

## Kommentar: Kritik der Deutschen AIDS-Hilfe

Die DVV-GfV-Empfehlungen (Rabenau 2012) beziehen sich auf „Health-Care-Worker“. Dieser Begriff wird mit „Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen“ übersetzt.

Diese Ausweitung auf alle Beschäftigten im Gesundheitswesen ist aus Sicht der DAH unnötig. Es gibt viele Bereiche in Klinik und Praxis, in denen die Beschäftigten keinen Patientenkontakt haben.

Selbst Krankenpflegepersonal hätte man komplett ausschließen können. Der bislang einzig dokumentierte Fall einer Übertragung durch eine Krankenschwester (Boujon 2000) ist vom wissenschaftlichen Standpunkt aus der am wenigsten sichere: der Vorgang der Übertragung blieb hier unklar.

Damit gilt in den Empfehlungen für alle, was eigentlich nur für einen kleinen Kreis operativ / invasiv tätiger Mediziner/innen gelten sollte.



©Foto: Bilderbox

Am auffälligsten wird diese Situation in der Vorgabe, „bei invasiven und operativen Tätigkeiten“ doppelte Handschuhe zu verwenden. Die amerikanischen Empfehlungen grenzen hier klarer ab, um welche Operationen es sich handelt und um welche nicht. In den amerikanischen Leitlinien wird daher auch besser deutlich, dass die Auflagen nicht für nur anwesende Medizinstudenten, nicht für OP-Schwestern oder andere Krankenpflegekräfte gilt.

Die amerikanischen SHEA-Empfehlungen teilen operative bzw. invasive Eingriffe in drei Kategorien auf. Wir beschreiben anhand von Beispielen diese drei Kategorien (unvollständig):

SHEA-Empfehlung		Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Beispiele für OPs in den jeweiligen Kategorien (unvollständig) vollständige Liste siehe: SHEA-Empfehlungen (Henderson 2010)		Zahnprophylaxe, zahnärztliche Untersuchungen Oberflächliche Nähte Rektale oder vaginale Untersuchungen	Zahnoperationen unter Lokalanästhesie Herzkatheteruntersuchungen Bronchoskopie Brust-OP (Vergrößerung/Reduktion) Laparoskopische Operationen (Bauch-OP mit Schlüsselloch-Technik) Amputationen Schrittmacher-Implantationen	Größere Zahn- und Kieferoperationen Offene Bauchoperationen (z.B. Gallenblase, Darm) Nierenoperationen Operationen im Brustkorb Neurochirurgie (Gehirn) Transplantationen (außer Haut und Hornhaut) Jede Operation über drei Stunden Dauer
<b>Hep B</b> und <b>Hep C</b>	VL < 10.000 /ml	Ja Handschuhe wie üblich	Ja doppelte Handschuhe	Ja doppelte Handschuhe
	VL ≥ 10.000 /ml	Ja doppelte Handschuhe	Ja doppelte Handschuhe	NEIN
<b>HIV</b>	VL < 500 /ml	Ja Handschuhe wie üblich	Ja doppelte Handschuhe	Ja doppelte Handschuhe
	VL ≥ 500 /ml	Ja doppelte Handschuhe	Ja doppelte Handschuhe	NEIN

Kategorien für operative/invasive Eingriffe in den SHEA-Empfehlungen. Kurzgefasst, nach Erreger und Viruslast (Henderson 2012). Laut SHEA gibt es neben der Vorschrift für die Handschuhe weitere Auflagen: die Viruslast muss zweimal im Jahr überprüft werden, der „Health-Care-Worker“ muss bei einem HIV-Experten in Behandlung sein und von einem Experten zur Infektionskontrolle (Betriebsarzt?) beraten werden. Mit freundlicher Genehmigung HIV-Report 4/2012

Die Auflistung dient auch besser der Klärung, dass die Tätigkeiten von Krankenpflegekräften wie Blutabnehmen, Injektionen setzen, Infusionen und Verbände wechseln unter keine der drei Kategorien fällt. Hier reichen die üblichen Hygieneregeln. Diese sind schließlich dafür gemacht, nicht nur eine HIV-Übertragung, sondern auch die Übertragung anderer Infektionskrankheiten auszuschließen.

### WAHRSCHEINLICHKEIT EINER ÜBERTRAGUNG

*Sowohl die amerikanischen SHEA- als auch die deutschen DVV-GfV-Empfehlungen schätzen das durchschnittliche Risiko, sich mit einem scharfen Gegenstand (Nadel, Skalpell), der mit virus-*

*haltigem Blut behaftet ist, anzustecken, wie folgt ein:*

**HIV ca. 0,3%**

**Hepatitis C (HCV) ca. 3%**

**Hepatitis B (HBV) ca. 30%**

Die angegebenen Transmissionswahrscheinlichkeiten sind Durchschnittswerte. Im individuellen Fall hängt das Risiko u.a. auch von der Viruslast, von der in die Wunde gelangten Blutmenge und von der Wundtiefe (oberflächlicher Kratzer oder Blutung in Operationsbereich) ab.

In Deutschland wurde seit Beginn der HIV-Epidemie noch kein einziger Fall beschrieben. Auch weltweit gibt es (laut DVV-GfV und SHEA-Empfehlungen) in der wissenschaftlichen Literatur gerade

einmal vier Fälle. In einer Studie wurde untersucht, ob HIV-positive „Health-Care-Worker“ Patient(inn)en angesteckt haben könnten. Das Centers for Disease Control and Prevention (CDC) testete über 22.000 Patientinnen und Patienten von über 51 HIV-positiven Health-Care-Worker. Eine HIV-Übertragung von HCW auf Patient(inn)en konnte nicht nachgewiesen werden (Robert 1995).

Sowohl DVV-GfV als auch SHEA-Empfehlungen betonen, dass eine HIV-Übertragung von Ärzten (bzw. „Health-Care-

Workern“) auf Patienten eine absolute Rarität darstellt und im normalen Klinik- oder Praxisalltag praktisch ausgeschlossen werden kann.

Generell gibt es ein nicht unbedeutendes Risiko sich im Krankenhaus mit sogenannten Krankenhauskeimen zu infizieren (nosokomiale Infektionen). Daher gibt es zur Erfassung solcher Infektionen ein bundesweites „Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)“.

Nun ist es bei weitem nicht so, dass sich alle nosokomialen Infektionen auf

Hygienefehler von Ärzten/Ärztinnen und Krankenpflegekräften zurückführen ließen. Laut Geffers und Gastmeier zeigen Untersuchungen, dass sich durch Infektionskontrollstrategien Reduktionen zwischen 11 und 55% erreichen lassen. Es gibt also viel zu tun zur Reduktion nosokomialer Infektionen. Die Ausgrenzung von HIV-positiven Mitarbeiter/innen trägt nicht dazu bei, ebenso wenig das Tragen doppelter Handschuhe.

HIV-Report 4/2012 <http://www.hivreport.de/>

– Gekürzt von Dr. Ramona Pauli

## INTERVIEW MIT FRAU PD DR. WICKER / PROF. RABENAU, FRANKFURT

# Die Weichen sind gestellt

□ *Die Empfehlungen der virologischen Fachgesellschaften sind nun schon seit einigen Monaten veröffentlicht. Wie waren die Reaktionen? Allgemein? Arbeitsmediziner?*

**Sabine Wicker:** Die Reaktionen waren überwiegend positiv. Natürlich gab es auch einige, die Kritik an den Empfehlungen geäußert haben. Die Kritikpunkte waren zum Teil diametral verschieden, von „zu lasch“ bis „zu restriktiv“ war alles dabei.

Seitdem die Empfehlungen veröffentlicht wurden, haben mich viele Betriebsärzte aus ganz Deutschland kontaktiert; die meisten waren sehr froh und erleichtert, dass nun endlich Empfehlungen zum Einsatz von HIV-positivem Personal vorliegen.

Viele Betriebsärzte und Arbeitsmediziner sind jedoch mit dem Thema „HIV-positives Personal“ nicht vertraut, und benötigen weiterhin zielgerichtete Informationen und Unterstützung.

Manche sind jedoch auch der Ansicht, dass der Einsatz von HIV-positivem Personal nicht in den invasiven Bereichen

der Medizin erfolgen sollte und lehnen es u.U. weitestgehend ab, nach den Empfehlungen zu verfahren.

□ *In der Fachöffentlichkeit wurden die Empfehlungen ja durchwegs begrüßt. Es gab aber auch einige Kritikpunkte. So hat die Deutsche Aids Hilfe bedauert, dass nicht zwischen invasiv tätigen und nicht invasiv tätigen Mitarbeitern unterschieden wurde.*

**Holger Rabenau:** Wie bei den Empfehlungen der DVV zu Hepatitis B und Hepatitis C bezieht sich die Empfehlung auf die im Gesundheitswesen Tätigen. Da wiederholt nicht nur Verunsicherung zum Einsatzbereich HIV-positiver, invasiv tätiger Ärzte bestand, sondern eben auch bezüglich der Tätigkeitsmöglichkeiten von Pflegekräften und anderen Mitarbeitern im Gesundheitswesen, machte es aus Sicht der Kommission Sinn, die Empfehlungen für alle auszusprechen. Auch muss gewährleistet sein, dass sich der Mitarbeiter keiner Eigengefährdung durch eine nosokomiale Infektion aussetzt. Beispielsweise sollte bei signifikanter Reduktion



Priv.-Doz. Dr. Dr. med.

Sabine Wicker, Arbeitsmedizinischer Dienst des Universitätsklinikum Frankfurt

Prof. Dr. Holger F. Rabenau

Institut für medizinische Virologie der Universität Frankfurt

der CD4-Zellzahl kein Einsatz in der Betreuung von Tbc-Erkrankten erfolgen. Dies betrifft sowohl Mitarbeiter die invasiv tätig sind, als auch HIV-positiv Beschäftigte, die keine invasiven Tätigkeiten durchführen.

Unsere Empfehlung beschreibt Voraussetzungen für die Tätigkeitsausübung, die sowohl dem Schutz der Patienten als auch dem Schutz der betroffenen Mitarbeiter dienen und wir denken, dass hiervon letztendlich alle profitieren werden.

□ *Die Viruslast des Mitarbeiters spielt ja eine große Rolle. Wie geht man hier praktisch vor?*

**Sabine Wicker:** In meinen Augen ist die Voraussetzung zum Einsatz von infektiösem Personal – und hier sollte man

grundsätzlich nicht zwischen Hepatitis B/C-positivem oder HIV-positivem Personal unterscheiden – dass eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen dem Beschäftigten und dem Betriebsarzt besteht. Ich muss als Arbeitsmedizinerin wissen, dass der infektiöse Beschäftigte das tut, was wir vorab in einem gemeinsamen Gespräch vereinbart haben. Dazu gehört natürlich auch, die Kontrolle der Viruslast.

Eine regelmäßige Kontrolle der HI-Viruslast findet im Rahmen der medizinischen Betreuung doch sowieso i.d.R. quartalsweise statt. Davon sollte der Betriebsarzt wissen, um damit sowohl eine Fremd- als auch eine Eigengefährdung ausschließen zu können

Werden Übertragungsträchtige bzw. Verletzungsträchtige Tätigkeiten durchgeführt und es kommt zu einer Erhöhung der Viruslast, muss geklärt werden, was die Ursache hierfür ist und wie der Arbeitseinsatz zu gestalten ist. Auch hierzu haben wir in unserer Empfehlung Stellung bezogen.

□ *Warum weichen die deutschen Empfehlungen bei den Handschuhen von den amerikanischen SHEA-Empfehlungen ab?*

**Holger Rabenau:** Doppelte Handschuhe sind eine bewährte Schutzmaßnahme sowohl für den Patienten als auch für den Beschäftigten. Die Empfehlungen der DVV zur Vermeidung der nosokomialen Übertragung von Hepatitis B und Hepatitis C setzen die Verwendung von doppelten Handschuhen seit vielen Jahren voraus. Hierzu gab es eigentlich nie Kritik.

**Sabine Wicker:** Die SHEA-Empfehlungen sehen ebenso vor, dass für alle sogenannten Kategorie 2 und 3 Tätigkeiten doppelte Handschuhe getragen werden müssen.

Darüber hinaus beschreiben die SHEA-Empfehlungen noch eine ganz Reihe von Maßnahmen, die über die deutsche Empfehlung hinaus gehen. In diesem Kontext seien beispielsweise der Einsatz von infektiösen Studenten bzw. Auszubildenden genannt oder die Verpflichtung des Beschäftigten seinen behandelnden Arzt

hinsichtlich der Schweigepflicht bzgl. seiner blutübertragbaren Erkrankung gegenüber der Expertenkommission zu entbinden. Es ist also nicht so, dass unsere Empfehlung generell „schärfer“ ist.

Die besondere Herausforderung unserer interdisziplinären Arbeitsgruppe lag darin, die teilweise unterschiedlichen Interessen der beteiligten Fachrichtungen und Kommissionsmitglieder zu berücksichtigen und ein für alle Disziplinen tragbaren Kompromiss zu finden, der sowohl die Belange des Patientenschutzes als auch das Recht des betroffenen HIV-positiven Beschäftigten auf freie Berufswahl berücksichtigte.

Gerade letzte Woche hat die Deutsche AIDS-Hilfe eine Befragung (1.148 positive stimmen) veröffentlicht, in der rund 20% der Befragten angaben, dass ihnen in den letzten 12 Monaten aufgrund ihrer HIV-Infektion eine medizinische Behandlung verweigert wurde.

Wir denken, dass die Empfehlung ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung zur Vermeidung einer HIV-assoziierten Diskriminierung ist.

*Vielen Dank für das Gespräch*

**INTERVIEW MIT RA JACOB HÖSL, KÖLN**

## Juristische Aspekte

□ *Dies sind Empfehlungen von zwei virologischen Fachgesellschaften. Welchen juristischen Stellenwert haben Sie?*

**Jacob Hösl:** Bei den besagten Empfehlungen handelte es sich wie das Wort schon sagt um Empfehlungen. Eine vollständige Rechtsverbindlichkeit kann dadurch nicht hergestellt werden. Allerdings dienen die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Interpretation der Rechte und Pflichten für Mitarbeiter in

solchen Zusammenhängen. So definieren diese Empfehlungen bei der Prüfung eines Behandlungsfehlers den Bereich des Verschuldens. Hat sich der betreffende an Empfehlungen gehalten, so hat er alles getan, um eine Schädigung eines Patienten zu vermeiden. Dann kann ihm kein Vor-



*Jacob Hösl, ist Rechtsanwalt und hat sich mit der Rechtsprechung zu HIV und Aids beschäftigt*

wurf gemacht werden, wenn es trotzdem passiert. Hat er sich nicht daran gehalten, gilt das Gegenteil. Auch in der arbeitsrechtlichen Beziehung kann der Mitarbeiter sich auf entsprechende Empfehlungen berufen, wenn er zum Beispiel überzogene den Empfehlungen nicht entsprechende Weisungen seines Arbeitgebers abwehren möchte, weil der Arbeitgeber darf keine willkürlichen Anforderungen an seine Mitarbeiter stellen. Umgekehrt hat der Arbeitgeber natürlich auch für die Sicherheit zu sorgen, so dass die Unterschreitung der Sicherheitsanforderungen solcher Empfehlungen ebenfalls rechtliche Konsequenzen haben

kann. Insofern haben die Empfehlungen mittelbar bei der Interpretation von Rechtspositionen durchaus eine Bedeutung. Anders bei so genannten Leitlinien oder Richtlinien die berufsrechtlich für die Angehörigen der Berufsgruppe verbindliche Handlungsanweisungen enthalten.

□ *Heißt das, niemand muss sich daran halten, jede Klinik kann ihre eigene Strategie fahren?*

**Jacob Hösl:** Nein, das heißt es in dieser Einfachheit nicht, wie ich oben versucht habe darzulegen. Allerdings steht dem Arbeitgeber, wenn ihm sachliche Argumente zur Seite stehen, ein Ermessensspielraum zu, wie er die Sicherheit von Patienten einerseits bzw. die Rechte seiner Mitarbeit andererseits schützt. Vollständig und verbindlich wird man solche Dinge allerdings in dieser Form nicht regeln können, es sei denn der Gesetzgeber bzw. die entsprechenden Fachministerien erlassene rechtsverbindliche Gesetze oder Verordnungen. Damit ist allerdings in solchen Detailfragen nicht unbedingt zu rechnen.

□ *In dem Papier wird immer wieder auf die „vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt“ verwiesen, der ja der Schweigepflicht unterliegt. Darf dieser auch keine Informationen weitergeben, wenn z.B. ein Chirurg mit 1.000 Kopien operiert?*

**Jacob Hösl:** Der Betriebsarzt ist grundsätzlich ebenfalls der Verschwiegenheitspflicht unterworfen. Wenn er dagegen verstößt, kann er sich strafbar machen. Zudem kann er auf Schadensersatz in Anspruch genommen werden, wenn er sich hieran nicht hält. Die einzige Befugnis des Betriebsarztes im Bereich der Mitteilung an den Arbeitgeber ist, dass er bestimmte Beschränkungen der Tätigkeit anordnen kann. Er darf allerdings den Grund hierfür nicht mitteilen.

□ *Muss sich der HIV-positiv invasive Mitarbeiter dem Betriebsarzt gegenüber outen? Was ist, wenn er es nicht tut?*

**Jacob Hösl:** In den Empfehlungen wird von einer „vertrauensvollen Zusammenarbeit“ zwischen dem Mitarbeiter und dem Betriebsarzt gesprochen. Gemeint ist damit offenbar, dass der Mitarbeiter sich gegenüber dem Betriebsarzt offenbaren soll. Eine Verpflichtung hierzu besteht allerdings nicht. Jedoch kann der Betriebsarzt im Zusammenhang mit bestimmten risikoträchtigen Tätigkeiten Untersuchungen anordnen, um zu prüfen, ob von dem Mitarbeiter Gefahren für Patienten ausgehen können. Wenn der Mitarbeiter diese Untersuchungen, denen er in jedem Fall zustimmen muss, verweigert, so kann der Betriebsarzt hieraus entsprechende Konsequenzen ziehen und Tätigkeitsbeschränkungen auferlegen. Eine Verpflichtung eines Mitarbeiters im Gesundheitswesen, seine HIV-Infektion in jedem Fall zu offenbaren, besteht aber nicht.

Wenn keine risikoträchtigen Tätigkeiten von ihm ausgeübt werden, so kann ich keine Veranlassung erkennen, dass der Mitarbeiter die HIV-Infektion gegenüber dem Betriebsarzt offenbart. Selbstverständlich hat er aber das Recht, einen Betriebsarzt hierüber in Kenntnis zu setzen

□ *Wie ist eine invasive Tätigkeit definiert?*

**Jacob Hösl:** Diese Frage kann ich als Jurist letztlich nicht beantworten. Aber den Empfehlungen zufolge erscheint es so, dass dort alle Tätigkeiten gemeint sind, bei denen es zu irgendwelchen „Öffnungen“ des Körpers des Patienten kommt. Nach meiner Kenntnis bestehen Risiken einer HIV-Übertragung bei beruflicher Tätigkeit im Gesundheitswesen nur bei so genannten risikoträchtigen

Tätigkeiten, die im einzelnen auch definiert sind. Sämtliche andere auch invasive Tätigkeiten bergen kein HIV-Übertragungsrisiko in sich. Insofern erscheinen mir die angesprochenen Empfehlungen noch etwas undifferenziert.

□ *Wenn es zur möglichen Blutübertragung gekommen ist und der Patient wegen einer PEP informiert wird, wie kann sich der Arzt schützen, dass der Patient seine Geschichte nicht an die Bildzeitung verkauft?*

**Jacob Hösl:** Das ist eine schwierige Frage. Letztlich steht es natürlich jedem Menschen frei, sich mit seiner „Geschichte“ an die Presse zu wenden. Dies kann einem Patienten letztlich nicht verboten werden. Auf der Ebene der Berichterstattung muss dann das entsprechende Medium, sei es eine Zeitung oder gar ein Fernsehsender, die Rechte der Betroffenen nach presserechtlichen Grundsätzen wahren. Dies geschieht in der Regel durch Anonymisierung. Das ist natürlich etwas theoretisch. Tatsächlich würde eine solche Berichterstattung natürlich eine Katastrophe für den behandelnden Arzt oder die Klinik bedeuten.

Dies gilt ganz besonders bei HIV, weil in unserer Gesellschaft HIV mit sämtlichen Ängsten besetzt wird, die Krankheiten irgendwie haben können. Ob sie aber wirkungsvoll verhindert werden kann, muss man doch in Zweifel ziehen. Gegebenenfalls sollte überlegt werden, ob ein Verfahren möglich ist, das den Schutz des Patienten gewährleistet, aber auch den Mitarbeiter im Gesundheitswesen, zum Beispiel dadurch, dass dieser ihm nicht benannt wird.

Solche Verfahren wären aus meiner Sicht möglich, wenn auch vielleicht nicht in allen Fällen.

*Vielen Dank für das Gespräch*