKONFERENZ

- Betriebsarzt
- Fachkollege der/des Betroffenen
- Hygieniker
- Vorgesetzte/Pflegeleitung
- Virologe
- ggf. die/der Betroffene
- ggf. behandelnder Arzt
- ggf. Sachverständige
- ggf. Betriebs-/Personalrat
- evtl. Gesundheitsamt

Wichtig: Einzelfallbeurteilung

Für chronisch HBV-/HCV-/HIV-infiziertes pflegerisches oder ärztliches Assistenzpersonal, welches Tätigkeiten mit „normalem“ Infektionsrisiko ausübt, ist i.d.R. die Einberufung einer Fallkonferenz nicht erforderlich. In diesen Fällen ist eine intensive Schulung über die allgemeinen Hygiene-, Schutz- und Unfallverhütungsmaßnahmen sowie die Umsetzung der Maßnahmen gemäß § 15 BioStoffV durch den

Betriebsarzt/die Betriebsärztin ausreichend. Mittlerweile sind an vielen Orten Fallkonferenzen tätig geworden. Verfahrensvorschläge u.a. für das „offene Verfahren“ und das „anonyme Verfahren“ wurden in Bremen erarbeitet und publiziert (Wunderle et.al. 2004). Beim offenen Verfahren sind die Betroffenen damit einverstanden und auf Wunsch beteiligt; alle für das Verfahren relevanten Punkte werden unter Wahrung der Schweigepflicht in der Fallkonferenz offen besprochen und bewertet. Beim anonymen Verfahren beruft sich der/die Betroffene auf die ärztliche Schweigepflicht des Betriebsarztes/der Betriebsärztin. In der Fallkonferenz wird der Fall ohne Beteiligung der/des Betroffenen und ohne Kenntnis der personenbezogenen Daten diskutiert und bewertet. Als z.B. sozial und fachlich exponierte Personen (z.B. bekannter Herzchirurg) betroffen waren, wurde die Fallkonferenz einer anderen, entfernten Stadt einberufen. In der Diskussion war auch die beteiligte Einrichtung unbekannt. Der Fallkonferenz muss es um den Patientenschutz (Recht auf körperliche Unversehrtheit) und um den Arbeitsschutz (Persönlichkeitsschutz und Recht der freien Berufsausübung der/des Betroffenen) gehen. Ziel der Fallkonferenz ist die Diskussion und Bewertung des Risikoprofils bezogen auf die jeweilige konkrete Tätigkeit. Die zu findenden Maßnahmen müssen notwendig, geeignet und angemessen i.S. der Infektionsprävention sein. Eine Entscheidung der Fallkonferenz kann u.U. zu einer Einschränkung der Tätigkeit der/des chronisch Infizierten führen. Andererseits bedeutet die auf breiter Basis getroffene Entscheidung für die Betroffenen und ihre Arbeitgeber eine Absicherung ihrer zukünftigen Tätigkeit.

Es wird also in allen hygienisch/infektiologisch relevanten Fällen eine Fallkonferenz (dazu gehört MRSA) einberufen. Das Ergebnis der Diskussion wird in einem Protokoll zusammengefasst und im „offenen Verfahren“ der/dem Erkrankten direkt ausgehändigt. Im offenen Verfahren sollte z.B. dann, wenn Umsetzungen vorgeschlagen werden, der Betriebsrat bzw. die Personalvertretung beteiligt werden. In einem „anonymen Verfahren“ obliegt es dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin der/dem Betroffenen das Protokoll zu übergeben. Die Übergabe ist zu protokollieren. Im Einzelfall kann der Betriebsarzt/die Betriebsärztin orientiert an den von der Fallkonferenz vorgeschlagenen Maßnahmen Tätigkeitsbeschränkungen/-verbote (zum Schutz von Betroffenen) über den Arbeitgeber aussprechen lassen.

Lehnt die/der Betroffene die als notwendig erachteten Maßnahmen ab bzw. hält sie nicht ein und gefährdet dadurch Dritte, kann der Be-

fahren vermieden werden. Wenn eine einvernehmliche Regelung nicht zu erzielen ist, kann dies im Rahmen des Direktionsrechts geschehen. Die HBV- oder HCV- und/oder HIV-Infektion eines Mitarbeiters stellt für sich genommen grundsätzlich keinen Grund zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses dar, da sie – zumindest in frühem Stadium – die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt.

5. Kann die Infektionsgefahr durch die unter Nr. 3 und 4 genannten Schritte nicht vermieden werden, kommt u.U. auch eine Änderungskündigung in Betracht (Beendigung des bestehenden Vertrages verbunden mit dem Angebot, das Arbeitsverhältnis unter geänderten Bedingungen – z.B. geänderte Einsatzbereiche – fortzusetzen).

6. Es ist ggf. zu prüfen (§§ 193 Abs. 1 oder 2 sowie 202 SGB VII), inwieweit der Carrier-Status als Arbeitsunfallfolge (§ 8 SGB VII) z.B. durch Stichverletzung oder als Berufskrankheit (§ 9 SGB VII) der Nr. 3101 Anl. 1 zur BKV erworben wurde. Besondere Maßnahmen zum Schutz des Versicherten, ggf. auch Ausgleichszahlungen („Übergangsgeld“) – vgl. Nr. 4 und 5 – sind dann vom zuständigen UV-Träger zu erbringen. (Jarke, Marcus 2002)

Bei allen Schritten sollte auf die besondere psychische Lage des Mitarbeiters eingegangen werden und schonender Umgang sowie fürsorgliches Verständnis im Vordergrund stehen. Entscheidungen über den Einsatz von HBV- oder HCV- und/oder HIV-infizierten Mitarbeitern erfordern die Einschaltung des Betriebsarztes/der Betriebsärztin (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 1f Arbeitssicherheitsgesetz – ASiG) und möglichst einer Fallkonferenz. Auf evtl. Pflichten zur Information oder Beteiligung des Betriebsrates bzw. der Personalvertretung wird hingewiesen. Diese Grundsätze zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers können auch auf Fälle persistierender MRSA-Kolonisation beim Personal angewendet werden, solange ein Sanierungserfolg nicht nachgewiesen ist (Epid. Bull. 05/05).

6. Arbeitsrechtliche Aspekte

Grundsätzlich können Beschäftigte im Gesundheitswesen, die ansteckungsfähige Träger von HBV, HCV und/oder HIV (oder MRSA) sind, aus medizinisch-fachlicher Sicht ihre Berufe ohne Gefährdung von Patienten weiter ausüben. Dieses gilt uneingeschränkt auch für die Zulassung zur Berufsausbildung, deren Beendigung sowie für die staatliche Anerkennung des Heilberufes. Daran muss sich die ar-

beitsrechtliche Bewertung (vgl. ausführlich Jacobs 2002) bei der Einstellung und im bestehenden Arbeitsverhältnis orientieren.

Die HBV-/HCV-/HIV-Infektion (oder die MRSA-Kolonisation) hat in der Regel keinen Einfluss auf die Eignung der Bewerber/innen. Auch lässt sich allein aufgrund einer chronischen HBV-/HCV-/HIV-Infektion keine Vorhersage für eventuelle Zeiten der Arbeitsunfähigkeit treffen.

Von der Rechtsprechung sind bisher nur folgende Fragen als zulässig erachtet worden, zu denen Arbeitgeber sich Informationen verschaffen dürfen:

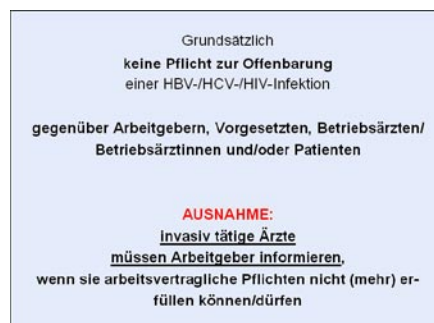
- solche, die die Eignung der Bewerber/innen für die entsprechende Tätigkeit betreffen;
- solche, die von Bedeutung für die Prognose zur Arbeitsfähigkeit unmittelbar nach Aufnahme der Tätigkeit sind;
- solche, die für die Beurteilung von Gefahren für andere Mitarbeiter/innen oder Patienten/Patientinnen (Ansteckung mit Virusinfektionen oder MRSA) relevant sind.

Bewerber/innen bzw. Beschäftigte im medizinischen Bereich haben keine allgemeine Pflicht, ihre HBV-/HCV-/HIV-Infektion gegenüber Arbeitgebern, Vorgesetzten, Betriebsärzten zu offenbaren.

In Vertragsverhandlungen muss man die Wahrheit sagen. Dies bezieht sich allerdings nur auf solche Fragen, die für das Vertragsverhältnis von Bedeutung sind. Die symptomlose bzw. chronische HBV-/HCV-/HIV-Infektion darf im Bewerbungsgespräch verschwiegen werden; weil die HBV-/HCV-/HIV-Infektion in der Regel keinen Einfluss auf die Eignung bzw. die vorgesehene berufliche Tätigkeit der Bewerber/innen hat. Fragen, die sich nicht auf diese Tätigkeit beziehen, dürfen vom Arbeitgeber nicht gestellt werden. Daraus ergibt sich das Recht, diese Fragen nicht zu beantworten. Eine unrichtige Antwort gilt hier nicht als arglistige Täuschung. Juristisch nicht ganz korrekt wurde dies als „Recht zur Lüge“ bezeichnet. Selbst eine falsche Antwort auf ausdrückliche Fragen z.B. nach einer HIV-Infektion in einem Fragebogen ist wegen Unzulässigkeit dieser Frage keine arglistige Täuschung und hat damit rechtlich keine Auswirkungen auf ein daraufhin begründetes Arbeitsverhältnis.

Eine Ausnahme können einige wenige medizinische Tätigkeiten (z.B. in der Chirurgie) sein. Arbeitsrechtler argumentieren, dass Ärzte (Operateure), die eingestellt wurden/werden sollen, um ganz wesentlich verletzungs-trächtige Tätigkeiten auszuüben, eine HIV-Infektion dem Arbeitgeber anzeigen müssen. Da sie zum Schutze der Patienten gerade diese

Tätigkeiten nicht ausüben sollen, können/dürfen sie auch die dem Arbeitgeber geschuldete Arbeitsleistung nicht (mehr) erbringen. Dieser Sachverhalt sei anzeigespflichtig.



Die Arbeitsfähigkeit unmittelbar nach Aufnahme der Tätigkeit kann bei HBV/HCV und HIV nur durch wenige schwerwiegende Krankheitsverläufe gefährdet sein; zum Beispiel

- HBV/HCV: chronisch-aktive Hepatitis, Leberzirrhose, Leberkarzinom

- HIV: schwerer Immundefekt, HIV-Enzephalopathie.

Da die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsunfähigkeit bei Menschen mit solchen Krankheiten groß ist, hat der Arbeitgeber dann das Recht, nach bevorstehender Arbeitsunfähigkeit in absehbarer Zeit zu fragen und eine wahrheitsgemäße Antwort zu bekommen.

Nach der Rechtsprechung wird dem Arbeitgeber im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen („Eignungsuntersuchung“) ein Fragerecht eingeräumt nur bzgl. bestehender Erkrankungen, die die berufliche Tätigkeit beeinflussen können. Das gleiche gilt für Untersuchungen gemäß § 7 BAT. Im Gegensatz zu den o.g. Vorsorgeuntersuchungen nach § 15 BioStoffV bzw. UVV „Arbeitsmedizinische Vorsorge“, die oftmals als „Erstuntersuchung“ an Stelle einer Einstellungsuntersuchung durchgeführt werden (vgl. 3.), sind Eignungsuntersuchungen nach § 7 BAT Bestandteil des Arbeitsvertrages und somit für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst verbindlich, d.h. eine Weigerung, sich einer solchen Untersuchung zu unterziehen, kann zu Konsequenzen führen (z.B. dass das Beschäftigungsverhältnis nicht zustande kommt). Ähnliches gilt für die Eignungsuntersuchungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Deshalb ist hier die ärztliche Sorgfalt besonders wichtig, nur solche Untersuchungen durchzuführen, die fachlich zur Beantwortung der zulässigen Fragen zwingend erforderlich sind. Ärztinnen/Ärzten dürfen nur in diesem Rahmen zu der Informationsgewin-

nung beitragen und den Arbeitgebern in Bezug auf die jeweils vorgesehene Tätigkeit mitteilen: „geeignet“ oder „nicht geeignet“.

Der Arbeitgeber darf vom Arbeitnehmer eine gesundheitliche Untersuchung jedoch nur verlangen, wenn sie individuell für die Beurteilung der Eignung des Arbeitnehmers für den vorgesehenen Arbeitsplatz/für die vorgesehene Arbeit (Einstellung) oder für die im Arbeitsverhältnis ausgeübte Tätigkeit erforderlich ist und die Untersuchung nicht bereits aufgrund einer Rechtsvorschrift vor Beginn der Beschäftigung und während der Tätigkeit vorgeschrieben ist. Routineuntersuchungen aller Bewerber/innen z.B. bezüglich Hepatitis- oder HIV-Serologie oder eines allgemeinen Drogenscreenings laut Bundesarbeitsgericht sind nicht statthaft (BAG Urteil vom 12.08.1999 – 2AZR 55/99).

Untersuchungen zur Feststellung der Eignung im oben bezeichneten Sinn dürfen im Einstellungsverfahren von Ärztinnen/Ärzten nur vorgenommen werden, wenn der Arbeitnehmer nach Aufklärung über Art und Umfang ausdrücklich eingewilligt hat. Auch im bestehenden Arbeitsverhältnis berechtigen allein die Zwecke des Arbeitsverhältnisses den Arbeitgeber nicht, den einzelnen Arbeitnehmer zu einer ärztlichen Untersuchung zu veranlassen.

Eine arbeitsvertragliche Nebenpflicht des Arbeitnehmers, sich regelmäßig einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, besteht nicht. Vor einem (freiwilligen) Personalscreening auf MRSA sollte im Vorhinein schriftlich festgelegt werden, wie im Falle eines MRSA-Nachweises oder des Versagens einer Sanierung verfahren werden soll. Erforderlich ist auch in diesem Fall die Einwilligung des Arbeitnehmers.

Grundsätzlich
keine Untersuchung auf HBV, HCV, HIV
ohne Zustimmung des Bewerbers/Beschäftigten

Verlangen des Arbeitgebers nur individuell gerechtfertigt bei Personen, die übertragungsträchtige Tätigkeiten ausüben

Chronisch HBV- oder HCV- und/oder HIV-infizierte Angehörige von Gesundheitsberufen müssen in der Regel im Bewerbungsgespräch oder während des Arbeitsverhältnisses ihre Krankheit nicht anzeigen und sie müssen einer vom Arbeitgeber geforderten (Eignungs-) Untersuchung grundsätzlich nicht zustimmen. In der Alltagspraxis gestaltet sich das oftmals sehr schwierig, weil eine Verweigerung der Zustimmung, den Ausschluss aus dem Bewerbungsverfahren bzw. von einer Tätigkeit zur Folge haben kann. Andererseits sollten die Ärztinnen/Ärzten, die Einstellungs- oder Personaluntersuchungen im Arbeitgeberauftrag durchführen, die Bewerber/innen darüber auf-

klären, dass ärztlicherseits nicht alle vom Arbeitgeber verlangten Untersuchungen auch tatsächlich durchgeführt werden dürfen (s.u.).

Vor diesem rechtlichen Hintergrund wird verschiedentlich eine Vertragsklausel vorgeschlagen, mit der (auch selbständige) Ärztinnen/Ärzte und andere Personen im Gesundheitswesen verpflichtet werden können, sich untersuchen zu lassen. Sowohl bezüglich der wie aller weiteren (Eignungs-) Untersuchungen ist eine solche vertragliche Regelung strikt zu beschränken auf Personen, die übertragungsträchtige Tätigkeiten ausüben. Bei allen anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen ist sie unzulässig. Die Vertragsklauseln sollten auch Regelungen zum Verfahren bei evtl. Tätigkeitsbeschränkungen, zur Vertraulichkeit und zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers im Sinne der Hinweise der DKG enthalten (vgl. 5).

Auch dann, wenn Arbeitnehmer durch tarif- oder arbeitsvertragliche Regelungen verpflichtet sind, sich untersuchen zu lassen und nach Aufklärung der Untersuchung zugestimmt haben, dürfen die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte nicht alle Untersuchungen durchführen, die sie oder der Arbeitgeber für sachdienlich halten. Die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte müssen das Arbeitgeberinteresse unter fachlichen Gesichtspunkten abwägen gegen das Recht der Arbeitnehmer/innen auf Unversehrtheit der Person (a.a.O.: BAG Urteil vom 12.08.1999). Der Schutz ist um so intensiver, je näher die Daten der Intimsphäre der/des Betroffenen stehen. Letzteres gilt insbesondere für Untersuchungen auf HIV, weil HIV-Infizierte immer noch in besonderem Maß sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung ausgesetzt sein können. Ärztinnen/Ärzten, die Einstellungs- oder Personaluntersuchungen im Arbeitgeberauftrag durchführen, stehen gleichzeitig in einem Rechtsverhältnis zu den Bewerbern/Bewerberinnen, aus dem gemäß BAG eine besondere Verantwortung für deren Schutz erwächst.

Literatur

DVV. Empfehlung zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-B-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epid Bull 1999, 30: 222-223
<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/99/9930INT.PDF>

DVV. Empfehlung zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-C-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epid Bull 2001, 03: 15-16
http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2001/3TEXT_01.PDF

GUNSON RN; Shouval D; Roggendorf M et al. Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) infections in health care workers (HCWs): guidelines for prevention of transmission of HBV and HCV from HCW to patients. J Clin Virol 2003; 27: 213-230

JACOBS, M. Der kranke Arzt: Virale Hepatitiden im Gesundheitswesen – Möglichkeiten und Pflichten zur Vermeidung der

Übertragung von Personal auf Patient aus arbeitsrechtlicher Sicht.

MedR 2002, 3 :140-145

JARKE J.; MARCUS, U. Berufsbedingte HIV-Infektionen bei medizinischem Personal.

Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 37 (2002) 5: 218-231

NASSAUER, A. Der Betriebsarzt im Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht.

Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 1999, 42: 481-485

NASSAUER, A.; Mielke, M. Rechtsgrundlagen zum Infektionsschutz im Krankenhaus. Anmerkungen für die Arbeitsmedizin.

Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2000; 43: 459-465

NASSAUER, A. Zur Notwendigkeit von Regelungen zur Berufsausübung von HBV- und HCV-Trägern in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2001; 44: 1011-1014

RKI. Zur Problematik der nosokomialen Übertragung von HIV. Epid Bull 1999, 34: 251-253

<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/99/9934INT.PDF>

RKI: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO)

<http://www.rki.de/GESUND/IMPFDEN/IMPFDEN.HTM>

RKI: Fachtagung der AG Nosokomiale Infektionen am RKI zur Intensivierung von Präventionsstrategien bei MRSA. Epid Bull 2005, 05: 31-38

http://www.rki.de/cdn_006/nn_225576/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Archiv/2005/05_05.templa-teld=raw.property=publicationFile.pdf/05_05

SCHMID, K., Lederer, P.; Frank, P.; Drexler, H.: Infiziertes Personal im Gesundheitsdienst

- Infektionsschutz im Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutz und Patientenschutz.

Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 37 (2002)2: 95 - 101

WUNDERLE, W.; Hittmann, F.; von Schwarzkopf, H. Verfahrensvorschlag zum Umgang mit chronisch infizierten Mitarbeitern (HBV-, HCV, HIV-Infektion) in medizinischen Einrichtungen in Bremen.

Gesundheitswesen 2004; 66: 1-6

Gesetze und Verordnungen

- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)

<http://jurcom5.juris.de/bundesrecht/arbbschg/>

- Biostoff-Verordnung (BioStoffV)

http://www.umwelt-online.de/recht/gefsto/ff/gen_tech/bst_ges.htm

- Unfallverhütungsvorschrift (UVV)

„Gesundheitsdienst“ -BGV C8/GUV 8.1

- Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

- Infektionsschutzgesetz – IfSG

<http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/IFSG.HTM>

<http://jurcom5.juris.de/bundesrecht/ifsg/htmltree.html>

Dr. med. Jens Jarke
jens.jarke@bwg.hamburg.de