

Zum sicheren Einsatz
von chronisch Hepatitis- bzw. HIV- infizierten
und langfristig MRSA- besiedelten Beschäftigten
im Gesundheitsdienst

eine Methodenmixstudie zur Ableitung
qualitätsgesicherter
Handlungsempfehlungen

Projektbericht

Kurztitel: IGE ("Infektiös im Gesundheitsdienst")

Martina Michaelis

Hubertus von Schwarzkopf

Johanna Kranich

Ulrich Stößel

Friedrich Hofmann †

IMPRESSUM

Titel: Zum sicheren Einsatz von chronisch Hepatitis- oder HIV- infizierten und langfristig MRSA- besiedelten Beschäftigten im Gesundheitsdienst

ISBN 978-3-940278-16-6

Autorinnen und Autoren

Martina Michaelis ⁽¹⁾

Hubertus von Schwarzkopf ⁽²⁾

Johanna Kranich ⁽¹⁾

Ulrich Stöbel ⁽¹⁾

Friedrich Hofmann ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Freiburg

⁽²⁾ Facharzt für Arbeitsmedizin, Bremen

Herausgeber

FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin

Bertoldstraße 63, 79098 Freiburg (www.ffas.de)

Kontakt

Dr. Martina Michaelis

michaelis@ffas.de

Forschungsförderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg (BGW)

Version 1.1, November 2018

© FFAS 2018. Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

Abkürzungen

AÄ	Amtsärzte im Gesundheitsamt
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AMWF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ArbMedVV	Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BÄ	Betriebsärzte
BAT	Bundesangestelltentarif
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BiostoffV	Biostoffverordnung
BK	Berufskrankheit
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DVV	Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten
FAQ	Frequently asked questions (Antworten auf häufige Fragen auf Internetseiten)
GG	Grundgesetz
HBV	Hepatitis B- Virus
HCV	Hepatitis C- Virus
HIV	Humanes Immundefizienz- Virus
HYG	Hygienefachärzte
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
ml	Milliliter
MW	Mittelwert
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
n	Fallzahl (<i>numbers</i>)
o.n.A.	ohne nähere Angabe
PEP	Postexpositionsprophylaxe
StGB	Strafgesetzbuch
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TV-L	Tarifvertrag der Länder
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Zusammenfassung	5
1 Einleitung	10
2 Epidemiologie und berufliches Infektionsrisiko	13
2.1 Blutübertragene Infektionserreger	13
2.1.1 HBV- und HCV- Infektionen	13
2.1.2 HIV- Infektionen	15
2.2 MRSA	17
3 Übertragung von HBV, HCV, HIV und MRSA von medizinischem Personal auf Patienten	20
3.1 Übertragung von HBV	20
3.2 Übertragung von HCV	27
3.3 Übertragung von HIV	30
3.4 Übertragung von MRSA	32
3.5 Zusammenfassung	33
4 Rechtlicher Rahmen zum Umgang mit Infektionsrisiken für Patienten und Beschäftigte	35
4.1 Infektionsschutz	36
4.1.1 Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz	36
4.1.2 Tätigkeitsverbot für chronisch infizierte und MRSA- besiedelte Beschäftigte	37
4.1.3 Persönlichkeitsrechte und Haftungsrecht	38
4.2 Arbeitsmedizinische Vorsorge	40
4.3 Datenschutz, Einwilligung und informationelle Selbstbestimmung	42
4.4 Schweigepflicht und Rechtfertigender Notstand	43
4.5 Arbeitsrechtliche Grundlagen	44
4.5.1 Einstellungs- und Eignungsuntersuchungen	44
4.5.2 Kündigung und Fürsorgepflicht des Arbeitgebers	47
5 Empfehlungen zur Vermeidung der nosokomialen Virus- (HBV, HCV, HIV) Übertragung durch Beschäftigte im Gesundheitsdienst auf Patienten	49
5.1 Methoden	50
5.2 Einleitung	51
5.3 Empfehlungen in Deutschland	53
5.3.1 HBV/HCV: Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV)	53

5.3.2	HIV: Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV)	54
5.3.3	HBV/HCV/HIV: Einzelne Bundesländer Deutschlands	55
5.4	HBV/HCV/HIV: Empfehlungen in Österreich	56
5.5	HBV/HCV/HIV: Empfehlungen in der Schweiz	57
5.6	HBV/HCV: Empfehlungen in Spanien	59
5.7	HBV/HCV/HIV: Empfehlungen in Frankreich	61
5.7.1	HBV/HCV/HIV: Conseil de l'Ordre des médecins en France	61
5.7.2	HBV/HCV: Haut Conseil de la Santé publique	61
5.8	Empfehlungen im Vereinigten Königreich (Großbritannien und Nordirland)	63
5.9	Empfehlungen in Italien	64
5.10	Empfehlungen länderübergreifender Institutionen	65
5.10.1	HBV: European Consensus Group	65
5.10.2	HBV: World Health Organization (WHO)	65
5.11	Empfehlungen in den USA	66
5.12	Empfehlungen in Kanada	67
5.13	Empfehlungen in Australien	68
5.14	Zusammenfassung	69
6	Empfehlungen zur Vermeidung einer Personal-Patient- Übertragung bei MRSA	72
6.1	Deutschland	72
6.1.1	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)	72
6.1.2	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	73
6.1.3	Consensus-Empfehlungen aus Baden-Württemberg	73
6.1.4	Robert Koch- Institut (RKI)	73
6.2	Niederlande	75
6.2.1	Infection Prevention Working Party	75
6.3	Vereinigtes Königreich	76
6.3.1	Working Party of the British Society of Antimicrobial Chemotherapy	76
6.4	USA	77
6.4.1	Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee	77
6.5	Zusammenfassung	78
7	Zusammenfassung der Problematik und Erkenntnisbedarf	79
7.1.1	Zu Interessen im Sinne des Infektionsschutzes	79
7.1.2	Zu Interessen von Beschäftigten	82
7.1.3	Zu Interessen von Betriebsärzten	82
7.1.4	Erkenntnisinteressen und Fragestellungen	83

8	Erfahrungen und Meinungen von Experten (Interviews)	84
8.1	Methoden	85
8.2	Ergebnisse	86
8.2.1	Zur Problemrelevanz im Allgemeinen	88
8.2.2	Zur arbeitsrechtlichen Problemrelevanz	91
8.2.3	Zum persönlichen Selbstbestimmungsrecht	94
8.2.4	Zu Expertengremien und Fallkonferenzen	95
8.2.5	Zur Rolle verschiedener Akteure	97
8.2.6	Zu Betriebsvereinbarungen/ Dienstanweisungen	100
8.2.7	Zur Haltung von Arbeitgebern	102
8.2.8	Zu Meldepflicht und Datenschutz	102
8.2.9	Zur chronischen MRSA- Besiedelung im Besonderen	103
8.3	Zusammenfassung	107
9	Kasuistiken zu HBV/HCV/HIV- Infektionen (Dokumentenanalysen)	109
9.1	Methoden	110
9.2	Ergebnisse	111
9.2.1	Beratungsfälle, Gutachten und Berichte im Rahmen von Experteninterviews	111
9.2.2	In der Datenbank JURIS dokumentierte Gerichtsurteile	130
9.2.3	Zusammenfassung	140
10	Erfahrungen professioneller Akteure (Befragungen)	141
10.1	Methoden	141
10.2	Fragebogenrücklauf und Merkmale der Befragten	144
10.3	Ergebnisse	147
10.3.1	Erfahrung mit dem Thema "Chronisch infizierte/besiedelte Beschäftigte"	147
10.3.2	Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Hinblick auf den letzten "Problemfall"	151
10.3.3	Erfahrung mit interdisziplinären Expertengremien zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit von infizierten/ kolonisierten Beschäftigten	152
10.3.4	Erfahrung mit Fallkonferenzen	157
10.3.5	Verbesserungsvorschläge von Amtsärzten (betriebliche Ebene)	166
10.3.6	Meinungen zu Vor- und Nachteilen von Fallkonferenzen	166
10.3.7	Wünsche nach offiziellen Maßnahmen zur Steigerung der Handlungssicherheit	168
10.3.8	Grundlagenkenntnisse, Handlungssicherheit und Praxishandeln von Betriebs- und Hygieneärzten	170
10.4	Zusammenfassung	175
10.4.1	Zu generellen Erfahrungen mit dem Thema	175
10.4.2	Zur interdisziplinären betrieblichen Zusammenarbeit bei Problemfällen	176
10.4.3	Zu betrieblichen Regelungen zum Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter	177
10.4.4	Zur interdisziplinären Expertengremien	177
10.4.5	Zur eigenen Erfahrung mit Fallkonferenzen	178

10.4.6	Zu Meinungen und Wünschen	178
10.4.7	Zu Grundlagenkenntnissen, Handlungssicherheit und Praxishandeln von Betriebs- und Hygieneärzten	179
11	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	181
11.1	Zu chronisch HBV/HCV/HIV- infizierten Beschäftigten	182
11.1.1	Probleme in der Praxis: Stigmatisierung und Ausgrenzung	182
11.1.2	Probleme in der Praxis: Rollenkonflikte von Betriebsärzten	183
11.1.3	Probleme in der Praxis: Nicht standardisiertes betriebliches Vorgehen	184
11.1.4	Probleme in der Praxis: Informationelle Selbstbestimmung versus Patientenschutz	186
11.1.5	Anregungen auf Leitlinienebene	187
11.2	Zu chronisch MRSA- besiedelten Beschäftigten	189
11.3	Ausblick	191
12	Finanzierung und Danksagung	192
13	Literatur	193
14	Tabellenverzeichnis	202
15	Abbildungsverzeichnis	203
16	Anhang 1: Weitere Details zu Ergebnissen der standardisierten Befragung (Kapitel 10)	204
17	Anhang 2: Fragenbogen	214
17.1	Anhang 2a: Fragenbogen für Betriebsärzte	215
17.2	Anhang 2b: Fragenbogen für Hygieneärzte	220
17.3	Anhang 2c: Fragenbogen für Amtsärzte	224
18	Anhang 3: Muster- Betriebsvereinbarung	229

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele

Bei (zahn-) ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten besteht ein erhöhtes Risiko, sich mit Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HI- Viren (HBV, HCV, HIV) zu infizieren. Miteinander konfligierende gesetzliche Regelungen, aber auch Regelungslücken sowie vermutlich häufig nicht hinreichend befolgte offizielle Empfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften führten in der Vergangenheit bis heute zur Handlungsunsicherheit bei Arbeitgebern und chronisch infizierten und langfristig MRSA- besiedelten Beschäftigten zum sicheren Arbeitseinsatz. Gleiches galt insbesondere auch für Betriebsärzte, die sich im Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutz, beruflicher Schweigepflicht und Patientensicherheit bewegen.

Konkrete Folgen sind Hinweise auf Stigmatisierung und Diskriminierung chronisch infizierter bzw. kolonisierter Beschäftigter im Gesundheitsdienst, aber auch uneinheitliche und teilweise unangemessene Behandlungen der Betroffenen wie zum Beispiel ungerechtfertigte Kündigungen.

Da bis heute keine belastbaren Informationen über Ausmaß und Schwerpunkte der genannten Probleme existieren, wurde 2016-2018 eine Methodenmixstudie zur Bestandsaufnahme des Status quo auf mehreren Ebenen durchgeführt. Ziel war die Ableitung evidenz- und konsensbasierter Empfehlungen für die Praxis, um einen Beitrag zur Handlungssicherheit für Arbeitgeber sowie Betriebs-, Hygiene- und Amtsärzte im Gesundheitsamt zu schaffen. Ein besonderer Fokus lag dabei auf der Arbeit von sog. interdisziplinären Expertengremien, die im Rahmen von "Fallkonferenzen" wissens- und konsensbasierte Entscheidungen zur Beratung des Arbeitgebers treffen, betroffene Beschäftigte sicher einsetzen zu können. Diese Gremien werden von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) seit Jahren empfohlen; über die Umsetzung ihrer Empfehlungen ist bislang wenig bekannt.

In einigen Bereichen ähnlich gelagert sind Unsicherheiten von Arbeitgebern im Umgang mit sanierungsrefraktären (wiederholt nicht sanierbare) Besiedelung von Beschäftigten durch Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*- Erreger (MRSA) nach Ausschöpfung aller Therapiemöglichkeiten. Wenn auch MRSA als nosokomiale Erkrankung bei der Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen aktuell eine große Rolle im Gesundheitsdienst spielt, scheint diese Konstellation allerdings in der Praxis selten. In den offiziellen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Prävention und Kontrolle von MRSA finden sich keine vertiefenden Hinweise; allein eine Expertengruppe gaben 2008 konsensbasierte Empfehlungen für Baden-Württemberg ab.

Da auch zu diesem Bereich keine Erkenntnisse zum Umgang mit "chronisch" besiedelten Beschäftigten im Gesundheitsdienst bestanden, wurde beide Themen im Rahmen des hier vorgestellten Projekts bearbeitet.

Methoden

Die theoretische Aufarbeitung des Status quo umfasste neben einer Zusammenstellung des komplexen rechtlichen Rahmens, der beim Umgang mit Infektionsrisiken für Patienten und Beschäftigte relevant ist, auch 1. die Häufigkeit einer Personal- Patient- Erregerübertragung als Ergebnis einer Literaturschau und 2. die Gegenüberstellung der in Deutschland geltenden offiziellen Empfehlungen zur Vermeidung einer Personal- Patient- Übertragung von HBV-, HCV oder HIV- bzw. MRSA- Infektionen mit internationalen Leitlinien. Weiter erfolgte 3. eine Darstellung ausgewählter Kasuistiken aus der Fallsammlung der arbeitsmedizinischen Beratung von Professor Friedrich Hofmann am Robert Koch- Institut in Berlin sowie einschlägiger Arbeitsgerichtsurteile in der Datenbank JURIS.

4. Empirische quantitative Erhebungen erfolgten mit zum Teil parallelisierten schriftlichen Befragungen bei Betriebsärzten (BÄ), Hygieneärzten (HYG) und Amtsärzten im Gesundheitsamt (AÄ). Inhalte waren die Erfahrungen mit chronisch infizierten bzw. besiedelten Beschäftigten und insbesondere mit interdisziplinären Expertengremien sowie Einstellungen und Wünschen. Grundlage der selbst entwickelten Fragen waren neben theoretischem und Erfahrungswissen auch Mitschriften von Telefoninterviews, die mit Experten verschiedener fachlicher Herkunft geführt wurden. Der Zielgruppenzugang erfolgte mittels eigener Adressen (BÄ), des Deutschen Krankenhausadressbuchs (HYG) und einer Internetadressdatenbank (AÄ). Die Datenauswertung erfolgte ausschließlich deskriptiv.

Die Ergebnisse werden in Teil B und C des Berichts berichtet (Ergebnisse eigener Analysen und empirische Erhebungen). In Teil A erfolgt zunächst eine theoretische Aufarbeitung der Problemstellung.

Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer interdisziplinären Konsensus- Konferenz im Juli 2018 diskutiert und Handlungsempfehlungen abgestimmt.

Ergebnisse

Seit Ende der 1960iger Jahre konnten in der wissenschaftlichen Literatur über 700 Patienten, die durch chronisch HBV- infiziertes Personal infiziert wurden, identifiziert werden. Gleiches gilt für 440 HCV- infizierte Patienten seit Mitte der 1990er Jahre und für 9 HIV- infizierte Patienten zwischen 1987 und 2006.

Wie viele Patienten durch Beschäftigte mit MRSA in Kontakt kamen, ist wissenschaftlich nur lückenhaft thematisiert.

Die Leitlinien der DVV gehören aus internationaler Perspektive (Europa, Nordamerika und Australien) zu den umfassenderen und dezidierten. Die Empfehlungen unterscheiden sich zum Teil in einigen wesentlichen Punkten voneinander. Dies betrifft die Detailliertheit bei der Ausgestaltung von Empfehlungen, die empfohlene Häufigkeit von Virustests bei chronisch HBV-, HCV- oder HIV- infizierten Beschäftigten, die Höhe der akzeptablen Viruslast für den unbeschränkten oder eingeschränkten Tätigkeitseinsatz, den Grad der Differenzierung von Tätigkeiten, die Attribuierung von innerbetrieblichen und nationalen Zuständigkeiten, die Frage der Patienteninformation über den Infektiositätsstatus eines Operators und die Ausge-

staltung des beratend wirkenden interdisziplinären Expertengremiums (das jedoch nahezu in jeder Leitlinie erwähnt wird).

Neben einem international abgestimmten Konsens hinsichtlich der medizinischen Grundlagen für die Empfehlungen fehlen Hinweise zur Überwachung

- von i.v.- opiatabhängigen Beschäftigten in anästhesiologischen Einheiten, wie sie häufiger in Publikationen zu Übertragungsfällen von Personal auf Patienten dokumentiert wurden,
- von chronisch infizierten Beschäftigten im ambulanten Bereich (z.B. niedergelassene Ärzte bzw. Zahnärzte/-chirurgen, aber auch Angehörige anderer ambulant tätige Berufsgruppen) und
- von Personen im Rahmen eines Tätigkeitswechsels (nicht gefahrgeneigte hin zu gefahrgeneigten Tätigkeiten in stationären Bereichen oder vom stationären in den ambulanten Sektor).

Stigmatisierung, Diskriminierung und unangemessene Behandlung chronisch infizierter bzw. MRSA- kolonisierter Beschäftigter am Arbeitsplatz wurde im Rahmen der Dokumentenanalysen und Interviews vielfach bestätigt. Die Befolgung der Empfehlungen der DVV zu formal implementierten Expertengremien wurde in den schriftlichen Befragungen von Betriebs-, Hygiene- und Amtsärzten (Antwortrücklauf 6%, 19% und 16%) nur selten berichtet.

Häufiger scheint in der Praxis ein informelles Vorgehen zu sein, das auch zu guten Lösungen führen kann, aber zuletzt zu sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen und auch zu Verfahrensfehlern führen kann. Auch bei formalisiertem Vorgehen sind die Verfahren unterschiedlich in Ablauf und Zusammensetzung.

Sowohl in Interviews als auch in Befragungen wurden zum Einen die Rollenprobleme von Betriebsärzten deutlich, in deren Beratungsauftrag die Verantwortung für den "allgemeinen" Infektionsschutz von Patienten zwar nicht enthalten ist, sie aber für die Durchführung von Fallkonferenzen und die Kontrolle der Einhaltung von Maßnahmen übernommen wird. Zum anderen besteht häufig eine Dilemmasituation beim Abwägen zwischen einem Einhalten der Schweigepflicht gegenüber einem betroffenen Beschäftigten und den Anforderungen an den Patientenschutz.

Auf gesetzlicher Ebene bestehen theoretische Einschränkungen für den Patientenschutz durch die Betonung der informationellen Selbstbestimmung von Beschäftigten in der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) und die damit verbundene Möglichkeit, auch die körperliche Untersuchung sowie eine Blutabnahme im Rahmen der Pflichtvorsorge verweigern zu können. Das Gleiche gilt für die nicht namentliche Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz für HIV- Infizierte, die grundsätzlich eine Einschränkung der Betreuungsmöglichkeiten von Gesundheitsämtern auch beim Tätigkeitswechsel bedeutet.

Diskussion und Handlungsempfehlungen

Bei der Anzahl der durch medizinisches Personal infizierten Patienten ist durch den Identifikations- Bias ausschließlich wissenschaftlich publizierter Fälle von einer deutlichen Unterschätzung der Problematik in der Vergangenheit auszugehen. Auf der anderen Seite wird die epidemiologische Relevanz des Problems, chronisch infizierte Beschäftigte sicher an ihrem Arbeitsplatz im Gesundheitsdienst einzusetzen, in den nächsten Jahren durch eine sinkende Zahl von HBV- Neuinfektionen und verbesserte Therapiemöglichkeiten bei der HIV- und HCV weiter zurückgehen. Hinsichtlich der HBV- Infektion ist die Impfung natürlich nach wie vor das erste Mittel der (Präventions)Wahl. Bei einer MRSA- Besiedelung existieren chemotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, jedoch keine Impfung.

Zur Verbesserung der Handlungssicherheit für betriebliche Akteure, also Arbeitgeber, Hygiene- und Betriebsärzte werden aus den Ergebnissen zu blutübertragbaren Infektionen folgende Empfehlungen abgeleitet:

- Anpassung und Ausweitung der Leitlinien zu Hepatitis- Virusinfektionen der DVV zu den oben genannten Punkten (sie befinden sich derzeit bereits in Überarbeitung, Stand September 2018).
- Verfügbarmachen von themenrelevanten Informationen auf verschiedenen Ebenen:
 - Erstellung kompakter Informationsschriften zur Aufklärung insbesondere von Arbeitgebern zu allen Ebenen der Problematik, z.B. als "Arbeitsmedizinische Regel" (AMR) des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) am Bundesministerium für Arbeit und Soziales oder als DGUV- Informationsschrift
 - Erstellung themenrelevanter FAQs (Frequently Asked Questions) auf der Internetseite von Unfallversicherern, der DVV, des Robert Koch- Instituts (RKI) etc.
 - Themenrelevante Publikationen in einschlägigen Zeitschriften mit Praxisbezug zur Sensibilisierung insbesondere von Arbeitgebern für interdisziplinär ausgerichtete und transparent gestaltete Entscheidungsverfahren ("Fallkonferenz") zur Beratung des Arbeitgebers bei problematischen Fällen.
 - Erstellung einer "Arbeitsmedizinischen Empfehlung" (AME) des AfAMed zur Präzisierung von Kernaufgaben und Grenzen der Beratungsaufgaben von Betriebsärzten (diese AME ist im Erstellungsprozess, Stand September 2018).
- Regelung des Verfahrens bei Tätigkeitseinschränkungen chronisch infizierter bzw. MRSA besiedelter Beschäftigter in Gesundheitseinrichtungen. Die Benennung eines Expertengremiums, wie von der DVV empfohlen, sollte bereits vor Auftreten eines entsprechenden Falls erfolgt sein. Als praktische Arbeitshilfe dient eine Muster- Betriebsvereinbarung mit Ablaufschema und weiteren Formularen. Sie wurde von unserer Arbeitsgruppe erarbeitet und durch Experten juristisch und datenschutzrechtlich geprüft (siehe Ende des Berichts).

- Implementation eines ständigen Expertengremiums an einer oder mehrerer übergeordneter Stellen auf Bundes- oder Landesebene zur Förderung eines standardisierten qualitätsgesicherten Vorgehens bei Problemfällen, das zur Beratung auch Arbeitsplatzbewerbern offen steht und ggf. betrieblichen Gremien zur Seite steht.

Die Limitationen der quantitativen Erhebungen liegen in der geringen Responserate der Befragten; die Ergebnisse sind daher nicht verallgemeinerbar. Erklärungsmöglichkeiten können in einer fehlenden Problemaffinität bzw. einschlägiger Erfahrung liegen. Auf der anderen Seite zeigte die Fülle qualitativ erhobener Informationen zur Problematik, chronisch infizierte Beschäftigte im Gesundheitsdienst angemessen einzusetzen, das hier zumindest bei blutübertragbaren Infektionen nur die "Spitze des Eisbergs" sichtbar wurde .

Für nicht sanierbare MRSA- besiedelte Beschäftigte, für die außer der Publikation einer baden- württembergischen Expertengruppe keine offiziellen Empfehlungen existieren, sollten gleichfalls Tätigkeitseinsätze möglichst interdisziplinär (Betriebsarzt, Hygienearzt, Vorgesetzte etc.) unter Einbeziehung der Gesundheitsbehörden abgestimmt und im Sinne von Transparenz und Vermeidung möglicher arbeitsrechtlicher Problematiken gut dokumentiert werden. Dazu wird empfohlen, z.B. den Ratgeber des RKI zu MRSA zu präzisieren und dabei auch ausdrücklich auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den Genannten hinzuweisen. Darüber hinaus sollte in Anlehnung an die niederländischen Leitlinien zu MRSA eine leicht verständliche Empfehlung erarbeitet werden, in der neben medizinischen Aspekten und der Beschreibung risikobehafteter Tätigkeiten auch die juristischen Implikationen (Patientenschutz, Arbeitnehmerrechte und Betriebsvereinbarungen) zusammengefasst werden.

Für verbindliche betriebliche Regelungen und Verfahrensabläufe kann auch hier die von den Verfassern erarbeitete Muster- Betriebsvereinbarung als Grundlage dienen.

1 Einleitung

Bei (zahn-) ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten besteht ein erhöhtes Risiko, mit blutübertragbaren Krankheitserregern in Kontakt zu kommen und sich mit ihnen zu infizieren, insbesondere mit Hepatitis B (HB-), Hepatitis C (HC-) bzw. Humanen Immundefizienz (HI-) – Viren [Kralj 2004]. Obwohl ein Teil der chronisch mit HBV oder HCV infizierten Beschäftigten im Gesundheitsdienst ihre Infektion nicht im beruflichen Kontext erworben hat, tragen diese "Carrier" natürlich auch zu nosokomialen Infektionen bei [Hofmann 2015]. Das Gleiche gilt für Beschäftigte mit einer Besiedelung des Nasen-/ Rachenraums oder der Haut durch Methicillin- resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). Sie werden bei engem Mensch- zu- Mensch- Kontakt meist über die Haut, aber auch durch die Luft übertragen. Auch bei einer beruflichen Exposition erfüllt die reine Keimbesiedelung nicht die Voraussetzung für eine Anerkennung als Berufskrankheit.

Miteinander konkurrierende gesetzliche Regelungen, aber auch Regelungslücken sowie vermutlich häufig nicht hinreichend befolgte offizielle Empfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften sowie fachgebundene Informationsschriften führten in den letzten Jahren zur Handlungsunsicherheit bei Arbeitgebern und chronisch infizierten und sanierungsrefraktär MRSA- besiedelten¹ Beschäftigten zum sicheren Arbeitseinsatz. Gleiches galt insbesondere auch für Betriebsärzte, die sich im Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutz, Schweigepflicht und Patientenschutz bewegen. Konkrete Folgen sind Hinweise auf Stigmatisierung und Diskriminierung chronisch infizierter bzw. kolonisierter Beschäftigter im Gesundheitsdienst. Auch uneinheitliche, teilweise unangemessene und ungerechte Behandlungen von Betroffenen wie zum Beispiel ungerechtfertigte Kündigungen sind bekannt. Insbesondere bei HIV besteht trotz des niedrigen Übertragungsrisikos ein hohes Diskriminierungspotential, das die Deutsche AIDS-Hilfe im Jahr 2018 dazu veranlasst hat, eine besondere Internetseite zu implementieren, auf der Betroffene Vorfälle zu melden können und damit zu einer systematischen Erfassung des tatsächlichen Diskriminierungspotentials beitragen (www.hiv-diskriminierung.de).

Da bis heute keine belastbaren Informationen über Ausmaß und Schwerpunkte der genannten Probleme existieren, wurde mit freundlicher Unterstützung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg (BGW) eine Methodenmixstudie mit dem Kurznamen IGE ("Infektiös im Gesundheitsdienst") durchgeführt.

Um letztendlich für Arbeitgeber, Betriebsärzte, Hygieneärzte und Amtsärzte evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen für die Praxis ableiten und damit Handlungssicherheit beim Einsatz von tatsächlich und potenziell infektiösen Beschäftigten schaffen zu können, wurde im Rahmen einer Methodenmixstudie eine Bestandsaufnahme des Status quo auf mehreren Ebenen durchgeführt. Ein besonderer Fokus lag dabei auf der Arbeit von einrichtungsspezifi-

¹ Sprachgebrauch im Folgenden: chronisch besiedelt, siehe **Kapitel 3.4**

schen interdisziplinären Expertengremien, die im Rahmen von "Fallkonferenzen" wissens- und konsensbasierte Entscheidungen zur Beratung des Arbeitgebers treffen, wie der betroffene Beschäftigte sicher eingesetzt werden kann. Diese Gremien werden von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) seit Jahren empfohlen; über die Umsetzung ihrer Empfehlung ist bislang wenig bekannt.

Der Projektbericht ist wie folgt aufgebaut:

- Zunächst erfolgt ein kurzer Problemaufriss der Epidemiologie von HBV-, HCV- und HIV- und MRSA- Infektionen und dem damit verbundenen Personal-Patient- Übertragungsrisiko als Ergebnis einer Literaturschau (**Kapitel 2 und 3**).
- In **Teil A** zur theoretischen Aufarbeitung des Status quo wird der rechtliche Rahmen zum Umgang mit Infektionsrisiken für Patienten und Beschäftigte beleuchtet. Hierbei werden Aspekte des Infektionsschutzes hinsichtlich der Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz, des Stellenwerts von Tätigkeitsverboten sowie das Haftungsrecht und verschiedene Persönlichkeitsrechte betrachtet, gefolgt von Regelungen in der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV), zum Datenschutz sowie strafrechtlichen Regelungen (Schweigepflicht und Rechtfertigender Notstand nach §34 StGB).
- Darüber hinaus sind arbeitsrechtliche Grundlagen hinsichtlich Einstellungs- und Eignungsuntersuchungen und Kündigungen relevant für das Verständnis der Problematik (**Kapitel 4**).
- Die in Deutschland geltenden offiziellen Empfehlungen zur Vermeidung einer Personal-Patient- Übertragung von HBV-, HCV oder HIV- bzw. MRSA- Infektionen werden denen internationaler Regelungen gegenübergestellt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten (**Kapitel 5 und Kapitel 6**).
- Eine Zusammenfassung der Problematik aus der Sicht von Patienten bzw. Arbeitgebern, von Beschäftigten und Betriebsärzten sowie sich daraus ergebende Erkenntnisinteressen und Fragestellungen erfolgt in **Kapitel 7**.
- In **Teil B** werden die Ergebnisse zum Einsatz chronisch Infizierter bzw. MRSA- Besiedelter aus den methodisch unterschiedlichen Erhebungszugängen zusammengestellt, und zwar hinsichtlich
 - Mitschriften von Telefoninterviews, die mit Experten verschiedener Herkunft geführt wurden (**Kapitel 8**),
 - ausgewählter Kasuistiken aus der arbeitsmedizinischen Beratungstätigkeit von Professor Friedrich Hofmann am Robert Koch- Institut in Berlin sowie arbeitsrechtlicher Urteile Fälle mit dem Ziel, beispielhaft Berufsverläufe und typische Barrieren im Sinne der existierenden Empfehlungen beim Vorliegen aufzuzeigen (**Kapitel 9**),
 - der zum Teil parallelisierten Befragungen von Betriebs-, Hygiene- und Amtsärzten zu ihren Erfahrungen mit chronisch infizierten bzw. besiedelten Beschäftigten und insbe-

sondere mit interdisziplinären Expertengremien sowie ihren Einstellungen und Wünschen (**Kapitel 10**).

- In **Teil C (Kapitel 11)** werden nach der Zusammenschau aller identifizierten Problembe-
reiche Handlungsempfehlungen für ein zukünftig einheitliches und qualitätsgesichertes
Vorgehen in der betrieblichen Praxis gegeben, die die derzeitigen gesetzlichen Unstim-
migkeiten und Lücken überbrücken könnten. Diese Empfehlungen wurden am 5.7.2018
im Rahmen einer interdisziplinären Konsensuskonferenz abgestimmt (siehe **Textbox 1**).

**Textbox 1: Teilnehmer der interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Abstimmung von Hand-
lungsempfehlungen im Rahmen des Projekts (Reihenfolge alphabetisch)**

Dr. Christine Altenburg, BGW, Hamburg
Prof. Dr. Stephan Brandenburg, BGW, Hamburg
Dr. Christiane Cuny, Nationales Referenzzentrum für Staphylokokken und Enterokokken, Robert Koch Institut, Bereich Wernigerode
Silke Eggers, Deutsche AIDS- Hilfe, Berlin
Prof. Dr. Dieter Glebe, Nationales Referenzzentrum für Hepatitis-B-und D-Viren (Leitung), Institut für Medizinische Virologie, Universität Gießen
PD Dr. Stephanie Heinze, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), München
Prof. Dr. Dr. Friedrich Hofmann , FFAS, Freiburg
Prof. Dr. Wolfgang Jilg, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universität Regensburg
Dr. Martina Michaelis, FFAS, Freiburg
Prof. Dr. Albert Nienhaus, BGW, Hamburg
Dr. Bettina Osebek, Arbeitsmedizinischer Dienst, Kreiskliniken Reutlingen
Prof. Dr. Stefan Ross, Nationales Referenzzentrum Hepatitis C, Konsiliarlabor für Tollwut, Institut für Virologie, Universitätsklinikum Essen
Dr. Hubertus von Schwarzkopf Arbeitsmedizin, Bremen
Silvia Thimm, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik (BGU), Duisburg
Prof. Dr. Dr. Sabine Wicker, Betriebsärztlicher Dienst, Universitätsklinikum Frankfurt
Prof. Dr. Wolfgang Witte, Robert Koch Institut, Bereich Wernigerode (Gastwissenschaftler)
Michael Woltjen, BGW, Hamburg
Dr. Werner Wunderle, Betriebsärztlicher Dienst, Klinikum Bremen- Mitte

2 Epidemiologie und berufliches Infektionsrisiko

2.1 Blutübertragene Infektionserreger

Diversen Seroprävalenzuntersuchungen zufolge beträgt die Zahl der akut oder chronisch Infizierten in der deutschen Wohnbevölkerung 0,5% bei HBV-, 0,7% HCV- und 0,1% bei HIV- Infektionen [Rantala & Laar 2008, RKI 2013, RKI 2014, RKI 2015a, RKI 2015b, RKI 2017]. Hinsichtlich Hepatitis B und C wird im entsprechenden RKI- Ratgeber mit Stand von 20.05.2016 insgesamt 0.3% ohne vulnerable Gruppen wie z.B. Personen mit Migrationshintergrund angegeben ²

Die Chronifizierungsraten einer HBV- Infektion liegen bei Erwachsenen zwischen 5% und 10%, bei einer HCV- Infektion bei 50-90% und bei einer HIV- Infektion bei 100% [RKI 2015c, Jarke 2005, Westermann et al. 2015]. Dies bedeutet für Deutschland eine Anzahl von mindestens 500.000 Menschen mit einer chronischen Virushepatitis und über 88.000 mit einer HIV- Infektion [Ziegenhagen 2016, RKI 2017].

Im Folgenden werden epidemiologische Aspekte sowie das berufliche Infektions- bzw. Besiedelungsrisiko der einzelnen Infektionen bzw. von MRSA kurz aufgezeigt.

2.1.1 HBV- und HCV- Infektionen

Das Infektionsrisiko liegt bei Personal im Gesundheitsdienst deutlich über demjenigen der Normalbevölkerung [Kralj 2004, Westermann et al. 2015], nicht nur in chirurgischen Disziplinen mit hoher Verletzungsgefahr, sondern bedingt durch Schnitt- und Stichverletzungen auch in ambulanten Praxen, in der Hämodialyse oder in der Onkologie [Bobinski 2010].

Für HCV fanden Westermann et al. [2015] in einer Metaanalyse eine insgesamt 1.5fach erhöhte Wahrscheinlichkeit (Odds ratio, 95%CI 1.15-2.06) für Beschäftigte im Gesundheitsdienst zwischen 1989 und 2014 und insbesondere bei verletzungssträchtigen Tätigkeiten eine Odds ratio von 2.7 (95%CI 1.64-4.24) [Nienhaus 2018]. Allerdings schwankt der Wert je nach Genotyp/Typ relativ stark.

Was das HBV-Infektionsrisiko im Gesundheitsdienst angeht, so dürfen strenggenommen nur die Daten verwendet werden, die vor Beginn der breiten Anwendung des gentechnisch gewonnenen Hepatitis B- Impfstoffes, d.h. vor der Intervention, betrachtet werden. Diese deuten im Mittel auf ein 2.5 fach erhöhtes Risiko hin – natürlich in Abhängigkeit von Tätigkeit und vom Beruf [Hasselhorn et al. 1997, Hofmann et al. 1995, Hofmann et al. 1997, Hofmann & Kralj 2009].

In Deutschland können – konservativ gerechnet – einschließlich Doppelinfektionen 2% Vi-

² Quelle: "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1) 2008 bis 2011, siehe RKI-Ratgeber (www.RKI.de, Suche Infektionskrankheiten A-Z, Hepatitis B sowie Hepatitis C, Vorkommen)

rushepatitis- Infizierte anteilig an der Bevölkerung geschätzt werden. Bei etwa 750.000 Personen mit Blutkontakt entspräche dies einer Zahl von etwa 15.000 Betroffenen. Zudem muss bedacht werden, dass derzeit eine signifikante Immigration von Ärzten aus Ländern mit hoher HBV-Seroprävalenz zu beobachten ist (z.B. Griechenland, Türkei, Syrien, Irak).

Hinsichtlich HCV- Infektionen wurden zwischen 1996 und 2013 insgesamt 3.230 Verdachtsanzeigen nach der Berufskrankheitenliste, Ziffer BK 3101 registriert und 1.121 Fälle anerkannt [Westermann et al. 2016]. Die letzten Daten zur Hepatitis B enthalten nur noch 57 meldepflichtige Berufskrankheitsfälle [Nienhaus et al. 2017]. Die Tendenz im zeitlichen Verlauf ist bei beiden Infektionskrankheiten sinkend, wie **Abb. 1** verdeutlicht. Als Berufskrankheit anerkannt wurden im Jahr 2016 nur noch 11 HBV- und 16 HCV- Fälle. Allerdings muss dabei bedacht werden, dass die Daten zwischen gemeldeten und letztlich anerkannten Berufskrankheiten um 1-2 Jahre differieren, da der Anerkennungsprozess in der Regel eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt.

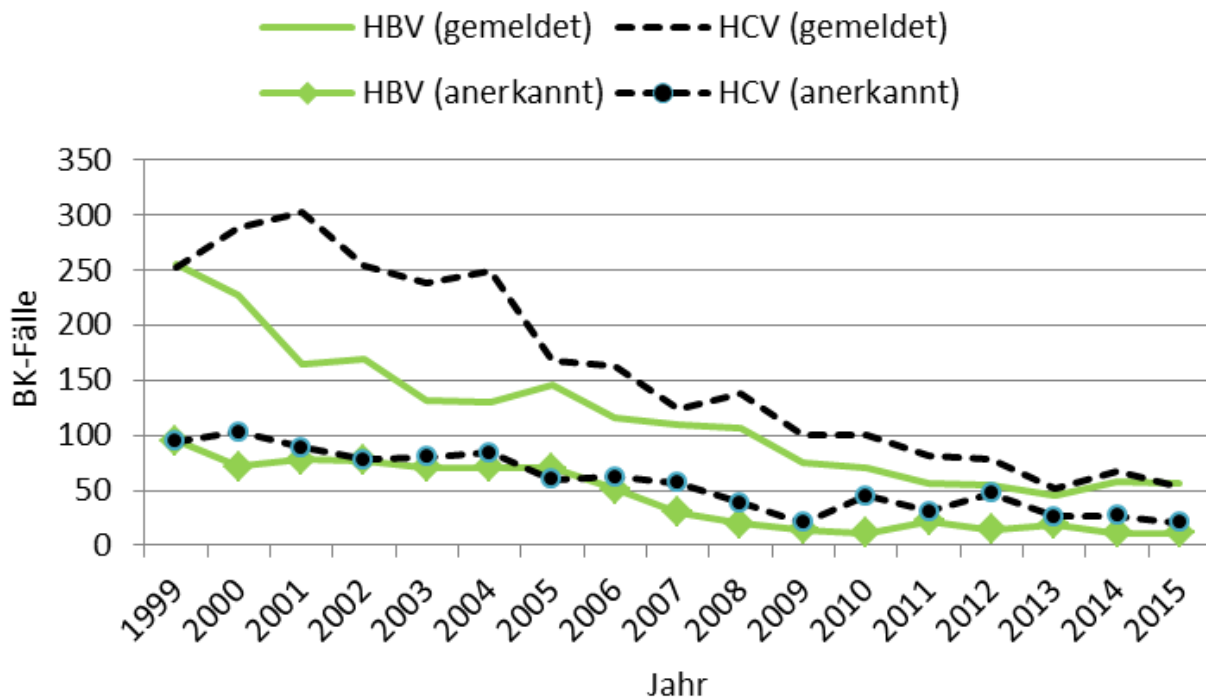


Abb. 1: Berufskrankheit 3101: Gemeldete und anerkannte HBV-/ HCV- Infektionen (1999-2015)

Quellen: Dulon et al. [2013], Dulon et al. [2015], Nienhaus et al. [2017], Nienhaus [2018], Neumeyer-Gromen & Zimmermann [2015], Selmaier & Manns [2007]

Der Grund für sinkende Prävalenzraten wird in einem vergleichsweise selteneren Infektionsrisiko gegenüber früheren Jahren gesehen, bedingt durch eine Mischung aus "besserer Prävention und besseren Behandlungsmöglichkeiten" [Epping 2016]:

- Bei der Hepatitis B sinkt die Prävalenz durch flächendeckende Impfungen; die früher übliche Interferon-Therapie chronischer Infektionen wird heute nur noch selten angewendet. Die Therapie der Wahl ist eine orale Behandlung mit Nukleosid- oder Nukleotid-Analoga, die meist lebenslang fortgesetzt werden muss und Therapiekosten von über 500 € pro Monat verursacht [Ziegenhagen 2016].
- Bei der Hepatitis C wird in absehbarer Zeit keine Impfprophylaxe zur Verfügung stehen, jedoch konnten in den vergangenen Jahren bei der Behandlung der chronischen Infektion große Fortschritte erzielt werden. Neue interferonfreie Therapieregimes sind kürzer und relativ gut verträglich. Sie überschreiten zwar bei einer Behandlung über 12 Wochen einen Betrag von 50.000 €, mit den "direct acting antiviral agents" (DAA) können jedoch mindestens 90% aller Patienten geheilt werden, mit einem extrem geringen Rezidivrisiko 1-2 Jahre nach Ende einer erfolgreichen Behandlung [Westermann et al. 2017, Nienhaus 2018].

2.1.2 HIV- Infektionen

Beruflich erworbene HIV- Infektionen sind, verglichen mit den erwähnten Hepatitiden, in Deutschland selten; bis 2006 wurden insgesamt 57 Fälle bei medizinischem Personal anerkannt [Wicker et al. 2010]. Zwischen 2007 und 2015 waren es 16 Fälle (siehe **Abb. 2**).

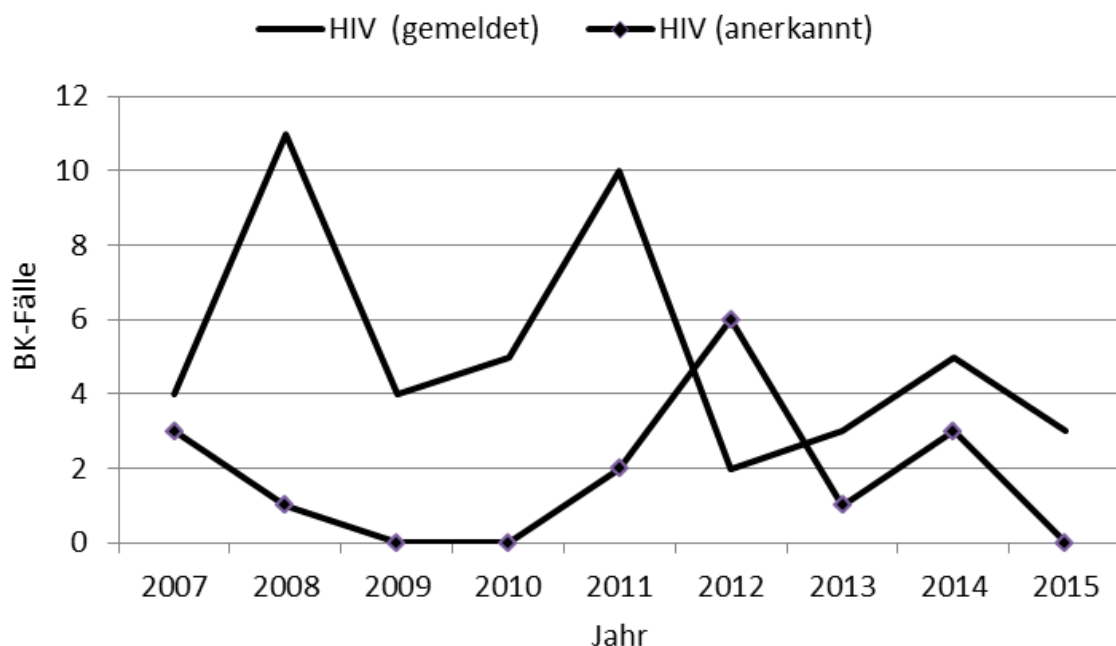


Abb. 2: Berufskrankheit 3101: Gemeldete und anerkannte HIV- Infektionen (2007-2015)

Quellen: siehe Abb. 1

Im Rahmen der Anerkennung als Berufskrankheit kommt es – gleichbleibend im zeitlichen Verlauf – in der Regel zu weniger als 5 Fällen pro Jahr. Dies korrespondiert mit einer stabilen Zahl jährlicher Neuinfektionen seit Anfang der 1990er-Jahre zwischen 2.000 und 3.500 in der deutschen Bevölkerung [Hamouda et al. 2007, RKI 2016]. Das Risiko für eine verletzungsbedingte Infektion wurde in einer Literaturübersicht von Wyżgowski et al. [2016] je nach Exposition auf 0.03% bis 0.3% beziffert.

Hinsichtlich der Zahl HIV-positiver Beschäftigter im Gesundheitsdienst in Deutschland wiesen Rabenau et al. [2012] in Hochrechnungen auf über 5.000 Infizierte hin. Dieser Schätzung zugrunde gelegt wurden 43,5 Millionen Erwerbstätige und 4,7 Millionen im Gesundheitswesen Tätige. Von denen zum Publikationszeitpunkt geschätzten 73.000 HIV-Infizierten wurde ein Anteil von einem Drittel mit regelmäßiger Arbeitsfähigkeit angenommen; aus ca. 48.000 HIV-positiven Berufstätigen resultierten 5.300 im Gesundheitsdienst Tätige. Da wegen der abnehmenden Inzidenz Infizierter auf einen Übergang eines Teils der Kohorte ins Rentenalter geschlossen werden kann, ist derzeit sicher von einer geringer gewordenen Zahl auszugehen.

Die HIV- Infektion ist heutzutage vergleichsweise gut behandelbar. Zwei Drittel bis 80% der Infizierten sind berufstätig und im Durchschnitt nicht häufiger krankgeschrieben als Gesunde [Jarke et al. 2011]. Ziel der antiretroviralen Therapie ist die Hemmung der HIV- Replikation und damit das Ausmaß der infektionsbedingten Symptome und der Viruslast sowie damit auch der Ansteckungsgefahr. Es stehen mehr als 30 Einzel- und antiretrovirale Kombinationsmedikamente zur Verfügung, die die Vermehrung des Erregers eindämmen; weitere Medikamente zur dauerhaften Kontrolle der Viruslast werden derzeit entwickelt. Da zahlreiche Medikamente erst seit wenigen Jahren auf dem Markt sind, fehlen allerdings aussagekräftige Daten über mehrere Dekaden [DAIG 2017].

2.2 MRSA

Der Methicillin- resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) gehört zu den bedeutendsten multiresistenten Erregern. Er besiedelt Haut und Schleimhaut bei Mensch und Tier und verursacht keine Symptome; diese erfolgen erst bei Wundinfektionen oder einer Infektion innerhalb des Körpers z.B. bei immungeschwächten Patienten. Am häufigsten werden die Erreger durch direkten Kontakt von Mensch zu Mensch weiter gegeben, insbesondere über die Hände; auch eine luftgetragene Übertragung ist möglich. MRSA treten gehäuft in Einrichtungen auf, in denen Antibiotika eingesetzt werden, also in Krankenhäusern und in der Tierproduktion.

Die jährliche Zahl von MRSA-Fällen in deutschen Krankenhäusern wird auf 132.000 geschätzt [Köck et al. 2015]. Von Dulon et al. [2011] in 31 Studien identifizierte Prävalenzraten infizierter Patienten schwanken zwischen 1% und mehr als 20%, auch bedingt durch die unterschiedliche methodische Operationalisierung. Daten für Einrichtungen der Akutversorgung und Langzeitversorgungen sind dabei vergleichbar.

Die Prävalenz einer MRSA- Besiedlung der Haut oder Schleimhaut in der Allgemeinbevölkerung ist hierzulande in den letzten Jahren deutlich gesunken. Da es eine Meldepflicht für das Vorkommen in Blut und Liquor erst seit 2012 gibt, liegen Daten zu früheren Jahren nicht vor. 2015 betrug die Inzidenz 4,4 und 2016 3,8 Fälle pro 100.000 Einwohner. Allerdings sind die regionalen Unterschiede gravierend – mit 8,7 Fällen pro 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt und 1,4 Fällen in Baden-Württemberg [RKI 2015d, RKI 2018]. Der Anteil der sog. Livestock-assoziierten MRSA (Stämme, die in der Tierzucht eine Rolle spielen) an allen MRSA aus Infektionen beim Menschen ist in Gegenden mit einer hohen Dichte an konventionell geführten Schweinemastanlagen deutlich höher als allgemein in Deutschland. Er betrug dort für MRSA aus Blutkulturen 11% (NRD) gegenüber sonst ca. 2% für ganz Deutschland [Cuny et al. 2015]. Die Häufigkeit von MRSA- *Infektionen* im Sinne eines Anteils von *S. aureus* an Blutkulturen wurde von Köck et al. [2015] in Deutschland mit 13% im Jahr 2013 angegeben, mit sinkender Tendenz (21% im Jahr 2005). Nach jüngeren Bevölkerungsstudien liegt die Prävalenz zwischen 0,6 und 1,3% [Mehraij et al. 2014, Holtfreter et al. 2016, Becker et al. 2016].

In den Niederlanden und in Dänemark lag der Anteil aufgrund intensiver "Search and destroy"- Maßnahmen bei unter 2%; auch waren Anfang dieser Dekade in Deutschland Effekte auf die Gesamtinzidenz nosokomialer MRSA- Infektionen wie z.B. in Großbritannien, Frankreich oder Belgien nicht zu verzeichnen [Köck et al. 2011]. In den letzten Jahren berichtete das Robert Koch- Institut hingegen über eine leicht sinkende Inzidenz übermittelter MRSA- Infektionen. Beunruhigend ist allerdings das Phänomen des sog. *Livestock- associated (LA)* MRSA mit Ausgangspunkt einer nasalen Besiedelung, aus der eine nosokomiale Infektion resultieren kann.

Beschäftigte im Gesundheitsdienst können sowohl Verursacher bzw. Vektor als auch Opfer sein, wobei Infektionen beim Personal äußerst selten sind. Zwischen 2007 und 2015 wurden bei der BGW insgesamt 605 Verdachtsfälle gemeldet und 70 als Berufskrankheit BK 3101

anerkannt (siehe **Abb. 3**). Die Diskrepanz zwischen Meldungen und Anerkennungen wird einer allgemeinen Unkenntnis zugeschrieben, wonach eine Anerkennung als Berufskrankheit BK 3101 nur bei einer Infektion, nicht jedoch bei einer Besiedelung erfolgen kann [Nienhaus & Dulon 2013].

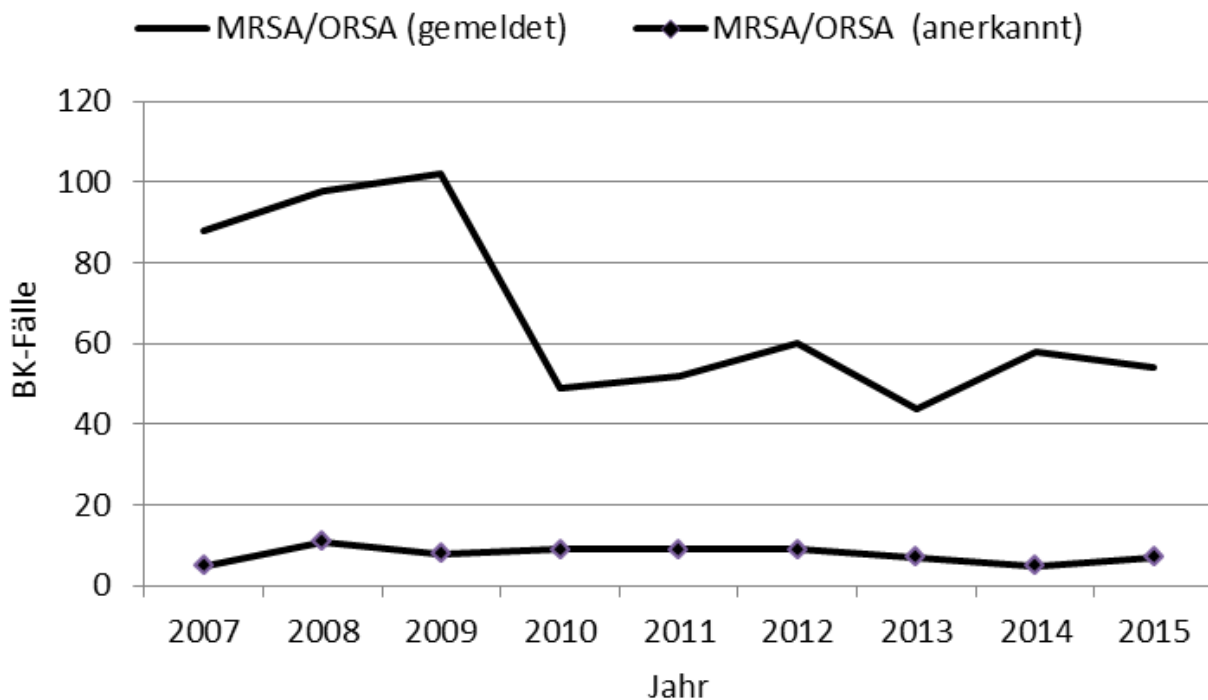


Abb. 3: Berufskrankheit 3101: Gemeldete und anerkannte MRSA- bzw. ORSA- Infektionen (2007-2015)

Quellen: Dulon et al. 2013, Dulon et al. 2015; Abkürzung: ORSA= Oxacillin-resistenter Staphylococcus aureus

Die MRSA- Besiedelung beim Personal im Gesundheitsdienst ist höher als in der Allgemeinbevölkerung [KRINKO 2016]. In deutschen Krankenhäusern wurde sie Ende der letzten Dekade bei bis zu 5% gesehen [Baum et al. 2008, Schulz-Stübner 2016]; in einer Screeningstudie in Hamburger Altenpflegeheimen war der Anteil kolonisierten Personals hingegen mit 1,6% niedrig und war vergleichbar mit Werten aus anderen Studien, in denen nicht- Ausbruchsszenarien analysiert wurden [Peters et al. 2017]. Einen vergleichbar niedrigen Wert fanden Dulon et al. [2014] in einer Metaanalyse mit einer gepoolten MRSA- Kolonisationsrate von 1,8% bei 31 Studien. Die höchste Rate hatten Pflegende (6.9%), die Odds ratio lag bei 1.7 (95% CI 1.07-2.77) im Vergleich mit medizinischem Personal und bei 2.6 (95% CI 1.83-3.66) im Vergleich mit anderem Gesundheitspersonal. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Sassmannshausen et al. [2016].

Eine Eradikation von MRSA gelingt nicht in allen Fällen. Albrich & Harbarth [2008] identifizierten dies z.B. bei 12% von 510 analysierten Angehörigen medizinischen Personals; hin-

sichtlich der Frage einer Nichtsanierbarkeit bestehen keine Empfehlungen, mit der Folge, dass dies in der Praxis unterschiedlich gehandhabt wird.

Als sanierungsrefraktär (wiederholt nicht sanierungsfähig) gilt: wenn kein Sanierungserfolg zu erzielen ist nach

- einer konventionellen Dekolonisation ist (nasal: Mupirocin-Salbe, Mund-Rachenraum: Lokalantiseptika, Körper: antiseptisch wirkenden Waschlotion),
- dem Ausschluss bzw. Berücksichtigung dekolonisierungshemmender Gegebenheiten (besiedelte Familienangehörige und Haustiere, Exposition zum konventionellen Nutztiersektor), bzw.
- einem kombinierten konventionellen Vorgehen plus einer systemischen Antibiotikatherapie [Bühlmann et al. 2008].

Zur sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird analog zu den in diesem Bericht behandelten Infektionskrankheiten von "chronischer" MRSA- Besiedelung gesprochen.

3 Übertragung von HBV, HCV, HIV und MRSA von medizinischem Personal auf Patienten

Zur Einordnung der Problemrelevanz hinsichtlich des Übertragungsrisikos von blutübertragbaren Virusinfektionen wird im Folgenden ein Überblick über chronisch infiziertes Personal gegeben, das als ursächlich für eine Infektion von Patienten identifiziert wurde. Die Auflistung basiert auf den Vorarbeiten im Rahmen einer Literaturübersicht von Hofmann [2015], die hier noch einmal aktualisiert wurde. Hinsichtlich MRSA erfolgte keine entsprechende Auflistung einzelner Transmissionsfälle, da dies in der wissenschaftlichen Literatur nicht systematisch aufgearbeitet wurde; der Umfang der Problematik wird jedoch in Kapitel 3.4 zusammengefasst.

Lesehinweis: In diesem Kapitel bezieht sich die im Text erwähnte [Literatur] auf die durchnummerierten Referenzen in der Legende der jeweiligen Tabellen. Die Referenzen werden im **Kapitel 13** (Literatur) nicht noch einmal aufgeführt.

3.1 Übertragung von HBV

Die ersten Berichte von HBV-Infektionen durch infektiöses medizinisches Personal wurden schon während der 1970er Jahre veröffentlicht, nachdem es durch die Weiterentwicklung der serologischen Diagnostik möglich geworden war, den Nachweis hierfür zu erbringen. So infizierte beispielsweise ein HBeAg-positiver Schweizer Landarzt im Zeitraum von 1973-1977 mindestens 36 seiner Patienten und diese wiederum mindestens fünf Angehörige [1]. Auch im Zeitalter der Hepatitis B- Impfung wird von solchen Fällen berichtet. Eine ausführliche Analyse eines solchen Falles aus den USA stellten Harpaz et al. 1996 vor [2].

Tätigkeiten der Indexpersonen

In den allermeisten Fällen handelte es sich bei den Indexpersonen, von denen die Übertragungsfälle ausgingen, um chirurgisch oder zahnmedizinisch/kieferchirurgisch tätige Ärzte [3]. Seit zwei Jahrzehnten sind keine weiteren Übertragungen in der letztgenannten Gruppe bekanntgeworden, was von den Autoren einiger Reviews auf die im Zuge der HIV-Epidemie verschärften Hygieneregeln (insbesondere das Verwenden von Handschuhen) sowie einen höheren HBV-Durchimpfungsgrad beim Personal zurückgeführt wird [3].

HBV- Status des Personals

Die meisten bekannten Übertragungsfälle geschahen durch chronisch infiziertes Personal. Allerdings wurden auch Infektionen im Prodromalstadium und unmittelbar nach durchgestandener Erkrankung nachgewiesen.

Zusätzlich zum Hepatitis B surface-Antigen (HBsAg) spielte lange der Nachweis des e-Antigens (HBeAg) eine wesentliche Rolle bei der Einschätzung des HBV-

Übertragungsrisikos nach einem Blutkontakt. Es ist bekannt, dass nach Stichverletzungen an Kanülen, die mit dem Blut HBeAg- positiver Patienten kontaminiert waren, in 40% der Fälle eine Infektion Ungeschützter zu erwarten ist, wenn keine prophylaktischen Maßnahmen erfolgen. Bei Abwesenheit von HBeAg und alleinigem Vorliegen von HBsAg beim „Spender“ ist das Infektionsrisiko deutlich geringer [4].

Bis 1996 war – soweit untersucht und angegeben – in nahezu jedem Fall HBeAg-positives Personal die Quelle von nosokomialen Infektionen des Patienten durch Beschäftigte. Im Vereinigten Königreich und in den USA entschied deshalb lange vor allem der Nachweis von HBeAg darüber, ob chronisch Infizierte weiterhin Tätigkeiten mit Übertragungsrisiken durchführen dürfen [5, 6].

Nach ersten Hinweisen durch Bell et al. [3] wurde im Januar 1997 erstmals zusammenfassend von nosokomialen HBV-Infektionen durch HBeAg- negative Beschäftigte im Vereinigten Königreich berichtet [42]. Demnach hatten in den vergangenen zehn Jahren vier Ärzte mit HBsAg- Trägerstatus und negativem HBeAg bei operativen Eingriffen jeweils ein bis drei Patienten infiziert. Bei allen Ärzten und den von ihnen infizierten Patienten wurde eine Mutation auf dem Codon 28 der precore-Region des HBV-Genoms entdeckt, die bewirkt, dass zwar (zumeist) Antikörper gegen HBeAg (Anti-HBe) gebildet werden können, nicht jedoch HBeAg selbst. Die Virusreplikation bleibt dabei erhalten. Die bei den Ärzten mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) gemessenen HBV-DNA-Spiegel lagen mit Werten von 250.000 bis 1.000.000 Viruskopien/ml eher niedrig [8]. Mittels Hybridisierung konnte nur bei einem der vier Ärzte HBV-DNA nachgewiesen werden.

HBV- Übertragungsraten

In einigen Untersuchungen wurde versucht, die Zahl der tatsächlich infizierten Patienten unter sämtlichen Behandelten zu ermitteln. Die höchste Überträgerrate von 13,1% wurde im oben beschriebenen Fall des Herz-Thorax-Chirurgen festgestellt. Bei der Untersuchung von 247 Patienten eines infektiösen Gynäkologen wurden 22 (8,5%) und bei der Testung von 279 Patienten eines weiteren Herz-Thorax-Chirurgen 17 Infizierte (6,1%) entdeckt. Anikterische HBV- Infektionen, also ohne Gelbsuchtsymptome, können häufiger als ikterische chronisch verlaufen, werden aber seltener diagnostiziert. In den drei obigen Fällen betrugen die Raten der anikterischen Verläufe bei HBV- Infizierten 68, 71 und 77%.

Was die Umstände angeht, bei denen solche nosokomialen Übertragungen vorkommen können, so kommen ein Operieren in räumlicher Enge bzw. ohne Sichtkontrolle, die gleichzeitige Anwesenheit von Fingern und scharfen Instrumenten im OP-Gebiet, das Fühlen von Nadelspitzen, die Fingerführung der Nadel, das Knoten von Fäden, der Verschluss einer Sternotomie, eine lange Operationsdauer, eine Hautschädigung an Händen und Arbeiten ohne Handschuhe in Frage.

Zwischen 1968 und 2013 wurden international insgesamt 714 Patienten identifiziert (siehe **Tab. 1**).

Tab. 1: HBV- Übertragung von Personal auf Patienten (1968-2013)

(Sortierung nach Publikationsjahr)

Quelle/ Jahr der Publikation	Nr.	Tätigkeit	Land	HBV- Übertragung Fälle	Rate	HBV- Status	HBe- Ag
Garibaldi et al. 1972	[10]	Pflegekraft	USA	11		C	?
Levin et al. 1974	[11]	Zahnarzt	USA	13		C	?
Goodwin et al. 1976	[12]	Kieferchirurg	USA	43		C	?
Snydman et al. 1976	[13]	Inhalationstherapeut	USA	4	23,8% (4 von 17)	C	+
Rimland et al. 1977	[14]	Kieferchirurg	USA	55		C	+
Sonntag et al. 1979	[15]	Zahnarzt	D	10 (+2 mittel- bar)		?	?
N.N 1980	[16]	Gynäkologe	GB	8	0,8% (9 von 1190)	C	+
Ahtone et al. 1981	[17]	Kieferchirurg	USA	62	10,9% (62 von 570)	C	+
Hærem et al. 1981	[18]	Herz-Thorax-Chirurg	NO	5 (+6 mittelbar)	7%	P	?
Hadler et al. 1981	[19]	Zahnarzt	USA	6	0,8% (6 von 764)	P	?
Grob et al. 1981	[1]	Allgemeinarzt	CH	36 (+5 mittel- bar)		C	+
Carl et al. 1982	[20]	Gynäkologe	USA	4	0,3% (4 von 1425)	C	+
Goodman et al. 1982	[21]	Kieferchirurg	USA	3		C	+
Reingold et al. 1982	[22]	Kieferchirurg	USA	52	10,2% (52 von 511)	C	?
Coutinho et al. 1982	[23]	Kardiotechniker	NL	6	0,9% (4 von 438)	C	+
Ahtone et al. 1983	[24]	Zahnarzt	USA	4		C	+
NN; 1985	[25]	Zahnarzt	USA	9		C	+
Lettau et al. 1986	[26]	Gynäkologe	GB	6	2,8% (6 von 211)	N	+
Shaw et al. 1986	[27]	Zahnarzt	USA	24	3,2%	C	+
Lettau et al. 1986	[26]	Gynäkologe	USA	5			+
Polakoff 1986	[28]	Herz-Thorax-Chirurg	GB	5		C	?
Polakoff 1986	[28]	Kardiotechniker	GB	6		N	+
Cournoyer et al. 1987	[29]	Zahnarzt	USA	3		C	+
NN 1987; Heptonstall 1991	[30, 31]	Gynäkologe	GB	9	0,9% (9 von 1020)	C	+
Welch et al. 1989	[32]	Gynäkologe	GB	22	8,5% (22 von 247)	C	+
Heptonstall 1991	[31]	Allgemeinchirurg	GB	5		C	+
Heptonstall 1991	[31]	Herz-Thorax-Chirurg	GB	4		C	+
Heptonstall 1991; NN 1991	[31, 33]	Allgemeinchirurg	GB	3		C	+
Heptonstall 1991	[31]	Gynäkologe/ Herz-Thorax-/ Allgemein- chirurg	GB	3		C	+
Prendergast 1991	[34]	Chirurg	USA	5 (3 wahr- scheinlich, 2 möglich)			+
Heptonstall 1991	[31]	Herz-Thorax-Chirurg	GB	5		C	+
Heptonstall 1991; Prentice 1992	[31, 35]	Herz-Thorax-Chirurg	GB	17	6,1% (17 von 279)	C	+
Uy 1992	[36]	Herz-Thorax-Chirurg	D	6		C	+
Prentice et al. 1992	[35]	Lungenfunktionsla- borant	USA	6		P	?
Prentice et al. 1992	[35]	Kardiotechniker	NL	11		C	+
Johnston 1994; Health Canada 1992	[37, 38]	Orthopäde	CAN	4		C	?
Mukerjee et al. 1996	[39]	Allgemeinchirurg	GB	2	12,5%	C	+

Quelle/ Jahr der Publikation	Nr.	Tätigkeit	Land	HBV- Übertragung		HBV-Status	HBe-Ag
				Fälle	Rate		
				(2 von 16)			
Halle 1996	[40]	Orthopäde	GB	1		C	neg.*
Heptonstall 1996	[41]	Herz-Thorax-Chirurg	GB	20		C	+
Harpaz et al. 1996	[2]	Herz-Thorax-Chirurg	USA	19	13,1% (19 von 144)	P+N	+
NN 1997	[42]	Allgemeinchirurg	GB	1		C	neg.*
Johnson 1997	[43]	EEG-Laborant	CAN	75		C	+
Walsh et al.	[44]	Akupunkteur	GB	2	0,7%	C	+
NN 1997	[42]	Gynäkologe	GB	3	5,3% (3 von 57)	C	neg.*
NN 1997	[42]	Gynäkologe	GB	3	5,3% (3 von 57)	C	neg.*
Oliver et al. 1999	[45]	Chirurg	GB	1 (+ 10 weitere mögliche)			+
NN 1997	[42]	Gynäkologe	GB	1	1,2% (1 von 86)	C	neg.*
NN 1997	[42]	Urologe	GB	1	4,8% (1 von 21)	C	neg.*
Sundkvist et al. 1998	[46]	Orthopäde	GB	1		C	
Oliver et al. 1999	[45]	Allgemeinchirurg	GB	1	0,3% (1 von 390)	C	+
Sheldon 1999	[47]	Chirurg	NL	8 (+ 2 weitere wahrscheinlich + 18 mögliche)	1,8% (8 von 1562)	C	+
Molyneaux et al. 2000	[48]	Herz-Thorax-Chirurg	GB	2	1,5%	C	
Pers. Mitteilung 2001	[49]	Herz-Thorax-Chirurg	D	46		C	+
Laurenson 2007	[50]	Chirurg	GB	3			neg.
Poujol et al. 2008	[51]	Pflegekraft	F	1		C	
Enfield et al. 2010	[52]	Orthopäde	USA	2 (+4 mögliche)	1% (2 von 237)	C	+
Sugimoto 2013	[53]	Gynäkologe	Japan	1			+
Summe Fälle	Unmittelbar			673			
	Unmittelbar + mittelbar			686			
	Unmittelbar + mittelbar + wahrscheinlich			688			
	Unmittelbar + mittelbar + wahrscheinlich + möglich			712			

Legende

Abkürzungen: C: HBV- Carrier; CAN: Kanada; CH: Schweiz; D: Deutschland; F: Frankreich; GB: Großbritannien; HBe-Ag: Hepatitis B e antigen; NL: Niederlande; N: nach akuter HBV- Infektion; * "Precore-Mutante"; NO: Norwegen; P: Prodromalstadium der HBV-Infektion; USA: Vereinigte Staaten von Amerika

Literatur zur HBV- Übertragung

- [1] Grob PJ, Bischof B, Naefi F (1981): Cluster of hepatitis B transmitted by a physician. Lancet 11:1218-1220
- [2] Harpaz R, von Seidlein L, Averhoff EM et al. (1996): Transmission of hepatitis B virus to multiple patients from a surgeon without evidence of inadequate infection control. N Engl J Med 334:549-554
- [3] Bell DM, Shapiro CN, Ciesielski CA, Chamberland ME (1995): Preventing bloodborne pathogen transmission from health-care workers to patients - The CDC perspective. Surg Clin North Am 75:1189-1203
- [4] Gerberding JL (1995): Management of occupational exposures to blood-borne viruses. N Engl J Med

332:144-151

- [5] NN (1991): Centers for disease control - recommendations and reports recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. MNIWR 40 (RRO RI-R9)
- [6] Expert Advisory Group on Hepatitis (1993): Protecting Health Care Workers and Patients from Hepatitis B. UK Health Departments, London
- [7] NN (1997): Transmission of hepatitis B to patients from four infected surgeons without hepatitis B e antigen. The Incident Investigation Team and Others. NEJM 336:178-184
- [8] NN (1985): Hepatitis B among dental patients – Indiana. MMWR 34(5):73-75
- [9] Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2002): Empfehlungen zur Verhütung der nosokomialen Übertragung von HBV, HCV und HIV durch infiziertes Personal im Gesundheitswesen. Abgerufen von: https://www.nlga.niedersachsen.de/download/12072/Empfehlungen_zur_Verhuetung_der_nosokomialen_Uebertragung_von_HBV_HCV_und_HIV_durch_infiziertes_Personal_im_Gesundheitswesen.pdf
- [10] Garibaldi RA, Rassmussen CA, William AW, Gregg MB (1972): Hospital-acquired serum hepatitis-report of an outbreak. JAMA 20:1577-1579
- [11] Levin ML, Maddrey WC, Wands JR, Mendeloff AI (1973): Hepatitis B transmission by dentists. JAMA 27:1139-1140
- [12] Goodwin D, Fannin SL, McCracken (1976): An oral surgeon related hepatitis B outbreak. Calif Morbidity April 16
- [13] Snyderman DR, Hindmann SH, Wineland MD, Bryan JA, Maynard JE (1976): Nosocomial viral hepatitis B – A cluster among staff with subsequent transmission to patients. Ann Intern Med 85:573-577
- [14] Rimland D, Parkin WE, Miller GB, Schrack WD (1977): Hepatitis B-outbreak to an oral surgeon. N Engl J Med 296:953-958
- [15] Sonntag H, Albers KA, Gärtner H (1979): Überwachung der Virushepatitiden in Schleswig Holstein. BGBl 22:224
- [16] NN (1980): Acute hepatitis B associated with gynaecological surgery. Lancet 01(05)
- [17] Ahtone JL et al. (1981): Hepatitis B association with an oral surgeon in atlant. In: Program and abstracts: 109 th annual meeting of the Public Health association. American Public health association, Washington DC
- [18] HÉrem JW, Siebke JC, Ulstrup J, Geiran O, Helle I (1981): HBsAg transmission from a cardiac surgeon incubating hepatitis B – Resulting in chronic antigenemia in four patients. Acta Med Scand 210:389-392
- [19] Hadler SC, Sorley DL, Acrey KH, Webster HM, Schable CA, Francis DP, Maunard JE (1981): An outbreak of hepatitis B in a dental practice. Ann Intern Med 95:133-138
- [20] Carl M, Blakey DL, Francis DP, Maynard JE (1982): Interruption of hepatitis B transmission by modification of a gynaecologist's surgical technique. Lancet 03(27):731-733
- [21] Goodman RA, Ahtone JL, Finton RJ (1982): Hepatitis B transmission from dental personnel to patients. Unfinished business. Ann Intern Med 96:119
- [22] Reingold AL, Kane MA, Murphy BL, Checko P, Francis DP, Maynard JE (1982): Transmission of hepatitis B by an oral Surgeon. J Infect Dis 145(2):262-268
- [23] Coutinho RA, Albrecht-van Lent P, Stoutjesdijk L, Meerburg-Snarenberg P, Couroucè-Pauty AM, Van Dijk BA, Kloek J (1982): Hepatitis B from doctors. Lancet 345-346
- [24] Ahtone JL, Goodman RA (1983): Hepatitis B and dentalpersonnel: transmission to patients and preventions issues. J Am Dent Assoc 106:219-222
- [25] NN (1985): Hepatitis B among Dental Patients – Indiana. MMWR 34(5):73-75
- [26] Lettau LA, Smith JD, Wiliams D et al (1986): Transmission of Hepatitis B with Resultant Restriction of Surgical Practice. JAMA 255:934-937
- [27] Shaw FE, Barrett CL, Hamm R, Peare RB, Colemann fünd, Hadler SC, Fields HA, Maynard JE (1986): Lethal outbreak of hepatitis B in a dental practice. JAMA 255(23):3260-3263
- [28] Polakoff S (1986): Acute hepatitis B in patients in Britain related to previous operations and dental treatment.

Br Med J 293:33-36

- [29] Cournoyer JJ, Brandenburg K, Schwartz E (1987): Outbreak of hepatitis B associated with an oral surgeon. JAMA 257(13):1709
- [30] NN (1987): Acute hepatitis B following gynaecological surgery. J Hosp Infect 9:34-38
- [31] Heptonstall J (1991): Outbreaks of hepatitis B virus infection associated with infected surgical staff. Commun Dis Rep CDR Rev 1:R81-R85
- [32] Welch J, Webster M, Tilzey AJ, Noah ND, Bantvala JE (1989): Hepatitis B Infections after gynaecological surgery. Lancet 1:205-207
- [33] NN (1991): Surgeons who are hepatitis B carriers. Br Med J 303:184-205
- [34] Prendergast TJ, Teitelbaum S, Peck B (1991): Transmission of hepatitis B by a surgeon. West J Med 154:353
- [35] Prentice MB, Flower AJE, Morgan GM et al (1992): Infection with hepatitis B virus after open heart surgery. Br Med J 304:761-764
- [36] Uy A, Wunderlich G, Olsen DB, Heerman, KH, Gerlich WH, Thomssen R (1992): Genomic variability in the preS1 region and determination of routes of transmission of hepatitis B virus J Gen Virol 73:3005-3009
- [37] Johnson I (1997): Hepatitis B–EEG clinics outbreak investigations, Final report. Ontario Ministry of Health, Toronto
- [38] Health Canada (1996): Proceedings of the Consensus Conference of Infected Health Care Workers – risk for transmission of bloodborne pathogens. Commun Dis Rep CDR Rev 24(4):4
- [39] Mukerjee AK, Westermoreland D, Rees HG (1996): Response to the discovery of two practising surgeons infected with hepatitis B. Commun Dis Rep CDR Rev16:126
- [40] Halle M (1996): Patients want ban on operations by doctors with hepatitis B. Br Med J 313:576
- [41] Heptonstall J (1996): Lessons from two linked clusters of acute hepatitis B in cardiothoracic surgery patients. Commun Dis Rep CDR Rev 5:119
- [42] NN (1997): Transmission of hepatitis B to patients from four infected surgeons without hepatitis B e antigen. The Incident Investigation Teams and other. N Engl J Med 336:178-184
- [43] Johnston BL, Langille DB, Leblanc JC et al. (1994): Transmission of Hepatitis B related to orthopedic surgery. Abstract A52. Conference on prevention of transmission of bloodborne pathogens in surgery and obstetrics. Centers for Disease Control, Atlanta
- [44] Walsh B, Maguire H, Carrington D (1999): Outbreak of hepatitis B in an acupuncture clinic. Commun Dis Public Health 2:137-140
- [45] Oliver SE, Woodhouse J, Hollyoak V (1999): Lessons from patient notification exercises following the identification of hepatitis B e antigen positive surgeons in an English health region. Commun Dis Public Health 2:130-136
- [46] Sundkvist T, Hamilton GR, Rimmer D, Evans BG, Teo CG (1998): Fatal outcome of transmission of hepatitis B from an e antigen negative surgeon. Commun Dis Public Health
- [47] Sheldon T (1999): Dutch consider obligatory testing of surgeons for hepatitis B. Br Med J 319:1219
- [48] Molyneaux P, Reid TMS, Collacott I, McIntyre PG, Dillon JF, Laing RBS (2000): Acute hepatitis B in two patients transmitted from an e antigen negative cardiothoracic surgeon. Commun Dis Public Health 3:250-252
- [49] Pers. Mitteilung (1999): 13 Hepatitis-B-Fälle im Aachener Klinikum – Spur führte zum Herzspezialisten. Kardiologie Nachrichten 4:6
- [50] Laurenson IF, Jones DG, Hallam NF, Saunders CJ, Fraser DM, Carman WF (2007): Transmission of hepatitis B virus from a vaccinated healthcare worker. J Hosp Infect 66: 393-394
- [51] Poujol I, Floret N, Servant-Delmas A, Marquant A, Laperche S, Antona D, Lot F, Coignard B (2008): Hepatitis B virus transmission from a nurse to a patient, France 2005. Euro Surveill 13:4-6
- [52] Enfield KB, Sharapov U, Hall K, Berg C, White-Comstock MB, Xia,GI, Thopson ND, Ganova-Raeva L (2010): Transmission of hepatitis B virus to patients from an Orthopedic surgeon. Abstract. SHEA (Society for Healthcare Epidemiology of America)-Conference, March 08-04 2010

- [53] Sugimoto S, Nagakubo S, Ito T, Tsunoda Y, Imamura S, Tamura T, Morohoshi Y, Koike Y, Fujita Y, Ito S, Fujita S, Tachikawa N, Komatsu H (2013): A case of acute hepatitis B related to previous gynecological surgery in Japan. J Infect Chemother 19:524-529

3.2 Übertragung von HCV

Der erste Bericht über HCV- Infektionen von Patienten bei chirurgischen Eingriffen stammt aus dem Jahr 1995 [54, 55]. Dabei konnte bei 278 herzchirurgischen Eingriffen ein Übertragungsfall objektiviert werden. Ein Jahr später wurde über fünf Infektionen durch einen spanischen Herzchirurgen berichtet, die sich im Verlauf von 84 operativen Eingriffen ereigneten. Bei 138 Operationen, bei denen derselbe Chirurg lediglich assistierte, kam allerdings kein einziger Patient zu Schaden [54].

Tätigkeit der Indexpersonen

Die Tätigkeitsprofile der Indexpersonen, von denen HCV- Infektionen ausgingen, weisen starke Ähnlichkeiten mit HBV- Fällen auf. Im Unterschied zur HBV-Transmission waren aber häufiger Anästhesisten bzw. Anästhesiepersonal betroffen. Bislang sind insgesamt 344 solcher Übertragungsfälle in der internationalen wissenschaftlichen Literatur dokumentiert worden (siehe **Tab. 2**).

Allerdings ereigneten sich allein 276 Infektionen in vier spanischen Kliniken, da der (vermutlich abhängige HCV- positive, für alle vier Kliniken verantwortliche) Anästhesist möglicherweise Kanülen mit Opiaten zunächst bei sich und dann bei den Patienten verwendete. Ähnliche Muster ließen sich bei weiteren Fällen, so einem in Luxemburg und einem in Israel nachweisen. Bei dem Luxemburger Fall eines Anästhesiepflegers war man zunächst von Hygienemängeln als Auslöser der Übertragungsfälle ausgegangen, bevor – fast zehn Jahre später – bekannt wurde, dass die fünf Fälle, in denen Patienten zu Schaden kamen, auf ähnliche Weise wie vermutlich der Fall in Spanien [59] ausgelöst worden waren. Am Ende stand – ähnlich wie bei den Fällen in Spanien und in Israel [72] – eine Gefängnisstrafe für den Verursacher der Infektionen, aber auch für die Verwaltungsleitung. Auch bei drei HCV-Übertragungsclustern durch Radiologietechniker in den USA [75,76] ergaben die genauen Recherchen einen vergleichbaren Mechanismus mit kriminellen Hintergrund.

Bei den verbleibenden Fällen ergibt sich ein ähnliches Muster wie im Falle der HBV-Übertragung – was bedeutet, dass insbesondere operativ tätiges medizinisches Personal Patienten mit HCV infizieren kann.

Tab. 2: HCV- Übertragung von Personal auf Patienten (1995-2015)
(Sortierung nach Publikationsjahr)

Quelle/ Jahr der Publikation	Nr.	Tätigkeit	Land	Anzahl infizierter Patienten
NN 1995; Duckworth et al. 1999	[54, 55]	Herzchirurg	GB	1 von 278
Esteban et al. 1996	[56]	Herzchirurg	ES	5 von 84 als Operateur, 0 von 138 bei Assistenz
Brown 1999; Garfein et al. 2000	[57, 58]	Anästhesist	USA	1 von 348
Bosch 2000	[59]	Anästhesist	ES	276
NN 2000; NN 2000	[60, 61]	Gynäkologe	GB	8 von 4500
NN 2000	[60]	Chirurg	GB	3 von 1900
Ross et al. 2000	[62]	Chirurg	GB	1 von 228
NN 2001	[63]	Chirurg	GB	1 von 723
Cody et al. 2002	[64]	Anästhesiepfleger	LU	5
Ross et al. 2002	[65]	Gynäkologe	D	1 von 2286
Ross et al. 2002	[66]	Orthopäde/ Traumatologe	D	1 von 207
NN 2002; Rabin 2002	[67, 68]	Herzchirurg	USA	3 von 886
Ross et al. 2003	[69]	Orthopäde	D	0 von 1068
Stark et al. 2005	[70]	Anästhesist	D	3
Forns et al. 2006	[71]	Hausangestellte	ES	3
Shemer-Avni et al. 2007	[72]	Anästhesist	IL	33 von 1200
Lot et al. 2007	[73]	Herzchirurgie-Mitarbeiter	F	1
Cardell et al. 2008	[74]	Herzchirurg	S	2 von 456
Hellinger et al. 2010	[75]	Radiologietechniker	USA	5 von 3.929
NN 2013	[76]	Radiologietechniker	USA	24 von über 8.000
NN 2013	[76]	Radiologietechniker	USA	43 von über 11.000
NN 2013	[77]	Gynäkologe	GB	2 von mindestens 3.000
Warner et al. 2015	[78]	Chirurgietechniker	USA	18 von mindestens 5970
Summe:				440

Legende

Abkürzungen: D: Deutschland; ES: Spanien; F: Frankreich; GB: Großbritannien; IL: Israel; LU: Luxemburg; S: Schweden; USA: Vereinigte Staaten von Amerika

Literatur zu HCV- Übertragungen

- [54] NN (1995): Hepatitis C virus transmission from health care worker to patient. Comm Dis Rep CDR Wkly 5:121
- [55] Duckworth GJ, Heptonstall J, Aitken C (1999): Transmission of hepatitis C virus from surgeon to a patient. Commun Dis Public Health 2:188-192
- [56] Esteban JI, Gomez J, Martell M et al. (1996): Transmission of hepatitis C virus by a cardiac surgeon. N Engl J Med 334:555-560
- [57] Brown P (1999): Surgeon infects patients with hepatitis C. Br Med J 319:1219
- [58] Garfein RS, Cody S, Nainan OV et al (2000): Provider-to-patient hepatitis C virus (HCV) transmission from an HCV-infected anaesthesiologist. Antiviral Ther 5(1):58

- [59] Bosch X (2000): Newspaper apportion blame in Spanish hepatitis scandal. *Lancet* 355:818
- [60] NN (2001): Hepatitis C lookback in two trusts in the south of England. *Comm Dis Rep Wkly* 21:2
- [61] NN (2000): Hepatitis C lookback exercise. *Comm Dis Rep Wkly* 10: 203,206
- [62] Ross RS, Viazov SO, Gross T, Hofmann F, Seipp HM, Roggendorf M (2000): Transmission of hepatitis C virus from a patient to an anesthesiology assistant to five patients. *N Engl J Med* 25:1851-1854
- [63] NN (2000): Two hepatitis C lookback exercises – national and in London. *Comm Dis Rep Wkly* 10:125,128
- [64] Cody SH, Nainan OV, Garfein RS et al. (2002): Hepatitis C virus transmission from an anaesthesiologist to a patient. *Arch Intern Med* 162:345-350
- [65] Ross RS, Viazov S, Thormählen M et al. (2002): Risk of hepatitis C virus transmission from an infected gynecologist to patients: results of a 7-year retrospective investigation. *Arch Intern Med* 162:805-810
- [66] Ross RS, Viazov S, Roggendorf M (2002): Phylogenetic analysis indicates transmission of hepatitis C virus from an infected orthopaedic surgeon to a patient. *J med Virol* 66:461-467
- [67] NN (2002): Surgeon-to-patient HCV infections raise questions. *Hospital employee health* 88-90
- [68] Rabin R (2002): Early signs of illness – Documents: Surgeon told hospital that he had hepatitis C in 1995 (2002). Abgerufen von: <http://www.newsday.com/news/local/longisland/ny-lihep22306262des27,0,4994616>.
- [69] Ross RS, Niederaus C, Viazov S, Roggendorf M (2003): Lack of hepatitis C virus transmission from an infected orthopedic surgeon. *Jahrestagung der Gesellschaft für Virologie, Abstractband* 179
- [70] Stark K, Hänel M, Berg T, Schreier E (2005): Nosocomial transmission of hepatitis C virus from an anesthesiologist to three patients – epidemiologic and molecular evidence. *Arch Virol* 151:1025-1030
- [71] Forns X, Martinez-Bauer E, Feliu A, Garcia-Retortillo M, Martin M, Gay E, Navasa M, Sanchez-Tapias JM, Bruguera M, Rodes J (2006): Nosocomial Transmission of HCV in the Liver Unit of a Tertiary Care Center. *Hepatology* 41:115-122
- [72] Shemer-Avni Y, Cohen M, Keren-Naos AK, Sikuler E, Hanuka N, Yaari A, Hayam E, Bachmatov L, Zemel R, Tur-Kaspa R (2007): Iatrogenic transmission of hepatitis C virus (HCV) by an anesthesiologist: comparative molecular analysis of the HCV-E1 and HCV-E2 hypervariable regions. *Clin Infect Dis* 45(5):32-38. DOI: 10.1086/520014
- [73] Lot F, Delaroque-Astagneau E, Thiers V, Bernet C, Rimlinger, F, Desenclos J-C, Chaud P, Dumay F (2007): Hepatitis C Virus Transmission from a Healthcare Worker to a Patient. *Infect Control Hosp Epidemiol* 28:227-229
- [74] Cardell K, Widell A, Frydén A, Akerlind B, Mansson AS, Franzén S, Lymer UB, Isaksson B (2008): Nosocomial hepatitis C in a thoracic surgery unit; retrospective findings generating a prospective study. *J Hosp Infect* 68:322-328
- [75] Hellinger WC, Bacalis LP, Kay RS, Thompson ND, Xia GL, Lin Y, Khudyakov YE, Perz JF (2012): Health care-associated hepatitis C virus infections attributed to narcotic diversion. *Ann Intern Med* 156:477-482
- [76] NN (2013): Healthcare-Associated Hepatitis B and C outbreaks reported to the centers for disease control and prevention (CDC) in 2008 – 2012. Abgerufen von: www.cdc.gov/Hepatitis/statistics/HealthcareOutbreakTable.htm
- [77] NN (2013): UK-wide hepatitis C look back exercise commences. GOV.UK. Abgerufen von: www.gov.uk/government/news/uk-wide-hepatitis-c-look-back-exercise-commences.html
- [78] Warner AE, Schaefer MK, Priti RP, Drobeniuc J et al. (2015): Outbreak of hepatitis c virus infection associated with narcotics diversion by an hepatitis virus-infected surgical technician. *Am J Infect Control* 43:53-58

3.3 Übertragung von HIV

HIV-Übertragungsfälle von medizinischem Personal auf Patienten kamen bislang äußerst selten vor. Im Rahmen der Recherchen wurden lediglich vier Übertragungscluster mit insgesamt neun Fällen objektiviert (siehe **Tab. 3**).

Tätigkeit der Indexpersonen

Der erste Bericht über HIV- Infektionen von Patienten bei medizinischen Eingriffen stammt aus dem Jahr 1992. Bei der Rückschauuntersuchung von 968 Patienten, die von einem infizierten Zahnarzt behandelt worden waren, erwiesen sich sechs Patienten ebenfalls als HIV-infiziert. Die Untersuchung musste zwangsläufig unvollständig bleiben, da der Zahnmediziner nur einmal kurz vor seinem Tod zu den Vorfällen befragt werden konnte [79].

Ein weiterer Fall wurde in Frankreich entdeckt, als ein Orthopäde bei einer 8 Stunden dauernden Operation einen Patienten infizierte [80, 81].

Ebenfalls in Frankreich verursachte eine Pflegekraft bei einem Patienten eine bislang vom Übertragungsmechanismus her nie ganz aufgeklärte HIV-Infektion. Leider wurden die Rückschauuntersuchungen bei den 2.293 Patienten, die von ihr gepflegt und auf HIV gescreent wurden, nicht konsequent auch auf HCV ausgedehnt, da die an einer Blutgerinnungsstörung leidende Beschäftigte auch HCV-infiziert war [82].

Ein bislang letzter Fall, der sich 2003 in Spanien ereignete, betraf einen Gynäkologen, der bei einer Gebärenden einen Kaiserschnitt vorgenommen hatte [83].

Tab. 3: HIV- Übertragung von Personal auf Patienten (1987-2003)

(Sortierung nach Publikationsjahr)

Quelle/ Jahr der Publikation	Nr.	Übertragungs-jahr	Tätigkeit	Land	Krankheitsstadium	Anzahl infizierter Patienten
Bell et al. 1993	[79]	1987-1989	Zahnarzt	USA	AIDS	6 von 968
NN 1997; Lot et al. 1999	[80, 81]	1995	Orthopäde	F	AIDS	1 von 1174
Goujon et al. 2000	[82]	1996	Pflegekraft	F	HIV- (+HCV-) Infektion	1 von 2293
Mallolas et al. 2006	[83]	2003	Gynäkologe	F	HIV-Infektion	1 von 300
Summe:						9

Legende

Abkürzungen: F: Frankreich; USA: Vereinigte Staaten von Amerika

Literatur zur HIV- Übertragung

[79] Bell DM, Shapiro CN, Gooch BF (1993): Preventing HIV Transmission to Patients during Invasive Procedures. J Public Health Dent 53:170- 173. DOI: 10.1111/j.1752-7325.1993.tb02697.x

[80] NN (1997): Robert Koch-Institut: Übertragung von HIV durch Chirurgen in Frankreich. Epi Bull 7:41-42

- [81] Lot F, Séguier JC, Fégueux S, Astagnea P, et al. (1999): Probable Transmission of HIV from an Orthopedic Surgeon to a Patient in France. *Ann Intern Med* 130(1):1-6. PMID: 9890844
- [82] Goujon CP, Schneider VM, Grofti J, Montigny J, et al. (2000): Phylogenetic analyses indicate an atypical nurse-to-patient transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Virol* 74(6):2525-2532. DOI: 10.1128/JVI.74.6.2525-2532.2000
- [83] Mallolas J, Arnedo M, Pumarola I, et al. (2006): Transmission of HIV-1 from an obstetrician to a patient during a caesarean section. *AIDS* 20(2):285- 287. DOI: 10.1097/01.aids.0000199831.02854.b2

3.4 Übertragung von MRSA

Wie in **Kapitel 2** beschrieben, ist nur ein geringer Teil des medizinischen Personals (maximal 5% und in Abhängigkeit von Land bzw. Region häufig deutlich weniger) MRSA- besiedelt und nur sehr selten infiziert. In Einzelfällen wurde in der Literatur eine Übertragung von MRSA vom Personal auf Patienten dokumentiert [Haill, et al. 2013, Scheithauer et al. 2014]. Vonberg et al. [2006] identifizierten in einer Literaturübersicht 11 von 191 Ausbrüchen, in denen eine hohe Wahrscheinlichkeit für medizinisches Personal als Auslöser vorlag, in drei Ausbrüchen war das Personal asymptomatisch. Ähnliches fand Sherertz et al. [2001] für luftgetragene Übertragungen in Einzelfällen.

Albrich & Harbarth [2008] fanden sowohl vorübergehend und auch dauerhaft kolonisierte Beschäftigte in ärztlichen und pflegerischen Berufen bei verschiedenen MRSA- Ausbrüchen. In 63 (93%) von 68 Studien mit einer Genotypisierung war eine Personal- Patient- Transmission wahrscheinlich. In einer Längsschnittstudie identifizierten Price et al. [2017] sieben von 198 Krankenhausbeschäftigten (4%) als Überträger.

In der Zahnmedizin hingegen wurden von Petti & Polimeni [2011] im Rahmen eines narrativen Reviews ein minimales Risiko für eine Besiedelung bei zahnmedizinischem Personal gefunden und keine gesicherten Fälle für eine Transmission.

Insgesamt gilt die Rolle besiedelter Beschäftigter in Einzelfällen als Auslöser einer MRSA- Infektion bei vulnerablen Patienten als gesichert; ihre Bedeutung außerhalb von Ausbrüchen wird nach wie vor kontrovers diskutiert.

3.5 Zusammenfassung

Die Übertragung von HBV, HCV und HIV von Personal im Gesundheitsdienst auf Patienten ist heute wie früher ein sensibles Thema. Dies hat mehrere Gründe:

1. Die Durchsicht der publizierten Fälle hat gezeigt, dass beispielsweise im Vereinigten Königreich und in den USA viele dieser Ereignisse veröffentlicht wurden, in anderen, ebenfalls bevölkerungsreichen Ländern wie z.B. Italien, Polen oder Russland gar keine – zumindest englisch- oder französischsprachigen – Publikationen vorliegen. In Deutschland ist es nach Lage der Literatur nur selten zu solchen Ereignissen gekommen. Dabei wurde der schwerwiegendste Übertragungsfall wissenschaftlich gar nicht aufgearbeitet.

Daraus lässt sich nur schlussfolgern, dass Fälle dieser Art meist "unter dem Deckel" gehalten werden, um dem Ruf des betroffenen Krankenhauses nicht zu schaden. Nur wenn konsequent publiziert würde, könnte man weitere Erkenntnisse hinsichtlich der Übertragungswege und der entsprechenden Prophylaxe gewinnen. Ähnlich wie bei Zulassungsstudien bei Arzneimitteln aus ethischen Gründen auch die Publikation negativer Ergebnisse gefordert wird, sollte auch im vorliegenden Bereich über eine Publikationspflicht nachgedacht werden.

2. Zur Vorbeugung von Infektionsübertragungen wurde seitens der DVV bereits vor fast 20 Jahren eine erste Empfehlung ausgesprochen – einige Jahre, nachdem bereits in den USA und im Vereinigten Königreich ebenfalls entsprechende Papiere veröffentlicht worden waren. Darin wurde vor allem die Bildung eines entsprechenden Expertengremiums an jedem Krankenhaus gefordert. Dieser Forderung ist man – so viel bislang bekannt war – flächendeckend so gut wie nicht nachgekommen. Darüber hinaus besteht im ambulanten Bereich, in dem davon auszugehen ist, dass es ebenfalls zu Übertragungsfällen kommt, nach wie vor ein nicht zu entschuldigendes Regelungsdefizit. Vor allem ist nach wie vor unklar, was mit infizierten Beschäftigten zu geschehen hat, die vom einen Sektor des Gesundheitsdienstes in den anderen wechseln, also vom stationären in den ambulanten Bereich oder umgekehrt.
3. Nur in wenigen Fällen wurden konsequente Rückschauuntersuchungen ("look back") durchgeführt, bisweilen wurden Betriebsärzte unter Druck gesetzt oder in den weiteren Prozess nicht mehr eingebunden, damit infektiöses Personal ungestört weiterarbeiten konnte und gelegentlich wurde im Falle der HCV-Infektion beim betroffenen Operateur eine Chemotherapie eingeleitet, um eine genaue Untersuchung von Übertragungsquellen zu sabotieren.
4. Auf der anderen Seite ist es – wie die Aufarbeitung der entsprechenden Kasuistiken in **Kapitel 9** zeigen wird – in einigen Fällen unnötigerweise zu ungerechtfertigten Kündigungsverfahren gekommen, weil der betroffene Beschäftigte verdächtigt wurde, infektiös zu sein, obwohl es dafür keine wissenschaftlich fundierte Begründung gab.
5. Schließlich wurde bei der Durchsicht der Kasuistiken einmal mehr deutlich, dass die effektivste Schutzmaßnahme bei der HBV- Infektionsprophylaxe, die Hepatitis B-Schutzimpfung zwar weitgehend flächendeckend durchgeführt wird, aber immer noch keine vollständige Immunisierung aller Beschäftigter erfolgt ist.

6. Zu diskutieren ist nach wie vor, ob derjenige, der einen medizinischen Eingriff am Patienten vornimmt, diesem ggf. mitteilen muss, dass er an einer parenteral übertragbaren Infektion leidet oder nicht. Dies hat die Durchsicht der einschlägigen Empfehlungen (siehe **Kapitel 5**) gezeigt, die in einer Reihe von Ländern herausgegeben wurden. Da Handschuhperforationen bei operativen Eingriffen häufig nicht bemerkt werden, kann es aus der Sicht des Patientenschutzes eigentlich nicht ausreichen, dem Patienten die Tatsache einer bestehenden Infektion nur dann mitzuteilen, wenn entsprechende postexpositionelle Prophylaxemaßnahmen (z.B. Immunglobulin, Chemoprophylaxe) getroffen werden müssen. Auf der anderen Seite hat die aktuelle Empfehlung auch zur Verunsicherung und Angst vor einem Imageverlust des Krankenhauses seitens der Arbeitgeber geführt, was wiederum zu den vielfach erwähnten ungerechtfertigten Behandlungen, Kündigungen betroffener Beschäftigter oder nicht realisierter Arbeitsverträge führen kann.
7. Was die spezifisch deutsche Situation angeht, so existieren staatliche Richtlinien zur Prophylaxe der genannten Ereignisse weder auf Bundes- noch auf Länderebene – mit Ausnahme von Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, wo die vorliegenden Papiere erst veröffentlicht wurden, nachdem es zu gravierenden Übertragungsereignissen gekommen war. Obwohl der Infektionsschutz hierzulande Ländersache ist, muss gefragt werden, ob man nicht eine entsprechende Empfehlung erarbeiten sollte, die bundesweit Gültigkeit besitzt.

Hinsichtlich MRSA- besiedelter Beschäftigter ist die Relevanz einer Transmission auf Patienten durch die geringe Studienevidenz nicht abschließend beurteilbar; sollte aber angesichts der geringen Besiedelungsrate Beschäftigter nicht überhöht werden. Zur epidemiologischen Einschätzung sind weitere Studien erforderlich.

TEIL A: Theoretische Aufarbeitung des Status quo

4 Rechtlicher Rahmen zum Umgang mit Infektionsrisiken für Patienten und Beschäftigte

Die zum Berichtszeitpunkt existierenden gesetzlichen Regelungen zum Einsatz chronisch Infizierter oder MRSA- besiedelter Personen im Gesundheitsdienst werden im Folgenden beschrieben und auf ggf. vorhandene Spannungsfelder oder Regelungslücken hingewiesen (zur Gesamtschau der Problematik siehe **Kapitel 7**). Die eingenommenen Interessen von Arbeitgebern und Patienten hinsichtlich des Patientenschutzes und von Beschäftigten im Sinne verschiedener Persönlichkeitsrechte und nicht zuletzt von Betriebsärzten in ihrer Mittlerfunktion in alle Richtungen lassen sich nicht voneinander trennen. Querweise und Doppelungen können daher nicht immer vermieden werden.

4.1 Infektionsschutz

4.1.1 Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz

Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist eine duale Meldepflicht vorgesehen, die des behandelnden Arztes bei Diagnose einer meldepflichtigen Erkrankung und die des diagnostizierenden Labors. Eine namentliche Meldepflicht des Arztes ist nur im Falle der akuten Virushepatitis festgelegt (§6 IfSG, "Meldepflichtige Krankheiten"). Da aber diese häufig nicht mit eindeutigen klinischen Zeichen einhergeht, kommt dem nun folgenden Paragraphen größere Bedeutung zu, wonach das diagnostizierende Labor zur Meldung aller Nachweise im Hinblick auf eine Hepatitisvirus- Infektion verpflichtet ist (§ 7 IfSG, "Krankheitserreger"). Zur (ausschließlich nicht- namentlichen) Meldung einer HIV-Infektion ist das Labor verpflichtet (§ 7, Abs. 3 IfSG).

Im praktischen Fall des Weiterarbeitens eines chronisch infizierten Chirurgen mit einer hohen Viruslast, der dem Arbeitgeber seine Infektion verschweigt, ist somit der Patientenschutz durch das IfSG per se nicht gewährleistet, da das Gesundheitsamt nicht tätig werden kann [Schmidt et al.2002] (zu Tätigkeitsverboten siehe **Kapitel 4.1.2**).

Erfolgt die Einsendung einer Blutprobe an das Labor durch den Betriebsarzt aus Datenschutzgründen anonymisiert, muss er bei einem positiven Ergebnis dem Gesundheitsamt auf Nachfrage den Namen der betreffenden Person mitteilen; in diesem Fall ist die Schweigepflicht des Betriebsarztes (siehe **Kapitel 4.4**) gegenüber dem Labor bzw. Gesundheitsamt außer Kraft gesetzt, was für das Vertrauensverhältnis zwischen Betriebsarzt und Beschäftigten als wichtige Säule der Zusammenarbeit problematisch werden kann (siehe **Kapitel 4.1.2**).

Wird die Infektion dem Gesundheitsamt unmittelbar bekannt, so ist dieses zu notwendigen Ermittlungen verpflichtet, auch wenn der betroffene Beschäftigte hierzu keine Einwilligung gibt [Gottschalk 2006]. Dies gilt auch im Fall einer HIV- Infektion, die nach oben genannten Paragraphen im IfSG nicht namentlich meldepflichtig gewesen wäre.

Eine (nicht- namentliche) Meldepflicht für nosokomiale Infektionen durch MRSA besteht bei gehäuftem Auftreten gemäß §6 IfSG, also im Zusammenhang mit Ausbrüchen und seit 2009 im Rahmen von §1 der Labormeldepflicht- Anpassungsverordnung (LabMeldAnpV), wenn sie im Blut oder Liquor nachgewiesen werden. Eine Unterscheidung zwischen Patienten- oder Beschäftigtenstatus besteht nicht, was im Fall konsequenter Basishygiene und guter Personalausstattung als unproblematisch zu betrachten ist. Allerdings bestehen hierzu unterschiedliche Inhalte existierender betrieblicher Regelungen.

4.1.2 Tätigkeitsverbot für chronisch infizierte und MRSA- besiedelte Beschäftigte

In den Jahren 2007 und 2012 hat die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten Empfehlungen zur Virushepatitis bzw. HIV herausgegeben, in denen Tätigkeitseinschränkungen und -verbote in Abhängigkeit zur Viruslast definiert werden (siehe **Kapitel 5.3** [DVV 2007, DVV 2012]). Bei entsprechenden Abwägungen sind verschiedene Grundrechte des Menschen zu beachten: Zum einen die allgemeinen Persönlichkeitsrechte (Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz) und das Recht der Freiheit der Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz) des Infizierten und auf der anderen Seite das Recht auf körperliche Unversehrtheit des Patienten (Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz).

Angesichts uneinheitlicher Grenzwerte zum Virusübertragungsrisiko in der Literatur bei chronischen HBV-, HCV- und HIV- Infektionen (siehe **Kapitel 5**) existieren im IfSG auch keine diesbezüglichen Regeln im Zusammenhang mit einem Beschäftigungsverbot. Aus diesem Grund weist die DVV auch auf den Wert von Einzelfallentscheidungen eines interdisziplinären Expertengremiums "vor Ort" hin, das den Arbeitgeber entsprechend berät. Das Gesundheitsamt kann dann wiederum nach §28 IfSG ("Schutzmaßnahmen") dafür sorgen, dass die von einem Expertengremium z.B. im Rahmen einer Fallkonferenz für erforderlich gehaltene Maßnahmen bindend umgesetzt werden.

Bei der Überprüfung eines nicht dauerhaft ausgesprochenen Tätigkeitsverbots im Rahmen der Viruslastbeurteilung sind Gesundheitsämter in der Regel auf die Kooperation mit Betriebsärzten angewiesen. Diese wiederum erleben die Zusammenarbeit häufig als Spannungsfeld zwischen ihren originären Aufgaben im Rahmen des Arbeitsschutzes und der Einbindung in die Verantwortung für den Patientenschutz, in dem sie gleichzeitig die Vertrauensbeziehung mit dem betroffenen Beschäftigten sichern müssen. Osebek [2013] bemerkte hierzu: *"Nach dem Arbeitsschutzrecht ist es nicht zulässig, vom Betriebsarzt 'Kontrollen' im Hinblick auf den Patientenschutz zu erwarten. Der Arbeitgeber darf diese 'Überwachung' nicht vom Betriebsarzt einfordern"* und forderte hierzu eine juristische Regelung bzw. zumindest hausinterne Verfahrensregelungen.

Dem Gesundheitsamt obliegt die Pflicht, im Rahmen seiner Ermittlungstätigkeit festzustellen, ob und wie sich eine Infektion weiterverbreiten kann, und als zuständige Behörde geeignete Maßnahmen zur Verhinderung einer Weiterverbreitung vorzuschlagen. Dazu kann auch in Einzelfällen ein Verbot der Ausübung bestimmter Tätigkeiten gehören. Rechtliche Grundlage hierfür ist §16 in Verbindung mit §31 IfSG ("Allgemeine Maßnahmen der zuständigen Behörde" und "Berufliches Tätigkeitsverbot"). In §31 sind Tätigkeitsverbote ganz oder auch nur teilweise (Einschränkungen) erwähnt. Weitere Ausführungsbestimmungen existieren nicht.

Hinsichtlich einer MRSA- Trägerschaft lässt sich hingegen kein generelles Beschäftigungsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ableiten. Gesundheitsämter können ein solches jedoch nach §16 oder §31 IfSG aussprechen, wenn die Gefahr der Weiterverbreitung gegeben ist und die Maßnahme geeignet, erforderlich und verhältnismäßig ist. Hinsichtlich eines

vollständigen Tätigkeitsverbots in patientennahen Bereichen während der Dauer der Besiedlung existieren unterschiedliche Informationen; einer Untersuchung von 840 BK-Fällen der Arbeitsgruppe von Nienhaus & Dulon [2013] zufolge war dies mit 6% der entsprechenden Einrichtungen selten; eine Befragung von Betriebsärzten und Krankenhaushygienikern ergab sehr unterschiedliche Herangehensweisen einschließlich der Definition einer *chronischen* Besiedelung [Peters et al. 2016, Dulon et al. 2013]. In einer Untersuchung an 130 bayrischen Kliniken durch die Gesundheitsämter nannte die Hälfte der Kliniken Tätigkeitsverbote in der Patientenbetreuung, ein Drittel Tätigkeitseinschränkungen beim Patientenkontakt [Herr et al. 2009].

MRSA- Besiedelungen und -Infektionen betreffen –wie blutübertragbare Infektionen – nicht nur den Patienten-, sondern auch den Arbeitsschutz. Dieser ist durch das Arbeitsschutzgesetz, die Biostoffverordnung mit z. B. der Technischen Regel TRBA 250 und die arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung (siehe **Kapitel 4.2**) geregelt; der Patientenschutz folgt aus dem IfSG. Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist Aufgabe des Betriebsarztes, das IfSG bindet das Gesundheitsamt und das Hygienefachpersonal ein. Eine Zusammenarbeit hinsichtlich kolonisierter Beschäftigter aller Akteure ist erforderlich, aber nicht ausdrücklich geregelt [Nienhaus & Dulon 2014].

4.1.3 Persönlichkeitsrechte und Haftungsrecht

Dem Recht von Patienten auf körperliche Unversehrtheit sind alle Einrichtungen des Gesundheitsdienstes zum Schutz vor Ansteckungen mit Infektionserregern verpflichtet. Dies hat Verfassungsrang (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) und damit auch Vorrang vor der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Das Gesetz wird durch weitere Regelungen besonders geschützt, etwa durch das Strafgesetzbuch §§223ff im Sinne einer Körperverletzung [Steinigen 2012]. Im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen ist also neben strafrechtlichen Aspekten bei Behandlungs- und Pflegefehlern auch die zivilrechtliche Verantwortlichkeit eines Arztes bzw. des Krankenhauses gegenüber einem Patienten von Belang, z.B. im Falle einer Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Dies kann zu Schadensersatzansprüchen des Patienten führen, wie sie in gerichtlichen Grundsatzurteilen, z.B. im Rahmen des Hygienehaftungsrechts bereits zum Tragen kamen [Schell 1998, Nassauer & Mielke 2000].

In der zivilgerichtlichen Rechtsprechung wurde Krankenhausträgern gegenüber Patienten auch umfassende Aufklärungspflichten z.B. über Ansteckungsgefahren auferlegt³, sogar für äußerst seltene Risiken, wenn deren Realisierung die Lebensführung des Patienten schwer

³ BGH 7.7.1994 – III ZR 52/93, NJW 1994, 3012

belasten kann⁴. Die DVV hat diesem Umstand Rechnung getragen, indem sie empfahl, Patienten im Fall eines Blutaustauschs über den Status eines infizierten Chirurgen zu informieren und eine Postexpositionsprophylaxe anzubieten.

Dies kann zu einem sog. Beschäftigungshindernis bis hin zu einer ordentlichen Kündigung des Arbeitsverhältnisses führen [Steinigen 2012]. Ob die Verhältnismäßigkeit von Kündigungen in der Vergangenheit immer gegeben war, ist Gegenstand der Recherchen in **Kapitel 9.2.2**. (Zu allgemeinen Persönlichkeitsrechte und dem Recht der Freiheit der Berufsausübung siehe **Kapitel 4.5.1**).

⁴ BGH 18.11.2008 – VI ZR 198/07, VersR 2009, 257

4.2 Arbeitsmedizinische Vorsorge

Im Jahr 1999 trat mit §15 Biostoffverordnung (BioStoffV) auf dem Boden des Arbeitsschutzgesetzes eine Regelung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (damals noch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen) zum Umgang mit Infektionsgefahren in Kraft. Bei Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann, war nach Anhang 2 eine regelmäßige Pflichtvorsorgeuntersuchung bei HBV und HCV durchzuführen, und zwar verpflichtend sowohl für Arbeitgeber als auch für Beschäftigte. Dazu war eine entsprechende Diagnostik zu veranlassen, dazu zu beraten, ggf. eine HBV- Impfung anzubieten und dies in regelmäßigen Abständen zu wiederholen. Der Standard dieser Untersuchungen war im berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G42 geregelt. HIV wurde in der BioStoffV nicht genannt, ein entsprechender Test konnte jedoch angeboten werden und – nur mit ausdrücklichem Einverständnis des Beschäftigten durchgeführt werden [Jarke et al. 2011a]. HBV- und HCV- Untersuchungen unterlagen der Duldungspflicht durch die Beschäftigten; bei Nichtwahrnehmung blieb dem Arbeitgeber vorbehalten, den Beschäftigten ggf. in nicht gefährdende Bereiche zu versetzen.

Für eine mikrobielle Besiedelung wie z.B. durch MRSA bestehen keine Vorsorgeregelungen; ein systematisches Screening ist außerhalb von Ausbrüchen – anders als z.B. in den Niederlanden – nicht geregelt und wird auch von der Expertenkommission am Robert Koch- Institut nicht empfohlen. In den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Prävention und Kontrolle von MRSA am Robert Koch- Institut [KRINKO 2014] wird darauf hingewiesen, dass bei Arbeiten an Patienten, für die eine MRSA-Besiedlung/ Infektion bekannt ist, neben einem Schutzkittel, der nach dieser Tätigkeit gewechselt werden muss, auch ein Mund-Nasenschutz getragen werden muss. Letzterer dient vor allem dem Schutz vor der eigenen nasalen Besiedlung. Eine chronische MRSA- Besiedlung gilt nicht als Erkrankung und ist im Wesentlichen durch das Risiko einer nosokomialen Infektion bei Patienten ein Thema für den Fachbereich Hygiene.

Mit Inkrafttreten der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) Ende 2008 auf der Grundlage des Arbeitsschutzgesetzes wurden alle bis dahin getroffenen Regelungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge in einer einzigen staatlichen Regelung zusammengefasst (§4 Abs. 1 in Verbindung mit Anhang 2, Übernahme aus der BiostoffV). Diese Bestimmungen bilden keine gesetzliche Rechtsgrundlage, konkretisieren die Arbeitsschutzverordnungen aber im juristischen Sinn als sog. "Vermutungswirkung" zugunsten desjenigen, der sie einhält.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist deutlich zu unterscheiden von Eignungs- und Einstellungsuntersuchungen, für die der Arbeitgeber andere, z.B. betriebsexterne (Personal-)Ärzte beauftragen sollte, da sie nicht zu den gesetzlichen Aufgaben des Betriebsarztes gehören. Vom Arzt dürfen letztere nur dann durchgeführt werden, wenn es für diese Untersuchungen eine rechtliche Grundlage gibt. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine arbeits- oder tarifvertragliche Regelung oder eine Betriebsvereinbarung mit der betrieblichen Interessenvertretung ge-

geschlossen wurde (siehe **Kapitel 4.5.1**) oder staatliche Regelungen wie z.B. die Druckluftverordnung vorliegen, die aber in Berufen des Gesundheitsdienstes keine Anwendung finden. Eignungs- und Einstellungsuntersuchungen müssen getrennt von der arbeitsmedizinischen Vorsorge durchgeführt werden.

Vor der Ersten Verordnung zur Änderung der ArbMedVV vom 30.11.2013⁵ wurde der Begriff "Vorsorgeuntersuchungen" verwendet; Ziel der Änderungen ("Vorsorge") war u.a., das Recht der Beschäftigten auf die informierte Selbstbestimmung zu stärken sowie Rechtsunsicherheiten, z.B. in Bezug auf die Abgrenzung der Vorsorge von Eignungsuntersuchungen, zu beseitigen. Ohne dass dies explizit in den Ausführungen formuliert wurde, sollte deutlich werden, dass eine körperliche Untersuchung gegen den Willen des betroffenen Beschäftigten nicht durchgeführt werden darf.

⁵ Bundesgesetzblatt 2013 Nr. 64, S. 3882

4.3 Datenschutz, Einwilligung und informationelle Selbstbestimmung

Der Arbeitgeber hat aus arbeitsrechtlicher Sicht einen grundsätzlichen Anspruch auf Information zur Einsatzfähigkeit eines Beschäftigten aufgrund seines gesundheitlichen Status. Seit der Novellierung der ArbMedVV 2013 soll – unabhängig von einer Ablehnung oder Zustimmung zur körperlichen Untersuchung – nur noch die Teilnahme an der Vorsorge bescheinigt werden. Zuvor war eine Bescheinigung zur gesundheitliche Unbedenklichkeit bzw. Bedenklichkeit (befristet, unter bestimmten Voraussetzung oder generell) erforderlich. Diese Regelungen fokussierten schon immer den Schutz des Beschäftigten und nicht den Drittschutz.

Die Mitteilung eines aus individuellen medizinischen Gründen erforderlichen Tätigkeitswechsels durch den Betriebsarzt an den Arbeitgeber bedarf ausdrücklich der Einwilligung der Beschäftigten. Sollten sich allerdings Hinweise ergeben, dass die Maßnahmen des Arbeitsschutzes für die betreffende Person oder andere Beschäftigte nicht ausreichen, so muss dies dem Arbeitgeber (ohne Nennung einzelner) durch den Betriebsarzt mitgeteilt werden, um die nach dem Arbeitsschutzgesetz vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung zu aktualisieren.⁶

Bis zum Jahr 2013 war der HBV- und HCV- Status der Beschäftigten über die serologischen Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen den Betriebsärzten weitgehend bekannt. Auch danach ist das Wissen über entsprechende Befunde häufig vorhanden; viele neu eingestellte Beschäftigte willigen nach wie vor zu Untersuchungen im Rahmen der Pflichtvorsorge ein (siehe hierzu auch Stranzinger et al. [2016]).

Von Ausnahmen abgesehen, kann eine Seropositivität auch verschwiegen bzw. die Untersuchung abgelehnt werden [Jarke et al. 2011a, Jarke et al. 2011b]. Die "informationelle Selbstbestimmung" von Beschäftigten sollte insbesondere durch die Novellierung der ArbMedVV im Jahr 2013 noch unterstützt werden. Einer Studie bei rund 800 Betriebsärzten nach der Novellierung zufolge wurde in 12% der Betriebe körperliche oder Laboruntersuchungen gleich welcher Art abgelehnt; diese Zahl hatte sich gegenüber früheren Erkenntnissen erhöht [Stranzinger et al. 2016] und die Akzeptanz wurde in einer Folgebefragung im Gesundheitsdienst geringer eingeschätzt als in anderen Branchen [Stranzinger & Nienhaus 2018].

⁶ Seit 2014 existiert hierzu die Arbeitsmedizinische Regel AMR 6.4 des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed), das das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum medizinischen Arbeitsschutz berät ("Mitteilungen an den Arbeitgeber").
Zwingende Vorgaben, etwa zum Abstand dieser Vorsorgeuntersuchungen oder ihrer konkreten Durchführung, enthalten die gesetzlichen Bestimmungen nicht. Erst seit Juli 2016 liegen mit der AMR 2.1 "Fristen für die Veranlassung/ das Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorge" Bestimmungen vor, die eine Vorsorge nach ArbmedVV Anhang 2 vor Aufnahme der Tätigkeit, eine erste Nachvorsorge nach sechs Monaten und nachfolgend Abstände von maximal 36 Monaten vorsehen. Diese Bestimmungen haben jedoch keine verbindliche Rechtsgrundlage. <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Ausschuesse/AfAMed/AMR/AMR.html>

4.4 Schweigepflicht und Rechtfertigender Notstand

Die berufliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit z.B. von (Betriebs)Ärzten ist nach §203 Strafgesetzbuch geregelt und flankiert die in **Kapitel 4.3** erwähnten Regelungen. Weder durch arbeitsmedizinische Bestimmungen noch nach dem Infektionsschutzgesetz sind Betriebsärzte befugt, Dritte darüber zu informieren, wenn ein Beschäftigter im Gesundheitsdienst chronisch infizierter HBV/HCV- oder HIV- Träger ist [Nassauer 1999].

Liegt keine Einwilligung vor, auch medizinische Daten übermitteln zu dürfen, droht dem Arzt bei der Nichtbeachtung eine Bestrafung nach §203 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch (Verletzung von Privatgeheimnissen) mit Freiheitsentzug bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Eine Ausnahme sind Infektionen, die mit einer namentlichen Meldepflicht an das zuständige Gesundheitsamt nach §§6,7 IfSG verbunden sind (siehe **Kapitel 4.1**). Darüber hinaus können auch zivilrechtliche Ansprüche auf Schadenersatz des Beschäftigten zum Tragen kommen, falls es – möglicherweise zu Unrecht – in der Folge eines diesbezüglichen Arbeitsplatzverlusts oder Operationsverbots zu finanziellen Einbußen des Beschäftigten kommt [Schmid et al. 2002].

Das bereits erwähnte Dilemma von Betriebsärzten hinsichtlich ihres Vertrauensverhältnisses zu Beschäftigten wird hier noch mal durch das Strafgesetzbuch verschärft; sie laufen Gefahr, in das "Spannungsfeld zwischen Schweige- und Meldepflicht" zu geraten [Nassauer 1999, Möller 2015]: Kritisiert wird, dass Betriebsärzte alle Entscheidungen den Beschäftigten betreffend allein treffen müssen [Jarke et al. 2011].

Lehnt der Betroffene die im Einzelfall als notwendig erachteten Maßnahmen ab bzw. hält sich nicht an sie und gefährdet dadurch Dritte, hat der Betriebsarzt nach umfassender Interessenabwägung allerdings die Möglichkeit, im Rahmen eines "Rechtfertigenden Notstands" nach §34 Strafgesetzbuch den Amtsarzt im Gesundheitsamt einzuschalten. Dies kommt jedoch allenfalls in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht, z.B. bei einer außerordentlich hohen Infektiosität und insbesondere, wenn der Beschäftigte nicht gewillt ist, entsprechenden Tätigkeitseinschränkungen Folge zu leisten [Jacobs 2004]. Eine Alternative zur Aufhebung des Spannungsfelds besteht also nur in eigenen Nachforschungen und Maßnahmen des Gesundheitsamts aufgrund eingegangener Meldungen.

Nach der Umfrage bei Betriebsärzten von Stranzinger et al. [2016] zu den Folgen der Arb-MedVV- Novellierung 2013 brachen in den sechs Monaten vor der Befragung 3% von fast 800 Befragten (n=20) die Schweigepflicht wegen eines Rechtfertigenden Notstands, den die Autoren kritisch betrachteten, da dies eine grundsätzlich positive Einschätzung eines Rechtfertigenden Notstands voraussetze und meinten, dem müsse weiter nachgegangen werden.

4.5 Arbeitsrechtliche Grundlagen

4.5.1 Einstellungs- und Eignungsuntersuchungen

Einstellungsuntersuchungen als ein Instrument der Personalauswahl sind bisher nicht grundsätzlich geregelt, mit Ausnahme des Jugendarbeitsschutz- und des Krankenpflegegesetzes) und werden entweder vor Abschluss eines Arbeitsvertrages oder als ein Bestandteil nach ggf. vorliegenden Tarifverträgen bzw. im Rahmen einer Betriebsvereinbarung⁷ durchgeführt [Woltjen 2014].⁸ Bei Tätigkeiten im Gesundheitsdienst entsprechen seit 2008 die Regelungen zur Pflichtvorsorge im Rahmen der ArbMedVV (zuvor nach BioStoffV Anhang 2) der arbeitsmedizinischen Erstuntersuchung bzw. ab 2013 der Erstvorsorge.

Im Rahmen von Einstellungsgesprächen steht dem Arbeitgeber ein Fragerecht zu, von dem unzulässige Fragen jedoch ausgeschlossen sind, u.a. die nach einer Schwangerschaft oder nach dem allgemeinen Gesundheitszustand. Hier hat der Befragte sogar das Recht zu falschen Aussagen wider besseres Wissen, die nach dem Bundesarbeitsgericht keine negativen Folgen für den Bewerber haben darf.⁹ Im Fall einer ansteckenden Erkrankung allerdings (wie auch bei schweren Erkrankungen, die die zukünftige Berufsausübung nicht möglich machen), besteht demgegenüber jedoch eine Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers [Jacobs 2007].¹⁰ Die Frage nach z.B. einer HIV-Infektion ist demnach nur bei so genannten Übertragungsträchtigen Tätigkeiten zulässig, für die eine Ansteckungsgefahr für andere besteht, wie sie bei operativ tätigen Ärzten und sehr selten bei nicht-ärztlichem Assistenzpersonal gegeben ist [Juristenkreis der Aidshilfe Köln 2008, Wicker et al. 2010]. In anderen Fällen kollidiert das das Fragerecht des Arbeitgebers und die Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach dem Grundgesetz (Artikel 1 Abs. 1, 2 Abs. 1) und mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG, auch "Antidiskriminierungsgesetz").

Das gleiche Prinzip des Selbstbestimmungsrechts gilt für die Forderung eines MRSA- Abstrichs an Arbeitnehmer vor Beschäftigungsbeginn außerhalb von Ausbruchssituationen.

7 Nach §88 Nr. 1 Betriebsverfassungsgesetz ist es Betriebspartnern gestattet, Maßnahmen zu treffen, die die gesetzlichen Vorgaben spezifizieren, u.U. auch in Form eines Eingriffs in die Datenschutzrechte von Arbeitnehmern [Steinigen 2012]. Betriebsvereinbarungen unterliegen jedoch uneingeschränkt der gerichtlichen Kontrolle, soweit geprüft werden muss, ob sie inhaltlich gegen zwingendes höherrangiges Recht verstoßen.

8 In Hinblick auf unterschiedliche Tarifverträge galt der Bundesangestelltentarif im öffentlichen Dienst (§7 Abs. 1 BAT) lange Zeit als Rechtsgrundlage für Einstellungsuntersuchungen, die in Sondersituationen auch eine Befunderhebung zur Feststellung einer HBV-, HCV- und HIV-Infektion gestattete. Im TVöD/TV-L und den beiden TV-Ärzte findet diese Regelung keine Entsprechung mehr, so dass sich auch Einstellungsuntersuchungen im öffentlichen Dienst nunmehr nach den allgemeinen Voraussetzungen richten [Steinigen 2012, S. 68]. Der BAT konfigurierte zum Teil mit berufsgenossenschaftlichen Regelungen in unterschiedliche Richtungen [Bittighofer 2002]

⁹ Siehe z.B. BAG- Urteil vom 6.2.2003: AZ 2 AZR 621/01; https://www.jurion.de/urteile/bag/2003-02-06/2-azr-621_01/

¹⁰ Siehe BAG-Urteil vom 7.2.1964: AZ 1 AZR 251/63, https://www.jurion.de/urteile/bag/1964-02-07/1-azr-251_63/

Eine chronische MRSA- Besiedelung muss gleichfalls dem Arbeitgeber nicht mitgeteilt werden, da hier keine Regelungen zur Offenbarungspflicht existieren. Aus arbeitsrechtlicher Sicht kann sie sich aber aus einer Nebenpflicht zum Arbeitsvertrag ableiten lassen [Schwarzkopf 2016]. In Ausbruchssituationen kann gemäß Infektionsschutzgesetz durch das Gesundheitsamt ein Screening (Reihenuntersuchung) auch der Beschäftigten angeordnet werden.

Im Rahmen der ärztlichen Einstellungsuntersuchung kann – wie auch im laufenden Arbeitsverhältnis – die Eignung des Bewerbers für die angezielte Tätigkeit überprüft werden [DGUV 2015]; dies gilt bei besonderen gesundheitlichen Anforderungen bzw. wenn der Arbeitgeber begründete Zweifel an der Eignung eines Beschäftigten für die Ausübung der in Frage stehenden Tätigkeit hat [DGUV 2015]. Hiermit ist also – anders als bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge mit dem vorrangigen Ziel des Eigenschutzes der Drittschutz für den Arbeitgeber (vor finanziellen Belastungen durch eingeschränkte Leistungsfähigkeit) und der Patientenschutz (bei chronischer Infektiosität des Bewerbers) adressiert. Die mancherorts gängige Praxis, bei Einstellungsuntersuchungen auf generelle serologische Tests (z.B. HIV- Test bei allen Beschäftigten) hinzuweisen und die Einstellung vom Laborergebnis abhängig zu machen, entbehrt allerdings jeder Rechtsgrundlage.

Die *Eignungsuntersuchung* ist grundsätzlich von der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu trennen. Grundsätzlich entspricht diese Aufgabe jedoch nicht dem Tätigkeitskatalog von Betriebsärzten nach §3 Arbeitssicherheitsgesetz bzw. den Ausführungsbestimmungen [DGUV 2011], auch wenn sie in der Praxis häufig wegen ihrer guten Arbeitsplatzkenntnisse damit beauftragt werden. Kritische Stimmen problematisieren die Einbindung des eigentlich beratenden Betriebsarztes in die – wenn auch legitim erkannten – Interessen des Arbeitgebers ein [Bittighofer 2002]. Wird die Eignungsuntersuchung von einem Betriebsarzt durchgeführt, muss der Bewerber vorher über die Art der Untersuchung und ihre Konsequenzen aufgeklärt werden.

Die Trennung von Einstellungs- bzw. Eignungsuntersuchungen von der Vorsorge wurde 2013 in der Novelle der ArbMedVV präzisiert. In ihrem Vorfeld wurden hierzu heftige Diskussionen geführt; insbesondere Praktiker kritisierten die aus ihrer Sicht praktisch nicht machbare Trennung von Beratung und Untersuchung [Stranzinger et al. 2015]. In der Praxis wird diese häufig kombiniert durchgeführt, wie z.B. eine empirische Erhebung der Arbeitsgruppe von Völter-Mahlknecht et al. [2015] zeigt: 42% (n=170 von 408) der befragten Betriebsärzte gaben im Jahr 2013 (vor der Novelle der ArbMedVV) an, dass in dem von ihnen betreuten Betrieb (in verschiedenen Branchen) Eignungs- zusammen mit Pflicht-, Angebots- oder Check-up- Untersuchungen durchgeführt werden. In der bereits erwähnten Erhebung von Stranzinger et al. [2016] berichteten 58% der Betriebsärzte von einer besseren Trennung zwischen Eignungsuntersuchungen und arbeitsmedizinischer Vorsorge nach der Novelle. Erst- und Eignungsuntersuchungen durch Betriebsärzte müssen nach der DGUV- Vorschrift V2 zeitlich getrennt von den Einsatzzeiten vereinbart werden.

Die Begründung eines Arbeitsverhältnisses kann vom positiven Ergebnis der Eignungsuntersuchung abhängen, *"wenn das Vorhandensein bestimmter gesundheitlicher Voraussetzungen aufgrund der Art der auszuübenden Tätigkeit oder der sie begleitenden Bedingungen eine wesentliche und entscheidende berufliche Anforderung zum Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme darstellt"* [DGUV 2015]. Die Entscheidung zur Einstellung bleibt dem Arbeitgeber überlassen.

Für die Bewerber bzw. Beschäftigten besteht keine Duldungspflicht, d.h. ihr Einverständnis für die Eignungsuntersuchung muss vorliegen. Allerdings müssen die Grenzen des Fragerechts nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis stehen und verhältnismäßig sein (z.B. *"Liegt eine Krankheit bzw. eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes vor, durch die die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in periodisch wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist? Liegen ansteckende Krankheiten vor, die zwar nicht die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, jedoch die zukünftigen Kollegen bzw. Kolleginnen oder Kunden bzw. Kundinnen gefährden?"* [DGUV 2015]).

Die Frage der Verhältnismäßigkeit von Eignungsuntersuchungen wird kontrovers diskutiert; in der Literatur finden sich Hinweise auf das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), das Grundgesetz (GG), das Zivilrecht des Bundesarbeitsgerichts (BAG) und die Europäische Menschenrechtskonvention [Steinigen 2012, Behrens 2015]:

- *Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz und Grundgesetz:* In welchem Umfang eine Befunderhebung im vorvertraglichen Bereich durch den Arbeitgeber zulässig ist, wird auch von den rechtlichen Interessen der Bewerber bestimmt, namentlich durch
 - das Verbot der Diskriminierung wegen Behinderung nach den §§1,7 des AGG und
 - das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 1 Abs. 1 und 2 des Grundgesetzes, in das durch eine ärztliche Untersuchung des potenziellen Arbeitnehmers eingegriffen wird.
- *Zivilrecht:* Im Fall einer Blutabnahme wird zudem der verfassungsrechtlich gewährleistete Schutz der körperlichen Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG berührt [Steinigen 2012].¹¹
- *Europäische Menschenrechtskonvention:* Steinigen [2012] weist zudem noch auf Artikel 8 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten hin, in der auf der Basis des verankerten Rechts zur Achtung des Privatlebens auch das Recht auf die Geheimhaltung des Gesundheitsstatus einer Person gehört, dessen Berücksichtigung nach Art. 20 Abs. 3 GG ebenfalls an Gesetz und Recht gebunden sei.

¹¹ BAG 12.8.1999 – 2 AZR 55/99, ZTR 2000, 39 = NZA 1999, 1209

Eine weitere Regelungslücke im Hinblick auf Eignungsuntersuchungen ist der den Datenschutz betreffende §23a IfSG ("Personenbezogene Daten von Beschäftigten") aus dem Jahr 2015. Der Paragraph wurde vom Gesetzgeber angesichts der Zunahme nosokomialer Infektionen, der Wahrung von Drittschutzinteressen (Patientenschutz) und der Vermeidung von Regressansprüchen an Arbeitgeber auf der Basis des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) eingeführt. Nach ihm darf "... soweit erforderlich.... der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten im Sinne des §3 Absatz 11 des Bundesdatenschutzgesetzes über dessen Impfstatus und Serostatus vom ihm direkt erheben, verarbeiten oder nutzen, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden".

Der Anwendungsbereich ist auf impfpräventable Krankheiten beschränkt (bezieht sich also im Rahmen des hier vorliegenden Forschungsfokus ausschließlich auf den Serostatus von Hepatitis B). Diese Regelung betrifft ausschließlich das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten. Dem Arbeitgeber wurde ein direktes Fragerecht eingeräumt. Nach der Novellierung der ArbMedVV im Jahr 2013 ist aus Sicht der Arbeitgeber eine Regelungslücke zu Eignungsuntersuchungen entstanden, da diese die Vorsorgebescheinigung auch als Eignungsbescheinigung für den Einsatz im Gesundheitsdienst interpretieren könnten [Schwarzkopf et al. 2016]; so könnten beispielsweise neue Arbeitsbereiche mit Impfpflicht definiert werden oder Impfverweigerern pauschal in der Probezeit gekündigt werden. Der neue §23a IfSG soll diese Lücke zumindest teilweise schließen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft forderte deshalb, die Überprüfung des Impfschutzes im Sinne des Patientenschutzes und eine Information des Arbeitgebers gesetzlich zu regeln. Die jetzige Lösung gilt aus der Sicht von Fachleuten als noch unausgereift, da u.a. die Rolle von Betriebsärzten nicht ausreichend definiert ist (die Überprüfung wird nicht als deren Aufgabe nach dem Arbeitssicherheitsgesetz gesehen¹²) und zudem die Offenlegung von individuellen medizinischen Daten als Eingriff in das Persönlichkeitsrecht der Beschäftigten gedeutet wird [Schwarzkopf & Schoeller 2016].

4.5.2 Kündigung und Fürsorgepflicht des Arbeitgebers

Liegen Umstände vor, die auf einer in den persönlichen Verhältnissen oder Eigenschaften des Arbeitnehmers liegenden "Störquelle" beruhen, dieser also zu der vertraglich vorausgesetzten Arbeitsleistung ganz oder teilweise nicht mehr in der Lage ist, kann eine ordentliche Kündigung nach §1 Abs. 2 Kündigungsschutzgesetz sozial gerechtfertigt sein (*personenbedingte* Kündigung). Dies gilt also auch im Falle eines Beschäftigungsverbots und dem Fehlen alternativer Einsatzmöglichkeiten; liegen diese vor, besteht die Möglichkeit einer Änderungskündigung. Auch die Weigerung

¹² <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/Arbeitsmedizin-Epidemiologie/FAQ/FAQ-Untersuchung.html>

- der Teilnahme an der arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge im laufenden Arbeitsverhältnis, wenn die in der ArbMedVV geregelten Voraussetzungen (Pflichtvorsorge nach Anhang 2) vorliegen (hier darf der Arbeitgeber den Beschäftigten nicht einsetzen) oder
- den Betriebsarzt im Fall einer festgestellten Infektion und entsprechender Gefährdung von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden bzw. sich dem Arbeitgeber zu offenbaren,

stellt eine Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten und damit nach entsprechender Abmahnung eine Kündigung aus Gründen, die im Verhalten des Arbeitnehmers liegen, dar (*verhaltensbedingte* Kündigung; arbeitsgerichtliche Entscheidungen finden sich in Steinigen [2012]).

Eine *betriebsbedingte* Kündigung wäre nach Steinigen [2012] allenfalls als "Druckkündigung" denkbar, wenn Dritte unter Androhung von Nachteilen für den Arbeitgeber von diesem die Entlassung bestimmter Arbeitnehmer verlangen (z.B. in dem – eher unrealistischen – Fall, dass der Krankenhausträger einen Patienten über die vom Operator ausgehende Infektionsgefahr aufklärt und dieser die Kündigung verlangt; realistischer ist die Ablehnung der Behandlung durch den infizierten Mitarbeiter). Eine betriebsbedingte Kündigung kommt jedoch nur in Betracht, wenn es keine objektive Rechtfertigung der Drohung gibt. Allerdings hat sich der Arbeitgeber in einem solchen Fall auf Grund seiner arbeitsvertraglichen Fürsorgepflicht schützend vor den betroffenen Arbeitnehmer zu stellen. Diese ergibt sich aus §§ 617-619 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) als Nebenpflicht aus dem Arbeitsverhältnis und bedeutet darüber hinaus, dass der Arbeitgeber prüfen muss, inwieweit ein infizierter Beschäftigter im Rahmen seiner bisherigen Aufgaben weiterhin eingesetzt werden kann, welche Arbeits- und Patientenschutzmaßnahmen erforderlich sind oder ob eine Arbeitsplatzumsetzung (ggf. unter Anwendung des Direktionsrechts) möglich ist.

Liegt eine objektive Rechtfertigung der Drohung vor (z.B. durch einen verhaltens- bzw. personenbedingten Grund), liegt es im Ermessen des Arbeitgebers, ob eine verhaltens- bzw. personenbedingte Kündigung ausgesprochen wird. Dies wird – sofern eine Infektionsgefahr für Patienten besteht – in der Regel der Fall sein, so dass für eine betriebsbedingte Kündigung letztlich kaum Relevanz besteht.

5 Empfehlungen zur Vermeidung der nosokomialen Virus- (HBV, HCV, HIV) Übertragung durch Beschäftigte im Gesundheitsdienst auf Patienten

In diesem Kapitel werden die in Deutschland geltenden offiziellen Empfehlungen zur Vermeidung einer Personal-Patient- Übertragung blutübertragener Infektionserreger den Leitlinien ausgewählter anderer Länder gegenübergestellt. Ziel war Identifizierung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden hinsichtlich der Frage von Tätigkeitseinschränkungen in Abhängigkeit von Viruslastgrenzwerten, der Beratung durch ein Expertengremium und der Häufigkeit serologischer Untersuchungen.

Die hier relevanten Empfehlungen aus Deutschland werden ausführlich dargestellt. Hinsichtlich anderer Länder werden angesichts einer Fülle von Empfehlungspapieren und Redundanzen insbesondere aus den USA und Kanada (hier auf Provinzebene) besonders relevante zugunsten einer vollständigen Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse der Recherchen in Österreich und der Schweiz, Spanien, Italien und Frankreich sowie in den USA, Kanada und Australien werden gleichfalls referiert. Gleiches gilt für länderübergreifende Empfehlungen der WHO und der European Consensus Group.

Lesehinweis: In den gesichteten Empfehlungen werden Viruslastgrenzwerte mit unterschiedlichen Einheiten definiert: Genäquivalente (Gäq) bzw. Viruskopien bzw. Internationale Einheiten (IE). Wir berichten über die in den Texten vorkommenden Einheiten. Der korrekte Konversionsfaktor für Hepatitisviren beträgt $5,26 \text{ Viruskopien} = 1 \text{ Einheit}$.

5.1 Methoden

Neben bereits bekannten vorliegenden Publikationen erfolgte eine systematische Recherche bei PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) am 20.6.2016. Ziel war neben Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften die ergänzende Suche nach Sekundärliteratur, insbesondere von (systematischen) Reviews. Diese sollte unterstützend dazu dienen, ggf. noch nicht bekannte relevante internationale Empfehlungen zu identifizieren.

Die Suchbegriffe wurden mittels Schlagwörtern ("MeSH Terms") im folgenden Algorithmus eingegeben:

1. Infectious disease transmission, professional to patient/legislation and jurisprudence [MeSH Terms]
2. Infectious disease transmission, professional to patient/legislation and jurisprudence [MeSH Terms]) and guideline
3. Infectious disease transmission, professional to patient/prevention and control [MeSH Terms])) AND practice guidelines as topic [MeSH Terms]
4. Infectious disease transmission, professional-to-patient/ethics
5. Practice guidelines, as topic*.

Insgesamt war die ergänzende Recherche nicht ergiebig; entweder waren die Treffer nicht relevant oder die Publikationen wurden bereits an anderer Stelle gefunden/ waren schon bekannt. Neben früheren eigenen Arbeiten, die in die Expertise eingingen [Hasselhorn 1998, Hasselhorn et al. 1998], Hofmann & Hasselhorn 2000], wurden auch (natürlich hinsichtlich ihres Informationsgehalts redundante) Übersichten zu verschiedenen länderspezifischen Empfehlungen gesichtet, z.B. Michelin & Henderson [2010], Turkel & Henderson [2011] sowie Perry et al. [2006] zu Empfehlungen in den USA, Carlson & Perl [2010] für die USA, Kanada und Europa, Luu [2004] für die USA, Kanada und Australien, Bhat et al. [2005] für Kanada und Ross & Roggendorf [2007] für die USA und Großbritannien. Eine neuere Übersicht für die USA, Kanada, Großbritannien, Europa und Australien stammt von Lewis et al. [2015].

5.2 Einleitung

Obwohl bereits Ende der 1960er Jahre erste Fälle einer Übertragung von Hepatitis B- Virus (HBV) von Beschäftigten im Gesundheitsdienst auf Patienten bekannt wurden, hat man sich schwerpunktmäßig erst zwei Jahrzehnte später mit dem Problem befasst und erste Empfehlungen zur Vermeidung solcher Unfälle ausgesprochen.

Ein knappes Jahrzehnt nach Entdeckung des Hepatitis C- Virus (HCV) und des Humanen Immunodefizienzvirus (HIV) wurden auch zur Übertragung diese Erreger erste Leitlinien publiziert. Heute, noch einmal zwei Jahrzehnte später, wird bei der Zusammenschau der publizierten Übertragungsfälle deutlich, dass nach wie vor die Gefahr der HBV- Übertragung am höchsten ist, gefolgt von HCV und – mit weitem Abstand – von HIV. Das Problem der HBV- Übertragung dürfte sich dabei allerdings dank der seit Anfang der 1980er Jahre eingeführten HBV-Schutzimpfung irgendwann von selbst erledigen.

Hinsichtlich der offiziellen Leitlinien im Zusammenhang mit Tätigkeitseinschränkungen und -verboten chronisch infizierter Beschäftigter sind dabei zwei Leitfragen zielführend:

1. Welche Handlungsempfehlungen werden in Deutschland von offiziellen Gremien ausgesprochen?
2. Wie lassen sich diese Empfehlungen im Vergleich zu entsprechenden Verlautbarungen in anderen Ländern einordnen?

Beide Aspekte werden in den nächsten beiden Kapiteln jeweils getrennt für blutübertragene Infektionserreger (HBV, HCV, HIV) und die chronische MRSA- Besiedelung diskutiert. Grundsätzlich geht es in den Empfehlungen darum, Einsatzbereiche für chronisch infizierte bzw. besiedelte Beschäftigte zu definieren, und zwar in Abhängigkeit von der Konzentration/Viruslast der betreffenden Erreger und Maßnahmen des technischen und organisatorischen Infektionsschutzes.

Auf Bundeesebene liegen in Deutschland nach wie vor keine Verlautbarungen vor, d.h. weder das Infektionsschutzgesetz noch entsprechende Verordnungen oder Empfehlungen des Bundes befassen sich mit dieser Materie. Lediglich in zwei Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen), in denen Fälle nosokomialer HBV- Infektionen öffentlich gemacht wurden, wurden Empfehlungen ausgesprochen, die allerdings seit vielen Jahren nicht mehr aktualisiert wurden [MIWF NRW 2001, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2002].

Desweiteren liegen Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) vor. Die DVV wurde 1954 als eingetragener Verein mit dem Ziel gegründet, die damals grassierende Kinderlähmung (Poliomyelitis) zu bekämpfen, weil diese noch nicht mit Hilfe einer Schutzimpfung kontrolliert werden konnte. Die (halbstaatliche) DVV wird von den Gesundheitsministerien der Bundesländer und vom Bundesministerium für Gesundheit getragen und ist in mehrere Kommissionen und Fachausschüsse gegliedert (u.a. die Nationale Kommission für die Polioeradikation). Diese Gremien erarbeiten Diagnose- und Therapieempfehlungen und sorgen mit Hilfe von Merkblättern für die Aufklärung der interes-

sierten Fachöffentlichkeit, während von Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), deren Empfehlungen sich an die Allgemeinheit richten, keine Informationen zum Thema vorliegen. Auch von Seiten der dem Arbeits-, nicht aber dem Patientenschutz verpflichteten Gesetzlichen Unfallversicherungen gibt es bislang keine Verlautbarungen.

5.3 Empfehlungen in Deutschland

5.3.1 HBV/HCV: Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV)

In Deutschland existieren zum Einsatz chronisch HBV- bzw. HCV- infizierter Beschäftigter und Arbeitsplatzbewerber im Gesundheitsdienst seit 1999 bzw. 2001 fachliche Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten [RKI 1999, RKI 2001], die einige Jahre später noch einmal für beide (Hepatitis B und Hepatitis C) Virushepatitiden zusammengefasst wurden [DVV 2007]. Die Empfehlungen gelten bis heute als Grundsätze, an der sich z.B. auch die Autoren der ärztlichen AMWF S3- Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der HCV- Infektion "orientiert haben. [Sarrazin et al. 2010]. Eine Verankerung im Infektionsschutzgesetz ist bislang aber nicht erfolgt. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der Infektionsschutz in Deutschland Ländersache ist.

Die virologische Diagnostik ist danach in Labors durchzuführen, die ihre Qualifikation durch regelmäßige, erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen bzw. Akkreditierung nachweisen. Sowohl die HBV-DNA als auch die HCV- RNA ist mit einer empfindlichen Nukleinsäureamplifikationstechnik (NAT) zu untersuchen, wobei die Nachweisgrenze des Tests jeweils bei rund 20 IE/ml liegt. Wird bei einer Eingangs- oder Nachfolgeuntersuchung HBsAg, HBV-DNA oder Anti-HCV nachgewiesen, ist dieser Befund durch eine Wiederholung zu bestätigen.

Die DVV- Empfehlungen werden derzeit überarbeitet, wobei unklar ist, wann die Neufassung vorliegen wird. Einer der Kernpunkte der Empfehlungen ist die Einberufung eines interdisziplinären Expertengremiums, dem beispielsweise folgende Personen angehören sollten:

- der Krankenhaushygieniker,
- der Betriebsarzt,
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- ein Infektiologe, medizinischer Mikrobiologe oder klinischer Virologe,
- der behandelnde Arzt des betroffenen Mitarbeiters und
- der Amtsarzt sowie
- ein Vertreter des Arbeitgebers/der ärztlichen oder ggf. der Pflegedienstleitung (je nach Zuständigkeit)

Im weiteren Verlauf werden die angemessene Beratung des Betroffenen einschließlich einer etwaigen Therapieeinleitung und die Viruslastkontrolle bei medizinischem Personal mit übertragungsträchtigen Tätigkeiten im dreimonatigen Intervall empfohlen. Dabei sind engmaschige Kontrollen bis zwölf Monate nach Absetzen der antiviralen Therapie angeraten (bei unter 10^5 GÄq/ml). Bei stabilem serologischem Befund steht einer Tätigkeitsaufnahme unter Auflagen nichts mehr im Wege, bei Werten unter 1000 GÄq/ml auch ohne weitere Auflagen (außer der fortlaufenden Kontrolle der Virämie). Die Verantwortung für die konsequente Umsetzung obliegt dem Arbeitgeber und dem Beschäftigten.

Bereits 1999 wurden besondere Vorsichtsmaßnahmen bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertra-

gungsgefahr definiert, namentlich:

- Operationen in beengtem Operationsfeld,
- Operieren mit unterbrochener Sichtkontrolle,
- Operationen mit langer Dauer,
- Operationen, 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 [RKI 1999].

Auflagen können je nach Tätigkeit das Tragen doppelter Handschuhe, das Arbeiten mit "sicheren" Instrumenten und besondere hygienische Maßnahmen sein.

5.3.2 HIV: Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV)

Wie auch zur HBV- und HCV- Infektion hat die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) zusammen mit der Gesellschaft für Virologie (GfV) im Jahr 2012 Empfehlungen zur Prävention der nosokomialen Übertragung von HIV durch Beschäftigte herausgegeben [DVV 2012, Rabenau et al. 2012].

Für HIV- Infizierte werden bei einer dauerhaften Viruslast von ≤ 50 Viruskopien/ml und bestimmten Auflagen (Adhärenz bei der antiretroviralen Therapie, Tragen doppelter Handschuhe bei invasiven und operativen Tätigkeiten, regelmäßige fachärztliche und arbeitsmedizinische Betreuung und Kontrolle der HI-Viruslast, ggf. Beratung durch eine Expertenkommission) gegenwärtig keine Einschränkungen gesehen [Rabenau et al. 2012]. Der Sicherheitspielraum der HI-Viruslast wurde dabei größer als bei den die US- amerikanischen SHEA-Empfehlungen [Henderson et al. 2010] gewählt, so dass auch vorübergehende Überschreitungen der HIV-Viruslast (bis 500 Viruskopien/ml) angesichts von nur schwer vermeidbaren Messungenauigkeiten toleriert werden können.

Tätigkeitseinschränkungen werden in Anlehnung an die Empfehlungen zu HBV und HCV sowie an SHEA gegeben (siehe oben).

Besondere Erwähnung fand der Arbeitsschutz bei betroffenem medizinischem Personal in den Empfehlungen, also die konsequente Einhaltung von Impfempfehlungen (z. B. Hepatitis A und B, MMR, VZV, Pertussis, Influenza) und die Vermeidung der Betreuung von Tbc-Erkrankten bei signifikant reduzierter CD4-Zellzahl beim betroffenen Beschäftigten.

5.3.3 HBV/HCV/HIV: Einzelne Bundesländer Deutschlands

Mit dem Ziel, Dritte vor der Infektionsgefährdung zu schützen, wurde in den beiden Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen ein gestuftes System von Regelungen zum Tätigkeitsspektrum durch seropositive, chronisch infizierte Beschäftigte etabliert [MIWF NRW 2001, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2002]. Ansonsten entsprechen die Empfehlungen weitgehend denjenigen, die die DVV 1999 bzw. 2001 ausgesprochen hat. Die NRW-Empfehlungen enthalten desweiteren eine Anmerkung zur HIV-Problematik, in der es heißt, dass man als Mitarbeiter im Gesundheitsdienst seinen HIV-Status kennen sollte. Gemäß den niedersächsischen Empfehlungen dürfen gefahrgeneigte Tätigkeiten nur von Beschäftigten durchgeführt werden, wenn deren Viruslast bei maximal 100.000 Viruskopien pro ml liegt.

5.4 HBV/HCV/HIV: Empfehlungen in Österreich

In Österreich existieren derzeit keine Empfehlungen, die den von der DVV ausgesprochenen HBV/HCV- Leitlinien entsprechen. Hinsichtlich der HIV- Problematik existiert ein 2008 aktualisiertes deutsch- österreichisches Konsenspapier ("Deutsch-Österreichische Empfehlungen" [DAIG/ÖAG 2008]).

5.5 HBV/HCV/HIV: Empfehlungen in der Schweiz

Bei den schweizerischen Empfehlungen [BAG 2013] wird unterschieden zwischen Gesundheitspersonal zu Beginn der Ausbildung und bereits berufstätigen. Die Hepatitis B- Impfung einschließlich serologischer Kontrolle der Immunität wird vor Aufnahme einer Ausbildung empfohlen. Desweiteren soll medizinischem Personal, das eine Ausbildung mit einer Exposition gegenüber "gefährdenden Tätigkeiten" (*exposure prone procedures*, EPP) erwägt, nahegelegt werden, den eigenen HBV-, HCV- und HIV-Serostatus abzuklären. Dazu heißt es: *"Die Kenntnis einer bestehenden Infektion ermöglicht eine spezialisierte Betreuung, eine allfällige medizinische Behandlung und erlaubt den Betroffenen, gegebenenfalls ihre berufliche Laufbahn frühzeitig entsprechend auszurichten"*.

Was die Empfehlungen für das bereits berufstätige Gesundheitspersonal angeht, so wird folgendes empfohlen: *"HBV-Screening: Bei Vorliegen keiner oder nur geringer Immunreaktion auf den Hepatitis-B- Impfstoff (anti HBs <100 IE/l) sowie HBV-, HCV- oder HIV-Screening: Bei Durchführung von Tätigkeiten mit hohem Verletzungs- und Blutkontaktrisiko (EPP) bei einem Zwischenfall mit Blutkontakt oder bei anamnestischen Hinweisen auf Risikofaktoren"*.

Zum weiteren Vorgehen heißt es: *"Eine Medizinalperson, welche HBV-, HCV- oder HIV-infiziert ist, sollte dem Betriebsarzt oder dem Kantonsarzt über ihren Infektionsstatus Meldung erstatten, außer sie führt keine invasiven Prozeduren durch. So können gegebenenfalls mit Einbezug einer interdisziplinären "beratenden Expertengruppe" die Tätigkeiten der betreffenden Person evaluiert und sie selbst hinsichtlich EPP beraten werden"*.

Es wird empfohlen, dass sich diese "beratende Expertengruppe" aus einem Facharzt für Infektionskrankheiten mit entsprechenden Spezialkenntnissen, einem Krankenhaushygieniker, dem Betriebsarzt, einem Juristen und einer in medizinischer Ethik spezialisierten Fachperson zusammensetzt.

Etwas schwammig ist die Schlussfolgerung: *"Ein Arbeitsverbot auf Grund dieser viralen blutübertragbaren Krankheiten ist im Allgemeinen weder verhältnismäßig noch epidemiologisch gerechtfertigt"*.

Allerdings wird zur HBV-Infektiosität einschränkend ausgeführt, dass

- bei einer Viruslast von 10.000 Viruskopien pro ml von invasiven Tätigkeiten abgeraten wird,
- beim Nachweis von HBV-DNA unterhalb dieser Schwelle eine Evaluation der Tätigkeiten erfolgen sollte, dass die Schutzmaßnahmen zu verstärken seien und jährliche Kontrollen des HBV-DNA-Status durchzuführen seien und dass
- beim Nachweis von HBV-RNA unterhalb dieser Schwelle nach Behandlung zwei Jahre lang quartalsweise Kontrollen des HBV-DNA-Status durchzuführen seien.

Damit unterscheiden sich die Schweizerischen Empfehlungen vom DVV-Papier durch den Einbezug eines Juristen und der Definition von Grenzwerten.

Die Information eines Patienten, der von einem chronisch infizierten Mitarbeiter behandelt wird, wird routinemässig nicht empfohlen, jedoch immer dann, wenn es zu einer Verletzung mit anschließender Postexpositionsprophylaxe gekommen ist (siehe **Tab. 4**).

Tab. 4: Auszug aus den Schweizer Empfehlungen zur Prävention blutübertragbarer Krankheiten auf Patienten [BAG 2013]

Übersichtstabelle Zusammenfassung der wichtigsten für HBV, HCV und HIV spezifischen empfohlenen Massnahmen			
Massnahmen	HBV	HCV	HIV
Hepatitis-B-Impfung und Kontrolle der Immunreaktion:	Alle Medizinalpersonen, unabhängig von der Ausübung von Tätigkeiten mit hohem Risiko einer EBF. Nachgewiesene HBV-Immunität und keine aktive Infektion: für die Durchführung von EPP empfohlen.	N/A	N/A
Serologie bei bereits berufstätigem Personal empfohlen:	Falls ungenügende Immunantwort auf die HBV-Impfung.	Falls Durchführung von EPP.	Falls Durchführung von EPP.
Serologie bei der Einstellung des Personals empfohlen:	Falls ungenügende Immunantwort auf die HBV-Impfung.	Falls Durchführung von EPP.	Falls Durchführung von EPP.
Serologie beim Personal vor/während der Fachausbildung empfohlen:	Vor einer Ausbildung, während der EPP durchgeführt werden.	Vor einer Ausbildung, während der EPP durchgeführt werden.	Vor einer Ausbildung, während der EPP durchgeführt werden.
Information des Personalarztes oder Kantonsarztes über die Infektion:	Ja, ausser wenn keine invasiven Tätigkeiten ausgeübt werden.	Ja, ausser wenn keine invasiven Tätigkeiten ausgeübt werden.	Ja, ausser wenn keine invasiven Tätigkeiten ausgeübt werden.
Überprüfung der Praktiken durch eine beratende Expertengruppe:	Individuelle Entscheidung.	Individuelle Entscheidung.	Individuelle Entscheidung.
Einschränkung von EPP empfohlen:	Falls HBV-DNA $\geq 10^4$ Kopien/ml.	Falls Verdacht auf Übertragung oder regelwidrige Praktiken.	Falls Verdacht auf Übertragung oder regelwidrige Praktiken.
Wiederaufnahme von EPP nach einer Behandlung:	Ja, falls HBV-DNA $< 10^4$ Kopien/ml.	Grundsätzlich ja, Beurteilung im Einzelfall.	Grundsätzlich ja, Beurteilung im Einzelfall.
Serologische und/oder virologische Kontrolluntersuchungen:	Falls HBV-DNA $< 10^4$ Kopien/ml nachweisbar: jährlich. Nach einer Behandlung: 4-mal jährlich während zwei Jahren, danach jährlich.	Nach einer Behandlung je nach Einzelfall.	Nein.
Information des Patienten vor einem Eingriff:	Nein.	Nein.	Nein.
Information der Patienten nach EBF (Postexpositionsprophylaxe und/oder Nachkontrolle):	Ja, falls Exposition gegenüber dem Blut der Medizinalperson, welche positiv auf den Erreger getestet wurde.	Ja, falls Exposition gegenüber dem Blut der Medizinalperson, welche positiv auf den Erreger getestet wurde.	Ja, falls Exposition gegenüber dem Blut der Medizinalperson, welche positiv auf den Erreger getestet wurde.
Information der früher behandelten Patienten («Look-Back»):	Entscheidung im Einzelfall durch «beratende Expertengruppe».	Entscheidung im Einzelfall durch «beratende Expertengruppe».	Entscheidung im Einzelfall durch «beratende Expertengruppe».

5.6 HBV/HCV: Empfehlungen in Spanien

Die in der Landessprache vorliegenden spanischen Verlautbarungen der Empfehlungskommission für die 50 spanischen Provinzen werden etwas ausführlicher besprochen, da sie auch für die Vorgehensweise in Lateinamerika von Bedeutung sind [Ministerio de Sanidad 1998]. Sie entsprechen weitgehend den deutschen und den schweizerischen, es gibt aber auch einige wesentliche Unterschiede hinsichtlich der Frage des routinemäßigen Screenings von Beschäftigten und der Beschäftigung von HIV- infizierten Beschäftigten. Das Dokument enthält neben der Einleitung die Einschätzung des Übertragungsrisikos von HIV, HBV und HCV durch Beschäftigte auf Patienten, allgemeine Prinzipien der Infektionskontrolle, die Bewertung und Überwachung des Beschäftigten in Bezug auf HI- und andere durch Blut übertragbare Viren.

Die beratende Funktion einer "Bewertungskommission" (Expertengremium) wird unverbindlich den einzelnen Provinzen überlassen.

Folgende Empfehlungen können zusammengefasst werden:

Zu HBV: Träger des Oberflächenantigens HBsAg und des Antigens E sollten keine invasiven Eingriffe vornehmen, "bis die Infektionsindikatoren verschwinden". Weist der Beschäftigte HBsAg, aber nicht HBeAg auf, sollte eine individuelle Entscheidung getroffen werden und ihm empfohlen werden, die allgemeingültigen Vorsichtsmaßnahmen zu beachten und bei invasiven Eingriffen zwei Paar Handschuhe zu tragen. Dazu wird eine "Bewertungskommission" empfohlen (*Comisión de evaluación*) entweder innerbetrieblich oder auf der Ebene von Provinzen oder *Comunidades Autónomas*.

Zu HCV: Hier wurde entschieden, keine allgemeinen Empfehlungen auszusprechen, da in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht genügend Informationen zu Übertragungsrisiken vorliegen (seitdem erfolgte kein Update der Empfehlungen mehr). Auch hier werden individuelle Entscheidungen je nach Tätigkeitsfeld des Beschäftigten empfohlen. Allerdings wird von einem generellen HCV- Screening aller Beschäftigten im Gesundheitsdienst abgeraten, so dass in Einzelfällen der Infektionsstatus eines Beschäftigten übersehen werden kann. Dazu heißt es nach Übersetzung der Verfasser: *"Es ist in keiner Weise gerechtfertigt, unter Verweis auf den Patientenschutz wahllos oder ohne klinische Motive Mitarbeiter einer gesundheitsdienstlichen Einrichtung serologisch auf HIV oder HCV zu überprüfen"*. (Kommentar der Verfasser: Nur so konnte es vermutlich zu dem katastrophalen Ausbruch in Valencia kommen, bei dem 275 Patienten mit HCV infiziert wurden; siehe Garfein et al. [2000] und Bosch [2000], Nr. 58 und 59 in **Kapitel 3.2**).

Zu HBV: Zum Problem HBV- infizierter Beschäftigter und der Einteilung nach Viruslast und Tätigkeitseinschränkungen bei bekannter HCV- Infektion wurde deutlich stringenter formuliert: *"Die Tests auf HBV sollen bei den arbeitsmedizinischen Untersuchungen des Krankenhauspersonals im Rahmen der Präventionsmaßnahmen gegen HBV- Infektionen (d.h. vor allem im Rahmen von Impfungen) vorgenommen werden"*.

Medizinisches Personal, das mit einem durch Blut übertragenen Virus infiziert ist, wird in drei Gruppen aufgeteilt:

- Beschäftigte, die keine invasiven Eingriffe vornehmen und die bei ihrer Arbeit die allgemeinen Vorsichtsmaßnahmen berücksichtigen, können ihrer Tätigkeit wie gewohnt nachgehen und sollten medizinisch angemessen kontrolliert werden.
- Beschäftigte, die invasive Eingriffe vornehmen, die jedoch nicht zu einer "zufälligen Exposition" (d.h. unabhängig von der Art des Eingriffs) führen und die bei ihrer Arbeit die allgemeinen Vorsichtsmaßnahmen berücksichtigen, können die erste Gruppe behandelt werden. Der behandelnde Arzt kann mit der jeweiligen Bewertungskommission die seiner Ansicht nach notwendigen Rücksprachen halten, muss jedoch immer den persönlichen Schutz vor Deanonymisierung des mit HIV infizierten Beschäftigten gewährleisten.
- Beschäftigte, die invasive Eingriffe vornehmen, die mit dem Risiko einer zufälligen Exposition behaftet sind.

(Kommentar der Verfasser: Der Begriff "invasiver Eingriff" wurde nicht abschließend definiert; daraus folgt, dass in jeder der spanischen Provinzen Tätigkeitseinschränkungen auf unterschiedliche Weise interpretiert werden können).

Zu HIV: Da die Übertragungswahrscheinlichkeit sehr gering sei, gäbe es keine ausreichende Rechtfertigung, allgemeinverbindliche Maßnahmen für infiziertes Krankenhauspersonal aufzustellen. Die Empfehlungskommission sprach sich daher für "*individuelle Entscheidungen*" aus. Dabei sollten die jeweilige Tätigkeit des Beschäftigten, seine "*körperliche und psychische Verfassung sowie seine persönliche Einstellung*" berücksichtigt werden. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die Schwierigkeit, allgemein gültige Regelungen zu finden. (Kommentar der Verfasser: Was sich auch in widersprüchlichen Empfehlungen niederschlägt – hier als Beispiel: Während die *Society for Healthcare Epidemiology of America* eine HIV-Infektion Ende der 1990er Jahre nicht als hinreichend ansah [AIDS/TB Committee 1997], um Gesundheitspersonal von invasiven Eingriffen auszuschließen, empfahl das spanische *Colegio Oficial de Médicos de Barcelona* zur selben Zeit das entsprechende Fernhalten. Festgehalten von der Empfehlungskommission wurde an dieser Stelle, dass alle HIV- infizierten Beschäftigten, die invasive Eingriffe vornehmen, ihren Betriebsarzt informieren sollten. Dieser sollte die Information an die Bewertungskommission weitergeben.

5.7 HBV/HCV/HIV: Empfehlungen in Frankreich

5.7.1 HBV/HCV/HIV: Conseil de l'Ordre des médecins en France

Die französischen Empfehlungen zur Beschäftigung HBV/HCV/HIV- infizierter Beschäftigter sind im Gegensatz zu denen in Deutschland oder in der Schweiz ausschließlich auf die Verantwortung des Betriebsarztes abgestellt. Dazu heißt es zusammenfassend in den Empfehlungen des *Conseil de l'Ordre des médecins en France* [2004]:

- Nach der Präambel obliegt es dem Betriebsarzt, die Arbeitsfähigkeit eines HBV-, HCV- oder HIV- infizierten Beschäftigten im Sinne der Prävention von möglichen Infektionen zu beurteilen.
- Ärzte (nicht ausdrücklich: Betriebsärzte) haben die Aufgabe, regelmäßig den serologischen Status der Beschäftigten hinsichtlich einer HCV- Infektion zu überprüfen.
- Der Betriebsarzt hat die Aufgabe, Präventionsmaßnahmen für Beschäftigte zu ergreifen, um das Risiko für Infektionen in Situationen zu unterbinden, die potenziell zu einer Ansteckung führen können.
- Sollte sich ein Arzt infizieren, so wird erwartet, dass dieser diese Information unaufgefordert an den leitenden Arzt weitergibt und sich mit der Hygieneabteilung in Verbindung setzt, damit Maßnahmen zur Vermeidung möglicher Ansteckungen Dritter ergriffen werden können.
- Im Fall einer Verweigerung des Betroffenen gegenüber diesen Maßnahmen muss ein Expertenteam die Infektiosität bewerten und geeignete Maßnahmen ergreifen (ohne weitere Konkretisierung).
- Wenn der Betriebsarzt Informationen von Mitarbeitern über eine Hepatitis-C Infektion erhält, ist er zur Diskretion verpflichtet.

5.7.2 HBV/HCV: Haut Conseil de la Santé publique

In den Empfehlungen des *Haut Conseil de la Santé publique* [2011] wird das Vorgehen in Bezug auf die Grenzwerte für den risikolosen Einsatz von HBV- und HCV- infizierten Beschäftigten beschrieben:

- Ist die Viruslast selbst mit hochgenauen Methoden nicht nachweisbar, besteht kein Anlass, die Tätigkeit des Beschäftigten in irgendeiner Weise einzuschränken.
- Liegt die Viruslast nach einer früheren HBV- Infektion höher als 10^4 IE/ml, werden Maßnahmen zur Verringerung der Viruslast empfohlen. Der Grenzwert bei HCV beträgt maximal 200 Kopien pro ml, damit der Beschäftigte seine Tätigkeit voll umfänglich ausführen kann.
- Zusätzlich werden weitere Maßnahmen zur Vermeidung der Ansteckung von Patienten empfohlen: Das Tragen von zwei oder drei Schutzhandschuhen, das Anlegen spezieller

Handschuhe mit einem antiseptischen Schutzfilm oder ein häufigerer Wechsel der Schutzhandschuhe.

- Informationen an die Patienten über mögliche HBV- Infektionen bei Beschäftigten dürfen weder von den Betroffenen noch von der Einrichtung weitergegeben werden.
- Nur bei einer (HBV-) Transmission an Dritte darf diese Information zur Begründung einer Postexpositionsprophylaxe weitergegeben werden.

Ein weiterer Kernpunkt der Empfehlungen ist auch hier die Gründung einer beratenden wissenschaftlichen Kommission auf *nationaler* Ebene, die allfällige Anfragen bearbeiten soll. (Kommentar der Verfasser: Bis zum heutigen Tag ist dieses Gremium jedoch nicht zusammengetreten, so dass das Verfahren bedauerlicherweise als "Muster ohne Wert" gelten muss).

5.8 Empfehlungen im Vereinigten Königreich (Großbritannien und Nordirland)

Im Vereinigten Königreich wird seit dem Jahr 2000 nicht mehr ausschließlich der HBe- Antigenstatus bestimmt, wenn es um die Zulassung Hepatitis B- infizierter Beschäftigter im Gesundheitsdienst zu sog. gefahrgeneigten Tätigkeiten oder solchen in nephrologischen Einheiten geht, sondern es wird die HBV-DNA- Viruslast gemessen [UK-Department of Health 1993 & 2000]¹³. Wenn diese einen Wert von 1000 Viruskopien/ ml überschreitet, dürfen keine gefahrgeneigten Tätigkeiten am Patienten mehr durchgeführt werden. Bei Unterschreitung der genannten Viruslast muss diese alle 12 Monate gemessen werden, um festzustellen, ob gefahrgeneigte Tätigkeiten weiterhin durchgeführt werden dürfen.

In den neuen, jüngst veröffentlichten Richtlinien hat sich substantiell nichts geändert – außer dass die Viruslastgrenzen nicht mehr in Viruskopien/ ml ausgedrückt werden, sondern in Internationalen Einheiten/ml [Public Health England 2017]. Dies bedeutet, dass der Grenzwert nicht mehr mit 1000 Viruskopien/ml, sondern bei 200 Internationalen Einheiten/ ml definiert wird (dies gilt auch für antiviral behandelte Beschäftigte).

Im Fall einer HCV- Infektion wird die Durchführung von gefahrgeneigten Tätigkeiten verboten, falls der RNA-Test verweigert wird oder positiv ausfällt. Dabei werden nur Tests zugelassen, die eine minimale Sensitivität von 50 IE/ml aufweisen. Personen mit bekannter (früherer behandelter) Infektion wird die Erlaubnis erteilt, wenn sie zwar anti HCV-positiv, aber mindestens 12 Monate lang HCV-RNA negativ sind.

Beschäftigte mit gefahrgeneigten Tätigkeiten sollten HIV- negativ sein oder – im Fall der nachgewiesenen HIV- Infektion – eine Viruslast unterhalb von 200 Viruskopien/ ml aufweisen [UK-Department of Health 1994 & 2002]. Ein HIV- Test zur die Bestimmung der Viruslast sollte dabei alle 12 Wochen durchgeführt werden. Sollte allerdings die Viruslast auf einen Wert oberhalb von 1000 Viruskopien/ ml ansteigen, dürfen die entsprechenden gefahrgeneigten Tätigkeiten nicht mehr vorgenommen werden. Die Überprüfung von Viruslast und Tätigkeitsspektrum obliegt dabei dem Betriebsarzt und dem behandelnden Arzt mit "Input durch geeignete lokale Experten" (ohne weitere Ausführungen, wer diese Experten sein sollen; darüber hinaus: da es im Vereinigten Königreich keine gesetzliche Regelung für die Bestellung von Betriebsärzten gibt, kann auch ein anderer Arzt mit dem arbeitsmedizinischen Management beauftragt werden).

Damit unterscheiden sich die britischen Regelungen an einigen Stellen deutlich von den Empfehlungen in Deutschland oder der Schweiz, vor allem hinsichtlich der HIV-Problematik.

¹³ Portal für die einschlägigen Empfehlungen: <http://www.hse.gov.uk/biosafety/blood-borne-viruses/health-care.htm>

5.9 Empfehlungen in Italien

In den italienischen Empfehlungen werden zunächst Überlegungen zur Übertragbarkeit von HBV, HCV und HIV anhand bekannt gewordener Transmissionsfälle angestellt [Istituto Superiore di Sanità 2000]. In sehr allgemeiner Art und Weise wird sodann für individuelle Tätigkeitseinschränkungen für Beschäftigte mit einer HBV- oder einer HCV-Infektion plädiert, die vor allem darauf abzielt, eine geeignete Behandlungsmethode zu etablieren. Es wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass die Patienten nach einem operativen Eingriff mit möglicher HBV- Infektionskonstellation beim Operateur entsprechend informiert und ggf. aktiv-passiv geimpft werden sollten.

Grenzwerte für die Beschäftigung infektiösen medizinischen Personals werden in den italienischen Empfehlungen nicht definiert. Gleiches gilt für die Zusammensetzung eines Expertengremiums zur Lösung problematischer Fälle.

5.10 Empfehlungen länderübergreifender Institutionen

5.10.1 HBV: European Consensus Group

Auf europäischer Ebene wurden 2003 Empfehlungen zur Beschäftigung von infektiösen Beschäftigten entworfen [Gunson et al. 2003]. Dazu wurden Vertreter von 16 europäischen Ländern nach den nationalen Regelungen befragt. Allerdings stellt sich deshalb die Frage der Zuständigkeiten und der gesetzlichen Grundlage für die Umsetzung; denn was unter "Europa" zu verstehen ist, ist bislang nicht geklärt (EU- Länder oder Länder, die im Europarat vertreten sind?)

Interessant ist die Tatsache, dass hier das HBe Antigen als Marker für eine hohe HBV- Infektiosität genannt wird, obwohl international allgemein nur noch die Viruslast bei der Infektiositätsbeurteilung eine Rolle spielt. Allerdings wird auch die Viruslast angeführt, bei der ein Wert von 10^4 Viruskopien/mL noch als unbedenklich angesehen wird, was die Durchführung gefahrgeneigter Tätigkeiten angeht (im Gegensatz zu den britischen Verlautbarungen (**Kapitel 5.8**), bei denen die Grenze eine Zehnerpotenz niedriger liegt oder den US-Empfehlungen mit 5000 Viruskopien/ml).

Ein Expertengremium zur Lösung problematischer Fälle wurde nicht erwähnt.

5.10.2 HBV: World Health Organization (WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat zwar Empfehlungen zur Prävention und zur Behandlung von Personen mit chronischer Hepatitis B- Virusinfektion herausgegeben, dabei jedoch ausschließlich an Personen gedacht, die entweder mit dem Risiko behaftet sind, eine HBV-Infektion zu erwerben (Säuglinge bzw. Neugeborene, HBV-infektiöse Mütter, i.v. Drogenabhängige, Alkoholranke, Prostituierte etc.), oder aber im Gesundheitsdienst tätig sind und deshalb gefährdet sind. Das Problem, um das es hier geht, d.h. die Infektionsübertragung von Gesundheitspersonal auf Patienten, wird dabei nicht thematisiert.

Darüber hinaus wird auf die Übertragungsmöglichkeiten von HBV bei gefahrgeneigten Tätigkeiten hingewiesen. Als Berufsgruppen, die solche Eingriffe vornehmen, werden Chirurgen, Gynäkologen, Pflegepersonal, Gefäßchirurgen und Zahnärzte genannt, die im Falle einer Infektion so effektiv behandelt werden sollten, dass ihre Viruslast unter 2000 IE/ml liegt, bevor sie wieder entsprechende Eingriffe vornehmen dürfen. Wer darüber zu entscheiden hat, wird in den Empfehlungen der WHO nicht erwähnt.

5.11 Empfehlungen in den USA

In den USA existiert eine Vielzahl von Empfehlungen diverser Fachgesellschaften, z.B. der *Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)* oder des *American College of Surgeons (ACS)* oder des *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* [Henderson et al. 2010, ACS 1995, HICPAC 2007]. Da der Infektionsschutz – ähnlich wie in Deutschland – eine Angelegenheit der Bundesstaaten ist, kann man nicht von generell gültigen Empfehlungen zum Einsatz von chronisch infizierten Beschäftigten sprechen. Auch stellt sich die Frage nach Zuständigkeitsbereichen für Tätigkeitsbeschränkungen, zumal beispielsweise vor der HBV-Impfung nicht generell gescreent wird und Infizierte und damit auch potenzielle Infektionsüberträger auf diesem Weg nicht identifizierbar sind.

In der Praxis dürften sich gleichwohl die meisten gesundheitsdienstlichen Einrichtungen an den jeweiligen Verlautbarungen der *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* orientieren. Deshalb sollen diese hier kurz referiert werden. Das erste Mal hatten die CDC zum Problem HBV-infizierter Beschäftigter im Jahre 1992 Stellung genommen. 20 Jahre später wurden die Empfehlungen überarbeitet. Sie gelten für chirurgisches, geburtshilfliches und zahnmedizinisches Personal [CDC 1992, CDC 2012, Smith et al. 2012].

Dabei wird eine Viruslast von weniger als 1000 IU/ml (d.h. ca. 5000 Viruskopien/ml) als Grenzwert für Tätigkeitsbeschränkungen definiert. Der HBeAg-Status soll in Zukunft in diesem Zusammenhang keine Rolle mehr spielen. Desweiteren wird darauf eingegangen, dass die Patienten, die von infektiösen Mitarbeitern behandelt werden, nicht über deren Infektionsstatus informiert werden sollten. In Zweifelsfällen zum beruflichen Einsatz chronisch Infizierter wird die Zusammenkunft eines Expertengremiums empfohlen.

Die Art der als gefahrgeneigt geltenden Eingriffe wird in zwei Kategorien klassifiziert:

- **Kategorie 1** (risikoreiche Eingriffe): Hier werden zwei Sachverhalte genannt, und zwar die digitale Palpation einer Nadelspitze in einem Hohlraum und die gleichzeitige Anwesenheit eines Fingers und einer Nadel oder eines anderen scharfen Instruments oder Objekts in einem schlecht einsehbaren Teil des menschlichen Körpers.
- **Kategorie 2** (Eingriffe mit geringem oder nicht erkennbarem Risiko für eine Viruskontamination): Dazu zählen alle übrigen chirurgischen, geburtshilflichen oder zahnmedizinischen Eingriffe.

Zur empfohlenen Expertengruppe, die über die Einsatzfähigkeit HBV-infizierter Beschäftigter berät, sollten ein Arbeitsmediziner, ein Infektiologe, ein Epidemiologe und ein Ethiker gehören.

Zur Frage der Kontrolle von HCV- und HIV-Infektionen bei Angehörigen von Gesundheitsberufen und eventueller Restriktionen in Abhängigkeit von der Viruslast und der Tätigkeit gibt es in den USA keine detaillierten Empfehlungen. Es finden sich lediglich allgemeine Anmerkungen zum Stellenwert der Prophylaxe im medizinischen und im zahnmedizinischen Bereich.

5.12 Empfehlungen in Kanada

In Kanada variieren die Empfehlungen zur Beschäftigung von HBV/HCV/HIV-infektiösen Mitarbeitern von Provinz zu Provinz [Bhat et al. 2005]¹⁴. In einigen wird zur Definition des Infektionsstatus nur der positive/negative HBeAg-Status herangezogen, während in anderen HBV-DNA oder eine Kombination aus beiden die Grundlage bilden. Ursprünglich hatte man 1998 HBeAg negativen, HBsAg positiven Mitarbeitern die Durchführung gefahrgeneigter Tätigkeiten erlaubt, während HBeAg positive Mitarbeiter von der Durchführung solcher Tätigkeiten ausgeschlossen wurden.

Dazu muss kritisch angemerkt werden, dass HBV- infizierte Beschäftigte aus beispielsweise Südasien häufig trotz hoher Infektiosität HBeAg negativ sein können. Derzeit dürfen in Saskatchewan und in Britisch-Kolumbien HBeAg positive Mitarbeiter keine gefahrgeneigten Tätigkeiten durchführen, wenn die Viruslast höher als 1000 IU/ml (d.h. 5.260 Viruskopien/ml) ist.

Überhaupt keine chirurgischen Tätigkeiten dürfen solche Beschäftigte ausüben, bei denen mehr als 100.000 IU/ml gemessen werden. Noch restriktiver wird in Quebec vorgegangen, wo zunächst fünfmal in jeweils dreimonatigen Abständen HBV- DNA- Werte < 200 IU/ml vorliegen müssen, bevor die Erlaubnis ausgesprochen wird, gefahrgeneigte Tätigkeiten durchzuführen. Damit trägt man der bisweilen vorliegenden Fluktuation der HBV- Viruslast Rechnung, die zumindest in einigen Fällen beobachtet wird. In Ontario, Manitoba, Alberta und Yukon wird ohne festgelegte Grenzwerte von Fall zu Fall entschieden.

Darüber hinaus existieren auch Empfehlungen der zahnmedizinischen Fachgesellschaft *Association of Canadian Faculties of Dentistry für* HBV-, HCV-, und HIV- infiziertes Gesundheitspersonal. Sie setzt jedoch ausschließlich auf individuelle Lösungen hinsichtlich möglicher Tätigkeitseinschränkungen [ACFD 2014].

Generell wird zwar in den kanadischen Empfehlungen ein Expertengremium erwähnt, das Tätigkeitsbeschränkungen aussprechen soll, es wird aber nicht auf seine Zusammensetzung eingegangen.

¹⁴ z.B.:

Health Canada, Division of Nosocomial and Occupational Infections, Bureau of Infectious Diseases, Laboratory Center for Disease Control, Health Protection Branch (1998): Proceedings of the consensus conference on infected health care worker risk for transmission of bloodborne pathogens. Can Commun Dis Rep. 24, Suppl 4:i-iii, 1-25; i-iii, 1-28. Abgerufen von <http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071124225902/http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98vol24/index.html>

CASL – Canadian Association for the Study of the Liver (1999). The Canadian Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis. Abgerufen von www.lhsc.on.ca/casl/cont.htm

CPSA – College of Physicians & Surgeons of Alberta. Blood Borne Infections in Health Care Workers 2003. Abgerufen von http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/07/Blood_Borne_Infections_in_Health_Care_Workers.pdf?b4787d

5.13 Empfehlungen in Australien

Die Empfehlungen der australischen Regierung zum Einsatz HBV/HCV/HIV-infizierter Beschäftigter sind in einem Papier mit 28 Abschnitten zusammengefasst, in denen die allgemeinen Prinzipien, die Prävention, die Diagnostik und das Management von Infektionsfällen abgehandelt werden [Australian Government Department of Health and Aging 2012]. Zum Problem der gefahrgeneigten Tätigkeiten werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- HIV- positive Beschäftigte dürfen solche Tätigkeiten nicht durchführen, selbst wenn sie unter Therapie keine messbare Viruslast aufweisen. Alle übrigen Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung können sie uneingeschränkt vornehmen.
- HCV- RNA- positive Beschäftigte dürfen keine gefahrgeneigten Tätigkeiten durchführen. Erst sechs Monate nach Beendigung einer erfolgreichen Therapie, die durch zwei verschiedene negative HCV-RNA-Tests nachgewiesen wird, wird dieses Verbot aufgehoben. Unter der Voraussetzung, dass weitere sechs Monate später der Test negativ bleibt, kann die Beschäftigung fortgesetzt werden. Anschließend erfolgen HCV-RNA- Messungen in jährlichem Abstand. Dieser jährliche Abstand gilt auch für HIV- und HBV-Tests.
- HBV-DNA-positive Beschäftigte dürfen erst dann gefahrgeneigte Tätigkeiten durchführen, wenn der DNA- Test als Folge der Therapie negativ ausfällt und im Zuge zweier im Abstand von drei Monaten durchgeführter Tests negativ bleibt. Anschließend wird jährlich weiter getestet.
- Allgemein gilt für Beschäftigte mit den genannten Infektionen, dass sie kooperationswillig sein müssen, keine Dermatosen aufweisen dürfen, die die Virusübertragung auf den Patienten erleichtern sowie nicht an einer psychiatrischen Krankheit leiden sollten.

Die Überwachung obliegt dem behandelten Arzt sowie der lokalen Gesundheitsbehörde, die für den Fall, dass HBV/ HCV/ HIV- Infektionen bei Beschäftigten bekannt werden, Rückschau- (Look back-) Untersuchungen bei den betroffenen Patienten vornehmen lassen kann.

Ein Expertengremium wird nicht ausdrücklich erwähnt.

5.14 Zusammenfassung

Viele der gesichteten Leitlinien in Europa, Nordamerika und Australien zur Frage der Beschäftigung von HBV/HCV/HIV- infizierten Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitsdiensts wurden in den 1990er Jahren verfasst; entweder erfolgten keine Updates oder weitere Ausgestaltungen oder es wurden keine nennenswerten Änderungen ersichtlich. Wesentliche Erkenntnisse zum Mechanismus der Virusübertragung in Abhängigkeit von der Art des Eingriffs erfolgten in der Zeit, in der die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) als Nachweisverfahren für HBV-DNA bzw. HCV-RNA entwickelt wurde. Fehlende Updates sind also nicht unbedingt als Defizit zu werten – die Übertragungswege haben sich nicht geändert und Innovationen in der HCV- und HIV- Therapie berühren die Frage der Tätigkeitseinschränkungen nicht.

Die Empfehlungen unterscheiden sich allerdings in einigen wesentlichen Punkten voneinander, und zwar hinsichtlich

1. der Detailliertheit bei der Ausgestaltung von Empfehlungen,
2. der Häufigkeit von Virustests bei chronisch HBV-, HCV- oder HIV- infizierten Beschäftigten,
3. der Höhe der akzeptablen Viruslast für den unbeschränkten oder eingeschränkten Tätigkeitseinsatz,
4. des Grades der Differenzierung von Tätigkeiten
5. der Attribuierung von innerbetrieblichen Zuständigkeiten,
6. nationaler Zuständigkeiten,
7. der Frage der Patienteninformation über den Infektiositätsstatus eines Operators, sowie
8. der Ausgestaltung eines beratend wirkenden interdisziplinären Expertengremiums (das jedoch nahezu in jeder Leitlinie erwähnt wird).

Nachfolgend einige Bemerkungen zu den Unterschiedlichkeiten:

1. *Zur Detailliertheit bei der Ausgestaltung von Empfehlungen:* Am übersichtlichsten sind die schweizerischen und die spanischen Empfehlungen gestaltet, da sie Informationen sowohl zum Schutz der Arbeitnehmer vor Infektionen durch Patienten als auch zum Schutz von Patienten durch Infektionen durch Arbeitnehmer enthalten.
2. *Zum Screening von Markern:* Hinsichtlich der Häufigkeit von Virustests reichen die Empfehlungen bis hin zu fünfmal durchzuführenden HBV-DNA-Tests im Abstand von jeweils drei Monaten, bevor die Erlaubnis zur Durchführung gefahrgeneigter Tätigkeiten ausgesprochen wird.
3. *Zur Höhe der akzeptablen Viruslast bei gefahrgeneigten Tätigkeiten:* Sie beträgt zwischen HCV-Viruslast Null in Australien bis Viruslast 100.000 Viruskopien pro ml in eini-

gen europäischen Ländern. Auch scheinen Empfehlungen nicht immer auf den neuesten Stand der Wissenschaft zu sein (HBe Antigen als Marker für hohe HBV- Infektiosität anstelle ausschließlich allgemeingültiger Beurteilung der Viruslast in den Ausführungen der European Consensus Group [Gunson et al. 2003]).

4. *Zum Grad der Differenzierung von Tätigkeiten:* Die Definitionen reichen von unbestimmten "gefahr geneigten" im chirurgischen und zahnmedizinischen Bereich bis hin zu spezialisierten Tätigkeiten in Dialyseeinheiten im Vereinigten Königreich.
5. *Zur Attribuierung von innerbetrieblichen Zuständigkeiten:* In Frankreich z.B. wird die Verantwortung dezidiert in der Hand des Betriebsarztes und nicht des Arbeitgebers gesehen. Da es in einigen anderen Ländern keine gesetzlichen Regelungen zur Bestellung von Betriebsärzten gibt, ist in der Regel neben dem Beschäftigten selbst der Arbeitgeber für die Einhaltung des Infektionsschutzes verantwortlich. Die beste Lösung scheint in Deutschland gefunden worden zu sein, wo ein genau definiertes Expertengremium für die Beurteilung der Tätigkeitseinschränkungen zuständig ist. Allerdings ist auch hier die Tatsache zu monieren, dass die Regelungen nur für Krankenhäuser, nicht jedoch für den Bereich der medizinischen Versorgung im niedergelassenen Bereich greifen.
6. *Zur nationalen Zuständigkeiten:* Insbesondere in den USA, Spanien und Kanada wird die Ausgestaltung der Empfehlungen den einzelnen Ländern/ Bundesstaaten/ Provinzen überlassen). Dies kann insbesondere hinsichtlich der HCV- Prävention, für die bislang kein Impfstoff zur Verfügung steht, problematisch werden, wenn ein Chirurg in mehreren politischen Einheiten tätig ist und dies keine übergeordnete Behörde nachverfolgen kann.

In Deutschland ist der Infektionsschutz Ländersache. Zu dem Problem des Patientenschutzes haben bislang neben der DVV, die vom Bundesgesundheitsministerium und den Gesundheitsministerien der Länder finanziert wird, jedoch nur zwei Bundesländer (Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) entsprechende Empfehlungen publiziert.
7. *Zur Frage der Patienteninformation:* Ob der Infektiositätsstatus eines Operators dem Patienten mitgeteilt wird, wird unterschiedlich thematisiert. Die Empfehlungen reichen von "überhaupt nicht" bis zu "nur bei nachweislicher Kontamination von Patienten im Rahmen von Rückschauuntersuchungen. In den meisten Empfehlungen wird das Thema allerdings gar nicht erwähnt.
8. *Zur Empfehlung zum Einsatz eines interdisziplinären Expertengremiums:* Dieses wird in den meisten Dokumenten erwähnt, seine Besetzung und Arbeitsweise jedoch in der Regel nicht präzisiert (Ausnahme: DVV Deutschland).

Eine Bewertung der unterschiedlichen medizinischen Empfehlungen (angemessene Häufigkeit von Virustests und Höhe der akzeptablen Viruslast) kann und soll von unserer Arbeitsgruppe nicht vorgenommen werden. Zur Frage nationaler Zuständigkeiten und zur Patienteninformation wird auf die Diskussion in **Kapitel 11** verwiesen.

Einige Aspekte, deren Problematik in der Praxis immer wieder auftaucht und in zu denen in keinem Dokument Feststellungen getroffen wurden, sind

- die Frage einer genaueren Überwachung von i.v.- opiatabhängigen Beschäftigten in anästhesiologischen Einheiten, wie sie in **Kapitel 9.2.1** mehrfach berichtet wurden,
- die Frage einer Überwachung von chronisch infizierten Beschäftigten im ambulanten Bereich (niedergelassene Ärzte bzw. Zahnärzte/-chirurgen oder Angehörige anderer ambulant tätiger Berufsgruppen wie etwa Hebammen oder Heilpraktiker),
- die Frage einer Überwachung beim Tätigkeitswechsel (nicht gefahrgeneigte hin zu gefahrgeneigten Tätigkeiten in stationären Bereichen oder vom stationären in den ambulanten Sektor).

6 Empfehlungen zur Vermeidung einer Personal-Patient-Übertragung bei MRSA

In zahlreichen europäischen Ländern ¹⁵ existieren Empfehlungen zu den Problemen bei einer Besiedelung mit MRSA. Zur Frage, ob ein positiv MRSA- getesteter Beschäftigter weiter direkt am Patienten arbeiten darf, bestehen sehr unterschiedliche Sichtweisen [Nassauer 2008]. Hinsichtlich des Einsatzes chronisch besiedelter Beschäftigter wurden neben (wenig ergiebigen) Empfehlungen im Vereinigten Königreich und den USA die Leitlinien in Deutschland und den Niederlanden einer näheren Betrachtung unterzogen.

6.1 Deutschland

6.1.1 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI erwähnt in ihren 2014 überarbeiteten Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA zwar Beschäftigte als mögliche Primärquelle für den Eintrag, die Übertragung und Ausbreitung von MRSA in Gesundheitseinrichtungen.

Eine routinemäßige Untersuchung (Screening) von Personal hinsichtlich einer MRSA- Besiedlung wird nicht empfohlen; bei einer Besiedlung ist eine Dekolonisierung durchzuführen; bis zu ihrem erfolgreichen Abschluss sind Maßnahmen gemäß einer Risikoanalyse (die jedoch nicht näher ausgeführt wird) zu ergreifen, um die Übertragung von MRSA auf Patienten und deren Gefährdung zu verhindern (z.B. außerhalb der direkten Patientenversorgung). Ob und unter welchen Voraussetzungen eine Tätigkeit in der direkten Patientenbetreuung vor Dokumentation einer erfolgreichen Dekolonisierung erfolgen kann, ist laut KRINKO "eine ungelöste Frage".

Die Experten äußerten sich nicht direkt zu Tätigkeitseinschränkungen bei einer nicht sanierbaren MRSA- Kolonisation, beschreiben aber die Wahrscheinlichkeit aus einem Zusammenspiel von patientenbezogenen Risikofaktoren, der Invasivität der medizinischen Maßnahmen und dem Risikoprofil der behandelnden medizinischen Einrichtung bzw. Abteilung.

Als besondere Risikopatienten gelten Diabetiker, Alkoholabhängige, Dialysepflichtige, Patienten mit Hautverletzungen bzw. bei invasiven Eingriffen und Operationen, besonders in der Kardio- und Unfallchirurgie und in der Orthopädie sowie mit penetrierenden Fremdkörpern, z.B. zentrale Gefäßkatheter, getunnelte Kathetersysteme, Shunts, Ports oder bei einer künstlichen Ernährung direkt über den Magen-Darm-Trakt. Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten sind die vorbestehende Pflegebedürftigkeit, Beatmungspflicht, Schluckprobleme, Wunden und zentrale Gefäßzugänge als zusätzliche Risikofaktoren für eine MRSA-Infektion zu beachten.

¹⁵ (Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Irland, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Portugal, Slowakei, Spanien, Ungarn, Vereinigtes Königreich)

6.1.2 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Die AWMF beschreibt in ihren Empfehlungen zu Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger (MRE) in Kapitel 9.2 zu betroffenem Personal: *"Personen, die als Träger von MRE identifiziert worden sind, dürfen u. U. nach entsprechender Einweisung (intensive Händehygiene) mit Mundschutz weiter am Patienten arbeiten. Aus psychologischen Gründen (z. B. Misstrauen der Patienten, etc.) kann es besser sein, erst nach erfolgreich abgeschlossener Sanierung wieder am Patienten arbeiten zu dürfen. Leider gibt die Literatur hier bei dieser schwierigen Problematik keine für alle verbindlichen Ratschläge"* [AWMF 2012].

6.1.3 Consensus-Empfehlungen aus Baden-Württemberg

Die Verfasser der Consensus-Empfehlungen Baden-Württemberg [Baum et al. 2008] empfehlen beim erstmaligen Bekanntwerden eines MRSA- positiven Befundes eine interdisziplinäre Fallkonferenz ("Abstimmungsgespräch") mit einer Beteiligung des betroffenen Beschäftigten in Anlehnung an die DVV mit ähnlicher Besetzung wie bei blutübertragenen Infektionskrankheiten.

Tätigkeitsauflagen sowie ggf. eine Freistellung wird im Einzelfall empfohlen insbesondere bei einer Beschäftigung in Operationssälen, Intensivstationen, Stationen für Immunsupprimierte, sowie in der Dermatologie. Tätigkeiten mit Wundversorgung, Assistenz beim Legen von Zugängen und Versorgen von Patienten mit großflächigen Hautveränderungen (z.B. Neurodermitis oder Verbrennungen) sind nach einer Risikoabwägung zu unterlassen. Eine Freistellung ist insbesondere bei einer MRSA- Besiedelung der Hände gegeben, insbesondere bei vorbestehenden Hautveränderungen, falls der Beschäftigte als Indexfall in einem Ausbruch angesehen werden muss, oder falls im Rahmen der Risikoabwägung deutlich wird, dass eine Tätigkeit zum gegebenen Zeitpunkt nicht möglich ist; dabei sollte der Beschäftigten von Arbeitgeberseite nicht zum Urlaubsantritt oder zur Einholung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verpflichtet werden.

Ein Beschäftigter wird als chronisch besiedelt eingestuft, wenn auch nach der dritten Sanierungsrunde einschließlich einer Umfelduntersuchung und alternativen Sanierungsmaßnahmen kein Erfolg zu verzeichnen ist. Bei einer dauerhaften Arbeitsplatzumsetzung müssen ein engmaschiges MRSA- Monitoring des Beschäftigten und seines Tätigkeitsbereiches sowie eine regelmäßige Überprüfung der Hygiene-Adhärenz erfolgen.

Darüber hinaus spricht sich das Expertenteam für eine Übernahme der Sanierung und der notwendigen Kontrolluntersuchungen für den Arbeitgeber aus, sowie u.a. für die Verpflichtung, eine betriebliche Verfahrensanweisung zu erstellen, z.B. als Bestandteil des Hygieneplans.

6.1.4 Robert Koch- Institut (RKI)

Im RKI- Ratgeber "Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA"

(RKI 2009) mit Stand vom Mai 2016 wird empfohlen, MRSA- kolonisiertes Personal nach Möglichkeit bis zur nachgewiesenen Sanierung keine Patienten behandeln oder pflegen zu lassen. Bei fehlenden organisatorischen Möglichkeiten sind konsequent besondere hygienische Maßnahmen zu ergreifen (z.B. Mund-Nasen-Schutz, vor jedem Patientenkontakt Händedesinfektion). Eine Sanierung ist in jedem Fall zu empfehlen. Im Falle eines Ausbruchs sollte immer ein Screening (Abstriche der Nasenvorhöfe und des Rachens) aller Patienten der betroffenen Behandlungseinheit sowie des medizinischen Personals, das Kontakt zu dem MRSA-Patienten hatte, erfolgen. Kommt es zu einer Besiedlung beim Personal, sollten auch die Familienangehörigen (Partner) mit untersucht werden, da auch Familienmitglieder (und z. T. auch Haustiere) Quelle für erneute Besiedlungen sein können.

Empfehlungen zur Vorgehensweise bei nicht sanierbarem Personal werden nicht gegeben.

6.2 Niederlande

6.2.1 Infection Prevention Working Party

In den Niederlanden als Land mit einer sehr niedrigen Endemierate infolge einer konsequenten "search and destroy"- Strategie [Jukema & Kluytmans 2007] gilt für MRSA- positive Beschäftigte mit Hautveränderungen die Freistellung und Wiederaufnahme der Arbeit erst, wenn alle drei Kontrollkulturen mit einem Abstand von 5 Tagen negativ sind (Deutschland: nach der ersten Kontrollkultur). Beschäftigte ohne Hautveränderungen dürfen 48 Stunden keine patientennahen Tätigkeiten ausüben, bis alle Kontrollkulturen negativ sind (in Deutschland darf nach der ersten Kontrollkultur wieder gearbeitet werden) Am dritten Tag darf die Arbeit wieder aufgenommen und muss nur abgebrochen werden, wenn am fünften Tag mindestens einer der Kulturnachweise des ersten Tages positiv ist, Dabei wird das Personal in vier Kategorien eingeteilt und der Tätigkeitseinsatz je nach Kolonisationszustand mit MRSA und Gesundheitszustand bestimmt. Die beiden ersten Kategorien beinhalten dabei Personal, das selbst MRSA- Träger ist bzw. ungeschützten Kontakt zu MRSA- Trägern hatte bzw. für mehr als 24 Stunden in einem ausländischen Krankenhaus gearbeitet hat [Infection Prevention Working Party 2007].

6.3 Vereinigtes Königreich

6.3.1 Working Party of the British Society of Antimicrobial Chemotherapy

In den Empfehlungen der Arbeitsgruppe um Coia [2006] wird ein routinemäßiges Screening ausgeschlossen, ein besonderes Augenmerk auf Beschäftigte mit Hautläsionen betont und eine Freistellung nur bei Personen mit Hautläsionen an den Händen empfohlen. Hinweise auf Tätigkeitsbeschränkungen für nicht sanierbare Beschäftigten finden sich nicht.

6.4 USA

6.4.1 Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

In den Leitlinien des Komitees [Muto 2003] wird personalbezogen lediglich empfohlen, dass das Personal eine konsequente Händehygiene beachten muss und Monitoring- Möglichkeiten geschaffen werden sollen, Handschuhe und Masken konsequent getragen werden müssen, wenn ein Raum mit MRSA-Patienten betreten wird und ständige Schulungen in Beziehung auf Resistenzbildung von Antibiotika, Desinfektionsmethoden, persönliche Schutzausrüstung und Reinigungsmethoden erfolgen sollen. Hinweise auf den Umgang mit nicht sanierbaren Beschäftigten finden sich nicht.

6.5 Zusammenfassung

International existieren viele Empfehlungen die sich aber schwerpunktmäßig mit der patientenfokussierten Sicht auf Therapien beschäftigen. Insgesamt wurde bei der Durchsicht der Schriften zum Problem MRSA deutlich, dass weder zur Definition des Begriffs "chronisch" (sanierungsrefraktär) noch zur Therapie einer MRSA- Besiedelung ein allgemeiner Konsens besteht. Dies nicht nur zwischen einzelnen Staaten, sondern auch unterhalb dieser Ebene der Fall (z.B. Bundesländer in Deutschland). Über die Frage zum Tätigkeitseinsatz eines nicht sanierbaren Beschäftigten finden sich in Deutschland keine Aussagen.

In den Niederlanden wird das Thema in der Leitlinie angesprochen und ist auch in den FAQs des MRSA- Netzwerks transparent, indem auf Einzelfallentscheidungen mit Unterstützung eines "Expertenrats" hingewiesen wird.¹⁶

In Deutschland wäre eine einheitliche Empfehlung mit der Betonung, in problematischen Fällen ggf. ein Expertengremium einzuberufen, von Vorteil. Diese auch in FAQs, z.B. auf den Seiten der BGW¹⁷ bzw. der Unfallkassen, von Gesundheitsämtern (Beispiel: Landesarbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)¹⁸ und MRE- Netzwerken angesprochen werden.

¹⁶ "Frage: Was ist zu tun, wenn ein MRSA-positiver Mitarbeiter trotz Sanierungsversuche nicht von MRSA dekolonisiert werden kann? Antwort: Wenn die Sanierung eines MRSA-positiven Pflegers/Schwester oder Arzt/Ärztin trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten (Behandlung sanierungshemmender Faktoren wie z.B. Ekzeme oder andere Hautveränderungen, chronische Wunden zwei sachgerechte Sanierungsversuche, Ausschluss von MRSA-Quellen in der Umgebung, z.B. Familienmitglieder) nicht möglich ist, sollte der Betroffene nicht für Tätigkeiten mit intensivem Patientenkontakt eingesetzt werden. Welche Einsatzmöglichkeiten im Einzelfall bestehen, sollte mit den Verantwortlichen unter Einbeziehung von Expertenrat (Hygieniker, Mikrobiologe) geklärt werden".

Quelle:

<http://www.mrsa-net.nl/de/personal/sanierung/anwendung-und-nebenwirkungen/1040-was-ist-zu-tun-wenn-ein-mrsa-positiver-mitarbeiter-trotz-sanierungsversuche-nicht-von-mrsa-dekolonisiert-werden-kann>

Weitere Quellen: <http://www.mrsa-net.nl/de/oeffentlichkeit/mrsa-in-meinem-beruf/selbst-mrsa-trager-betroffen/684-1>

<http://www.mrsa-net.nl/de/personal/selbst-mrsa-trager/was-sie-machen-durfen-und-was-nicht/1066-wenn-ich-selbst-mrsa-trager-bin-darf-ich-keine-patientennahen-tatigkeiten-ausfuehren-welche-tatigkeiten-sind-das-genau>

¹⁷ https://www.bgw-online.de/SharedDocs/FAQs/DE/Arbeitssicherheit_und_Gesundheitsschutz/Hygiene_und_Infektionsschutz/Infektionen_MRSA_FAQ.html

¹⁸ https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/hygiene/lare/faq/lare_faq_mre_arbeitsschutz.htm

7 Zusammenfassung der Problematik und Erkenntnisbedarf

Aus den vorangehend beschriebenen Empfehlungen zum Einsatz chronisch infizierter und MRSA- besiedelter Beschäftigter und aufgrund von zum Teil konfligierenden Regelungen ergeben sich Spannungen zwischen

1. der Pflicht des Arbeitgebers in einer Einrichtung des Gesundheitsdienstes gegenüber der Patientensicherheit,
2. dem Persönlichkeitsrecht des Beschäftigten bzw. Arbeitsplatzbewerbers, sowie
3. diesbezüglichen Rollenkonflikten von Betriebsärzten (siehe **Abb. 4**).

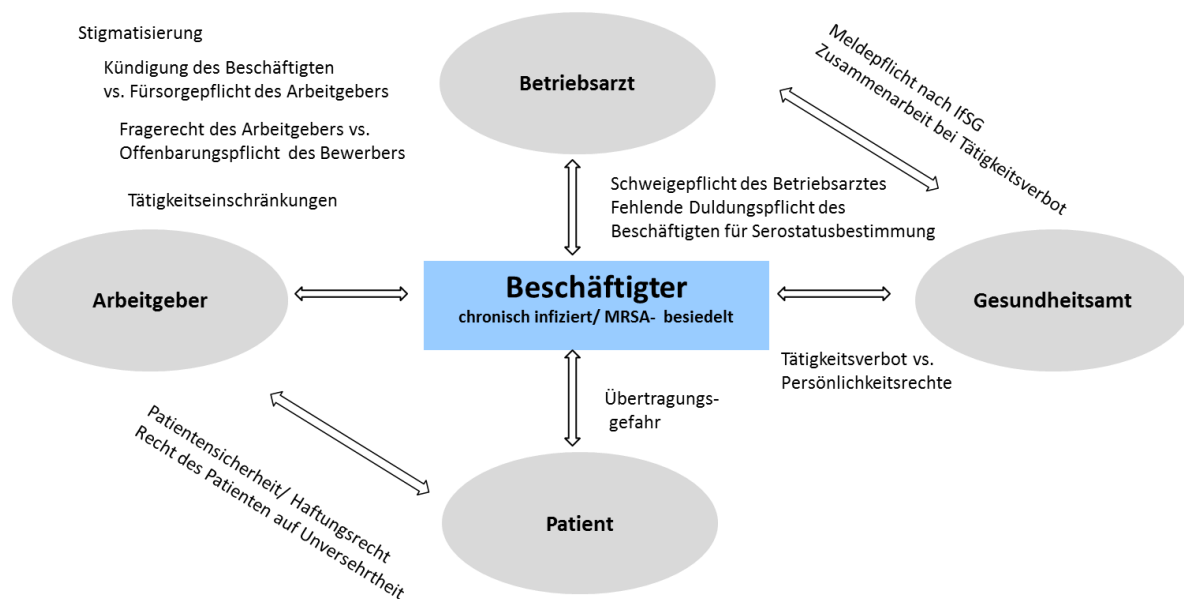


Abb. 4: Zusammenspiel und Interessen der Akteure beim Einsatz von chronisch Infizierten oder MRSA- Besiedelten im Gesundheitsdienst

Die wesentlichen Spannungsfelder werden nachfolgend noch einmal stichpunktartig zusammengefasst und um den Stand der Diskussionen aus der aktuellen Literatur ergänzt.

7.1.1 Zu Interessen im Sinne des Infektionsschutzes

Zu HBV-, HCV- oder HIV- infizierten Beschäftigten

- Die Identifikation chronisch Infizierter im Sinne des Patientenschutzes wird durch die Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) im Jahr 2008 und die Novellierung 2013 durch Betonung der Persönlichkeitsrechte Beschäftigter im Hinblick auf die Ablehnung körperlicher Untersuchungen jeder Art erschwert. Auch in der Vergangenheit konnten medizinische Befunde nicht an die Arbeitgeber weitergegeben werden. Der Arbeitge-

ber war und ist hier auf die Kooperation und Ehrlichkeit der Beschäftigten angewiesen, was in der Sache richtig ist, sich in der Vergangenheit in Einzelfällen für den Patientenschutz und letztlich auch für den Schutz vor unberechtigten Sanktionen von Beschäftigten als nachteilig herausgestellt hat.

- Aus epidemiologischer Sicht dürfte das Problem einer Bedrohung der Patientensicherheit auf der anderen Seite im Hinblick auf wirksame medikamentöse Therapien bei HIV- und HCV- Infektionen in Zukunft immer geringer werden; bei entsprechender Wirksamkeit und Therapie- Adhärenz können Beschäftigte in allen Tätigkeitsbereichen ohne Einschränkungen arbeiten. Bei HBV ist nach wie vor die Impfung als Primärprävention das wirksamste Mittel.
- Für niedergelassene selbstständige Ärzte und Zahnärzte oder leitende Ärzten von Privatkliniken mit chronischem Infektionsstatus existieren über allgemeine Hygieneregeln hinaus keine Regelungen hinsichtlich der Einhaltung von Patientenschutzregeln. Es stellt sich die Frage, wie sie hinsichtlich entsprechender Vorsorge- und Kontrollmaßnahmen erreicht und kontrolliert werden können [Gerlich 2004].
- Für Berufsgruppen mit übertragungsrelevanten Tätigkeiten fehlt eine trennscharfe Neueinschätzung auf der Basis dieser Tätigkeiten, also verletzungsträchtige Handlungen bei Operationen.
- Ein örtliches interdisziplinäres Expertengremium zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit eines chronisch infizierten Beschäftigten, wie von der DVV empfohlen, gilt als praktikable Lösung für Zweifelsfälle, insbesondere wenn bei Bedarf die Möglichkeit eines anonymen Verfahrens vorgeschlagen wird [Wunderle et. al. 2004, Jarke & Schwarzkopf 2013]. Die juristische und ethische Stellung eines solchen Gremiums sowie die rechtliche Absicherung seiner Entscheidungen sind jedoch nicht ausreichend geklärt, wie von Schmidt et al. [2002] ausgeführt: Es stelle sich z.B. die Frage
 - nach der Haftung bei "Fehlentscheidungen",
 - nach der tatsächlichen Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Betroffenen angesichts einer beträchtlichen Anzahl von Gremienteilnehmern, insbesondere in kleineren Häusern sowie
 - nach Möglichkeiten, die Befolgung der gegebenen Anweisungen (z.B. Einschränkung des Operationskataloges) zu kontrollieren, wenn Vorgesetzte und Arbeitskollegen der Beschäftigten nicht informiert sind, oder
 - nach dem Verbindlichkeitsgrad der Einschätzungen des Gremiums ohne eine rechtliche Handhabe, Entscheidungen jenseits von Tätigkeitsverboten (die durch das örtliche Gesundheitsamt ausgesprochen werden können) durchsetzen zu können.

Auf der Makroebene äußert der Autor darüber hinaus Zweifel an der Garantie einer Gleichbehandlung infizierter Beschäftigter, wenn Expertengremien an verschiedenen Orten unterschiedliche Entscheidungen treffen.

- Die aktuelle Empfehlung der DVV, Patienten bei einem chirurgischen Zwischenfall mit Blick auf ihr Recht auf Unversehrtheit über den Immunstatus ihres Operateurs aufzuklären

und ggf. eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) anzubieten, wird in der Praxis sehr kritisch gesehen. Jarke et al. [2011b] merkt hier an, dass die Umsetzung dieser Empfehlungen nur gewährleistet werden kann, wenn der Arbeitgeber über das Risiko informiert ist und in der Klinik sichergestellt ist, dass entsprechende PEP- Medikamente innerhalb von zwei Stunden zugänglich sind und ein beratender Arzt jederzeit verfügbar ist. Auch bei einer HBV- Infektion besteht umgehend Handlungsbedarf. Auch nach der Deutschen Krankenhausgesellschaft besteht keine Aufklärungspflicht über den Carrier-Status [Schmidt et al. 2002]. Zwar wird die Vorgehensweise auch in den USA empfohlen, allerdings ist sie auch dort ein umstrittener Punkt [Carlson et al. 2010] und in den dortigen Empfehlungen werden vergleichsweise niedrigere Grenzwerte definiert, die in Deutschland schon "unterhalb der Nachweisgrenze" liegen.

- Die DVV- Empfehlung hinsichtlich einer engen Zusammenarbeit zwischen Beschäftigten und Betriebsärzten bei Viruslastkontrollen und ggf. hinsichtlich anderer klinischer Parameter impliziert Rollenkonflikte von Betriebsärzten, da sie entgegen ihrem Auftrag neben ihren Arbeitsschutzaufgaben auch für den Patientenschutz zuständig sein sollen (siehe **Kapitel 7.1.3**).

Zu MRSA- besiedelten Beschäftigten

- Es fehlt in der internationalen Literatur und auch in der Praxis [Peters et al. 2016] eine *einheitliche* Definition des Begriffs "chronische Besiedelung" bzw. "nicht sanierbar". Es bedarf entsprechende Kriterien für wiederholt nicht erfolgreich verlaufende Sanierungsversuche als Auslöseschwelle.
- Es fehlt in der Praxis ein einheitlicher Umgang in Bezug auf Tätigkeitseinschränkungen und -verbote sowie Betreuung, Screening sowie Dekolonisierung [Peters et al. 2016, Dulon et al. 2013].
- Es existieren keine ausdrücklichen Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen Hygienefachpersonal, Gesundheitsamt und Betriebsarzt (nicht zuletzt als formalisiertes Expertengremium).
- Die Empfehlung der KRINKO, den Einsatz MRSA- besiedelter Beschäftigter innerbetrieblich, z.B. im Hygieneplan zu regeln, ist in der Praxis nicht immer flächendeckend umgesetzt, in der Handhabung nicht einheitlich standardisiert geregelt und es bestehen Unsicherheiten über das richtige Vorgehen [Dulon et al. 2013, Hein-Rusinek 2011].

7.1.2 Zu Interessen von Beschäftigten

- Trotz der relativ differenzierten Empfehlungen scheint in der Alltagspraxis bis heute sehr uneinheitlich und zum Teil aus Unkenntnis unverhältnismäßig und/ oder ohne fachliche Notwendigkeit verfahren zu werden. Aus der Literatur ist eine Häufung von Fällen HBV-, HCV- oder HIV- Infizierter bekannt, bei denen z.B. Alten- und Krankenpflegepersonal die Zulassung zur Berufsausbildung, die staatliche Anerkennung oder die Berufsausübung untersagt wurde [Jarke 2005, Jarke & Schwarzkopf 2013].
- Insbesondere die HIV- Infektion ist – obwohl mittlerweile gut therapierbar – bis heute stigmatisiert; Betroffene erleben dies häufig in ihrem Arbeitsalltag [Claasen 2007, DAH 2012, Voigt et al. 2017, Pärli et al. 2007, Wicker et al. 2010]. Einer Untersuchung der Deutschen AIDS-Hilfe zufolge berichteten 35 von 724 Antwortenden (5%) darüber, im letzten Jahr ihre Arbeitsstelle wegen ihrer Infektion verloren zu haben, darunter n=29 aufgrund von Diskriminierung, umgekehrt erlebten n=47 (6%) die Verweigerung einer Arbeitsstelle aufgrund ihrer HIV- Infektion [DAH 2012].
- Auch eine MRSA- Besiedelung ist dem sozialen Stigma ausgesetzt [Peters et al. 2017, Lenz & Ahrens 2015]. Hier wie auch bei blutübertragbaren Infektionen besteht die Gefahr der Verheimlichung durch die Betroffenen, so dass eine objektive Einschätzung für Risiken Betroffener nicht möglich ist.
- Es ist zu vermuten, dass dies ungerechte und Persönlichkeitsrechten entgegenstehende Behandlung von Betroffenen bis hin zu ungerechtfertigten Kündigungen zur Folge hat [Jarke et al. 2011b].

7.1.3 Zu Interessen von Betriebsärzten

- Aus der Sicht von Betriebsärzten scheint das größte Dilemma in ihrer beruflichen Rolle zwischen der Kenntnis einer patientenschutzrelevanten Infektion und dem Einhalten der Schweigepflicht zu bestehen, wenn der Betroffene deren Entbindung verweigert. Dieses Dilemma kann auch vom Gesundheitsamt durch die zum Teil fehlende Meldepflicht für chronisch Infizierte nicht aufgelöst werden, außer es hat auf anderem Weg Kenntnis von der Infektion erhalten. Dadurch sind Betriebsärzte bei ihren Entscheidungen häufig auf sich allein gestellt [Jarke et al. 2011]: "Die derzeitige Rechtslage stellt den im Gesundheitsdienst tätigen Betriebsarzt vor große Probleme, will er neben dem Arbeitsschutz auch dem Patientenschutz gerecht werden".
- Ein interdisziplinäres Expertengremium wie von der DVV empfohlen, das im Rahmen einer Fallkonferenz gemeinsam Entscheidungen zum sicheren Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter trifft, kann den Betriebsarzt in seiner Verantwortung entlasten. Solche Fallkonferenzen werden in der Praxis im Einzelfall auch durchgeführt [Hofmann et al. 2011, Neidhardt 2008]; ein flächendeckender Einsatz ist jedoch nicht bekannt.
- Darüber hinaus wird kritisiert, dass Betriebsärzte in patientenschutzrelevante Belange eingebunden werden, die ihren Aufgabenbereich im Sinne arbeitsmedizinischer *Beratung*

überschreiten [Osebek 2013], während andere Autoren auch darauf aufmerksam machen, dass *"bei Erregerübertragungen von Patient auf Personal und Personal auf Patient der Schutzzweck der Arbeitsmedizin tangiert ist"* und Betriebsärzten ein erhöhtes Maß an Verantwortung auch für den "allgemeinen" Infektionsschutz im Krankenhaus zukommt. [Nassauer & Mielke 2000]. Seit Einführung des §23a IfSG im Rahmen des Präventionsgesetzes ist die Verunsicherung von Betriebsärzten noch gewachsen. Nach dem Paragraphen können Arbeitgeber personenbezogene Informationen über den Impf- und Serostatus hinsichtlich impfpräventabler Erkrankungen von Beschäftigten verlangen. Die im Sinne eines besseren Patientenschutzes gegenüber nosokomialen Erkrankungen erlassene Regelung wird von Betriebsärzten als verkappte Eignungsuntersuchung gesehen, in der sie unter Umständen von Arbeitgebern und Beschäftigten eingebunden werden und damit wiederum widersprüchlichen Rollenforderungen zwischen Beratungsauftrag, Schweigepflicht und Arbeitgeberinteressen mit Haftungsrechtbezug ausgesetzt sind.

7.1.4 Erkenntnisinteressen und Fragestellungen

Aus den vorigen Ausführungen sollte deutlich werden, dass Anforderungen an den Patientenschutz in mehrerer Hinsicht mit Belangen der Beschäftigten, aber auch der Betriebsärzte Konflikte erzeugen. Das Erkenntnisinteresse zur Entwicklung praktikabler Handlungsempfehlungen umfasst folgende Fragen, die im Rahmen eines Methodenmix im folgenden Teil B geklärt werden sollen:

- Wie relevant ist die Gefahr einer Personal- Patient- Übertragung aus epidemiologischer Sicht?
- Welche Empfehlungen zum sicheren Einsatz chronisch infizierten/ kolonisierten Personals werden in offiziellen Leitlinien im internationalen Vergleich gegeben?
- Welche Erfahrungen berichten Experten unterschiedlicher Provenienz zur allgemeinen und arbeitsrechtlichen Problemrelevanz oder Problemlösungsstrategien?
- Welche Problemkonstellationen können als "typische" Kasuistiken identifiziert werden?
- Wie viele und welche Erfahrungen haben Betriebsärzte, Hygieneärzte mit chronisch infizierten und MRSA- besiedelten Beschäftigten? Welche Erfahrung haben sie mit interdisziplinären Expertengremien zur Beratung eines sicheren Tätigkeitseinsatzes betroffener Beschäftigter? Welche Meinungen, Verbesserungswünsche und Grundlagenkenntnisse haben sie?
- Welche aktive Rolle spielt der Öffentliche Gesundheitsdienst, d.h. welche Erfahrungen haben Ärzte in Gesundheitsämtern als Kooperationspartner angesichts bekannter regionale und individueller Unterschiedlichkeiten und dem zunehmend gravierender werden den Personalmangel?

TEIL B: Ergebnisse eigener Analysen

8 Erfahrungen und Meinungen von Experten (Interviews)

Um einen Überblick über die Sicht verschiedener Experten zum Ausmaß der Problematik beim Einsatz chronisch infizierter oder MRSA- besiedelter Beschäftigten zu gewinnen, wurden größtenteils noch vor den standardisierten Befragungen narrative Telefoninterviews durchgeführt. Die Erkenntnisse flossen in die Ausgestaltung der Fragebogen ein.

Als Experten wurden betriebliche Akteure (Betriebsärzte, Hygienefachleute), Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens, arbeitsrechtlich orientierte Juristen, Berater von Selbsthilfeorganisationen und Gewerkschaftsvertreter betrachtet. Auswahl und Umfang der Interviews sind natürlich ohne Anspruch auf Systematik und Vollständigkeit. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse auch nur mit Vorsicht interpretiert.

8.1 Methoden

Der Zugang zu den Interviewpartnern erfolgte größtenteils über bereits bestehende berufliche Kontakte. Die Interviews wurden schwerpunktmäßig narrativ, d.h. nur wenig strukturiert geführt, da sich dies im Einzelfall als am praktikabelsten herausstellte. Inhalte waren nicht nur die persönliche Einschätzung der Problemrelevanz oder bei betrieblichen Akteuren die Erfahrung mit interdisziplinären Fallkonferenzen, sondern auch die Frage nach selbst erlebten Fällen, die im Arbeitspaket "Kasuistiken" (**Kapitel 9**) ohne weiteren Anspruch auf Vollständigkeit weiter dokumentiert wurden.

Im Vorfeld des Interviews erfolgte die Information über eine beabsichtigte Mitschrift des Austauschs und die Zusicherung der Namensanonymität. Die Mitschrift selbst erfolgte nicht immer wörtlich, wurde sprachlich überarbeitet und das Ergebnis den Interviewpartnern aber zur Abstimmung zur Verfügung gestellt.

8.2 Ergebnisse

Zwischen Mai 2016 und August 2018 wurden insgesamt 19 Interviews geführt (siehe **Tab. 5**); Merkmale und Pseudonyme der verschiedenen Akteure sind in **Tab. 6** dokumentiert.

Tab. 5: Experteninterviews (Anzahl und Akteure)

Abkürzung	Experte	Anzahl
B	Betriebsarzt	7
K	Krankenhaushygieniker	1
A	Arzt im Gesundheitsamt	5
S	Selbsthilfeorganisation- Berater	3
J	Jurist, Schwerpunkt Arbeitsrecht	2
G	Gewerkschaftsvertreter	1
TOTAL		19

Tab. 6: Merkmale der interviewten Experten

Int. Code	Experte	Funktion	Datum Interview
B1	Betriebsarzt	Leitung eines arbeitsmedizinischen Zentrums in einer Klinik der Maximalversorgung	05.2017
B2	"	Leitung eines arbeitsmedizinischen Zentrums in einer Klinik der Maximalversorgung (ehem.), Leitung einer Beratungsstelle in einer HIV- Selbsthilfeorganisation	08.2016
B3	"	Anstellung in einem freigemeinnützigen Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung	05.2016
B4	"	Leitung des betriebsärztlichen Dienstes in einem Kreisklinikum (Grund- und Regelversorgung)	05.2016
B5	"	Leitung des betriebsärztlichen Dienstes in einem Maximalversorgungsrankenhaus	07.2016
B6	"	Leitung eines großen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienstes	08.2016
B7	"	Leitung eines arbeitsmedizinischen Zentrums in einem Klinikverbund	09.2016
K1	Krankenhaushygieniker	Hygienearzt in einem überbetrieblichen Dienst für Krankenhaushygiene, Fachautor	06.2016
A1	Arzt im Gesundheitsamt	Leitung eines großstädtischen Gesundheitsamts	06.2017
A2	"	Ärztin in einem großen Gesundheitsamt, Gründung eines MRE-Netzwerks	07.2017
A3	"	Ärztin in einem städtischen Gesundheitsamt	08.2017
A4	"	Ärztin eines großstädtischen Gesundheitsamts im Osten Deutschlands	02.2017
A5	Hygienekontrolleur im Gesundheitsamt	Fachperson für Infektionskrankheiten in einem Landkreis- Gesundheitsamt	06.2016
G1	Gewerkschaftsvertreter	Pflegekraft, Betriebsrat in einer großen Klinik	10.2017
S1	Berater einer HIV-Selbsthilfeorganisation	Medizinische Gutachten, ehem. Leitung der Beratungsstelle der Selbsthilfeorganisation	07.2016
S2	"	Leitung der Beratungsstelle der Selbsthilfeorganisation	07.2016
S3	Berater einer Hepatitis- Selbsthilfeorganisation	Mitarbeiter in der Beratungsstelle der Selbsthilfeorganisation	10.2016
J1	Jurist (Arbeitsrecht)	Professur für Arbeitsrecht (emerit.)	09.2016
J2	"	Fachanwaltschaft für Sozialrecht (niedergelassen)	09.2016

Im Folgenden werden zunächst die Aussagen, geordnet nach der angesprochenen Thematik vorgestellt und anschließend zusammengefasst. Die Aussagen konnten nach folgenden Kriterien geordnet werden: Aussagen

1. zur Problemrelevanz im Allgemeinen,
2. zur arbeitsrechtlichen Problemrelevanz,
3. zum persönlichen Selbstbestimmungsrecht,
4. zu Expertengremien und Fallkonferenzen,
5. zur Rolle verschiedener Akteure,
6. zu Betriebsvereinbarungen und Dienstanweisungen,
7. zur Haltung von Arbeitgebern,
8. zu Meldepflicht und Datenschutz und
9. zu chronischen MRSA- Besiedelungen im Speziellen.

8.2.1 Zur Problemrelevanz im Allgemeinen

Selbsthilfeberater S2: Zum Problem der Diskriminierung bei einer HIV- Infektion

Insgesamt scheint es im Gesundheitsdienst eine massive Diskriminierung zu geben – allerdings anders als die Forschungsfrage, sondern HIV-Positive werden als Patienten vom Gesundheitspersonal diskriminiert. Dies gilt für zwei Drittel der von unserer Beratungsstelle zur Kenntnis genommenen schlechten Erfahrungen.

Der Kenntnisstand scheint hier insgesamt sehr gering und das Verhalten in 1980iger Jahren steckengeblieben zu sein. Besonders deutlich wird das im zahnmedizinischen Bereich, weil hier regelmäßig ein schriftliches Screening per Kurzfragebogen durchgeführt wird. Dabei wird auch nach HIV gefragt, obwohl das Risiko gar nicht hoch ist. Die Folge ist, dass den Patienten mitgeteilt wird, dass die Behandlung in der Praxis nicht gemacht werden könne und sie in eine Uniklinik weitergeschickt werden, oder sie als Letzte am Tag behandelt werden und anschließend der ganze Raum desinfiziert wird.

Zahnärzte scheinen oft nicht Bescheid zu wissen, anderes Gesundheitspersonal sicher auch nicht, aber das fällt nicht so auf, weil nicht "gescreent" wird. Wir hören auch von Notaufnahme-Fällen, die als letzte operiert werden und von Patienten, die eine eigene Toilette/ einen Toilettenstuhl verwenden müssen (Das hat mit Co-Erkrankungen, z.B. TB etc., nichts zu tun). Das ist aber nur die Spitze des Eisbergs, jeder HIV-Positive kann hier etwas erzählen. Es herrscht eine riesige Angst und es kommt zu Überreaktionen und Aktivismus, als seien die Betroffenen total ansteckend. Ich habe schon davon gehört, dass zur Kennzeichnung ein roter Punkt auf das Patientenbett und Akte geklebt wurde und gleich "HIV" drauf geschrieben wurde.

Und solche Geschichten passierten "Querbeet", auch z.B. in der Endoskopie und in nicht-

Selbsthilfeberater S2: Zum Problem der Diskriminierung bei einer HIV- Infektion

chirurgischen Bereichen, z.B. in Rehakliniken, in denen sie dann an bestimmten Maßnahmen nicht teilnehmen dürfen. Und das von medizinischem Personal, das eigentlich informiert sein müsste!

Das Erstaunen darüber haben die Patienten das erste oder zweite Mal, wenn sie das erleben, auch. Sie selbst – meist junge Leute – sind ja heutzutage sehr gut informiert. Die Argumente der Patienten den Ärzten gegenüber laufen oft ins Leere, es findet keine Kommunikation statt und ein Arzt lässt sich von einem Patienten in der Regel auch nicht gern belehren.

Zu infizierten Beschäftigten: Es hat sich bei uns noch kein HIV- positiver Arzt gemeldet. Das ist ein absolut hochtabuisiertes Thema, die Leute outen sich nicht. Wie sollen sich Betroffene bei Bewerbungen verhalten? Wir haben Krankenpflegepersonal geraten, den Bluttest abzulehnen. Das ist aber auch für "Profis" schwer durchzuhalten. Und solange in Krankenhäusern viel getestet wird... ist derzeit bei HIV kein Verlass darauf, dass die Situation und das Fehlen eines Risikos von allen richtig eingeschätzt werden; es ist nicht gesichert, dass der nächste Betriebsarzt nicht doch von Tätigkeitseinschränkungen spricht. Es ist für die Menschen ein schwieriges Thema.

Selbsthilfeberater S1: Zum Stellenwert einer HIV- Infektion in der Arbeitswelt

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft ist eine Beschäftigungseinschränkung für Personal im Gesundheitsdienst nicht (mehr) nötig. In 90% der Fälle schlägt die medikamentöse Therapie an. Liegt die Viruslast unter der Nachweisgrenze, kann eine HIV-Übertragung praktisch ausgeschlossen werden; diese Erkenntnis besteht seit 2010. Und das Thema Viruslast ist nur für Operateure, die eigenverletzungsträchtige Tätigkeiten ausüben, von Bedeutung, nicht für Pflegepersonal – was häufig verkannt wird.

Die Dunkelziffer von Problemfällen ist sicher hoch, aber das Bild ist verzerrt durch die ratsuchenden Negativfälle mit und ohne erfolgte Fallkonferenz eines Expertengremiums. Auch in der Altenpflege sind Fälle der Nichteinstellung bekannt.

Es gibt auch sicher eine große Zahl von gut unterstützten oder auch nicht unterstützten HIV-positiven Beschäftigten im Gesundheitsdienst, die berufstätig sind. Ihre Anzahl kennt jedoch niemand.

Selbsthilfeberater S3: Zu Erfahrungen mit dem Umgang mit Hepatitis- Infizierten in der Arbeitswelt

Eine Fallsammlung in diesem Sinne haben wir nicht. Es kommen uns nur Fälle "ans Ohr", haben also anekdotischen Charakter. Und diese beziehen sich eher auf Erkrankte, die als Patienten schlechte Erfahrungen machen.

Mit Bezug auf das Berufsleben hören wir z.B., dass der Arbeitgeber einem HCV-Erkrankten kündigen möchte und erkennt, dass dies nicht möglich und dann andere Argumente vorgeschoben wer-

Selbsthilfeberater S3: Zu Erfahrungen mit dem Umgang mit Hepatitis- Infizierten in der Arbeitswelt

den wie z.B., er passe nicht ins Team (das passiert auch im Gesundheitsdienst). Wir erhalten auch öfter Fragen zur Auskunftspflicht gegenüber dem Arbeitgeber, bei der sich die Betroffenen unsicher fühlen. Beim Thema HCV- Infektion kreisen viele nach wie um die Frage, wie man langfristig mit Betroffenen umgeht – so als müssten diese unbedingt lebenslang Hepatitis C haben.

Kaum einer fragt: "Wie wäre es, die Hepatitis C bei dem Betroffenen zu behandeln und auszuheilen?" Viele sind da noch "im alten Trott" und haben nicht vor Augen, dass Hepatitis C heute fast immer heilbar ist. Das ist auch bei Angehörigen des Gesundheitsdienstes teilweise noch nicht angekommen. Mir scheint, das Märchen von der angeblich unheilbaren Hepatitis C- Erkrankung geistert auch hier noch herum. Viele Pflegende und Mediziner – wenn sie nicht gerade in diesem Bereich spezialisiert sind – wissen nicht Bescheid über die Heilungschancen und auch über die Übertragungswege. Bei den Übertragungswegen findet gerne auch mal eine Verwechslung mit der Hepatitis A statt.

Der "Klassiker" ist dabei sicher die eigene Toilette für Krankenhauspatienten; sogar bei ausgeheilten Patienten ist dies schon vorgekommen.

Oder vor nicht einmal zehn Jahren gab es einmal den Fall, dass eine bereits ausgeheilte HCV- Infizierte aus anderen Gründen im Krankenhaus aufgenommen wurde; nach dem Ausfüllen des Aufnahmebogens las der aufnehmende Pfleger den Vermerk "Hepatitis C", stürzte ins Patientenzimmer und schrie, warum sie das nicht gesagt habe, er habe ihr ungeschützt gegenübergesessen, nun sei sein Leben und das seiner Familie ruiniert.

Sehr häufig wird auch von Zahnarztbesuchen berichtet, bei der in der Praxis als Hepatitis-C- Erkrankte gebeten werden, den Termin für die letzte Behandlung am Tag wahrzunehmen, mit der Begründung "Wir wollen danach besonders gründlich reinigen". Daran stören sich viele Betroffene.

Zusammenfassend: Der Irrglaube der Unheilbarkeit kombiniert mit der Vorstellung, dass eine Ansteckung durch Tröpfcheninfektion ganz schnell geht, ist verheerend. Zum Thema HBV gibt es nicht so viele Erfahrungen. Hier ist die Situation auch etwas anders. Wenn jemand chronische Hepatitis B hat, ist die Erkrankung ja nur kontrollier-, aber nicht heilbar; man kann die HBV-DNA nur niedrig halten oder unter die Nachweisgrenze bringen. Allerdings erkennen wir auch hier, dass man noch nicht so weit ist, anzuerkennen, dass dann mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit keine Ansteckung erfolgen kann.

Betriebsarzt B5: Zur Erfahrung mit chronisch Infizierten

Wir haben uns 2001 im Haus das erste Mal zu dem Thema Gedanken gemacht, nachdem die DVV- Empfehlungen herauskamen. Hierzu wurde eine hausinterne schriftliche Verfahrensanweisung erstellt; keine Betriebsanweisung. Bislang war der Einsatz jedoch nie nötig. Insgesamt haben wir beim Personal nur wenige HCV-Träger und nur einen HBV-Träger, die aber alle nicht in kritischen

Betriebsarzt B5: Zur Erfahrung mit chronisch Infizierten

Bereichen arbeite(ten).

Der Ansteckungsweg war in vielen Fällen nicht bekannt. Das bestätigt auch die Praxis der Verlaufskontrollen nach Nadelstichverletzungen bzw. Verletzungen mit infektiösem Material, die über die Arbeitsmedizinabteilung koordiniert werden. Bisher überblicken wir etwa 2200 Fälle, bei denen nie eine Serokonversion festzustellen war.

Betriebsarzt B6: Zum Einsatz von chronisch Infizierten

Ich sehe im Augenblick in allen von uns betreuten Unternehmen ein positives Umgehen mit Mitarbeitern mit einer chronischen HBV, HBC oder HIV. Sie werden so eingesetzt, dass keine Infektionsgefährdung besteht.

Gewerkschaftsvertreter G1: Zum Verhalten von potentiell infektiösen Beschäftigten

Als Gewerkschaftsmitglied bekomme ich gut mit, wie mit Beschäftigten im Gesundheitsdienst umgegangen wird. Auf der anderen Seite gibt es auch Mitarbeiter in ärztlichen Positionen, die gar nicht wissen wollen, ob sie infektiös sind. Dann wird einfach weitergearbeitet.

Die Ärzteschaft ist sehr darauf erpicht, dass ihre Persönlichkeitsrechte nicht unterminiert werden. Ich kann mir vorstellen, sie haben wegen möglicher Folgen für ihre Berufstätigkeit kein Interesse daran, sich testen zu lassen.

Betriebsarzt B6: Zur Übertragung von Infektionserregern auf Patienten

Es gab in meinem Umfeld mehrere Fälle, bei denen Patienten behaupten, sie seien infiziert worden und habe das Krankenhaus verklagt. Das Gesundheitsamt wurde informiert, kontrollierte und ließ sich die Daten geben. Es stellte sich heraus, dass alle Beteiligten des medizinischen Personals immunisiert waren und als Überträger nicht in Betracht kamen.

8.2.2 Zur arbeitsrechtlichen Problemrelevanz**Selbsthilfeberater S1: Zu Gerichtsurteilen**

Juristisches Fehlverhalten verschiedener Akteure im Gesundheitsdienst hat in den letzten Jahren allerdings eher zu- als abgenommen; das ist eine erschreckende Beobachtung. Zusammenhängen könnte dies nicht zuletzt mit einer weit verbreiteten Unkenntnis über die positiven Entwicklungen in der virologischen HIV-Behandlung.

Zudem sind Krankenhäuser einem verstärkten Konkurrenzdruck ausgesetzt und fürchten schlechten Leumund. Ein wegweisender Meilenstein in der Rechtsprechung war das Urteil des Bundesarbeitsgerichts, das die Kündigung eines HIV-infizierten Mitarbeiters als diskriminierend einstufte.

Selbsthilfeberater S1: Zu Gerichtsurteilen

Auch eine symptomlose HIV-Infektion fällt unter den Behinderungsbegriff des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes {BAG Urteil vom 19. Dezember 2013, Az. 6 AZR 190/12}.

Jurist J1: Zur Relevanz im Arbeitsrecht

Das ist in der Tat ein interessantes Thema, zu dem es wenige juristische Erörterungen gibt. Die juristische Literatur befasste sich früher vor allem mit HIV-Infektionen und der Berufsunfähigkeit aufgrund einer ansteckenden Krankheit, manchmal ging es dabei um die Ansteckung von Patienten, um Kündigungsschutzprobleme oder Arbeitsplatzversetzung. Jetzt ist dieses Thema für Juristen mehr oder weniger erledigt. Zwangsuntersuchungen sind ein Thema – die sind auch unter Juristen umstritten – da werden Persönlichkeitsrechtsschranken diskutiert. Aber auch dies nur selten und in Einzelfällen. Die Gerichte stehen dann aber vor großen Problemen. Im Laufe der Gerichtsverfahren läuft es dann auf das Kündigungsschutzrecht hinaus. Dieses ist im Wesentlichen "Richterrecht".

Hier sollte jetzt die Grenze gezogen werden, denn für HIV-Erkrankungen ist das weitgehend "ausgeurteilt", jetzt ist nur noch der Beruf relevant. Das sollte auch beim Antidiskriminierungsgesetz, also dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, so geregelt werden. Der Arbeitgeber darf fragen, aber der Beschäftigte muss nicht antworten.

In der deutschen Literatur werden nur Einzelfälle berichtet, das Thema wird unter Juristen nicht breit diskutiert. Die arbeitsrechtliche Praxis ist eigentlich völlig absurd, weil durch sie keine Rechtsicherheit entsteht.

Im Einzelfall werden keine Urteile ausgesprochen, weil das Ergebnis viel zu ungewiss ist, sondern Vergleiche. Das gilt für sicherlich zwei Drittel aller Fälle. Ein Vergleich wird nicht publiziert und kommt damit nicht an die Öffentlichkeit; deshalb wissen wir auch nicht, was in diesen Fällen eigentlich passiert. (Das ist auch im Interesse der Arbeitgeber. Ein kluger Arbeitgeber wird auf den Vergleich aus sein). Deshalb sehen wir nur die Spitze des Eisbergs, also die Fälle, in denen der Arbeitnehmer den Weg bis zum Ende gehen will. Und das bezieht sich vor allem auf HIV- Infektionen. Fälle mit einer Hepatitis-Erkrankung landen nur selten in Prozessen.

Jurist J2: Zur arbeitsrechtlichen Problemrelevanz

Ich bekomme, wenn, dann Informationen zum Infektionsstatus nur im Rahmen des allgemeinen Mandantengesprächs. Bei meinen Mandanten sind Hepatitis- oder HIV- Fälle die absolute Minderheit; den letzten Fall hatte ich 2014. In den letzten 20 Jahren konnte man alle Fälle also insgesamt an zwei Händen abzählen.

Was ich bei diesen Fällen erfahre, ist insgesamt sehr erschreckend; ich bekomme mit, dass viele Betroffene die eine Hepatitis- oder HIV- Infektion ihrem Arbeitgeber nicht mitteilen. Die Infizierten quälen sich häufig sehr damit, weil sie genau wissen, dass das was sie tun, nicht richtig ist. Aber sie

Jurist J2: Zur arbeitsrechtlichen Problemrelevanz

haben Angst vor Stigmatisierung und Arbeitsplatzverlust und damit vor einer Verschlechterung ihrer Lebenssituation. Durch die psychische Komponente verschlechtert sich dann auch noch mal die Gesundheit.

Dann besteht das Dilemma bei z.B. Verfahren zur Schwerbehinderung und Erwerbsminderungsrente, dass ich die Erkrankung durch meine Schweigepflicht nicht erwähnen kann. Dadurch entstehen dann Nachteile in der Rechtssituation für die Mandanten. Oft kommt ein Thema auch nicht von sich aus zur Sprache; ich habe aber eine "Trüffelnase" und spreche die Mandanten dann darauf an. Manchmal kommt es auch direkt zur Sprache. Aber am Arbeitsplatz wird es mehrheitlich nicht gesagt.

Jurist J2: Zu Fragerecht und Offenbarungspflicht

Fragt ein Arbeitgeber nach einer Schwerbehinderung, muss nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts der Arbeitnehmer zum Fragerecht auch wahrheitsgemäß antworten. Ansonsten gilt eine Lüge als arglistige Täuschung und der Vertrag kann angefochten werden.

Betrachtet man die mit dem Fragerecht korrespondierende Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers, muss er das nur bei Bewerbungen z.B. als Chirurg, also wenn bei der Erbringung der Arbeitsleistung eine Ansteckungsgefahr besteht. Und auch, wenn die Arbeitsleistung durch einen beeinträchtigten Gesundheitszustand beeinträchtigt wird. Hier geht es um die Frage, ob die Arbeit, die der Arbeitnehmer zu leisten hat, sich von ihrem Wesen her mit der Besonderheit der Erkrankung vereinbaren lässt (Beispiel Chirurg). Es gibt keine Gewichtung zwischen Fragerecht und Offenbarungspflicht.

Relevant für die anwaltliche Empfehlung ist in diesem Zusammenhang nur die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts zum Fragerecht des Arbeitgebers. Dagegen stehen die Regelungen des Sozialgesetzbuchs SGB 9 (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und die UN-Behindertenrechtskonvention von 2009, nach der darf der Arbeitgeber eigentlich nicht fragen.

Spätestens seit dem Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes ist zu berücksichtigen, dass Fragen nach Erkrankungen im Hinblick auf das Vorliegen einer Behinderung diskriminierungsrelevant sein können. Insgesamt fehlt eine Verfahrensregelung, erst dann kann eine Rechtsprechung kippen.

Selbsthilfeberater S3: Zur Offenbarungspflicht

Erfahrungsgemäß gibt es keine einheitliche Vorgehensweise hinsichtlich beruflicher Einschränkungen, außer bei chirurgischen Tätigkeiten, weil hier ein hohes Risiko besteht, dass sich auch der Operateur verletzt und dessen Blut in die Operationswunde des Patienten gerät.

Wir haben keinen Überblick, wie dies in anderen, weniger invasiven Bereichen gehandhabt wird. Wir haben hin und wieder Anfragen von Hepatitis-positiven Pflegern oder Ärzten, wie sie sich bezüglich Auskunftspflicht verhalten sollen oder ob sie beruflich umsatteln müssen. Es gibt dann aber in der Regel keine Rückmeldungen mehr an uns, wie der Fall ausgegangen ist.

8.2.3 Zum persönlichen Selbstbestimmungsrecht**Betriebsarzt B2: Zu Blutentnahmen**

Bei Blutentnahmen (HBV) hat sich nie ein Beschäftigter geweigert. Viele positive Beschäftigte haben mir ihren Status mitgeteilt, nicht zuletzt, weil ich mit ihnen ein gutes Vertrauensverhältnis hatte.

Betriebsarzt B5: Zu Blutentnahmen

Generell kommen alle neuen Klinikmitarbeiter zu Einstellungsuntersuchungen, das gilt auch für Chirurgen. Hier werden grundsätzlich Serologien auf Hepatitis B und Hepatitis C und bei schriftlicher Einwilligung auch auf HIV abgenommen. Es wird also nicht nur nach dem Immunstatus gefragt.

Eine Verweigerung haben wir dabei noch nie erlebt. Eine Erklärung könnte sein, dass wir auch die Nadelstich- Nachsorge einschließlich Postexpositionsprophylaxe konsequent befolgen; 86-90% der Nachuntersuchungen kommen tatsächlich zustande.

Betriebsarzt B6: Zu Blutentnahmen

Unser überbetrieblicher Dienst hat eine Blutabnahmeverweigerung noch nicht erlebt. Wer das nicht mitmacht, wird eben nicht genommen. Nach §23a IfSG darf sich der Arbeitgeber jetzt ja auch den Immunstatus nachweisen lassen. Diese Karte wird bislang aber noch nicht ausgespielt, weil die Notwendigkeit noch nicht da war.

Betriebsarzt B7: Zu Blutentnahmen

Die Blutabnahme hat in unserem Haus noch niemand verweigert, auch nicht bei Einstellungsuntersuchungen. Kürzlich hatten wir einen Hepatitis B-Impfverweigerer, den haben wir auf den §23a IfSG hingewiesen; aber dessen Erfüllung ist ja nicht die Aufgabe des Betriebsarztes.

Betriebsarzt B3: Zur Therapiefreiwilligkeit

Das Problem ist auch: wenn sich jemand weigert, sich therapieren zu lassen – was machen wir dann? Es gibt auch Fälle, da wird einfach Blut abgenommen; ich sage aber bei der Untersuchung nicht, dass das nicht verpflichtend ist. Bei manchen allerdings, z.B. bei Hebammen, nehme ich mir auch mehr Zeit, um sie zu überzeugen.

8.2.4 Zu Expertengremien und Fallkonferenzen**Selbsthilfeberater S1: Zu Erfolgsaussichten von Fallkonferenzen**

Die Umsetzung von Fallkonferenzen funktioniert erfahrungsgemäß eher weniger als mehr. Gute Erfahrungen gibt es mit einem anonymen Procedere. An vielen anderen Stellen gibt es allerdings ablehnende Haltungen und ausgesprochen schlechte Erfahrungen, bei denen man sieht, dass den DVV-Empfehlungen nicht unbedingt gefolgt wird.

Das zeigen auch aktuelle Beispiele aus der eigenen Beratungstätigkeit. Insofern ist die Sicht auf das Durchführen von Fallkonferenzen unter den derzeitigen Voraussetzungen sehr skeptisch zu sehen; je mehr Akteure sich (mit ggf. unterschiedlichen Informationshintergründen) beteiligen, desto mehr Meinungen und damit Verunsicherungen sind die Folge.

Betriebsarzt B2: Zu Verantwortlichkeiten

Alle Beteiligten sehen einen enormen Vorteil darin, dass die Verantwortung auf viele Schultern verteilt wurde/wird.

Betriebsarzt B3: Zu Verantwortlichkeiten

Wir haben immer Lösungen gefunden. Aber das Problem ist: Es gibt keine feste Regelung. Wer nimmt an einer Fallkonferenz teil? Das ist nicht klar. In welchen Fällen holt man das Gesundheitsamt ins Boot?

Betriebsarzt B2: Zum Aufwand

Eine Fallkonferenz erzeugt auch eine Menge Arbeit – das kollidiert ggf. mit knapp bemessenen Einsatzstunden. Da müssen Betriebsärzte mit dem Arbeitgeber nachverhandeln.

Betriebsarzt B2: Zu Erfolgskriterien

De facto kann man eine Anonymität im späteren Verlauf gar nicht einhalten, wenn jemand wirklich krank ist. Für den Einstieg ist das aber ein gutes Angebot. Beschlossene Maßnahmen werden im Lauf der Zeit in den Bereichen wahrgenommen.

Aber auf Grund des offiziellen Verfahrens der Fallkonferenz ist die Situation für alle relativ entspannt. Das Vertrauensverhältnis zum Betriebsarzt ist enorm wichtig. Das ist bei überbetrieblichen Diensten gar nicht so einfach, da sie ja nicht ständig im Haus sind.

Betriebsarzt B5: Zu informellen Konferenzen

Wenn im Rahmen einer Einstellung festgestellt wird, dass jemand Infektionsträger ist, prüfen wir von der Arbeitsmedizin, inwieweit dieser Status Auswirkungen auf die angestrebte Tätigkeit hat. Im Zweifelsfall wird ein Expertengremium installiert. Sind wir der Auffassung, dass durch den Trägerstatus keine Gefährdungen auftreten, gibt es den Hinweis "keine Bedenken, gilt nur für den Arbeitsplatz als geeignet".

Das würde aber auch bei anderen Erkrankungen ausgesprochen werden, bei denen die Mitarbeiter vor Gefährdungen aus der Arbeitstätigkeit geschützt werden müssen. Diese Entscheidungen werden stets im Kreis aller Betriebsärzte unseres Dienstes erörtert. Seitens der Personalabteilung wird in solchen Fällen darauf geachtet, dass die Mitarbeiter vor einem Wechsel in eine andere Abteilung (meist Wechsel des Fachgebiets) erneut zu einer personalärztlichen Untersuchung müssen.

Betriebsarzt B7: Zu informellen Lösungen

In unserem Haus konnten alle betroffenen Mitarbeiter immer so lange wie möglich an ihren Arbeitsplätzen bleiben, auch alle Pflegekräfte, außer in der Chirurgie. Auf Ebene des Klinikverbunds wurde schon vor Jahren ein Expertengremium benannt. Eine Fallkonferenz musste jedoch noch nie durchgeführt werden, weil wir auf lokaler Ebene in den einzelnen Häusern immer passende Lösungen gefunden haben.

Betriebsarzt B2: Zur wechselnden Zusammensetzung von Expertengremien

1996 haben wir im Rahmen einer vollständig zusammengesetzten Fallkonferenz im Klinikum einen virtuellen Fall konstruiert und abgestimmt. Das Beispiel war eine HIV- oder HBV/HCV- positive Pflegekraft in der Notfallambulanz. Als Ergebnis wurde festgehalten, dass alle Pflegekräfte uneingeschränkt weiterarbeiten dürfen, bis auf zwei Ausnahmen: Dialyse und einige wenige Situationen in der Anästhesie (dies war der Wunsch des Amtsarztes mit der Bitte um zukünftige Einzelprüfungen).

Eine Viruslast wurde nicht diskutiert. Es gab keine Betriebsvereinbarung, aber interne Empfehlungen. Das hat so gut funktioniert und war brauchbar, da ja die große Gruppe der Pflege schon rausgenommen war und keine Einzelfallprüfungen mehr nötig waren.

In anderen Häusern hat das so nicht so gut geklappt, was allein schon daran lag, dass die Zusammensetzung des Expertengremiums variierte und jeder Einzelfall von jeweils anderen Akteuren beurteilt wurde; es gab keine standardisierte fachliche Beurteilung und es wurden keine einheitlichen Gremien benannt.

8.2.5 Zur Rolle verschiedener Akteure**Betriebsarzt B4: Zur Rolle des Betriebsarztes**

Viele Hygieniker haben gute Vorschläge, aber die Rechtsgrundlage fehlt, um Mitarbeiter zu untersuchen. Das gilt hinsichtlich blutübertragener Erreger, aber auch hinsichtlich der MRSA- Problematik. Die Hygieniker wissen häufig, gar nicht, dass es keine Grundlage gibt, finden aber, die Betriebsärzte haben die Aufgabe, die Mitarbeiter zu untersuchen.

Hier steht der Betriebsarzt in einem Fokus, für den es gar keine Grundlage gibt.

Selbsthilfeberater S1: Zur Rolle des Betriebsarztes

Ein Betriebsarzt sollte sich über seine Rolle im Klaren sein: Er berät und unterstützt die infizierten Mitarbeiter zum Patientenschutz, vereinbart einvernehmlich Maßnahmen und Verfahren mit dem Mitarbeiter, lässt sich von der Schweigepflicht gegenüber dem Behandler entbinden und kooperiert mit diesem und dokumentiert alle Beratungsinhalte, Vereinbarungen etc.

Er ist nicht (!) Kontrolleur der vereinbarten Maßnahmen, sofern nichts anders vereinbart wurde (Eigenverantwortlichkeit des Mitarbeiters).

Arzt im Gesundheitsamt A4: Zur Rolle des Betriebsarztes

Mit Betriebsärzten ist das Gesundheitsamt generell eher auf Kriegsfuß. Sie sind aber auch allgemein nicht wohlgelitten. Häufig machen sie nicht, was sie sollen (z.B. Impfprävention) und denken,

Arzt im Gesundheitsamt A4: Zur Rolle des Betriebsarztes

sie müssten sich an nichts halten. Arbeitsmedizinische Vorsorge wird oft als "Zwangsuntersuchung" gestaltet, dabei wird auch die Angst von Mitarbeitern ausgenutzt; auch die ärztliche Schweigepflicht wird oft nicht beachtet. In Schulen z.B. haben viele noch keinen Betriebsarzt gesehen – obwohl es den gibt (Ersthelfer zum Beispiel sollen gegen Hepatitis B geimpft werden, das wurde auch schon abgelehnt).

Auf der anderen Seite kommt vor, dass sie "Hausarzt spielen" oder Lebensmittelbetriebe dabei unterstützen, ohne Indikation Stuhlproben von ihren Mitarbeitern zu verlangen, um z.B. auf Salmonellen oder EHEC-Erreger testen zu lassen. Weder darf das der Betrieb noch die Betriebsärzte; das gehört nicht zur Vorsorge.

Es ist dadurch schon zu Tätigkeitseinschränkungen und -verboten mit Entlassung gekommen – hier werden die Beschäftigten in was reingeritten, was gar nicht sein muss. Die Aufgabe der Begehungen wird häufig auf Praktikanten oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit abgewälzt; die haben aber wiederum keine medizinischen Kenntnisse. Auch wechseln die Betriebsärzte ständig, sie sind ja meist bei überbetrieblichen Diensten angestellt. Die müssten eher im Betrieb angestellt sein.

Betriebsarzt B1: Zur Rolle des Gesundheitsamts

Warum wird das Gesundheitsamt häufig doch nicht eingeschaltet – meine Einschätzung: Der Amtsarzt kann das auch verkomplizieren – er kann eine Fallkonferenz auch sprengen, wenn er der Einfachheit halber ein komplettes Tätigkeitsverbot nach §31 IfSG ausspricht.

Es hängt also von der Vertrauensbasis ab. Unabhängig von Fallkonferenzen sollte die Kommunikation gut sein. Eine Begehung alle zwei Jahre ist ja Pflicht.

Betriebsarzt B3: Zur Rolle des Gesundheitsamts

Ich als Betriebsarzt kann keine Auflagen machen. Hierfür brauche ich schon das Gesundheitsamt. Was schwierig ist: Der Arbeitgeber weiß nicht, dass der Betriebsarzt das Gesundheitsamt ins Boot holt; vielleicht will er das ja gar nicht. Auf der anderen Seite: Wenn etwas passiert, ist ja der Arbeitgeber {und nicht der Betriebsarzt} in der Verantwortung.

Arzt im Gesundheitsamt A1: Zur Rolle des Gesundheitsamts

Es wäre interessant zu wissen, ob die Amtsärzte überhaupt wissen, dass sie "den Hut aufhaben". Bei erstem Gespräch in einer Fallkonferenz muss nicht unbedingt ein Amtsarzt dabei sein; sinnvoll ist dies aber im Fall von Widerstand seitens des betroffenen Beschäftigten, oder wenn andere spe-

Arzt im Gesundheitsamt A1: Zur Rolle des Gesundheitsamts

zifische, auch rechtliche Fragen auftauchen.

Arzt im Gesundheitsamt A3: Zur Rolle des Gesundheitsamts

Wir sind noch nie zu einem Fall hinzugezogen worden; das wird nur im Betrieb besprochen. Eine Schweigepflichtentbindung passiert in der Regel gar nicht – Arbeitgeber sind da "feindseliges Terrain". Und Krankenhäuser sind nicht gerade die besten Arbeitgeber.

Es gibt in unserem Haus auch Bedenken, in eine Fallkonferenz involviert zu sein, weil wir gleichzeitig die überwachende Behörde sind; das ist immer problematisch und ein Spannungsfeld. Auf der anderen Seite wollen wir aber auch weg von der Kontroll- und mehr hin zu einer Beratungsfunktion. Inwieweit das für andere Gesundheitsämter auch gilt, vermag ich gar nicht zu sagen.

In Fortbildungen habe ich einige gesehen. In vielen gibt es aber immer noch die Trennung zwischen fachlichen und Verwaltungsbereichen – und in diesen wird viel mehr ordnungsrechtlich gearbeitet. Wir machen das ohne und das funktioniert auch. Wenn ich gefragt würde, würde ich nicht nein sagen, würde aber gern die Randbedingungen klären – ich trete nicht als Ordnungshilfe auf.

Arzt im Gesundheitsamt A4: Zur Rolle des Gesundheitsamts

Krankenhäuser machen die wenigen Fälle, die sie haben, unter sich aus; sie finden immer eine Lösung. Das Gesundheitsamt war bisher noch nicht involviert und es gibt auch keine Hinweise auf eine Virenübertragung. (Vor ca. 10 Jahren gab es mal einen beruflich HCV-infizierten Chirurg; der wurde aber behandelt und geheilt, also problemlos).

Ausländer, bei denen eine chronische Hepatitis häufiger vorkommt, arbeiten in der Regel an ungefährlichen Stellen, meist Pflegekräfte (nicht im OP). Chirurgen mit dem Problem gab es hier noch nicht. Wenn ein Betriebsarzt mal etwas gemeldet hat, wollte er nur die Entscheidung abwälzen und eine Verfügung vom Gesundheitsamt erwirken. Wenn in den nächsten Jahren mehr ausländische Ärzte angestellt werden, wird das Problem vielleicht zunehmen.

{Auf Nachfrage}: Wenn das Gesundheitsamt häufiger einbezogen würde, könnte es ja zu Entscheidungen kommen, die dem Krankenhaus gar nicht gefallen könnten – das wäre ja vielleicht nicht das Ziel der Beratung, aber so kann es kommen.

{Auf Nachfrage, ob Betriebsärzte die Rolle des Gesundheitsamts vielleicht sogar fürchten könnten}: Das ist nicht die Frage – das Problem ist wirklich selten. Es wird nie ein Arzt gemeldet, eher kommt eine chronische Infektion bei den osteuropäischen Ärzten und Pflegekräften vor. (Ich weiß von einer Pflegekraft, die immer wieder die betriebsärztliche Untersuchung umgehen konnte, bis sie irgendwann doch "identifiziert" wurde).

Hygienekontrolleur im Gesundheitsamt A5: Zur Rolle des Gesundheitsamts

Von HBV-, HCV- oder HIV- Infizierten im Krankenhaus bekommt das Gesundheitsamt nichts mit, das machen die im Krankenhaus eher unter sich aus. An einer Fallkonferenz sind wir bislang auch nicht beteiligt worden.

Die Erstmeldung erfolgt jedoch an das Gesundheitsamt und die Betroffenen werden über mögliche Übertragungswege aufgeklärt. Auch in Heimen und Kindertagesstätten läuft das i.d.R. über den Arbeitsmediziner. Wer in einen Fall eines infektiösen Beschäftigten noch involviert ist, ist uns nicht bekannt. Nur einmal wurden bei einem MRSA- Fall von einem Altenpflegeheim kontaktiert, da ging es aber eher um Ängste von Mitarbeitern wegen einer möglichen Ansteckung.

Betriebsarzt B2: Zur Rolle des Betriebs-/Personalrates

Wir haben den Prozess immer offen gestaltet und andere, also Vertrauenspersonen, zur Teilnahme zugelassen (Betriebliche Interessensvertretungen, Kollegen, ggfls. Anwälte). In der Regel war das in der Praxis dann der Betriebsrat. So war das transparent und ohne Diskriminierung -> also der Faktor Mensch als Erfolgsfaktor.

Bei konfessionellen Krankenhäusern scheint die Beteiligung der Mitarbeitervertretung nicht so regelhaft zu klappen. Die Mitarbeitervertretung hat hier auch einen anderen Status, ihre Funktion ist nur beratend und nicht juristisch; außerdem haben konfessionelle Häuser sicher auch eine andere Unternehmens-/Bewältigungskultur.

8.2.6 Zu Betriebsvereinbarungen/ Dienstanweisungen

Betriebsarzt B1: Zu Betriebsvereinbarungen

Eine Betriebsvereinbarung für MRSA habe ich vor 2,5 Jahren geschrieben – im Sinne des Arbeiterschutzes – der Betriebsrat hat sich geweigert, das überhaupt zu lesen. Damit können wir sie nicht so nennen, das haben wir gelöst, indem wir sie Betriebsanweisung der Geschäftsführung genannt haben - inhaltlich ist sie gleich. Die Klinikhygiene hat darin kein Wort darin geschrieben. Nur Betriebsärzte die Geschäftsleitung und Hygienefachkräfte.

Betriebsarzt B3: Zu Betriebsvereinbarungen

Wir haben mal einen Entwurf geschrieben zum Ablauf einer Fallkonferenz bei blutübertragenen Infektionen. Der Entwurf ist dann aber versendet.

Betriebsarzt B4: Zu Dienstanweisungen

Eine Dienstanweisung zu MRSA ist derzeit in der Entwicklung, sie beinhaltet auch Inhalte zum Arbeitsrecht. Darüber hinaus haben wir ein "Starterkit" für Beschäftigte geplant. 2012 hatten wir dazu schon mal Pläne, aber da hatte die Geschäftsleitung gesagt, das sei ein "heißes Eisen".

Zuvor hatten wir ein Rechtsgutachten zu HIV in Auftrag gegeben. Nun sagt die Geschäftsleitung, "das betrifft doch alle, jetzt sollen mal andere Geld ausgeben".

Betriebsarzt B4: Zu Dienstanweisungen

Ein Papier für chronisch Hepatitis- bzw. HIV-Infizierte gibt es schon seit 2009, ist aber bis heute nicht verabschiedet.

Betriebsarzt B7: Zu Betriebsvereinbarungen

Wir haben zum Thema "Chronisch infizierte Beschäftigte" schon vor Jahren eine Betriebsvereinbarung inklusive im MRSA und Hygiene für den ganzen Klinikverbund. Die wurde jetzt überarbeitet. In der Neuauflage wurde das Thema MRSA herausgenommen, weil das keine Aufgabe für den Betriebsarzt ist, sondern für die Hygiene.

In meinem eigenen Haus vor Ort gibt es auch eine neue Betriebsvereinbarung zum Umgang mit MRE- Keimen. An ihr ist auch der Betriebsarzt beteiligt, wenn zum Beispiel Mitarbeiter gesundheitliche Probleme haben etc.

Selbsthilfeberater S1: Zu Betriebsvereinbarungen

Sie können eine zusätzliche Unterstützungsebene sein. Die Personalvertretung mit einzubeziehen, ist sicher sinnvoll, aber die Akteure müssen ausreichend informiert sein. Wissensdefizite, aber auch lavierendes Verhalten von Personalvertretungen haben früher schon häufig zu Problemen geführt:

8.2.7 Zur Haltung von Arbeitgebern

Betriebsarzt B6: Zur Haltung des Arbeitgebers im Hinblick auf chronisch infizierte Beschäftigte

Ich selbst habe Erfahrung in 6 Fällen (1 HIV- Fall, 2 HBV- und 3 HCV-Fälle, davon 1 ohne Behandlung). Wenn OP-Beschäftigte betroffen waren, habe ich den Mitarbeitern geraten, eine Fallkonferenz durchführen zu lassen. Dies ist auf dieser Ebene immer gut verlaufen, auch die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt.

Nur in einem Fall – in einer Klinik, in der der Klinikchef keine HIV-positiven Operateur zulassen wollte, weil er befürchtete, dass sich im Fall eines Blutkontakts und eines Postexpositionsprophylaxe (PEP)- Angebots der Patient an die Öffentlichkeit wenden könnte, musste der Betroffene das Fach wechseln, da er nicht mehr operieren durfte.

Da liegt mir das Thema HIV und die DVV- Empfehlung, die Patienten nach einer intraoperativen Verletzung zu informieren und eine PEP anzubieten, obwohl eine Infektion ausgeschlossen ist, sehr im Magen. Ich fürchte, Betroffene werden sich nicht mehr outen, weil sie wissen, dass sie dann "raus aus dem Geschäft" sind. Hier sind aus meiner Sicht die DVV- Empfehlungen, den Patienten nach einer Nadelstichverletzung zu informieren, fehl am Platz, wenn die Viruslast unter 50 Kopien/ml ist. Die Empfehlungen sind ja noch strenger als in USA.

Betriebsarzt B7: Zur Haltung des Arbeitgebers im Hinblick auf chronisch infizierte Beschäftigte:

Da wir noch keine problematischen Fälle hatten, gibt es auch keine Erfahrungen mit arbeitsrechtlichem Hintergrund. Dem Patienten würden die Ärzte vor einer Operation im entsprechenden Fall jedenfalls nichts sagen, so schätze ich das ein.

8.2.8 Zu Meldepflicht und Datenschutz

Arzt im Gesundheitsamt A2: Zur Meldepflicht von blutübertragbaren Infektionen

Blutübertragbare Infektionen sind ja meldepflichtig; hier ist das Labor von der Schweigepflicht ausgenommen. Nach §§ 6,7 IfSG (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, Meldepflichtige Krankheiten, Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern) ist das Labor zur Meldung der Erreger verpflichtet und das Gesundheitsamt muss nach §25 IfSG ermitteln (... Ermittlungen); in diesem Zusammenhang ist auch der behandelnde Arzt zur Auskunft verpflichtet; hiermit ist also der Datenschutz "ausgehebelt".

In der Regel fragt der Amtsarzt dann auch den Betroffenen nach seinem Arbeitsplatz spricht die Empfehlung aus, mit dem Betriebsarzt zu sprechen und macht ggf. auch das Angebot, sich noch einzuschalten.

8.2.9 Zur chronischen MRSA- Besiedelung im Besonderen

Betriebsarzt B5: Zur Problemrelevanz

Es wird versucht, kolonisierte Mitarbeiter so gut es geht mit patientenfernen Arbeiten zu beschäftigen. Damit haben wir kein Problem; wenn am Patienten gearbeitet wird, dann nur mit voller Schutzausrüstung; es wird aber versucht, das ganz zu vermeiden. Mitarbeiter werden also nicht für längere Zeit nach Hause geschickt, nur manchmal für 2-3 Tage zu Abbau von Überstunden. Bei zunächst nicht sanierbaren Mitarbeitern mit MRSA- Befall in Wunden oder Ekzemen erwägen wir, eine BK-Anzeige auszulösen – wir hatten einige hartnäckige Fälle – aber bisher sind alle Betroffenen wieder negativ geworden.

Letztendlich hängt dies ja vor allem vom Einhalten der Hygienestandards ab. Eigentlich müsste man sofort eine BK Anzeige stellen. Dann müsste im BK-Fall auch die Unfallversicherung zahlen, nicht die Krankenkasse. Wenn bei Ausbrüchen Mitarbeiter als positiv identifiziert werden, werden alle Medikamente auf Kosten der eigenen Abteilung bereitgestellt. Dies trägt zur Akzeptanz der Hygienestandards bei.

Manchmal haben wir – unabhängig von Ausbrüchen – Anfragen von Mitarbeitern, die Angst haben, ihre Familie anstecken, egal ob Ausbruch oder nicht. Es scheint ein Angstthema zu sein. Da dies keine Indikation für einen Abstrich ist, klären wir dann nur ausführlich auf.

Krankenhaushygieniker K1: Zur Problemrelevanz

Ein Problem besteht ja nicht durch die nasale Besiedelung an sich, sondern erst beim Vorliegen einer Wunde oder durch Menschen mit oberen Atemwegsinfekten, die dann "Superspreader" werden. Erst dann findet eine Übertragung statt, also in einer sehr umschriebenen Risikosituation.

Da viele Beschäftigte dem Arbeitgeber ihre MRSA- Besiedelung ja nicht mitteilen, sieht man hier allerdings nur die Spitze des Eisbergs. Bei Personal-Screenings findet man immer temporär MRSA-besiedelte Beschäftigte, in der Regel 5%. Betriebsärzte und Hygienefachpersonal sollen nur bei Verdacht, also in Ausbruchsuntersuchungen screenen, sonst stehen Aufwand und Nutzen nicht in Balance.

Wenn man wie die Holländer "Search and Destroy" machen würde, müsste man 5% des Personals austauschen. Und bedenke: Man behandelt ja eine Kolonisation, nicht eine Infektion. Der MRSA-Hype ist ein wenig überzogen. Der Erreger ist eben der Älteste und Bekannteste und weit verbreitet. Auch für Immunsupprimierte ist MRSA nicht wirklich ein Problem. Es sterben mehr Menschen an Staphylokokken als an MRSA.

Das Problem ist die schlechte Therapierbarkeit von MRSA, die aber in den letzten 10 Jahren besser

Krankenhausthygieniker K1: Zur Problemrelevanz

geworden ist. Die Sterblichkeit ist heute gering, wenn man in den Studien die ganzen Confounder rausrechnet. Bei Risikopatienten, z.B. in der Dialyse – da ist man ja schon vorgewarnt und entsprechend vorsichtig. Die Aufklärung in den Häusern ist gering, die Panik ist groß, Stigmatisierung und Angst sind durchaus ein Thema.

Krankenhausthygieniker K1: Zur Finanzierung der MRSA- Sanierung

Eine wichtige Frage ist auch: Wer bezahlt die Sanierung? Die Krankenversicherung sagt, "es ist keine Krankheit", die Unfallversicherung, "es ist kein Unfall", die Arbeitgeber "was geht es mich an"? Seit der KRINKO- Empfehlung 19 haben sich die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen vermehrt – zumindest werden Papiere hierzu geschrieben (MRE- Netzwerke sind hier hilfreich, sie haben Musterhandlungsanweisungen).

Die medikamentöse Therapie finanzieren aus Kulanzgründen immer häufiger die Arbeitgeber. Das machen sie, weil sie die Beschäftigten ja halten und ihnen etwas bieten wollen. Geregelt offiziell ist das ja leider nicht. Die Unfallversicherung ist hier jedoch in der Pflicht.

Betriebsarzt B1: Zur Problemrelevanz

Wir hatten auch Fälle mit 5 Sanierungen. Einer war ganz verzweifelt, nahm zum Schluss Antidepressiva und Valium, er war Leitung, den hätte man dann rausgenommen. Es sind nur wenige, aber diese Fälle haben es in sich.

Arzt im Gesundheitsamt A4: Zur Problemrelevanz

Bisher waren alle Fälle sanierbar.

Hygienekontrolleur im Gesundheitsamt A5: Zur Problemrelevanz

Es gibt eine große Unsicherheit beim Personal wegen einer möglichen Nichtsanierbarkeit und den

Hygienekontrolleur im Gesundheitsamt A5: Zur Problemrelevanz

Folgen für die Tätigkeit, da wird dann schon mal von Betriebsärzten nicht untersucht; diese Haltung wird aber manchmal auch von Hygienefachkräften unterstützt. An die Geschichte traut sich niemand so richtig ran.

Aber auch die Beschäftigten trauen sich oft nicht, zum Betriebsarzt zu gehen, weil sie Angst vor den beruflichen Konsequenzen haben, gerade im Altenpflegebereich. Die Konsequenzen sind z.T. auch nicht deutlich genug kommuniziert. Nur bei Ausbrüchen werden solche Fälle dann aufgedeckt.

Man kann davon ausgehen wenn keine sanierungshemmenden Gründe vorliegen, dass bei Nicht-sanierbaren der Sanierungsprozess fehlerhaft war. Wenn man alles einhält, sind die allermeisten sanierbar. In der Klinik im Landkreis und in den Altenpflegeheimen hatten wir seit 13 Jahren keinen Ausbruch mehr. Die meisten Heime arbeiten mit dem öffentlich zugänglichen Sanierungsschema. Aber natürlich machen das nicht alle, oder es wird auch mal fehlerhaft ausgefüllt.

Gewerkschaftsvertreter G1: Zur Problemrelevanz

Ich habe schon einmal einen MRSA- Ausbruch im Krankenhaus erlebt, da sind die Ärzte alle "in die Ecke" gegangen und haben sich selbst getestet – und siehe da – sie waren alle "negativ".

In der Pflege ist das nicht so gelaufen. Wenn in Ausbruchssituationen die Vorgabe gemacht wird, dass die Untersuchung nicht selbst gemacht werden darf, finde ich das gut. Es gibt auch Arbeitgeber, die gehen damit gut um, erkennen den beruflichen Zusammenhang mit einer MRSA- Besiedelung an und setzen die Mitarbeiter dann auch patientenfern ein. Das ist zunächst mal unabhängig von der Krankenhausgröße oder dem Träger. Wenn aber wirtschaftlicher Druck besteht, werden solche Situationen gern auch dazu genutzt, Mitarbeiter loszuwerden, indem sie zum Hausarzt geschickt und das Problem damit privatisiert wird im Sinne von "Sie wollen doch wohl hier niemand anstecken, oder?"

In Arztpraxen, in denen der Druck sicher insgesamt geringer ist als in Krankenhäusern, würde ich sagen, klagen die Praxisinhaber auf hohem Niveau, sie hätten kein Geld und können die Sanierungskosten nicht auch noch tragen. Häufig kümmern sich jedoch nicht und setzen betroffene Mitarbeiter auch nicht in anderen, patientenfernen Aufgabenfeldern ein oder denken an Schutzmaßnahmen. Da müssten sie sich ja reindenken und dulden, dass der Mitarbeiter ggf. auch noch leistungsgemindert ist.

Am schlimmsten ist es sicher in OP- und Intensivpflegebereichen. Da wollen die Arbeitgeber betroffene Mitarbeiter vielleicht noch am ehesten loswerden. Im Sinne von "Den Nachweis hätten wir gerne, dass Sie wieder negativ ("sauber") sind, dann dürfen Sie wiederkommen; Sie wollen doch hier keine Patienten gefährden".

Menschen aus der Pflege sind für so was empfänglich – vielleicht mentalitätsbedingt im Geist von Florence Nightingale und nicht als Anbieter von Arbeit gegen Geld.

Gewerkschaftsvertreter G1: Zur Problemrelevanz

{Auf Nachfragen:} Nach meiner Wahrnehmung werden die Sanierungskosten mehrheitlich auf den Hausarzt abgewälzt. Ein Betriebsrat sagte neulich mal "bei uns läuft es gut, die Biostoffverordnung wird umgesetzt, die Hygieneregeln eingehalten etc." Das war das erste Mal, dass ich sowas gehört habe.

Altenpflegeeinrichtungen sind dabei sicher noch mal schlechter aufgestellt als Krankenhäuser. Sie haben ja oft keinen Betriebsarzt vor Ort, da werden die Mitarbeiter sicher noch öfters zum Hausarzt geschickt.

Krankenhaushygieniker H1: Zur Erfahrung mit Fällen

Wenn ein Verfahren dann mal läuft, läuft es sicher gar nicht so schlecht. Das größte Problem ist sicherlich, wenn sich MRSA-kolonisierte Beschäftigte nicht trauen, ihre Besiedelung zu melden.

Arzt im Gesundheitsamt A1: Zur Erfahrung mit Fällen

Eine MRSA- Besiedelung ist ja nur meldepflichtig, wenn der Erreger in Blut oder Liquor nachweisbar ist. Die Kliniken wenden sich an unser MRE- Netzwerk, das verläuft alles "unter dem Radar". Wir haben hier im Gesundheitsamt noch keinen Fall eines chronisch Besiedelten gehabt. Man kann ja auch niemand die Approbation deswegen entziehen.

8.3 Zusammenfassung

Zur allgemeinen und rechtlichen Problemrelevanz

Berater von Selbsthilfeorganisationen überblicken einen langen Zeitraum und erkannten bis heute während hohe Informationsdefizite im beruflichen und privaten Umfeld von chronisch Infizierten. Insbesondere HIV- Infektionen waren in den letzten Jahrzehnten von der Panik im beruflichen und privaten Umfeld des Betroffenen sowie von Stigmatisierung und Diskriminierung geprägt.

Betriebsärzte berichteten, dass ernsthafte Probleme beim Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter eher selten sind und in den allermeisten Fällen doch einvernehmliche Lösungen gefunden werden konnten. Der interviewte Leiter eines überbetrieblichen Dienstes erkannte eine aktuell positive Entwicklung im Hinblick auf den angemessenen Einsatz von HBV-, HBC- oder HIV- Infizierten in den von seiner Firma betreuten Gesundheitsdienstleistungen.

Aus Sicht eines Selbsthilfegruppenberaters und eines Juristen wurden insbesondere Unsicherheiten in der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung angedeutet. Auch wurde betont, dass Urteile hinsichtlich der Problemrelevanz ein schlechter Indikator sind, da nur sie, nicht aber die Vielzahl erfolgter gerichtlicher Vergleiche an die Öffentlichkeit gelangt. Gleichfalls von einem Juristen wurde die fehlende Gewichtung zwischen dem Fragerecht des Arbeitgebers und der Offenbarungspflicht des Beschäftigten bei Einstellungsuntersuchungen thematisiert, die auch die Rechtsprechung beeinflusst. Darüber hinaus wurde hinsichtlich des Dilemmas zwischen dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht und dem Patientenschutz bei der Bestimmung des Infektionsstatus von den interviewten Betriebsärzten berichtet, dass eine verweigernde Haltung bei Blutentnahmen durch Beschäftigte im eigenen Arbeitsbereich nicht erlebt wurde. Es wurde aber auch betont, wie sehr das Verhalten vom Vertrauensverhältnis zwischen Betriebsarzt und Beschäftigtem abhängen kann.

Zu Betriebsvereinbarungen oder Dienstanweisungen

Formale Regelungen wurden von den Betriebsärzten als positiv angesehen; mehrfach wurde berichtet, dass Entwürfe nicht finalisiert wurden, da sie nicht von allen Ebenen des Arbeitgebers mitgetragen wurden.

Zu Expertengremien und Fallkonferenzen

Die Institutionalisierung von Expertengremien, die im Zweifelsfall in Fallkonferenzen über den Einsatz eines betroffenen Beschäftigten befinden, wurde grundsätzlich positiv bewertet; der Notwendigkeit eines solchen Gremiums stand vor allem aus Sicht der Praktiker die Seltenheit der Problematik gegenüber, sofern informell andere einvernehmliche Lösungen gefunden werden konnten. Allerdings wurde auch deutlich gemacht, wie sehr das Gelingen von der Kompetenz und auch Beständigkeit der Beteiligten abhängt.

Zur Rolle verschiedener Akteure

Mehrfach wurde die Rolle von Betriebsärzten angesprochen, wobei ein Betriebsarzt und ein Selbsthilfeorganisationsberater deutlich machten, dass Betriebsärzte derzeit eine Rolle ausfüllen sollen, für die es rechtlich keine definierten Grundlagen gibt (Unterstützung der Hygiene bei Maßnahmen des Patientenschutzes, Kontrolle von vereinbarten Maßnahmen). Ein Gesundheitsamtsvertreter aus einem ostdeutschen Bundesland sprach hingegen von Eigenmächtigkeiten und fehlenden Kompetenzen von Betriebsärzten.

Auch die Rolle von Gesundheitsämtern kam aus verschiedenen Perspektiven vergleichsweise oft zur Sprache: Hinsichtlich Rollenkonflikten beim Dilemma zwischen Beratungs- und Kontrollaufgaben, der Sorge, der Arbeitgeber könnte mit einer Beteiligung des Gesundheitsamts nicht einverstanden sein, der Frage, was Amtsärzte mit ihrer Macht, Tätigkeitsverbote aussprechen zu können, machen bzw. ob diese ihnen überhaupt bewusst ist. Deutlich wurde, dass Gesundheitsämter bei Entscheidungen zum Einsatz vom chronisch infizierten/ besiedelten Beschäftigten nur sehr selten beteiligt zu werden scheinen.

Zu chronischen MRSA- Besiedelungen

Hinsichtlich dieses Themas wurden deutlich, wie selten das Problem tatsächlich ist, wie problematisch dies jedoch in Einzelfällen sein kann und dass durch eine hohe Tabuisierung von Beschäftigten gegenüber dem Arbeitgeber auch mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen ist.

9 Kasuistiken zu HBV/HCV/HIV- Infektionen (Dokumentenanalysen)

Um neben quantifizierbaren Erfahrungen verschiedener Akteursgruppen (siehe **Kapitel 10**) zu vertieften Informationen über Problemstellungen und den beruflichen Verlauf von chronisch HBV-, HCV- und HIV- infizierten Beschäftigten zu gelangen, wurden in einen Teilprojekt krankheitsbezogene Kasuistiken aufgearbeitet.

Dies erfolgte auf der Basis der Dokumentation anonymisierter Fälle, die im Rahmen des langjährigen Beratungsangebots zu arbeitsmedizinischen Aspekten von Professor Friedrich Hofmann²⁰ am Robert Koch- Institut (RKI) beraten wurden. Ziel der Zusammenschau war insbesondere, Erkenntnisse zum Verlauf von Berufsbiografien zu gewinnen und Handlungsunsicherheiten sowie hemmende bzw. förderliche Faktoren in Entscheidungsfindungsprozessen zu identifizieren (Fälle chronisch MRSA- kolonisierter Beschäftigter waren hier naturgemäß nicht Grundlage der Beratungen).

Ergänzt wurden die Kasuistiken um weitere arbeitsrechtlich dokumentierte Fälle, die im Online-Suchportal eines der führenden Online-Anbieter von verlagsübergreifenden Rechtsinformationen in Deutschland (JURIS) recherchiert wurden.

²⁰ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisB.html

9.1 Methoden

1. RKI- Beratungsfälle, Gutachten und Berichte im Rahmen von Experteninterviews

Die schriftlich dokumentierten Beratungsanfragen zu mehrheitlich chronisch infizierten Beschäftigten und teilweise der Schriftverkehr zur Beratung selbst umfassten – in unterschiedlicher Qualität – die Jahre 1988 bis 2016. Schriftlich dokumentierte Fälle waren an allen Anfragen anteilmäßig stark unterrepräsentiert. Ein Schriftverkehr erfolgte nur bei brieflichen Anfragen, auf besonderen Wunsch oder bei gänzlich Unbekannten sowie aktuell auch durch E-Mail- Kontakte.

Die interne standardisierte Zusammenstellung von Informationen erfolgte im Hinblick auf die Art der Infektion, den Beruf und die Tätigkeit des Betroffenen, seine Rolle, die Hauptfragestellung im Zusammenhang mit der Beratung und die Frage, ob ein interdisziplinäres Expertengremium Entscheidungen zum beruflichen Einsatz durch eine Fallkonferenz unterstützt hat. Die Frage nach der weiteren beruflichen Entwicklung der Betroffenen konnte nicht systematisch beantwortet werden, da aus datenschutztechnischen Gründen keine Nachfragen an die damalige (in der Regel) Dienstadresse des Betroffenen erfolgen konnte.

Sofern sich in den Schriftstücken nicht nur Fragen des Patienten-, sondern auch des Arbeitsschutzes befanden, wurden sie berücksichtigt, wurden aber inhaltlich nur selten gefunden (in der Regel die Empfehlung, doppelte Handschuhe zu tragen).

Gleichfalls hinzugezogen wurden Fälle im Rahmen eigener Gutachten zwischen den Jahren 2000 und 2009, die von z.B. Sozialgerichten oder Vertretern der gesetzlichen Unfallversicherung in Auftrag gegeben wurden. Darüber hinaus wurden narrative Experteninterviews mit Vertretern des Dachverbands *Deutsche AIDS-Hilfe* (www.aidshilfe.de) und zwei Betriebsärzten geführt und entsprechend retrospektiv erinnerliche Fälle dokumentiert. Dies erfolgte ohne Vollständigkeitsanspruch in jeglichem Sinn.

Aus der Datenfülle werden wesentliche Problematiken aus der Praxis in den vergangenen mindestens 25 Jahren in typischen Kasuistiken vorgestellt.

2. In der Datenbank JURIS dokumentierte Gerichtsprozesse

Im Online-Suchportal von JURIS (<https://www.juris.de/jportal/index.jsp>) wurden am 17. Januar 2017 Fälle chronisch infizierter/ MRSA-besiedelter Beschäftigter im Gesundheitsdienst recherchiert, die gegen Tätigkeitseinschränkungen oder -verbote/ Kündigung des Arbeitsverhältnisses geklagt hatten.

Im Textfeld der Suchmaske der erweiterten Suche wurde "Hepatitis", "HIV" oder "MRSA" als Suchbegriff eingegeben. Als Filter bei Dokumenttypen wurde "Rechtsprechung" angegeben, bei Rechtsgebieten die Suche auf "Arbeitsrecht", "Sozialrecht", "Zivil- und Prozessrecht" begrenzt sowie "Bundesrepublik Deutschland" und "alle Bundesländer" als Region eingesetzt. Mittels Datumsbeschränkung wurden Fälle ab 1980 gesucht.²¹

²¹ Die Suchstrategie wurde auch um den Begriff "Tuberkulose" erweitert (769 Datensätze); dies führte zur Identifizierung von 13 Datensätzen, von denen jedoch nur ein Datensatz Informationen zur hier

9.2 Ergebnisse

9.2.1 Beratungsfälle, Gutachten und Berichte im Rahmen von Experteninterviews

Aus einem analysierten Datenpool von 329 Beratungsanfragen und Gutachten zwischen 1988 und 2016 konnten 249 Dokumente als relevanter "Fall" zum Thema "Einsatzfähigkeit bei chronischer Infektion/MRSA- Besiedelung" identifiziert werden.

Einschließlich weiterer 22 Berichte aus Experteninterviews wurden 19 exemplarische Fälle aus dem Gesamtpool von 248 Datensätzen zusammengestellt (siehe **Abb. 5**).

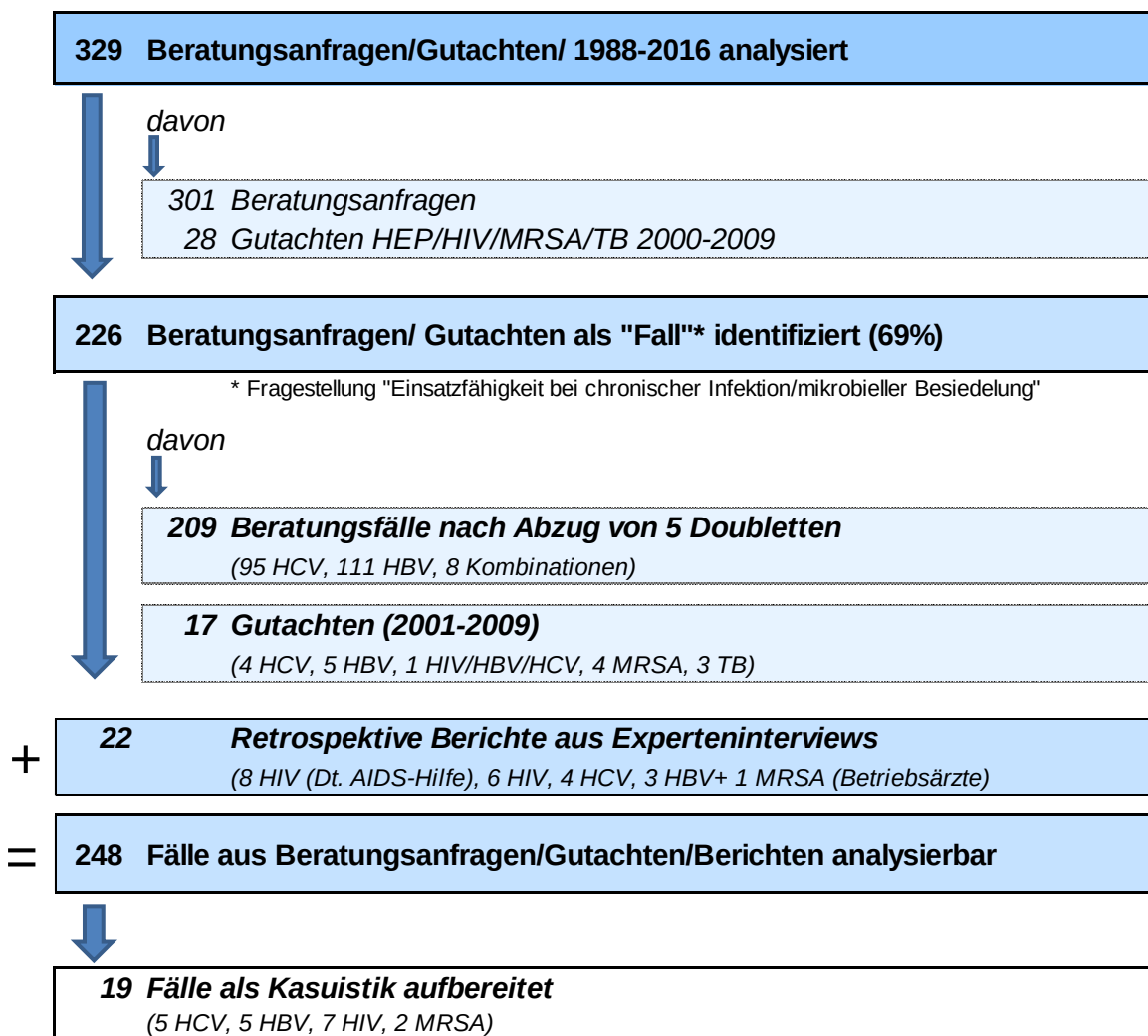


Abb. 5: Umfang der Dokumentenanalyse zu Beratungsanfragen, Gutachten und Berichten aus Experteninterviews

zugrunde liegenden Fragestellung enthielt. In dem Verfahren ging es um die erfolglose Bemühung um Anerkennung einer BK Nr. 3101; die betroffene Krankenpflegerin wurde hierbei wegen ihrer Aussage zur beruflichen Ansteckung massiv unter Druck gesetzt. Der Datensatz wurde für weitere Analysen ausgeschlossen.

78% der genannten Aktivitäten erfolgten vor 2006. Rund die Hälfte der Dokumente bezog sich auf HBV-Infizierte, ebenfalls die Hälfte der Beratungsanfragen erfolgte von Betriebsärzten, meist mit dem Wunsch nach einer Absicherung von Entscheidungsoptionen für die Einsatzfähigkeit betroffener Beschäftigter. In 46% der Beratungen erfolgte die Anfrage durch den Betriebsarzt des Betroffenen (n=97 von 214); 31 Dokumente enthielten auch Informationen zu einer Fallkonferenz eines interdisziplinären Expertengremiums.

56% der Anfragen bezogen sich auf chirurgisch/invasiv tätige Ärzte, 18% auf nichtärztliches medizinisches Personal mit invasiven Tätigkeiten, 25% auf pflegerisches/ therapeutisches/ med. bzw. nicht-medizinisches Fachpersonal (HBV-, HCV, HIV-Infektionen). 84% der Anfragen bezogen sich auf eine aktuelle Beschäftigung, die übrigen auf Bewerbungen, Einstellungen, Tätigkeitswechsel oder Berufswünsche. Bei 21 Anfragen ging es um ein Tätigkeitsverbot (10%) und bei n=101 um Tätigkeitseinschränkungen (48%).

Im Folgenden werden 19 exemplarische Kasuistiken, gegliedert in der Reihenfolge HCV-, HBV, HIV- Infizierte (n=4, 6, 7) und MRSA- Kolonisierte (n=2) vorgestellt und in jeweiligen Kommentaren einer Bewertung unterzogen. Zwei Fälle stammen aus Gutachten; in ebenfalls zwei Fällen wird eine Fallkonferenz erwähnt.

HCV-Fall 1 von 4 (Code 502)

2000, HCV- infizierter Chirurg, Beratungsanfrage des Ärztlichen Direktors, arbeitsrechtliche Probleme

Bei einem chirurgisch tätigen Arzt wurde während einer Blutspendenaktion zufällig eine HCV-Infektion, Subtyp 1b, festgestellt, deren Bestehen sowohl dem Gewerbeaufsichtsamt als auch dem zuständigen gesetzlichen Unfallversicherer als Berufskrankheit gemeldet wurde. Ein Jahr später wurde eine Interferontherapie durchgeführt, die - wie spätere Untersuchungen der HCV-RNA zeigten, jedoch erfolglos blieb. Gleichwohl wurde der Chirurg vier Jahre nach Bekanntwerden der Infektion zum chirurgischen Chefarzt bestellt.

Im Hinblick auf mehrere in der Öffentlichkeit diskutierte Fälle einer Übertragung von HBV durch chirurgisches Personal wurde festgelegt, dass er nur noch mit doppelten Handschuhen operieren dürfte. Die HCV-Viruslast wurde zweimal bestimmt, wobei Werte von 10^6 bzw. $1,5 \times 10^7$ Viruskopien/ml verifiziert wurden. Damit lag die Viruslast in einem Bereich, in dem mit Übertragungsgefahr gerechnet werden musste.

Aus diesem Grund wurden Rückschauuntersuchungen empfohlen, um festzustellen, ob in den Jahren zuvor HCV-Infektionen bei den von dem Chirurgen operierten Patienten aufgetreten waren. Diese wurden in der Folge von der Krankenhausleitung durchgeführt. Dabei wurde bei der Untersuchung der Patienten, die während der vergangenen zwei Jahre behandelt worden waren, in keinem Fall eine HCV-Infektion verifiziert.

Dennoch wurde dem Chirurgen gekündigt, woraufhin er seine Tätigkeit als niedergelassener Arzt fortführte. Ob es hier zu Infektionen gekommen ist, kann nicht mehr festgestellt werden, da sich seine Spur inzwischen verloren hat.

Kommentar: Dieser Fall zeigt, dass übereilte Entscheidungen zu einem katastrophalen Ergebnis führen können, das selbst Arbeitnehmer in einer Chefarztposition die Existenz kosten kann. Dass die Anregungen des DVV-Gutachters nicht ernst genommen wurden, kann man nur als skandalös bezeichnen.

HCV-Fall 2 von 4 (Code 148)

2003, HCV-infizierter Augenarzt mit operativen Tätigkeiten, Beratungsanfrage des Betroffenen, arbeitsrechtliche Probleme

Anlässlich einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung wurde bei einem Augenarzt, dessen Serum-Transaminasen erhöht waren, eine HCV-Infektion festgestellt. Da es noch alte Serumproben gab, konnte die schon bestehende Infektion für einen Zeitraum von sieben Jahren gesichert werden. Im Hinblick auf das bei augenärztlichen Operationen unter Sicht vernachlässigbare Infektionsrisiko für die Patienten wurden vom Betriebsarzt keine Restriktionen erwogen und ausgesprochen.

Zur Behandlung der HCV-Infektion erfolgte einige Jahre später eine antivirale Therapie, die zur Negativierung von HCV-RNA führte. Auch die erhöhten Serum-Transaminasen normalisierten sich unter der Behandlung. Vermutlich durch das zu frühe Absetzen der Therapie wurde die HCV-Infektion wieder aktiv, woraufhin erneut eine Behandlung aufgenommen wurde. Daraufhin normalisierten sich die pathologischen Werte recht zügig.

Zur selben Zeit erhielt der Betroffene eine Chefarztstelle und der Umzug in die betreffende Stadt stand bevor, d.h. die Kinder wurden aus der Schule genommen, die Ehefrau – ebenfalls mit einem medizinischen Beruf – kündigte ihre Stelle und die Wohnung wurde aufgegeben.

Unmittelbar vor Weihnachten erfolgte mit der Begründung der (medikamentös erfolgreich behandelten) HCV-Infektion, von der der Betroffene dem Arbeitgeber von Anfang an berichtet hatte, die Kündigung gerade noch in der Probezeit. Obwohl zwei Gutachten von DVV-Mitgliedern angefertigt wurden, in denen auch die Tatsache thematisiert wurde, dass durch Augenärzte bislang weder HBV- noch HCV-Infektionen bei Patienten bekannt geworden wären und dass die in den DVV-Empfehlungen genannten verletzungsträchtigen operativen Eingriffe in der Augenheilkunde nicht vorkommen. Das Fazit der Gutachter war denn auch die Empfehlung zur Weiterbeschäftigung. Als Beweis für die geringe bzw. gar nicht vorhandene Infektiosität wurde darüber hinaus noch die negative HCV-Serologie der Ehefrau sowie der Kinder herangezogen. Trotzdem wurde die Kündigung aufrechterhalten.

Glücklicherweise kam der Betroffene wieder in seinem alten Krankenhaus als Oberarzt unter, wo er auch noch 13 Jahre später erfolgreich tätig war, ohne dass Fälle von HCV-Infektionen bei Patienten aufgetreten wären.

Kommentar: Auch in diesem Fall, bei dem gründlich recherchiert wurde und alle relevanten Daten zur Infektiosität und zur Exposition am Arbeitsplatz vorlagen, wurde entgegen den Empfehlungen der beiden eingeschalteten DVV-Gutachter gehandelt, ohne dass es dafür eine Begründung gab. Dass der Beschäftigte wieder in eine Oberarztposition zurückkehren konnte, war lediglich einem glücklichen Zufall zu verdanken.

HCV-Fall 3 von 4 (Code 158)**2005, HCV-infizierte Pflegekraft auf einer gynäkologischen Klinikstation, Beratungsanfrage der Betroffenen, arbeitsrechtliche Probleme**

Bei einer seit 25 Jahren tätigen Krankenpflegekraft, die seit 15 Jahren in einem kleinen Kreiskrankenhaus im gynäkologischen Bereich tätig war, wurde zufällig eine chronische Hepatitis C festgestellt. Vom Genotyp her wurden die Behandlungsmöglichkeiten eher pessimistisch eingeschätzt. Die Analyse ihrer Tätigkeiten ergab, dass sie überwiegend im Nachtdienst eingesetzt wurde und Tätigkeiten im operativen Bereich, im Kreißsaal und auf der Intensivstation nicht möglich waren. Fädenziehen, Verbandswechsel etc. konnten auch von anderen Kolleginnen vorgenommen werden.

Dennoch wurde ihr vom Betriebsarzt jedwede Tätigkeit untersagt, selbst das Referieren für die jungen Mütter und das Abhalten der Stillsprechstunde. Vor dem Hintergrund, dass ihr am Ende gekündigt werden könnte, entschloss sie sich, trotz der schlechten Erfolgsaussichten mit einer antiviralen Therapie zu beginnen. Diese führte dazu, dass sie HCV-RNA-PCR-negativ wurde, was auch 10 Jahre später noch der Fall war.

(Gegen Ende der Therapie wurde eine andere chronische Krankheit diagnostiziert, die ihre körperlichen Tätigkeiten im Stationsdienst praktisch unmöglich werden ließ).

Kommentar: Mit diesem Fall konnte wieder einmal gezeigt werden, dass der Alleingang eines Akteurs, in diesem Fall des Betriebsarztes, zu einem Ergebnis führen kann, das mit dem Verlust des Arbeitsplatzes enden kann. Da die inneren hierarchischen Strukturen in der betreffenden Klinik nicht aufgeklärt werden konnten, kann die Frage, inwieweit die Einschaltung des Personal-/Betriebsrates sowie des Gesundheitsamtes eine günstigere Entwicklung hätte herbeiführen können, nicht beantwortet werden.

HCV-Fall 4 von 4 (Code 601)**1998, HCV-infizierter Anästhesiepfleger, Beratungsanfrage der Öffentlichen Gesundheitsverwaltung (Luxemburg)**

In einem Städtischen Krankenhaus wurden zwischen dem 1.7. und dem 13.10. 1998 vier Fälle einer HCV-Infektion bei Patienten objektiviert, die sich 6 bis 16 Wochen zuvor einer orthopädischen Operation hatten unterziehen müssen. Alle wiesen erhöhte Serum-Transaminasen ('Leberwerte') auf, drei hatten klinische Merkmale einer Hepatitis (Gelbfärbung der Augen, dunkler Urin etc.) und bei allen wurden anti HCV-Antikörper sowie eine positive HCV-RNA gefunden.

Da ein Zusammenhang der Fälle als sehr wahrscheinlich betrachtet wurde, berief die verantwortliche Gesundheitsbehörde eine Kommission ein, deren Mitglieder aus den Bereichen Virologie, Krankenhaushygiene, Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin stammten. Zunächst wurden 833 Patienten auf HCV-Marker untersucht, die seit Jahresanfang in dem Krankenhaus operiert worden waren. Anlässlich dieser Untersuchung erhöhte sich die Zahl der HCV-Infizierten auf sechs.

Die HCV-Infektion bei Patient 1 war offensichtlich schon 1980 anlässlich einer Herzklappenoperati-

HCV-Fall 4 von 4 (Code 601)

on erworben worden. Patient 4 und 5 waren trotz der eindeutigen Laborwerte klinisch unauffällig. Der genetische Vergleich der HCV-Isolate zeigte, dass die fünf neuen Fälle einen inneren Zusammenhang aufwiesen, obwohl sie in verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses behandelt worden waren. Überdies waren andere Infektionsmöglichkeiten (Drogenkonsum, Bluttransfusionen, riskantes Sexualverhalten) ausgeschlossen worden.

Daraufhin wurde das Personal des Krankenhauses ebenfalls auf das Vorliegen von HCV-Markern getestet. Bei einem Anästhesiepfleger, der bei allen sechs Operationen beteiligt war, konnte ebenfalls eine HCV-Infektion gesichert werden. Die arbeitsmedizinisch orientierte Recherche zeigte, dass der Pfleger bei den fraglichen Operationen die intravenösen Zugänge gelegt hatte. Zum Arm-auflegen bei den Patienten wurde ein etwas wackeliger Tisch verwendet, unter dem ein Eimer stand, der – so Aussagen des Personal bei Befragungen während der Begehung – dem Auffangen von Blut diente, das bei der Prozedur offensichtlich gelegentlich floss.

Der Pfleger trug normalerweise keine Handschuhe während der Punktionen. Darüber hinaus gab er auf Befragen zu, "Recapping" betrieben zu haben (Zurückstecken der Kanüle in die Schutzhülle) und mit einem für die Flächendesinfektion nicht zugelassenen Desinfektionsmittel gearbeitet zu haben, das vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt wurde

Im April 1998 hatte er sich beim Öffnen einer Box mit Infusionslösungen am Mittelfinger der rechten Hand eine daumennagelgroße Wunde zugezogen, die er notdürftig mit einem Pflaster versorgte, das allerdings nur drei bis vier Tage hielt. Während der darauffolgenden Zeit achtete er nicht mehr auf die noch nicht verheilte Wunde, sondern setzte seine Tätigkeit fort.

Während des Zeitraums, in dem die Patienten 1-6 operiert wurden, war er an 39 Operationen beteiligt, bevor er selbst beim Joggen kollabierte und als Patient in das Krankenhaus eingewiesen wurde, wo die frische HCV-Infektion bei ihm diagnostiziert wurde. Wegen seiner Erkrankung konnte er an den nun folgenden 118 Operationen nicht teilnehmen, was dazu führte, dass keine einzige neue HCV-Infektion auftrat.

Da während des Zeitraums, in dem die 833 getesteten Patienten operiert worden waren, zusätzliche 71 Patienten eines operativen Eingriffs unterzogen worden waren, bei denen eine HCV-Testung aus verschiedenen Gründen nicht möglich war und zudem 85 Patienten verstorben waren, konnte eine Infektion weiterer Patienten nicht ausgeschlossen werden. Dem Pfleger wurde wegen seiner fahrlässigen Arbeitsweise gekündigt.

Ob die Infektion berufsbedingt war, war retrospektiv nicht ersichtlich. Mehrere Jahre später wurde bekannt, dass der Pfleger i.v.- medikamentenabhängig war. Ob das aber in den beschriebenen Fällen eine Rolle gespielt hat, wurde nicht im Einzelnen berichtet.

Kommentar: Der wegen Aufsichtsversagen der Vorgesetzten als "Hepatitis-Urteil" bekanntgewordene Fall²² zeigt, dass beim vermehrten Auftreten von Hepatitisvirus-Infektionen in einem Krankenhaus immer geprüft werden sollte, ob ein Zusammenhang zwischen den Fällen besteht, was bedeutet, dass nicht nur der Infektionsstatus der Patienten genau unter-

²² <http://www.land.lu/page/article/120/2120/DEU/index.html>

<https://www.tageblatt.lu/nachrichten/luxemburg-nachrichten/hepatitis-c-affare-urteile-aus-1-instanz-grosstenteils-bestatigt-97439424/>

sucht werden sollte, sondern auch derjenige des Personals. Darüber hinaus sollte im Rahmen regelmäßiger Begehungen, an denen Teilnehmer aus den Bereichen Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin und Krankenhaushygiene beteiligt werden sollten, akribisch auf die Arbeitsbedingungen und die Einhaltung der einschlägigen Hygienerichtlinien geachtet werden.

Im Fall von Infektionen sollten darüber hinaus Virologen bzw. klinische Infektiologen beteiligt sein. Die geschilderten Ereignisse zeigen, dass selbst schwierige Fälle durch das Zusammenwirken der genannten Fachvertreter in einer Kommission in befriedigender Art und Weise gelöst werden können.

HBV-Fall 1 von 6 (Code 600)

2001, HBV-infizierter Herzchirurg, mit Fallkonferenz, Gutachtenauftrag

Vom Landesgesundheitsamt eines Bundeslandes wurde eine Gruppe von Wissenschaftlern zusammengestellt, um den Fall eines seit den 1980er Jahren HBV- infektiösen Chirurgen zu diskutieren, bei dem der Verdacht bestand, dass er mehrere seiner Patienten mit dem Virus infiziert haben könnte.

Der Chirurg hatte mehrere Jahrzehnte in einer großen Klinik herzchirurgische Eingriffe vorgenommen und – so die Schilderung eines der Beteiligten – verhindert, dass der Betriebsarzt eine Anzeige nach damaligen Bundesseuchengesetz (heute Infektionsschutzgesetz) vornahm.

Auf welchen Wegen die Liste der HBV-Serumwerte des Chirurgen ins Landesgesundheitsamt gelangt war, wurde nicht bekanntgegeben. Obwohl die Empfehlungen der DVV zum Umgang mit HBV-infektiösen Mitarbeitern bereits seit längerer Zeit publiziert worden waren, hatte man an der Klinik, an der der Operateur tätig war, kein entsprechendes Gremium gebildet. Ersatzweise sollte nun die im Landesgesundheitsamt zusammengerufene Gruppe über den Fall entscheiden.

Da die Werte jahrelang in einem Bereich von 10^8 Viruskopien/ml HBV-DNA und mehr betragen hatten, war anzunehmen, dass Patienten zu Schaden gekommen sein könnten. Die Werte der vergangenen fünf Jahre lagen allerdings mit DNA-Gehalten von deutlich weniger als tausend Viruskopien pro Milliliter in einem Bereich, in dem keine Übertragungsfälle mehr zu erwarten waren.

Deshalb beschloss die Runde, eine Rückschauuntersuchung zu initiieren, in deren Rahmen die Patienten auf eine HBV-Infektion getestet werden sollten, die während der Dauer der hohen Infektiosität operiert worden waren. Erst einige Tage später wurde bekannt, dass Daten aus einem Beobachtungszeitraum von vier Jahren, der 15 Jahre zurücklag, bereits 1992 englischsprachig publiziert worden waren - allerdings unter einem Titel, der nicht auf einen Bericht über eine Reihe von nosokomialen Infektionen schließen ließ²³.

Obwohl die Teilnehmer der Gesprächsrunde im Landesgesundheitsamt zu strengem Stillschweigen verpflichtet worden waren (um zunächst einmal ohne öffentlichen Druck an die Rückschauuntersuchung gehen zu können), erstattete der zuständige Landesminister wenige Tage nach der Zusammenkunft Anzeige gegen den Chirurgen wegen Körperverletzung.

Damit war dem gesamten Verfahren die Grundlage entzogen worden und der betroffenen Klinik

²³ Uy A, Wunderlich G, Olsen DB, Heermann KH, Gerlich WH, Thomssen R. Genomic variability in the preS1 region and determination of routes of transmission of hepatitis B virus. J Gen Virol. 1992 Nov;73 (Pt 11):3005-9

HBV-Fall 1 von 6 (Code 600)

gelang es, die Auflösung des Falls so lange vor sich her zu schieben, bis niemand mehr die Initiative ergriff, zu einer endgültigen Aufklärung zu kommen. Der Operateur war noch weitere fünfzehn Jahre chirurgisch tätig, bevor er sich in den Ruhestand verabschiedete.

Kommentar: Der Fall beleuchtet einmal mehr die Tatsache, dass Gremien, die sich mit nosokomialen Infektionen befassen, mit dem Ziel zuverlässig und diskret arbeiten müssen, so dass keine Informationen "nach draußen" gelangen können. Andererseits wird auch deutlich, dass es unmöglich ist, bei einer so großen Anzahl an Mitwissern Angelegenheiten wie die Infektiosität eines Mitarbeiters geheim zu halten. Deshalb sollte von vornherein "mit offenen Karten gespielt" werden.

HBV-Fall 2 von 6 (Code 53)**2001, HBV-infizierter Anästhesist/Notfallmediziner/ Chirurg, Beratungsanfrage des Betroffenen, arbeitsrechtliche Probleme**

Ein vormals in der Sowjetunion tätiger Anästhesist und Chirurg verunfallte dort und bekam deshalb mehrere Bluttransfusionen. In der Folge wurde festgestellt, dass er HBsAg- positiv und damit infektiös war. Aus diesem Grund durfte er selbst kein Blut mehr spenden. Nach dem Zerfall der Sowjetunion erfolgten die Übersiedlung nach Deutschland und die erneute Aufnahme der anästhesiologischen Tätigkeit.

Darüber hinaus war er als Rettungsarzt tätig. Die Tatsache der HBV-Infektion teilte er den jeweils zuständigen Betriebsärzten mit, die gegen seine Tätigkeit nichts einzuwenden hatten, ihm allerdings das Tragen doppelter Handschuhe bei verletzungsträchtigen Tätigkeiten empfohlen.

Als es zum Betriebsarztwechsel kam, wurde ihm jedoch die weitere Funktion als Rettungsarzt untersagt (nicht bekannt durch wen), obwohl die Analyse seiner Tätigkeiten ergab, dass er keine der in den DVV-Empfehlungen zur Verhütung von HBV-Infektionen genannten Tätigkeiten durchzuführen hatte. Daraufhin wurde die HBV-Viruslast bestimmt, bei der sich ein Wert von 1.000 Viruskopien pro ml ergab.

Gutachterlich wurde deshalb festgestellt, dass die angeordneten Maßnahmen ausreichten und zunächst in vierteljährlichem Rhythmus die Viruslastbestimmung wiederholt werden solle. Bei gleichbleibender Viruslast - so wurde empfohlen - könne man auf jährliche Abstände übergehen. Dies wurde vor allem deshalb angeregt, weil die Infektiosität offensichtlich gering war; denn weder hatte der Mann seine Frau infiziert, noch war bei den beiden Kindern eine HBV-Infektion aufgetreten.

Kommentar: In diesem Fall wird deutlich, dass das Vorgehen eines Betriebsarztes, der auf eigene Faust Entscheidungen trifft, ohne die von der DVV empfohlenen Wege einzuhalten, zu falschen Entscheidungen führen kann. Die DVV hatte ja gerade die Empfehlungen ausgesprochen, um die "Last von den Schultern der Betriebsärzte zu nehmen", die i.d.R. als erste und möglicherweise einzige von der Infektiosität eines Beschäftigten erfahren und sich mit der Entscheidungsfindung alleingelassen fühlen.

HBV-Fall 3 von 6 (Code 54)**2001, HBV-infizierter Chefarzt einer gynäkologischen Klinikabteilung, Beratungsanfrage des Gesundheitsamts zum weiteren Vorgehen nach Verbot operativer Tätigkeiten durch Klinikleitung**

Bei einem Gynäkologen wurde während der betriebsärztlichen Untersuchung eine HBV-Infektion festgestellt, die auf einer Verletzung während der Tätigkeit zurückgeführt werden konnte und deshalb als Berufskrankheit anerkannt wurde. Die Analyse der Eingriffe ergab, dass diese meist kleinerer Art waren, so u.a. Exstirpationen oberflächlicher Tumoren, Kürettagen und Zystoskopien.

Des Weiteren wurden Stanzen und Punktionen durchgeführt, wobei die Stichrichtung von der Hand weg gerichtet war. Die am meisten verletzungsträchtige Tätigkeit bestand in der Implantation venöser Portsysteme etwa zweimal pro Woche. Dabei wurde zur Anlage eines Gewebetunnels mit einer stricknadelartigen Sonde auf die palpierende Hand zugearbeitet, wobei es gelegentlich zu Verletzungen, vor allem der Handschuhe kam.

Deshalb wurde durch die Klinikleitung ein Verbot von operativen Tätigkeiten ausgesprochen. Im Gespräch mit dem Betroffenen, Vertretungen des Gesundheitsamtes und der Klinikverwaltung wurde deshalb die Einschaltung eines Gutachters vereinbart, von dessen Empfehlung das weitere Vorgehen abhängig gemacht werden sollte.

Die genauere Analyse ergab eine Viruslast von 3.300 Viruskopien pro ml und lag damit in einem Bereich, in dem noch nie eine Virusübertragung vom Operateur auf den Patienten festgestellt werden konnte. Da bislang keine doppelten Handschuhe getragen wurden, wurde dies zur Voraussetzung für eine Weiterführung der Tätigkeit gemacht.

Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, die OP-Technik der Portimplantation so zu verändern, dass bei der Tunnelung der Haut nicht mehr auf die Hand zugearbeitet werden muss und dass dies auch im OP-Bericht zu vermerken.

Des Weiteren wurde empfohlen, die Viruslast jährlich zu kontrollieren und nur bei einer stärkeren Abweichung nach oben erneut über die weitere Tätigkeit zu beraten.

Da diese Konstellation aber nicht eintrat (was im Falle der HBV-Infektion typisch ist), konnte der Fall zur Zufriedenheit aller Beteiligten als gelöst betrachtet werden.

Kommentar: Der Fall zeigt, dass die konsequente Zusammenarbeit verschiedener Akteure, wie sie auch in den DVV-Empfehlungen zum Ausdruck kommen, zu einem befriedigenden Ergebnis führen kann, so dass weder Arbeitnehmer noch Arbeitgeber und schon gar nicht der Patient einen Schaden erleidet.

HBV-Fall 4 von 6 (Code 306)**2015, HBV-infizierter Augenarzt, Beratungsanfrage des Betriebsarztes als Mitglied eines interdisziplinären Expertengremiums zu Tätigkeitseinschränkungen bei zukünftig geplanten operativen Tätigkeiten**

Ein in der Türkei geborener Augenarzt hatte bei der Geburt eine Hepatitis B- Virusinfektion erworben, die seither chronisch infektiös bestand, aber zu keinem Zeitpunkt behandlungsbedürftig war. Die Viruslast habe immer im niedrigen Bereich gelegen. Facharztberichte existierten nicht.

Er habe während seiner Klinik­tätigkeit in der Türkei die Werte halbjährlich kontrolliert und die Gastroenterologen des Hauses hätten die Werte überwacht. Schriftliche Befunde hierüber lagen ebenfalls nicht vor. Nun war die Aufnahme einer operativen Tätigkeit in einer Augenarztpraxis geplant. Folgende Eingriffe sollten ambulant vorgenommen werden:

- Katarakt-OP,
- Lasereingriffe an der Netzhaut,
- Okuloplastien (rekonstruktive und ästhetische Lidchirurgie),
- intravitreale Injektionen (in den Glaskörper hinein),
- Botoxinjektionen.

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Untersuchung im August 2014 konnten folgende Werte festgestellt werden: anti HBc positiv, HBV-DNA 15.574 Viruskopien/ml, anti HCV: negativ, letzter Wert in der Türkei: HBV-DNA < 100 Viruskopien/ml.

Nach Erlangung der deutschen Approbation sollte nun ein Gremium (Betroffener/ Arbeitgeber/ Betriebsarzt/ Hygienebeauftragter/ Amtsarzt) die Bedingungen festlegen, unter denen eine operative Tätigkeit im o.g. Rahmen gestattet werden kann.

In der gutachterlichen Antwort wurde deshalb auf die Durchsicht der international vorliegenden Literatur zur HBV-Infektion durch infektiöses medizinisches Personal hingewiesen, die bei vielen Fachrichtungen Risiken aufweise, in denen eine Übertragung des Erregers auf die Patienten wahrscheinlich sei. Vor allem Kieferchirurgen, Zahnärzte, Kardiochirurgen, Allgemeinchirurgen und Gynäkologen tauchten in zahlreichen Berichten als Überträger auf. Eine HBV- (oder auch HCV)-Transmission habe es bei Augenärzten bislang nicht gegeben.

Auf Grund der Gefährdungsbeurteilung kann eine solche auch nur bei einer extrem hohen Viruslast (bislang seien im Falle der HBV-Infektion Werte von bis zu 10¹⁴ Viruskopien pro ml bekannt geworden) ein Risiko für die Patienten darstellten. Deshalb griffen in diesem Fall die Empfehlungen der DVV²⁴. Grundvoraussetzung der Beschäftigung des Kollegen sei das unbedingte Vertrauen in seine Person (was bereits dadurch dokumentiert worden sei, dass er offenbar die erforderlichen Auskünfte freiwillig gegeben habe).

Da die OP-Liste keine Eingriffe aufweise, wie sie in dem DVV-Katalog genannt worden seien, gebe

²⁴ RKI (Hrsg.) (1999). Mitteilung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V. Empfehlungen zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-B-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. *Epidemiologisches Bulletin* 30, 222-223. Abgerufen von

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/1999/Ausgabenlinks/30_99.pdf?__blob=publicationFile

HBV-Fall 4 von 6 (Code 306)

es keine Einwände gegen eine Beschäftigung. Empfehlenswert sei dennoch das Tragen doppelter Handschuhe mit Indikatorsystem, das - wie eigene (*von wem?*) Untersuchungen gezeigt haben - die Geschicklichkeit nach einer kurzen Eingewöhnungsphase nicht entscheidend beeinträchtigt. Darüber hinaus sollte gewährleistet sein, dass der Kollege anti HAV-positiv sei (Impfung oder natürliche Immunität).

In dem Gremium, das auf der Grundlage der DVV-Empfehlungen entschied, waren der Betriebsarzt, der Inhaber der Augenklinik sowie der Amtsarzt vertreten. Die Empfehlungen wurden umgesetzt und zwei Jahre später ergab eine Nachfrage, dass der Betreffende weiterhin tätig sei und überwacht werde.

Kommentar: Die DVV-Empfehlungen wurden in diesem Fall zwar nicht 1:1 umgesetzt, doch immerhin unter Beteiligung der wichtigsten Akteure implementiert, was zu einer befriedigenden Lösung führte.

HBV-Fall 6 von 6 (Code 601)**1992, HBV-Infektionen von Patienten durch einen Chirurgen während der HB-Inkubationszeit und falsche Entscheidung des zuständigen Gremiums**

Eine 47jährige Patientin wurde stationär eingewiesen, da bei ihr eine Myasthenia Gravis diagnostiziert worden war, eine relativ seltene, aber unangenehme neuromuskuläre Krankheit aus dem Kreis der Autoimmunerkrankungen. Da hier vieles dafür spricht, dass die Entfernung der Thymusdrüse einen positiven Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf haben kann, wurde auch bei ihr dieser Eingriff vorgenommen. Vier Monate später (im Juli) erkrankte sie an einer akuten Hepatitis B.

Die Suche nach der Infektionsquelle deutete auf ihren Chirurgen als Verursacher der Leberkrankheit hin. Dieser hatte sich ebenfalls eine Hepatitis B zugezogen, die im Januar entdeckt worden war. Anlässlich einer Rückschauuntersuchung bei 144 Patienten, die von dem Chirurgen während des infektiösen Zeitraums operiert worden waren, zeigte sich, dass dieser mindestens 19 Patienten infiziert hatte, und zwar 12 während des Prodromalstadiums, d.h. während eines Zeitraums, als er seine Krankheitssymptome noch nicht richtig hatte deuten können.

Da bei ihm die Symptome längst abgeflaut waren, erlaubte man ihm die weitere Tätigkeit unter strengen Arbeitsschutzmaßnahmen mit der Auflage, "besonders sorgfältig zu arbeiten". Trotzdem kam es zur Infektion weiterer sieben Patienten

Weil er über Schmerzen in den Zeigefingern nach häufigem Nähen klagte, ließ man ihn (mit doppelten Handschuhen) eine Stunde lang in einer wässrigen Umgebung nähen und kneten. Danach wurde die Flüssigkeit untersucht und es fand sich HBV-DNA als Marker seiner Hepatitis B. Die Viruslast beim ihm war offenbar so hoch, dass die Handschuhe nicht alles Viruspartikel hatten zurückhalten können. An den Fingern fanden sich übrigens diverse kleinste Schnitte. Außer den 19 Patienten hatte er – wie die Verlaufskontrolle ergab – keine weiteren Infektionsfälle mehr verursacht.

Kommentar: Der Fall zeigt beispielhaft, dass die Regel, wonach technische Arbeitsschutz-

maßnahmen (doppelte Handschuhe) im Falle der Hepatitis B nachrangig zu persönlichen (Hepatitis B-Schutzimpfung) sein können. Das Gremium im Krankenhaus, das über seine weitere Tätigkeit zu befinden hatte, hätte zur Untermauerung seiner Tätigkeitserlaubnis trotz des Verschwindens seiner Krankheitszeichen mindestens ein-, wenn nicht mehrmals HBV-DNA bestimmen müssen, um eine virologisch sichere Aussage treffen zu können.

HIV-Fall 1 von 7 (Code 348)

2013, HIV-infizierter Physiotherapeut – Neueinstellung im Krankenhaus mit Fallkonferenz

Ein Physiotherapeut teilte seine nicht beruflich erworbene HIV-Infektion während der Einstellungsuntersuchung in einer Universitätsklinik dem Betriebsarzt mit. Daraufhin wurde eine Fallkonferenz zur Frage der Eignung einberufen. Der Entscheid des Gremiums fiel positiv für die Einstellung aus, jedoch mit folgenden Auflagen:

- Beginn einer antiretroviralen Therapie,
- Viruslastbestimmung bis zum Vorliegen einer Viruslast <50 Kopien/ml und entsprechende Mitteilung an den Betriebsarzt,
- Tragen von Handschuhen bei Patientenkontakten,
- Patientenkontakt nur in Anwesenheit einer dritten Person, sowie
- eine schriftliche Verpflichtung, bei Notfällen nicht zu reanimieren.

Der Physiotherapeut verzichtete von sich aus auf die Einstellung.

Kommentar: Nach den 2012 veröffentlichten Empfehlungen der DVV können HIV-infizierte Physiotherapeuten ihren Beruf unabhängig von der Viruslast uneingeschränkt ausüben. Von Menschen mit HIV, die eine Reanimation durchführen, geht grundsätzlich keine Infektionsgefahr aus. Die eklatante Missachtung des Standes der Wissenschaft durch die an einer Universitäts-Klinik einberufene Fallkonferenz ist bemerkenswert.

HIV-Fall 2 von 7 (Code 349)

2015, HIV-infizierte Bewerberin für eine Weiterbildung in der Augenmedizin

Eine junge Ärztin, die ihre Infektion nicht beruflich erworben hatte, bewarb sich zur Weiterbildung in der Augenheilkunde in einem Krankenhaus, in dem der Arbeitgeber keine HIV-Infizierten im Haus haben wollte. Nachdem sich der Betriebsarzt während der Einstellungsuntersuchung eine Schweigepflichtentbindung unterschreiben hatte lassen und den Infektionsstatus offenlegte, lehnte der Klinikleiter die Bewerbung ab.

Infolgedessen gab die Bewerberin ihren ursprünglichen Berufswunsch auf und arbeitet jetzt auf einer internistischen Abteilung (dort wurden keine diesbezüglichen Fragen gestellt).

Kommentar: Die Schweigepflichtentbindung ist nach dem Arbeitsrecht (Ständige Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts) rechtswidrig, da der Arbeitgeber keine Einzelinformationen erhalten darf. Auch der grundsätzliche Ausschluss eines HIV-infizierten Bewerbers von der ärztlichen Tätigkeit im Allgemeinen und der Tätigkeit in der Augenheilkunde im Besonderen verstößt nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 19.12.2013 gegen das im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) von 2006 festgelegte Diskriminierungsverbot [BAG 2013, 6 AZR 190/12]).

Aus medizinischer Sicht bestehen in der Augenmedizin im Allgemeinen keine Restriktionen. Ein interdisziplinäres Expertengremium hätte in einer Fallkonferenz allenfalls darüber beraten können, ob in der Augenheilkunde tatsächlich übertragungsträchtige Tätigkeiten ausgeübt werden, die die Auflage der Viruslastbestimmung rechtfertigen könnten.

Zur Frage, ob die Beschäftigte in einer internistischen Abteilung besser aufgehoben ist als in der Augenmedizin, lässt sich ohne weitere Kenntnisse des Fachgebiets nicht abschließend beurteilen. In der internistischen Koronarangiographie zum Beispiel, in der risikoreiche Tätigkeiten durchgeführt werden, sind den Verfassern mehrere HBV- bzw. HCV- Zwischenfälle bekannt, bei denen Patienten geschädigt wurden. In den ersten DVV- Empfehlungen wurde deshalb in Kenntnis dieser Sachlage immer auf Tätigkeiten und nicht auf Facharztbezeichnungen abgehoben. Eine andere Frage ist, ob man HIV-positives Personal dort arbeiten lassen sollte; dem steht jedoch im Gegensatz zu HBV- bzw. HCV- Infizierten nichts entgegen.

HIV-Fall 3 von 7 (Code 349)

2013, HIV-infizierter Bauchchirurg mit Fallkonferenz

Ein Facharzt für Chirurg hatte sich durch eine Nadelstichverletzung in einer Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie eine HIV-Infektion zugezogen, die als Berufskrankheit anerkannt worden war. Die Viruslast konnte unter antiretroviraler Therapie nachhaltig unter die Nachweisgrenze gesenkt werden. Der Betroffene wurde von einem überbetrieblichen betriebsärztlichen Dienst betreut.

An einer anonymisiert abgehaltenen Fallkonferenz nahmen der Klinikleiter, eine Psychologin aus dem betriebsärztlichen Dienst, der behandelnde Facharzt und ein externer Berater im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe teil. Dem Chirurg wurde eine Tätigkeit als Assistenzarzt zugestanden und ein Katalog von zu vermeidenden gefährdenden Tätigkeiten definiert, die i.d.R. nur von Ober-/ Chefärzten vorgenommen werden (also Blindpunktionen, OP im tiefen Becken, Thorax-, Lungen-, Ösophagus-OPs und OPs mit handgeführten Nähten). Bei diesen Tätigkeiten sah das Expertengremium Konferenz die Gefahr, dass es zu einer Verletzung mit "massiver Inokulation von Blut (>1ml)" kommen könne.

Zudem sollte der Chirurg bei allen operativen Eingriffen Unterhandschuhe tragen. Die Teilnahme an Bereitschaftsdiensten wurde erlaubt.

Wegen der angenommenen erhöhten Verletzungsgefahr bei ober- oder chefärztlichen Tätigkeiten wurde ihm die Weiterentwicklung zum Oberarzt abgesprochen. Die Klinikleitung befürchtete, dass sich dies in der Öffentlichkeit negativ auswirken könnte. Der betriebsärztliche Dienst wiederum hatte Angst, dass der Arbeitgeber als Kunde "abspringen" könnte.

Diese Spannung ertrug der Chirurg nicht; zudem wollte er auch nicht dauernd vom Betriebsarzt kontrolliert werden. Er verließ die Klinik auf eigene Initiative und begann eine weitere sechsjährige

HIV-Fall 3 von 7 (Code 349)

Fachweiterbildung in der Psychiatrie.

Kommentar: Das Gremium war sehr vorsichtig; die Gefahr einer Verletzung mit "massiver Inokulation von Blut (>1ml)" ist statistisch extrem unwahrscheinlich. In den Empfehlungen der DVV wird bei den genannten Tätigkeiten ausdrücklich keine Infektionsgefahr gesehen, wenn die Viruslast des Operators unter der Nachweisgrenze liegt. Die Entscheidung im Rahmen der Fallkonferenz folgt nicht dem Stand der Wissenschaft und erfüllt die im Urteil des Bundesarbeitsgerichts von 2013 aufgestellten Diskriminierungskriterien (BAG 2013, 6 AZR 190/12).

HIV-Fall 4 von 7 (Code 351)**2016, HIV-infizierter Gefäßchirurg, Imagesorge des Arbeitgebers**

Auf Bitten eines Gefäßchirurgen erfolgte durch den Betriebsarzt ein HIV-Test bei ihm mit positivem Ergebnis. Ein Test 6-7 Jahre zuvor war negativ ausgefallen; eine berufliche Infektion war wahrscheinlich und wurde später als Berufskrankheit anerkannt. Der Betriebsarzt sorgte sich um die Gefahr einer Verletzung von Patienten, wollte diese aufklären und ggf. eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) anbieten lassen.

Zwar wurden die PEP-Medikamente in dieser Klinik vorgehalten; der organisatorische Ablauf wäre geklärt gewesen; allerdings wurde befürchtet, dass ein Patient sofort nach der Aufklärung an die Öffentlichkeit gegangen und dadurch ein schwerer Imageschaden für die Klinik zu befürchten gewesen wäre.

Der Betriebsarzt hat sich letztlich, nachdem er externen Rat eingeholt hatte, dazu entschieden, den Chirurgen unter Kontrolle der Viruslast und Bezug auf die Verhaltensempfehlungen der DVV bei seiner chirurgischen Tätigkeit zu begleiten.

Kommentar: Die Umsetzung der Empfehlung der DVV, den Patienten bei einem chirurgischen Zwischenfall zu informieren und eine Postexpositionsprophylaxe anzubieten, ist sehr problematisch. Zum einen kann die Umsetzung dieser Empfehlung nur gewährleistet werden, wenn der Arbeitgeber über die Infektion informiert ist. Zum anderen muss sichergestellt sein, dass die entsprechenden Medikamente zur PEP vorgehalten werden oder diese innerhalb von 2 Stunden zugänglich sind. Zudem muss ein Arzt auch nachts und am Wochenende PEP-Beratung machen können; dies kann nicht in jedem Krankenhaus gewährleistet.

HIV-Fall 5 von 7 (Code 352)**2016, HIV-infizierter Bauchchirurg, Fallkonferenz**

Ein Bauchchirurg in einem kleinen ländlichen Krankenhaus erlebte eine beruflich bedingte HIV-Serokonversion. Eine unverzüglich eingeleitete antiretrovirale Therapie konnte die Viruslast schnell unter die Nachweisgrenze senken. Die überbetrieblich tätige Betriebsärztin wollte ihn weiterarbeiten lassen, hatte aber Angst, dass Patienten "verrücktspielen", wenn sie darüber informiert werden.

In der Absicht, eine Fallkonferenz zu initiieren, wurden mehrere Experten zur Bildung eines Gremiums angerufen. Ein bekannter HIV-Spezialist empfahl gleich, die chirurgische Tätigkeit einzuschränken (die DVV- Empfehlungen waren ihm nicht bekannt).

Die Betriebsärztin entschied sich nach Rücksprache mit ihrem Vorgesetzten und weiterer fachlicher Beratung, den betroffenen Chirurgen in Anlehnung an die Empfehlungen der DVV bei seiner chirurgischen Tätigkeit zu begleiten. Eine Fallkonferenz wurde nicht einberufen.

Kommentar: Eine erfolgreiche Durchführung von Fallkonferenzen ist auch von Kenntnisstand der Beteiligten abhängig. Gezielte Publikationen auch in medizinischen Fachzeitschriften jenseits arbeitsmedizinischer Schwerpunkte wären dazu hilfreich.

HIV-Fall 6 von 7 (Code 336)**2006, HIV-infizierte Pflegekraft in der Unfallchirurgie mit Fallkonferenz**

Zur Beratung des Einsatzes einer Pflegekraft in der Unfallchirurgie in einem konfessionellen Krankenhaus der Regelversorgung fand eine interdisziplinäre Fallkonferenz statt. Die Betroffene hatte die HIV-Infektion außerberuflich erworben; es bestand eine geringe Virämie ohne weitere Therapieindikation.

An der Fallkonferenz nahmen der Geschäftsführer, der direkte Vorgesetzte, die Pflegedienst- und die OP-Leitung, der Chefarzt, der Betriebsarzt, der Facharzt für Hygiene, ein Vertreter des Gesundheitsamts und die betroffene Pflegekraft teil. Nicht eingeladen war die betriebliche Interessenvertretung (wie in den Städtischen Kliniken der Stadt üblich).

Der behandelnde Arzt musste nicht anwesend sein, da Betriebsarzt zuvor mit ihm Kontakt aufgenommen hatte und die Fakten kannte, eine Schweigepflichtentbindung seitens der Pflegekraft war unproblematisch. Das Expertengremium erachteten folgende Maßnahmen als zwingend:

- kein Arbeitseinsatz im Fall offener Wunden oder Hautekzeme an Händen,
- Tragen von Latexhandschuhen,
- unverzüglicher Abbruch der Assistenz im Fall einer eigenen blutenden Stichverletzung, und
- dreimonatliche Übermittlung der relevanten Laborwerte an den Betriebsarzt und gemeinsame Besprechung der Ergebnisse im Hinblick auf Tätigkeit.

Sollten andere Personen mit Blut der infizierten Pflegekraft in Kontakt kommen, musste ihnen eine PEP angeboten werden. Als Empfehlung wurde das Tragen doppelter Latexhandschuhe ausgesprochen.

HIV-Fall 6 von 7 (Code 336)

Nach den Beschlüssen des Expertengremiums konnte die Pflegekraft an ihrem Arbeitsplatz weiterarbeiten; Ausnahmen waren Arbeiten in oder über offenen Operationswunden und die oben genannten Einschränkungen.

Kommentar: Dieser verhältnismäßig unspektakuläre Fall ist ein positives Beispiel für eine effektive Arbeit und angemessene Entscheidung des Expertengremiums. Der Einzelfall führte im Haus zu einer grundsätzlichen Entscheidung, dass HIV- positives Pflegepersonal alle pflegerischen Arbeiten ohne Einschränkungen verrichten darf.

HIV-Fall 7 von 7 (Code 603)**1999, HBV-infizierter Chirurg, Gutachtenauftrag zur weiteren Arbeitsfähigkeit**

Als Professor an einer medizinischen Fakultät und Leiter einer Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie infizierte ein Chirurg nachweislich 12 Patienten mit dem Hepatitis B- Virus, vermutet wurden jedoch Dutzende²⁵. Im März 2003 wurde er wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe von damals 450.000 D-Mark (230.000 €) verurteilt. Der Fall war äußerst spektakulär und ging mehrfach durch die Medien, angeführt von einem Hamburger Boulevardblatt, das im März 1999 über den Fall berichtete²⁶.

Weder bei seinem Dienstantritt im Jahr 1976 noch in den folgenden Jahren wurde der Chirurg in seiner Klinik auf mögliche Infektionen untersucht. Den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen entzog er sich; als Beamter wurde er damals von der Untersuchungspflicht im Rahmen der arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge nicht erfasst. Eine Hepatitis- B- Impfung, die ja im Vorfeld eine serologische Untersuchung erfordert hätte, nahm er nicht in Anspruch, im Gegensatz zu seinem ebenfalls beamteten Stellvertreter, der sich auch regelmäßig infektiologisch testen ließ.

Die Infektion erfolgte spätestens 1992, wurde chronisch und blieb immer asymptomatisch. Vom Operateur ging eine extrem hohe Infektiosität aus, die im Bereich von mehr als einer Milliarde Viruskopien pro Milliliter lag.

Vom 17. Mai 1994 bis zum 6. November 1998 wurden bei Herzoperationen zwölf seiner Patienten infiziert, drei davon in einem relativ kurzen Zeitraum im Winter 1998/99. Daraufhin begann man im Gesundheitsamt genauer zu recherchieren und stellte fest, dass alle drei Patienten von dem besagten Herzchirurgen operiert worden waren. Das Gesundheitsamt erteilte ein absolutes Operationsverbot. Dieses wurde später etwas gelockert im Sinne einer Ausnahmeregelung für Hepatitis B- Virus geschützte Patienten, da sie sich nicht ein zweites Mal hätten infizieren können. Darüber hinaus war es zur Infektion in weiteren Fällen gekommen, da man bei Nachschauuntersuchungen

²⁵ <https://daserste.ndr.de/panorama/archiv/1999/Hepatitis-vom-Arzt-Chirurgen-Zahnaerzte-und-Heilpraktiker-als-Virustraeager,erste7196.html>

²⁶ <https://www.welt.de/print-welt/article567791/Chefarzt-verbreitet-gefaehrliche-Krankheit.html>
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/urteilsbestaetigung-chirurg-hat-fahrlaessig-patienten-mit-hepatitis-angesteckt-192341.html>
<https://www.ksta.de/herzchirurg-nach-hepatitis-skandal-verurteilt-13830208>

HIV-Fall 7 von 7 (Code 603)

von mehreren hundert Patienten weitere mindestens neun Fälle identifizierte. Außerdem fiel auf, dass unter den Untersuchten deutlich mehr Personen waren, als man auf Grund der alterstypischen Infektionsrate hätte erwarten können. Bei mehreren Dutzend Patienten, die vor der entsprechenden Operation keine Hepatitis- B- typischen Marker im Blut aufgewiesen hatten, waren Antikörper nachzuweisen – als Merkmal einer nicht chronisch verlaufenen Hepatitis B- Virusinfektion. Bei zahlreichen Patienten waren die Voruntersuchungen aber unterblieben, so dass das gesamte Ausmaß des Ausbruchs unklar blieb. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass auch bei nicht chronischem Verlauf für mehrere Wochen nach der Infektion, d.h. vor der Ausheilung Infektiosität besteht, wodurch Angehörige der Betroffenen gefährdet wurden. Inwieweit solche Fälle auftraten, wurde nie geklärt – ebenso wenig wie der Ausbruch im wissenschaftlichen Schrifttum keine Erwähnung fand, so dass auch die fachspezifische Diskussion unterblieb.

Der Ausschuss für Arbeit, Hygiene und Infektionsschutz der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV), der sich bereits mehrere Jahre vorher konstituiert hatte und zum Zeitpunkt des Falls kurz vor Fertigstellung seiner redaktionellen Arbeiten zur Verabschiedung einer Richtlinie stand, fügte die Erkenntnisse aus dem Geschehen noch in seine Empfehlungen "Zur Verhütung von Hepatitis B- Virusinfektionen im Gesundheitsdienst" ein, die im Sommer 1999 im Epidemiologischen Bulletin 30/99 des Robert Koch-Instituts veröffentlicht wurden.

Der BGH befand in seinem Urteil, dass "der Angeklagte angesichts des in seinem Tätigkeitsbereich besonders hohen Infektionsrisikos und der Vielzahl der von ihm durchgeführten Operationen verpflichtet gewesen (wäre), sich im Abstand von etwa einem Jahr Kontrolluntersuchungen zu unterziehen. Gegen diese ärztliche Sorgfaltspflicht habe er verstoßen und dadurch fahrlässig bei zwölf Patienten Gesundheitsschädigungen verursacht, da er bei Wahrnehmung der Untersuchungen spätestens im Jahr 1993 Kenntnis von seiner Infektion erhalten hätte (BGH, Urteil vom 14. März 2003 – 2 StR 239/02; Quelle: www.juris.com)

Kommentar: Die Empfehlung zur Hepatitis B- Impfung von Beschäftigten im Gesundheitsdienst der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch- Institut in Berlin wurde bereits im Jahr 1984 erstmals veröffentlicht. Sie gehörte damit zu den ersten arbeitsmedizinisch orientierten Erwachsenenimpfungen überhaupt, die von diesem Gremium beschlossen wurden. Wenig später begannen die Arbeiten am "Berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G42 (Infektionskrankheiten)", der zum Zeitpunkt der Hepatitis B-Virus-Infektion von Patienten durch den vom BGH verurteilten Herz-Thoraxchirurgen bereits mehrere Jahre vorgelegen hatte.

Das Prozedere bei der Hepatitis B- Impfung setzte eine Blutuntersuchung auf anti HBc- Antikörper voraus, wobei nur negativ Getestete geimpft wurden. Bei positiv Getesteten, zu denen der Chirurg gehört hätte, wäre man bei den weiteren vorgeschriebenen Untersuchungen sofort auf den positiven Infektiositätsnachweis gestoßen, wie er leider erst 1999 geführt wurde. Damit hätten zumindest die Infektionen bei den Patienten, möglicherweise aber auch schon – bei rechtzeitiger Impfung – die Infektion des Chirurgen selbst vermieden werden können. In einem Fernsehbeitrag der ARD argumentierte der Chirurg allerdings, er hätte die Impfung deshalb nicht wahrnehmen können, da er seine Zeit schließlich voll und ganz seinen Patienten zu widmen habe. Nur wenn man ihn schriftlich aufgefordert hätte, wäre er zur Impfung erschienen.

Die aktuellen STIKO-Impfempfehlungen sehen die Hepatitis B-Impfung von Beschäftigten im Gesundheitsdienst nur noch ohne Vortestung vor. Lediglich bei Personen, die auf die Impfung nicht mit einer Antikörperantwort, d.h. der Bildung von anti HBs, reagieren, soll geprüft werden, ob eine akute oder chronische Infektion vorliegt. Daher besteht die Gefahr, dass beispielsweise chirurgisch Beschäftigte geimpft werden, aber nicht zur Nachtestung erscheinen und so möglicherweise ungeschützt und infektiös den Erreger auf ihre Patienten oder auch auf Angehörige übertragen.

Seit im Jahr 2015 der §23a ins Infektionsschutzgesetz eingefügt wurde, sollte diese Lücke allerdings geschlossen worden sein, denn zur Verhütung nosokomialer Infektionen ist der Arbeitgeber im Einstellungsverfahren sowie bei einem laufenden Beschäftigungsverhältnis berechtigt, den Beschäftigten nach seinem Impf- bzw. Serostatus zu fragen. Damit kann er Kenntnis davon erhalten, ob der über eine Schutzimpfung oder einen natürlich erlangten Immunschutz ausreicht, um die Weiterverbreitung von Erregern zu verhindern. In der entsprechenden Stellungnahme von Gesundheits- und Arbeitsministerium wird ausdrücklich Hepatitis B als Beispiel genannt. Im Falle der Hepatitis C gilt diese Regelung aber nicht, da hier kein Impfstoff existiert.

MRSA-Fall 1 von 2 (Code 417)

2003, chronisch MRSA- kolonisierter Pflegekraft, Gutachten

Eine Pflegekraft infizierte sich 10 Jahre nach Beginn seiner Ausbildung an einem MRSA-positiven Patienten. Daraufhin wurde er lokal mit Mupirocin therapiert, vertrug das Medikament aber nicht. Nach Verordnung von Fucidine-Salbe wegen Befall des Nasen- Rachenraums erfolgte im Hinblick auf den immer noch bestehenden Nachweis von MRSA die systemische Therapie mit Gatifloxacin und am Ende mit Rifampicin/Cotrimoxazol, was schließlich zur Negativierung der MRSA-Befunde führte.

Nach siebzehnmonatiger Arbeitsunfähigkeit erfolgte die Wiederaufnahme der Tätigkeit. Bereits nach 10 Wochen jedoch wurde ein erneuter MRSA-positiver Befund festgestellt und eine Therapie mit Rifampicin/Cotrimoxazol eingeleitet.

Die Therapie war mit Leistungsabfall und Müdigkeit verbunden, der Erreger konnte jedoch vorübergehend eliminiert werden. Danach erfolgte eine fünfmonatige Betreuung auch von MRSA-Patienten. Ein erneuter positiver Befund hatte die Versetzung in die Bettenzentrale und später dann in die Telefonzentrale zur Folge.

Eine MRSA-kontaminierte Kaffeemaschine musste im Müll entsorgt werden und – schlimmer – ein gleichzeitig kontaminiertes Blechblasinstrument in Höhe eines vierstelligen Eurobetrags gereinigt werden.

Die konsequente Einhaltung der persönlichen Hygiene seitens des Pflegekraft führte im Übrigen dazu, dass die Ehefrau zu keinem Zeitpunkt MRSA-positiv wurde. Beim drei Jahre alten Sohn des Betroffenen wurde allerdings vorübergehend MRSA nachgewiesen.

Als Folge dieser Situation trat eine behandlungspflichtige Depression auf. Die Empfehlung des hinzugezogenen Arbeitsmediziners führte dazu, dass ein Arbeitsplatzwechsel in einen patientenfernen Bereich (z.B. Pathologie, Rechtsmedizin) empfohlen wurde.

Kommentar: Der Fall zeigt, dass es zumindest in Bezug auf die Ausübung von Tätigkeiten an Patienten ausweglose Situationen geben kann, die aber immerhin noch durch die Versetzung in einen patientenfernen Bereich einigermaßen sozial abgefedert werden können. Trotzdem wird bei diesem Beispiel deutlich, wie weitreichend die persönliche, private Dimension eines solchen Befundes sein kann.

MRSA-Fall 2 von 2 (Code 602)

2013, chronisch MRSA- kolonisierter Pflegekraft

Im Rahmen eines Ausbruchs mit mehreren Clustern in einem Krankenhaus der Maximalversorgung wurden bei den Screening- Untersuchungen des Gesundheitsamts insgesamt 25 Personen (10% von 250 Personen) als MRSA- kolonisiert identifiziert; die Sanierungen waren, wenn auch in mehreren Fällen bis zu einem halben Jahr erforderlich, erfolgreich. Dabei wurde in zwei Familien auch das häusliche Umfeld mit einbezogen, einschließlich Abstrichen bei (letztlich negativen) zwei Hunden, zwei Katzen, drei Ziegen und einem Pferd.

Es wurde eine aufwändige Quellensuche betrieben, deren Interpretation sich als kompliziert erwies; vereinzelt identifizierte "exotische" Stämme konnten dem Ausbruch nicht zugeordnet werden. Einen möglichen nosokomialen Zusammenhang wurde bei den Fällen vermutet, bei denen sich die regional zirkulierenden Endemiestämme nachweisen ließen, wobei auch bei diesen die Quelle "Patient" oder "Personal" unklar blieb, da die Patienten damals bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus nicht gescreent wurden.

Bei einem mit einem typischen MRSA- Stamm besiedelten Intensivpflegekraft, dem die Kolonisation auch vorher nicht bekannt war, wurden nach der Diagnose die üblichen Sanierungsmaßnahmen empfohlen und berufliche Tätigkeitseinschränkungen auferlegt (zunächst einen Abbau von Überstunden und Urlaubtagen).

Nach mehreren Wochen und vier erfolglosen Sanierungsversuchen erwies sich der Pflegekraft nach wie vor als kolonisiert und wurde zunächst für zwei Wochen freigestellt.

Danach erfolgte eine Beschäftigung im Lager der Intensivstation ohne direkten Patientenkontakt mit besonderen Hygieneauflagen (dauerhaftes Tragen eines Mundschutzes).

Im familiären Umfeld waren drei Abstriche (jeweils in den Nasenvorhöfen, im Rachen- und Analbereich) negativ; Haustiere waren nicht vorhanden. Nach fünf Sanierungsversuchen wurde das Sanierungsprodukt gewechselt und über fünf Tage angewendet (von einer antibiotischen Nasensalbe auf eine antiseptische Spülung zur Nasenschleimhautdesinfektion).

Der Pflegekraft stand 1,5 Jahre vor dem Beginn seines Ruhestands. Die Situation war für ihn so psychisch belastend, dass es zuletzt zur Einnahme von Antidepressiva und Medikamenten zur Lösung von Angstzuständen kam (die jedoch nach dem Erreichen des MRSA- Negativstatus nach rund vier Monaten wieder abgesetzt werden konnten).

Kommentar: Die Quellensuche gestaltet sich in manchen Fällen als durchaus kompliziert und ist nicht immer erfolgreich, wie an diesem Beispiel sichtbar wird, zumal auf ein Screening von

Patienten vor dem Ausbruch verzichtet worden war. Grundsätzlich richtig war die Ermittlung auch im privaten Umfeld – dieses sollte immer mitbedacht werden. Günstig war die zeitweise Beschäftigung in einem patientenfernen Bereich im eigenen Arbeitsbereich was bei einem großen Krankenhaus einfacher zu lösen ist als in einem kleinen. Eine einheitliche bundesweite Regelung hierfür besteht nicht.

Insgesamt macht dieses Beispiel anschaulich, wie belastend Tätigkeitseinschränkungen bei einer MRSA- Besiedelung (die ja keine Erkrankung darstellt), im Einzelfall sein können.

9.2.2 In der Datenbank JURIS dokumentierte Gerichtsurteile

Für den Suchbegriff "Hepatitis" zeigte die JURIS-Datenbank 1024 Rechtsprechungsfälle, für "HIV" 810 und für "MRSA" 77. Ein Datensatz zu einer Hepatitis A- Infektion (Abschmelzung der Höhe einer Verletztenrente) wurden 70 Fälle mit einer Tätigkeit im Gesundheitsdienst identifiziert. Mehr als die Hälfte betrafen HCV- und rund 30% HBV-Infizierte (siehe **Tab. 7**). Von den 77 nach "MRSA" recherchierten Fällen wurde kein Datensatz mit Informationen zur hier zugrunde liegenden Fragestellung gefunden.

Tab. 7: Arbeits- und sozialrechtliche Urteile mit erwähntem Kontext "Tätigkeitseinsatz" von chronisch infizierten bzw. kolonisierten Beschäftigten im Gesundheitsdienst (JURIS-Datenbank 1980-2016)

Infektion	Erkrankungsfälle gefunden		Fälle analysiert ⁽¹⁾	
	Anzahl	in%	Anzahl	Zeitraum
HCV	40	57,1	4	2002-2008
HBV	22	31,4	3	1989, 2003, 2010
HIV	7	10,0	2	2006
"Hepatitis" ⁽²⁾	2	2,9	---	---
MRSA	0	0,0	---	---
TOTAL	70	100,0	9	

Legende

⁽¹⁾ Fälle mit Bezug zum Gesundheitsdienst und Informationen zur relevanten Fragestellung

⁽²⁾ ohne nähere Konkretisierung

Anzahl Datensätze zu...

Hepatitis ohne Einschränkung "Arbeitsvertrag/Arbeitsrecht": n=112, ohne "Sozialrecht": n=534, ohne "Zivil- und Prozessrecht": n=378;

HIV ohne "Arbeitsvertrag/Arbeitsrecht": n=194, "Sozialrecht" n=365, "Zivil- und Prozessrecht" n=251;

MRSA ohne Einschränkung "Arbeitsvertrag/Arbeitsrecht": n=6, "Sozialrecht" n=24, "Zivil- und Prozessrecht" n=47.

Die meisten Fälle bezogen sich auf die Anerkennung der entsprechenden Infektion als Berufskrankheit gemäß Nr. 3101 Berufskrankheitenverordnung oder um die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit und wurden von weiteren Analysen ausgeschlossen. Tätigkeitseinschränkungen und damit zusammenhängende Probleme wurden in den Gerichtsakten, wenn überhaupt, im Kontext thematisiert und aus diesem dann entsprechend extrahiert. Dies war bei neun Fällen möglich; wegen Tätigkeitseinschränkungen von sich aus geklagt hatte nur ein betroffener Zahnarzt (interner Code 10). Die Kasuistiken von vier Ärzten, drei Angehörigen von Pflegeberufen und jeweils einer Medizinischen Fachangestellten bzw. Chemisch-technischen Assistentin werden im Folgenden wie im Kapitel zuvor vorgestellt und kommentiert.

HCV-Fall 1 von 4 (Code 4)**2005, OP-Pflegekraft, erfolglose Klage gegen die staatliche Gesundheitsbehörde wegen Tätigkeitsverbot***(Bundesgerichtshof, Beschluss vom 17. September 2008 – III ZR 326/07)*

Im März 2005 wurde einer Pflegekraft ihre Tätigkeit im Operationssaal einer Allergie- und Hautklinik aufgrund ihrer Hepatitis C durch das Gesundheitsamt mit sofortiger Wirkung verboten. *{Die Genese der Infektion konnte den Akten nicht entnommen werden}*. Der Arbeitgeber kündigte das Beschäftigungsverhältnis im darauffolgenden Monat. Im nachfolgenden arbeitsgerichtlichen Verfahren einigten sich beide Seiten, das Arbeitsverhältnis durch eine ordentliche krankheitsbedingte Kündigung zu beenden.

Die Pflegekraft klagte nun gegen den Landkreis wegen des beruflichen Tätigkeitsverbots und dem darauf beruhenden Verdienstausschlag auf Entschädigung. Das Landgericht wies die Klage ab, "weil der Verdienstausschlag der Klägerin nicht auf dem Tätigkeitsverbot beruhe und sich ein möglicher Anspruch nicht gegen den beklagten Landkreis richte".

Kommentar: Aus medizinisch- fachlicher Sicht ist die Kündigung nach den Empfehlungen der DVV nicht vertretbar, da nur bestimmte hochrisikobehaftete Tätigkeiten als kritisch anzusehen sind. Andererseits kann ein Arbeitsvertrag in der Probezeit natürlich jederzeit und ohne Nennung von Gründen aufgehoben werden. Hier hat sich Arbeitgeber grundlos auf ein Feld begeben, das letztlich in einer Klage mündete, bei der mit der Agentur für Arbeit schon drei Parteien involviert waren.

HCV-Fall 2 von 4 (Code 5)**2002, Medizinische Fachangestellte, erfolgreiche Klage des Arbeitgebers auf nicht zu erfolgende Rückzahlung eines erhaltenen Eingliederungszuschusses nach Kündigung wegen der Erkrankung***(Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 28.11.2002 – 1 AL 198/01)*

Der Inhaber einer internistischen Praxis wurde auf Rückzahlung eines erhaltenen Eingliederungszuschusses der Agentur für Arbeit verklagt. Im Juni 1999 hatte seine Arzthelferin von ihrem Hausarzt von einer Hepatitis C- Virus-Infektion erfahren; dieser konnte damals jedoch nicht verbindlich sagen, ob es sich um eine Infektion mit weiterhin nachweisbaren Antikörpern oder eine akute oder chronische Infektion bzw. Krankheit handelte. Noch am Tag der Diagnose teilte sie ihrem Arbeitgeber den Befund mit. Im Juli 1999 wurde die Medizinische Fachangestellte zwei Tage lang in einem Universitätsklinikum behandelt. Dieses stellte am im September 1999 eine "akute Hepatitis C mit hoher Viruslast" und eine weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit fest; eine abschließende Entscheidung über ihre Arbeitsfähigkeit sollte drei Monate später erfolgen.

Drei Tage nach der Informierung des Arbeitgebers erhielt die Betroffene die fristgerechte außerordentliche Kündigung ihres Arbeitsverhältnisses ohne Angabe von Gründen. Ihre Klage gegen die

HCV-Fall 2 von 4 (Code 5)

Kündigung vor dem Arbeitsgericht Koblenz blieb erfolglos.

Im hier thematisierten Gerichtsverfahren ging es um die Rückzahlungspflicht des Arbeitgebers hinsichtlich des Eingliederungszuschusses durch die erfolgte Kündigung, in dem ein vorhergehendes abschlägiges Urteil des Sozialgerichts wieder aufgehoben wurde. Der Arbeitgeber selbst begründete hier die Kündigung damit, dass die Betroffene wegen der Hepatitis C in seiner Praxis nicht mehr einsetzbar gewesen sei. Auch der damals behandelnde Arzt meinte in seiner Stellungnahme an den Senat vom Juli 2002, jemand, der an einer akuten Hepatitis C erkrankt sei, solle nicht in einer Arztpraxis arbeiten, weil er sich in einem schlechten Immunitätszustand befinde und die Patienten mit dem Virus über Blutkontakte anstecken könne. Das Landessozialgericht stand dem klagenden Arbeitgeber ein Recht zur außerordentlichen fristlosen Kündigung der Beigeladenen nach §626 BGB zu. Hiernach kann das Arbeitsverhältnis aus wichtigem Grund gekündigt werden, auch ohne eine Kündigungsfrist einzuhalten, wenn objektiv Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Arbeitgeber die Fortsetzung des Dienstverhältnisses bis zum Ablauf der Kündigungsfrist oder bis zu der vereinbarten Beendigung des Dienstverhältnisses nicht zugemutet werden kann (unter Berücksichtigung aller Umstände und Abwägung der Interessen beider Parteien).

Die Betroffene selbst, die in dem Verfahren als Beigeladene auftrat, äußerte zur Aussage ihres Arbeitgebers, "sie sei wegen akuter Ansteckungsgefahr in seiner internistischen Praxis nicht einsetzbar gewesen", sei nachweislich falsch. Sie sei bereits vier Monate nach Ausbruch der Behandlung virenfrei gewesen.

Kommentar: In dem Verfahren des Landessozialgerichts wurde ein vorhergehendes Urteil des Sozialgerichts wieder aufgehoben; der Arbeitgeber hatte den Eingliederungszuschuss nicht zurückzuzahlen. Im vorliegenden Zusammenhang wichtig war die Kündigung der erkrankten Arzthelferin, die aus arbeitsrechtlicher Sicht unanfechtbar war. Vorausgesetzt, der Kündigungsgrund war nicht vorgeschoben, hätte der niedergelassene Internist mit besseren Kenntnissen der DVV- Empfehlungen zur Einsatzfähigkeit von infiziertem medizinischem Fachpersonal auf die Trennung von seiner Mitarbeiterin verzichten können. Auch für das erwähnte Arbeitsgericht wären entsprechende Kenntnisse von Vorteil gewesen.

HCV-Fall 3 von 4 (Code 10)

2002, niedergelassener Zahnarzt, erfolgloser Widerspruch im Eilverfahren gegen durch Expertengremium ausgesprochene Tätigkeitseinschränkung

(Verwaltungsgericht Berlin, Beschluss vom 05. September 2002 – 14 A 66.02)

Anlässlich einer bei ihm durchgeführten Beinoperation erfuhr ein in einer Praxisgemeinschaft niedergelassener, auf Implantat- und Parodontosebehandlungen spezialisierter Zahnarzt im April 2002 von seinem chronischen HCV Trägerstatus. {Zu einer beruflich bedingten Ursache konnten der Akte keine Informationen entnommen werden}. Die Viruslast betrug zum damaligen Zeitpunkt 590.625 i.

HCV-Fall 3 von 4 (Code 10)

E./ml; eine medikamentöse Therapie wurde in die Wege geleitet.

Nach einem Gespräch mit dem zuständigen Gesundheitsamt, dem die Infektion nach dem Infektionsschutzgesetz gemeldet worden war, bildete dieses eine "Hygienekommission", die im Juni 2002 zusammentrat. Anwesend waren ein Referent für zahnärztliche Berufsausübung, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, der zuständige Betriebsarzt, ein Seuchenreferent" *{im damaligen Sprachgebrauch, Vertreter der Landesgesundheitsbehörde}*, der behandelnde Arzt des Betroffenen und ein Vertreter des Gesundheitsamtes.

Der Betroffene selbst erfuhr von der Kommission und dem Treffen nichts. Die Experten gelangten zu dem Ergebnis, die Vermeidung invasiver Maßnahmen in der Mundhöhle von Patienten seien unumgänglich notwendig. Je nach Gesundheitszustand könne die Beschränkung auch wieder gelockert werden. Daraufhin sprach das Gesundheitsamt dem Zahnarzt (nach vorheriger telefonischer Erläuterung und Begründung) die beschlossene Tätigkeitseinschränkung aus.

Der vom Betroffenen eingelegte Widerspruch wurde zurückgewiesen, denn die ausgeübten Tätigkeiten seien "zahnärztliche und -chirurgische Behandlungen und Eingriffe an Patienten, die bei zum Teil unterbrochener Sichtkontrolle in einem beengten Bereich – der Mundhöhle" stattfinden; daraufhin reichte er Klage ein. Mit einem am selben Tag gestellten Eilantrag bemühte er sich um eine aufschiebende Wirkung des Rechtsbehelfs.

Er argumentierte, dass vor allem die Risikobewertung der Hygienekommission fehlerhaft gewesen sei. Er arbeite immer in einem gut überschaubaren Bereich mit ständigem Sichtkontakt und sehr guter Ausleuchtung und trage seit jeher Schutzhandschuhe und -brille, einen Mundschutz sowie einen Lupenaufsatz. Es sei nicht vorstellbar, dass er einen Behandlungseingriff vornehme, bei dem er nicht sehe, was er tue. Die Umschreibung seines Tätigkeitsfeldes durch das Gesundheitsamt entstamme den Hinweisen für Thorax- und Bauchchirurgen, die nicht immer eine ausreichende Sichtkontrolle hätten. Während seines gesamten 30-jährigen Berufslebens sei es nicht vorgekommen, dass ein Patient mit seinem Blut in Berührung gekommen sei. Auch stimme weder die Klassifizierung seiner Viruslast, die vom Gesundheitsamt als "hoch" eingestuft wurde, mit den Einstufungen in der Literatur überein, noch sei hier jemals ein Fall dokumentiert worden, bei dem ein mit dem Hepatitis C-Virus infizierter Zahnarzt den Erreger auf seine Patienten übertragen habe.

Das Gericht kam dem Eilantrag nicht nach und verwies auf das noch stattfindende Hauptverfahren, in dem die "tatsächlich und rechtlich teilweise sehr komplexen Sachverhalte" geklärt werden sollen". *{Trotz intensiver Recherche waren bei JURIS keine weiteren Informationen zum Hauptverfahren auffindbar}*.

Kommentar: Die Umschreibung des zahnärztlichen Tätigkeitsfeldes durch das Gesundheitsamt mit Hinweis auf die Arbeit von Thorax- und Bauchchirurgen kann durchaus als fehlerhaft betrachtet werden. Allerdings sind die Argumente des Zahnarztes, wonach nie ein Patient mit seinem Blut in Berührung gekommen sei, nicht zutreffend, da kleinste Blutmengen, die für eine Übertragung ausreichen, nicht immer wahrgenommen werden können. Darüber hin-

aus muss die Viruslast mit deutlich mehr als einer Million Viruskopien pro ml als hoch bezeichnet werden (vermutlich wurden internationalen Einheiten und Viruskopien verwechselt!) Der einzige Fall, in dem bei dieser Recherche die Arbeit eines Expertengremiums identifiziert werden konnte enttäuscht fachlich leider, da man die Reduktion der Viruslast durch die in die Wege geleitete Therapie nicht mit berücksichtigt hat. Hätte man eine Auflage zur Behandlung in die Entscheidung mit aufgenommen, wäre es vermutlich gar nicht zum Eilverfahren gekommen. Eine fachlich kompetente und ausgewogene Entscheidung auf der Grundlage gut protokollierter Beschlüsse, die die fachlichen Grundlagen transparent gemacht hätten, hätte nicht zuletzt auch dem Gericht bei seiner Entscheidungsfindung geholfen.

HCV-Fall 4 von 4 (Code 9)

2008, Gefäßchirurg, erfolglose Klage wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Aufhebungsvertrag mit dem Arbeitgeber

(Landesozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30. September 2008 – L 3 U 229/07)

Zur Zeit seiner beruflich erworbenen und als Berufskrankheit anerkannten HCV- Diagnose 1977 war der Betroffene Oberarzt in einer chirurgischen Abteilung. Er behielt seinen Arbeitsplatz und bildete sich weiter, 1980 mit der Teilgebietsbezeichnung Gefäßchirurg. Im Jahr 2000 wurde er vom Arbeitgeber von seinen Aufgaben freigestellt. Auslöser der Entlassungsbestrebungen war die Begründung der Berufshaftpflichtversicherung, das infolge der operativen Tätigkeit angenommene Infektionsrisiko für die Patienten nicht tragen zu wollen. Um eine Kündigung und einen sich anschließenden arbeitsgerichtlichen Prozess zu vermeiden, wurde eine Aufhebungsvereinbarung geschlossen.

(Im vorliegenden Berufungsverfahren klagte der Chirurg um eine Erhöhung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wegen "besonderer beruflicher Betroffenheit". Die Klage wurde abgewiesen).

Kommentar: In diesem Verfahren ging es vorrangig um die Folgen einer Berufskrankheit, die entsprechend an den zuständigen Unfallversicherungsträger zu richten ist. Es ist aber wiederum ein typisches Beispiel für einen Beschäftigten, der vor mittlerweile fast zwanzig Jahren wegen seiner Erkrankung seinen Arbeitsplatz verlor, und für die oft langjährigen Wege durch die Gerichtsinstanzen. Außerdem fehlte offensichtlich eine Beurteilung der Behandlungsfähigkeit und eine Einschätzung der möglichen Weiterbeschäftigungsmöglichkeit bei erfolgreicher Therapie.

HBV-Fall 1 von 3 (Code 1)

2010, Pflegekraft , erfolglose Klage auf Verletztenrente im Zusammenhang mit fehlender Möglichkeit zum längerfristigen Erhalt von Arbeitsverträgen

(Landesozialgericht Hamburg, Urteil vom 11.05.2010 – AZ L 3 U 33/05)

Bei einer 57jährigen Pflegekraft wurde im Alter von 21 Jahren, ein halbes Jahr nach Abschluss ihrer

HBV-Fall 1 von 3 (Code 1)

Ausbildung, eine {nicht näher bezeichnete} Hepatitis- Virusinfektion diagnostiziert. Diese wurde ein Jahr später als Berufskrankheit anerkannt. Die Viruslast wurde in den Akten nicht benannt; ein Gutachter stellte 2002 jedoch eine "ausgeheilte chronische Hepatitis mit bestehender geringer Infektiosität" fest.

Zum Zeitpunkt der Diagnose befand sie sich in keinem Arbeitsverhältnis. Zuvor war von einem dreimonatigen Arbeitsverhältnis auf einer operativen Intensivstation die Rede; ansonsten wurde lediglich von Tätigkeiten "im Krankenhaus" oder in einer Seniorenwohnanlage berichtet.

Vor Gericht ging es um die Wiedergewährung einer in der Vergangenheit schon einmal entzogenen Verletztenrente. Die Pflegekraft erwähnte vor Gericht, dass sie "wegen der Folgen der Berufskrankheit keinen dauerhaften Arbeitsplatz erlangen könne, weil sie nach den beiden Einstellungsuntersuchungen durchgeführten Bluttests immer eine Absage erhalte" (Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 11. Mai 2010 – L 3 U 33/05 –, JURIS, S.2). In der Tat gelang es ihr in der Vergangenheit immer nur, Arbeitsplätze kurzfristig zu erhalten. Der längste Vertrag dauerte sechs Jahre, alle weiteren fünf Arbeitsverhältnisse maximal sechs Monate: "Die Arbeitgeber seien immer wieder nicht bereit gewesen, Dauerarbeitsverhältnisse mit ihr einzugehen, nachdem der Hepatitis-Status bekannt geworden sei". Die Klage blieb erfolglos, da nach dem Gutachter die Minderung der Erwerbstätigkeit bei 10% liegt. Eine Verletztenrente wird jedoch erst ab einer MdE von 20% gewährt, sie sei also nicht rentenberechtigt.

Kommentar: Eine "ausgeheilte chronische Hepatitis" mit bestehender "geringer Infektiosität" widerspricht sich natürlich in der Terminologie. Da die Hepatitis B schon lange vor dem Zeitpunkt des Gerichtsverfahrens zumindest in einer Reihe von Fällen behandelbar war, hätte man die Betroffene entsprechend beraten können. Daher kann vermutet werden, dass weder bei der ersten noch bei der letzten Arbeitsstelle eine virologisch saubere Aufarbeitung durchgeführt wurde. Im Rahmen einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz hätte man den Fall sicherlich gut klären können, was wahrscheinlich zu einer Vermeidung des Klagewegs geführt hätte. Die MdE wird von der zuständigen Unfallversicherung auf Grundlage von Gutachten festgelegt.

HBV-Fall 2 von 3 (Code 2)

2004, Chirurg, erfolglose Klage wegen Verweigerung der versprochenen Weiterbeschäftigung durch den Arbeitgeber

(Landesarbeitsgericht Berlin, Urteil vom 9. Juli 2004 – 6 Sa 486/04)

Ein 36-jähriger Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Herz-, Thorax-, und Gefäßchirurgie wurde im Januar 2000 in einem auf zwei Jahre befristeten Arbeitsverhältnis angestellt. Im Mai 2001 diagnostizierte der Betriebsarzt eine Hepatitis B- Erkrankung trotz dreimaligem vorangegangenen Impfen, nachdem der Infizierte während seiner Zeit als Arzt im Praktikum 1998 "für unein-

HBV-Fall 2 von 3 (Code 2)

geschränkt geeignet für die vorhergesehene Tätigkeit" erklärt worden war. Ob die Infektion beruflich erworben wurde, war nicht eindeutig; der zuständige Unfallversicherer war der Auffassung, die Laborwerte²⁷ aus dem Jahr 1998 seien fehlerhaft und die Infektion schon vor der Arzt- im- Praktikum- Zeit vorhanden gewesen; es kam der Verdacht auf, der Betroffene hätte sich im Berufskrankheiten- Ermittlungsverfahren eine BK- Anerkennung erschleichen wollen.

Nach der Stellung der Diagnose wurde der Assistenzarzt bis zum Ablauf seiner Vertragszeit im nicht- operativen Bereich eingesetzt. Strittig vor Gericht war nun, dass der Ärztliche Direktor geäußert haben soll, er werde den Assistenzarzt weiterbeschäftigen, "wenn dieser ihm schriftlich nachweise, chirurgisch wieder tätig sein zu können". Vor Gericht ging es um diese Aussage und den Anspruch des Assistenzarztes auf eine Weiterbeschäftigung bzw. um den entsprechenden Verdienstausschlag. Das Gericht gab dem Arbeitgeber Recht, da der Ärztliche Direktor mangels Vertretungsmacht gar kein rechtlich bindendes Angebot machen konnte.

Kommentar: Der Fall kann nicht eindeutig beurteilt werden, denn im Juli 1998 war der Betreffende HBsAg negativ, anti HBc positiv und anti HBs negativ. Damit kommen zwei Möglichkeiten der Interpretation in Frage, nämlich entweder eine abgelaufene HBV-Infektion oder eine bestehende niedrigtitrige Infektion ohne Gefährdung für die zu behandelnden Patienten. Eine Indikation für eine Hepatitis B- Impfung bestand demzufolge nicht.

Die Tatsache, dass am 18. 5. 2001 HBsAg und HBeAg positiv waren, dass HBV-DNA nachweisbar war und anti-HBc (und zwar sowohl IgM als auch IgG) deutet möglicherweise auf die Kombination eines Laborfehlers im Jahre 1998 und die zwischen 1998 und 2001 erfolgte Neuinfektion mit HBV hin. Zu klären gewesen wäre der Fall ausschließlich 4–8 Wochen nach Impfung; dabei hätte es wiederum zwei Möglichkeiten gegeben: Entweder wäre die Non-response auf die Impfung erkannt worden oder aber es hätte eine Lowresponse vorgelegen, bei der es durch einen Abfall des anti- HBs im Zeitfenster zwischen 1998 und 2001 doch zu einer Infektion gekommen wäre.

²⁷ Am 31. Juli 1998: HBsAg negativ, anti-HBc positiv, anti-HBs negativ, anti-HCV negativ.
Am 18. Mai 2001: HBsAg positiv, HBeAg positiv, HBV-DNA über 2000 pg/ml, anti-HBc (IgG+IgM) positiv, anti-HBc IgM negativ, Transaminasen mäßig erhöht. Am 09. Juni 2004: HBV-Replikation 235.000 Kopien/ml

HBV-Fall 3 von 3 (Code 3)

1989, Krankenpflegehelfer, erfolgreiche Klage auf Gewährung von Übergangsleistungen

(Bundessozialgericht, Urteil vom 25. Oktober 1989 – 2 RU 57/88)

Nach Bekanntwerden seiner Hepatitis B-Erkrankung löste ein in einer Unfallambulanz tätiger Krankenpflegehelfer seinen Arbeitsvertrag im Einvernehmen mit dem Arbeitgeber auf. Er beantragte Übergangsleistungen nach §3 Abs. 2 Betriebskostenverordnung, "weil er seine Tätigkeit als Krankenpflegehelfer wegen der Gefahr des Entstehens oder Verschlimmerns einer Berufskrankheit (Superinfektion mit Hepatitis D-Virus) aufgegeben hat". Nach zwei verlorenen Verfahren erhielt der Klagende Recht und die Übergangsleistung wurde ihm gewährt.

Kommentar: Der Krankenpflegehelfer hätte seine Tätigkeit nach den Empfehlungen der DVV nicht grundsätzlich aufgeben müssen; eventuell wäre eine vorübergehende Einschränkung, z.B. durch eine Krankschreibung, bis zum möglichen Therapieerfolg in Frage gekommen. Zumal ein Krankenpflegehelfer auf Grund seiner formalen Qualifikation keine invasiven Tätigkeiten ausführt.

HIV-Fall 1 von 2 (Code 7)

2006, Anästhesist und Notarzt, Übergriffigkeit der Richter in Gerichtsverfahren zur Anerkennung einer Berufskrankheit im Zusammenhang mit Offenbarungspflicht

(Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 29. November 2006 – L 9 U 4963/06 A)

Im Verfahren stritt ein Anästhesist und Notarzt im Jahr 2006 um die Anerkennung seiner HIV-Infektion als Berufskrankheit. Die Infektion wurde bereits im September 2002 erkannt und im März 2003 wurde vom damaligen Betriebsarzt eine BK- Verdachtsanzeige gestellt. Eine Berufskrankheit sei anzunehmen, da der Betroffene im OP eine Nadelstichverletzung erlitten und im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit Umgang mit infektiösem Material gehabt habe. Im Meldeformular stand auch der Vermerk "Arbeitgeber soll nichts erfahren".

In einem anonymisierten Befundbericht belegte der Anästhesist den Umgang mit mindestens einem HIV-positiven Patienten. Nachforschungen seien aber nicht möglich gewesen, aus Sorge, dass der Arbeitgeber nachgefragt hätte, wofür die Informationen benötigt würden.

Die zuständige Gesetzliche Unfallversicherung bat daraufhin den behandelnden Arzt des Betroffenen um eine Stellungnahme. Laut dieser war der Behandlungsverlauf unkompliziert und die Viruslast anhaltend gering. "Auch wenn der Arbeitsunfall als solcher nicht dokumentiert worden sei, so machten die berufliche Exposition zum Blut im Rahmen der erlittenen Nadelstichverletzung und das Vorkommen von HIV-Infizierten im Tätigkeitsbereich (...) einen Ursachenzusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der eingetretenen HIV-Infektion hinreichend wahrscheinlich".

Zwei von der Unfallversicherung beauftragte Gutachter kamen zu demselben Ergebnis. Die Erkrankung solle als Berufskrankheit anerkannt werden. Die Berufsausübung sei am gegenwärtigen Ar-

HIV-Fall 1 von 2 (Code 7)

beitsplatz zwar weiterhin mit Einschränkungen möglich; dem allgemeinen Arbeitsmarkt stehe der Anästhesist allerdings faktisch nicht mehr zur Verfügung.

Die Unfallversicherung lehnte den Antrag auf Anerkennung einer Berufskrankheit ab, da der ursächliche Zusammenhang nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit nachzuweisen sei. Aufgrund des fehlenden Einverständnisses des Anästhesisten seien Vor-Ort- Ermittlungen zur Klärung nicht möglich.

Auch der Widerspruch des Anästhesisten gegen die Ablehnung der Anerkennung wurde abgewiesen. Dagegen klagte er 2005 beim zuständigen Sozialgericht.

Die Richterin meinte dabei, für eigene Ermittlungen beim Arbeitgeber des klagenden Anästhesisten nicht dessen Einverständnis zu benötigen und sah sich verpflichtet, die HIV- Infektion dem Krankenhausträger zu melden: "Es besteht (...) eine unmittelbare Gefahr für die Gesundheit und damit für Leib und Leben der Patienten durch die berufliche Tätigkeit des Klägers".

Daraufhin reichte der Anästhesist erfolgreich einen Befangenheitsantrag gegen die Richterin ein. "Eine selbstständige arbeitsrechtliche Offenbarungspflicht eines HIV-infizierten Mitarbeiters im Gesundheitsdienst gegenüber seinem Arbeitgeber (wird) nur für medizinisches Personal bejaht, das Operationen mit erhöhter HIV-Übertragungsgefahr ausführt. Zu dieser Gruppe wird man den Kläger als Anästhesisten nicht zählen können".

Kommentar: Die Richterin hat aus Unkenntnis, Überschwang oder Klärungsdruck ihre Schweigepflicht gebrochen. Für die Entscheidung hinsichtlich einer Tätigkeitseinschränkung war ausschließlich die geringe Viruslast relevant. Auch hier lässt sich der Schluss ziehen, dass eine verständliche Übersetzung fachlicher Gutachterinformationen für Richter von Vorteil gewesen wäre. Die Richterin hätte sich sachverständig beraten lassen müssen.

HIV-Fall 2 von 2 (Code 6)**2013, Chemisch-technische Assistentin, erfolglose Klage wegen Diskriminierung im Rahmen der Kündigung nach Bekanntwerden der Erkrankung**

(Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 19. Dezember 2013 – 6 AZR 190/12)

Anlässlich einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung im Dezember 2010 teilte eine chemisch-technische Assistentin, die in der Produktion von Arzneimitteln zur Krebsbehandlung im Reinraumbereich eingesetzt war, dem Betriebsarzt ihre symptomfreie HIV-Infektion mit. Der Betriebsarzt äußerte Bedenken gegen den Einsatz in diesem Arbeitsbereich. Daraufhin kam es zu einem Gespräch zwischen der Angestellten, dem Betriebsarzt und einem der beiden Geschäftsführer. Der Betriebsarzt teilte dem Geschäftsführer nach seiner Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die HIV-Infektion mit. Die fristlose Kündigung erreichte die chemisch-technische Assistentin noch am selben Tag. Die Gekündigte reichte hiergegen auf der Basis des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) Klage ein. In diesem Urteil wurde festgestellt, dass auch eine symptomlo-

HIV-Fall 2 von 2 (Code 6)

se HIV- Infektion als Behinderung im Sinne des UN-Behindertenrechts zu werten ist.

Der Fall ging durch mehrere Instanzen und wurde vom Bundesarbeitsgericht schließlich an das Landesarbeitsgericht zurückgewiesen. Das Verfahren endete dort mit einem Vergleich. In der Akte vom 19.12.2013 heißt es zum Vorgängerurteil, dass "das Landesarbeitsgericht zu prüfen habe, ob die Beklagte durch angemessene Vorkehrungen, d.h. durch wirksame und praktikable, die Beklagte nicht unverhältnismäßig belastende Maßnahmen, den Einsatz des Klägers im Reinraum hätte ermöglichen können. Nur wenn das nicht der Fall war, ist die Kündigung wirksam".

Kommentar: Der Arbeitgeber argumentierte mit der Infektion als Gefahr für die Produktion von Zytostatika; hier wurde also der Produktschutz über den Arbeitsschutz gestellt. Beschäftigte im Reinraum werden mit maximaler Schutzausrüstung (chemikalienbeständige Handschuhe, Overall) und darüber hinaus nicht allein eingesetzt. Wäre der Produktschutz tatsächlich wichtig gewesen, hätte dieser auch eingerichtet werden können, ohne der Beschäftigten zu kündigen. Der Fall ist ein Beispiel für den Hinweis, Arbeitsabläufe in jedem Einzelfall genau zu beurteilen und Entscheidungen nicht ohne eine fundierte Risikoanalyse zu fällen. Darüber hinaus wird auch deutlich, wie häufig es erst gar nicht zu Gerichtsurteilen kommt.

9.2.3 Zusammenfassung

Auch wenn die Informationsqualität durch den retrospektiven Ansatz mit teilweise fragmentarischer Dokumentation natürlich eingeschränkt ist, lässt sich zusammenfassend aus den hier beschriebenen "typischen" Kasuistiken verdeutlichen,

- dass es häufig die Unkenntnis unterschiedlicher Beteiligten war, durch die es zu unangemessenem Verhalten im Zusammenhang mit dem Einsatz eines chronisch Infizierten oder MRSA- kolonisierten Beschäftigten am Arbeitsplatz kam,
- dass Betriebsärzte in der Vergangenheit häufig alleinverantwortlich und gleichzeitig handlungsunsicher waren und folglich nicht immer fehlerfrei handelten,
- dass in diesem Zusammenhang eine entsprechende Beratungsstelle von hoher Bedeutung zu sein schien,
- dass Expertengremien fast nie eine Rolle spielten, diese aber viel Schaden hätten verhindern können,
- dass jedoch nicht nur Fallkonferenzen an sich eine angemessene Maßnahme sein können, sondern vor allem deren kompetentes und vertrauenswürdiges Arbeiten, und
- dass auch Tätigkeitseinschränkungen in jedem Fall einer persönlich sehr belastende und ggf. stigmatisierende Situation für den Einzelnen darstellen; dies gilt auch bei einer unzureichend sanierbaren MRSA- Besiedelung, die ja für den Betroffenen selbst keine Erkrankung darstellt,

Da die schriftlich dokumentierten Anfragen nur einen Bruchteil des tatsächlichen Beratungsaufkommens darstellen, kann von einer sichtbar gewordenen "Spitze des Eisbergs" ausgegangen werden.

Das Gleiche gilt für Kündigungen und darauf folgende Gerichtsverfahren; sie hätten bei einer besseren Sachkenntnis unterschiedlicher Beteiligten bis hin zu Richtern vielfach vermieden werden können, auch wenn sie formal unanfechtbar waren. Auch hier hätten im Vorfeld der Unstimmigkeiten kompetente Entscheidungsabwägungen eines Expertengremiums vermeidend wirken können. Auch bei diesem Datenzugang ist hinsichtlich der Menge problematischer Fälle von der erwähnten "Spitze des Eisbergs" auszugehen, da viele Streitigkeiten schon im Vorfeld eines Gerichtsverfahrens durch einen Vergleich geregelt werden können.

10 Erfahrungen professioneller Akteure (Befragungen)

10.1 Methoden

Operationalisierung der standardisierten Erhebungsinstrumente

Zur Erfahrung von Betriebsärzten (BÄ), Hygienefachärzten in Krankenhäusern (HYG) und Amtsärzten im Gesundheitsamt (AÄ) wurden drei im Kern analoge Fragestellungen formuliert und für eine standardisierte Befragung auf Papier operationalisiert (siehe Übersicht in

Tab. 8; die Fragebogen sind in **Kapitel 17, Anhang 2** dokumentiert). Im Fall der Betreuung mehrerer Einrichtungen wurde zur präzisen Beantwortung vertiefender Fragen die Situation im *zuletzt betreuten* Krankenhaus erfragt und bei weiteren Details zu Fallkonferenzen die zuletzt erlebte.

Für die Praxisnähe der Fragen wurden zuvor schriftlich protokollierte Experteninterviews mit Angehörigen der drei Zielgruppen durchgeführt. Vor dem Einsatz wurden alle Instrumente einem ausführlichen Pretest unterzogen.

Tab. 8: Fragenkomplexe der Erhebungsinstrumente

ten		BÄ	HYG	AÄ
Merkmale von Befragten und Einrichtungen				
1.	Individuelle und berufliche Merkmale	•	•	•
2.	Struktur des zuletzt betreuten Krankenhauses	•	•	-
3.	Struktur des Gesundheitsamts und des Zuständigkeitsbereichs	-	-	•
4.	Kenntnisse offizieller Empfehlungen zur Verhütung der Infektionsübertragung durch Beschäftigte	•	•	•
Erfahrungen und Vorgehensweisen				
5.	Erfahrung mit dem Thema "Chronisch infizierte/ MRSA- besiedelte Beschäftigte"	•	•	•
6.	Existenz interdisziplinärer Expertengremien im zuletzt betreuten Krankenhaus	•	•	•
7.	Erfahrung mit Fallkonferenzen im zuletzt betreuten Krankenhauses	•	•	•
8.	Erforderliche Handlungsschritte bei Beschäftigten mit einer chronischen HBV- bzw. HCV-Infektion oder einer chronischen MRSA-Besiedelung ("Fallbeispiele") ^[1]	•	•	-
Meinungen und Wünsche (offene Antworten)				
9.	Vor- und Nachteile interdisziplinärer Fallkonferenzen zur Beratung des Einsatzes chronisch infizierter Beschäftigter	•	•	•
10.	Wünsche zu Regelungen auf offizieller Ebene zur Unterstützung der Handlungssicherheit von Arbeitgebern, Betriebsärzten und Krankenhaushygienikern	•	•	•
11.	Wünsche für die Arbeit im Gesundheitsamt zu dem angesprochenen Thema	•	•	-

Legende

^[1] BÄ: Drei Fallbeispiele, HYG: nur zu MRSA

Abkürzungen: AÄ= Amtsärzte (Gesundheitsamt), BÄ= Betriebsärzte, HYG= Hygienefachärzte im Krankenhaus

Stichprobenzugang

Für die Zielgruppe "Betriebsärzte" wurden die FFAS-eigenen Adressdaten der Freiburger Symposien für Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst (www.ffas.de/symposium) zugrunde gelegt.

Als Grundlage für die Hygienefachärztebefragung wurden die zuvor im Internet eruierten zuständigen Stellen für die Krankenhaushygiene in Universitätskliniken zusammengestellt und die Daten des aktuellen Deutschen Krankenhausadressbuchs (www.dka.de) ausgelesen. Bei letzteren wurden aus 3610 Datensätzen vorhandene doppelte Adressen, solche von Lehrinstituten und Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern unter 500 Betten und/ oder Tages- und Fachkliniken gelöscht. Krankenhausverbünde mit in der Summe über 500 Betten wurden berücksichtigt, so dass als Nettostichprobe eine Selektion von nicht-universitären Allgemeinkrankenhäusern über 500 Betten adressiert werden konnten. Den Adressen wurde, sofern nicht bekannt war, von welcher Seite die hygienefachliche Betreuung erfolgt, der Zusatz "Abteilung Krankenhaushygiene – bitte ggf. weiterleiten" angefügt.

Ergänzend versandte ein großes überbetrieblich arbeitendes Hygieneberatungsinstitut Fragebögen an seine Hygienefachärzte; eine doppelte Adressierung wurde in Kauf genommen.

Als Grundlage für die Adressierung von Ärzten in Gesundheitsämtern wurde die öffentlich zugängliche Internetdatenbank der Computer Zentrum Strausberg GmbH verwendet, die in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch- Institut entstand und alle Gesundheitsämter Deutschlands führt (www.ga-datenbank.de).

Die Aussendung der insgesamt 2437 Fragebogen erfolgte je nach Zielgruppe zwischen April und August/ September 2017. Ein schriftliche Erinnerung ("Reminder") erfolgte bei Betriebsärzten durch eine motivierende Postkarte nach fünf Wochen und bei Gesundheitsämtern per E-Mail nach drei Wochen. Auf die Erinnerung von Hygieneärzten wurde verzichtet, da schon bei der Aussendung der Fragebogen vermutet werden musste, dass viele Fragebogen angesichts des Fachkräftemangels in diesem Bereich "ins Leere" liefen. (Schätzungen gehen von nur 100 bis 300 Krankenhaushygienikern für rund 2000 Krankenhäuser in Deutschland aus).²⁸

Nonresponder- Analysen wurden aufgrund wenig aussagekräftiger Kenntnisse über die Grundgesamtheiten nicht durchgeführt. Eine zusammenfassende Übersicht über die Kollektive zeigt **Tab. 9**).

²⁸ http://www.dghm.org/krankenhaushygieneinfektionspraevention/m_456
http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Krankenhaushygiene/Aerztmangel_in_der_Krankenhaushygiene.pdf
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Betreuung_Krankenhaeuser.pdf?__blob=publicationFile

Tab. 9: Stichproben und -zugang

Zielgruppe	BÄ	HYG	AÄ
Zugang	Adressdatei der FFAS [1]	Dt. Krankenhausadressbuch, überbetriebliches Hygieneberatungsinstitut	Internet-Adressdatei
Stichprobe (brutto)	Betriebsärzte [2]	Universitätsklinken, Bereich Krankenhaushygiene (n=34) [3] Allgemeinkrankenhäuser >500 Betten (n=222) überbetrieblich beratende Hygienefachärzte (n=27)	Gesundheitsämter, Bereich Infektionskrankheiten/ Krankenhaushygiene
Total (n)	1774	283	382
Zeiträume			
Aussendung Fragebogen	03. - 11.04.2017	07. - 21.07.2017	31.08.2017
Schriftliche Erinnerung ("Reminder")	17.05.2017	-	19.10. - 07.11.2017
Schluss Fragebogenrücksendung	30.09.2017	21.08.2018	1.12.2017

Legende

^[1] Teilnehmer an den Freiburger Symposien Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst

^[2] Bei Privatadressen bekannt oder vermutet

^[3] Eigentlich 35 Universitätsklinken (Marburg und Gießen wurden als eine Einheit betrachtet)

Statistische Methoden

Die Ergebnisse wurden ausschließlich deskriptiv, nicht statistisch vergleichend analysiert. Prozente werden auf der Basis gültiger Antworten angegeben; Ausnahmen werden entsprechend gekennzeichnet.

Zur schnelleren Erfassung beim Lesen werden auch Zahlen unter 100 prozentuiert. In Tabellen werden Spezifizierungen ("darunter...") auf die vollständige Datenbasis prozentuiert, um sie auch unabhängig von der Hauptfrage beurteilen zu können. Ergebnisse auf der Basis von Fragefiltern ("Wenn ja") werden hingegen auf der Basis der hier gefilterten Fälle prozentuiert.

10.2 Fragebogenrücklauf und Merkmale der Befragten

Der Fragebogenrücklauf lag bei Betriebsärzten bei lediglich 6% (vor dem Reminder 4%, bei Krankenhaushygienikern 19% und bei Amtsärzten 16%; siehe **Tab. 10**).

Tab. 10: Fragebogenrücklauf

Zielgruppe	BÄ	HYG	AA
Datenbasis	1774	283	382
<i>abzüglich stichprobenneutraler Ausfälle [1]</i>	6 (0,3%)	-	-
<i>abzüglich aktiver Verweigerung [2]</i>	5 (0,3%)	-	-
Fragebögen (analysierbar)	101	55	61
Rücklauf in Prozent	5,7%	19,4%	16,5%

Legende

[1] BÄ: nicht/nicht mehr als BA tätig, keine Krankenhausbetreuung

[2] BÄ: explizite Mitteilung, Zurücksendung leerer Fragebogen

Die Hälfte der Betriebsärzte und 68% der Hygieneärzte waren Fachärzte ihres Fachs, jeweils zwei Drittel waren angestellt im betreuten Betrieb (an anderer Stelle näher beschrieben; siehe **Tab. 11**).

Betriebsärzte hatten im Median ²⁹ 21, Hygieneärzte 16 und Amtsärzte 13 Jahre Berufserfahrung. Betriebs- und Hygieneärzte betreuten im Median ein Krankenhaus bzw. drei Krankenhäuser, mit dem zuletzt betreuten bestand 15 bzw. vier Jahre Erfahrung; Amtsärzte waren im Median 10 Jahre in ihrem aktuellen Gesundheitsamt beschäftigt, zuständig für den infektiologischen Bereich (auch an früheren Arbeitsstellen) waren sie 14 Jahre (siehe Teil B von **Tab. 11**). Mehr als die Hälfte von ihnen betreute bis zu fünf Krankenhäuser.

Die Hälfte der Betriebsärzte war Mitglied in der entsprechenden Hygienekommission und fast alle Hygieneärzte und Amtsärzte Mitglied in einem regionalen MRSA-Netzwerk (Hygieneärzte beantworteten die Frage jedoch häufig nicht; unter Annahme von fehlenden Werten als "nein" wäre der Prozentanteil von Mitgliedschaften 56%). Fast alle Amtsärzte waren in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich für sowohl blutübertragbare Krankheiten als auch für MRSA.

Zu den Merkmalen des zuletzt von Betriebs- und Hygieneärzten betreuten Krankenhauses bzw. des Gesundheitsamts siehe **Tab. 12**: Im Median betreuten die Betriebsärzte 1200 und Hygieneärzte 1600 Beschäftigte. Mehr als die Hälfte der Amtsärzte betreuten bis zu fünf Krankenhäuser.

²⁹ Median: Wert in der Mitte einer Datenverteilung ("Zentralwert"); die eine Hälfte der einzelnen Werte ist kleiner, die andere größer als der Median.

Tab. 11: Persönliche Merkmale der Kollektive

(Datenbasis: BÄ: n=101, HYG: n=55, AÄ: n=63)

A. Prozentanteile	BÄ %	n	HYG %	n	AÄ %	n
Persönliche Merkmale						
Geschlecht (weiblich), n _(gültig) = 101 BÄ, 55 HYG, 63 AÄ	60,4	61	30,9	17	65,1	41
Facharzt für Arbeitsmedizin (ja), n _(gültig) = 99 BÄ [1]/ Hygienequalifikation, n _(gültig) = 52 HYG	50,5	50	-	-	-	-
Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin und/ oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie ³⁰	-	-	67,3	35	-	-
Anderes Hygienefachpersonal [2]	-	-	25,0	13	-	-
Sonstige (Facharzt für Arbeitsmedizin)	-	-	7,7	4	-	-
Vertragliche Anbindung , n _(gültig) = 99 BÄ, 53 HYG						
angestellt im betreuten Betrieb	65,7	65	62,3	33	-	-
angestellt in einem überbetrieblichen Dienst	15,2	15	35,8	19	-	-
niedergelassen in eigener Praxis/ freiberuflich	16,2	16	1,9	1	-	-
berentet, jedoch betriebsärztlich tätig	3,0	3	-	-	-	-
Mitglied der Hygienekommission im zuletzt betreuten Kran- kenhaus (ja), n _(gültig) = 98 BÄ	55,1	54	-	-	-	-
Mitglied in einem regionalen MRE/MRSA-Netzwerk (ja), n _(gültig) = 36 HYG, 63 AÄ	-	-	86,1	31	92,1	58
Zuständigkeit für das Thema						
"Chronisch infizierte/kolonisierte Beschäftigte im Gesund- heitsamt", n _(gültig) = 61 AÄ						
zuständig für alle Infektionskrankheiten	-	-	-	-	95,1	58
nur zuständig für blutübertragbare Krankheiten	-	-	-	-	1,6	1
nur zuständig für MRSA/MRE	-	-	-	-	3,3	2

B. Mittelwerte	BÄ				HYG				AÄ			
Persönliche Merkmale	MW (SD)	ME	n		MW (SD)	ME	n		MW (SD)	ME	n	
Alter (Jahre)	57,1 (6,8)	57	100		51,9 (8,8)	53	55		52,4 (7,9)	54	62	
Berufserfahrung (Jahre)	20,1 (7,5)	21	101		18,8 (11,8)	16	55		12,7 (8,9)	12	63	
Insgesamt betreute Krankenhäuser (Anzahl)	1,9 (1,5)	1	95		5,7 (6,6)	3	50		-	-	-	
Erfahrung mit zuletzt betreutem Krankenhaus (Jahre)	14,9 (8,9)	15	100		7,3 (7,0)	4	55					
Erfahrung mit der ärztlichen Tätig- keit im <i>aktuellen</i> Gesundheitsamt (Jahre)	-	-	-		-	-	-		12,1 (9,6)	10	63	
Erfahrung im <i>aktuellen</i> Zuständig- keitsbereich (Jahre)	-	-	-		-	-	-		15,1 (10,0)	14	55	

Legende

Abkürzungen: AÄ= Amtsärzte (Gesundheitsamt), BÄ Betriebsärzte, HYG Hygieneärzte im Krankenhaus, ME= Median, MW= Mittelwert, n= Anzahl (zutreffend), SD= Standardabweichung

[1] Übrige: Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin

[2] Hygienebeauftragter Arzt (15,4%; n=8), Medizinhygieniker (7,7%; n=4), Hygienefachkraft (1,9%; n=1)

³⁰ In Folgenden wird trotz der Tatsache, dass für die Gruppe "Hygieneärzte" nicht in allen Fällen Ärzte antworteten, der gewählte Sprachgebrauch weiterverwendet.

Tab. 12: Merkmale des zuletzt betreuten Krankenhauses/ Merkmale des Gesundheitsamts

Aspekt	BÄ %	n	HYG %	n	AÄ %	n
Merkmale des zuletzt betreuten Krankenhauses (BÄ/HYG)						
Krankenhausgröße (dichotomisiert am Median), $n_{(gültig)} = 97$ BÄ, 51 HYG [1]	51,5	50	51,0	26	-	-
Fachrichtung, $n_{(gültig)} = 101$ BÄ, 55 HYG						
Universitätsklinikum	8,9	9	18,2	10	-	-
Allgemeinkrankenhaus	78,2	79	70,9	39	-	-
Fachklinik	12,9	13	10,9	6	-	-
Trägerschaft, $n_{(gültig)} = 96$ BÄ, 53 HYG						
öffentlich	41,6	42	56,6	30	-	-
frei-gemeinnützig	37,6	38	34,0	18	-	-
privat	15,8	16	9,4	5	-	-
Merkmale des Gesundheitsamts (AÄ)						
Anzahl der Krankenhäuser im Zuständigkeitsbereich, $n_{(gültig)} = 61$ AÄ [2]						
1-3	-	-	-	-	31,1	19
4-5	-	-	-	-	27,9	17
6-8	-	-	-	-	21,3	13
>8	-	-	-	-	19,7	12

Legende

Abkürzungen: siehe vorige Tabelle

^[1] Median (BÄ): 1200 Beschäftigte, Median (HYG): 1600 Beschäftigte^[2] Darunter Krankenhäuser mit Maximalversorgung: 42,6% (n=26 von 61)

10.3 Ergebnisse

10.3.1 Erfahrung mit dem Thema "Chronisch infizierte/besiedelte Beschäftigte"

Erfahrungen von Betriebs- und Hygieneärzten

Fast alle Betriebsärzte und drei Viertel der Hygieneärzte berichteten über eigene Erfahrungen mit chronisch infizierten oder MRSA- besiedelten Beschäftigten in ihrer Berufspraxis (siehe hierzu

Abb. 6; Details zu

Abb. 6 bis Abb. 15 siehe **Anhang 1, Kapitel 16**).

Die häufigste Erfahrung machten Betriebsärzte mit HBV- bzw. HCV- Infizierten und Hygieneärzte mit MRSA- Kolonisierten (81% bzw. 79% versus 58%).

Gefragt nach der Situation und den Erfahrungen im *zuletzt betreuten* Krankenhaus, kamen 90% der Betriebs- und 65% der Hygieneärzte Erfahrungen schon einmal in Kontakt mit chronisch HBV-, HCV- oder HIV infizierten Beschäftigten oder Neueingestellten. Für 22% der Betriebsärzte und 53% der Hygieneärzte betraf dies die Erfahrung mit MRSA- Kolonisierten.

31% der Betriebsärzte und 43% der Hygieneärzte berichtete über Problem(e) mit dem Einsatz eines solchen Beschäftigten oder Neueinzustellenden (seit dieses Krankenhaus vom Befragten betreut wird) in den letzten 10 Jahren; diesen Zeitraum konnten 41% der Betriebsärzte und 76% der Hygieneärzte überblicken (n=41 von 100 bzw. 42 von 55).

Ein vollständiges Tätigkeitsverbot für einen chronisch infizierten/besiedelten Beschäftigten erlebten mit 17% bzw. 4% nur wenige im zuletzt betreuten Krankenhaus, aus Sicht der Betriebsärzte in den meisten Fällen wegen HBV (Hygieneärzte machten zu den zwei genannten Fällen keine weiteren Angaben). Vier Betriebsärzte und ein Hygienearzt berichteten von einer aktiven Kündigung des Beschäftigten durch den Arbeitgeber.

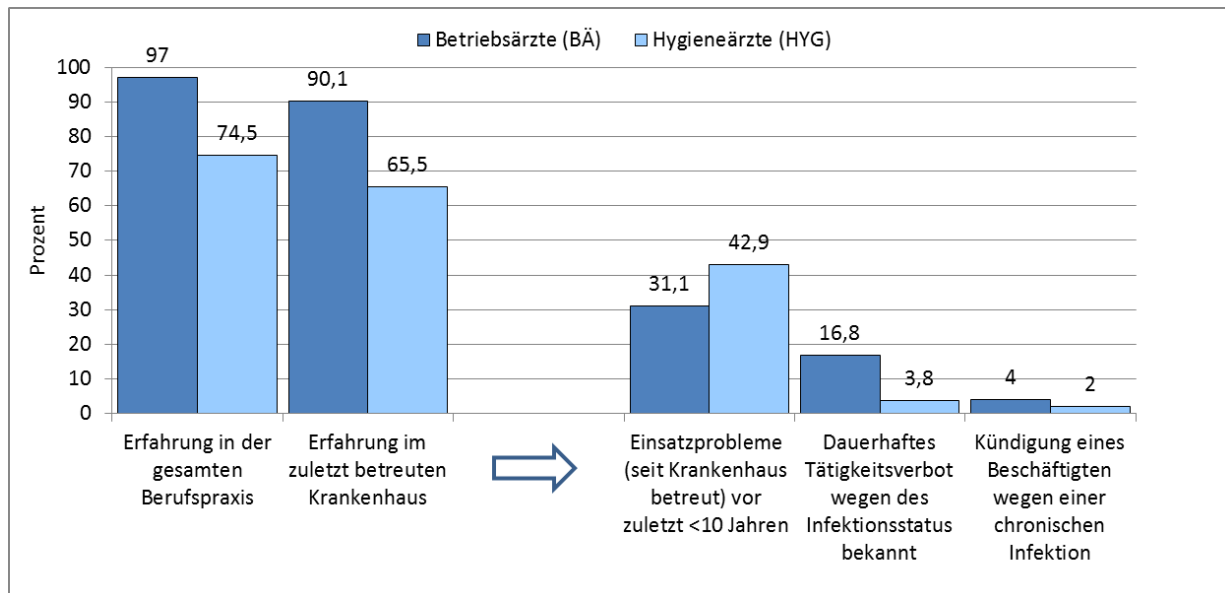


Abb. 6: Erfahrungen von Betriebs- und Hygieneärzten mit chronisch infizierten/ besiedelten Beschäftigten (insgesamt/ im zuletzt betreuten Krankenhaus)

(Datenbasis: BÄ: n=101, HYG: n=55)

Erfahrung von Betriebsärzten mit der Ablehnung einer Serostatusbestimmung durch Beschäftigte

Mit Blick auf das in der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) betonte persönliche Selbstbestimmungsrecht bei körperlichen Untersuchungen berichteten 58% der Betriebsärzte, schon einmal mit Beschäftigten im medizinischen Bereich konfrontiert gewesen zu sein, die die Blutentnahme zur Bestimmung ihres HBV/HCV/HIV- Serostatus abgelehnt hatten, in der Regel bei einer arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge (54%), aber auch im Rahmen einer Einstellungsuntersuchung (33%; siehe **Tab. 13**).

Tab. 13: Erlebte Ablehnung einer Blutentnahme zur Bestimmung des Serostatus durch Beschäftigte (Erfahrung von Betriebsärzten)

(Datenbasis: n=101 BÄ, n_(gültig) = 101)

Aspekt	%	n
Ablehnung eines Beschäftigten im medizinischen Bereich gegenüber einer Blutentnahme zur Bestimmung des HBV/HCV/HIV- Serostatus (ja)	58,4	59
Darunter (Mehrfachantworten)		
↓		
HBV/HCV- Infizierte	40,6	41
HIV- Infizierte	47,5	48
Darunter: (Mehrfachantworten)		
↓		
bei einer Einstellungsuntersuchung	32,7	33
bei einer arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge	54,5	55

Erfahrungen von Amtsärzten

Die Frage nach Erfahrungen mit chronisch infizierten oder MRSA- besiedelten Beschäftigten im Krankenhaus, bei denen das Gesundheitsamt hinzugezogen wurde, beantwortete die Hälfte der Amtsärzte positiv (siehe **Tab. 14**), ein Drittel in den letzten 10 Jahren.

Ebenfalls ein Drittel (ohne Tabelle) äußerte sich zur Frage nach der Anzahl chronisch HBV-, HCV oder HIV- infizierter bzw. MRSA- besiedelter Beschäftigter im Krankenhaus, bei denen das Gesundheitsamt zur Problemlösung in den letzten 10 Jahren hinzugezogen wurde. Insgesamt wurden 41 Fälle mit blutübertragenen Infektionen genannt (20 HBV-, 19 HCV- und 2 HIV-Fälle, berichtet von 11 bzw. 10 bzw. einem Antwortenden).

Alle sechs Ärzte, die Erfahrung mit insgesamt 12 HBV- bzw. 12 HCV- Fällen berichteten, wussten von einer anschließenden "guten Lösung" beim geeigneten Einsatz der Betroffenen (weitere Details wurden nicht erfragt). Das Gleiche gilt für den einzigen berichteten HIV- Fall und für insgesamt 53 von 55 MRSA- Fällen, die insgesamt fünf Ärzte berichteten. ***

*** (wobei hier der Status im Sinne einer chronischen Besiedelung nach unserer Definition angesichts der Fallzahl nicht valide erscheint).

Insgesamt drei Fälle einer nachweislichen Infektion eines Krankenhauspatienten mit HBV- HCV- oder HIV durch Beschäftigte waren den Befragten bekannt (siehe wiederum **Tab. 14**).

Tab. 14: Erfahrung von Amtsärzten mit dem Thema(Datenbasis: AÄ: n=63; ; n_(gültig) = 60)

Aspekt	AÄ	
	%	n
Erfahrung (ja), ³¹ Darunter (Mehrfachantworten)	53,3	32
↓		
HBV	18,3	11
HCV	16,7	10
HIV	3,3	2
MRSA	16,7	10
Letzter beschriebener "Problemfall" vor höchstens 10 Jahren [1] Darunter (Mehrfachantworten)	31,7	19
↓		
HBV [2]	10,0	6
HCV [3]	13,3	8
HIV [4]	1,7	1
MRSA [5]	8,3	5
Wissen über eine nachweisliche Infektion eines Krankenhauspatienten mit HBV- HCV- oder HIV (ja; Mehrfachantworten)		
HBV	1,7	1
HCV [6]	3,3	2
HIV	0,0	0

Legende^[1] 19 von 32 -> letzter Fall beschrieben = 59,3%^[2] Drei von 6 gültigen Nennungen: Im Jahr 2007, 2012, 2014^[3] Zwei von 8 gültigen Nennungen: Im Jahr 2010, 2016^[4] Keine von 2 gültigen Nennungen^[5] Fünf von 5 gültigen Nennungen: Im Jahr 2007, 2012, 2015, 2007 (2x)^[6] 2007 (zwei Patienten) und 2017 (ein Patient)

Den beruflichen Hintergrund des letzten "Problemfalls" gaben die 19 Befragten mit entsprechenden Erfahrungen an mit

- 6 chirurgisch tätige Ärzte (n=3 HBV, n=2 HCV, n=1 MRSA) ,
- 5 nicht chirurgisch tätige Ärzte (n=1 HBV, n=2 HCV, n=1 MRSA) und
- 8 nicht im OP tätige Pflegekräfte (n=1 HBV, n=3 HCV, n=1 HIV, n=3 MRSA); ohne Tabelle.

³¹ Die Daten zur Frage nach der Anzahl von "Problemfällen in den letzten 10 Jahren", nach dem Anteil von ausgesprochenen Tätigkeitsverboten und nach dem Anteil von Fällen mit "guter" Lösung (z.B. akzeptierte Tätigkeitseinschränkungen, Wechsel auf einen anderen Arbeitsplatz etc.) waren nicht valide genug für eine statistische Darstellung.

10.3.2 Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Hinblick auf den letzten "Problemfall"

Antworten aller drei Befragtengruppen auf die Frage nach einer Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Hinblick auf den Einsatz eines chronisch infizierten/kolonisierten Beschäftigten zeigt **Abb. 7**. Zwei Drittel der Betriebsärzte mit entsprechender Erfahrung kooperierten bei ihrem letzten "Fall" mit dem Krankenhaushygieniker und mit dem Hausarzt, mehr oder weniger als die Hälfte mit dem Vorgesetzten bzw. dem Gesundheitsamt.

Umgekehrt arbeiteten auch die Hygieneärzte in zwei Drittel der letzten Fälle mit dem Betriebsarzt und gleichermaßen mit dem Vorgesetzten zusammen, in rund der Hälfte mit dem Gesundheitsamt; ein – in diesem Zusammenhang auch nicht üblicher – Kontakt mit dem Hausarzt erfolgte selten.

Mindestens die Hälfte der Amtsärzte mit entsprechender Erfahrung nannte Kooperationen mit dem Krankenhaushygieniker, der Geschäftsführung oder Vorgesetzten und fast drei Viertel mit dem Betriebsarzt.

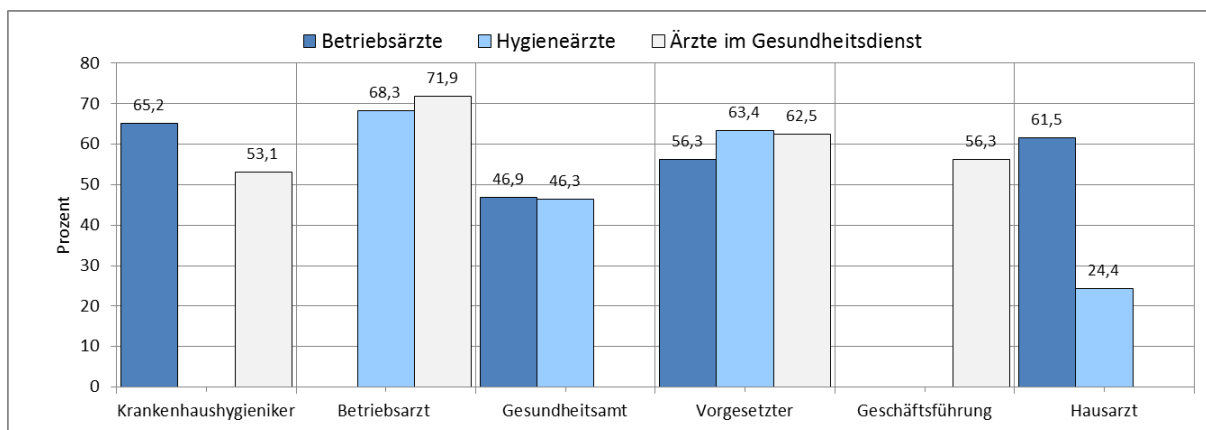


Abb. 7: Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Hinblick auf den letzten "Fall"

(Datenbasis: BÄ: n=96 von 101, HYG: n=41 von 55, AÄ: n=32 von 63 mit entsprechender Erfahrung); "ja" vs. "nicht vorhanden"/keine Angabe

Höchstens die Hälfte der Hygiene- und Betriebsärzte, die entsprechende Erfahrung machte, erachtete die Zusammenarbeit mit dem jeweils letzten Vertreter der anderen Berufsgruppe als gut (Schulnote 1 oder 2 von insgesamt 6, siehe **Abb. 8**). Die Hygieneärzte sahen die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt im letzten Fall überwiegend als gut an (79%), die Betriebsärzte hingegen nur selten (22%). Umgekehrt waren Amtsärzte mit der Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt meist zufrieden (88%).

Die Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten und auch mit dem Hausarzt, wenn sie vorkam, fanden Betriebsärzte eher selten gut (jeweils 30%);

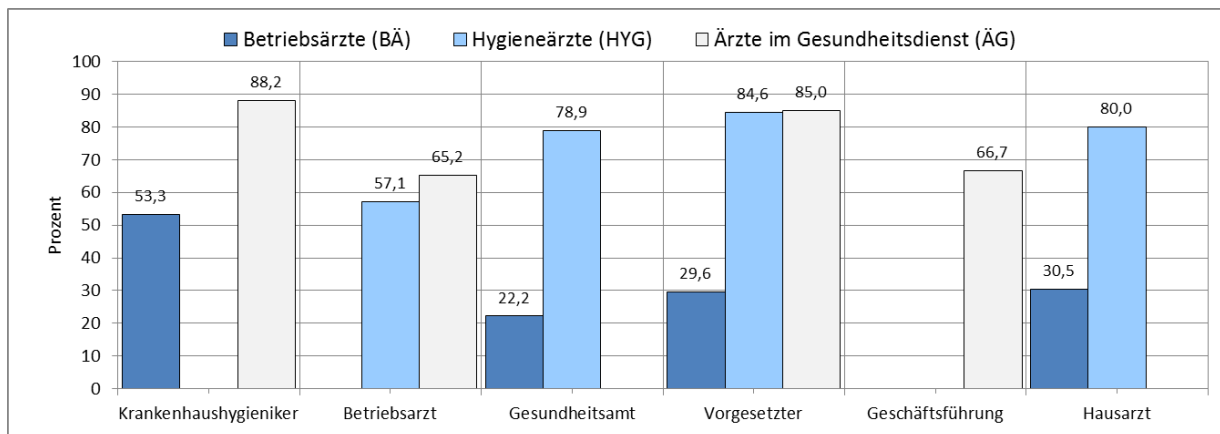


Abb. 8: Bewertung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Hinblick auf den letzten "Fall", sofern vorhanden: Schulnote 1 oder 2

(Datenbasis: BÄ: n=45-60 von 60 mit erfolgter Zusammenarbeit, HYG: n=10-28 von 41, AÄ: n=17-23 von 32)

10.3.3 Erfahrung mit interdisziplinären Expertengremien zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit von infizierten/ kolonisierten Beschäftigten

Bekanntheit von Expertengremien im Zuständigkeitsbereich von Gesundheitsämtern

Die Frage, wie viele Expertengremien den Amtsärzten im Gesundheitsamt in ihrem Zuständigkeitsbereich bekannt sind, konnten 36% (n=23 von 63) nicht beantworten, weitere 46% (n=29) kannten keines und 28% (n=11) kannten mindestens eines (davon kannten n=6 ein Gremium und n=3/1/1 zwei/drei/vier Gremien; ohne Tabelle).

Drei Amtsärzte waren selbst Mitglied in einem Expertengremium (5% von n=63), erstmals benannt in den Jahren 1999, 2005 und 2010, und hatten Erfahrung mit Fallkonferenzen zur Beratung über den Einsatz eines HBV-, HCV- oder HIV- infizierten Beschäftigten, einer von ihnen auch zum Einsatz eines chronisch besiedelten MRSA- Beschäftigten, in den Jahren 2005, 2010 und 2017.

Formal benannte Expertengremien in der zuletzt betreuten Einrichtung von Betriebs- und Hygieneärzten

In 28% bzw. 31% der von Betriebs- bzw. Hygieneärzten zuletzt betreuten Einrichtung existiert ein formal benanntes Expertengremium, das in 13% bzw. 16% auch in den letzten 10 Jahren aktiv war (siehe **Tab. 15**) und in fast nahezu allen Häusern auch schon einmal in einer Fallkonferenz zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit eines chronisch infizierten/ besiedelten Beschäftigten zusammenkam (weitere Details zu Fallkonferenzen siehe **Kapitel 10.3.4**).

(Die Gesamterfahrung von Hygieneärzten ist allerdings höher: 44% berichtete von einer aktuellen oder früheren Mitgliedschaft in einem interdisziplinären Expertengremium auch jenseits der zuletzt betreuten Einrichtung (n= 24 von 55, darunter 10 aktuell in einem Gremium, und vier in mehreren Gremien sowie neun nur in der Vergangenheit; Betriebsärzten wurde die Frage in dieser Form nicht

gestellt; keine Tabelle).

Mehrheitlich wurde die formale Einrichtung des Gremiums vom Betriebsarzt (91%, aus Sicht der Betriebsärzte) bzw. hälftig vom Krankenhaushygieniker (53%, aus Sicht der Hygieneärzte) vorgeschlagen.

Tab. 15: Erfahrung von Betriebs- und Hygieneärzten mit interdisziplinären Expertengremien zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit chronisch infizierter/kolonisierter Beschäftigter
(Datenbasis: BÄ: n=101, HYG: n=55)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Existenz eines formal benannten Expertengremiums (ja) im zuletzt betreuten Krankenhaus ($n_{\text{(gültig)}} = 100 \text{ BÄ}, 55 \text{ HYG}$) [1]	27,7	28	30,9	17
Darunter ($n_{\text{(gültig)}} = 100 \text{ BÄ}, 55 \text{ HYG}$)				
↓				
Existenz eines Gremiums in den letzten 10 Jahren [2]	13,0	13	16,3	9
Person, von der das Gremium vorgeschlagen wurde ($n_{\text{(gültig)}} = 27 \text{ BÄ}, 17 \text{ HYG}$ mit existierendem Gremium)				
Betriebsarzt	91,2	25	35,3	6
Krankenhaushygieniker	0,0	0	52,9	
Sonstige [3]	5,8	2	11,8	2

Legende

[1] HYG: n=2 "weiß nicht und n=26 "keine Angabe" als "nein" gewertet

[2] Existenz eines Expertengremiums zuletzt im Jahr...: Median/Spanne BÄ 10,0/0-19 Jahre; HYG 9,5/0-27 Jahre

[3] Sonstige: BÄ: Pflegedienstleitung, Geschäftsführung; HYG: nicht bekannt, Hygienefachkraft

Über die Regelung durch eine Geschäftsordnung oder eine Betriebsvereinbarung (in einzelnen Fällen auch durch eine Verfahrensanweisung) berichtete ein Drittel der Betriebsärzte (n=7 von 28) und zwei Drittel der Hygieneärzte (n=11 von 17; ohne Abbildung).

In fast allen existierenden Gremien der zuletzt betreuten Einrichtungen beider Befragten-Gruppen war Betriebsarzt und Krankenhaushygieniker im Gremium vertreten und jeweils in beiden Gruppen zu zwei Dritteln auch der betroffene Beschäftigte (siehe **Abb. 9**). Für die betriebliche Interessensvertretung galt dies zur Hälfte, für Vertreter der Geschäftsführung zu knapp einem Drittel, und in jeweils rund 11% die Fachkraft für Arbeitssicherheit. Hygieneärzte nannten die Beteiligung von Gesundheitsamtsvertretern in geringerem Umfang als Betriebsärzte (18 vs. 57%) und umgekehrt Betriebsärzte häufiger eine Hygienefachkraft, einen Personalabteilungsvertreter, den direkten Vorgesetzten und den Hausarzt (letzteren 7% versus 29%).

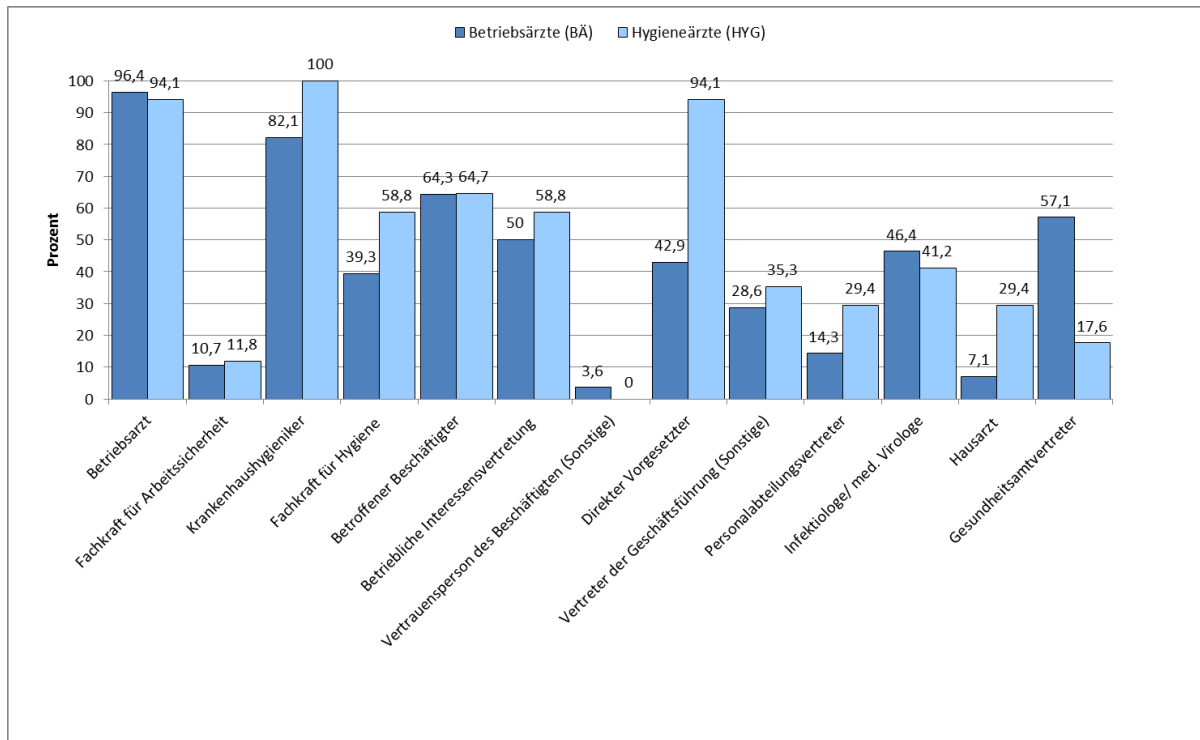


Abb. 9: Formal benannte Vertreter im Expertengremium

(Datenbasis: n=28 BÄ und 17 HYG mit existierendem Gremium)

Reihenfolge: Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz: Hygienevertreter, betroffener Beschäftigter/ betriebliche Interessenvertretung, Arbeitgebervertreter, Fachärzte/Externe)

Betriebliche Regelungen zum Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter

Betriebliche Regelungen im zuletzt betreuten Krankenhaus wie Dienstanweisungen, Betriebsvereinbarungen oder arbeits- bzw. tarifvertragliche Vereinbarungen kannten 37% der Betriebsärzte und 40% der Krankenhaushygieniker, mehrheitlich in Form von Dienstanweisungen (siehe **Tab. 16**).

Tab. 16: Betriebliche Regelungen zum Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter im zuletzt betreuten Krankenhaus

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Existenz betrieblicher Regelungen (ja), n _(gültig) = 87 BÄ, 49 HYG)	36,6	23	40,0	22
Darunter (Mehrfachantworten, n _(gültig) = 87 BÄ, 49 HYG):				
↓				
Dienstanweisung	15,8	16	29,1	16
Betriebsvereinbarung	5,0	5	14,5	8
Arbeits-/ Tarifvertragsregelung	3,0	3	0,0	0
Sonstiges: Anweisung im Hygieneplan	-	-	27,3	15

Zu erbetenen Verbesserungsvorschlägen hinsichtlich des Einsatzes HBV/HCV/HIV- Infizierter bzw. MRSA- Kolonisierter im zuletzt betreuten Krankenhaus äußerten sich lediglich 44 bzw. 33 von 101 Betriebsärzten und 20 bzw. 23 von 55 Krankenhaushygienikern (zwischen 33% und 44%; siehe **Tab. 17**). Anteilig an möglichen Wünschen *aller* Befragten regte ein Drittel der Betriebsärzte, aber nur wenige Hygieneärzte Regelungen durch eine Betriebsvereinbarung bzw. eine Verfahrensanweisung an. Vereinzelt wurde – für beide Fragestellungen – die Einrichtung eines Expertengremiums vorgeschlagen oder Vorschläge zur Prozessoptimierung beim Einsatz von Infizierten/ Kolonisierten gemacht.

Tab. 17: Verbesserungsvorschläge von Betriebs- und Hygieneärzten zum Thema "Chronisch infizierte Beschäftigte" im zuletzt betreuten Krankenhaus

(Kategorisierte Antworten auf eine offene Frage, getrennt abgefragt für A) HBV/HCV/HIV- Infizierte (Nennungen von 44 BÄ/20 HYG) und B) MRSA- Kolonisierte (Nennungen von 33 BÄ, 23 HYG);
Prozentuierung auf der Basis der Gesamtstichprobe (101 BÄ, 55 HYG)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
A) Zum Einsatz von HBV/HCV/HIV- Infizierten				
Regelung durch Betriebsvereinbarung bzw. Verfahrensanweisung	26,7	27	13,6	9
Einrichtung/Institutionalisierung eines Expertengremiums	6,9	7	7,6	5
Vorschläge zur Prozessoptimierung beim Einsatz von HBV/HCV/HIV- Infizierten [1]	7,9	8	7,6	5
Sonstiges [2]	2	2	1,5	1
B) Zum Einsatz von MRSA- Kolonisierten				
Regelung durch Betriebsvereinbarung bzw. Verfahrensanweisung	15,8	16	10,6	7
Einrichtung/Institutionalisierung eines Expertengremiums	2	2	10,6	7
Vorschläge zur Prozessoptimierung beim Einsatz von MRSA- Kolonisierten [3]	6,9	7	10,6	7
Kostenübernahme des Arbeitgebers für die Sanierung der MRSA-Besiedelung (ggf. auch im familiären Umfeld)	2	2	3	2
Änderung des Fremdbildes der betriebsärztlichen Tätigkeit [4]	2	2	-	-
Vorschläge zu MRSA-Screening [5]	4	4	-	-

Legende

- [1] BÄ: Vorschläge zur Prozessoptimierung zum Einsatz von HBV/HCV/HIV- Infizierten (n=8): "Mehr Information über die tatsächliche Infektiosität", "Einstellungsuntersuchung vor Beginn der Tätigkeit und darüber hinaus fristgerechte Vorsorgeuntersuchung", "Aufklärung von Ärzten bezüglich Umgang mit Infizierten und Schutzmaßnahmen", "bessere Einbindung der Krankenhaushygiene", "besserer Umgang mit Vorgesetzten", "Schulungen der Führungsebene zum Thema Schweigepflicht und Datenschutz", "schnellere Zusammenarbeit mit den behandelnden Kollegen", "Optimierung des Ablaufs nach Nadelstichverletzungen
HYG: Aufklärung über Übertragungswege (n=4), Optimierung der Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst (n=1)
- [2] BÄ: Sonstiges zum Einsatz von HBV/HCV/HIV- Infizierten (n=2): "Keine vorgeschriebene Einschränkung des Betriebsarztes durch Expertengremium" und "Geschäftsleitung: Interesse wecken"
HYG: Sonstiges zum Einsatz von HBV/HCV/HIV- Infizierten (n=1): Geschäftsleitung: Interesse wecken"
- [3] BÄ: Vorschläge zur Prozessoptimierung beim Einsatz von MRSA- Kolonisierten (n=7): "Schaffung alternativer Beschäftigungsmöglichkeiten", "Aufklärung von Ärzten bezüglich Umgang mit Kolonisierten und Schutzmaßnahmen", "gutes Management, "Hygiene", "indikationsbedingte Untersuchung", Schulungen der Führungsebene zum Thema Schweigepflicht und Datenschutz", "besserer Umgang mit Vorgesetzten"
HYG: Aufklärung über Übertragungswege (n=6), Verbesserung der Adhärenz bei der Standardhygiene, insbesondere die Hände betreffend
- [4] BÄ: "Änderung des Fremdbildes der betriebsärztlichen Tätigkeit" zum Einsatz von MRSA- Kolonisierten (n=2): "Definitiv keine Aufgabe des Betriebsarztes" und "Keine vorgeschriebene Zusammenarbeit mit Hygieniker"
- [5] BÄ: Vorschläge zu MRSA-Screening: n=1 Patientenscreening, n=2 Personalscreening öfter, n=1 Personalscreening nur auf eigenen Wunsch

10.3.4 Erfahrung mit Fallkonferenzen

Über die Teilnahme an einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz, in der in Zweifelsfällen die Einsatzfähigkeit chronisch infizierter/ kolonisierter Beschäftigter beurteilen werden sollte, berichteten lediglich zwei von 63 Amtsärzten; Analysen nachfolgender Fragestellungen konnten daher nicht verfolgt werden.

Fast alle befragten Betriebs- und Hygieneärzte, in deren zuletzt betreuter Einrichtung ein formal benanntes Expertengremium existierte (siehe **Kapitel 10.3.2**), antwortete auf die in diesem Kapitel erwähnten Fragen, bis auf einen Betriebsarzt, der auf weitere Ausführungen verzichtete.

Ein Viertel der Betriebs- und ein Drittel der Hygieneärzte hatte Erfahrung mit Fallkonferenzen, in der Regel auch in den letzten 10 Jahren³², Betriebsärzte mehrheitlich zu HBV- infizierten chirurgisch tätigen Ärzten und Hygieneärzte zu MRSA- kolonisierten Pflegekräften, bei Betriebsärzten in der Hälfte der Fälle nicht nur bei bereits beschäftigttem Personal, sondern auch bei Neueinstellungen (siehe **Tab. 18** und **Tab. 19**). Ob die Infektion/ Kolonisation beruflich erworben wurde, wusste die Mehrheit der Hygieneärzte nicht, Betriebsärzte bejahten dies mehrheitlich (**Tab. 19**).

Tab. 18: Erfahrung mit Fallkonferenzen zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit chronisch infizierter/ kolonisierter Beschäftigter im zuletzt betreuten Krankenhaus

(Datenbasis: BÄ: n=101, HYG: n=55)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Eigene Beteiligung an der Fallkonferenz eines formal geregelten Expertengremiums (ja)	26,7	27	31,5	17
Darunter (Mehrfachantworten), n _(gültig) = 101 BÄ, 55 HYG				
↓				
HBV/HCV/HIV- Fallkonferenz	24,8	25	12,7	7
MRSA- Fallkonferenz	6,9	7	14,5	8
Wenn ja (Erfahrung mit Fallkonferenzen; n_(gültig) = 27 BÄ, 17 HYG):				
letzter Fall in den letzten 10 Jahren (ja)	92,5	25	100,0	17
Art des Erregers des letzten betroffenen Beschäftigten (Mehrfachantworten), n _(gültig) = 27 BÄ, 15 HYG				
↓				
HBV	12,9	13	33,3	5
HCV	7,9	8	6,7	1
HIV	4,0	4	6,7	1
MRSA	2,0	2	48,0	8

³² Im Befragungsjahr 2017 erwähnten beide Gruppen keinen Fall, im Vorjahr n=8 von 25 Betriebsärzten bzw. 7 von 17 Hygieneärzten

Tab. 19: Merkmale des Betroffenen bei der letzten Fallkonferenz

(Datenbasis: BÄ: n=101, HYG: n=55)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
<u>Beruf des letzten Betroffenen</u> , n _(gültig) = 27 BÄ, 17 HYG				
Arzt (nicht chirurgisch tätig)	25,9	7	11,8	2
Arzt (chirurgisch tätig)	44,4	12	11,8	2
Pflegepersonal (nicht chirurgisch tätig)	14,8	4	58,8	10
Pflegepersonal (chirurgisch tätig)	3,7	1	11,8	2
Medizinstudent (BÄ: Zahn-, HYG: Human-)	7,4	2	5,9	1
Sonstiges ohne weitere Nennung	3,7	1	-	-
<u>Vertragsstatus des letzten Betroffenen</u> , n _(gültig) = 26 BÄ, 16 HYG				
bereits seit längerem angestellt	42,3	11	87,5	14
Neueinstellung	57,7	15	12,5	2
<u>Beruflich erworbene Infektion</u> , n _(gültig) = 27 BÄ, 16 HYG				
ja	44,4	12	0,0	0
nein	33,3	9	37,5	6
nicht bekannt	22,2	6	62,5	10

Antworten auf die Frage, wer die Fallkonferenz initiiert, moderiert und getroffene Vereinbarungen dokumentiert hat, wer für die Kontrolle getroffener Vereinbarungen als zuständig erklärt wurde und in welche Art das Gremium zu seinen Entscheidungen kam, zeigt **Abb. 10**.

Alle Betriebsärzte berichteten von (vermutlich) selbst initiierten, ein Drittel der Hygieneärzte auch von (vermutlich) selbst ins Leben gerufenen Konferenzen. Ähnlich, wenn auch nicht gleichermaßen trennscharf sah die Verteilung zur Moderation bzw. Leitung der Runde und die zur Verteilung von Verantwortlichkeiten für die Protokolle aus. Kontrollaufgaben übernahm aus der Erfahrung beider Gruppen in der Regel der Betriebsarzt. Entscheidungen konnten praktisch immer im Konsens und nicht als Mehrheitsentscheidung beschlossen werden (siehe hierzu **Tab. 20**).

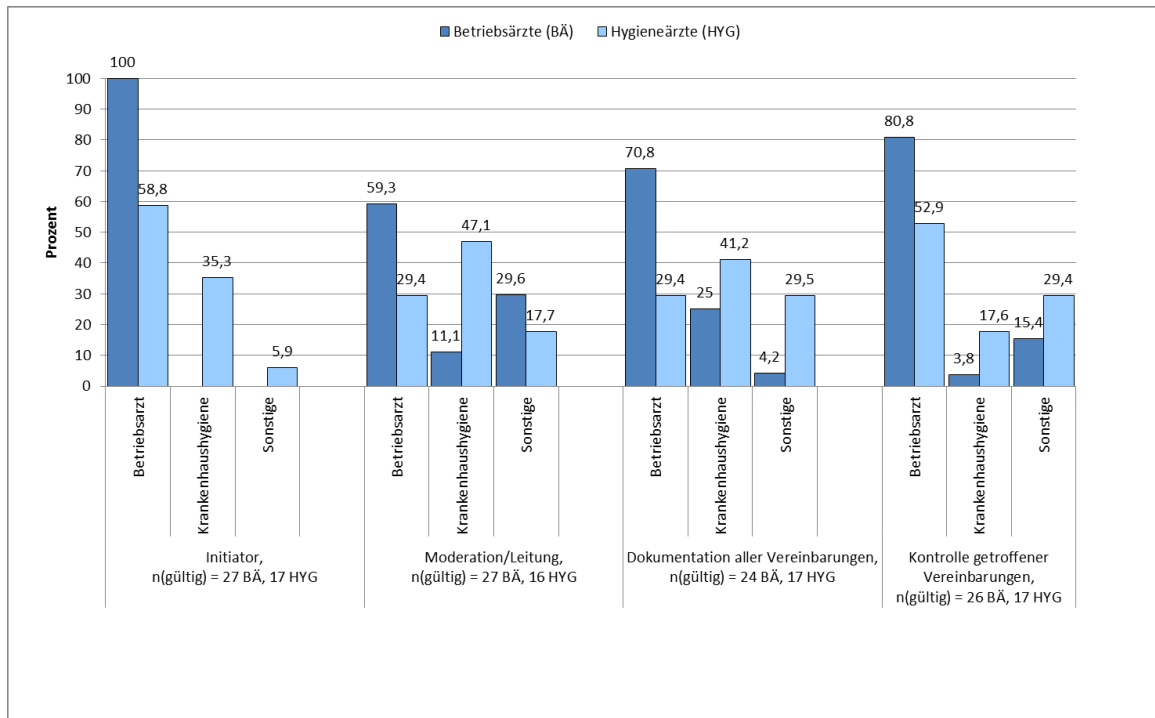


Abb. 10: Rollenverteilung im Prozess
(Datenbasis BÄ: n=27, HYG: n=17)

Tab. 20: Entscheidungsmodus der Fallkonferenz
(Datenbasis BÄ: n=27, HYG: n=17)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Konsens	92,6	25	100,0	17
Mehrheitsentscheidung	3,7	1	0,0	0
Beschluss von Führungs-/Personalverantwortlichen	3,7	1	0,0	0

In der Hälfte der von Betriebsärzten geschilderten letzten Fallkonferenz im zuletzt betreuten Krankenhaus wurde das Verfahren anonym durchgeführt; in den anderen war die Anwesenheit der Betroffenen fast immer gegeben (siehe **Tab. 21**). Dasselbe galt für etwas weniger als der Hälfte der Angaben von Hygieneärzten.

In allen Fällen beider Gruppen waren die Befragten vermutlich selbst dabei. Die Anwesenheit des Betriebsarztes scheint in allen geschilderten Fallkonferenzen selbstverständlich gewesen zu sein; bei einigen Konferenzen wurde Krankenhaushygieniker durch die Hygienefachkraft vertreten. Darüber hinaus war die Besetzung der erinnerten Konferenzen relativ heterogen.

Tab. 21: Merkmale der letzten Fallkonferenz

(Datenbasis BÄ: n=27, HYG: n=17)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Anonymisiertes Verfahren (ja), $n_{\text{(gültig)}} = 25$ BÄ, 17 HYG	55,6	15	41,2	7
<u>Vertreter in der letzten Fallkonferenz</u> (Mehrfachnennungen), $n_{\text{(gültig)}} = 27$ BÄ, 17 HYG				
<u>Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz:</u>				
Betriebsarzt	100,0	27	100,0	17
Fachkraft für Arbeitssicherheit	3,7	1	5,9	1
<u>Hygienabteilung:</u>				
Krankenhaushygieniker	66,7	18	100,0	17
Fachkraft für Hygiene	25,9	7	17,6	3
<u>Betroffener Beschäftigter/Interessenvertretung:</u>				
Betroffener Beschäftigter	40,7	11	41,2	7
Betriebliche Interessensvertretung	29,6	8	35,3	6
<u>Arbeitgebervertreter:</u>				
Direkter Vorgesetzter	48,1	13	70,6	12
Personalabteilungsvertreter	29,6	8	35,3	6
Vertreter der Geschäftsführung	18,5	5	23,5	4
Sonstige: Pflegedienstleitung	3,7	1	-	-
Sonstige: Zuständige Leitung für Wiedereingliederung	-	-	5,9	1
Sonstige: Studiendekan	3,7	1	-	-
<u>Fachärzte/Externe</u>				
Infektiologe/ med. Virologe [1]	55,6	15	41,2	7
Gesundheitsamtvertreter	48,1	13	17,6	3
Hausarzt	18,5	5	0,0	0

Legende^[1] Darunter neun (BÄ) bzw. zwei (HYG) von außerhalb der Einrichtung*Empfehlungen und organisatorische Beschlüsse (nur HBV/HCV/HIV- Fälle)*

Details zu den getroffenen Entscheidungen, welche Empfehlungen zu Tätigkeitseinschränkungen dem Arbeitgeber gegeben werden sollten und welche weiteren organisatorischen Beschlüsse als notwendig erachtet wurden, beantworteten die 24 konferenzerfahrenen Betriebsärzte, die mit einem *HBV*-, *HCV*- oder *HIV*- Fall zu tun hatten, in standardisierter Form (vergleiche **Tab. 22**) und entsprechend 6 von 8 Hygieneärzten (zu MRSA-Fällen siehe **Tab. 23**).

Nach **Tab. 22** wurden die Handlungsempfehlungen der DVV zu blutübertragbaren Infektionen bzw. MRSA- Empfehlungen der KRINKO von 2014 wurden immer berücksichtigt. In 59% der Fallkonferenzen (Betriebsärzte) und 4 von 6 Fallkonferenzen (Hygieneärzte, 67%) emp-

fahl das Gremium dem Arbeitgeber, den Beschäftigten in einen Arbeitsbereich ohne eine mögliche Verletzung des Patientenschutzes zu versetzen³³. Das Tragen doppelter Handschuhe war mehrheitlich bis immer ein Thema; ein absolutes Tätigkeitsverbot wurde nur einmal ausgesprochen. In weniger als der Hälfte (Betriebsärzte) wurde noch weitere Tätigkeitseinschränkungen bzw. Auflagen ausgesprochen, am meisten das Vermeiden aller allgemeinen Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr. Die Angaben von Hygieneärzten waren fallzahlbedingt nicht interpretationsfähig.

Hinsichtlich organisatorischer Beschlüsse wurde von der Hälfte der Betriebsärzte berichtet, dass Betriebsarzt und behandelnder Arzt weiterhin miteinander kommunizieren sollten; in einem Drittel bzw. Viertel sollte im Bedarfsfall auch eine weitere Beratung durch das Expertengremium stattfinden bzw. sich der Beschäftigte regelmäßig beim Betriebsarzt wiedervorstellen.

³³ Kommentar: In einem Fall berichtete eine Betriebsärztin, es seien keine Empfehlungen ausgesprochen worden, da "Experten sich nicht eindeutig äußerten; wörtlich ein Gremiumsmitglied, Professor an einer Universitätsklinik: *Bändigen Sie Ihre Betriebsärztin*".

Tab. 22: Empfehlungen an den Arbeitgeber zu Tätigkeitseinschränkungen für den Beschäftigten und organisatorische Beschlüsse (nur HBV/HCV/HIV- Fälle, Mehrfachnennungen)
(Datenbasis BÄ: n=24 von 25, HYG: n=6 von 8 mit entsprechender Fallerfahrung)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Berücksichtigung offizieller Handlungsempfehlungen (ja), $n_{\text{(gültig)}} = 26$ BÄ, 17 HYG [1]	96,1	25	100,0	17
<u>Tätigkeitsverbot/-einschränkungen</u>				
Tätigkeitsverbot/Wechsel der Fachrichtung	4,2	1	0,0	0
Tätigkeitseinschränkung (Versetzung in Arbeitsbereich ohne Risikopatienten/ Patientenkontakt)	58,3	14	66,7	4
Tragen doppelter Handschuhe während invasiver Eingriffe/ Wundbehandlung etc.	69,2	18	100,0	6
Einhalten weiterer Hygienemaßnahmen über die Standardhygiene hinaus [2]	0,0	0	50	3
<u>Weitere Tätigkeitseinschränkungen/ Auflagen</u> , (Mehrfachnennungen), $n_{\text{(gültig)}} = 24$ BÄ, 6 HYG				
Verwenden sicherer Instrumente	37,5	9	16,7	1
Vermeiden von Nacht-/Notdiensten/Rufbereitschaft (Alleinarbeiten)	29,2	7	16,7	1
Vermeiden aller allgemeinen Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr	45,8	11	33,3	2
Vermeiden aller invasiven Tätigkeiten mit erhöhtem Stresslevel (z.B. Reanimation)	33,3	8	0,0	0
<u>Organisatorische Beschlüsse</u> (Mehrfachnennungen), $n_{\text{(gültig)}} = 25$ BÄ, 6 HYG				
weitere Beratung durch Expertengremium im Bedarfsfall	33,3	8	66,7	4
Vereinbarung einer Kommunikation von Betriebsarzt und behandelndem Arzt	50,0	12	66,7	4
Sonstiges: regelmäßige Vorstellung beim Betriebsarzt	25,0	6	16,7	1

Legende

^[1] DVV-Richtlinien (HBV/HCV/HIV) bzw. KRINKO - Empfehlungen (MRSA)

^[2] Sonstiges BÄ: n=1 Mundschutz; HYG: keine Angaben

In den von Hygieneärzten geschilderten acht MRSA-Fallkonferenzen war das Einhalten weiterer Hygienemaßnahmen über die Standardhygiene hinaus (z.B. das Tragen eines Mund-/Nasenschutzes bei invasiven Tätigkeiten oder eine Erkältung, eine optimierte Händehygiene bzw. konsequente Abdeckung der Wunden der Patienten) eine mehrheitlich übliche Empfehlung; Tätigkeitseinschränkungen mussten nur in Einzelfällen ausgesprochen werden und ein Tätigkeitsverbot gar nicht (siehe **Tab. 23**). Auch hier waren die Gremien mehrheitlich bereit, erneut zur Beratung zusammenzukommen. Die teilnehmenden Betriebsärzte hatten nur Erfahrung mit zwei MRSA-Fallkonferenzen; die Ergebnisse werden in der nachfolgenden Tabelle zwar konsequent dargestellt, aber nicht interpretiert.

Tab. 23: Empfehlungen an den Arbeitgeber zu Tätigkeitseinschränkungen für den Beschäftigten und organisatorische Beschlüsse (nur MRSA- Fälle)

(Datenbasis BÄ: n=2 von 2, HYG: n=8 von 8 mit entsprechender Fallerfahrung)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
<u>Tätigkeitsverbot/-einschränkungen</u>				
Tätigkeitsverbot/Wechsel der Fachrichtung	0,0	0	0,0	0
Tätigkeitseinschränkung (Versetzung in Arbeitsbereich ohne Risikopatienten/ Patientenkontakt)	50,0	1	37,5	3
Einhalten weiterer Hygienemaßnahmen über die Standardhygiene hinaus [1]	50,0	1	75,0	6
<u>Organisatorische Beschlüsse</u> (Mehrfachnennungen)				
weitere Beratung durch Expertengremium im Bedarfsfall	100,0	2	75,0	6
Vereinbarung einer Kommunikation von Betriebsarzt und behandelndem Arzt	100,0	2	37,5	3
Sonstiges: besondere Aufmerksamkeit Vorgesetzte (HYG)	0,0	0	12,5	1

Legende

^[1] BÄ: Mundschutz; HYG: Mund-/Nasenschutz bei invasiver Tätigkeit oder Erkältung, optimierte Händehygiene, Wundabdeckung

Wie in **Tab. 24** ersichtlich, wurden die Vereinbarungen in der Regel auch konsequent protokolliert. Inwieweit sie auch tatsächlich eingehalten wurden, wurde allerdings nicht immer vollständig überprüft, wie beide Gruppen berichteten.

Im Gegensatz zu den Antworten von Hygieneärzten waren nach der Erfahrung der Betriebsärzte nicht alle Betroffenen mit den Beschlüssen und Empfehlungen einverstanden (78% vollständiges Einverständnis; siehe **Tab. 25**). Mehrheitlich (jeweils rund zwei Drittel der Antworten) arbeitete der Beschäftigte anschließend im selben Arbeitsbereich weiter; in Einzelfällen verließ er das Krankenhaus nach einer Kündigung oder einem Aufhebungsvertrag von sich aus.

Tab. 24: Umgang mit Vereinbarungen (alle Fallkonferenzen)

(Datenbasis BÄ: n=27, HYG: n=17)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
<u>Schriftliche Dokumentation der Vereinbarungen</u> , $n_{(\text{gültig})} = 27 \text{ BÄ}, 17 \text{ HYG}$				
ja, vollständig	85,2	23	82,4	14
ja, teilweise	14,8	4	17,6	3
nein	0,0	0	0,0	0
<u>Überprüfung der Einhaltung der Vereinbarungen</u> , $n_{(\text{gültig})} = 27 \text{ BÄ}, 17 \text{ HYG}$				
ja, vollständig	66,7	18	52,9	9
ja, teilweise	29,6	8	23,5	4
nein	0,0	0	23,5	4

Tab. 25: Haltung des Betroffenen und weiterer Verlauf nach der Fallkonferenz

(Datenbasis BÄ: n=27, HYG: n=17)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
<u>Einverständnis des Betroffenen mit den Beschlüssen/ Empfehlungen</u> , $n_{(\text{gültig})} = 27 \text{ BÄ}, 17 \text{ HYG}$				
ja, vollständig	77,8	21	94,1	16
ja, teilweise	14,8	4	5,9	1
nein	7,4	2	0,0	0
<u>Weiterer Verlauf nach der Fallkonferenz: Der Beschäftigte...</u> $n_{(\text{gültig})} = 25 \text{ BÄ}, 17 \text{ HYG}$				
arbeitete im selben Arbeitsbereich weiter	60,0	15	64,7	11
wechselte zeitweise in einen anderen Arbeitsbereich	16,0	4	17,6	3
wechselte dauerhaft in einen anderen Arbeitsbereich	16,0	4		
verließ das Krankenhaus nach Kündigung/Aufhebungsvertrag von sich aus	8,0	2	17,6	3

Bewertungen und Verbesserungsvorschläge

Mehrheitlich (über 80%) bewerteten die Befragten beider Gruppen die Kompetenz des Gremiums als gut im Sinne von Schulnoten 1 oder 2. Ähnlich sah die Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen den Gremiumsmitgliedern aus (siehe **Tab. 26**).

Neun von 27 Betriebsärzten und sieben von 17 Hygieneärzten beurteilten rückblickend Verbesserungsmöglichkeiten bei der berichteten Fallkonferenz. Es wurden verschiedene Aspekte angesprochen, von Prozessoptimierungsbedarfen bis zur Verdeutlichung von Handlungsunsicherheiten wegen fehlender gesetzlicher Vorgaben und verbindlichen Vereinbarungen auf betrieblicher Ebene. Die Zitate werden wegen ihrer geringen Anzahl unkategorisiert in **Tab. 27** wiedergegeben).

Tab. 26: Bewertung der Arbeit des Expertengremiums im berichteten Fall (Schulnoten 1 oder 2)
(Datenbasis BÄ: n=27, HYG: n=17; n_(gültig) = 27 BÄ, 17 HYG)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Kompetenz [1]	81,5	22	88,2	15
Zusammenarbeit [2]	74,1	20	88,2	15

Legende

^[1] Kompetenz: Schulnoten-Mittelwert (Standardabweichung), Median/Spanne: BÄ 1,9 (1,4), 1/1-6, HYG 1,6 (0,7), 1/1-3

^[2] Zusammenarbeit: BÄ: 2,1 (1,4), 2/1-6, HYG 1,5 (0,7), 1/1-3

Tab. 27: Verbesserungsmöglichkeiten bei der berichteten Fallkonferenz (offene Antworten)
(Datenbasis BÄ: n=27, HYG: n=17; n_(gültig) = 9 BÄ, 8 HYG)

n	Antworten (Betriebsärzte)
1	"Betriebsvereinbarung hätte Sicherheit gegeben".
1	"Der Verfahrensablauf hätte noch klarer formuliert werden sollen, wer, wann, wo, wie welche Verantwortung trägt bzw. wie der Prozess weiter von statten geht".
1	"Die DVV Empfehlung!"
1	"Es gibt durch die neue arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung keine Pflicht zur Duldung einer Blutentnahme. Solange dies so ist, hat man keinerlei Einflussnahme".
1	"Wenn die gesetzlichen Vorgaben besser wären... Die Vorsorge ist freiwillig, wir machen keine Eignungsuntersuchungen".
1	"Kooperation und Kompetenz der Vorgesetzten hätte besser sein können".
1	"Der Prozess dauerte zu lange. Da dies der erste Fall überhaupt war, musste das Verfahren erst etabliert und zuvor auch noch eine Dienstvereinbarung erstellt werden".
1	"Wenn weiter regelmäßig Gastärzte aus China hier tätig sind, sollte ein qualifizierter Dolmetscher benannt werden".
1	"Zulässigkeiten und Verlaufskontrollen".
n	Antworten (Hygieneärzte)
2	"Vorliegen einer Betriebsvereinbarung zur Regelung/ Konsensfindung"
1	"Eine schnellere und unbürokratischere Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst"
1	"Es fehlt allen Beteiligten noch an Routine, die Kommunikation läuft teilweise mehrfach aneinander vorbei und verschiedene Aussagen stehen dann gegeneinander"
2	"Man hätte frühzeitig aktiv werden müssen/ Gremium hätte früher tagen müssen"
1	"In diesem Fall waren keine Verbesserungen erforderlich. In anderen Fällen sollten die Betroffenen ihren Status sehr selektiv kommunizieren (im Fall einer Mitarbeiterin mit chronischer Sinusitis musste der ebenfalls kolonisierte Sohn die Schule verlassen und seine Ausbildung abbrechen)"

10.3.5 Verbesserungsvorschläge von Amtsärzten (betriebliche Ebene)

Speziell Amtsärzte wurden gefragt, was aus ihrer Sicht hinsichtlich des Themas "chronisch infizierte bzw. MRSA- besiedelte Beschäftigte" – getrennt für chronisch infizierte und für MRSA- besiedelte Beschäftigte – grundsätzlich bzw. in Krankenhäusern im Besonderen (noch) verbessert werden sollte. Rund ein Viertel machte hierzu Aussagen (siehe **Tab. 28**). Die vier Antworten bezüglich HBV/ HCV/ HIV- infizierter Beschäftigte sind heterogen, beim Thema MRSA häuft sich der Wunsch nach Aufklärung über Risiken und Nicht-Risiken der Besiedelung, gefolgt von dem Wunsch nach Entstigmatisierung.

Tab. 28: Verbesserungsvorschläge von Amtsärzten auf betrieblicher Ebene

(Datenbasis AÄ: n=63; offene, kategorisierte Antworten; Prozente auf der Basis von antwortenden Personen; 22 Mehrfachantworten von 18 Personen (28,5% von n=63))

n Antworten im Hinblick auf HBV/HCV/HIV- infizierte Beschäftigte	
1	Aufklärung (über Risiken und Nicht-Risiken)
1	Entstigmatisierung der Infektion
1	Bessere Kommunikation in der Einrichtung zwischen verantwortlichen Akteuren
1	Mehr Formalisierung und Differenzierung (z.B. festes Schema zur Gefährdungsanalyse, individualisierte Risikoanalyse)
n Antworten im Hinblick auf MRSA- kolonisierte Beschäftigte	
7	Aufklärung (über Risiken und Nicht-Risiken)
4	Entstigmatisierung der Kolonisation
3	Screening von Beschäftigten
2	Mehr Formalisierung und Differenzierung (z.B. festes Schema zur Gefährdungsanalyse, individualisierte Risikoanalyse)
n Antworten ohne weiteren Krankheitsbezug	
1	Mehr Formalisierung und Differenzierung (w.o.)
1	Auch im ambulanten Bereich sind Regelungen erforderlich

10.3.6 Meinungen zu Vor- und Nachteilen von Fallkonferenzen

Im Rahmen offener Antworten wurden Betriebs- und Hygieneärzte sowie Amtsärzte zu den möglichen Vor- und Nachteilen einer Fallkonferenz befragt, in der ein interdisziplinär besetztes Expertengremium den beruflichen Einsatz eines chronisch infizierten oder kolonisierten Beschäftigten berät und Empfehlungen ausspricht. Die Antworten wurden thematisch zusammengefasst (siehe **Abb. 11** und **Abb. 12**).

Betriebsärzte hoben insbesondere die Möglichkeit klarer und nachvollziehbarer Entscheidungen, die Qualitätssteigerung im Sinne einer erhöhten Professionalität die durch das interdisziplinäre Zusammentreffen entsteht und die geteilte Verantwortung hervor (siehe **Abb. 11**).

Abb. 11: Vorteile einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz

Letzteres galt weniger für Hygieneärzte, deren Antworten am häufigsten auf den Fremdschutz Dritter hinweisen (hier in einer Kategorie mit dem Selbstschutz zusammengefasst), aber sehr deutlich für Amtsärzte, für die dies der wichtigste Vorteil einer Fallkonferenz zu sein scheint.

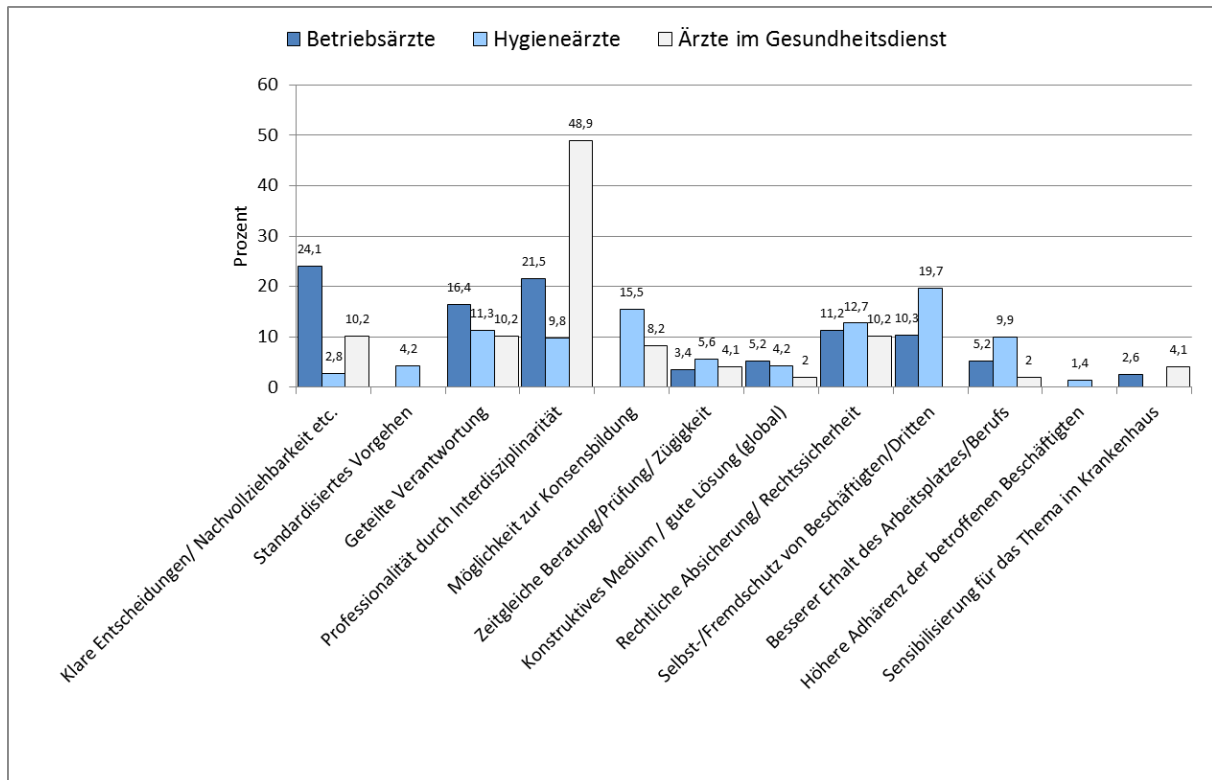


Abb. 11: Vorteile einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz

(Datenbasis BÄ: n=101, HYG: n=55, AÄ= 63; offene, kategorisierte Mehrfachantworten; Prozente auf der Basis von antwortenden Personen)

BÄ: 116 Mehrfachantworten von 71 Personen (70,2% von n=101)

HYG: 71 Mehrfachantworten von 42 Personen (76,3% von n=55)

AÄ: 49 Mehrfachantworten von 37 Personen (58,7% von n=63)

Nachteile sahen Betriebsärzte am ehesten in der Schweigepflicht- und Datenschutzproblematik und im Offenbaren sensibler Daten (von ihnen rund die Hälfte), weniger die anderen beiden Befragtengruppen (siehe **Abb. 12**). Mehrfach von den betrieblichen Akteuren genannte Aspekte waren zudem die vermutete höhere Wahrscheinlichkeit aus der Perspektive betroffener Beschäftigten, den Arbeitsplatz z.B. durch eine Kündigung oder ein Berufsverbot (und damit verbunden – einmal verbalisiert – eine Einschränkung des Rechts auf freie Berufsausübung) zu verlieren, sowie die Gefahr von Panikmache und Stigmatisierung mit der Folge, dass Beschäftigte bis hin zum Mobbing diskriminiert werden. Ein vergleichsweise hoher Zeitaufwand war insbesondere für die Amtsärzte das größte Problem.

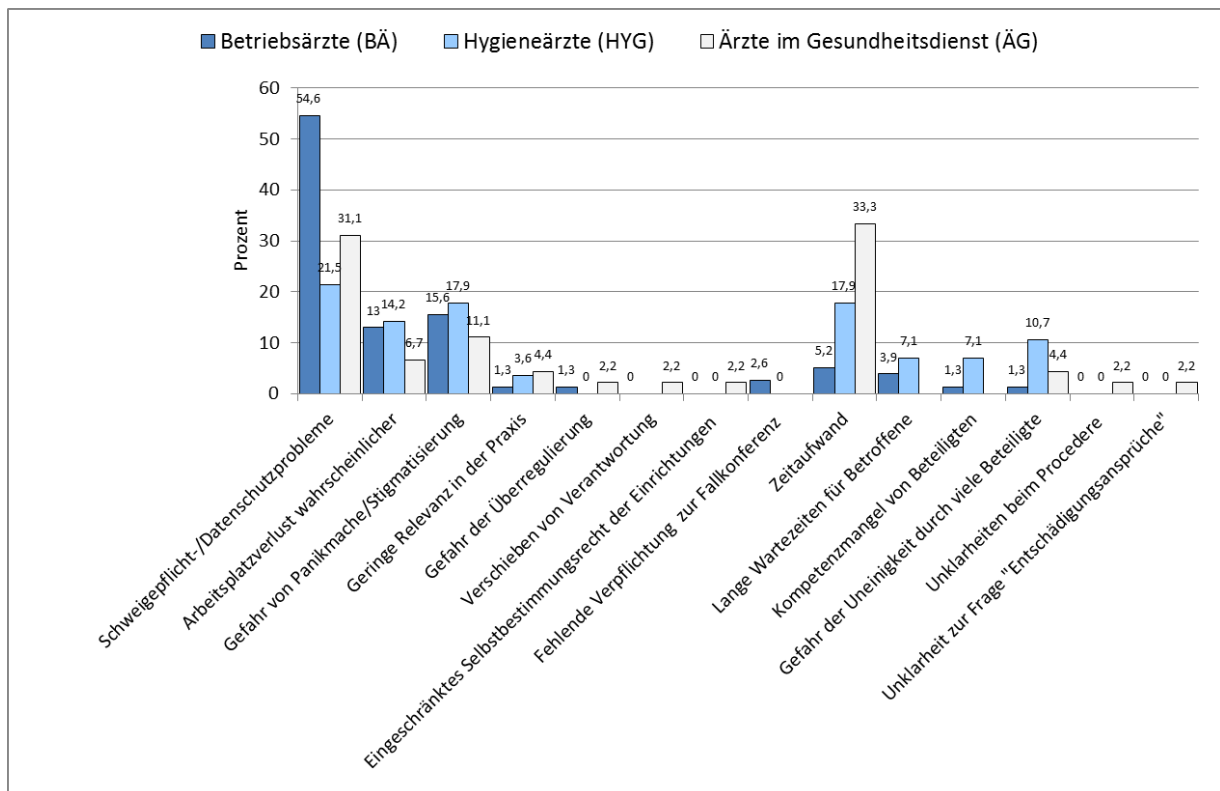


Abb. 12: Nachteile einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz

(Datenbasis BÄ: n=101, HYG: n=55, ÄÄ= 63; offene, kategorisierte Mehrfachantworten; Prozente auf der Basis von antwortenden Personen)

BÄ: 77 Mehrfachantworten von 60 Personen (59,4% von n=101)

HYG: 28 Mehrfachantworten von 55 Personen (50,9% von n=55)

ÄÄ: 45 Mehrfachantworten von 34 Personen (53,9% von n=63)

10.3.7 Wünsche nach offiziellen Maßnahmen zur Steigerung der Handlungssicherheit

Wünsche nach Maßnahmen auf offizieller Ebene zur Steigerung der Handlungssicherheit von Arbeitgebern, Betriebsärzten und Hygieneärzten, um den Einsatz eines chronisch infizierten Beschäftigten zu beurteilen, zeigt

Abb. 13.

Der wichtigste Wunsch von Betriebsärzten bezog sich auf rechtliche und andere verpflichtende Regelungen (39%). Darunter war die Hälfte der Antworten ohne nähere Ausführungen; weitere Antworten bezogen sich häufiger darauf, dass Beschäftigte zu Bluttests bzw. zur Beratung bzw. zur Weitergabe von Informationen an den Betriebsarzt verpflichtet werden sollten. Auch der Wunsch, dass für Betroffene keine Nachteile entstehen dürfen, einschließlich Hinweisen auf die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers für chronisch infizierte Beschäftigte.

Rechtliche Regelungen waren auch für Amtsärzte einer der am häufigsten genannten Wünsche, weniger für Hygieneärzte. Für beide Gruppen waren Leitlinien bzw. deren Anpassung/Präzisierung, z.B. hinsichtlich Erregerkontrollen, Grenzwerten, Untersuchungsintervallen

oder zu medizinischen Aspekten ("Ab wann kann von einer HCV- Heilung gesprochen werden?", Nr. 29) der häufigste Wunsch, während Betriebsärzte hier weniger Bedarf äußerten.

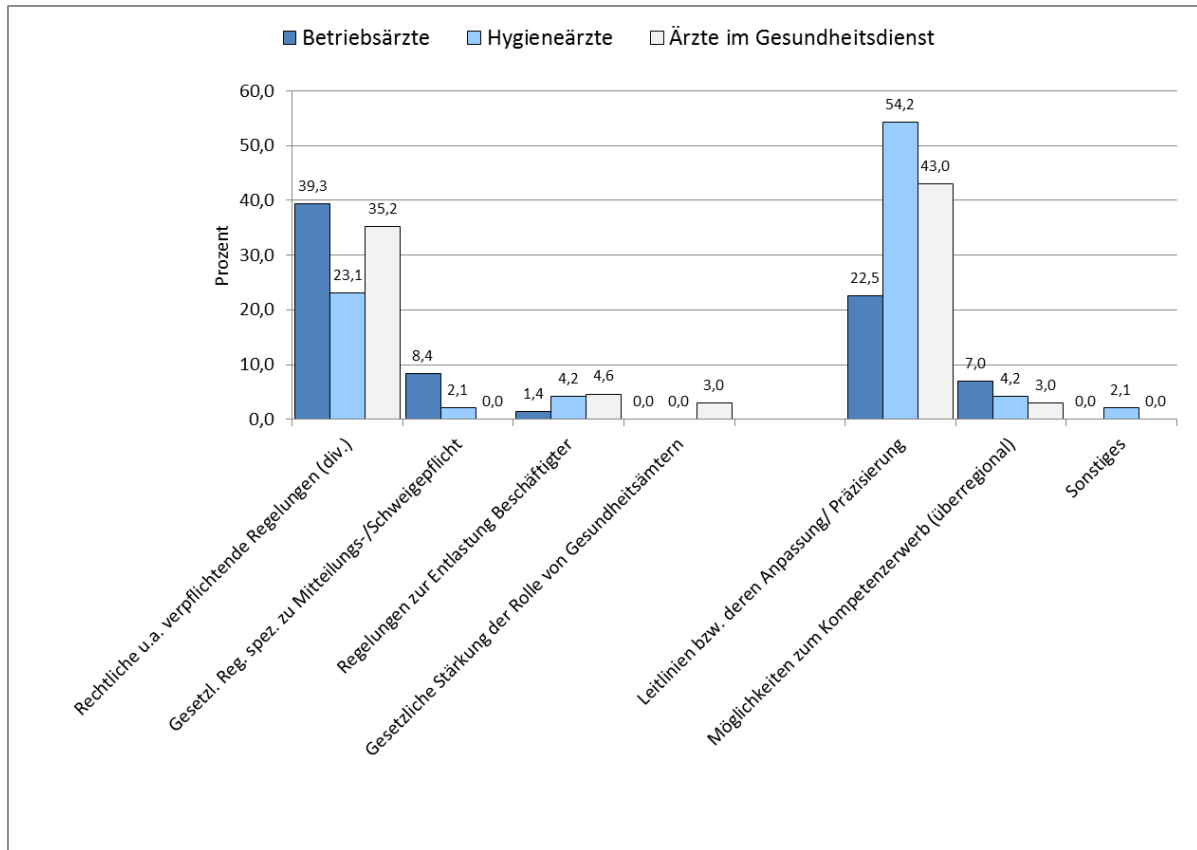


Abb. 13: Wünsche von Maßnahmen und Prozessen zur Steigerung der Handlungssicherheit von (offizielle Ebene)

BÄ: 71 Mehrfachantworten von 53 Personen (52,4% von n=101)

HYG: 48 Mehrfachantworten von 38 Personen (69,0% von n=55)

AÄ: 65 Mehrfachantworten von 43 Personen (68,2% von n=63)

Amtsärzte wurden darüber hinaus ausdrücklich gefragt, was sie sich insbesondere für ihre Arbeit zu dem Thema (mehr oder weniger) wünschten. Nur wenige antworteten darauf – zwei meinten, es sei "alles gut so"; weitere 11 Ärzte machten insgesamt 15 Angaben. Jeweils rund die Hälfte wünschte sich eine Verbesserung der Kommunikation mit den betrieblichen Akteuren bzw. mehr Akzeptanz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in seiner Beratungsfunktion (siehe **Tab. 29**).

Tab. 29: Spezifische Wünsche von Amtsärzten für ihre Arbeit

(Datenbasis AÄ= 63; offene, kategorisierte Antworten; Prozente auf der Basis von antwortenden Personen; 15 Mehrfachantworten von 11 Personen (17,4% von n=63))

n	Antworten
2	Konkrete Ansprechpartner für solche Fälle im Betrieb
5	Verbesserung der Kommunikation mit Akteuren (Betriebsärzte, Hygienefachärzte, Hausärzte)
5	Mehr Akzeptanz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (in seiner Beratungsfunktion)
2	Mehr Zeit/ mehr Personal
1	Fortbildungen zum Thema

10.3.8 Grundlagenkenntnisse, Handlungssicherheit und Praxishandeln von Betriebs- und Hygieneärzten

Fast alle befragten Betriebs- und Hygieneärzte kannten die Empfehlungen der DVV zur Prävention der nosokomialen Übertragung von HBV/HCV bzw. HIV [DVV 2007, DVV 2012] – gelesen hatten sie jeweils rund drei Viertel (siehe **Tab. 30**). Dies galt auch für Betriebsärzte hinsichtlich der offiziellen Empfehlungen zur Prävention von MRSA [KRINKO 2014]; nur vereinzelt waren sie Hygieneärzten nicht bekannt (einem hygienebeauftragten Arzt und zwei für die Hygieneabteilung antwortenden Arbeitsmedizinerinnen).

Tab. 30: Kenntnis über Empfehlungen zur Verhütung einer Infektionsübertragung durch Beschäftigte

(Datenbasis BÄ: n=101, HYG: n=55)

Aspekt	BÄ %	n	HYG %	n
<u>HBV/HCV- Empfehlungen der DVV (n_(gültig) = 96 BÄ, 51 HYG)</u>				
bereits gelesen	76,0	73	72,5	37
schon mal davon "gehört"	14,6	14	23,5	12
nicht bekannt	9,4	9	3,9	2
<u>HIV- Empfehlungen der DVV (n_(gültig) = 97 BÄ, 51 HYG)</u>				
bereits gelesen	71,1	69	70,6	36
schon mal davon "gehört"	17,5	17	25,5	13
nicht bekannt	11,3	11	3,9	2
<u>MRSA- Empfehlungen der KRINKO (n_(gültig) = 97 BÄ, 53 HYG)</u>				
bereits gelesen	72,2	70	94,3	50
schon mal davon "gehört"	16,5	16	3,8	2
nicht bekannt	11,3	11	1,9	1

Legende

Abkürzungen: DVV: Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten, KRINKO: Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch- Institut

Handlungssicherheit von Betriebs- und Hygieneärzten (Sicht von Gesundheitsamt-Ärzten)

Wie handlungssicher Amtsärzte die beiden Gruppen erfahrungsgemäß im Hinblick auf den Einsatz chronisch infizierter/ MRSA- besiedelter Beschäftigter einschätzen, zeigt **Tab. 31**. Allerdings konnte die Hälfte der 63 Befragten die Handlungssicherheit von Betriebsärzten und zwei Drittel die von Krankenhaushygienikern nicht einschätzen, so dass die Aussagekraft der Antworten deutlich reduziert ist (n=27 bzw. 22 fehlend, 56% bzw. 67%). Von den Antwortenden sahen drei Viertel die Berufsgruppe der Krankenhaushygieniker als "sehr" oder "eher sicher" an und knapp die Hälfte die Berufsgruppe der Betriebsärzte – allerdings wie erwähnt konnte die Arbeit von ihnen noch weniger eingeschätzt werden als von Hygienikern.

Tab. 31: Handlungssicherheit von Betriebsärzten und Krankenhaushygienikern aus der Sicht von Amtsärzten

(Datenbasis AÄ: n=63)

Handlungssicherheit mehrheitlich....	...von Betriebsärzten (n _(gültig) =35 von 63)		...von Krankenhaushygienikern (n _(gültig) =42 von 63)	
	%	n	%	n
sehr/eher sicher	45,7	16	78,6	33
teils/teils	31,4	11	11,9	5
sehr/eher unsicher	22,9	8	9,5	4

Theoretisches Handeln von Betriebs- und Hygieneärzten

Um das theoretische (ggf. auch praktische) Handeln von *Betriebs- und Hygieneärzten* in Situationen abzuschätzen, in die sie jeweils mit chronisch infizierten bzw. kolonisierten Beschäftigten kommen können oder schon kamen, wurden für Betriebsärzte drei Fallbeispiele mit standardisierten Mehrfachantwortmöglichkeiten gestaltet. Zusätzlich erhaltene bedeutsame Antworten in Textform wurden berücksichtigt. Hygieneärzte wurden nur mit dem MRSA- Beispiel konfrontiert. Die Fallbeispiele wurden entsprechend **Textbox 2** formuliert und jeweils in die Handlungsoptionen im Beratungsgespräch mit dem Beschäftigten und weitere anschließende Aktivitäten (bilaterale Fallberatungen mit inner- und außerbetrieblichen Fachkräften bzw. Initiierung oder Vorschlag einer interdisziplinären Fallkonferenz, um den weiteren beruflichen Einsatz des Beschäftigten in einer interdisziplinären Runde zu beraten).

Textbox 2: Fallbeispiele mit Handlungsoptionen in Situationen mit chronisch infizierten bzw. kolonisierten Beschäftigten

Fallbeispiel 1 – Pflegekraft und HIV-Infektion (Betriebsärzte)

Frau Müller, seit 10 Jahren Pflegekraft in der chirurgischen Ambulanz, kommt zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. Sie berichtet Ihnen von einer HIV-Infektion und einer deutlich erhöhten Viruslast bei der letzten Kontrolluntersuchung. Nun sollen andere Therapiemöglichkeiten erprobt werden. An eine Nadelstich- oder Schnittverletzung bei einem Patienten kann sie sich nicht erinnern und eine solche ist auch nicht dokumentiert. Was wären Ihre nächsten Schritte?

Fallbeispiel 2 – Chirurg und HCV-Infektion (Betriebsärzte)

Dr. Maier, Herz/Thoraxchirurg, stellt sich bei Ihnen zur Einstellungsuntersuchung vor. Praktisch arbeitet er schon seit zwei Wochen in seiner neuen Abteilung, bevor die Untersuchung stattfinden kann. Er berichtet Ihnen von einem HCV-positiven Infektionsstatus; eine medikamentöse Therapie war bisher erfolglos. Mitgebrachten ärztlichen Befunden können Sie eine hohe Viruslast entnehmen. Beim Bewerbungsgespräch hat er dem Arbeitgeber davon nichts gesagt. Ein beruflicher Zusammenhang ist nicht bekannt. Seine eigene Leistungsfähigkeit schätzt Dr. Maier positiv ein. Was wären Ihre nächsten Schritte?

Fallbeispiel 3 – Pflegekraft und chronische MRSA-Besiedelung (Hygieneärzte)

Frau Schulz arbeitet in der Unfallchirurgie. Bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge bittet sie um einen MRSA-Nasen-/Rachenabstrich, da sie Sorge hat, sich bei Patienten angesteckt zu haben. Das Ergebnis ist positiv und die Sanierung erfolgte direkt anschließend im Urlaub. Im weiteren Verlauf gilt sie nach drei erfolglosen Sanierungsrunden als längerfristig kolonisiert. In ihrem Arbeitsbereich sollte sie aus Gründen des Patientenschutzes nicht wieder tätig werden. Was wären Ihre nächsten Schritte?

Die Ergebnisse für die Fallbeispiele 1 und 2 (HIV- und HCV- Thematik) zeigt **Abb. 14**. Demnach würden nahezu alle Betriebsärzte in beiden Fällen den Betroffenen ausführlich zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken beraten. Jeweils drei Viertel würden auch ein BK-Ermittlungsverfahren einleiten, sofern private Infektionsgründe unwahrscheinlich sind.

Im Fall der HCV- Infektion eines Chirurgen würden sich 66% der Betriebsärzte schriftlich von der Schweigepflicht entbinden lassen, im Fall der HIV- erkrankten Pflegekraft 38%. Analog ist auch der Anteil von Befragten, die dem Beschäftigten empfehlen würden, ihren Vorgesetzten zu informieren, im ersteren Fall höher (53% vs. 21%).

Nach dem Beratungsgespräch würde sich jeweils ein Drittel mit dem Krankenhaushygieniker und auch mit dem Hausarzt in Verbindung setzen, 42% bzw. 25% (HCV bzw. HIV) mit dem Gesundheitsamt. Informationen an Vorgesetzte würden nur selten in Frage kommen; hier war in Anmerkungen häufig auch der Zusatz "anonym" angefügt.

Eine interdisziplinäre Fallkonferenz würden nur 38% bzw. 18% (HIV bzw. HCV) initiieren.

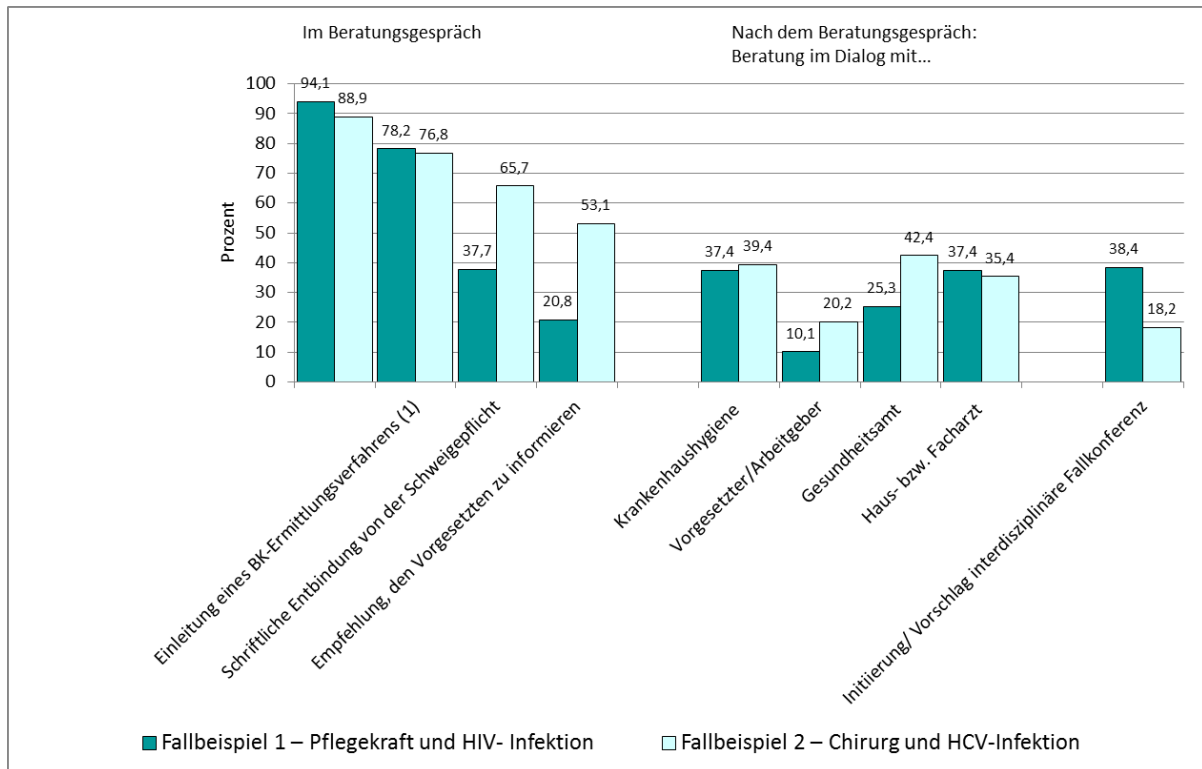


Abb. 14: Theoretisches Handeln von Betriebsärzten im Fall eines chronisch HIV- bzw. HCV-infizierten Beschäftigten (Fallbeispiele 1 und 2, Mehrfachantworten)

(Datenbasis BÄ: n=101; n_(gültig) =99)

Die Antworten von Betriebs- und Hygieneärzten zum dritten Fallbeispiel eines chronisch MRSA- kolonisierten Beschäftigten zeigt **Abb. 15**.

Auch hier würden alle Befragten die betroffene Pflegekraft ausführlich beraten und jeweils rund die Hälfte eine Information des Vorgesetzten empfehlen. Ebenfalls die Hälfte der Betriebsärzte würde ein BK-Ermittlungsverfahren einleiten und sich von der Schweigepflicht entbinden lassen.

Häufiger als in den beiden vorigen Fallbeispielen würden Betriebs- und Hygieneärzte sich im Dialog miteinander beraten (72% bzw. 63%). Andere Akteure würden eher selten einbezogen.

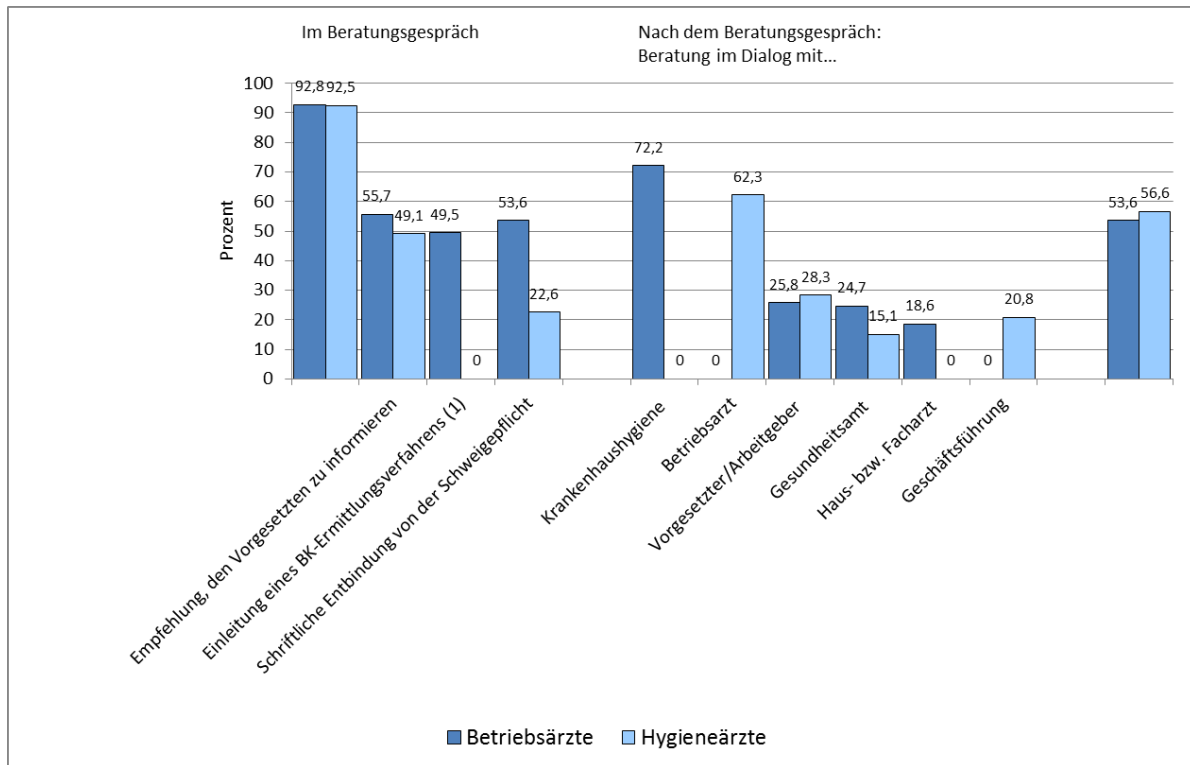


Abb. 15: Theoretisches Handeln von Betriebs- und Hygieneärzten im Fall einer chronisch MRSA- kolonisierten Pflegekraft (Fallbeispiel 3, Mehrfachantworten)

10.4 Zusammenfassung

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und mit der gebotenen Vorsicht interpretiert, da mit einem sehr geringen Rücklauf von 6%, 19% und 17% mit 101 antwortenden Betriebsärzten, 56 Hygieneärzten und 66 Amtsärzten Verallgemeinerungen letztlich nicht zulässig sind.

10.4.1 Zu generellen Erfahrungen mit dem Thema

Fast alle Betriebsärzte hatten (meist mit HBV- oder HCV- Infizierten) und drei Viertel der 55 Hygieneärzte (meist mit MRSA- Kolonisierten) Erfahrung mit chronisch infizierten oder MRSA- besiedelten Beschäftigten in ihrer Berufspraxis, die meisten auch im zuletzt betreuten Krankenhaus. Nicht nur durch den geringen Rücklauf, sondern auch durch eine geringe Validität der Antworten zu einer quantifizierenden Frage müssen Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit der Befragten zur Zahl chronisch infizierter oder kolonisierter Beschäftigter im Gesundheitsdienst unterbleiben. Üblicherweise liegt einer Antwortmotivation eine (besonders) hohe Problemaffinität und/ oder ein hohes Interesse an der Thematik zu Grunde; diese Motivation ist auch bei den hier Befragten nicht auszuschließen. Darüber hinaus sind Erfahrungen mit problematischen Arbeitsplatzeinsätzen chronisch Infizierter in den letzten Jahren angesichts potenter HCV- und HIV- Therapien vermutlich auch zahlenmäßig gesunken.

Darüber ist anzunehmen – wie auch in den Daten angedeutet – dass immer wieder auch gute und einvernehmliche Arbeitsplatzlösungen gefunden werden können, ohne dass ein interdisziplinäres Expertengremium Entscheidungen treffen musste. Die eingangs formulierte Hypothese, dass *formal* benannte Expertengremien selten sind, sollte ebenfalls angesichts der vorliegenden Daten allerdings als bestätigt gelten. Um zu zeigen, dass daraus nicht immer ein Defizit abgeleitet werden muss, soll die folgende Mitschrift eines autorisierten Telefoninterviews dienen. Das Interview erfolgte anlässlich einer persönlichen Rückmeldung zur schriftlichen Befragung.

Laborarzt eines Krankenhauses der Maximalversorgung (Interview)

Das Thema Fallkonferenz fand ich etwas schwierig, vielleicht kann ich einfach kurz in meinen Worten schildern wie wir das hier machen: Herausgefishcht hat die infektiösen Beschäftigten im Wesentlichen unsere Betriebsärztin. In einigen Fällen aber auch ich als Laborarzt.

Die allermeisten Fälle haben wir einfach zu zweit am Telefon geklärt (Betriebsärztin und ich). Bei vielen gab es ja auch überhaupt gar keine Auflagen, weil keine Risikotätigkeiten durchgeführt wurden. D.h. es kam nie zu diesem Einsetzen einer klassischen Kommission, mit Tagesordnung und Protokoll.

Die Betriebsärztin hatten unsere Beschlüsse quasi den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht wir haben oft viel telefoniert zu zweit zu dritt in den unterschiedlichsten Verhältnissen ich auch direkt mit den Betroffenen. Viele haben wir ja auch über mehrere Jahre begleitet oder begleiten sie noch immer.

Wir haben zum Beispiel einen HBV-infizierten Chirurgen, der zu Beginn seiner Tätigkeit bereits HBV- infiziert war. Er wusste um das Risiko, wollte aber unbedingt Chirurg werden und hat es auch geschafft. Als er mal eine erhöhte Viruslast hatte wurden seine Operationen ausgesetzt und die Therapie umgestellt. Als die Viruslast wieder negativ war, ging es dann weiter mit den OPs. Deswegen habe ich mich mit dem Begriff der Fall-

Laborarzt eines Krankenhauses der Maximalversorgung (Interview)

konferenz schwergetan.

Wir haben auch den jeweiligen Mitarbeitern gesagt, sie sollen ihre Chefs involvieren; das haben glaube ich auch alle gemacht. Und das war jeweils ein sehr positives Gespräch mit den jeweiligen Chefs. Die hatten sehr viel Solidarität mit den infizierten Mitarbeitern. Allein der Gedanke des Chefs es könnte ihn selbst treffen hat bei den Chefs oftmals sehr viele väterliche Gefühle ausgelöst. Also es wurde nie von den Chefs irgendein Druck auf die Mitarbeiter ausgeübt und es hat nie jemand versucht einen Mitarbeiter loszuwerden.

Trotz einer erheblichen Menge an Infizierten (3 mit HIV, über 30 jeweils mit HBV oder HCV) mussten wir nie einen richtig offiziellen Weg des Einberufens einer Fallkonferenz gehen, sondern haben das immer auf einem sehr niedrigschwelligen Niveau zur Zufriedenheit aller lösen können. Deswegen habe ich mich gefragt ob das nun Fallkonferenzen waren, was wir gemacht haben oder keine. Inhaltlich waren sie es schon, formal wohl eher nicht.

Unser Vorgehen hat den Vorteil, dass die Namen dieser Personen eigentlich nur unsere Betriebsärztin und ich kennen. Und ich weiß aus vielen Gesprächen, dass die Namen dieser Mitarbeiter keinem im Klinikum bekannt sind. So konnten wir die Mitarbeiter maximal schützen und die Patienten auch. Ich bin mir nicht sicher ob es mit einer offiziellen Fallkonferenz gegangen wäre, weil dann ggf. zu viele Menschen involviert wären und irgendeiner plappert dann immer. Auch wenn es verboten ist.

Kollegiale, informelle Lösungen auf einer Vertrauensbasis weniger Akteure finden also durchaus statt und verlaufen häufig im positiven Sinn. Bei einschneidenden zu ergreifenden Maßnahmen ist es dennoch sinnvoll, die Verantwortung "auf mehrere Schultern zu legen" und den Vorgang schriftlich festzuhalten, nicht zuletzt als Grundlage für eine rechtssichere Entscheidung.

Mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht bei körperlichen Untersuchungen, wie es auch in der im Jahr 2013 novellierten Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) vorausgesetzt wird, berichteten 58% der Betriebsärzte, schon einmal mit Beschäftigten im medizinischen Bereich konfrontiert gewesen zu sein, die eine Blutentnahme zur Bestimmung ihres Serostatus abgelehnt hatten.

10.4.2 Zur interdisziplinären betrieblichen Zusammenarbeit bei Problemfällen

Die im Interview beschriebene positive innerbetriebliche Zusammenarbeit scheint – zumindest auf der Basis der vorliegenden Antworten – nicht immer gegeben. Ohne ausschließen zu wollen, dass gute Kooperationen in der Praxis insgesamt sehr viel häufiger stattfinden als hier identifiziert, scheint für die befragten Kollektive weder die Häufigkeit noch die Qualität der Zusammenarbeit im Hinblick auf "Problemfälle" ausreichend zu sein. Analoge Befunde gelten für die Zusammenarbeit mit dem jeweils zuständigen Gesundheitsamt, was schon in den Interviews in **Kapitel 8** zum Ausdruck kam. Auch hier muss eine seltene Involviertheit des Gesundheitsamts nicht zwangsläufig ein Defizit darstellen – wie schon in den Experteninterviews zum Ausdruck kam, scheinen betriebliche Akteure entsprechende Tätigkeitseinschränkungen vornehmlich intern regeln zu wollen. Muss dem Empfehlungen kein rechtlicher

Nachdruck verliehen werden und ein Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausgesprochen werden, scheint der Einsatz des Gesundheitsamtes auch nicht als zwingend erforderlich gesehen zu werden, was den dortigen Ärzten angesichts des in den letzten Jahren dramatisch gestiegenen Personalmangels möglicherweise entgegenkommt und auch den Antworten der Befragten zur Frage nach Nachteilen von Fallkonferenzen zu entnehmen ist. Insgesamt basiert eine gute Zusammenarbeit nicht zuletzt auf einem guten Verhältnis Einzelner; es hängt also auch hier immer "von der Chemie" ab.

10.4.3 Zu betrieblichen Regelungen zum Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter

Deutlich weniger als die Hälfte der Betriebs- und Hygieneärzte berichteten von thematisch relevanten Betriebsvereinbarungen oder Verfahrensanweisungen in der zuletzt betreuten Einrichtung. Zu nahezu vergleichbaren Ergebnissen kamen Peters et al. [2016] bei einer Befragung zu MRSA bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst.

Auf der anderen Seite wurde in den Antworten zur Frage nach Verbesserungswünschen deutlich, dass an dieser Stelle hoher Bedarf gesehen wird. Inwieweit und in welcher Ausführlichkeit die Inhalte der betrieblichen Dokumente tatsächlich den Tätigkeitseinsatz *chronisch* Infizierter oder MRSA- Besiedelter regeln, kann mit den Methoden einer standardisierten Befragung nicht beantwortet werden; es ist aber zu vermuten, dass hier Standardisierungsbedarf besteht.

10.4.4 Zur interdisziplinären Expertengremien

Wie schon angedeutet, waren formal benannte interdisziplinäre Expertengremien mit rund einem Drittel ähnlich selten wie Betriebsvereinbarungen; viele dieser Gremien kamen in den letzten 10 Jahren offensichtlich auch gar nicht zu Beratungen zusammen.

Die Frage, wie viele Expertengremien den Amtsärzten in ihrem Zuständigkeitsbereich bekannt sind, konnten 36% nicht beantworten, weitere 46% kannten keines und 28% kannten mindestens eines. Nur drei von 63 Befragten waren selbst Mitglied in einem Expertengremium und hatten entsprechende Erfahrung mit Fallkonferenzen. Ähnliches berichteten die 28 gremienerfahrenen Betriebsärzte bei chronisch infizierten Beschäftigten zur Besetzung der Expertengremien, bei denen in übrigen in fast allen existierenden Gremien der zuletzt betreuten Einrichtungen beider Befragtengruppen der Betriebsarzt und der Krankenhaushygieniker auch vertreten war.

Zur Initiative und Moderation sowie Art der Dokumentation und Kontrolle getroffener Vereinbarungen nannten sich bei ersterem alle Betriebsärzte und ein Drittel der Hygieneärzte (vermutlich) selbst. Ähnlich sahen die Verteilung zur Moderation bzw. Leitung der Runde und die Verteilung von Verantwortlichkeiten für die Protokolle aus. Kontrollaufgaben übernahm aus der Erfahrung beider Gruppen in der Regel der Betriebsarzt. Damit wird deutlich, dass die

Geschäftsführung der jeweiligen Betriebe, in deren Verantwortung solche Prozesse liegen, die Aufgaben (ausgesprochen oder unausgesprochen) an die Inhaber der genannten Stabstellen delegieren. Diese haben jedoch nur beratende Funktion und sind nach §8 Arbeitssicherheitsgesetz durch die Unabhängigkeit der Fachkunde weisungsfrei.

Entscheidungen konnten praktisch immer im Konsens und nicht als Mehrheitsentscheidung beschlossen werden.

10.4.5 Zur eigenen Erfahrung mit Fallkonferenzen

Die Teilnahme an einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz, in der in Zweifelsfällen die Einsatzfähigkeit chronisch infizierter/ kolonisierter Beschäftigter beurteilt werden sollte, berichteten lediglich zwei von 63 Amtsärzten; Analysen nachfolgender Fragestellungen konnten daher nicht verfolgt werden.

Ein Viertel der Betriebsärzte hatte *eigene* Erfahrung mit Fallkonferenzen, in der Regel auch in den letzten 10 Jahren, mehrheitlich zu HBV- infizierten chirurgisch tätigen Ärzten (in der Hälfte der Fälle nicht nur bei bereits beschäftigtem Personal, sondern auch bei Neueinstellungen). Das Gleiche galt für ein Drittel der Hygieneärzte zu MRSA- kolonisierten Pflegekräften.

In der Hälfte der von Betriebsärzten geschilderten letzten Fallkonferenz im zuletzt betreuten Krankenhaus wurde das Verfahren anonym durchgeführt; in den anderen war die Anwesenheit der Betroffenen fast immer gegeben. Dasselbe galt für etwas weniger als die Hälfte der Angaben von Hygieneärzten.

In allen Fällen waren in beiden Gruppen die Befragten vermutlich selbst dabei. Die Anwesenheit des Betriebsarztes scheint in allen berichteten Fallkonferenzen selbstverständlich gewesen zu sein; bei einigen von Betriebsärzten berichteten Konferenzen wurden Krankenhaushygieniker durch die Hygienefachkraft vertreten. Darüber hinaus war die Besetzung der erinnerten Konferenzen relativ heterogen.

10.4.6 Zu Meinungen und Wünschen

Betriebsärzte erwähnten im Rahmen offener Antworten zu Vor- und Nachteilen von Fallkonferenzen als Vorteile am häufigsten die Möglichkeit klarer Entscheidungen und Nachvollziehbarkeit, die geteilte Verantwortung und den Zuwachs an Professionalität durch Interdisziplinarität; letzteres betonten auch die Amtsärzte in sehr hohem Maß. Für Hygieneärzte war der Fremdschutz (von Dritten) am wichtigsten, gefolgt von der Möglichkeit zur Konsensbildung und der rechtlichen Absicherung.

Nachteile sahen Betriebsärzte am ehesten in der Schweigepflicht- und Datenschutzproblematik und dem Offenbaren sensibler Daten (von ihnen rund die Hälfte), weniger die anderen

beiden Befragtengruppen. Mehrfach von den betrieblichen Akteuren genannte Aspekte waren zudem die vermutete höhere Wahrscheinlichkeit aus der Perspektive betroffener Beschäftigter, den Arbeitsplatz z.B. durch eine Kündigung oder ein Tätigkeitsverbot (und damit verbunden – einmal verbalisiert – eine Einschränkung des Rechts auf freie Berufsausübung) zu verlieren, sowie die Gefahr von Panikmache und Stigmatisierung mit der Folge, dass Beschäftigte bis hin zum Mobbing diskriminiert werden. Auch dies spricht für ein transparentes Verfahren, in dem auch die Verantwortung des Arbeitgebers (Fürsorgepflicht) für den betroffenen Beschäftigten im Vordergrund steht. Ein vergleichsweise hoher Zeitaufwand war insbesondere für die Amtsärzte das größte Problem.

Der wichtigste Wunsch nach offiziellen Maßnahmen zur Steigerung der Handlungssicherheit von Betriebsärzten bezog sich auf rechtliche und andere verpflichtende Regelungen (39%). Rechtliche Regelungen waren auch für Amtsärzte einer der am häufigsten genannten Wünsche, weniger für Hygieneärzte. Für beide Gruppen waren Leitlinien bzw. deren Anpassung/Präzisierung, z.B. hinsichtlich Erregerkontrollen, Grenzwerten, Untersuchungsintervallen oder zu medizinischen Aspekten der häufigste Wunsch, während Betriebsärzte hier weniger Bedarf äußerten.

10.4.7 Zu Grundlagenkenntnissen, Handlungssicherheit und Praxishandeln von Betriebs- und Hygieneärzten

Fast alle befragten Betriebs- und Hygieneärzte kannten die Empfehlungen der DVV zur Prävention der nosokomialen Übertragung von HBV/HCV bzw. HIV; gelesen hatten sie jeweils rund drei Viertel. Dies gilt auch für Betriebsärzte hinsichtlich der offiziellen Empfehlungen zur Prävention von MRSA.

Befragt zur generellen themenbezogenen Handlungssicherheit von Betriebsärzten, konnte die Hälfte der 63 Amtsärzte die entsprechende Frage nicht einschätzen; hinsichtlich Krankenhaushygienikern galt das für zwei Drittel; hier wird wiederum die geringe Zusammenarbeit der betrieblichen Akteure mit Gesundheitsämtern deutlich. Von den Übrigen sahen drei Viertel Krankenhaushygieniker und die Hälfte Betriebsärzte mehrheitlich als handlungssicher an.

Theoretisches Praxishandeln von Betriebs- und Hygieneärzten

Um das theoretische (ggf. auch praktische) Handeln von Betriebsärzten in Situationen abzuschätzen, in die sie jeweils mit chronisch infizierten bzw. kolonisierten Beschäftigten kommen können oder schon kamen, wurden für Betriebsärzte drei "Fallbeispiele" (FB) mit standardisierten Mehrfachantwortmöglichkeiten gestaltet. Die Beispiele mit Optionen während eines Beratungsgesprächs und danach bezogen sich auf eine HIV- infizierte Pflegekraft (FB1), einen HCV- infizierten Chirurg (FB2) und eine Pflegekraft mit einer chronischen MRSA-Besiedelung (FB3). Die beiden ersten Fallbeispiele galten nur für Betriebs-, das dritte auch

für Hygieneärzte.

In beiden infektionsbezogenen Fällen würden nahezu alle Betriebsärzte den Betroffenen ausführlich zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken beraten. Jeweils drei Viertel würden auch ein BK-Ermittlungsverfahren einleiten, sofern private Infektionsgründe unwahrscheinlich sind. Im Fall des HCV- erkrankten Chirurgen würden sich 66% der Betriebsärzte schriftlich von der Schweigepflicht entbinden lassen, im Fall der HIV- infizierten Pflegekraft 38%.

Analog ist auch der Anteil von Befragten, die dem Beschäftigten empfehlen würden, ihren Vorgesetzten zu informieren, im ersteren Fall höher (53% vs. 21%). Nach dem Beratungsgespräch würde sich jeweils ein Drittel mit dem Krankenhaushygieniker und auch mit dem Hausarzt in Verbindung setzen, 42% bzw. 25% (HCV bzw. HIV) mit dem Gesundheitsamt. Eine interdisziplinäre Fallkonferenz würden nur 38% bzw. 18% initiieren.

Auch die MRSA-kolonisierte Pflegekraft würde von allen Betriebs- und auch Hygieneärzten ausführlich beraten und würde von jeweils rund der Hälfte die Empfehlung erhalten, den Vorgesetzten zu informieren. Ebenfalls die Hälfte der Betriebsärzte würde ein BK-Ermittlungsverfahren einleiten und sich von der Schweigepflicht entbinden lassen. Häufiger als in den beiden vorigen Fallbeispielen würden Betriebs- und Hygieneärzte sich im Dialog miteinander beraten (72% bzw. 63%). Andere Akteure würden eher selten einbezogen.

Eine Limitation für die Bewertung der Aussagen ist, dass im Fragebogen nicht bis ins Detail erfasst wurde, wem gegenüber die Schweigepflichtentbindung stattfinden würde. Es ist zu vermuten, dass das Ziel der Entbindung nicht vorrangig die Informierung des Arbeitgebers sein soll, sondern die Möglichkeit, sich zunächst mit einem Angehörigen der jeweils anderen Gruppe (Betriebs- oder Hygieneärzte) zu beraten oder im weiteren Verlauf eine Fallkonferenz zu initiieren.

TEIL C: Ableitung von Empfehlungen

11 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Im vorliegenden Methodenmixprojekt erfolgte zunächst eine theoretische Einordnung der Problemrelevanz zur Epidemiologie von HBV-, HCV- und HIV- und MRSA- Infektionen bei Gesundheitspersonal und dem damit verbundenen Personal-Patient- Übertragungsrisiko. Zudem wurde der Status quo erhoben zum rechtlichen Rahmen und seiner Spannungsfelder, der den Umgang mit Infektionsrisiken für Patienten und Beschäftigte tangiert, sowie zu deutschen und internationalen Leitlinien zur Vermeidung einer Personal-Patient- Übertragung von HBV-, HCV oder HIV- bzw. MRSA- Infektionen.

Anschließend wurden die in **Kapitel 7** zusammengestellten Probleme in der Praxis und das daraus resultierende Erkenntnisinteresse durch mehrere Analysen einer Klärung zugeführt:

- Auswertungen umfangreich vorliegender Kasuistiken aus eigener Beratungsarbeit, (selten vorliegender) arbeitsrechtlicher Gerichtsurteile und Experteninterviews sowie
- teilweise parallelisierten schriftlichen Befragungen von Betriebs-, Hygiene- und Amtsärzten zu entsprechenden Erfahrungen mit chronisch infizierten bzw. besiedelten Beschäftigten und insbesondere mit interdisziplinären Expertengremien zur Beratung des Arbeitgebers und des betroffenen Beschäftigten, sowie zu ihren Kenntnissen, Einstellungen und Veränderungswünschen (mit einem leider geringen Antwortrücklauf von 6%, 19% und 16%).

Im Folgenden werden die wichtigsten Problemkomplexe dargestellt und anschließend in einer Textbox kommentiert bzw. Empfehlungen zur Diskussion gestellt.

Grundsätzlich als Vorbemerkung: Die epidemiologische Relevanz des Problems, chronisch infizierte Beschäftigte sicher an ihrem Arbeitsplatz im Gesundheitsdienst einzusetzen, wird in den nächsten Jahren durch eine sinkende Zahl von Neuinfektionen und verbesserte Therapiemöglichkeiten bei HIV und HCV vermutlich weiter zurückgehen. Auf der anderen Seite wird die Situation durch die aktuell häufige Einwanderung von Menschen aus Ländern mit hoher Seroprävalenz derzeit wieder verschärft.

Hinsichtlich einer HBV- Infektion ist die Impfung natürlich nach wie vor das erste Mittel der (Präventions)Wahl. Hinsichtlich einer chronischen MRSA- Besiedelung existieren chemotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, jedoch keine Impfung.

Zum Schutz derzeit und zukünftig Betroffener, aber auch im Sinne des Patientenschutzes sollte auf verschiedenen Ebenen ein standardisiertes Vorgehen angestrebt werden, auf das im Einzelnen näher eingegangen werden soll. Dabei wird zwischen Empfehlungen unterschieden, die durch Probleme in der betrieblichen Praxis entstehen, und solchen auf der Leitlinienebene.

11.1 Zu chronisch HBV/HCV/HIV- infizierten Beschäftigten

11.1.1 Probleme in der Praxis: Stigmatisierung und Ausgrenzung

Nicht nur in der einschlägigen Literatur, auch in den gesammelten Beratungs-Kasuistiken, Gerichtsurteilen und Interviews wurde immer wieder – zum Teil in gravierendem Ausmaß – deutlich, dass eine chronische Infektion in einem Beruf des Gesundheitsdienstes bis zum heutigen Tag mit Stigmatisierung, Ausgrenzung sowie ggf. ungerechtfertigten Tätigkeitsverboten und Kündigungen verbunden ist. Dies gilt auch für Beschäftigte ohne chirurgische/invasive Tätigkeiten, z.B. in der Pflege. Auch wenn die standardisierten Befragungen nicht die erforderliche Basis für verallgemeinernde Rückschlüsse auf die Arbeitswelt ermöglichen, ist davon auszugehen, dass es sich bei den beschriebenen Fällen nur um die "Spitze des Eisbergs" handelt. Ursachen sind vielfach Unkenntnis der sozialen Arbeitsumgebung, auch im medizinischen Sektor.

Kommentar/ Empfehlungen

Um **betroffene Beschäftigte** zu unterstützen, Kompetenz im Umgang mit ihrer Erkrankung im Zusammenhang mit ihrem Tätigkeitseinsatz im Gesundheitsdienst und möglichen, aber auch nicht erforderlichen oder arbeitsrechtlich nicht zulässigen Konsequenzen zu erwerben, wird eine sprachlich zielgruppengerechte **Informationsschrift** empfohlen. In ihr sollten die neuesten medizinischen Erkenntnisse und Therapien und das aktuelle Risiko einer Personal- Patient- Erregertransmission, sowie Informationen aus den DVV- Empfehlungen gebündelt werden. Auch sollten die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen vermittelt und Handlungssicherheit in typischen ungerechtfertigten Situationen vermittelt werden.

Die gleiche Empfehlung gilt für **betriebliche Akteure** (Arbeitgeber/Personalverantwortliche und Angehörige der **betrieblichen Interessenvertretung**) mit den entsprechend relevanten Informationsschwerpunkten, aber auch für Personen im **kollegialen Umfeld** von Betroffenen, insbesondere im nicht-chirurgischen Bereich.

Es ist zu diskutieren, auf welcher Ebene solche Informationsschriften angesiedelt sein sollten. Ein Blick in die USA: Hier übernimmt der nationale Business and Labor Resource Service (BLRS) die Beratung und Verbreitung von Informationen zu HIV und Arbeitsplatz für alle relevanten Zielgruppen.³⁴

Insbesondere für Betroffene übernehmen in Deutschland Selbsthilfegruppen wie die Deutsche Leberhilfe oder die Deutsche AIDS-Hilfe³⁵ eine aktive Rolle bei der Beratung von Beschäftigten. Letztere hat hierzu bereits eine Reihe von Schriften verfasst, darunter eine zur zielgruppengerechten Information

³⁴ <http://hivpositive.us/CONTENT/f-HIVyou/LaborAIDS/blrs.htm>

³⁵ <https://www.aidshilfe.de/hiv-arbeit> <https://www.leberhilfe.org/>

für Beschäftigte im Gesundheitsdienst und eine weitere zur Vermittlung der DVV- Empfehlungen [DAH 2014a, DAH 2012]³⁶. Arbeitsrechtliche Aspekte werden wiederum in verschiedenen Medien angesprochen [DAH 2013, DAH 2016]³⁷. Auch Arbeitgeber können eine allgemeingehaltene Broschüre von der DAH [2014b] abrufen. Eine umfassende Informationsschrift zu arbeitsrechtlichen Themen und zur Arbeit im Gesundheitsdienst existiert jedoch nicht. Die Deutsche Leberhilfe verfügt über keine entsprechenden Schriften (mündliche Information auf Nachfrage der Verfasser).

Es wäre der Mehrwert einer Erstellung einer Arbeitsmedizinischen Empfehlung (**AME**) oder Regel (**AMR**) einer Arbeitsgruppe des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) am Bundesministerium für Arbeit und Soziales, oder einer **DGUV- Informationsschrift** sowie eines **FAQ- Bereichs** (Frequently Asked Questions) auf der Internetseite von Unfallversicherern, der DVV, des RKI etc. zu diskutieren.

Dabei sollte unbedingt ein Bezug zu **Selbstständigen** / Arbeitgebern und Beschäftigten im **ambulan-ten Bereich** genommen werden. Auch sollte nicht nur auf die Human- sondern auch auf die **Zahnme-dizin** fokussiert werden.

Nicht zuletzt sollte im Sinne der Prozessevaluation daran gedacht werden, den **Umsetzungserfolg** zu kontrollieren.

11.1.2 Probleme in der Praxis: Rollenkonflikte von Betriebsärzten

Betriebsärzte sind im Vergleich zu anderen Ärzten grundsätzlich mehr Rollenkonflikten ausgesetzt [Hasselhorn et al. 2007]. Dies gilt auch für das hier diskutierte Thema. Meist obliegt Betriebsärzten nicht nur die Beratung infizierter Beschäftigter, sondern auch die Kontrolle vereinbarter Maßnahmen. Darüber hinaus übernehmen Betriebsärzte häufig auch federführend die Initiative, Organisation und Moderation.

Diese Tätigkeiten gehören nach dem Arbeitsschutzrecht jedoch nicht zu den grundsätzlichen Aufgaben des Betriebsarztes. Sie dürfen im Hinblick auf den Patientenschutz vom Arbeitgeber auch nicht selbstverständlich eingefordert werden; die Weisungsfreiheit gemäß §8 Arbeitssicherheitsgesetz (Unabhängigkeit bei der Anwendung der Fachkunde) ist zu beachten. Eine entsprechende Lotsenfunktion im Rahmen der betriebsärztlichen Aufgaben bleibt dabei unbenommen.

36 DAH – Deutsche AIDS-Hilfe (2014a): Keine Angst vor HIV. Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal. Abgerufen von <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2921>

DAH – Deutsche AIDS-Hilfe (2012): Positiv im Gesundheitsbereich. HIVreport (4). Abgerufen am 8.5.2018 von www.hivreport.de/sites/default/files/documents/2012_04_hivreport.pdf

37 AH – Deutsche AIDS-Hilfe (2013): Wissenswertes zu HIV und Arbeit. Abgerufen von <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/2402> (Entscheidungshilfe zum Outing)

DAH – Deutsche AIDS-Hilfe (2016): Deine Rechte – Deine Möglichkeiten. Informationen für Menschen mit HIV. 2. aktualisierte Auflage. Abgerufen von <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/8342> (Kapitel zu Rechten am Arbeitsplatz)

Auf der anderen Seite ist nicht von der Hand zu weisen, dass das Thema Gesundheit sowohl von Beschäftigten als auch von Patienten das Kernthema einer Einrichtung des Gesundheitsdienstes ist, das nicht zuletzt eine Kooperation der entsprechenden betrieblichen Akteure erfordert, allen voran Betriebsärzte und Krankenhaushygieniker. Im Hinblick auf chronisch infizierte Beschäftigte scheint diese Kooperation nicht ausgeprägt zu sein und wenn, dann aus der Sicht von Betriebsärzten häufig unbefriedigend.

Kommentar/ Empfehlungen

*Hinsichtlich der exekutiven Rollenzuschreibungen von Betriebsärzten in der Praxis erstellt eine Arbeitsgruppe des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) am Bundesministerium für Arbeit und Soziales³⁸ derzeit eine sog. **"Arbeitsmedizinische Empfehlung"** (AME), in der die Kernaufgaben und die Grenzen der Beratungsaufgaben von Betriebsärzten noch einmal verdeutlicht werden sollen. In ihr werden die Schnittstellen der verschiedenen Akteure bei Infektionsgefährdungen beschrieben und insbesondere Handlungsgrenzen von Betriebsärzten im Rahmen ihrer beratenden Rolle definiert. Die AME soll voraussichtlich Mitte 2019 erscheinen (**Stand: 8.9.2018**).*

Ergänzend hierzu wird zur Sensibilisierung von Arbeitgebern und nicht zuletzt auch von Betriebsärzten weiterer Input durch einschlägige Publikationen entsprechender Kongressbeiträge empfohlen.

Einer guten Kooperation zwischen Betriebsärzten und Krankenhaushygienikern sollte in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Als übergeordneter Rahmen kommen der betrieblichen Hygienekommission und dem betrieblichen Arbeitsschutzausschuss eine besondere Verantwortung für die Initiierung und standardisierte Gestaltung des interdisziplinären Dialogs zu.

11.1.3 Probleme in der Praxis: Nicht standardisiertes betriebliches Vorgehen

Die nicht nur von der DVV sondern auch von Autoren anderer einschlägiger Leitlinien empfohlenen formal implementierten Expertengremien existieren in der Praxis selten; sehr viel häufiger scheint ein informelles Vorgehen zu, das zu unterschiedlichen Vorgehensweisen, aber auch Verfahrensfehlern führt. Auch bei formalisiertem Vorgehen sind die Verfahren unterschiedlich in Ablauf und Zusammensetzung. Eine allgemeine Handlungssicherheit lässt sich aus dieser Situation nicht ableiten; die Probleme insbesondere für Betriebsärzte hinsichtlich des Tragens einer alleinigen Verantwortung bei der Betreuung chronisch infizierter Beschäftigter wurden in früheren Kapiteln hinlänglich beschrieben.

Kommentar/ Empfehlungen

Die seltene betriebliche Implementation eines interdisziplinären Expertengremiums noch vor Auftreten

³⁸ AfAMed, Arbeitsgruppe 5 "Kernaufgaben des Betriebsarztes im Gesundheitsdienst" im Unterausschuss II "Allgemeine betriebliche Gesundheitsvorsorge". https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Geschaeftsfuehrung-von-Ausschuessen/AfAMed/Ausschuss-fuer-Arbeitsmedizin_node.html

Kommentar/ Empfehlungen

eines entsprechenden Falls ist angesichts des Zeitdrucks in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes nachvollziehbar.

Angesichts fehlender gesetzlicher Regelungen und um einer Standardisierung Vorschub zu leisten, ist eine entsprechende **Betriebsvereinbarung** (im öffentlichen Dienst: "Dienstvereinbarung") zwischen der Geschäftsleitung einer Gesundheitseinrichtung und der betrieblichen Interessenvertretung ein hilfreiches Medium, um den Umgang mit infizierten Beschäftigten bereits vor Auftreten eines Falls standardisiert und transparent zu regeln. Hier können auch Mindestanforderungen für verantwortliche betriebliche Akteure zu entsprechenden Maßnahmen definiert werden. Solche Betriebsvereinbarungen sind auch aus zivil- und strafrechtlicher Sicht wichtig.

Eine **Muster- Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung** für Gesundheitseinrichtungen zum Tätigkeitseinsatz chronisch infizierter bzw. MRSA besiedelter Beschäftigter in problematischen Konstellationen mit weiteren Formularen wird in **Anhang 3 (Kapitel 17.1)** vorgelegt.

Als problematisch für die Durchführung einer Fallkonferenz mit mehreren Beteiligten wird häufig die Schwierigkeit genannt, die Anonymität der betroffenen infizierten Beschäftigten zu wahren – auch bei der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht, insbesondere in kleineren Betrieben oder ländlichen Regionen.

Kommentar/ Empfehlungen

Verfahrensvorschläge ohne Verletzung der Schweigepflicht im Sinne eines "anonymem" anstelle eines "offenen" Verfahrens wurden von einer Bremer Arbeitsgruppe bereits vor Jahren öffentlich gemacht [Wunderle et. al. 2004, Jarke & von Schwarzkopf 2013].

Das Verfahren ist praktikabel, jedoch beim Fehlen einer ausdrücklichen Schweigepflichtentbindung nach §203 Abs. 1 StGB juristisch problematisch. Auch gilt auch für Akteure, die nicht unter die berufliche Schweigepflicht in der Definition des §203 fallen und für die keine schriftliche Verschwiegenheitsverpflichtung nach dem aktuellen Datenschutzrecht vorliegt, z.B. nicht- ärztliche Vorgesetzte. (In der bereits erwähnten Betriebsvereinbarung wird daher ein offenes Verfahren nicht berücksichtigt).

Es ist daher zu diskutieren, ob zur Förderung eines standardisierten qualitätsgesicherten Vorgehens für die genannten Fälle, anstelle eines innerbetrieblichen interdisziplinären Expertengremiums – eine solche **Kommission** auch an einer oder mehrerer **übergeordneter Stellen auf Bundes- oder Landesebene angesiedelt** sein kann. Dieses Gremium könnte z.B. auch für Arbeitsplatzbewerber Ansprechpartner sein. Eine Ansiedelung z.B. bei der DVV oder an einem Landesgesundheitsamt wäre denkbar, aber auch am Robert Koch- Institut, seitens des Verfassers (F.H.) bereits seit langen Jahren für HBV- Fälle ein Beratungsangebot besteht.³⁹ Zu klären wäre in diesem Fall die Kostenfrage.

Auch eine Anbindung an die **Landesärztekammern** hätte Vorteile, da damit auch die bislang nicht im Fokus stehenden niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte erreichen werden könnten.

³⁹ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisB.html

11.1.4 Probleme in der Praxis: Informationelle Selbstbestimmung versus Patientenschutz

Die in der ArbMedVV seit der Novellierung 2013 besonders betonte "informationelle Selbstbestimmung" von Beschäftigten und das Recht, die Blutabnahme zu serologischen Bestimmung möglicher Infektionen auch im Rahmen der Pflichtvorsorge zu verweigern, wird zwar mehrheitlich nicht in Anspruch genommen. Abhängig nicht zuletzt vom Vertrauensverhältnis zwischen Beschäftigten und Betriebsarzt, kommt es aber immer wieder zu einer solchen Verweigerung, deren Häufigkeit durch die Novellierung gestiegen zu sein scheint.

Damit einher geht als Seiteneffekt eine mögliche Schwächung des Patientenschutzes, z.B. im Fall eines infizierten Chirurgen, wenn dieser seine mögliche Infektiosität verschweigt. Auch im Fall einer bilateralen Beratungssituation, die viele der in der schriftlichen Befragung antwortenden Betriebsärzte im Einzelfall auch durchführen (würden), ist die ausschließlich beratende Funktion für den Patientenschutz ggf. ein Nachteil; befolgt werden müssen die Inhalte der Beratung nicht. Hier kann nur durch drastische Rechtsmittel ("Rechtfertigender Notstand" nach §34 StGB) bzw. die Befolgung der Meldepflicht nach dem IfSG gegengesteuert werden, bei der das Gesundheitsamt Tätigkeitseinschränkungen bzw. unter Umständen ein komplettes Tätigkeitsverbot anordnen kann.

Der im Zuge des Präventionsgesetzes eingeführte §23a IfSG (Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten) soll Arbeitgeber bei der Prävention impfpräventabler Infektionen bei medizinischem Personal unterstützen. Der insbesondere seitens von Betriebsärzten kritisch diskutierte Paragraph ist nicht nur ein Beitrag für den Patienten- sondern auch für den Arbeitsschutz, dies allerdings nur bei HBV- Infektionen durch die Möglichkeit einer Impfung. Bei HCV- und HIV- Infektionen greift er nicht.

Kommentar/ Empfehlungen

Da die ArbMedVV das informationelle Selbstbestimmungsrecht seit 2013 ausdrücklich betont und somit die Änderung gesetzlicher Ausführungsbestimmungen nicht zu erwarten ist, können verpflichtende serologische HCV- und HIV- Tests für Beschäftigte mit gefahrgeneigten Tätigkeiten nur durch individuelle Arbeits- oder Tarifverträge geregelt werden (v.a. bei chirurgisch Tätigen). Bei HBV greift §23a IfSG. Darüber hinaus gibt es in der Praxis Beispiele, wie die Problematik in einem Tarifvertrag geregelt werden kann. Keinesfalls dürfen mangels Rechtsgrundlage – wie in der Praxis mancherorts üblich – z.B. bei Einstellungsuntersuchungen standardmäßig HIV- Tests durchgeführt werden mit dem Hinweis, dies erfolge bei allen Beschäftigten, und die Einstellung vom Laborergebnis abhängig zu machen.

Nicht nur bei einer aktiven Verweigerung für die Bestimmung des Serostatus im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge, sondern auch bei einem Arbeitsplatz- oder Tätigkeitswechsel z.B. eines infizierten Chirurgen (z.B. von nicht gefahrgeneigten zu einer gefahrgeneigten Tätigkeit oder von einem Wechsel vom stationären in den ambulanten Sektor) hat das Gesundheitsamt somit keine Handhabe, den möglicherweise infektiösen Betroffenen weiterzu-

verfolgen.

Kommentar/ Empfehlungen

Auf die namentliche Meldepflicht von HIV hat man bislang verzichtet, weil u.a. die Gefahr einer Übertragung während invasiver Maßnahmen (z.B. Operationen) schon seit vielen Jahren nicht mehr beobachtet wurde und die Übertragungsgefahr vor allem im Hinblick auf die in der Regel niedrige Viruslast offenbar keine Rolle (mehr) spielt. Die nichtnamentliche Meldung veranlasst die Gesundheitsbehörden bekanntlich nicht zum unmittelbaren Handeln, sondern dient diesen vor allem zur Gewinnung infektionsepidemiologischer Erkenntnisse im Hinblick auf die Notwendigkeit bzw. den Erfolg einschlägiger Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen [Erdle 2018].

Aus dem Blickwinkel von Amtsärzten hatten sowohl nach den schriftlichen Befragungen als auch nach den Experteninterviews nur äußerst wenige die Gelegenheit, Mitglied in einem Expertengremium zu sein. Es wird offensichtlich versucht, eine entstehende Arbeitsplatzproblematik bei einer Gefährdung des Patientenschutzes betriebsintern zu regeln. Gesundheitsämter scheinen ausschließlich als "letzte Instanz" gesehen zu werden für die Möglichkeit, Tätigkeitseinschränkungen oder ein vollständiges Tätigkeitsverbot nicht nur zu empfehlen, sondern als einzige nach §31 IfSG verbindlich aussprechen zu können. (Aktivitäten jenseits formal gestalteter Fallkonferenzen waren nicht Bestandteil der Erhebungen).

Kommentar/ Empfehlungen

Natürlich ist eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt schon von Anbeginn einer auftretenden Problematik im hier diskutierten Zusammenhang sinnvoll. Grundsätzlich ist es günstig, wenn eine Fallkonferenz möglichst unter Einbeziehung des Gesundheitsamtes erfolgt.

Angesichts der akuten Personalnot in deutschen Gesundheitsämtern, aber auch angesichts der offensichtlich nicht immer gewünschten Einbindung eines Amtsarztes in zunächst betriebliche Beratungen, ist der Umsetzungsgrad einer entsprechenden Empfehlung auf lokaler Ebene in der Realität anzuzweifeln. Erforderlich ist jedoch eine – wenn nicht immer persönliche – so doch konsequente informationelle Einbindung des Gesundheitsamtes (Übermittlung von Beratungsprotokollen etc.).

In einem Expertengremium, das auf nationaler bzw. Länderebene angesiedelt ist, wäre die Beteiligung des öffentlichen Gesundheitswesens selbstverständlich – ein zusätzliches Argument, über eine solche Lösung weiter nachzudenken.

11.1.5 Anregungen auf Leitliniensebene

Wie aus der Sichtung internationaler Leitlinien geschlossen werden kann, gehören die Richtlinien der DVV zum sicheren Einsatz chronisch Hepatitis und HIV- infizierter Beschäftigter im Gesundheitsdienst zu den vergleichsweise umfassenderen und dezidierten. Am übersichtlichsten sind die schweizerischen und die spanischen Empfehlungen gestaltet, da sie Informationen sowohl zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionen durch Patienten als auch

zum Schutz von Patienten durch Infektionen durch Beschäftigte enthalten.

Es werden folgende Anregungen für die sich derzeit in Überarbeitung befindlichen (Stand: September 2018) HBV-/ HCV- Empfehlungen gegeben:

- Eine umfassende Übersicht und bessere tabellarische bzw. grafische Aufarbeitung, ggf. orientiert an der Schweizer Leitlinie einschließlich eines Updates medizinischer und therapeutischer Informationen.
- Überprüfung und Überarbeitung der Empfehlungen zur Häufigkeit von Virustests bei chronisch HBV-, HCV- oder HIV- infizierten Beschäftigten, zur Höhe der akzeptablen Viruslast für den unbeschränkten oder eingeschränkten Tätigkeitseinsatz und zum Grad der Differenzierung von Tätigkeiten.
- Ausführungen zu einer Überwachung chronisch infizierter Beschäftigter im ambulanten Bereich, also niedergelassene Ärzte und Zahnärzte/-chirurgen und Angehörige anderer ambulant tätiger Berufsgruppen, wenn sie entsprechende gefährdende Tätigkeiten mit Verletzungsgefahr ausführen.
- Möglichst vollständige Aufführung gefährdender Tätigkeiten in einem Katalog.
- Ausführungen zur Überwachung bei Tätigkeitswechseln von nicht gefahrgeneigten zu gefahrgeneigten Tätigkeiten oder vom stationären in den ambulanten Sektor.
- Ausführungen zu grundsätzlichen Zuständigkeiten für Infizierte im ambulanten Sektor.
- Ausführungen zum Einsatz möglicherweise i.v.- opiatabhängiger Anästhesisten und anästhesiologischen Personals.
- Zur Besetzung in einem interdisziplinären Expertengremium: Fachanwalt für Arbeitsrecht, falls dies bei komplizierteren Fällen gewünscht wird.
- Diskussion des von Tanner & Parkinson [2003] im Rahmen eines Cochrane Reviews gemachten Vorschlags, dass das Tragen doppelter Handschuhe für alle Operateure, nicht nur für infizierte gelten soll, um nicht zuletzt auch die Diskriminierungsgefahr für chronisch Infizierte zu senken.
- Diskussion der DVV- Empfehlung, inwieweit infiziertes medizinisches, invasiv arbeitendes Personal die Infektion einem Patienten generell oder (wie derzeit empfohlen) nur nach einem Blutkontakt mitteilen sollte (Möglichkeit der postexpositionellen Prophylaxemaßnahmen versus Folgen nicht erkannter Handschuhperforationen bei operativen Eingriffen versus Stigmatisierung).

11.2 Zu chronisch MRSA- besiedelten Beschäftigten

Die Rolle MRSA- besiedelter Beschäftigter als Auslöser einer MRSA- Infektion bei geschwächten Patienten in Einzelfällen gilt als gesichert; ihre Bedeutung außerhalb von Ausbrüchen wird allerdings kontrovers diskutiert und ist wissenschaftlich auch nicht systematisch publiziert. In den letzten Jahren hat sich die Effektivität einer entsprechenden Chemotherapie zur Keimsanierung verbessert; MRSA- besiedelte Beschäftigte, die auch nach mehreren Therapieversuchen und möglichst unter Einbezug des privaten Umfelds als nicht sanierbar gelten müssen, scheinen faktisch selten zu sein. Allerdings ist diese Erkenntnis nicht dauerhaft gültig, da immer wieder neue Erregerkonstellationen auftreten können, denen zunächst therapeutisch weniger effektiv begegnet werden kann.

Eine MRSA- Besiedelung bei Beschäftigten im medizinischen Bereich gilt als Stigma und scheint außerhalb von Ausbrüchen und Screening- Maßnahmen von den Betroffenen nicht selten verschwiegen zu werden. Grundsätzlich ist damit ein Risiko für den Patientenschutz verbunden; auf der anderen Seite bietet ein *konsequentes* Umsetzen einer Basishygiene in der Regel einen ausreichenden Schutz vor der Keimübertragung.

Eine Entstigmatisierung von MRSA- Besiedelungen bei medizinischem Personal kann letztlich nur in den Einrichtungen selbst erfolgen. Unterstützung bei der Aufklärung können regionale MRE- Netzwerke ⁴⁰ und Gesundheitsämter geben – hier existieren vielfach auch gute Informationsschriften zum Vorgehen bei Ausbrüchen. Es wird angeregt, betriebliche Informationen mit Hinweisen zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und einem detaillierten weiteren arbeitsplatzbezogenen Vorgehen bei ggf. zunächst erfolglosen Sanierungsversuchen zu versehen. Dies sollte im Rahmen einer Betriebsvereinbarung bzw. im Arbeitsvertrag festgelegt werden. Auch andere Aspekte, z.B. hinsichtlich der Festlegung von Verantwortlichkeiten (Risikoanalyse, Entscheidung über eine Weiterbeschäftigung oder Freistellung bei MRSA- Besiedlung, Kostenübernahme und Dekolonisationsbehandlung) sollte – analog zum Vorgehen bei blutübertragbaren Infektionen – in einer Betriebsvereinbarung festgelegt werden (siehe hierzu wiederum das Muster in **Anhang 3**). Darüber gibt es in der Praxis Beispiele für die Regelungen in Arbeits- bzw. Tarifverträgen, in denen die Entgeltfortzahlung von MRSA- Trägern geregelt wird.

Für die Finanzierung der medikamentösen Therapie bei betroffenem Personal außerhalb von Ausbrüchen sollten verbindliche Regelungen für Arbeitgeber geschaffen werden, die auch das ambulante Setting (Arbeitgeber in ambulanten Praxen) berücksichtigen. Dies dient nicht nur dem Patienten-, sondern auch dem Beschäftigtenschutz. Dazu hat sich in der BGW die "Arbeitsgruppe zur Reduktion des arbeitsbedingten MRSA- Übertragungsrisikos" gebildet, die sich unter anderem auch der Klärung dieser Frage widmet.

⁴⁰ Informationen zur MRE- Netzwerken unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

Trotz des in der Praxis häufig informellen Prozederes bei Entscheidungen zum Einsatz kolonisierter Beschäftigter konnten nach Aussagen in den schriftlichen Befragungen in den meisten Fällen letztlich "gute" Lösungen gefunden werden. Allerdings können die Ergebnisse aufgrund des schon diskutierten geringen Antwortrücklaufs nicht verallgemeinert werden.

Eine formalisierte interdisziplinär besetzte Fallkonferenz im Fall eines chronisch besiedelten Beschäftigten zur Frage des Tätigkeitseinsatzes scheint von betrieblichen Akteuren in der Regel nicht für erforderlich gehalten zu werden. Um unnötigen und möglicherweise ungerechten Entscheidungen zum Tätigkeitseinsatz entgegenzuwirken, ist jedoch auch hier in schwierigen Fällen eine transparent vorgenommene Beratung, Lösungsfindung und Dokumentation durch die verantwortlichen Akteure (Krankenhaushygieniker, Betriebsarzt und ggf. Amtsarzt) vonnöten. Dies empfiehlt auch die Expertengruppe der "Consensus- Empfehlungen Baden- Württemberg" auf Bundeslandesebene [Baum von et al. 2008].

Im Zusammenhang mit offiziellen Empfehlungen ist darauf hinzuweisen, dass der Teil "Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen" des MRSA- Ratgebers des Robert Koch- Instituts [RKI 2009] zahlreiche unbestimmte Rechtsbegriffe und weiche Formulierungen im Konjunktiv enthält, die dem Nutzer nicht wirklich weiterhelfen. Basis der Empfehlungen sind die Ergebnisse einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) im Herbst 2010 [RKI 2011], in der bei den Empfehlungen immer wieder die Begriffe "uneinheitlich", "unbefriedigend" sowie vor allem "Regelungsbedarf bezüglich Mitarbeiterschutz und Umgang mit MRSA- positiven Mitarbeitern" auftauchen. Der mögliche Beitrag der Arbeitsmedizin wird in diesem Zusammenhang gar nicht erwähnt. Deshalb sollte eine aktualisierte Empfehlung erarbeitet werden, in der ausdrücklich auch auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Hygienefachpersonal, Betriebsarzt und Gesundheitsbehörde hingewiesen wird sowie ggf. Vorschläge für Zuständigkeiten gemacht werden.

11.3 Ausblick

Aus den hier zusammengetragenen Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass auf internationaler Ebene zahlreiche, aber zum Teil auch einander widersprechende Regelungen für die Beschäftigung chronisch HBV-, HCV- und HIV- sowie MRSA- besiedelter infizierter Beschäftigter bestehen.

Auch innerhalb Deutschlands sind erhebliche Regelungs- und Umsetzungsdefizite erkennbar. Deshalb ist eine Empfehlung notwendig, in der sowohl die medizinischen Aspekte, die Beschreibung der risikobehafteten Tätigkeiten als auch die juristischen Implikationen (Patientenschutz, Arbeitnehmerrechte und Betriebsvereinbarungen) in einer verständlichen Sprache zusammengefasst werden. Die DVV überarbeitet derzeit ihre HBV-/HCV- Empfehlungen (Stand September 2018).

Wir hoffen, dass wir mit einer juristisch und datenschutzrechtlich geprüften Muster-Betriebsvereinbarung einen Beitrag zur Standardisierung entsprechender Prozesse leisten konnten.

12 Finanzierung und Danksagung

Wir danken der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Hamburg für die finanzielle Unterstützung bei der Durchführung des Projekts.

Unser Dank gilt ebenfalls allen Interviewpartnern und Teilnehmern an den Fragebogenerhebungen für ihre Unterstützung sowie Anna Catharina Hofmann und Felix Martin Hofmann für die Übersetzung und Zusammenfassung der französischen und der spanischen Regelungen in Kapitel 5.

Besonders danken wir allen in Kapitel 1 erwähnten Teilnehmern an der Konsenskonferenz am 5.7.2018 in Hamburg, mit denen dieser Projektbericht und die darin ausgesprochenen Empfehlungen inhaltlich diskutiert wurden, für alle konstruktiven Anmerkungen und Vorschläge.

13 Literatur

- ACFD – Association of Canadian Faculties of Dentistry (2014): Guidelines for infectious disease and healthcare workers. Adopted Feb 2010 – To be Revised 2014. Abgerufen von: <http://acfd.ca/about-acfd/publications/acfd-guidelines-for-infectious-diseases-and-health-care-workers/>
- ACS – American College of Surgeons (1995): Statement on the surgeon and hepatitis B infection. Bull Am Coll Surg 80:33-35. Abgerufen von: <https://www.facs.org/about-acfs/statements/22-hepatitis>
- AIDS/TB Committee of the Society for Healthcare Epidemiology of America (1997): Management of healthcare workers infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, human immunodeficiency virus, or other bloodborne pathogens. Infect Control Hosp Epidemiol 18:349-363
- Albrich WC, Harbarth S (2008): Health-care workers: source, vector, or victim of MRSA? Lancet Infect Dis 8(5):289-301. DOI: 10.1016/S1473-3099(08)70097-5
- AMWF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger (MRE) 2012. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/029-019.html>
- Australian Government Department of Health and Aging (2012): Australian national guidelines for the management of health care workers known to be infected with blood-borne viruses. Abgerufen von: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/cda-cdna-bloodborne.htm>
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2013): Prävention blutübertragbarer Krankheiten auf Patienten: Empfehlungen für Personal im Gesundheitswesen mit Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HIV-Infektion. Stand Februar 2011, Update September 2013. Referenzzentren für blutübertragbare Infektionen im Gesundheitswesen. Abgerufen mit Suchbegriff von: <https://www.bag.admin.ch>
- Baum von H, Dettenkofer M, Föll M, Heeg P, Sernetz S, Wendt C (2008): Consensus-Empfehlung Baden-Württemberg: Umgang mit MRSA-positivem Personal. Hygiene und Medizin 33(1):25-29
- Baumann H, Maschke M (2016): Betriebsvereinbarungen 2015 – Verbreitung und Themen. WSI-Mitteilungen Nr. 3. Abgerufen von: https://www.igbau.de/Binaries/Binary36114/wsimit_2016_03_baumann.pdf
- Becker K, Schaumburg F, Fegeler C, Friedrich AW, Köck R (2017): Prevalence of multiresistant microorganisms PMM study. Staphylococcus aureus from the German general population is highly diverse. Int J Med Microbiol. 307(1):21-27. doi: 10.1016/j.ijmm.2016.11.007
- Behrens M (2015): Rechtmäßigkeit von Eignungsuntersuchungen während des laufenden Arbeitsverhältnisses. ASU 50(4):258-264. Abgerufen von: https://www.bgrci.de/fileadmin/BGRCI/Banner_und_Artikelbilder/Veranstaltungen/Sicherheitsfachkr%C3%A4fteetagung_Damp_2016/Behrens_Rechtm%C3%A4%C3%9Figkeit_von_Eignungsuntersuchungen.pdf
- Bhat M, Ghali P, Deschenes M, Wong P (2012): Hepatitis B and the infected health care worker: Public safety at what cost? Can J Gastroenterol 26:257-260
- Bittighofer PM (2002): Rechtliche Rahmenbedingungen ärztlicher Untersuchungen von Beschäftigten im Krankenhaus. In: Straile U, Bittighofer PM, Hingst V, Kimmig P, Marquardt B, Remé T (Hrsg): Der Betriebsarzt im Konflikt zwischen ärztlicher Schweigepflicht und Patientenschutz. Zusammenfassung der Tagung vom 12. Juni 2002 im Lindenmuseum Stuttgart. Unfallkasse Baden-Württemberg:15-40. Abgerufen von: https://azslide.com/der-betriebsarzt-im-konflikt-zwischen-ärztlicher-schweigepflicht-und-patientensch_59e0d5e11723dd465e92a80c.html
- BMAS (2014): Wann sind Untersuchungen zum Nachweis der gesundheitlichen Eignung für berufliche Anforderungen (Eignungsuntersuchungen) zulässig? Abgerufen von: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsschutz/zum-thema-eignungsuntersuchungen.pdf?__blob=publicationFile
- Bobinski MA (2010): Health care-associated hepatitis B and C viruses: Legal aspects. In: Al Kaway B (Hrsg.). Health care-associated transmission of hepatitis B and C viruses. Elsevier/Saunders, Philadelphia, 105-117
- Buehlmann M, Frei R, Fenner L, Dangel M, Fluckiger U, Widmer AF (2008). Highly effective regimen for decolonization of methicillin-resistant Staphylococcus aureus carriers. Infect Control Hosp Epidemiol. 29(6):510-6. doi: 10.1086/588201
- BVÖGD (2016): Ärztemangel in Gesundheitsämtern – zunehmend negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Pressemitteilung anlässlich der Eröffnung des 67. Wissenschaftlichen Kongresses des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Abgerufen von: http://bvogd.de/wp-content/uploads/2017/04/2017_04_28_PM_Aerztmangel_in_Gesundheitsaemtern.pdf
- Carlson AL, Perl TM (2010): Health care workers as source of hepatitis B and C virus transmission. Clin Liver Dis

- 14(1):153-168. DOI:10.1016/j.cld.2009.11.003
- Carlson AL, Perl TM (2010): Health care workers as source of hepatitis B and C virus transmission. Clin Liver Dis 14(1):153-68. DOI: 10.1016/j.cld.2009.11.003
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention (1992): Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during expo-sure-prone invasive procedures. MMWR 40(RR8):R1-R9
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention (2012): Updated CDC recommendations for the management of hepatitis B virus-infected health-care providers and students. MMWR Recomm Rep 61:1-12. Abgerufen von: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6103a1.htm>
- Claassen N (2007): HIV am Arbeitsplatz. Bekämpfung sozialer Ausgrenzung am Beispiel der Krankenpflege. VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken
- Coia JE, Duckworth GJ, Edwards DI, Farrington M, Fry C, Humphreys H, Mallaghan C, Tucker DR; Joint Working Party of the British Society of Antimicrobial Chemotherapy; Hospital Infection Society; Infection Control Nurses Association (2006): Guidelines for the control and prevention of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in healthcare facilities. J Hosp Infect. 63 Suppl 1:1-44. doi 10.1016/j.jhin.2006.01.001
- Collegi Oficial de Metges de Barcelona. Quaderns de la Bona Praxi (1997): Com actuar quan un metge és portador del virus de l'immunodeficiència humana o dels virus de l'hepatitis B o C. Barcelona. Update 2018. Abgerufen von: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/69325608-e38f-4051-9cc1-fdac8f5ab651>
- Conseil de l'Ordre des médecins en France (2004): Obligations du médecin atteint d'une hépatite C. Abgerufen von: <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/obligations-du-medecin-atteint-d%27une-hepatite-c>
- Cuny C, Layer F, Werner G et al. (2015). State-wide surveillance of antibiotic resistance patterns and spa types of methicillin-resistant staphylococcus aureus from blood cultures in North Rhine-Westphalia, 2011-2013. Clin Microbiol Infect. 21(8):750-7. doi: 10.1016/j.cmi.2015.02.013 doi: 10.1016/j.cmi.2015.02.013
- DAH – Deutsche AIDS-Hilfe (2012): Positive Stimmen. Ergebnisbericht des PLHIV Stigma Index in Deutschland. Abgerufen von: <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/positive%20stimmen%20Doku.pdf>
- DAIG – Deutsche AIDS-Gesellschaft u.a. Fachgesellschaften (2017): Deutsch-Österreichische Leitlinien zur anti-retroviralen Therapie der HIV-1-Infektion. AWMF-Register-Nr.: 055-001. Abgerufen von: <http://www.daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1/Deutsch%20Osterreichische%20Leitlinien%20zur%20antiretroviralen%20Therapie%20der%20HIV%20%20Infektion.pdf> MRSA- Kolonisationen
- DAIG/ÖAG (2008): Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion. Gemeinsame Erklärung der Deutschen AIDS-Gesellschaft und der Österreichischen AIDS-Gesellschaft u.a. Aktualisierte Fassung. Abgerufen von http://www.kompetenznetz-hiv.de/media/Leitlinien_zur_postexpositionellen_Prophylaxe_der_HIV-Infektion_Jan.2008.pdf
- DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011): Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Unfallverhütungsvorschrift. DGUV- Vorschrift V2. Berlin. Abgerufen von: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/DGUV_vorschrift-regel/DGUV-Vorschrift2_Betriebsaerzte-und-Fachkraefte-fuer-Arbeitssicherheit-bf_Download.pdf?__blob=publicationFile
- DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2015): Eignungsuntersuchungen in der betrieblichen Praxis. DGUV- Information 250-010, Berlin. Abgerufen von: <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/250-010.pdf>
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft, Hrsg. (1988): Gemeinsame Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur HIV-Infektion. Verlag Satz & Druck, Düsseldorf
- Dulon M, Haamann F, Nienhaus A (2013): Involvement of occupational physicians in the management of MRSA-colonised healthcare workers in Germany – a survey. J Occup Med Tox 8:16. DOI 10.1186/1745-6673-8-16
- Dulon M, Haamann F, Peters C, Schablon A, Nienhaus A (2011): MRSA prevalence in European healthcare settings: a review. BMC Infect Dis 11:138. DOI: 10.1186/1471-2334-11-138
- Dulon M, Lisiak B, Wendeler D, Nienhaus A (2015): Berufsbedingte Infektionskrankheiten bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst 2014. Daten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Zbl Arbeitsmed 65(4):210-216
- Dulon M, Peters C, Schablon A, Nienhaus A (2014): MRSA carriage among healthcare workers in non-outbreak settings in Europe and the United States: a systematic review. BMC Infect Dis 14:363. DOI: 10.1186/1471-2334-14-363

- Dulon M, Wendeler D, Haamann F, Nienhaus A (2013): Infektionen als Berufskrankheiten — Auswertung der Standarddaten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für 2007 bis 2011. *Zbl Arbeitsmed* 63(1):36-45
- DVV (2007): Prävention der nosokomialen Übertragung von Hepatitis B Virus (HBV) und Hepatitis C Virus (HCV) durch im Gesundheitswesen Tätige. Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten. Abgerufen von: <http://www.dvv-ev.de/Therapieempfehlungen/hbv/hcv.pdf>
- DVV/GfV (2012): Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e.V. und der Gesellschaft für Virologie (GfV) e.V. zur Prävention der nosokomialen Übertragung von Humanem Immunschwäche Virus (HIV) durch HIV-positive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen (Stand 2012). Abgerufen von: <http://www.dvv-ev.de/Therapieempfehlungen/DVV-GfV-Empfehlung%20zu%20HIV-positiven%20HCW%2003%2005%202012.pdf>
- Epping B (2016): Gesundheitsrisiken für OP-Personal – Hepatitis und HIV: Das berufliche Infektions- und Erkrankungsrisiko sinkt. *Z Orthop Unfall* 154(05):425-426. DOI: 10.1055/s-0042-113653. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-113653.pdf>
- Erdle H (2018): Infektionsschutzgesetz, Kommentar, 6. Aufl. 2018. Ecomed, Landsberg/Lech
- Gerlich (2004): Hepatitis B und C. Übertragungsgefahr auf Patienten durch infiziertes medizinisches Personal. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 47:369-378. DOI: 10.1007/s00103-004-0811-x
- Gottschalk R (2006): Ärzte und medizinisches Personal als Infektionsträger. Die Rolle des ÖGD – Berufsrechtliche Aspekte. *Krankenhausthygiene und Infektionsverhütung* 28(1):21-24
- Gunson RN, Shouval D, Roggendorf M, Zaaijer H, Nicholas H, Holzmann H, de Schryver A, Reynders D, Connell J, Gerlich WH, et al. (2003): 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* 27:213–230
- Hamouda O, Marcus U, Voß L, et al. (2007): Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland. *BGBI* 50(4):399-411. DOI:10.1007/s00103-007-0183-0
- Hasselhorn H-M (1998): Regelungen zur Beschäftigung HBV- und HIV -infektöser Mitarbeiter im Gesundheitsdienst in den USA und Großbritannien. In: Hofmann F, Jilg W (Hrsg.). *Nosokomiale Übertragung von HBV, HCV und HIV. Gefährdung durch infiziertes Personal*. Ecomed, Landsberg, 87-92
- Hasselhorn H-M, Hofmann, F (1998): Zur Regelung der Beschäftigung HBV-, HCV- und HIV -infektösen medizinischen Personals in Deutschland. In: Hofmann F, Jilg W (Hrsg.). *Nosokomiale Übertragung von HBV, HCV und HIV. Gefährdung durch infiziertes Personal*. Ecomed, Landsberg, 93-95
- Hasselhorn HM, Kralj N, Hofmann F, Nübling M, Berthold H (1997): Zur Frage der Non- und Low-Response nach Hepatitis-B-Schutzimpfung. *Gesundheitswesen* 59:321 328
- Hasselhorn HM, Nübling M, Stöbel U, Hofmann F, Michaelis M (2007): Die psychosoziale Arbeitssituation von Betriebsärzten im Berufsvergleich. *ErgoMed* 1:8-14
- Haut Conseil de la Santé publique (2011): Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes – VHB, VHC, VIH. Rapport. Abgerufen von: https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110614_trstsevirushema.pdf
- Hall C, Fletcher S, Archer R et al. (2013). Prolonged outbreak of methicillin-resistant staphylococcus aureus in a cardiac surgery unit linked to a single colonized healthcare worker. *J Hosp Infect*. 83(3):219-25. doi: 10.1016/j.jhin.2012.11.019
- Hein-Rusinek U (2011): Personalrisiko MRSA aus Sicht des Beschäftigtenschutzes und der Patientensicherheit. *ASUpraxis* 46(10):132-135
- Henderson DK, Dembry L, Fishman NO et al. (2010): SHEA guideline for management of healthcare workers who are infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and/or human immunodeficiency virus. *Infect Control Hosp Epidemiol* 31:203-232. DOI: 10.1086/650298. Abgerufen von: <https://www.cpsp.on.ca/uploadedFiles/members/membership/sheaguideline.pdf>
- Herr C, Fembacher L, Bischoff H et al. (2009): Management von Antibiotika-resistenten Erregern in bayerischen Kliniken: Ergebnisse einer systematischen Erhebung und Perspektiven zur Bildung eines landesweiten Netzwerks „multiresistente Erreger“. *Gesundheitswesen* 71:755-762
- HICPAC - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2007): Infection control guidelines for prevention of health care-associated transmission of hepatitis B and C viruses. Abgerufen von: <https://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>

- Hofmann F (2015): Zur nosokomialen Übertragung von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Viren durch Beschäftigte im Gesundheitsdienst. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 6:439-445
- Hofmann F, Hasselhorn HM (1995): Hepatitis-B-Impfung. In: Maass G (Hrsg.). *Impfreaktionen, Impfkomplicationen 40 Jahre DVV*. Kilian-Verlag, Marburg, 159-175
- Hofmann F, Hasselhorn HM (2000): Europäische und nordamerikanische Regelungen zur Beschäftigung von HBV-, HCV- und HIV-infektiösen Personen im Gesundheitsdienst. *Chirurg* 71(4):396-403. Review. PubMed PMID: 10840607
- Hofmann F, Kralj N (2009): Criteria for Successful Hepatitis-B-Vaccination in Adults – Results of a Case Study. *Infection* 37:266-269
- Hofmann F, Kralj N, Hasselhorn HM, Nübling M, Michaelis M, Berthold H (1997): Zur Effizienz der Hepatitis-B-Schutzimpfung. *Gesundheitswesen* 59:527-534
- Hofmann F, Lorenz S, Neidhardt I (2011): Organisatorischer Infektionsschutz – zum Umgang mit Hepatitisvirus-infektiösem Personal im Gesundheitsdienst. Abstract P76. 51. Jahrestagung der Dt. Ges. Arbmed. Umweltmed. (DGAUM). *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 46(03):206
- Hofmann, F (2015): Zur nosokomialen Übertragung von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Viren durch Beschäftigte im Gesundheitsdienst. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 6:439-445
- Holtfreter S, Grumann D, Balau V et al (2016). Molecular epidemiology of staphylococcus aureus in the general population in Northeast Germany: Results of the study of health in Pomerania (SHIP-TREND-0). *J Clin Microbiol.* 54(11):2774-2785. doi: 10.1128/JCM.00312-16
- Infection Prevention Working Party (2007): MRSA Hospital. Revision: January 2012. Abgerufen von http://www.eursafety.eu/pdf/MRSA-Richtlinien-KH_NL.pdf
- Istituto superiore di sanità (2000): Gestione intraospedaliera del personale HBsAg o anti-HCV positivo [Management von HBsAg oder Anti-HCV-positivem Krankenhauspersonal]. Consensus conference 1999. Abgerufen von: <http://old.iss.it/binary/publ/publi/0072.1110197857.pdf>
- Jacobs M (2007): Einstellung, Beschäftigung und Kündigung HIV-, HBV- oder HCV-infizierter Arbeitnehmer im Gesundheitswesen aus arbeitsrechtlicher Sicht. In: Ross RS, Roggendorf M (Hrsg.): *Übertragungsrisiko von HBV, HCV und HIV durch infiziertes medizinisches Personal*. 2. Auflage. Pabst Science Publisher, Lengerich, 86-109
- Jarke J (2005): Betriebsärztinnen/-ärzte und chronisch infiziertes Personal. *Praktische Arbeitsmedizin* 1: 9-15. Abgerufen von: http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa_1_7_2005/pa_1_7_2005_chronisch_infiziertes_personal.pdf
- Jarke J, Hösl J, Korn K, Schwarzkopf H von (2011a): HIV und Arbeit - Normalität auch im Gesundheitswesen. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 46(8):471-481
- Jarke J, Hösl J, Schwarzkopf H von (2011b): HIV-Positiv – Kein Karriereende für Chirurgen. *Dtsch Arztebl* (42): A2204-10. Abgerufen von: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/110446>
- Jarke J, Schwarzkopf, H von (2013): Personal mit HIV – Empfehlungen für Betriebsärzte. Workshop und Erfahrungsaustausch auf dem BGW-Forum "Gesundheitsschutz im Krankenhaus", WS G4:103. Programm abgerufen von: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw-forum/SX-FP13_Programmheft_BGWforum_2013.pdf?__blob=publicationFile
- Jukema GN, Kluytmans J (2007): MRSA Infektionen: Reaktionen anderer Länder. Beispiel Niederlande. *Trauma Berufskrankh* 9(Suppl 3):278-280. doi 10.1007/s10039-007-1309-1
- Juristenkreis der Aidshilfe Köln (Hrsg.) 2008: Rechtliche Informationen zu HIV und Aids. JUR-INFO Nr. 2, Deutsche AIDS-Hilfe, Köln. Abgerufen von: https://aids-stiftung.de/files/downloads/Mittelvergabe/JUR-Info_2008_-_Rechtliche_Informationen_zu_HIV_und_Aids.pdf
- Köck R, Kipp F, Hermann J, Rocker D, Pulz M, Friedrich AW (2015): MRSA- Prävention in Europa: Gemeinsamkeiten und nationale Unterschiede. *Umweltmed Hygiene Arbeitsmed* 20(6):259-265
- Köck R, Mellmann A, Schaumburg F, Friedrich AW, Kipp F, Becker K (2011): Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 108(45):761-7. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0761
- Kralj N (2004): Berufliche Gefährdung durch die wichtigsten parenteral übertragbaren Viren. In: Hofmann F, Kralj N, Schwarz T (Hrsg.): *Technischer Infektionsschutz im Gesundheitsdienst II*, 25-32. ecomed, Landsberg
- KRINKO (2014): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch- Institut. *Bundesgesundheitsbl* 57:696-732. DOI:

10.1007/s00103-014-1980-x

- KRINKO (2016): Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI. Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. BGBl 59:1189-1220
- Lenz T, Ahrens A (2015): Hygienenetzwirk Südostniedersachsen. Projekt- und Erfahrungsbericht zur Eradikationstherapie bei MRSA. Umweltmed Hygiene Arbeitsmed 20(6):284-286
- Lewis JD, Enfield KB, Sifri CD (2015): Hepatitis B in healthcare workers: Transmission events and guidance for management. World J Hepatol 7(3):488-497. DOI: 10.4254/wjh.v7.i3.488
- Luu NS (2004): Dental students with Hepatitis B: issues to be considered when defining policies. J Dent Educ 68(3):306-15. Review. PubMed PMID: 15038631. Abgerufen von: <http://www.jdentaled.org/content/68/3/306.long>
- Mehraj J, Witte W, Akmatov MK, Layer F, Werner G, Krause G (2016). Epidemiology of staphylococcus aureus nasal carriage patterns in the community. Curr Top Microbiol Immunol. 398:55-87. doi: 10.1007/82_2016_497
- Michelin A, Henderson DK (2010): Infection control guidelines for prevention of health care-associated transmission of hepatitis B and C viruses. Clin Liver Dis 14(1):119-36; ix-x. DOI: 10.1016/j.cld.2009.11.005
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (1998): Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otros virus transmisibles por sangre, virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la Hepatitis C (VHC), 2ª edición Marzo 1998. Abgerufen von: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recomendaciones.htm>
- MIWF NRW (Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001): Vermeidung von HBV-, HCV- und HIV-Infektionen in den Medizinischen Einrichtungen der Hochschulen. Düsseldorf
- Möller PM (2015): Infektionsschutz im Arbeitsleben – deutsche Regelungen. In: Nassauer A, fortgeführt von Möller PM (Hrsg.): Handbuch betriebsärztliche Praxis, Kapitel VI.1. 61. Ergänzungslieferung 6/15, 1-6
- Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, Richet HM, Jarvis WR, Boyce JM, Farr BM (2003): SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of Staphylococcus aureus and enterococcus. Infect Control Hosp Epidemiol. 24(5):362-86. DOI: 10.1086/502213
- Nassauer A (2008): Kontrolle der Weiterverbreitung von MRSA – Personal im Gesundheitsdienst als Carrier. Überlegungen und Hinweise für Gesundheitsämter. Epi Bull 36:303-311. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/Ausgaben/36_08.pdf?__blob=publicationFile
- Nassauer A, Mielke M (2000): Rechtsgrundlagen zum Infektionsschutz im Krankenhaus. Anmerkungen für die Arbeitsmedizin. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 43:459-465
- Nassauer A (2001): Zur Notwendigkeit von Regelungen zur Berufsausübung von HBV- und HCV-Trägern in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 44:1011-1014
- Nassauer A (1999): Der Betriebsarzt im Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 42:481-485
- Neidhardt I (2008): Organisatorischer Infektionsschutz: Zum Umgang mit Hepatitis Virus infiziertem Personal. Studienarbeit am Fachbereich D, Fachgebiet Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz, Bergische Universität Wuppertal
- Neumeyer-Gromen A, Zimmermann R (2015): Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis B und D im Jahr 2014. Epi Bull 29:271-285. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/29_15.pdf?__blob=publicationFile
- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2002): Empfehlungen zur Verhütung der nosokomialen Übertragung von HBV, HCV und HIV durch infiziertes Personal im Gesundheitswesen. Hannover. Abgerufen von: http://www.nlga.niedersachsen.de/download/12072/Empfehlungen_zur_Verhuetung_der_nosokomialen_Uebertragung_von_HBV_HCV_und_HIV_durch_infiziertes_Personal_im_Gesundheitswesen.pdf
- Nienhaus A (2018): Hepatitis-C-Infektionen im Gesundheitswesen. Therapie der akuten und chronischen Infektion. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 53:13-15
- Nienhaus A, Dulon M (2013): MRSA bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst aus der Perspektive der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 48:196-200
- Nienhaus A, Dulon M (2013): MRSA bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst aus der Perspektive der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 48:196-200

- Nienhaus A, Dulon M (2014): MRSA bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst und die Betreuung MRSA- positiver Beschäftigter durch Betriebsärzte. In: Nienhaus A (Hrsg.): RiRe - Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Band 1. Ecomed Medizin, Landsberg, 41-50
- Nienhaus A, Dulon M, Wendeler D (2017): Beruflich bedingte Infektionen im Gesundheitswesen. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 52:35-37
- Osebek B (2013): Der Betriebsarzt im Gesundheitsdienst. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 48(7):367-371
- Pärli K, Caplazi A, Suter C (2007): Recht gegen HIV/AIDS-Diskriminierung im Arbeitsverhältnis. Eine vergleichende Untersuchung zur Situation in Kanada, Großbritannien, Frankreich, Deutschland und der Schweiz, Haupt Verlag, Bern
- Perry JL, Pearson RD, Jagger J (2006): Infected health care workers and patient safety: a double standard. Am J Infect Control 34(5):313-9. Review. PubMed PMID: 16765212
- Peters C, Dulon M, Kleinmüller O, Nienhaus A, Schablon A (2017): MRSA prevalence and risk factors among health personnel and residents in nursing homes in Hamburg, Germany - A cross-sectional study. PLoS One 12(1):e0169425. DOI: 10.1371/journal.pone.0169425. eCollection 2017
- Peters C, Dulon M, Lietz J, Nienhaus A (2016): Der Umgang mit MRSA bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst aus Sicht der Krankenhaushygiene. Das Gesundheitswesen 79(08/09): 648-654. DOI: 10.1055/s-0042-108578
- Price JR, Cole K, Bexley A, Kostiou V, Eyre DW, Golubchik T et al. (2017): Transmission of Staphylococcus aureus between health-care workers, the environment, and patients in an intensive care unit: A longitudinal cohort study based on whole-genome sequencing. Lancet Infect Dis 17(2):207-214. DOI: 10.1016/S1473-3099(16)30413-3
- Public Health England (2017): Integrated guidance on health clearance of healthcare workers and the management of healthcare workers infected with bloodborne viruses (Hepatitis B, hepatitis C and HIV), October 2017. Abgerufen von: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/655418/Integrated_guidance_for_management_of_BBV_in_HCW_v1.1_October_2017.pdf
- Rabenau HF, Gottschalk R, Gürtler L, Haberl AE, Hamouda O, et al. (2012): Prävention der nosokomialen Übertragung von humanem Immunschwächevirus (HIV) durch HIV-positive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVG) e.V. und der Gesellschaft für Virologie (GV) e.V. Hyg Med 37(10):413-8
- Rantala M, van de Laar MJ (2008): Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe – A review. Euro Surveill 13(21). Abgerufen von: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18880>
- RKI (Hrsg.) (1999): Mitteilung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V. Empfehlungen zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-B-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epi Bull 30:222-223. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/1999/Ausgabenlinks/30_99.pdf?__blob=publicationFile
- RKI (2001): Empfehlungen zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-C-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epi Bull 3:15-16. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2001/Ausgabenlinks/03_01.pdf?__blob=publicationFile
- RKI (2009): Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA. RKI- Ratgeber. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Staphylokokken_MRSA.html
- RKI (2011): Zum Umgang mit MRSA-Patienten in deutschen Krankenhäusern. Ergebnisse einer Umfrage der DGKH und des BVÖGD im Herbst 2010. Epi Bull 26: 119-121. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/15_11.pdf?__blob=publicationFile
- RKI (2014): Berufsbedingte HIV-Infektionen in Deutschland und anerkannte Berufskrankheiten (Stand 31. Dezember 2013). Epi Bull 29:385-387. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/39_14.pdf?__blob=publicationFile
- RKI (2015a): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2014 aus dem Robert Koch-Institut. Epi Bull 27:239-258. Abgerufen von: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/27/Tabelle.html;jsessionid=13B926C9D13A4FE64F0E9A8146AB0986.2_cid298
- RKI (2015b): Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Hepatitis C im Jahr 2014. Epi Bull 30:289-299. Abgerufen von: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/30_15.pdf?__blob=publicationFile

- RKI (2015c) Ratgeber "HIV-Infektion/AIDS". Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html?jsessionid=60C18DF97E7358CB5C7A30E199D76D66.2_cid390?nn=2374210
- RKI (2015d): Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung von MRSA in Deutschland – Update 2013/2014. Epidemiologisches Bulletin, 31, 303-309. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/31_15.pdf?__blob=publicationFile
- RKI (2017): Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. Epi Bull 47:531-545. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/47_17.pdf?__blob=publicationFile
- RKI (2016): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Datenstand: 1. März 2017. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch_node.html
- RKI (2018): Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung von MRSA in Deutschland – Update 2015/2016. Epi Bull 5:57-63. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/05_18.pdf?__blob=publicationFile
- Ross RS, Roggendorf M (Hrsg.) (2007): Übertragungsrisiko von HBV, HCV und HIV durch infiziertes medizinisches Personal. Kapitel: Sammlung nationaler und internationaler Empfehlungen zum Umgang mit HBV-, HCV- und HIV-infiziertem medizinischem Personal. 2. Auflage. Pabst Science Publisher, Lengerich
- Sarrazin C, Berg T, Ross RS et al. (2010): Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr.: 021/012. Z Gastroenterol 48:289-351. DOI: 10.1055/s-0028-1110008
- Sassmannshausen R, Deurenberg RH, Köck R, Hendrix R, Jurke A, Rossen JW, Friedrich AW (2016): MRSA prevalence and associated risk factors among health-care workers in non-outbreak situations in the Dutch-German EUREGIO. Front Microbiol 22(7):1273. DOI: 10.3389/fmicb.2016.01273
- Scheithauer S, Trepels-Kottek S, Häfner H, et al (2014). Healthcare worker-related MRSA cluster in a German neonatology level III ICU: a true European story. Int J Hyg Environ Health. 217(2-3):307-11. doi: 10.1016/j.ijheh.2013.07.006
- Schell W (1998): Staatsbürgerkunde, Gesetzeskunde und Berufsrecht für Pflegeberufe in Frage und Antwort. Thieme Verlag, Stuttgart
- Schmid K, Lederer P, Frank P (2002): Infiziertes Personal im Gesundheitsdienst - Infektionsschutz im Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutz und Patientenschutz. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 37(2):95-101
- Schulz-Stübner S (2016): Psychologische Aspekte im Umgang mit MRE. In: Schulz-Stübner S, Dettenkofer M, Mattner F, Meyer E, Mahlberg R (Hrsg.): Multiresistente Erreger. Springer, Berlin, 91-100
- Schulz-Stübner S (2016): Psychologische Aspekte im Umgang mit MRE. In: Schulz-Stübner S, Dettenkofer M, Mattner F, Meyer E, Mahlberg R (Hrsg.). Multiresistente Erreger. Diagnostik – Epidemiologie – Hygiene – Antibiotika-„Stewardship“. Springer, Berlin, 91-100
- Schwarzkopf H von, Schoeller AE (2016): Zwischen Persönlichkeitsrecht und Patientenschutz. Das Präventionsgesetz sieht im Hinblick auf den Impfschutz nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine Eignungsuntersuchung von Beschäftigten vor. Deutsches Ärzteblatt 113(42):A1856- A1858
- Schwarzkopf H von, Stranzinger J, Schoeller A (2016): Mit dem Omnibus vom Präventions- zum Infektionsschutzgesetz §23a. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 51(6):416-421
- Schwarzkopf H. von (2016): MRSA besiedelte Beschäftigte - ein lösbares Problem. Bremer Infektionspräventionstag 2016 am Klinikum Bremen-Mitte, Vortrag. Programm abgerufen von: http://www.gesundheitnord.de/uploads/tx_vcevents/Bremer_Infektionspr%C3%A4ventionstag_2016_-_Veranstaltungsprogramm_und_Anmeldung.pdf
- Selmair H, Manns MP (2007): Virushepatitis als Berufskrankheit: ein Leitfaden zur Begutachtung. Ecomed, Landsberg
- Sherertz RJ, Bassetti S, Bassetti-Wyss B (2001): "Cloud" health-care workers. Emerg Infect Dis 7(2):241-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631703/>
- Smith BD, Morgan RL, Beckett GA et al. (2012): Recommendations for the identification of chronic hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965. MMWR Recomm Rep 17(61):1-32
- Steinigen J (2012): Arbeitsrechtliche Handlungspflichten und -möglichkeiten zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen. Zeitschrift für Tarifrecht 2:66-76. Abgerufen von: http://www.lenze-rae.de/fileadmin/user_upload/pdf/2012-02-27_Steinigen_Arbeitsrecht_Krankenhausinfektionen.pdf

- Stranzinger J, Nienhaus A (2018): Betriebsärztebefragung zur Umsetzung der Novelle der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 53:39-45. DOI: 10.17147/ASU.2018-01-04-03
- Stranzinger J, Schilgen B, Henning M et al. (2016): Betriebsärztebefragung zur Novelle der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). Stand der Umsetzung nach einem Jahr. *Zbl Arbeitsmed* 66(4):181-187. DOI: 10.1007/s40664-015-0087-z
- Stranzinger J, Schilgen B, Nienhaus A (2015): Novellierung der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. Auswirkungen auf die betriebsärztliche Praxis. *Zbl Arbeitsmed* 65:28-30. DOI: 10.1007/s40664-014-0057-x.
- Tanner J, Parkinson H (2003): Double gloving to reduce surgical cross-infection (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2:I-32
- Turkel S, Henderson DK (2011): Current strategies for managing providers infected with bloodborne pathogens. *Infect Control Hosp Epidemiol* 32(5):428-34. DOI: 10.1086/659405
- UK-Department of Health, Advisory Group on Hepatitis (2000): Hepatitis B infected health care workers: Guidance on implementation of Health Service Circular 2000/020. Abgerufen von: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008156
- UK-Department of Health, Expert Advisory Group on AIDS (1994): AIDS/HIV-infected health care workers: guidance on the management of infected health care workers. UK Health Departments, London
- UK-Department of Health, Expert Advisory Group on AIDS (2002): AIDS/HIV infected health care workers: Guidance on the management of infected health care workers and patient notification. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/HIV_AIDS/HIV_pdf.pdf?__blob=publicationFile
- UK-Department of Health, Expert Advisory Group on Hepatitis (1993): Protecting Health Care Workers and Patients from Hepatitis B, London. Abgerufen von: <http://nric.org.uk/node/53610>
- Voigt J, Jäger A, Ochsmann E (2017): HIV-assoziierte Diskriminierung: eine Situationsanalyse in Sachsen. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 52:208-214
- Völter-Mahlknecht S, Michaelis M, Preiser C, Blomberg N, Rieger MA (2015): Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen in der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Forschungsbericht 448. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. ISSN 0174-4992. Abgerufen von: <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/forschungsbericht-fb448.htm>
- Vonberg RP, Stamm-Balderjahn S, Hansen S, Zuschneid I, Ruden H, Behnke M, Gastmeier P (2006): How often do asymptomatic healthcare workers cause methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* outbreaks? A systematic evaluation. *Infect Control Hosp Epidemiol* 27(10):1123-7. DOI: 10.1086/507922
- Westermann C, Dulon M, Wendeler D, Nienhaus A (2016): Hepatitis C among healthcare personnel: secondary data analyses of costs and trends for hepatitis C infections with occupational causes. *J Occup Med Toxicol* 11:52. DOI: 10.1186/s12995-016-0142-5
- Westermann C, Dulon M, Wendeler D, Nienhaus A (2017): Hepatitis C bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. Trends für beruflich bedingte Hepatitis C-Virus-Infektionen sowie erste Erfahrungen mit den direct acting antiviral agents (DAA) zur Behandlung der Hepatitis C. In: Hofmann F, Reschauer G, Stößel, U (Hrsg.). *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst* (Bd. 30). Edition FFAS, Freiburg, 145-162
- Westermann C, Peters C, Lisiak B, Lamberti M, Nienhaus A (2015): The prevalence of hepatitis C among healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 72(12):880-888. DOI: 10.1136/oemed-2015-102879
- WHO - World Health Organization (2015): Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Abgerufen von: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154590/1/9789241549059_eng.pdf?ua=1&ua=1
- Wicker S, Rabenau HF, Groneberg DA (2010): Die HIV/AIDS-Epidemie und ihre Auswirkungen auf die Arbeitswelt unter Berücksichtigung des Gesundheitswesens. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 45(2):64-68.
- Woltjen M (2014): Von der Einstellungsuntersuchung bis zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. Rechtliche Grundlagen und Grenzen. Betriebsärztefortbildung 2014. Abgerufen von: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Fachartikel/Betriebsarztfortbildung-Woltjen.pdf?__blob=publicationFile
- Wunderle W, Hittmann F, Schwarzkopf H von (2004): Verfahrensvorschlag zum Umgang mit chronisch infizierten Mitarbeitern (HBV-, HCV, HIV-Infektion) in medizinischen Einrichtungen in Bremen. *Gesundheitswesen* 66:1-6

- Wyżgowski P, Rosiek A, Grzela T, Leksowski K (2016): Occupational HIV risk for health care workers: risk factor and the risk of infection in the course of professional activities. Ther Clin Risk Manag 12:989-994. DOI: 10.2147/TCRM.S104942
- Ziegenhagen DJ (2016): Update chronische Virushepatitis. Versicherungsmedizin 68(1):8-11

14 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: HBV- Übertragungen von Personal auf Patienten	22
Tab. 2: HCV- Übertragung von Personal auf Patienten	28
Tab. 3: HIV- Übertragung von Personal auf Patienten	30
Tab. 4: Auszug aus den Schweizer Empfehlungen zur Prävention blutübertragbarer Krankheiten auf Patienten	58
Tab. 5: Experteninterviews (Anzahl und Akteure)	86
Tab. 6: Merkmale der interviewten Experten	87
Tab. 7: Arbeits- und sozialrechtliche Urteile mit erwähntem Kontext "Tätigkeitseinsatz" von chronisch infizierten bzw. kolonisierten Beschäftigten im Gesundheitsdienst (JURIS- Datenbank 1980-2016)	130
Tab. 8: Fragenkomplexe der Erhebungsinstrumente	141
Tab. 9 Stichproben und -zugang	143
Tab. 10: Fragebogenrücklauf	144
Tab. 11: Persönliche Merkmale der Kollektive	145
Tab. 12: Merkmale des zuletzt betreuten Krankenhauses/ Merkmale des Gesundheitsamts	148
Tab. 13: Erlebte Ablehnung einer Blutentnahme zur Bestimmung des Serostatus durch Beschäftigte (Erfahrung von Betriebsärzten)	150
Tab. 14: Erfahrung von Amtsärzten mit dem Thema	150
Tab. 15: Erfahrung von Betriebs- und Hygieneärzten mit interdisziplinären Expertengremien zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit chronisch infizierter/kolonisierter Beschäftigter	153
Tab. 16: Betriebliche Regelungen zum Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter im zuletzt betreuten Krankenhaus	154
Tab. 17: Verbesserungsvorschläge von Betriebs- und Hygieneärzten zum Thema "Chronisch infizierte Beschäftigte" im zuletzt betreuten Krankenhaus	156
Tab. 18: Erfahrung mit Fallkonferenzen zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit chronisch infizierter/ kolonisierter Beschäftigter im zuletzt betreuten Krankenhaus	157
Tab. 19: Merkmale des Betroffenen bei der letzten Fallkonferenz	158
Tab. 20: Entscheidungsmodus der Fallkonferenz	159
Tab. 21: Merkmale der letzten Fallkonferenz	160
Tab. 22: Empfehlungen an den Arbeitgeber zu Tätigkeitseinschränkungen für den Beschäftigten und organisatorische Beschlüsse (nur HBV/HCV/HIV- Fälle, Mehrfachnennungen)	162
Tab. 23: Empfehlungen an den Arbeitgeber zu Tätigkeitseinschränkungen für den Beschäftigten und organisatorische Beschlüsse (nur MRSA- Fälle)	163
Tab. 24: Umgang mit Vereinbarungen (alle Fallkonferenzen)	164
Tab. 25: Haltung des Betroffenen und weiterer Verlauf nach der Fallkonferenz	164
Tab. 26: Bewertung der Arbeit des Expertengremiums im berichteten Fall (Schulnoten 1 oder 2)	165
Tab. 27: Verbesserungsmöglichkeiten bei der berichteten Fallkonferenz (offene Antworten)	165
Tab. 28: Verbesserungsvorschläge von Amtsärzten auf betrieblicher Ebene	166
Tab. 29: Spezifische Wünsche von Amtsärzten für ihre Arbeit	170
Tab. 30: Kenntnis über Empfehlungen zur Verhütung einer Infektionsübertragung durch Beschäftigte	170
Tab. 31: Handlungssicherheit von Betriebsärzten und Krankenhaushygienikern aus der Sicht von Amtsärzten	171

15 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Berufskrankheit 3101: Gemeldete und anerkannte HBV-/ HCV- Infektionen (1999-2015)	14
Abb. 2: Berufskrankheit 3101: Gemeldete und anerkannte HIV- Infektionen (2007-2015)	15
Abb. 3: Berufskrankheit 3101: Gemeldete und anerkannte MRSA- bzw. ORSA- Infektionen (2007-2015)	18
Abb. 4: Zusammenspiel und Interessen der Akteure beim Einsatz von chronisch Infizierten oder MRSA- Besiedelten im Gesundheitsdienst	79
Abb. 5 Umfang der Dokumentenanalyse zu Beratungsanfragen, Gutachten und Berichten aus Experteninterviews	111
Abb. 6: Erfahrungen von Betriebs- und Hygieneärzten mit chronisch infizierten/ besiedelten Beschäftigten (insgesamt/ im zuletzt betreuten Krankenhaus)	148
Abb. 7: Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Hinblick auf den letzten "Fall"	151
Abb. 8: Bewertung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Hinblick auf den letzten "Fall", sofern vorhanden: Schulnote 1 oder 2	152
Abb. 9: Formal benannte Vertreter im Expertengremium.....	154
Abb.10: Rollenverteilung im Prozess	159
Abb.11: Vorteile einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz	167
Abb.12: Nachteile einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz	168
Abb.13: Wünsche von Maßnahmen und Prozessen zur Steigerung der Handlungssicherheit (offizielle Ebene)	169
Abb.14: Theoretisches Handeln von Betriebsärzten im Fall eines chronisch HIV- bzw. HCV- infizierten Beschäftigten	173
Abb.15: Theoretisches Handeln von Betriebs- und Hygieneärzten im Fall einer chronisch MRSA- kolonisierten Pflegekraft	174

16 Anhang 1: Weitere Details zu Ergebnissen der standardisierten Befragung (Kapitel 10)

Die folgenden Tabellen enthalten Detaildokumentationen zu den

Abb. 6 bis Abb. 15 in Kapitel 10.3.

Tab. 32: Erfahrungen von Betriebs- und Hygieneärzten mit chronisch infizierten/ besiedelten Beschäftigten (insgesamt/ im zuletzt betreuten Krankenhaus)

(Datenbasis: BÄ: n=101, HYG: n=55)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Eigene Erfahrung mit chronisch infizierten/ besiedelten Beschäftigten in der Berufspraxis (ja) $n_{(gültig)} = 99$ BÄ, 53 HYG)	97,0	96	74,5	41
Darunter (Mehrfachantworten, $n_{(gültig)} = 99$ BÄ, 53 HYG) ↓				
HIV- Infizierte	58,4	59	32,7	18
HBV- Infizierte	81,2	82	43,6	24
HCV- Infizierte	79,2	80	38,2	21
MRSA- Kolonisierte	56,4	57	58,2	32
Erfahrungen im zuletzt betreuten Krankenhaus				
Erfahrung mit chronisch infizierten/kolonisierten Beschäftigten / Neueingestellten (ja), $n_{(gültig)} = 101$ BÄ, 55 HYG)	90,1	91	65,5	36
Darunter: (Mehrfachantworten, $n_{(gültig)} = 101$ BÄ, 55 HYG) ↓				
HBV/HCB/HIV- Infizierte	89,1	90	30,9	17
MRSA-Kolonisierte	21,8	22	52,7	29
Wenn Erfahrung (n=90 von 91 BÄ bzw. 35 von 36 HYG) ↓				
Problem(e) mit dem Einsatz eines solchen Beschäftigten oder Neueinstellenden (seit dieses Krankenhaus vom Befragten betreut wird) vor zuletzt höchstens 10 Jahren ⁽¹⁾	31,1	28	42,9	15
Dauerhaftes Tätigkeitsverbot wegen des Infektionsstatus eines chronisch infizierten Beschäftigten im zuletzt betreuten Krankenhaus bekannt (ja), $n_{(gültig)} = 98$ BÄ, 52 HYG	16,8	17	3,8	2
Darunter: Ausgesprochen durch ↓				
Krankenhaushygiene	5,1	5	[kA]	
Klinikleitung /Vorgesetzte	4,1	4	"	
Betriebsarzt	2,0	2	"	
Expertengremium	1,0	1	"	
Darunter wegen: (Mehrfachantworten) ↓				
HBV-Infektion	7,1	7	[kA]	
HCV-Infektion	2,0	2	"	
HIV-Infektion	5,1	5	"	
MRSA-Kolonisation	3,1	3	"	
Darunter ↓				
in den letzten 10 Jahren ⁽²⁾	14,3	14	[kA]	2
Kündigung eines Beschäftigten wegen einer chronischen Infektion in der zuletzt betreuten Klinik (ja) ⁽³⁾	4,0	4	2,0	1

Legende

Abkürzungen: AÄ= Amtsärzte (Gesundheitsamt), BÄ Betriebsärzte, HYG Hygieneärzte im Krankenhaus, KA keine Angabe, n Anzahl (zutreffend)

- (1) BÄ: Letzter Problemfall vor ... Jahren: Median/ Spanne 2,0/ 2-15 Jahre (insgesamt: n=29, darunter n=1 vor zuletzt 15 Jahren)
 - (2) BÄ: Letztes Tätigkeitsverbot: Median/ Spanne 6/ 1-32 Jahre; darunter 4 HBV-, 0 HCV-, 2 HIV- Infizierte und 2 MRSA- Kolonisierte
 - (3) BÄ: Letzte Kündigung 2011 und 2012 (n_{gültig} =2 von 4); wegen n=1 HBV-, 1 HCV- und 1 HIV- Infektion (n_{gültig}= 3 von 4)
- HYG: keine Angaben

Tab. 33: Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Hinblick auf den letzten "Fall"

(Datenbasis: BÄ: n=96 von 101, HYG: n=41 von 55, AÄ: n=32 von 63 mit entsprechender Erfahrung); "ja" vs. "nicht vorhanden"/keine Angabe

Zusammenarbeit mit...	BÄ (n=96)		HYG (n=41)		AÄ (n=32)	
	%	n	%	n	%	n
Krankenhaustygieniker	65,2	60	-	-	53,1	17
Betriebsarzt	-	-	68,3	28	71,9	23
Vorgesetztem	56,3	54	63,4	26	62,5	20
Geschäftsführung	-	-	-	-	56,3	18
Gesundheitsamt	46,9	45	46,3	19	-	-
Hausarzt	61,5	59	24,4	10	-	-

Tab. 34: Bewertung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Hinblick auf den letzten "Fall", sofern vorhanden: Schulnote 1 oder 2

(Datenbasis: BÄ: n=45-60 von 60 mit erfolgter Zusammenarbeit, HYG: n=10-28 von 41, AÄ: n=17-23 von 32)

Aspekt	BÄ ⁽¹⁾			HYG ⁽²⁾			AÄ ⁽³⁾		
	%	n	N (gültig)	%	n	N (gültig)	%	n	N (gültig)
Krankenhaustygieniker	53,3	46	60	-	-	-	88,2	15	17
Betriebsarzt	-	-	-	57,1	16	28	65,2	15	23
Vorgesetzter	29,6	27	54	84,6	22	26	85,0	17	20
Geschäftsführung	-	-	-	-	-	-	66,7	12	18
Gesundheitsamt	22,2	27	45	78,9	15	19	-	-	-
Hausarzt	30,5	41	59	80,0	8	10	-	-	-

Legende

Abkürzungen siehe vorige Tabellen

- (1) BÄ: Median 1/ 2,5/ 2/ 2 Jahre (Krankenhaustygieniker/ Vorgesetzter/ Gesundheitsamt/ Hausarzt; Spanne jeweils 1-6)
- (2) HYG: Median jeweils 2 (Betriebsarzt/ Vorgesetzter/ Gesundheitsamt/ Hausarzt; Spanne jeweils 1-6; Vorgesetzter 1-5)
- (3) AÄ: Median 1/2/2/2 (Krankenhaustygieniker/Betriebsarzt/ Vorgesetzter/ Geschäftsführung; Spanne 1-5/ 1-6/1-4/1-5)

Tab. 35: Formale Regelung des Expertengremiums

(Datenbasis: n=28 BÄ und 17 HYG mit existierendem Gremium)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Geschäftsordnung und/oder Betriebsvereinbarung/Verfahrensanweisung	28,1	9	58,9	10
<u>Formal benannte Vertreter im Expertengremium</u> (Mehrfachnennungen), n _(gültig) = 28 BÄ, 17 HYG				
<u>Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz:</u>				
Betriebsarzt	96,4	27	94,1	16
Fachkraft für Arbeitssicherheit	10,7	3	11,8	2
<u>Hygienabteilung:</u>				
Krankenhausthygieniker	82,1	23	100,0	17
Fachkraft für Hygiene	39,3	11	58,8	
<u>Betroffener Beschäftigter/Interessenvertretung:</u>				
Betroffener Beschäftigter	64,3	18	64,7	11
Betriebliche Interessensvertretung	50,0	14	58,8	10
Vertrauensperson des Beschäftigten (Sonstige)	3,6	1	-	-
<u>Arbeitgebervertreter:</u>				
Direkter Vorgesetzter	42,9	12	94,1	16
Vertreter der Geschäftsführung (Sonstige)	28,6	8	35,3	6
Personalabteilungsvertreter	14,3	4	29,4	5
<u>Fachärzte/Externe</u>				
Infektiologe/ med. Virologe	46,4	13	41,2	7
Hausarzt	7,1	2	29,4	5
Gesundheitsamtvertreter	57,1	16	17,6	3

Legende

Abkürzungen: siehe vorige Tabelle

Tab. 36: Rollenverteilung im Prozess

(Datenbasis BÄ: n=27, HYG: n=17)

Aspekt	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Initiator, $n_{(\text{gültig})} = 27$ BÄ, 17 HYG				
Betriebsarzt	100,0	27	58,8	10
Krankenhaushygiene	-	-	35,3	6
Sonstige: Pflegedienstleitung	-	-	5,9	1
Moderation/Leitung, $n_{(\text{gültig})} = 27$ BÄ, 16 HYG				
Betriebsarzt	59,3	16	29,4	5
Krankenhaushygiene	11,1	3	47,1	8
Sonstige: Geschäftsführung/Ärztlicher Direktor	18,5	5	11,8	2
Sonstige: Personalverantwortliche	3,7	1	5,9	1
Sonstiges o.n.A.	7,4	2	-	-
Dokumentation aller Vereinbarungen, $n_{(\text{gültig})} = 24$ BÄ, 17 HYG				
Betriebsarzt	70,8	17	29,4	5
Krankenhaushygiene	25,0	6	41,2	7
Sonstige: Geschäftsführung	4,2	1	11,8	2
Sonstige: Personalverantwortliche	-	-	5,9	2
Sonstige o.n.A.	-	-	11,8	2
Kontrolle getroffener Vereinbarungen, $n_{(\text{gültig})} = 26$ BÄ, 17 HYG				
Betriebsarzt	80,8	21	52,9	9
Krankenhaushygiene	3,8	1	17,6	3
Sonstige: Direkter Vorgesetzter	15,4	4	11,8	2
Sonstige o.n.A.	-	-	17,6	3

Legende

Abkürzungen: siehe vorige Tabelle

Tab. 37: Vorteile einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz

(Datenbasis BÄ: n=101, HYG: n=55, AÄ= 63; offene, kategorisierte Mehrfachantworten; Prozente auf der Basis von antwortenden Personen)

BÄ: 116 Mehrfachantworten von 71 Personen (70,2% von n=101)

HYG: 71 Mehrfachantworten von 42 Personen (76,3% von n=55)

AÄ: 49 Mehrfachantworten von 37 Personen (58,7% von n=63)

	BÄ		HYG		AÄ	
	%	n	%	n	%	n
Klare Entscheidungen/ Nachvollziehbarkeit etc.	24,1	28	2,8	2	10,2	5
Standardisiertes Vorgehen	-	-	4,2	3		
Geteilte Verantwortung	16,4	19	11,3	8	10,2	5
Professionalität durch Interdisziplinarität ⁽¹⁾	21,5	25	9,8	7	48,9	24
Möglichkeit zur Konsensbildung	-	-	15,5	11	8,2	4
Zeitlich simultanes Prüfen von Risiken und Einsatzmöglichkeiten)/ Zügigkeit	3,4	4	5,6	4	4,1	2
Konstruktives Medium / gute Lösung (global)	5,2	6	4,2	3	2,0	1
Rechtliche Absicherung/ Rechtssicherheit	11,2	13	12,7	9	10,2	5
Selbstschutz von Beschäftigten/ Fremdschutz von Patienten/ Dritten	10,3	12	19,7	14	-	-
Möglichkeit zur (besseren) Erhaltung des Arbeitsplatzes/ des Berufes/ keine unnötigen Freistellungen	5,2	6	9,9	7	2,0	1
Höhere Adhärenz der betroffenen Beschäftigten	-	-	1,4	1	-	-
Sensibilisierung für das Thema im Krankenhaus/ Entstigmatisierung/ Möglichkeit der Anonymität	2,6	3	-	-	4,1	2

Legende

(1) D.h. Ausgewogenheit/ Berücksichtigung aller Aspekte -> Handlungssicherheit/ bessere Abstimmung/ Berücksichtigung aller Interessen/ Gleichbehandlung/ Sammlung von Erfahrungen und Wissenstransfer)

Tab. 38: Nachteile einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz

(Datenbasis BÄ: n=101, HYG: n=55, AÄ= 63; offene, kategorisierte Mehrfachantworten; Prozente auf der Basis von antwortenden Personen)

BÄ: 77 Mehrfachantworten von 60 Personen (59,4% von n=101)

HYG: 28 Mehrfachantworten von 55 Personen (50,9% von n=55)

AÄ: 45 Mehrfachantworten von 34 Personen (53,9% von n=63)

	BÄ		HYG		AÄ	
	%	n	%	n	%	n
Nachteile einer Fallkonferenz allgemein						
Schweigepflicht-/Datenschutzprobleme/Offenbarung von sensiblen Daten/ Nichtwahrung von Persönlichkeitsrechten	54,6	42	21,5	6	31,1	14
Kündigung durch den Arbeitgeber/ Berufsverbot/ Arbeitsplatzverlust/ Einschränkung des Rechts auf freie Berufsausübung	13,0	10	14,2	4	6,7	3
Gefahr von Panikmache/Stigmatisierung/Diskriminierung/ Mobbing	15,6	12	17,9	5	11,1	5
Geringe Relevanz in der Praxis/selten/ unpassende Einschätzung des Problems/ geringer Einfluss des Betriebsarztes, wenn Arbeitsplatz schon feststellt	1,3	1	3,6	1	4,4	2
Gefahr der Überregulierung (mehr Fallkonferenzen als eigentlich nötig)	1,3	1	-	-	2,2	1
Verschieben von Verantwortung	-	-			2,2	1
Eingeschränktes Selbstbestimmungsrecht der Einrichtungen	-	-	-	-	2,2	1
Fehlende Verpflichtung ("Freiwilligkeit als Problem")	2,6	2	-	-		
Kritische Anmerkungen zum Procedere						
Zeitaufwand	5,2	4	17,9	5	33,3	15
Lange Wartezeiten für Betroffene durch Terminabstimmung zwischen vielen Beteiligten	3,9	3	7,1	2		
Kompetenzmangel von Beteiligten	1,3	1	7,1	2		
Schwierigkeiten bei der Lösungsfindung/ Gefahr der Uneinigkeit durch viele Beteiligte	1,3	1	10,7	3	4,4	2
Unklarheit beim Procedere (Unklarheiten bezüglich der Einberufung der Teilnehmer, Verbindlichkeit der Beschlüsse)	-	-	-	-	2,2	1
Unklarheit zur Frage, wer für Entschädigungsansprüche aufkommt	-	-	-	-	2,2	1

Tab. 39: Wünsche von Maßnahmen und Prozessen zur Steigerung der Handlungssicherheit (offizielle Ebene)

(Datenbasis BÄ: n=101, HYG: n=55, AÄ= 63; offene, kategorisierte Antworten; Prozente auf der Basis von antwortenden Personen; eingerückte kursive Aussagen wurden in der Zeile zuvor subsummiert)

BÄ: 71 Mehrfachantworten von 53 Personen (52,4% von n=101)

HYG: 48 Mehrfachantworten von 38 Personen (69,0% von n=55)

AÄ: 65 Mehrfachantworten von 43 Personen (68,2% von n=63)

	BÄ %	n	HYG %	n	AÄ %	n
Rechtliche und andere verpflichtende Regelungen, darunter:	39,3	28	23,1	11	35,2	23
<i>Klare rechtliche Vorgaben/Rechtssicherheit ohne nähere Ausführungen</i>	18,3	13	6,3	3	20,0	13
<i>Harmonisierung gesetzlicher Normen zur Klärung von Verantwortlichkeiten</i>	-	-	-	-	1,5	1
<i>Gesetzliche Regelung zur Installation eines Expertengremiums</i>	2,8	2	2,1	1	6,2	4
<i>Regelung der Haftungsfrage</i>	1,4	1	6,3	3	1,5	1
<i>Besonderer Schutz und Fürsorgepflicht für chronisch infizierte Beschäftigte/keine Nachteile für Betroffene</i>	4,2	3	2,1	1	1,5	1
<i>Aufgabenteilung des Betriebsarztes hinsichtlich Einstellungsuntersuchungen</i>	2,8	2	-	-	-	-
<i>Aufgabe Patientenschutz auch für Betriebsärzte</i>	-	-	2,1	1	-	-
<i>Verpflichtung von Beschäftigten zu Bluttests/... zur Weitergabe von Informationen an den Betriebsarzt/... zur Beratung</i>	7,0	5	4,2	2	-	-
<i>Ausweitung der Meldepflicht ⁽¹⁾</i>	2,8	2	-	-	4,5	3
Gesetzliche Regelung zu Mitteilungs- und Schweigepflicht(entbindung)	8,4	6	2,1	1	0,0	0
Regelungen zur Entlastung Beschäftigter	1,4	1	4,2	2	4,6	3
Gesetzliche Stärkung der Rolle der Gesundheitsämter	-	-	-	-	3,0	2
Leitlinien bzw. deren Anpassung/ Präzisierung, Handlungsanleitungen für die Praxis, darunter	22,5	27	54,2	26	43,0	28
<i>Leitlinien/ Anpassung von Leitlinien/ präzisere Leitlinien ohne nähere Ausführungen</i>	16,9	12	33,3	16	36,9	24
<i>Richtlinie zum Personal-Screening bei MRSA</i>	-	-	2,1	1	-	-
<i>Gemeinsame Empfehlung für Betriebsärzte und Hygienefachkräfte</i>	-	-	-	-	1,5	1
<i>Betriebliche Standards/ Verfahrensanweisungen (z.B. Betriebs- oder Dienstvereinbarung)</i>		11	18,8	9	.-	.-
<i>Arbeitsmaterialien für die Praxis</i>	5,6	4	-	-	4,6	3
Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb, darunter	7,0	5	4,2	2	3,0	4
<i>Angebot eines nationalen [überregionalen] Expertengremiums</i>	7,0	5	4,2	2	-	-
<i>Angebot einer übergeordneten fachkompetenten Beratungsstelle</i>	-	-	-	-	1,5	1
<i>Mehr Öffentlichkeit für das Thema (z.B. Diskussion im Ärzteblatt)</i>	-	-	-	-	1,5	3

	BÄ		HYG		AÄ	
	%	n	%	n	%	n
Sonstiges, darunter	-	-	2,1	1	-	-
<i>Schnelleres BK Verfahren-> andere Wertung des Vorgangs</i>	-	-	2,1	1	-	-

Legende

(1) Antworten von 2,8% der BÄ und 4,5% der AÄ (insgesamt 5 Befragte) zur Ausweitung der Meldepflicht, z.B. hinsichtlich einer namentlichen Meldung von HIV- Infizierten (Nr. 320); ein Arzt im Gesundheitsamt meinte hierzu, "Der Arbeitgeber muss dem Gesundheitsamt verbindlich Meldung machen, erst dann wird dieses 'Problem' für uns fassbar" (Nr. 25)

Tab. 40: Theoretisches Handeln von Betriebsärzten im Fall eines chronisch HIV- bzw. HCV-infizierten Beschäftigten (Fallbeispiele 1 und 2, Mehrfachantworten)(Datenbasis BÄ: n=101; n_(gültig) =99)

	%	n
Fallbeispiel 1 – Pflegekraft und HIV- Infektion		
Im Beratungsgespräch		
Ausführliche Beratung zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken	94,1	95
Empfehlung, den Vorgesetzten zu informieren	20,8	21
Einleitung eines BK-Ermittlungsverfahrens ⁽¹⁾	78,2	79
Schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht	37,7	38
Nach dem Beratungsgespräch: Weitere Aktivitäten		
Beratung im Dialog mit...		
Krankenhaushygiene	37,4	37
Vorgesetzter/Arbeitgeber (i.d.R. mit dem handschriftlichen Hinweis "anonym")	10,1	10
Gesundheitsamt	25,3	25
Haus- bzw. Facharzt	37,4	37
Sonstiges ⁽²⁾	15,1	15
Initiierung/ Vorschlag einer interdisziplinären Fallkonferenz zum weiteren beruflichen Einsatz	38,4	38
Fallbeispiel 2 – Chirurg und HCV-Infektion		
Im Beratungsgespräch		
Ausführliche Beratung zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken	88,9	88
Empfehlung, den Vorgesetzten zu informieren	53,1	53
Einleitung eines BK-Ermittlungsverfahrens ⁽¹⁾	76,8	76
Schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht	65,7	65
Sonstiges ⁽³⁾	0,7	7
Nach dem Beratungsgespräch: Weitere Aktivitäten		
Beratung im Dialog mit...		
Krankenhaushygiene	39,4	39
Vorgesetzter/Arbeitgeber	20,2	20
Gesundheitsamt	42,4	42
Haus- bzw. Facharzt	35,4	35
Sonstiges ⁽⁴⁾	7,1	7
Initiierung/ Vorschlag einer interdisziplinären Fallkonferenz zum weiteren beruflichen Einsatz	18,2	18

Legende Abkürzungen: BÄ Betriebsärzte

(1) sofern private Infektionsgründe unwahrscheinlich sind

(2) HBV: Sonstiges nach dem Beratungsgespräch: Beratung mit... Infektiologen/Virologen (n=5), betriebsärztlichen Kollegen (n=4), Unfallversicherer (n=2), Betriebsrat (n=2), allgemeine Beratung des RKI (n=1), Vorgesetzten (anonym, n=1)

(3) HCV: Sonstiges im Beratungsgespräch: Feststellung der Nichteignung (n=8)

(4) HCV: Sonstiges nach dem Beratungsgespräch: Beratung mit... Infektiologen/Virologen (n=1), betriebsärztlichen Kollegen (n=1), Betriebsrat (n=1), allgemeine Beratung des RKI (n=2), Ärztekammer (n=1), Gesundheitsamt (n=1)

Tab. 41: Theoretisches Handeln von Betriebs- und Hygieneärzten im Fall einer chronisch MRSA- kolonisierten Pflegekraft (Fallbeispiel 3, Mehrfachantworten)(Datenbasis BÄ: n=101; HYG: n=55; BÄ n_(gültig) =97, HYG n_(gültig) =53)

	BÄ		HYG	
	%	n	%	n
Ausführliche Beratung zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken	92,8	90	92,5	49
Empfehlung, den Vorgesetzten zu informieren	55,7	54	49,1	26
Einleitung eines BK-Ermittlungsverfahrens ⁽¹⁾	49,5	48	--	--
Schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht	53,6	52	22,6	12
Nach dem Beratungsgespräch: Weitere Aktivitäten				
Beratung im Dialog mit...				
Krankenhaushygiene	72,2	70	--	--
Betriebsarzt	--	--	62,3	33
Vorgesetzter/Arbeitgeber	25,8	25	28,3	15
Gesundheitsamt	24,7	24	15,1	8
Haus- bzw. Facharzt	18,6	18	--	--
Geschäftsführung	--	--	20,8	11
Sonstiges	3,1	3	7,5	4
Initiierung/ Vorschlag einer interdisziplinären Fallkonferenz zum weiteren beruflichen Einsatz	53,6	52	56,6	30

17 Anhang 2: Fragenbogen

für Betriebsärzte

für Hygieneärzte

für Amtsärzte

17.1 Anhang 2a: Fragenbogen für Betriebsärzte

Einsatz von chronisch infizierten Beschäftigten im Krankenhaus

Fragebogen für Krankenhausbetreuende Betriebsärzte

1 Zu Ihrer Person und Ihrer beruflichen Tätigkeit

1.1 Sie sind als **Betriebsarzt** ...

- ☐ angestellt im betreuten Betrieb ☐ niedergelassen in eigener Praxis
☐ bei überbetrieblichem Dienst angestellt ☐ bererzt, aktive Krankenhausbetreuung
☐ als Betriebsarzt tätig -> keine Krankenhausbetreuung ☐ nicht/nicht mehr als Betriebsarzt tätig

→ In diesen Fällen bitten wir Sie, die folgenden Fragen nicht auszufüllen,
den Fragebogen aus statistischen Gründen dennoch an uns zurückzuschicken! Vielen Dank!

1.2 Ihr **Geschlecht** und Ihr **Alter**

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich Alter _____ (Jahre)

1.3 Seit wann arbeiten Sie als Betriebsarzt?

Seit _____ (Jahre)

1.4 Ihre **Gebiets- und Zusatzbezeichnung** (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Facharzt für Arbeitsmedizin ☐ Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
☐ Sonstiges: _____

1.5 Wie viele **Krankenhäuser** betreuen Sie insgesamt? _____ (Krankenhäuser)

2 Zur Struktur des zuletzt betriebsärztlich betreuten Krankenhauses

Ausfüllungshilfe: Wenn Sie mehrere Krankenhäuser betreuen, denken Sie bitte im Folgenden nur an das **ZEITLICH ZULETZT** von Ihnen betreute Haus (und beantworten Sie alle Fragen nur für dieses). Zunächst einige Fragen zur Struktur des Hauses.

2.1 Anzahl **Beschäftigte** des zuletzt betreuten Krankenhauses _____ Beschäftigte

2.2 **Fachrichtung** des zuletzt betreuten Krankenhauses

- ☐ Universitätsklinikum ☐ Allgemeinkrankenhaus
☐ Fachklinik für: _____ ☐ Rehaklinik für: _____

2.3 **Träger** des zuletzt betreuten Krankenhauses

- ☐ öffentlich ☐ freigemeinnützig ☐ privat ☐ Sonstiges: _____

2.4 **Bundesland**: _____

2.5 Von Ihnen **betreut** seit _____ (Jahre)

2.6 Sind Sie **Mitglied der Hygienekommission**?

- ☐ ja ☐ nein ☐ trifft nicht zu, es gibt keine Hygienekommission

2

Befragung

Einsatz von chronisch infizierten Beschäftigten im Krankenhaus

Sie geehrte Betriebsärztin, sehr geehrter Betriebsarzt, liebe Kolleginnen und Kollegen,
die Einladung zum 31. Freiburger Symposium Arbeitsmedizin und Gesundheitsdienst möchten wir gleichzeitig nutzen, Sie um Unterstützung für unser oben genanntes Forschungsprojekt zu bitten.

Die Befragung erfolgt im Rahmen eines von der BGV finanziell geförderten Methodemix-Projekts mit dem Kurznamen **IGE ("Infektios im Gesundheitsdienst")**. Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite www.igas.de.

1. Sie betreuen kein Krankenhaus oder arbeiten nicht (mehr) als Betriebsarzt?

Bitte beantworten Sie in diesem Fall nur die erste Frage, schicken den Fragebogen aber dennoch aus statistischen Gründen an uns zurück. Wie, lesen Sie unter Punkt 3.

2. Welche Ziele werden im Projektvorhaben verfolgt?

Wir möchten herausfinden, wie groß die Erfahrung mit so genannten "**Fallkonferenzen**" eines interdisziplinären **Expertengremiums** ist, das darüber berät, wie ein chronisch infizierter Beschäftigter in seinem Berufsfeld eingesetzt werden kann.

Wir denken dabei an **HBV-, HCV-, HIV-** Infektionen und nicht sanierbare **MRSA**-Besiedelungen bei Ärzten und Pflegepersonal.

Unser Ziel in diesem Methodemix-Projekt ist die Erarbeitung von **Empfehlungen** für Betriebsärzte, Arbeitgeber, Hygienepersonal und Gesundheitsämter, die beim Einsatz von potenziell infizierten Beschäftigten einen Beitrag zu Rechts- und Handlungssicherheit leisten.

Ihr Antwortbeitrag ist auch wichtig, wenn Sie bisher noch keine einschlägigen Erfahrungen zum Thema gesammelt haben!

3. Was tun mit dem ausgefüllten Fragebogen?

Bitte senden Sie ihn ohne Angabe Ihrer Adresse spätestens **14 Tage** nach Erhalt direkt an die FFAS. Bei Verwendung des voradressierten Umschlages ist die Rücksendung für Sie kostenfrei.

4. Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die Angaben im Fragebogen werden streng vertraulich behandelt und können nur von uns eingesehen werden. Die Bogen sind streng anonymisiert – Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.
Alle gesetzlichen Datenschutzbestimmungen werden selbstverständlich eingehalten.

Wir freuen uns auf Ihre Beteiligung und danken Ihnen schon jetzt für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. Friedrich Hofmann Dr. Martina Michaelis Dr. Ulrich Stöbel

Kontakt

Dr. Martina Michaelis
Bertoldstr. 63, 78098 Freiburg
E-Mail: michaelis@ffas.de
FFAS - Freiburger Forschungsstelle
Arbeits- und Sozialmedizin
Tel.: 0761/82526

1

3 Fallbeispiele für Handlungsschritte bei chronisch infizierten Beschäftigten

In den folgenden drei Beispielen denken wir an Situationen, in die Sie als Betriebsarzt mit chronisch infizierten Beschäftigten kommen können. Bitte beantworten für jedes Beispiel, wie Sie normalerweise handeln würden. Die Antworten sind immer

3.1 Fallbeispiel 1

Pflegekraft und HIV-Infektion

Frau Müller, seit 10 Jahren Pflegekraft in der chirurgischen Ambulanz, kommt zur arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Sie berichtet Ihnen von einer HIV-Infektion und einer deutlich erhöhten Viruslast bei der letzten Kontrolluntersuchung. Nun sollen andere Therapiemöglichkeiten erprobt werden.

An eine Nadelstich- oder Schnittverletzung bei einem Patienten kann sie sich nicht erinnern und eine solche ist auch nicht dokumentiert.

Was wären Ihre nächsten Schritte? (Mehrfachantworten möglich)

Im Beratungsgespräch:

- ☐ ich berate Frau Müller ausführlich zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken
- ☐ ich empfehle Frau Müller, ihren Vorgesetzten über den Infektionsstatus zu informieren
- ☐ ich leite ein BK-Ermittlungsverfahren ein, wenn private Infektionsgründe unwahrscheinlich sind
- ☐ ich lasse mich durch Frau Müller schriftlich von der Schweigepflicht entbinden
- ☐ Sonstiges: _____

Nach dem Beratungsgespräch: Ich berate mich jeweils im Dialog mit... (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ der Krankenhaushygiene ☐ dem Vorgesetzten ☐ dem Gesundheitsamt ☐ dem Haus/Facharzt
- ☐ Sonstige: _____
- ☐ ich initiiere/schlage eine interdisziplinäre Fallkonferenz vor, um zu beraten, wie Frau Müller weiter eingesetzt werden kann
- ☐ Sonstiges: _____
- ☐ trifft nicht zu, keine weiteren Aktivitäten nach dem Beratungsgespräch

3

3.2 Fallbeispiel 2

Chirurg und HCV-Infektion

Dr. Maier, Herz/Thoraxchirurg, stellt sich bei Ihnen zur Einstellungsuntersuchung vor. Praktisch arbeitet er schon seit zwei Wochen in seiner neuen Abteilung, bevor die Untersuchung stattfinden kann.

Er berichtet Ihnen von einem HCV-positiven Infektionsstatus; eine medikamentöse Therapie war bisher erfolglos.

Mitgebrachten ärztlichen Befunden können Sie eine hohe Viruslast entnehmen. Beim Bewerbungsgespräch hat er dem Arbeitgeber davon nichts gesagt.

Ein beruflicher Zusammenhang ist nicht bekannt. Seine eigene Leistungsfähigkeit schätzt Dr. Maier positiv ein.

Was wären Ihre nächsten Schritte? (Mehrfachantworten möglich)

Im Beratungsgespräch:

- ☐ ich berate Dr. Maier ausführlich zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken
- ☐ ich empfehle Dr. Maier, seine/n Vorgesetzten über den Infektionsstatus zu informieren
- ☐ ich leite ein BK-Ermittlungsverfahren ein, wenn private Infektionsgründe unwahrscheinlich erscheinen
- ☐ ich lasse mich durch Dr. Maier schriftlich von der Schweigepflicht entbinden
- ☐ Sonstiges: _____

Nach dem Beratungsgespräch: Ich berate mich jeweils im Dialog mit... (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ der Krankenhaushygiene ☐ dem Vorgesetzten ☐ dem Gesundheitsamt ☐ dem Haus/Facharzt
- ☐ Sonstige: _____
- ☐ ich initiiere/schlage eine interdisziplinäre Fallkonferenz vor, um zu beraten, wie Dr. Maier weiter eingesetzt werden kann
- ☐ Sonstiges: _____
- ☐ trifft nicht zu, keine weiteren Aktivitäten nach dem Beratungsgespräch

4

4 Zu Ihrer Erfahrung mit dem Thema "Chronisch infizierte Beschäftigte"

4.1 Mit wie vielen chronisch (1) infizierten Beschäftigten haben Sie in Ihrer Berufspraxis bereits zu tun gehabt? (Anzahl, ggf. geschätzt, "keine"=0)

☐ 1 keine HIV: _____ HBV: _____ HCV: _____ MRSA: _____

☐ 1 (Sonstige): _____

Ausfüllanleitung: Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen an das ZEITLICH ZULETZT betreute Krankenhaus!

4.2 Welche betrieblichen Regelungen existieren im zuletzt betreuten Krankenhaus zum Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter? (Mehrfachantworten möglich)

☐ 1 Dienst-/Verfahrensanweisung ☐ 1 Betriebsvereinbarung ☐ 1 Arbeits-/ Tarifvertragsregelung

☐ 1 Sonstiges: _____

☐ 1 keine

4.3 Hat in dem Krankenhaus schon einmal ein Angehöriger eines medizinischen Berufs das Angebot der Blutentnahme zur Bestimmung des HBV/HCV/HIV- Serostatus abgelehnt? (Mehrfachantworten möglich)

☐ 1 nein ☐ 1 ja HBV/HCV ☐ 1 ja HIV

Wenn ja: ☐ 1 bei Einstellungsuntersuchung ☐ 1 bei arbeitsmedizinischer Pflichtvorsorge

4.4 Haben Sie im zuletzt betreuten Krankenhaus schon einmal mit einem chronisch infizierten Beschäftigten oder Neueinzustellenden zu tun gehabt?

☐ 1 ja HBV/HCV/ HIV- infiziert ☐ 1 ja chronisch MRSA-besiedelt ☐ 2 nein

Wenn ja: Gab es schon einmal ein Problem mit dem Einsatz eines solchen Beschäftigten oder Neueinzustellenden, seit Sie dieses Krankenhaus betreuen?

(Mit "Problem" meinen wir z.B. Personen, bei denen sich eine Versetzung in einen anderen Tätigkeitsbereich schwierig gestaltete, oder bei denen man sich über deren Einsatzfähigkeit/ Tätigkeitsaufgaben unsicher war)

☐ 1 nein ☐ 2 ja, zuletzt vor _____ Jahren, und zwar: _____

(Bitte den letzten Problemfall genauer)
(Beruf, Infektion, Problemstellung, Ausgang)

Wenn ja: Wie beurteilen Sie die letzte (1) Zusammenarbeit mit den folgenden Akteuren im Hinblick auf den Einsatz eines chronisch infizierten Beschäftigten? (Schulnoten)

Zusammenarbeit...				
	sehr gut	unge-nügend	nicht vorhanden	
1. Krankenhaushygieniker	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7			
2. Vorgesetzter	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7			
3. Gesundheitsamt	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7			
4. Haus-/Facharzt	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7			

3.3 Fallbeispiel 3

Pflegekraft und chronische MRSA-Besiedelung

Frau Schulz arbeitet in der Unfallchirurgie. Bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge bittet sie um einen MRSA-Nasen-/Rachenabstrich, da sie Sorge hat, sich bei Patienten angesteckt zu haben. Das Ergebnis ist positiv und die Sanierung erfolgte direkt anschließend im Urlaub. Im weiteren Verlauf gilt sie nach drei erfolglosen Sanierungsrunden als längerfristig kolonisiert. In ihrem Arbeitsbereich sollte sie aus Gründen des Patientenschutzes nicht wieder tätig werden.

Was wären Ihre nächsten Schritte? (Mehrfachantworten möglich)

Im Beratungsgespräch:

☐ 1 ich berate Frau Schulz ausführlich zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken

☐ 1 ich empfehle Frau Schulz, ihre/n Vorgesetzte/n über den Infektionsstatus zu informieren

☐ 1 ich lasse mich durch Frau Schulz schriftlich von der Schweigepflicht entbinden

☐ 1 ich leite ein BK-Ermittlungsverfahren ein

Nach dem Beratungsgespräch: Ich berate mich jeweils im Dialog mit... (Mehrfachantworten möglich)

☐ 1 der Krankenhaushygiene ☐ 1 dem Vorgesetzten ☐ 1 dem Gesundheitsamt ☐ 1 dem Haus/Facharzt

☐ 1 Sonstige: _____

☐ 1 ich initiiere/schlage eine interdisziplinäre Fallkonferenz vor, um zu beraten, wie Frau Schulz weiter eingesetzt werden kann

☐ 1 Sonstiges: _____

☐ 1 trifft nicht zu, keine weiteren Aktivitäten nach dem Beratungsgespräch

6 Zur Erfahrung mit Fallkonferenzen für chronisch infizierte Beschäftigte

6.1 Waren Sie im zuletzt betreuten Krankenhaus schon einmal an einer **Fallkonferenz** eines Expertengremiums beteiligt? (Mehrfachantworten möglich)

(Zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit eines HBV/HCV/HIV-infizierten oder chronisch MRSA-besiedelten Beschäftigten)

☐₁ nein ☐₁ ja, MRSA- Fall ☐₁ ja, HBV/HCV/HIV- Fall

Springanleitung: Wenn nein -> bitte weiter mit Frage 7.1 auf Seite 10.

6.2 Wann war der **letzte Fall**, mit dem sich das Gremium beschäftigt hat? _____ (Jahr)

6.3 Welcher Erreger (**letzter 1**) Beschäftigter?

☐₁ HBV ☐₄ MRSA (Nase)
☐₂ HCV ☐₅ MRSA (Hände)
☐₃ HIV ☐₆ MRSA (Sonstiges): _____

6.4 Welchen **Beruf** übte der **letzte Betroffene** aus?

☐₁ Arzt (nicht chirurgisch tätig) ☐₂ Arzt (chirurgisch tätig, Fachrichtung) _____
☐₃ Pflegepersonal (nicht chirurgisch tätig) ☐₄ Pflegepersonal (chirurgisch tätig) _____
☐₅ Sonstiges: _____

6.5 Welchen **Status** hatte der **letzte Betroffene**?

☐₁ bereits seit längerem angestellt ☐₂ Neueinstellung ☐₃ Sonstiges: _____

6.6 War die **Infektion beruflich erworben**?

☐₁ nicht bekannt ☐₂ nein ☐₃ ja ► Wenn ja: BK-Ermittlungsverfahren? ☐₁ ja ☐₂ nein
☐₄ Sonstiges: _____

6.7 Weitere **Besonderheiten** des Falls: _____

6.8 Welche **offiziellen Handlungsempfehlungen** wurden **berücksichtigt**?

☐₁ keine ☐₂ DVV-Richtlinien (HBV/HCV/HIV) * ☐₃ KRINKO - Empfehlungen (MRSA)**
☐₄ Sonstiges: _____
 * Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten
 ** Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

6.9 Wer war in der **Fallkonferenz vertreten**? (Mehrfachantworten möglich)

☐₁ Betriebsarzt ☐₁ Krankenhaushygieniker ☐₁ Fachkraft für Hygiene
☐₁ Fachkraft für Arbeitssicherheit ☐₁ Infektiologe/klinischer Virologe ☐₁ betroffener Beschäftigter
☐₁ betriebl. Interessenvertretung* ☐₁ Personalabteilungsvertreter ☐₁ direkter Vorgesetzter
☐₁ Gesundheitsamtsvertreter ☐₁ Haus-/Facharzt d. Beschäftigten
☐₁ Sonstiges: _____
 * Betriebs-/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung etc.

4.5 Gab es in dem Krankenhaus schon einmal ein dauerhaftes **Tätigkeitsverbot** wegen des Infektionsstatus eines chronisch infizierten Beschäftigten?

☐₁ nein ☐₂ ja, zuletzt im Jahr _____ mit einer _____ Infektion, ausgesprochen durch _____

4.6 Wurde schon einmal einem Beschäftigten wegen einer chronischen Infektion gekündigt?

☐₁ nein ☐₂ ja, zuletzt im Jahr _____ mit einer _____ Infektion

4.7 Was sollte hinsichtlich des Themas "chronisch infizierte Beschäftigte" im zuletzt betreuten Krankenhaus (noch) **verbessert** werden?

HBV/HCV/HIV: _____

MRSA: _____

5 Zu Expertengremien

Um den beruflichen Einsatz von chronisch infizierten Beschäftigten zu beurteilen, werden in Zweifelsfällen **Fallkonferenzen** durch ein interdisziplinäres **Expertengremium** empfohlen.

In Kapitel 5 bitten wir um Antworten zu den bezüglichen betrieblichen Strukturen im zuletzt betreuten Krankenhaus und in Kapitel 6 auf: zu Ihren Erfahrungen mit solchen Fallkonferenzen. Bitte beachten Sie die grauen Springanleitungen.

5.1 Existiert in dem zuletzt betreuten Krankenhaus ein **formal benanntes Expertengremium** zur Beurteilung des Einsatzes chronisch **HBV/HCV/HIV-infizierter** oder **MRSA-besiedelter** Beschäftigter?

☐₁ nein ☐₂ weiß nicht ☐₃ ja, seit _____ (Jahr)
 ► ►

Springanleitung: Wenn nein/weiß nicht -> bitte weiter mit Frage 7.1 auf Seite 10

5.2 Wer hat die **Einrichtung des Gremiums vorgeschlagen**?

☐₁ Betriebsarzt ☐₃ Gesundheitsamt (Arztarzt) ☐₃ Krankenhaushygieniker
☐₂ betroffener Beschäftigter ☐₄ nicht bekannt ☐₄ Sonstiges: _____

5.3 Wie ist die **Arbeit des Gremiums geregelt**? (Mehrfachantworten möglich)

☐₁ Geschäftsordnung ☐₁ Betriebsvereinbarung ☐₁ Sonstiges: _____

5.4 Wer ist **formal** im Gremium **vertreten**? (Mehrfachantworten möglich)?

☐₁ Betriebsarzt ☐₁ Krankenhaushygieniker ☐₁ Fachkraft für Hygiene
☐₁ Fachkraft für Arbeitssicherheit ☐₁ Infektiologe/klinischer Virologe ☐₁ betroffener Beschäftigter
☐₁ betriebl. Interessenvertretung* ☐₁ Personalabteilungsvertreter ☐₁ direkter Vorgesetzter
☐₁ Gesundheitsamtsvertreter ☐₁ Haus-/Facharzt d. Beschäftigten
☐₁ Sonstiges: _____
 * Betriebs-/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung etc.

Ausfüllanleitung: Ab hier gehen die Fragen wieder für alle!

7 Zur Ihren Kenntnissen und Meinungen

7.1 Welche offiziellen Empfehlungen zur Verhütung der Infektionsübertragung durch Beschäftigte sind Ihnen bekannt?

	gelesen	schon mal von "gehört"	nicht bekannt
Empfehlungen der DWW* zu HBV/HCV	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Empfehlungen der DWW* zu HIV	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Empfehlungen der KRINKO** zu MRSA	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Sonstige (bitte genau):			

* Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten

** Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

7.2 Welche Vor- und Nachteile hat bzw. hätte aus Ihrer Sicht die Fallkonferenz eines interdisziplinären Expertengremiums, um den Einsatz chronisch infizierter Beschäftigter zu beraten?

Vorteile:

Nachteile:

7.3 Was sollte auf offizieller Ebene geregelt werden, damit Betriebsärzte und Krankenhaushygieniker sich handlungssicher(er) fühlen, wenn sie den Einsatz eines chronisch infizierten Beschäftigten beurteilen sollen?

6.15 Welche organisatorischen Beschlüsse wurden getroffen? (Mehrfachantworten möglich)

☐ 1 weitere Beratung durch Expertengremium im Bedarfsfall

☐ 1 Vereinbarung einer Kommunikation von Betriebsarzt und behandelndem Arzt

☐ 1 Sonstiges:

☐ 1 keine, weil:

6.16 War der Beschäftigte mit den Beschlüssen/ Empfehlungen einverstanden?

☐ 1 ja, vollständig

☐ 2 ja, teilweise

☐ 3 nein

6.17 Wurden die Vereinbarungen schriftlich dokumentiert und die Einhaltung überprüft?

Vereinbarungen dokumentiert ☐ 1 nein ☐ 2 teilweise ☐ 3 ja, vollständig

Einhaltung überprüft ☐ 1 nein ☐ 2 teilweise ☐ 3 ja, vollständig

Wenn überprüft, durch wen?

6.18 Wie ging es nach der Fallkonferenz weiter? (Bitte nur 1 Antwort)

Beschäftigter...

☐ 1 arbeitete im selben Arbeitsbereich weiter

☐ 1 wurde zeitweise

☐ 1 wechselte dauerhaft

☐ 1 verließ das Krankenhaus

☐ 2 ohne Auflagen

☐ 3 in anderen Arbeitsbereich versetzt

☐ 4 in einen anderen Arbeitsbereich

☐ 6 nach Kündigung/Aufhebungsvertrag

☐ 2 mit Auflagen

☐ 4 freigestellt

☐ 7 von sich aus

Nur bei Neueinstellungsverfahren:

☐ 1 keine Aufnahme der neuen Tätigkeit

☐ 2 Sonstiges:

6.19 Wie beurteilen Sie Kompetenz und Zusammenarbeit des Expertengremiums in diesem Fall? (Schulnoten)

	sehr gut	ungenügend
Kompetenz	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
Zusammenarbeit	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

6.20 Was hätte nach Ihrer Meinung rückblickend besser laufen können?

17.2 Anhang 2b: Fragebogen für Hygieneärzte

Einsatz von chronisch infizierten/ mikrobiell besiedelten Beschäftigten im Krankenhaus

Fragebogen für Krankenhaushygieniker

Bitte ggf. an die mit dem Thema befasste Person in Ihrem Haus weiterleiten. Vielen Dank!

1 Zu Ihrer Person und Ihrer beruflichen Tätigkeit

1.1 Ihre vertragliche(n) Anbindung(en) (Mehrfachantworten möglich)

☐ angestellt im Krankenhaus ☐ bei überbetrieblichem Dienst angestellt

☐ freiberuflich ☐ Sonstiges: _____

1.2 Ihr Geschlecht und Ihr Alter

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich Alter _____ (Jahre)

1.3 Seit wann arbeiten Sie in Ihrem Beruf? Seit _____ (Jahre)

1.4 Ihre Fachbezeichnung (Mehrfachantworten möglich)

☐ Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin

☐ Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

☐ Medizinhgieniker (curriculare Weiterbildung)

☐ hygienebeauftragter Arzt

☐ Sonstiges: _____

1.5 Wie viele Krankenhäuser betreuen Sie insgesamt? _____ (Krankenhäuser)

1.6 Sind Sie Mitglied in einem MRE/MRE-Netzwerk?

☐ ja ☐ nein

2 Zur Struktur des zuletzt betreuten Krankenhauses

Ausfüllanleitung: Wenn Sie mehrere Krankenhäuser betreuen, denken Sie bitte im Folgenden nur an das ZEITLICH ZULETZT von Ihnen betreute Haus (und beantworten Sie alle Fragen nur für dieses). Zunächst einige Fragen zur Struktur des Hauses.

2.1 Anzahl Beschäftigte des zuletzt betreuten Krankenhauses _____ Beschäftigte

2.2 Fachrichtung des zuletzt betreuten Krankenhauses

☐ Universitätsklinikum ☐ Allgemeinkrankenhaus

☐ Fachklinik für: _____ ☐ Rehaklinik für: _____

2.3 Träger des zuletzt betreuten Krankenhauses

☐ öffentlich ☐ freigemeinnützig ☐ privat ☐ Sonstiges: _____

2.4 Von Ihnen betreut seit _____ (Jahre)

3 Fallbeispiel: Handlungsschritte bei chronisch MRSA-besiedelten Beschäftigten

Im folgenden Beispiel denken wir an eine Situation, in die Sie mit einem chronisch (I) mit MRSA besiedelten Beschäftigten kommen können. Bitte beantworten Sie, wie Sie normalerweise handeln (würden).

ffas
Freiburger Forschungsgaststelle Arbeits- und Sozialmedizin

Studie "Einsatz von chronisch HBV-, HCV-, HIV-infizierten Beschäftigten bzw. Beschäftigten mit MRSA-Besiedelung oder -Infektion"

Bitte beachten Sie: Sind Sie für dieses Thema in Ihrem Haus nicht zuständig? Dann leiten Sie doch bitte den Fragebogen an den mit dem Thema betrauten Krankenhaushygieniker/ Infektiologen/ medizinischen Virologen weiter.

Ein ausgefüllter Fragebogen ist auch wichtig, wenn in Ihrem Haus noch keine Erfahrungen mit dem Thema bestehen!

Sehr geehrter Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

seit Ende der 1990er Jahre haben wir uns am Lehrstuhl Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz in Wuppertal mit dem Problem der **HBV- und HCV-infizierten Beschäftigten** befasst. Von Ihnen können – in Abhängigkeit von Viruslast und Tätigkeit – auch **Gefahren für Patienten** ausgehen.

Zwar haben die (leider nicht ganz flächendeckende) Hepatitis B- Impfung und neue HCV- Medikamente in dieser Hinsicht zu einer gewissen Entspannung geführt. Dennoch werden immer wieder **Übertragungsfälle bei Patienten** bekannt, die vermeidbar gewesen wären.

Darüber hinaus scheint bei vielen betroffenen Beschäftigten und Arbeitgebern nach wie vor **Unsicherheit hinsichtlich der Gefährdungsbeurteilung** zu herrschen.

In den Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) *** wird die Gründung eines **interdisziplinären Expertengremiums** empfohlen.

*** Verhütung von Hepatitis-B-Virusinfektionen im Gesundheitsdienst (Epidem. Bull des RKI 30/99), gefolgt von einer analogen HCV-Version (Epidem. Bull. 32/2001)

Dieses Gremium soll ggf. im Rahmen von **"Fallkonferenzen"** darüber beraten, wie ein chronisch infizierter oder mikrobiell besiedelter Beschäftigter in seinem Berufsfeld weiterhin eingesetzt werden kann. **Krankenhaushygieniker/ Infektiologen/ medizinische Virologen** werden hier als wichtige Experten im Gremium benannt.

In einem **Forschungsprojekt der FFAS** werden unter meiner Leitung derzeit alle bekannt gewordenen Fälle, Erfahrungen und einschlägige Empfehlungen aus verschiedenen Ländern zusammengetragen – ausgeweitet auch auf Beschäftigte mit dauerhafter **MRSA-Besiedelung**.

Details zum Rahmen der Studie können der beiliegenden **Studieninformation** entnommen werden.

Ich bitte Sie herzlich um Unterstützung bei diesem Vorhaben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Dr. Friedrich Hofmann

4 Zu Ihrer Erfahrung mit dem Thema "Chronisch infizierte/ mikrobiell besiedelte Beschäftigte"

4.1 Mit wie vielen chronisch (!) infizierten/besiedelten Beschäftigten haben Sie in Ihrer Berufspraxis bereits zu tun gehabt? (Anzahl, ggf. geschätzt, "keine"=0)

☐ keine HIV: _____ HBV: _____ HCV: _____ MRSA: _____

☐ 1 (Sonstige): _____

Ausfüllanleitung: Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen an das ggf. ZEITLICH ZULETZT betreute Krankenhaus!

4.2 Welche betrieblichen Regelungen existieren im zuletzt betreuten Krankenhaus zum Einsatz chronisch infizierter/ mikrobiell besiedelter Beschäftigter? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Dienst-/Verfahrensanweisung ☐ Betriebsvereinbarung ☐ Arbeits-/ Tarifvertragsregelung

☐ 1. Anweisung im Hygieneplan☐ Sonstiges:☐ ,keine☐ ja, keine
☐ ja, weiß nicht

4.3 Haben Sie im zuletzt betreuten Krankenhaus schon einmal mit einem chronisch infizierten/ mikrobiell besiedelten Beschäftigten zu tun gehabt?

☐ ja, HBV-/HCV/ HIV- infiziert ☐ ja, chronisch MRSA-besiedelt ☐ , nein

Wenn ja: Gab es schon einmal ein Problem mit dem Einsatz eines solchen Beschäftigten, seit Sie dieses Krankenhaus betreuen?

(Mit "Problem" meinen wir z.B. Personen, bei denen sich eine Versetzung in einen anderen Tätigkeitsbereich schwierig gestaltet, oder bei denen man sich über deren Einsatzfähigkeit/ Tätigkeitsauflagen unsicher war)

☐₁ nein ☐₂ ja, zuletzt vor _____ Jahren, und zwar:

(bitte den letzten Problemfall genauer)
(Beruf, Infektion, Problemstellung, Ausg.)

(bitte den letzten Problemfall genauer)
(Beruf, Infektion, Problemstellung, Ausgang)

Wenn ja: Wie beurteilen Sie die letzte (!) Zusammenarbeit mit den folgenden Akteuren im Hinblick auf den Einsatz eines chronisch infizierten/ mikrobiell besiedelten Beschäftigten? (Schulnoten)

	Zusammenarbeit...			
	sehr gut	gut	unge- nützlich	nicht vorhanden
1. Betriebsarzt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2. Vorgesetzter	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3. Gesundheitsamt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. Haus-/Facharzt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

3.1 Fallbeispiel MRSA

Pflegekraft und chronische MRSA-Besiedelung

Frau Schulz arbeitet in der Unfallchirurgie. Bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge vor einigen Wochen bat sie den Betriebsarzt um einen MRSA-Nasen-/Rachenabstrich, da sie Sorge hat, sich bei Patienten angesteckt zu haben.

Das Ergebnis war positiv und die Sanierung erfolgte direkt anschließend im Urlaub, wie sie Ihnen in einem persönlichen Gespräch berichtet.

Im weiteren Verlauf gilt sie nach drei erfolglosen Sanierungsrunden als längerfristig kolonisiert.

In ihrem Arbeitsbereich sollte sie aus Gründen des Patientenschutzes nicht wieder tätig werden.

Wie verhalten Sie sich? (Mehrfachantworten möglich)

Im Gespräch: (Mehrfachantworten möglich)

☐ Ich berate Frau Schulz ausführlich zu persönlichen Schutzmaßnahmen und Infektionsrisiken

☐ Ich empfehle Frau Schulz, ihre/n Vorgesetzte/n über den Infektionsstatus zu informieren

☐ Ich lasse mich durch Frau Schulz schriftlich von der Schweigepflicht entbinden

☐ Sonstiges:

Nach dem Gespräch: Ich berate mich jeweils im Dialog mit... (Mehrfachantworten möglich)

☐ dem Betriebsarzt ☐ dem Vorgesetzten ☐ dem Gesundheitsamt ☐ der Geschäftsführung☐ Sonstige:

☐ Ich initiiere/schlage eine interdisziplinäre Fallkonferenz vor, um zu beraten, wie Frau Schulz weiter eingesetzt werden kann

☐ Sonstiges:

☐ trifft nicht zu, keine weiteren Aktivitäten nach dem Gespräch

4.4 Gab es in dem Krankenhaus schon einmal ein dauerhaftes **Tätigkeitsverbot** wegen des Infektionsstatus eines chronisch infizierten/ mikrobiell besiedelten Beschäftigten?

☐ 1 nein ☐ 2 ja, zuletzt im Jahr _____ mit einer _____ Infektion, ausgesprochen durch _____

4.5 Wurde schon einmal einem Beschäftigten wegen einer chronischen Infektion gekündigt?

☐ 1 nein ☐ 2 ja, zuletzt im Jahr _____ mit einer _____ Infektion

4.6 Was sollte hinsichtlich des Themas "chronisch infizierte/besiedelte Beschäftigte" im zuletzt betreuten Krankenhaus (noch) **verbessert** werden?

HBV/HCV/HIV: _____

MRSA: _____

5 Zu Expertengremien und Fallkonferenzen für chronisch infizierte/ mikrobiell besiedelte Beschäftigte

Um den beruflichen Einsatz von chronisch infizierten/besiedelten Beschäftigten zu beurteilen, werden in Zweifelsfällen so genannte **Fallkonferenzen** durch ein interdisziplinäres **Expertengremium** empfohlen.

In Kapitel 5 bitten wir um Antworten zu disziplinarischen berufsrechtlichen Strukturen im zuletzt betreuten Krankenhaus und in Kapitel 6 zu mündlichen Erfahrungen mit solchen Fallkonferenzen. Bitte beachten Sie die grauen Springanleitungen.

5.1 Sind (oder waren Sie) Mitglied eines formal benannten Expertengremiums zur Beurteilung des Einsatzes eines chronisch HBV/HCV/HIV- infizierten oder MRSA-besiedelten Beschäftigten? (Bitte einschließlich Anzahl)

☐ 1 nein ☐ 2 ja, aktuell in _____ Gremien ☐ 3 ja, früher in _____ Gremien

Springanleitung: Wenn nein -> bitte weiter mit Frage 7.1 auf Seite 8. Sonst bitte weiter mit der nächsten Frage.

Wenn ja: Waren Sie schon einmal an einer **Fallkonferenz** eines Expertengremiums beteiligt? (Mehrfachantworten möglich; bitte einschließlich Anzahl)

(Zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit eines chronisch HBV/HCV/HIV- infizierten oder MRSA- besiedelten Beschäftigten)

☐ 1 nein ☐ 2 ja, an _____ MRSA- Fallkonferenzen ☐ 3 ja, an _____ HBV/HCV/HIV- Fallkonferenzen

Springanleitung: Wenn nein -> bitte weiter mit Frage 7.1 auf Seite 8. Sonst bitte weiter mit der nächsten Frage.

5.2 Bitte denken Sie nun zunächst wieder das **zuletzt** betreute Krankenhaus: Existiert hier ein solches **Expertengremium**?

☐ 1 nein ☐ 2 weiß nicht ☐ 3 ja, seit _____ (Jahr)

Springanleitung: Wenn nein/weiß nicht -> bitte weiter mit Frage 7.1 auf Seite 8. Sonst bitte weiter mit folgenden Fragen.

5

5.3 **Wer** hat die Einrichtung des Gremiums vorgeschlagen?

☐ 1 Betriebsarzt ☐ 2 Gesundheitsamt (Amtsarzt) ☐ 3 Krankenhaushygieniker
☐ 4 betroffener Beschäftigter ☐ 5 nicht bekannt ☐ 6 Sonstiges: _____

5.4 Wie ist die Arbeit des Gremiums **geregelt**? (Mehrfachantworten möglich)

☐ 1 Geschäftsordnung ☐ 2 Betriebsvereinbarung ☐ 3 Sonstiges: _____

5.5 Wer ist **formal** im Gremium vertreten? (Mehrfachantworten möglich)?

☐ 1 Betriebsarzt ☐ 2 Krankenhaushygieniker ☐ 3 Fachkraft für Hygiene
☐ 4 Fachkraft für Arbeitssicherheit ☐ 5 Infektiologe/klinischer Virologe ☐ 6 betroffener Beschäftigter
☐ 7 betriebl. Interessensvertretung* ☐ 8 Personalabteilungsvertreter ☐ 9 direkter Vorgesetzter
☐ 10 Gesundheitsamtsvertreter ☐ 11 Haus-/Facharzt d. Beschäftigten
☐ 12 Sonstiges: _____

* Betriebs-/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung etc.

6 Zur Erfahrung mit Fallkonferenzen speziell im letzten betreuten Krankenhaus

6.1 Waren Sie im **zuletzt** betreuten Krankenhaus schon einmal an einer **Fallkonferenz** eines Expertengremiums beteiligt? (Mehrfachantworten möglich)

(Zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit eines HBV/HCV/HIV- infizierten oder chronisch MRSA- besiedelten Beschäftigten)

☐ 1 nein ☐ 2 ja, MRSA- Fall ☐ 3 ja, HBV/HCV/HIV- Fall

Springanleitung: Wenn nein -> bitte weiter mit Frage 7.1 auf Seite 8.

6.2 Wann war der **letzte Fall**, mit dem sich das Gremium beschäftigt hat? _____ (Jahr)

6.3 Welcher Erreger (letzter 1) Beschäftigter?

☐ 1 HBV ☐ 2 MRSA (Nase)
☐ 3 HCV ☐ 4 MRSA (Hände)
☐ 5 HIV ☐ 6 MRSA (Sonstiges): _____

6.4 Welchen **Beruf** übte der **letzte Betroffene** aus?

☐ 1 Arzt (nicht chirurgisch tätig) ☐ 2 Arzt (chirurgisch tätig, Fachrichtung) _____
☐ 3 Pflegepersonal (nicht chirurgisch tätig) ☐ 4 Pflegepersonal (chirurgisch tätig)
☐ 5 Sonstiges: _____

6.5 Welchen **Status** hatte der **letzte Betroffene**?

☐ 1 bereits seit längerem angestellt ☐ 2 Neueinstellung ☐ 3 Sonstiges: _____

6.6 War die Infektion **beruflich** erworben?

☐ 1 nicht bekannt ☐ 2 nein ☐ 3 ja ► Wenn ja: BK-Ermittlungsverfahren? ☐ 4 ja ☐ 5 nein
☐ 6 Sonstiges: _____

6.7 Weitere **Besonderheiten** des Falls:

6

6.8 Welche offiziellen Handlungsempfehlungen wurden berücksichtigt?
☐ keine ☐ DVV-Richtlinien (HBV/HCV/HIV) * ☐ KRINKO - Empfehlungen (MRSA)**
☐ Sonstiges: _____

* Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten
 ** Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

6.9 Wer war in der Falkkonferenz vertreten? (Mehrfachantworten möglich)
☐ Betriebsarzt ☐ Krankenhaushygieniker ☐ Fachkraft für Hygiene
☐ Fachkraft für Arbeitssicherheit ☐ Infektiologe/klinischer Virologe ☐ betroffener Beschäftigter
☐ betriebl. Interessensvertretung* ☐ Personalabteilungsvertreter ☐ direkter Vorgesetzter
☐ Gesundheitsamtsvertreter ☐ Haus-/Facharzt d. Beschäftigten
☐ Sonstiges: _____

* Betriebs-/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung etc.

6.10 Wurde das Verfahren anonymisiert durchgeführt?
☐ ja ☐ nein

6.11 Wurden externe Fachleute zu Rate gezogen?
☐ ja ☐ nein, weil ► ☐ ausreichend Expertise im Hause vorhanden
☐ Thema sollte intern gehalten werden
☐ Sonstiges: _____

6.12 Wer hatte welche Rolle in dem Prozess?

Initiator der Falkkonferenz	☐ Betriebsarzt	☐ Krankenhaushygiene	☐ Sonstige: _____
Moderation/Leitung	☐ Betriebsarzt	☐ Krankenhaushygiene	☐ Sonstige: _____
Dokumentation aller Vereinbarungen	☐ Betriebsarzt	☐ Krankenhaushygiene	☐ Sonstige: _____
Kontrolle getroffener Vereinbarungen	☐ Betriebsarzt	☐ Krankenhaushygiene	☐ Sonstige: _____

6.13 Wie wurde in der Falkkonferenz entschieden?
☐ Konsens ☐ Mehrheitsentscheidung ☐ Beschluss von Führungs-/Personalverantwortlichen
☐ Sonstiges: _____

6.14 Welche Empfehlungen wurden dem Arbeitgeber ausgesprochen? (Mehrfachantworten)
☐ Tätigkeitsverbot/Wechsel der Fachrichtung
☐ Tätigkeitseinschränkung (Versetzung in Arbeitsbereich ohne Risikopatienten/ Patientenkontakt)
☐ Tragen doppelter Handschuhe während invasiver Eingriffe/ Wundbehandlung etc.
☐ Einhalten weiterer Hygienemaßnahmen über die Standardhygiene hinaus: _____

Weitere Tätigkeitseinschränkungen/ Auflagen (nur HBV/HCV/HIV)
☐ Verwenden sicherer Instrumente
☐ Vermeiden von Nacht-/Notdiensten/Rufbereitschaft (Alleinarbeiten)
☐ Vermeiden aller allgemeinen Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr
☐ Vermeiden aller invasiven Tätigkeiten mit erhöhtem Stresslevel (z.B. Reanimation)
☐ Sonstiges: _____

☐ keine, weil: _____

6.15 Welche organisatorischen Beschlüsse wurden getroffen? (Mehrfachantworten möglich)
☐ weitere Beratung durch Expertengremium im Bedarfsfall
☐ Vereinbarung einer Kommunikation von Betriebsarzt und behandelndem Arzt
☐ Sonstiges: _____

☐ keine, weil: _____

6.16 War der Beschäftigte mit den Beschlüssen/ Empfehlungen einverstanden?
☐ ja, vollständig ☐ ja, teilweise ☐ nein

6.17 Wurden die Vereinbarungen schriftlich dokumentiert und die Einhaltung überprüft?

Vereinbarungen dokumentiert	☐ nein ☐ teilweise ☐ ja, vollständig
Einhaltung überprüft	☐ nein ☐ teilweise ☐ ja, vollständig

▼ ▼ ▼

Wenn überprüft, durch wen? _____

6.18 Wie ging es nach der Falkkonferenz weiter? (Bitte nur 1 Antwort)

Beschäftigter...
☐ arbeitete im selben Arbeitsbereich weiter ☐ ohne Auflagen ☐ mit Auflagen
☐ wurde zeitweise ☐ in anderen Arbeitsbereich versetzt ☐ freigestellt
☐ wechselte dauerhaft ☐ in einen anderen Arbeitsbereich
☐ verließ das Krankenhaus ☐ nach Kündigung/Aufhebungsvertrag ☐ von sich aus

Nur bei Neueinstellungsverfahren:
☐ keine Aufnahme der neuen Tätigkeit ☐ Sonstiges: _____

17.3 Anhang 2c: Fragebogen für Amtsärzte

Einsatz von chronisch HBV-, HCV-, HIV- infizierten Beschäftigten/
Beschäftigten mit MRSA- Besiedelung oder -Infektion im Krankenhaus

Fragebogen für Ärzte im Gesundheitsamt, Fachbereich Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene

1 Zu Ihrer Person und Ihrer beruflichen Tätigkeit

1.1 Ihr Geschlecht und Ihr Alter

Geschlecht ☐ 1 männlich ☐ 2 weiblich Alter _____ (Jahre)

1.2 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als Arzt im Gesundheitsamt?

Im derzeitigen Gesundheitsamt seit _____ (Jahren)
Insgesamt seit _____ (Jahren)

1.3 Seit wann haben Sie Erfahrung in Ihrem jetzigen Zuständigkeitsbereich?

Seit _____ (Jahr)

1.4 Wie ist die Zuständigkeit in Ihrem Gesundheitsamt für das Thema "chronisch infizierte/mikrobiell besiedelte Beschäftigte" aufgeteilt?

☐ 1 Ich bin zuständig für alle Infektionskrankheiten

☐ 2 Ich bin nur zuständig für blutübertragbare Krankheiten

☐ 3 Ich bin nur zuständig für MRSA/MRE

☐ 4 Sonstiges: _____

1.5 Wie viele Einwohner hat der Zuständigkeitsbereich Ihres Gesundheitsamts?

_____ Anzahl Einwohner insgesamt

1.6 Wie viele Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken gibt es in Ihrem Landkreis?

_____ Anzahl Allgemeinkrankenhäuser ▶ darunter mit Maximalversorgung? ☐ 1 ja ☐ 2 nein

_____ Anzahl Fachkliniken

1.7 Ist Ihr Gesundheitsamt Mitglied in einem MRE-Netzwerk zur Bekämpfung der Weiterverbreitung multiresistenter Erreger?

☐ 1 nein ☐ 2 ja ▶

Wenn ja: Sind Sie selbst aktiv? ☐ 1 nein ☐ 2 ja



Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin

Studieninformation zum Fragebogen

für Ärzte im Gesundheitsamt, Bereich Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene

Einsatz von chronisch HBV-, HCV-, HIV- infizierten Beschäftigten bzw. Beschäftigten mit MRSA-Besiedelung oder -Infektion

Die Befragung wird von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege finanziell gefördert. Informationen mit dem Kurznamen IGE ("Infektios im Gesundheitsdienst") finden Sie auch auf unserer Internetseite www.ffas.de.

Welche Ziele werden im Projektvorhaben verfolgt?

Wir möchten herausfinden,

- welche Erfahrungen beim Einsatz von chronisch HBV-, HCV-, HIV- infizierten Beschäftigten bzw. Beschäftigten mit MRSA-Besiedelung oder -infektion bestehen,
- wie häufig interdisziplinäre Expertengremien zum oben genannten Thema in deutschen Krankenhäusern gebildet werden, an denen auch Gesundheitsämter beteiligt sind, und
- welche Erfahrungen ggf. mit entsprechenden "Fallkonferenzen" zu Problemfällen durchgeführt werden.

Unser Ziel in diesem Methodenmix-Projekt ist die Erarbeitung von **Empfehlungen** für Arbeitgeber, Betriebsärzte und Krankenhaushygieniker zum sicheren und angemessenen Einsatz von (potenziell) infektiösen Beschäftigten.

Um zu belastbaren statistischen Aussagen zu kommen, ist Ihr Antwortbeitrag auch dann wichtig, wenn Sie bisher noch keine einschlägigen Erfahrungen zum Thema gesammelt haben!

Woher haben wir Ihre Adresse? Was tun mit dem ausgefüllten Fragebogen?

Wir haben die im Internet verfügbare Adressdatei www.ga-datenbank.de, die in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch Institut in Berlin entstand, als Grundlage verwendet.

Bitte senden Sie den Fragebogen ohne Angabe Ihrer Adresse möglichst **14 Tage** nach Erhalt direkt an die FFAS. Bei Verwendung des voradressierten Umschlags ist die Rücksendung für Sie kostenfrei.

In Ihrem Gesundheitsamt sind die Zuständigkeitsbereiche aufgeteilt?

Sollten Sie in Ihrem Gesundheitsamt geteilte Zuständigkeiten für Infektionskrankheiten haben, kann der Fragebogen gern mit Unterstützung Ihrer Kollegen ausgefüllt werden, der Fragebogen vor der Ausfüllung kopiert oder ein weiteres Exemplar angefordert werden (Kontakt siehe unten).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die Angaben im Fragebogen werden streng vertraulich behandelt und können nur von unserem Forschungsteam eingesehen werden. Ergebnisse werden nur in Form von Statistiken publiziert. Alle gesetzlichen Datenschutzbestimmungen werden selbstverständlich eingehalten.

Wir freuen uns auf Ihre Beteiligung und danken Ihnen schon jetzt für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. Dr. Friedrich Hofmann Dr. Martina Michaelis Dr. Ulrich Stöfel

Kontakt

Dr. Martina Michaelis
FFAS - Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin
Beroldstr. 63, 78088 Freiburg michaelis@ffas.de Tel.: 0761/82526

2 Zu Ihren Erfahrungen

2.1 Bei wie vielen chronisch HBV-, HCV oder HIV- infizierten oder MRSA- besiedelten Beschäftigten im Krankenhaus wurde Ihr Gesundheitsamt in den letzten 10 Jahren hinzugezogen?

(Mit "Problem" meinen wir z.B. Personen, bei denen sich eine Versetzung in einen anderen Tätigkeitsbereich schwierig gestaltete, oder bei denen man sich über deren Einsatzfähigkeit/ Tätigkeitsauflagen unsicher war)
(Sie können noch keine 10 Jahre überblicken? Sind Rückfragen bei Kollegen möglich?)

- ☐ 1. trifft nicht zu (Kontrollkästchen ankreuzen, wenn in den letzten 10 Jahren kein Fall)
☐ 2. kann ich nicht beurteilen, weil:

Beschäftigte, chronisch infiziert/ besiedelt mit...	Problemfälle insgesamt letzte 10 Jahre (ggf. 0 eintragen)	davon mit Tätigkeitsverbot (ggf. 0 eintragen)	davon mit "guter" Lösung (z.B. akzeptierte Tätigkeitsbeschränkungen, anderer Arbeitsplatz etc., ggf. 0 eintragen)
HIV:	_____	_____	_____ ☐ weiß nicht
HBV:	_____	_____	_____ ☐ weiß nicht
HCV:	_____	_____	_____ ☐ weiß nicht
MRSA:	_____	_____	_____ ☐ weiß nicht

Ihre Anmerkungen: _____

2.2 Wurde in Ihrem Zuständigkeitsbereich in den letzten 10 Jahren nachweislich schon einmal ein Patient im Krankenhaus mit HBV- HCV- oder HIV- infiziert?

- ☐ 1. ja, mit HBV ☐ 2. ja, mit HCV ☐ 3. ja, mit HIV ☐ 4. weiß nicht

Wenn ja: In welchem Jahr zuletzt? _____

2.3 Bitte denken Sie an Ihren letzten "Fall": Welches Problem gab es und in welcher Konstellation?

(Mit "Problem" meinen wir z.B. Personen, bei denen sich eine Versetzung in einen anderen Tätigkeitsbereich schwierig gestaltete, oder bei denen man sich über deren Einsatzfähigkeit/ Tätigkeitsauflagen unsicher war)

- ☐ 1. trifft nicht zu, es gab in den letzten 10 Jahren keinen "Fall" → > bitte weiter Frage 2.4

- ☐ 2. HBV ☐ 3. HCV ☐ 4. HIV ☐ 4. MRSA im Jahr _____

Beruf:

- ☐ 1. Arzt (nicht chirurgisch tätig) ☐ 2. Arzt (chirurgisch tätig, Fachrichtung) _____

- ☐ 3. Pflegepersonal (nicht in OP) ☐ 4. Pflegepersonal (in OP)

- ☐ 5. Sonstiges: _____

3

Welches Problem genau und mit welchem Ausgang?

Wie beurteilen Sie die letzte (1) Zusammenarbeit mit den folgenden Akteuren im Hinblick auf den Einsatz eines chronisch infizierten/ mikrobiell besiedelten Beschäftigten? (Schulnoten)

	Zusammenarbeit...					
	sehr gut			unge-nutzt		
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
1. Krankenhaushygieniker	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2. Betriebsarzt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
3. Vorgesetzter (direkter)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
4. Geschäftsführung	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
5. Sonstige (bitte genau, z.B. Virologe):	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

2.4 Wie handlungssicher sind Betriebsärzte und Krankenhaushygieniker Ihrer Erfahrung nach, wenn es um den Einsatz chronisch infizierter/ mikrobiell besiedelter Beschäftigter geht?

	mehrheitlich....					
	sehr unsicher			sehr sicher		
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
1. Betriebsärzte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2. Krankenhaushygieniker	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Ihre Anmerkungen: _____

2.5 Was sollte hinsichtlich des Themas "chronisch infizierte/ mikrobiell besiedelte Beschäftigte" aus Ihrer Sicht grundsätzlich (noch) verbessert werden?

HBV/HCV/HIV: _____

MRSA: _____

2.6 in einem Krankenhaus zur Beurteilung des Einsatzes chronisch HBV/HCV/HIV- infizierter oder MRSA-besiedelter Beschäftigter?

3 Zu Expertengremien

Um den beruflichen Einsatz von chronisch infizierten Beschäftigten zu beurteilen, werden in Zweifelsfällen Fallkonferenzen durch ein interdisziplinäres Expertengremium empfohlen.
In Kapitel 3 bitten wir um Antworten zu diesbezüglichen betrieblichen Strukturen im zuletzt betreuten Krankenhaus und in Kapitel 4 ggf. zu Ihren Erfahrungen mit solchen Fallkonferenzen. Bitte beachten Sie die dazwischenliegenden Springanleitungen.

3.1 Wie viele Expertengremien in Ihrem Zuständigkeitsbereich zur Beurteilung des Einsatzes chronisch HBV/HCV/HIV-infizierter oder MRSA-besiedelter Beschäftigter sind Ihnen bekannt?
(Wir denken hier nur an formal benannte Gremien, nicht an situativ zusammengerufene Expertenrunden)

_____ Anzahl Gremien

3.2 Sind oder waren Sie selbst schon einmal Mitglied eines formal benannten Expertengremiums in einem Krankenhaus zur Beurteilung des Einsatzes chronisch HBV/HCV/HIV-infizierter oder MRSA-besiedelter Beschäftigter?

☐ 1 nein ☐ 2 ja, insgesamt _____ Gremien, zuerst im Jahr _____

*Springanleitung: Wenn nein -> bitte weiter mit Frage 5.1 auf Seite 7.
Wenn ja, bitte denken Sie an das letzte (!) Krankenhaus in dem Sie Mitglied eines Expertengremiums wurden.*

3.3 Wann wurde das Gremium benannt?

_____ (Jahr)

3.4 Wer hat die Einrichtung des Gremiums vorgeschlagen?

☐ 1 Betriebsarzt ☐ 2 Gesundheitsamt ☐ 3 Krankenhaushygieniker
☐ 4 betroffener Beschäftigter ☐ 5 nicht bekannt ☐ 6 Sonstiges: _____

3.5 Wie ist die Arbeit des Gremiums gersgelt? (Mehrfachantworten möglich)

☐ 1 Geschäftsordnung ☐ 2 Betriebsvereinbarung ☐ 3 Sonstiges: _____

3.6 Wer ist formal im Gremium vertreten? (Mehrfachantworten möglich)

☐ 1 Betriebsarzt ☐ 2 Krankenhaushygieniker ☐ 3 Fachkraft für Hygiene
☐ 4 Fachkraft für Arbeitssicherheit ☐ 5 Infektiologie/klinischer Virologe ☐ 6 betroffener Beschäftigter
☐ 7 betriebl. Interessenvertretung* ☐ 8 Personalabteilungsvertreter ☐ 9 direkter Vorgesetzter
☐ 10 Gesundheitsamtsvertreter ☐ 11 Haus-/Facharzt d. Beschäftigten
☐ 12 Sonstiges: _____

* Betriebs-/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung etc.

4 Zur Erfahrung mit "Fallkonferenzen"

4.1 Waren Sie schon einmal an einer Fallkonferenz eines Expertengremiums beteiligt?
(Mehrfachantworten möglich)

(Zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit eines HBV/HCV/HIV-Infizierten oder chronisch MRSA-besiedelten Beschäftigten)

☐ 1 nein ☐ 2 ja, MRSA-Fall ☐ 3 ja, HBV/HCV/HIV-Fall
Wenn ja: _____ mal Wenn ja: _____ mal

Springanleitung: Wenn nein -> bitte weiter mit Frage 5.1 auf Seite 7.

4.2 Wann war der letzte Fall, mit dem sich das Gremium beschäftigt hat? _____ (Jahr)

4.3 Welcher Erreger (letzter 1) Beschäftigter?

☐ 1 HBV ☐ 2 MRSA (Nase)
☐ 3 HCV ☐ 4 MRSA (Hände)
☐ 5 HIV ☐ 6 MRSA (Sonstiges): _____

4.4 Welchen Beruf übte der letzte Betroffene aus?

☐ 1 Arzt (nicht chirurgisch tätig) ☐ 2 Arzt (chirurgisch tätig, Fachrichtung) _____
☐ 3 Pflegepersonal (nicht chirurgisch tätig) ☐ 4 Pflegepersonal (chirurgisch tätig)
☐ 5 Sonstiges: _____

4.5 Welchen Status hatte der letzte Betroffene?

☐ 1 bereits seit längerem angestellt ☐ 2 Neueinstellung ☐ 3 Sonstiges: _____

4.6 War die Infektion beruflich erworben?

☐ 1 nicht bekannt ☐ 2 nein ☐ 3 ja ☐ 4 Wenn ja: BK-Ermittlungsverfahren? ☐ 1 ja ☐ 2 nein
☐ 5 Sonstiges: _____

4.7 Weitere Besonderheiten des Falls:

4.8 Welche offiziellen Handlungsempfehlungen wurden berücksichtigt?

☐ 1 keine ☐ 2 DVV-Richtlinien (HBV/HCV/HIV) * ☐ 3 KRINKO - Empfehlungen (MRSA)**
☐ 4 Sonstiges: _____

* Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten
** Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

4.9 Wer war in der Fallkonferenz vertreten? (Mehrfachantworten möglich)

☐ 1 Betriebsarzt ☐ 2 Krankenhaushygieniker ☐ 3 Fachkraft für Hygiene
☐ 4 Fachkraft für Arbeitssicherheit ☐ 5 Infektiologie/klinischer Virologe ☐ 6 betroffener Beschäftigter
☐ 7 betriebl. Interessenvertretung* ☐ 8 Personalabteilungsvertreter ☐ 9 direkter Vorgesetzter
☐ 10 Gesundheitsamtsvertreter ☐ 11 Haus-/Facharzt d. Beschäftigten
☐ 12 Sonstiges: _____

4.15 Welche organisatorischen Beschlüsse wurden getroffen? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ weitere Beratung durch Expertengremium im Bedarfsfall
☐ Vereinbarung einer Kommunikation von Amtsarzt und behandelndem Arzt
☐ Sonstiges: _____

☐ ja, keine, weil: _____

4.16 War der Beschäftigte mit den Beschlüssen/ Empfehlungen einverstanden?

- ☐ ja, vollständig ☐ ja, teilweise ☐ nein

4.17 Wurden die Vereinbarungen schriftlich dokumentiert und die Einhaltung überprüft?

- Vereinbarungen dokumentiert ☐ ja, vollständig ☐ ja, teilweise ☐ nein
 Einhaltung überprüft ☐ ja, vollständig ☐ ja, teilweise ☐ nein

Wenn überprüft, durch wen? _____

4.18 Wie ging es nach der Fallkonferenz weiter? (Bitte nur 1 Antwort)

Beschäftigter...

- ☐ arbeitete im selben Arbeitsbereich weiter ☐ ohne Auflagen ☐ mit Auflagen
☐ wurde zeitweise ☐ in anderen Arbeitsbereich versetzt ☐ freigestellt
☐ wechselte dauerhaft ☐ in einen anderen Arbeitsbereich
☐ verließ das Krankenhaus ☐ nach Kündigung/Aufhebungsvertrag ☐ von sich aus
☐ weiß nicht

Nur bei Neueinstellungsverfahren:

- ☐ keine Aufnahme der neuen Tätigkeit ☐ Sonstiges: _____
☐ weiß nicht

4.19 Wie beurteilen Sie Kompetenz und Zusammenarbeit des Expertengremiums in diesem Fall? (Schulnoten)

	sehr gut						ungenügend
Kompetenz	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 6
Zusammenarbeit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 6

4.20 Was hätte nach Ihrer Meinung rückblickend besser laufen können?

8

* Betriebs-/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung etc.

4.10 Wurde das Verfahren anonymisiert durchgeführt?

- ☐ ja ☐ nein

4.11 Wurden externe Fachleute zu Rate gezogen? (Betrifft nicht eigenen Status)

- ☐ ja ☐ nein, weil ☐ ausreichend Expertise im Hause vorhanden
☐ Thema sollte intern gehalten werden
☐ Sonstiges: _____

4.12 Wer hatte welche Rolle in dem Prozess?

- Initiator der Fallkonferenz ☐ Betriebsarzt ☐ Krankenhaushygiene ☐ Sonstige: _____
 Moderation/Leitung ☐ Betriebsarzt ☐ Krankenhaushygiene ☐ Sonstige: _____
 Dokumentation aller Vereinbarungen ☐ Betriebsarzt ☐ Krankenhaushygiene ☐ Sonstige: _____
 Kontrolle getroffener Vereinbarungen ☐ Betriebsarzt ☐ Krankenhaushygiene ☐ Sonstige: _____

4.13 Wie wurde in der Fallkonferenz entschieden?

- ☐ Konsens ☐ Mehrheitsentscheidung ☐ Beschluss von Führungs-/Personalverantwortlichen
☐ Sonstiges: _____

4.14 Welche Empfehlungen wurden dem Arbeitgeber ausgesprochen? (Mehrfachantworten)

- ☐ Tätigkeitsverbot/Wechsel der Fachrichtung
☐ Tätigkeitseinschränkung (z.B. Versetzung in Arbeitsbereich ohne Patientenkontakt, Vermeiden besonders risikoträger Eingriffe)
☐ Tragen doppelter Handschuhe während invasiver Eingriffe/ Wundbehandlung etc.
☐ Einhalten weiterer Hygienemaßnahmen über die Standardhygiene hinaus: _____

Weitere Tätigkeitseinschränkungen/ Auflagen (nur HBV/HCV/HIV)

- ☐ Verwenden sicherer Instrumente
☐ Vermeiden von Nacht-/Noldiensten/Rufbereitschaft (Alleinarbeiten)
☐ Vermeiden aller allgemeinen Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr
☐ Vermeiden aller invasiven Tätigkeiten mit erhöhtem Stresslevel (z.B. Reanimation)

☐ Sonstiges: _____

☐ keine, weil: _____

7

Ausfüllanleitung: Ab hier gelten die Fragen wieder für alle!

5 Zur Ihren Kenntnissen und Meinungen

5.1 Welche offiziellen Empfehlungen zur Verhütung der Infektionsübertragung durch Beschäftigte sind Ihnen bekannt?

	gelesen	schon mal davon "gehört"	nicht bekannt
Empfehlungen der DWV* zu HBV/HCV	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Empfehlungen der DWV* zu HIV	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Empfehlungen der KRINKO** zu MRSA	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Sonstige (bitte genau):			

* Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten ** Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

5.2 Welche Vor- und Nachteile hat bzw. hätte aus Ihrer Sicht die Fallkonferenz eines interdisziplinären Expertengremiums, um den Einsatz chronisch infizierter/ mikrobiell besiedelter Beschäftigter zu beraten?

Vorteile: _____

Nachteile: _____

5.3 Was sollte auf offizieller Ebene geregelt werden, damit sich Arbeitgeber, Betriebsärzte und Krankenhaushygieniker Handlungssicher(er) fühlen, wenn sie den Einsatz eines chronisch infizierten/ mikrobiell besiedelten Beschäftigten beurteilen sollen?

5.4 Was würden Sie sich insbesondere für Ihre Arbeit im Gesundheitsamt zu dem Thema (mehr oder weniger) wünschen?

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

18 Anhang 3: Muster- Betriebsvereinbarung

5.9.2018

Die Musterbetriebsvereinbarung befindet sich noch in der finalen juristischen und datenschutzrechtlichen Prüfung.

Sobald die Voten vorliegen, wird ein Update des Projektberichts zur Verfügung gestellt.

Betriebsvereinbarung (Muster)

zum Tätigkeitseinsatz chronisch infizierter bzw. langfristig MRSA- besiedelter Beschäftigter in Gesundheitseinrichtungen

zwischen

(Firma/ Geschäftsführung)

und

Betriebliche Interessenvertretung (Betriebsrat ⁽¹⁾)

Letzte Bearbeitung am _____ durch: _____

Mit dieser Betriebsvereinbarung zwischen der Geschäftsleitung und der betrieblichen Interessenvertretung einschließlich der Anhänge 1 und 2 als feste Bestandteile wird der Einsatz von chronisch infizierten und MRSA-besiedelten Beschäftigten geregelt.

⁽¹⁾ **Sprachregelungen:** *Dienstvereinbarung* auf der Basis des Personalvertretungsgesetzes mit dem *Personalrat* im Öffentlichen Dienst; *Mitarbeitervertretung* im Arbeitsrecht der Kirchen [entsprechend anpassen]

⁽²⁾ Ist keine betriebliche Interessenvertretung vorhanden, kann diese Vorlage nach entsprechender Anpassung als Verfahrensweisung verwendet werden [Sprachregelung anpassen]

Abkürzungen

BiostoffV	Biostoffverordnung	HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
DVV	Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten	IfSG	Infektionsschutzgesetz
GdB	Grad der Behinderung	KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
HBV	Hepatitis B- Virus	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
HCV	Hepatitis C- Virus	StGB	Strafgesetzbuch

[Sprachgebrauch: Im Folgenden wird der Begriff "Patienten" auch stellvertretend für Pflegeempfänger in Pflege- und Betreuungseinrichtungen verwendet]

Inhalt

1	Präambel	2
2	Geltungsbereich	3
3	Feststellung einer Hepatitis- oder HI- Virusinfektion bzw. des MRSA-Trägerstatus bei Beschäftigten	4
4	Vorgehen und Festlegung erforderlicher Maßnahmen	5
5	Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen	8
6	Soziale Absicherung	8
7	Inkrafttreten, Schlussbestimmung	8
	Anhang 1: Details zum Vorgehen bei virusinfizierten Beschäftigten	9
	Anhang 2: Details zum Vorgehen bei MRSA- kolonisierten Beschäftigten	11
	Anlage 1: Flussdiagramm zum Handlungsablauf	15
	Anlage 2: Leitfaden und Dokumentation für die ärztliche Erstberatung	16
	Anlage 3: Information über Verfahren und Ziele einer Fallkonferenz	18
	Anlage 4: Schriftliche Einwilligung in die Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht und die Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten	19
	Anlage 5: Leitfaden – Expertengremium/Fallkonferenz	20
	Anlage 6: Verpflichtungserklärungen der Fallkonferenzteilnehmer	21
	Anlage 7: Konferenzprotokoll – Standard	22

1 Präambel

Das Arbeiten mit infizierten Patienten ist für Beschäftigte im Gesundheitswesen grundsätzlich eine potenziell gesundheitsgefährdende Tätigkeit mit dem Risiko, unter Umständen eine Berufserkrankung zu erleiden¹. Im Rahmen der Fürsorgepflicht werden von Arbeitgeberseite geeignete Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten angeboten und konsequent umgesetzt sowie deren Einhaltung evaluiert². Die dafür erforderlichen Ressourcen werden zur Verfügung gestellt. Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit und Hygiene legen mit den Verantwortlichen Prozessabläufe zur Vermeidung nosokomialer Infektionen der Beschäftigten fest, deren Umsetzung evaluiert wird.

Sollte sich ein Beschäftigter trotz aller Vorsorge infiziert haben oder mit MRSA besiedelt worden sein, so sind Schutzmaßnahmen einzuleiten, die den Beschäftigten³ sowie die Personen in seinem Umfeld vor weiterem Schaden schützen. Die Schutzmaßnahmen gelten gleichermaßen für Beschäftigte im Gesundheitsdienst, die außerhalb beruflicher Zusammenhänge mit den entsprechenden Erregern in Kontakt gekommen sind. Unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Betroffenen, der Mitbestimmungsrechte der betrieblichen Interessensvertretung und des Patientenschutzes ist ein weitgehend diskriminierungsfreier Tätigkeitseinsatz zu ermöglichen. Eine chronische Krankheit ist eine Behinderung und darf nicht zur Stigmatisierung führen⁴. So ist ein Kündigungsschutz von chronisch Infizierten oder MRSA- Besiedelten unerlässlich.

Arbeiten chronisch infizierte oder langfristig Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)-besiedelte Beschäftigte^{5,6} in einer Gesundheitseinrichtung, besteht häufig Unsicherheit sowohl im Hinblick auf den Patienten- als auch auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz. Um Beschäftigten und betrieblichen Akteuren mit ihren unterschiedlichen Schutzziele Sicherheit bei Entscheidungen über den Einsatz chronisch Infizierter/ MRSA- Besiedelter zu geben, wird die nachfolgende Betriebsvereinbarung geschlossen.

Grundlage dieser Betriebsvereinbarung im Fall von chronischen Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HI-Virusinfektionen sind die Handlungsempfehlungen der *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV)*.^{7,8} Von ihnen lassen sich Voraussetzungen für die Empfehlung von Tätig-

¹ Berufskrankheitenverordnung BK 3101 Infektionen weitere Informationen unter: https://www.dguv.de/bk-info/icd-10-kapitel/kapitel_01/bk3101/index.jsp

² Umsetzung der Biostoffverordnung sowie der Hygienerichtlinien zum Schutz der Beschäftigten.

³ Therapieeinleitung, Schutz des Schwerbehindertenrechts, Beachtung des Diskriminierungsverbotes, Umsetzung der Empfehlungen z. B. der Deutschen AIDS-Hilfe, das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), einschlägige Urteile des Bundesarbeitsgerichts (BAG)

⁴ BAG Urteil vom 19.12.2015 (NZA 2014, 372)

⁵ MRSA gehören zu den sog. Multiresistenten Erregern (MRE), so wie auch die Extended-Spectrum Betalactamase (ESBL-) bildenden Enterobakterien, multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen drei oder vier Antibiotikagruppen (3MRGN oder 4MRGN) oder Vancomycin- resistente Enterokokken (VRE). Diese Vereinbarung kann grundsätzlich auch an andere MRE angepasst werden. Für diese gibt es bisher keine unter den Fachgesellschaften konsentierten evidenzbasierte Empfehlung einer Sanierung (Stand September 2018) Zum weiteren tätigkeitsbezogenen Vorgehen bei MRSA sanierungsrefraktären Beschäftigten hat sich bislang nur die Arbeitsgruppe um von Baum 2008 geäußert (siehe **Fußnote 9**).

⁶ Das Vorgehen bei Fällen mit offener Tuberkulose ist im Infektionsschutzgesetz geregelt und hier nicht Regelungsgegenstand. Zum fachlichen Vorgehen siehe die Ausführungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (www.dzk-tuberkulose.de) und Nienhaus/ Brandenburg/ Teschler (Hrsg.): "Tuberkulose als Berufskrankheit. Ein Leitfadens zur Begutachtung und Vorsorge". Ecomed Verlag, Landsberg.

⁷ DVV (2007): Prävention der nosokomialen Übertragung von Hepatitis B Virus (HBV) und Hepatitis C Virus (HCV) durch im Gesundheitswesen Tätige. (Die Empfehlungen befinden sich in Überarbeitung; Stand: September 2018). Letzter Aufruf am 13.8.2018 von <http://www.dvv-ev.de/Therapieempfehlungen/hbv/hcv.pdf>

keitseinschränkungen oder -verbote ableiten. Ein weiteres Kernelement ist die Empfehlung, Entscheidungen bei operativen oder anderen invasiven Eingriffen in Zweifelsfällen (z.B. hinsichtlich der Infektiosität) im Rahmen einer **"Fallkonferenz"** durch ein **interdisziplinäres Expertengremium** abzustimmen.

Zu MRSA orientiert sich die Vereinbarung an den Empfehlungen der *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)* zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen und des *Robert Koch-Institutes (RKI)* und den Consensus-Empfehlung Baden-Württemberg.⁹

Die Empfehlungen der DVV für chronisch infizierte Beschäftigte werden hiermit betrieblich konkretisiert. Das Vorgehen bei chronisch MRSA- Besiedelten wird analog behandelt.

Vom Expertengremium wird eine Güterabwägung zwischen Infektionsschutz (Drittschutz) und Arbeitsschutz (Schutz des Beschäftigten) sowie den berechtigten Interessen der infizierten bzw. MRSA- besiedelten Beschäftigten vorgenommen und eine fachliche, sachlich begründete Entscheidung getroffen.

Ziel ist es, den Arbeitgeber durch Fachexpertise dabei zu unterstützen, den betroffenen Beschäftigten diskriminierungsfrei und ohne Stigmatisierung sicher für Patienten (ggf. in einem anderen Tätigkeitsbereich) weiter zu beschäftigen.

2 Geltungsbereich

Diese Regelung gilt für alle Beschäftigten der Firma _____, bei denen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit ein HBV-, HCV- oder HIV- Übertragungsrisiko für Patienten besteht (insbesondere chirurgisch oder invasiv *** tätige Beschäftigte, geburtshilfliches und zahnmedizinisches Personal) besteht. Auszubildende, Studierende und Praktikanten sind hierbei eingeschlossen.

*** Definition: Invasive Tätigkeiten weichen von der Non-Touch-Technik ab, d.h. durch einen sterilen Handschuh geschützte Finger manipulieren das Gewebe von Patienten mit scharfen oder spitzen Instrumenten.

Der Arbeitgeber trägt dafür Sorge, dass auch alle Beschäftigten, die nicht durch den Geltungsbereich erfasst werden (z.B. von Fremd- und Tochterfirmen), die in dieser Regelung niedergelegten Grundsätze und Regelungen einhalten.

Die Regelung gilt ebenso für MRSA- besiedelte Beschäftigte, die Kontakt mit Patienten haben.

⁸ DVV (2012): Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e.V. und der Gesellschaft für Virologie (GfV) e.V. zur Prävention der nosokomialen Übertragung von Humanem Immunschwäche- Virus (HIV) durch HIV-positive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen (Stand 2012).

Letzter Aufruf am 13.8.2018 von <http://www.dvv-ev.de/Therapieempfehlungen/DVV-GfV-Empfehlung%20zu%20HIV-positiven%20HCW%2003%2005%202012.pdf>

⁹ www.rki.de, Infektionsschutz, Infektions- und Krankenhaushygiene

Baum von H, Dettenkofer M, Föll M, Heeg P, Sernetz S, Wendt C (2008): Consensus-Empfehlung Baden-Württemberg: Umgang mit MRSA-positivem Personal. Hygiene und Medizin 33(1):25-29

3 Feststellung einer Hepatitis- oder HI- Virusinfektion bzw. des MRSA-Trägerstatus bei Beschäftigten

Gegenstand dieser Betriebsvereinbarung sind folgende Erreger(gruppen): Hepatitis B- Virus (HBV), Hepatitis C- Virus (HCV) und HI- Virus (HIV, Details siehe **Anhang 1**) sowie MRSA (Details siehe **Anhang 2**). Bestandteil der Betriebsvereinbarung sind weiterhin die **Anlagen 1-7**:

1. Handlungsablauf (Flussdiagramm) zum Vorgehen bei chronisch infizierten/ besiedelten Beschäftigten (Anlage 1),
2. Leitfaden für die ärztliche Erstberatung eines chronisch infizierten oder MRSA-besiedelten Beschäftigten (Anlage 2),

sowie die folgenden Dokumente für eine Fallkonferenz durch ein interdisziplinäres Expertengremium:

3. Formular "Informationsblatt über Verfahren und Ziele" für den Beschäftigten (Anlage 3),
4. Formular "Schriftliche Einwilligung in die Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht und die Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten" (Anlage 4),
5. Leitfaden für die Durchführung einer Fallkonferenz (Anlage 5),
6. Formular "Verpflichtungserklärungen der Fallkonferenzteilnehmer" (Anlage 6),
7. Standard für das Konferenzprotokoll (Anlage 7).

HBV-, HCV- oder HIV- Infektion

Über das Vorliegen einer Infektion bei chirurgisch oder invasiv tätigen Beschäftigten, bei denen eine Übertragungsgefahr für Patienten besteht, sollte der Vorgesetzte und der Hygienearzt informiert werden. Im Rahmen seiner beratenden Tätigkeit für den Beschäftigten kann auch der Betriebsarzt vom Vorliegen der Infektion erfahren. Darüber hinaus kann in Einzelfällen im Rahmen ihrer Beratungsarbeit auch die betriebliche Interessensvertretung davon Kenntnis erlangen.

Die Infektion kann vom Betroffenen selbst mitgeteilt werden oder im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Erst- oder Nachfolgevorsorge, einer Eignungs- bzw. Einstellungsuntersuchung oder nach einem infektionsrelevanten Unfall (z.B. nach einer Nadelstich- oder Schnittverletzung) festgestellt werden. Dies kann anamnestisch und/oder im Rahmen einer zuvor erfolgten Blutentnahme mit Einwilligung des Betroffenen geschehen. Verdachtsfälle sind vor weiteren Schritten medizinisch durch Diagnostikbefunde zu objektivieren.

Informiert nicht der Beschäftigte selbst, sondern eine andere Person Dritte über die Infektion, kann dies nur nach einer entsprechenden Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht bzw. von der Verschwiegenheitsverpflichtung nach geltendem Datenschutzrecht erfolgen (siehe Einverständniserklärung in Anlage 4).

MRSA- Besiedelung

Eine MRSA- Besiedelung kann im Rahmen von Untersuchungen der Hygieneabteilung bzw. des Gesundheitsamtes, beim Betriebsarzt im Rahmen einer Wunschvorsorge nach der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung z.B. wegen einer geplanten Schwangerschaft, reduzierten Abwehrkräften aufgrund von Medikamenteneinnahme, Infektanfälligkeit etc. festgestellt werden (die Kosten hierfür obliegen: _____) oder auf anderen Wegen durch den Beschäftigten selbst mitgeteilt werden.

4 Vorgehen und Festlegung erforderlicher Maßnahmen

Die Verfahren nach der Diagnose einer vorliegenden Infektion bzw. einer MRSA- Kolonisation bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst ist über berufliche Fachgesellschaften und Normen geregelt. Solche sind z.B. das Arbeitsschutz- und das Infektionsschutzgesetz oder die Biostoff- und die Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung.

Die folgende Verfahrensanleitung dient der Vermeidung von Unsicherheiten bei den verantwortlichen betrieblichen Akteuren, die über den sicheren Einsatz von Beschäftigten mit einer chronischen Infektion bzw. MRSA- Kolonisation zu befinden haben. Ziel ist eine Präzisierung von Handlungsschritten unter der Wahrung der Persönlichkeitsrechte der betroffenen Beschäftigten, sowie der Mitbestimmungsrechte der betrieblichen Interessensvertretung.

3.1 Einzelberatung

Nach der Feststellung einer chronischen Infektion oder MRSA- Besiedelung steht als Erstes die kompetente umfassende Beratung des Beschäftigten im Vordergrund. Diese umfasst medizinische und soziale (z.B. Schutz der Angehörigen, Gehaltsfortzahlung bei einer Tätigkeitsfreistellung) Faktoren sowie arbeits- und haftungsrechtliche Konsequenzen.

Die medizinische Beratung ist von einem Arzt durchzuführen. Hier können der Betriebs- oder der Hygienearzt, aber auch der behandelnde Arzt federführend sein. Der Betriebsarzt vertritt dabei den Arbeits- und Gesundheitsschutz des Beschäftigten und nicht den Infektionsschutz von Dritten, z.B. Patienten. Der beratende Arzt unterliegt der Schweigepflicht. Vor einer Weitergabe von Informationen an Dritte muss eine schriftliche Schweigepflichtentbindung vorliegen (siehe Leitfaden in Anlage 2 einschließlich Dokumentation und Informationsblatt für Beschäftigte in Anlage 3).

3.2 Expertengremium: Interdisziplinäre Empfehlung zum Tätigkeitseinsatz

HBV-, HCV- oder HIV- Infektion

Im Fall von operativ/ invasiv arbeitenden Beschäftigten mit einem Übertragungsrisiko für Patienten *** oder Beschäftigte nach erfolgloser MRSA- Sanierung in sensiblen Arbeitsbereichen wie Onkologie, Intensivmedizin oder Chirurgie, bei denen besonderer Beratungs- und Abstimmungsbedarf zu einem Tätigkeitseinsatz besteht, wird von der Geschäftsleitung ein interdisziplinäres Expertengremium zu einer so genannten Fallkonferenz eingeladen.

Das jeweilige Verfahren richtet sich nach der Art des Erregers (Details siehe **Anhang 1** und **2** sowie Flussdiagramm in **Anlage 1**).

*** ZU HBV, HCV und HIV: Da bei pflegerischen Tätigkeiten keine komplexen, risikoträchtigen Prozeduren durchgeführt werden, besteht hier kein Regelungsbedarf; dies gilt auch für Medizintechnische Assistenzberufe, Beschäftigte in der Gerichtsmedizin oder Pathologie sowie für Physio- und Ergotherapeuten.

Die Zusammensetzung eines solchen Gremiums sollte bereits vor dem Auftreten eines entsprechenden Falls festgelegt werden. Es tagt anlassbezogen. Ziel der Zusammenkunft ist die Bewertung des Risikoprofils bezogen auf die jeweilige konkrete Tätigkeit des Infizierten/ Kolonisierten. Die zu treffenden Maßnahmen bzw. auszusprechenden Empfehlungen müssen notwendig sowie im Sinne der Infektionsprävention angemessen sein. Dabei haben immer der Schutz Dritter (Patientenschutz) sowie der Arbeitsschutz- und Gesundheitsschutz (Beschäftigtenschutz) im Vordergrund der Diskussion zu stehen. Die berechtigten Interessen der betroffenen Beschäftigten müssen bei der Diskussion aber gleichfalls berücksichtigt werden.

Nach den Empfehlungen der DVV sind im Gremium zur Beratung eines chronisch HBV-, HCV- oder HIV- infizierten Beschäftigten günstigerweise die in der **Textbox 1** genannten inner- und ggf. überbetrieblichen Akteure vertreten.

Ein analoges Vorgehen mit den entsprechend zuständigen Akteuren wird auch für nicht sanierungsfähige MRSA- Kolonisierte empfohlen.

Empfehlungen der DVV

- Betriebsarzt
- Krankenhaushygieniker
- zuständiger leitender Arzt
- Vertreter des Arbeitgebers (ärztliche oder Pflegedienstleitung, je nach Zuständigkeit)
- betriebliche Interessensvertretung (Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung)
- Infektiologe oder medizinischer Virologe (ggf. als externer Experte)
- ggf. Vertreter des Tätigkeitsbereiches bzw. der Berufsgruppe des Betroffenen
- ggf. Vertreter des zuständigen Gesundheitsamtes ¹⁰
- ggf. der Betroffene selbst (freiwillig), siehe **Punkt 3.3** Nr. 2.

Ergänzend hierzu im Bedarfsfall zusätzlich z.B.

- behandelnder Haus- oder Facharzt
- ein Vertreter der Landesärztekammer/Landeszahnärztekammer

Darüber hinaus ist ggf. die Beteiligung folgender Personen sinnvoll: ¹¹

- Vertreter der Geschäftsleitung/ der Personalabteilung (möglichst mit arbeitsrechtlichen Kenntnissen),
- Fachkundiger zur Beschreibung des Arbeitsbereiches, wenn z.B. spezielle Operationstechniken zur Diskussion stehen,
- Fachkraft für Arbeitssicherheit zur ggf. technischen Bewertung des Arbeitsfeldes,
- Jurist(en) mit arbeitsrechtlichen Fachkenntnissen.

Textbox 1: Vorgeschlagene Zusammensetzung eines Expertengremiums zur Beratung eines chronisch infizierten Beschäftigten nach den Empfehlungen der DVV

3.3 Initiierung und Durchführung einer Fallkonferenz

Die Fallkonferenz kann durch alle relevanten betrieblichen Akteure, aber auch durch den behandelnden Arzt (oder den Beschäftigten selbst über ein Mitglied des Gremiums) initiiert werden. Die Einberufung erfolgt durch die Geschäftsleitung oder die von ihr benannte Vertretung. Voraussetzung für eine Weitergabe entsprechender Informationen an die Geschäftsleitung ist zwingend vorab eine Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht bzw. Voraussetzung ist die schriftliche Vorlage einer Entbindung von der Schweigepflicht nach §203 StGB bzw. einer Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten nach dem geltenden Datenschutzrecht (siehe Anlage 4). Die schriftliche Einwilligung sollte möglichst bereits vor der Fallkonferenz, spätestens zu ihrem Beginn vorliegen.

¹⁰ Teilnahme bei komplizierten Verfahren dringend empfohlen – einvernehmlich abgestimmt mit allen Beteiligten und der Klinikleitung

¹¹ Die im letzten Teil genannten Akteure sind ergänzend zu den Empfehlungen der DVV aufgeführt.

An dieser Stelle sind zwei Konstellationen möglich:

1. Der betroffene Beschäftigte ist mit dem Verfahren einverstanden; d.h. alle für eine abschließende Beurteilung erforderlichen Punkte werden namentlich und offen in der Fallkonferenz besprochen. Zudem wird er umfassend über Ziele und Ablauf des Verfahrens, über mögliche Konsequenzen und Maßnahmen sowie über die Zusammensetzung der Teilnehmer informiert (siehe Anlage 3). Das schriftliche Einverständnis wird hierzu eingeholt, ggf. auch nachträglich bei späterer Einbeziehung weiterer Personen. Der Beschäftigte hat ebenfalls die (freiwillige) Möglichkeit zur Teilnahme und kann auf Wunsch weitere Vertrauenspersonen hinzuziehen, z.B. Angehörige oder Kollegen etc.). Bei der Hinzuziehung eines externen Rechtsanwalts erfolgt die Kostenübernahme durch:

Alle Teilnehmer der Fallkonferenz unterliegen der Schweigepflicht bzw. dem geltenden Datenschutzrecht.

2. Der Beschäftigte beruft sich auf die Einhaltung der Schweigepflicht der Informierten/ der Einhaltung in die Verschwiegenheitspflicht nach dem geltenden Datenschutzrecht und stimmt dem genannten Procedere nicht zu. In letzteren Fall ist zur Abwägung weiterer Handlungsoptionen (z.B. Anwendung des sog. rechtfertigenden Notstands nach §34 StGB) – juristischer Rat der zuständigen Landesärztekammer einzuholen.

3.4. Protokoll der Fallkonferenz und Unterrichtung des betroffenen Beschäftigten

Alle Anwesenden unterschreiben die Einhaltung der Schweigepflicht bzw. die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu Beginn der Fallkonferenz. Das Ergebnis der Abwägungen wird in einem Protokoll schriftlich zusammengefasst und dem Betroffenen durch die in Anlage 7 festgelegte Person direkt ausgehändigt. Das Protokoll sollte als Mindeststandard eine Vorlage zur Verpflichtung, gegenüber Dritten außerhalb des Gremiums zu schweigen und datenschutzrechtliche Bestimmungen einzuhalten, Informationen zur Problematik, zu beschlossenen Maßnahmen sowie Modalitäten von Befristungen, Mitteilungen und Überprüfungen beinhalten.

5 Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen

Durch die Übergabe des Protokolls an den betroffenen Beschäftigten wird dieser im Fall von Tätigkeitseinschränkungen aufgefordert, die beschriebenen Maßnahmen einzuhalten. Erforderliche organisatorische Änderungen werden mit dem direkten Vorgesetzten abgestimmt, sofern keine andere einvernehmliche Regelung getroffen wurde. Sollte der Vorgesetzte nicht Mitglied des Expertengremiums sein, muss der Beschäftigte der Kommunikation zustimmen.

Zur Sicherung notwendiger therapeutischer Maßnahmen kann die Geschäftsleitung den Beschäftigten bei fortlaufenden Bezügen befristet freistellen,

Der Beschäftigte wird ggf. noch einmal auf eventuelle arbeits- und haftungsrechtliche Konsequenzen hingewiesen. Lehnt der Beschäftigte die Einhaltung der im Expertengremium beschlossenen Maßnahmen ab, kann das zuständige Gesundheitsamt Maßnahmen nach §31 IfSG ("Berufliches Tätigkeitsverbot") durchsetzen. Das Gesundheitsamt ist als einzige Instanz befugt, ein Tätigkeitsverbot auszusprechen.

6 Soziale Absicherung

Bei einer Freistellung bzw. Versetzung ist der materielle Bestandschutz zu gewähren. Sofern es beim laufenden Verfahren erforderlich ist, einen patientennahen Einsatz zu vermeiden bzw. unter Fortzahlen der Bezüge freizustellen, wird im Sinne der Besitzstandswahrung das zu zahlende Entgelt nicht verändert. Dieser Bestandschutz gilt auch bei erforderlicher Versetzung in einen im Rahmen der Fallkonferenz definierten Arbeitsbereich

7 Inkrafttreten, Schlussbestimmung

Diese Vereinbarung tritt ab dem _____ in Kraft. Sie wird, soweit erforderlich durch die Parteien dieser Betriebsvereinbarung, dem jeweils aktuellen Stand der Empfehlungen der DVV, der KRINKO und anderer Fachgesellschaften angepasst.

Eine Kündigung kann nach §77 V Betriebsverfassungsgesetz mit dreimonatiger Frist erfolgen.

7. Evaluation

Die Wirksamkeit der Betriebsvereinbarung wird alle drei Jahre auf ihre Praktikabilität überprüft und ggf. neueren medizinisch fachlichen und rechtlichen Aspekten angepasst.

8. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Betriebsvereinbarung unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit der Betriebsvereinbarung im Übrigen nicht.

Anhang 1: Details zum Vorgehen bei virusinfizierten Beschäftigten

Maßnahmen zum Tätigkeitseinsatz bei HBV-, HCV oder HIV- infizierten Beschäftigten

Bestandteil der Betriebsvereinbarung zum Tätigkeitseinsatz chronisch infizierter Beschäftigter in Gesundheitseinrichtungen

vom _____

Virologische Grundsätze

Nach nationalen und internationalen Empfehlungen dürfen Beschäftigte mit einer chronischen HBV-, HCV- oder HIV- Infektion nichtinvasive Tätigkeiten ausführen. Auch Tätigkeiten mit erhöhtem Risiko für die Übertragung von Erregern, z.B. chirurgische Prozeduren, können ausgeübt werden, wenn deren HBV/HCV-Viruslast bei unter 1000 Kopien/ ml bzw. unter der Nachweisgrenze liegt und besondere Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden (z.B. Tragen doppelter Handschuhe).

Bei HIV stehen ultrasensitive Tests mit Nachweisgrenzen im Bereich von 20-50 Kopien/ ml zur Verfügung. Werden diese Werte eingehalten bzw. unterschritten, besteht Sicherheit vor möglichen Übertragungen. HIV-positive Beschäftigte, die übertragungs-/verletzungssträchtige operative und invasive Tätigkeiten ausüben, sind nicht als infektiös einzustufen, wenn die Viruslast mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unter 50 Kopien/ml liegt.

[Diese Empfehlungen stellen den Stand der Wissenschaft nach den Publikationen der DVV von 2007 (HBV/HCV) bzw.2012 (HIV) dar. Eine Überarbeitung der HBV/HCV- Empfehlungen ist in Arbeit; Stand: September 2018].

Empfehlungen zu Tätigkeitseinschränkungen und -verboten

Die Kriterien zur Einberufung einer interdisziplinär besetzten Fallkonferenz beim Vorliegen einer HBV-, HCV- oder HIV- Infektion müssen präzisiert und festgelegt sein. Die zutreffenden Maßnahmen können befristet sein und eine Therapieauflage beinhalten, bis die Viruslast unter den von der DVV und den Fachgesellschaften genannten Werten liegen. Festzulegen ist auch, wer über den Therapieverlauf informiert wird.

Empfehlungen zur Eingrenzung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

Vorrangig sind medizinische Arbeitsbereiche mit hygienisch- infektiologischer Relevanz und entsprechende ärztliche Tätigkeiten zu nennen. Hierzu zählen die operativen Fachgebiete, die Intensivmedizin, die Geburtshilfe, Notfallambulanzen oder Notfallrettung. Zu den so genannten verletzungssträchtigen Tätigkeiten gehören nach dem Katalog der DVV:

- Operationen mit beengtem Operationsfeld,
- Operationen mit unterbrochener Sichtkontrolle,
- Operationen mit langer Dauer (über 30 Minuten erfordern halbstündigen Handschuhwechsel),
- Operationen, bei denen mit den Fingern oder Händen in der Nähe scharfer oder spitzer Instrumente gearbeitet wird,
- Operationen mit manueller Führung bzw. manuellem Tasten der Nadel,
- Verschluss einer Sternotomie (Durchtrennung des Brustbeins), oder
- vergleichbare verletzungssträchtige Tätigkeiten (z.B. notfallmedizinische Maßnahmen).

Für chronisch HBV-, HCV- bzw. HIV- infiziertes pflegerisches oder ärztliches Personal, das Tätigkei-

ten mit "normalem" Infektionsrisiko ausübt, sind i.d.R. *keine* Tätigkeitseinschränkungen und damit auch *keine* Fallkonferenz erforderlich. In diesen Fällen sind eine intensive Schulung über die im Haus geltenden Hygienemaßnahmen sowie die Umsetzung der Maßnahmen gemäß §15 BiostoffV ("Erlaubnispflicht") ausreichend.

Die Umsetzung der Empfehlungen obliegt dem Arbeitgeber im Rahmen seiner Organisationsverantwortung.

Prävention statt Infektion

Mittels verschiedener Präventionsmaßnahmen können das Personal vor einer beruflichen Infektion Patienten vor einer Virusübertragung geschützt werden: Zur Primärprävention gehören eine konsequente Umsetzung von Hygieneregeln und -maßnahmen, die Anwendung persönlicher Schutzausrüstungen und bei einer Hepatitis B Impfungen.

Zur Sekundärprophylaxe stehen für eine frische mögliche HBV- Infektion eine Simultanimmunisierung und für die HIV-Infektion eine medikamentöse Postexpositionsprophylaxe zur Verfügung.

Für eine HCV-Infektion gibt es weder eine präventive/ postexpositionelle Immunisierung noch eine Postexpositionsprophylaxe analog zur HIV-Infektion. Es bestehen gute Behandlungsmöglichkeiten mit hohen Heilungsquoten bei Hepatitis C- Virusinfektionen.

Einem exponierten Beschäftigten ist auf dessen Wunsch eine Vorsorge nach der arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV §5a) anzubieten.

Beratung zum Tätigkeitseinsatz durch ein interdisziplinäres Expertengremium

Trifft ein relevanter Infektionsstatus eines Beschäftigten mit einer gefahrgeneigten Tätigkeit zusammen und besteht besonderer Beratungsbedarf hinsichtlich des Tätigkeitseinsatzes, ist nach dieser Betriebsvereinbarung eine interdisziplinäre Fallkonferenz einzuberufen, in der über Tätigkeitseinschränkungen und ggf. weitere Maßnahmen beraten wird und Empfehlungen gegenüber Arbeitgeber und Beschäftigtem ausgesprochen werden (siehe hierzu Anlagen 3-7).

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung der vorstehenden Betriebsvereinbarung in Kraft. Sie wird, soweit erforderlich, dem jeweils aktuellen Stand der DVV und anderer Empfehlungen der Fachgesellschaften angepasst.

Anhang 2: Details zum Vorgehen bei MRSA- kolonisierten Beschäftigten

Maßnahmen zur Prävention einer Weiterverbreitung von MRSA durch kolonisiertes Personal sowie zu Screening und Sanierungsmaßnahmen in einem Ausbruchsfall

Bestandteil der Betriebsvereinbarung zum Tätigkeitseinsatz langfristig MRSA- besiedelter Beschäftigter in Gesundheitseinrichtungen

vom _____

Im Kontakt mit MRSA- kolonisierten Patienten kann es zu einer Übertragung auf das Personal kommen. Über diese können die Erreger wiederum an Dritte weitergegeben werden. Dies ist insbesondere bei MRSA- Ausbrüchen in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes von Bedeutung, bei denen das Ausbruchsgeschehen auch unter Einhaltung maximaler Hygienemaßnahmen fortbesteht.

Zur Klärung der Situation gibt es bislang nur drei Optionen:

- Kein Screening des Personals mit ggfs. Fortbestehen und Ausweitung des Ausbruchs. Dabei bleibt unklar, ob MRSA-kolonisiertes Personal die Quelle darstellt und auch, wie mit diesem weiter umgegangen werden kann.
- Betriebsinternes Personalscreening nach standardisierten Vorgaben (s.u.)
- Hoheitliches Screening auf Betreiben der Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdiensts, bei dem die Grundrechte der Betroffenen zum Teil eingeschränkt werden und ggfs. drastische Maßnahmen folgen können. In diesem Fall haben sowohl Betroffene, die betriebliche Interessenvertretung und auch die Einrichtungsleitung nur einen sehr engen Gestaltungsspielraum.

Diese Vereinbarung regelt die innerbetrieblichen Maßnahmen, wenn bei einem Beschäftigten eine MRSA- Kolonisierung (Trägerschaft) festgestellt wird und damit eine Übertragung auf Patienten oder Kollegen möglich ist. Im Rahmen einer wirkungsvollen Prävention dient diese Vereinbarung Beschäftigten und Vorgesetzten als nachvollziehbare Handlungshilfe. Ziel ist, eine Weitergabe von MRSA vom Personal auf Patienten bzw. Kollegen zu vermeiden, bei gleichzeitiger Wahrung der Mitarbeiterrechte und möglichst geringer Beeinflussung der internen Arbeitsabläufe. Inhaltlich orientiert sich diese Vereinbarung an den Fachempfehlungen (KRINKO, Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts; Publikation der Consensus Empfehlung Baden-Württemberg¹²).

Personalscreening

Feststellung der Notwendigkeit

Ein MRSA - Routinescreening des Personals erfolgt weder im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge noch bei Ausbrüchen. Sollte ein Personalscreening dennoch als erforderlich betrachtet werden, erfolgt es ausschließlich anlassbezogen. Dies ist z.B. der Fall bei Hinweisen, dass Beschäftigte im Rahmen eines MRSA- Ausbruchs *** durch mögliche eigene Besiedelung als Infektionsquelle in Frage kommen.

*** Ein Ausbruch ist definiert als mindestens zwei in der Einrichtung erworbener Infektionen (zwei Personen mit gleichem Erreger) bei denen ein epidemischer (räumlicher und zeitlicher) Zusammenhang besteht, wahrscheinlich ist oder vermutet wird und ist dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

¹² Baum von H, Dettenkofer M, Föll M, Heeg P, Sernetz S, Wendt C (2008): Consensus-Empfehlung Baden-Württemberg: Umgang mit MRSA-positivem Personal. Hygiene und Medizin 33(1):25-29).

Die Entscheidung, ob ein Auslöseereignis vorliegt, obliegt dem Hygienefachpersonal. Es wertet die epidemiologischen und klinisch-/ diagnostischen Daten aus.

Wenn das Hygienefachpersonal ein Auslöseereignis feststellt, wird ein Ausbruchsmanagement-Team einberufen. Die betriebliche Interessenvertretung ist dabei zu beteiligen. Zu diesem Team gehören neben dem Bereich Hygiene die Leitungspersonen der betroffenen Bereiche sowie der betriebsärztliche Dienst. Das Gremium entscheidet auf der Basis einer Risikoanalyse gemeinsam, ob die Empfehlung für ein Screening gegeben werden soll und welche Bereiche bzw. welche Beschäftigten unter Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte untersucht werden.

Durchführung

Das zu untersuchende Personal wird von der Geschäftsführung über die Maßnahme informiert. Im Vordergrund steht bzw. Auslöser eines Screenings ist der Schutz der Patienten. Deshalb werden die Abstrichuntersuchungen innerhalb der Einrichtung unter der Federführung des Hygienefachpersonals organisiert. Die Durchführung erfolgt nach Absprache inner- oder außerbetrieblich. Wird das Gesundheitsamt eingeschaltet, kann das Screening auch auf Anweisung oder durch Vertreter des Gesundheitsamts erfolgen.

Die Untersuchung der Proben erfolgt anonymisiert. Wird ein positiver Befund festgestellt, wird der betroffene Beschäftigte von einem Vertreter des Hygienefachpersonals oder gegebenenfalls durch das zuständige Gesundheitsamt im persönlichen Gespräch informiert und über das weitere Vorgehen beraten. Dieses Gespräch unterliegt grundsätzlich der Schweigepflicht.

Soweit eine molekulargenetische Feintypisierung möglich ist, sollte diese sowohl von den Isolaten der betroffenen Patienten wie auch vom Personal erfolgen – primär zum Ausschluss eines Zusammenhangs zwischen den besiedelten Fällen (Klärung der Infektkette).

Positive Nachweise beim Personal werden im Ausbruchsmanagement-Team – soweit möglich – anonym diskutiert. Sofern es für die Beendigung des Ausbruchs erforderlich ist, werden der unmittelbare Vorgesetzte und die Mitglieder des Ausbruchsmanagement-Teams mit Nennung des Namens in Kenntnis gesetzt. Alle Informierten unterliegen der Schweigepflicht und sind ohne Einverständnis des Betroffenen nicht zu einer Weitergabe des Befundes an Dritte befugt.

Festlegung der erforderlichen Maßnahmen

Das Ausbruchsmanagement- Team legt die erforderlichen Maßnahmen fest, insbesondere den Ablauf der Dekolonisation des Betroffenen (Art, Dauer und Nachkontrollen). Des Weiteren wird in diesem Team entschieden, ob

- unter Auflagen (z.B. Tragen eines Nasen-/ Mundschutzes und nach entsprechender Schulung) im ursprünglichen Bereich weitergearbeitet werden kann oder
- ein Arbeitseinsatz patientenfern erfolgen muss.

Die Entscheidung wird dem Betroffenen vom jeweiligen Vorgesetzten in einem persönlichen Gespräch mitgeteilt. Ebenso werden die Leitungspersonen des Arbeitsbereichs informiert.

Einem MRSA- exponierten Beschäftigten ist auf dessen Wunsch eine Vorsorge nach der arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV, §5a) anzubieten.

Sanierung

MRSA- kolonisierte Beschäftigte werden vom Hygienefachpersonal im persönlichen Gespräch über den Ablauf einer Dekolonisation (Sanierung) und die konkrete Anwendung der Desinfektionsmittel informiert. Die erforderlichen Desinfektionsmittel für den Nasen-/ Rachenraum, für Haut und Haare, für die Hände und die Fläche werden vom Arbeitgeber gestellt. Die Ausgabe erfolgt durch:

In besonderen Fällen kann die Anwendung einer rezeptpflichtigen Antibiotikanasensalbe (z.B. Mupirocin) indiziert sein.

Die Abgabe erfolgt nach entsprechender Rücksprache durch:

[Hygienefachpersonal, ggfs. Betriebsärztlicher Dienst]

Sicherung des Sanierungserfolgs

Nach erfolgter Dekolonisation (mindestens fünf Tage) wird frühestens drei Tage nach dem Abschluss an drei weiteren Tagen ein Screening durchgeführt. Grundsätzlich erfolgt ein Abstrich beider Nasenvorhöfe und des Rachens sowie ggfs. ein Anal-/ Rektalabstrich.

Liegen drei negative Kontrollabstriche vor, kann der Beschäftigte seine Tätigkeit ohne Einschränkung wieder aufnehmen. Bei einem weiterhin positivem MRSA- Nachweis erfolgt ein persönliches Gespräch mit der Hygienefachperson, um mögliche Fehler bei der Dekolonisation zu klären. Danach wiederholt sich die Sanierung einschließlich erneuter Nachkontrollen.

Je nach Konstellation des Ausbruchs kann in Einzelfällen eine Langezeitkontrolle sinnvoll sein. Die Entscheidung hierüber trifft das Ausbruchsmanagement- Team. Die Zeitintervalle dieser Folgeuntersuchungen werden entsprechend den Empfehlungen der KRINKO gewählt.

Um beim Betroffenen eine erneute Kolonisation zu vermeiden, kann es sinnvoll sein, auch enge Kontaktpersonen zu untersuchen – insbesondere nach wiederholten Sanierungsversuchen, die für alle Beteiligten frustrierend sind. Die Untersuchung enger Kontaktpersonen (Partner, Familienangehörige etc., ggf. auch Haus- oder Nutztiere) ist für die Betroffenen in jedem Fall als freiwilliges Angebot zu sehen. Dies ist für die zu Untersuchenden kostenfrei und anonym unter Wahrung der beruflichen Schweigepflicht.

Beratung zum Tätigkeitseinsatz durch ein interdisziplinäres Expertengremium

Mehrfach erfolglose Sanierungsversuche sind nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht auszuschließen. In problematischen Fällen mit einem besonderen Beratungsbedarf hinsichtlich des Tätigkeitseinsatzes wird ein interdisziplinäres Expertengremium zu einer Fallkonferenz einberufen, dem neben dem Betriebs- und dem Hygienearzt weitere Entscheidungsakteure (siehe in angepasster Anlehnung an Textbox 1 in Anhang 1) angehören sollten¹³. Das Gremium berät über einen möglichen

¹³ Baum von H, Dettenkofer M, Föll M, Heeg P, Sernetz S, Wendt C (2008): Consensus-Empfehlung Baden-Württemberg: Umgang mit MRSA-positivem Personal. Hygiene und Medizin 33(1):25-29

zukünftigen Arbeitseinsatz des betroffenen Beschäftigten und gibt entsprechende Empfehlungen an den Arbeitgeber (siehe hierzu Anlagen 3-7).

In diesen Einzelfällen erfolgt eine Verdachtsmeldung auf Vorliegen einer Berufskrankheit.

Ausblick

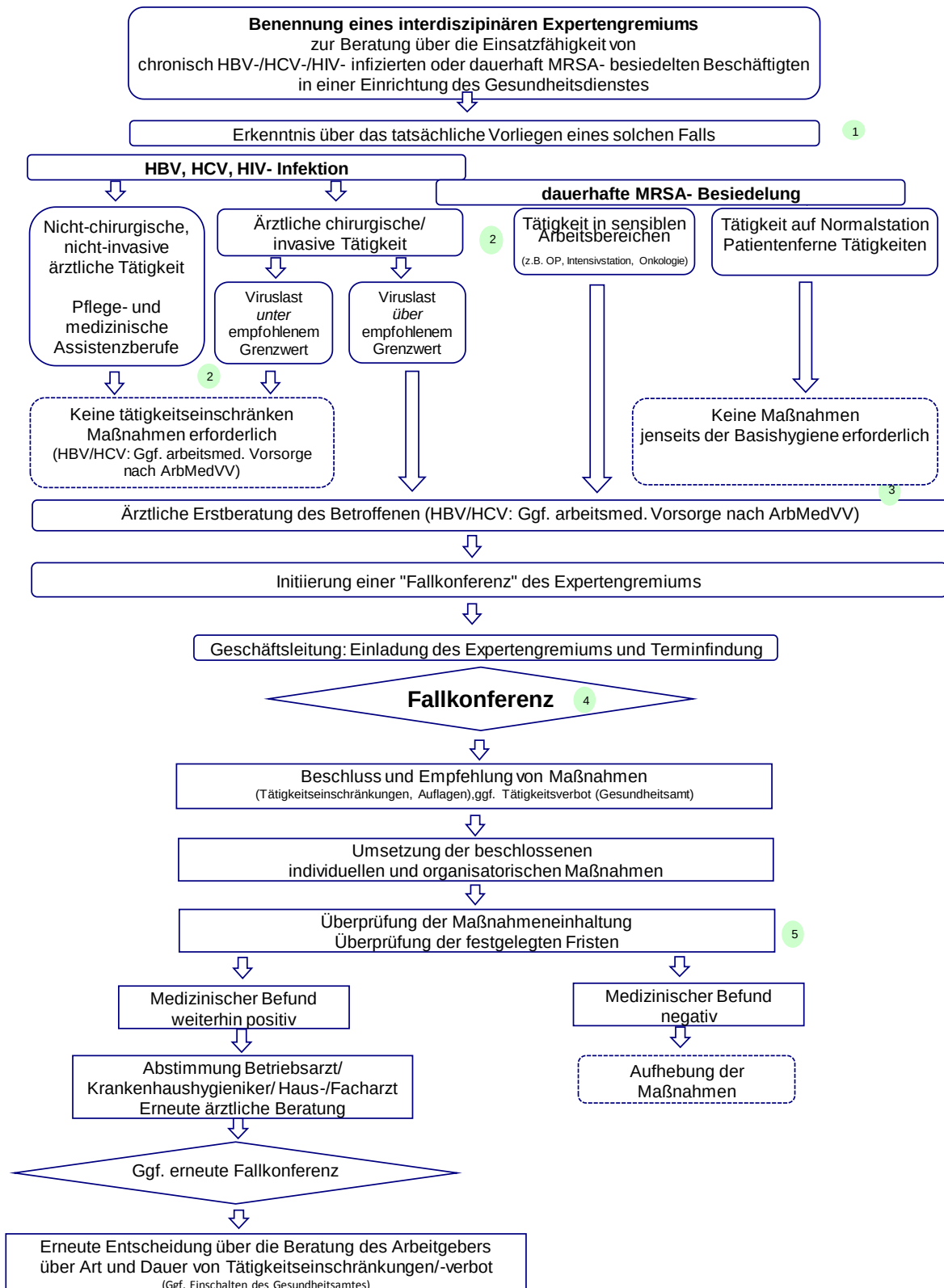
Ein Screening des Personals muss speziellen Situationen vorbehalten bleiben und im Vorwege gut überlegt werden. Eine Untersuchung der Beschäftigten ist nur indiziert, wenn deutliche Hinweise vorliegen, dass die Quelle nosokomialer Infektionen beim Personal zu suchen ist. Dies setzt voraus, dass zuvor durch z.B. Umgebungs- und/ oder Materialuntersuchungen andere Quellen sicher ausgeschlossen sind und trotz maximaler Hygienemaßnahmen als "ultima ratio" nur das Personal als mögliche Quelle infrage kommt. Der Umfang des Screenings sollte so gering wie möglich gehalten werden.

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung der vorstehenden Betriebsvereinbarung in Kraft. Sie wird, soweit erforderlich, dem jeweils aktuellen Stand der KRINKO- und anderer Empfehlungen von Fachgesellschaften angepasst.

Nassauer A (2008): Kontrolle der Weiterverbreitung von MRSA – Personal im Gesundheitsdienst als Carrier. Überlegungen und Hinweise für Gesundheitsämter. Epi Bull 36:303-311. Abgerufen am 15.8.2018 von: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/Ausgaben/36_08.pdf?__blob=publicationFile

Anlage 1: Flussdiagramm zum Handlungsablauf



Legende: (1) siehe Betriebsvereinbarung (BV); (2) siehe Anhang 1 bzw. 2 der BV; (3) siehe Leitfaden Ärztliche Erstberatung, Informationsblatt über Verfahren und Ziele einer Fallkonferenz sowie Formblatt Einverständniserklärung (Anlagen 2-3); (4) Zusammensetzung nach BV; siehe Leitfaden Fallkonferenz und Verpflichtungserklärungen (Anlagen 5-6); (5) siehe Konferenzprotokoll (Anlage 7)

Anlage 2: Leitfaden und Dokumentation für die ärztliche Erstberatung

Wendet sich ein Beschäftigter an ein Mitglied des Expertengremiums und teilt den Verdacht bzw. das Vorliegen einer chronischen Infektion bzw. MRSA- Besiedelung mit, die für den Patienten-, aber auch den Arbeitsschutz relevant sein könnte, so steht an erster Stelle der ärztliche Beratungsauftrag.

Die Beratung sollte folgende Punkte umfassen und dokumentiert werden (siehe nächste Seite).

Auf Grund der Dimension des Problems und der Fülle der Informationen ist die Vereinbarung eines zweiten Beratungsgesprächs und ggf. weitere in Folge sinnvoll.

Bei Einverständnis des Beratenen werden die nächsten Schritte zur Einberufung des Expertengremiums zur Durchführung einer Fallkonferenz veranlasst.

Die Beratung(en) und das Protokoll unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und der Verschwiegenheitsverpflichtung nach dem aktuellen Datenschutzrecht.

Dokumentation der ärztlichen Beratung

Medizinische Anamnese

Handlungsbedarf/Details

☐ Sichtung vorliegender Befunde

☐ Ggf. Veranlassung eigener Untersuchungen* zur Spezifizierung und/oder Objektivierung des Befundes bzw. Verdachtes

* mit Einverständnis des Betroffenen

Risikoanalyse

Handlungsbedarf/Details

☐ Individuelle Gefährdungsbeurteilung*

☐ Bewertung der vorhandenen Schutzmöglichkeiten

* gemeinsam mit dem Beschäftigten entsprechend Arbeitsbereich, Beruf, Tätigkeiten und Qualifikation

Beratung

Handlungsbedarf/Details

☐ Besprechung individueller Schutzmaßnahmen

☐ Besprechung organisatorischer Schutzmaßnahmen

☐ Aufklärung über Therapiemöglichkeiten, ggf. Hinweis auf/ Vermittlung an Spezialisten

☐ Ggf. Ansprechen möglicher Konsequenzen und Schutzmaßnahmen im privaten Umfeld

☐ Ggf. Erläuterung des der Betriebsvereinbarung zugrunde liegenden Verfahrens⁽¹⁾

☐ Empfehlung zur Information des Vorgesetzten durch den Beschäftigten

☐ Hinweis auf betriebsinterne Beratungsmöglichkeiten,⁽²⁾ ggf. auf weitere externe Unterstützungsangebote/ Vermittlung⁽³⁾

☐ Sonstiges:

⁽¹⁾ Verfahren zum Einsatz chronisch infizierter/ MRSA- besiedelter Beschäftigte (ggf. Beratung durch ein Expertengremium in einer Fallkonferenz, Entbindung von der Schweigepflicht und datenrechtlichen Verpflichtungen gegenüber den Gremiumsmitgliedern; siehe Anlagen 3 und 4)

⁽²⁾ z.B. innerbetriebliche Interessenvertretung, psychologische/ psychosomatische Beratungsstelle)

⁽³⁾ z.B. Selbsthilfegruppen

(Ort, Datum)

(Unterschrift beratender Arzt)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Beratenen)

Anlage 3: Information über Verfahren und Ziele einer Fallkonferenz

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____

Durch den aktuellen Status Ihrer

- ☐ Hepatitis B- Infektion
- ☐ Hepatitis C- Infektion
- ☐ HIV- Infektion
- ☐ MRSA- Besiedelung

ist eine uneingeschränkte Weiterarbeit in Ihrem derzeitigen Tätigkeitsbereich derzeit nicht möglich, weil eine Gefährdung der Patientensicherheit nicht ausgeschlossen werden kann.

Eine Weiterarbeit ohne Tätigkeitseinschränkungen kann unter Umständen arbeits- oder haftungsrechtliche Konsequenzen haben. Um Sie vor solchen Konsequenzen zu schützen und Sie und Ihren Arbeitgeber möglichst auf der Basis der aktuellen medizinischer Befunde beraten,

- ☐ welche Tätigkeiten (zunächst) ausgeschlossen werden müssen, bis eine Patientengefährdung ausgeschlossen werden kann bzw.
- ☐ welche Tätigkeiten/ Tätigkeitsbereiche (in dieser Zeit) alternativ in Frage kommen,

ist es sinnvoll, mit Personen, die im Rahmen Ihrer Tätigkeit entsprechende Verantwortung tragen, in einer "Fallkonferenz" zusammenzukommen und über das weitere Vorgehen zu beraten.

Vorteil ist ein konsensbasiertes Vorgehen mehrerer Verantwortlicher, das zudem durch Protokolle transparent und nachvollziehbar gehalten wird. Dazu gehört in der Regel Ihr Betriebsarzt, der Krankenhaushygieniker und Arbeitgebervertreter, aber es können auch Fachärzte und Ihr Haus- oder Facharzt, der Sie behandelt, hinzugezogen werden.

[Hier ggf. beschreiben, ob es im Haus bereits ein etabliertes Gremium gibt und wer diesem angehört]

Es steht Ihnen frei, selbst an der Fallkonferenz teilzunehmen. Die betriebliche Interessenvertretung (betriebliche Interessenvertretung, Schwerbehindertenvertretung) sollte in jedem Fall hinzugezogen werden; das gleiche gilt in besonderen Fällen nach Klärung der Kostenfrage, falls die Anwesenheit eines Fachanwalts für Arbeitsrecht erwünscht ist.

Sollten Sie an der Konferenz nicht teilnehmen wollen oder können, erhalten Sie in jedem Fall das Protokoll.

Was passiert mit Informationen zu Ihrer Person?

Die entsprechenden Personen können zu dieser Fallkonferenz nur eingeladen werden, wenn Sie sie von ihrer beruflichen Schweigepflicht bzw. Einhaltung der datenschutzrechtlichen Verpflichtungen schriftlich entbinden (siehe Anlage 4). Die Teilnehmer an der Fallkonferenz unterschreiben zu Beginn der Konferenz ebenfalls eine entsprechende Verpflichtungserklärung.

Zur Kenntnis genommen:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Anlage 4: Schriftliche Einwilligung in die Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht und die Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten

Vorname, Name, Geburtsdatum:

Anschrift:

Entbindung von der Schweigepflicht und von der Verpflichtung zur Vertraulichkeit

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sich folgende Mitglieder des Expertengremiums im Zusammenhang mit meiner

☐ chronischen Infektion ☐ MRSA- Besiedelung

über meine beruflichen Einsatzmöglichkeiten beraten: ¹⁴

[illegible]

Ich entbinde alle genannten Personen von ihrer beruflichen Schweigepflicht nach §203 StGB bzw. von der Verpflichtung zur Vertraulichkeit in Anlehnung an das geltende Datenschutzrecht. Diese Entbindung gilt ausschließlich für den Austausch hierfür erforderlicher personenbezogener Daten untereinander. Die Entbindung gilt nicht gegenüber anderen als den genannten Personen. Es dürfen nur medizinische Befunde, die für Durchführung der Fallkonferenz erforderlich sind, herangezogen werden.

Ort, Datum)

(Unterschrift)

¹⁴ Eine ausdrückliche Entbindung gegenüber der zuständigen Gesundheitsbehörde muss bei einer HBV- oder HCV- Infektion nicht erfolgen, da hier namentliche Meldepflicht besteht. Bei einer HIV- Infektion oder einer MRSA- Besiedelung muss jedoch auch die Gesundheitsbehörde der eine entsprechende Einverständniserklärung vorliegen.

Anlage 5: Leitfaden – Expertengremium/Fallkonferenz

1. Begrüßung und Vorstellung aller Gesprächsteilnehmer durch die Geschäftsleitung (Schaffen einer vertrauensvollen, freundlichen Atmosphäre).
2. Ggf. Übergabe der weiteren Sitzungsleitung an einen fach- und moderationskompetenten Experten.
3. Festlegung des Verantwortlichen für das Konferenzprotokoll (siehe Anlage 7).
4. Hinweis auf die erfolgte Entbindung von der Schweigepflicht bzw. von der Verpflichtung auf Verschwiegenheit durch den Betroffenen (siehe Anlage 4).
5. Erläuterung der Grundlagen und Ziele der Fallkonferenz auf Grundlage der bestehenden Betriebsvereinbarung.
6. Einholen der schriftlichen Verpflichtungserklärungen (siehe Anlage 6).
7. Diskussion und Bewertung des Falls und möglicher Lösungswege.
8. Beschluss von Empfehlungen an den Arbeitgeber.

Zu Punkt 3

Die Beteiligten werden darüber informiert, dass ein Konferenzprotokoll erstellt wird (siehe Vorlage in **Anlage 4**) und ggf. Maßnahmen festgelegt werden. Das Protokoll wird allen Gesprächsteilnehmern nach seiner Fertigstellung übermittelt.

Zu Punkt 4

Die Konferenz hat das Ziel, Beschäftigte mit einer chronischen Infektion oder MRSA- Besiedelung, bei denen Zweifel am untrennbar miteinander verbundenen Patienten- bzw. Arbeits- und Gesundheitsschutz besteht, mit einer gezielten Unterstützung des Arbeitgebers an ihrem Arbeitsplatz weiter zu beschäftigen, ohne dass eine Übertragungsgefahr anderer Personen besteht.

Es handelt sich hierbei *nicht* um ein Fehlzeitengespräch und stellt *keine* Leistungsbewertung des Betroffenen dar.

In Fall einer HBV-, HCV- oder HIV- Infektion: Es wird die Art der Erkrankung und das Risiko für den Patientenschutz in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit und der fachlichen Qualifikation/ Erfahrung erläutert.

Die Fürsorge des Arbeitgebers und der/des Vorgesetzten mit dem Schwerpunkten Arbeits- und Patientenschutz steht immer im Vordergrund.

Es erfolgt der Hinweis, dass bei einer Nichteinhaltung von zu beschließenden Tätigkeitseinschränkungen durch den Beschäftigten das Gesundheitsamt mit der Option eines Tätigkeitsverbots eingeschaltet werden kann.

Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht.

Anlage 6: Verpflichtungserklärungen der Fallkonferenzteilnehmer

Datum: _____

Mit der folgenden Unterschrift verpflichten sich die Teilnehmer der Fallkonferenz zur Beratung des Tätigkeitseinsatzes von

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

über alle Informationen und Erkenntnisse im Rahmen der Fallkonferenz gegenüber Dritten Stillschweigen zu wahren.

Die Verpflichtungserklärungen sind Anlage des Konferenzprotokolls.

Funktion	Name	Unterschrift
Geschäftsleitung:		
Personalverantwortliche/r:		
Ärztlicher Direktor/in:		
Pflegedirektor/in:		
Vorgesetzte/r:		
Betriebliche Interessenvertretung:		
Schwerbehindertenvertretung:		
Betriebsarzt/-ärztin:		
Hygienearzt/ärztin:		
Haus-/Facharzt/ärztin: (*)		
Vertreter/in des Gesundheitsamts: (*)		
Beschäftigte/r:		

Information zur Problematik

(nach Begrüßung, Erläuterung des Verfahrens und Information über Konferenzprotokoll)

- (1) Welche Besonderheiten liegen vor?
(Diagnose, Infektionsstatus, Stand nach der ärztlichen Erstberatung und Reaktion des Beschäftigten, aktueller Kenntnisstand der Verantwortlichen im Arbeitsbereich etc.)
- (2) Welche Tätigkeiten dürfen nicht ausgeübt werden? (entsprechend dem Qualifikationsgrad)
- (3) Welche Tätigkeiten können ausgeübt werden?
- (4) Welche Beratungsangebote können die Weiterbeschäftigung unterstützen?
- (6) Welche Vorstellungen hat der Betroffene für das zukünftige Arbeitsleben?
- (7) Sonstiges:

Maßnahmen [an Arbeitsbereich und Situation anpassen]

- ☐ Überprüfung der Viruslast/der MRSA- Besiedelung in (Zeitraum/Abstände):

- ☐ Anpassung der Tätigkeiten/ Aufgaben am Arbeitsplatz/ Wechsel des Arbeitsbereichs/ Tätigkeitsverbot durch das Gesundheitsamt:

- ☐ Anpassung der Arbeitszeiten wie folgt:

- ☐ Zurverfügungstellung besonderer persönlicher Schutzausrüstung (PSA)

- ☐ Zurverfügungstellung besonderer technischer Hilfsmittel

- ☐ Besondere Hygienemaßnahmen

- ☐ Innerbetriebliche Beratungsangebote

(z.B. Betriebsärztlicher bzw. Arbeitssicherheitstechnischer Dienst, betriebliche Interessenvertretung)

- ☐ Externe Beratungsangebote

(z.B. Fachärzte, Psychologen, Unfallversicherungsträger, Selbsthilfegruppen)

- ☐ Wiederholte Fallkonferenz im Bedarfsfall

- ☐ Kommunikation zwischen Betriebsarzt und behandelndem Arzt

Ggf. Erläuterungen:

☐ Hinweis auf arbeits- und haftungsrechtliche Konsequenzen im Fall einer Nichteinhaltung von Auflagen erfolgt

Modalitäten von Befristungen, Mitteilungen und Überprüfungen

☐ Befristung der Maßnahmen bis _____ ☐ ohne Befristung

☐ Mitteilung des Überprüfungsergebnisses an: _____

☐ Überprüfung der Maßnahmen durch _____

am: _____

Konferenzprotokoll

☐ Kopie an den Beschäftigten durch _____

☐ Kopie an alle (weiteren) Beteiligten _____

☐ Ablage in Personalakte ☐ Ablage in _____

(Datum)

(Ort)

(Unterschrift Protokollant)

(Unterschrift Beschäftigter)