

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Abteilung Gesundheit, Hamburg¹, Rechtsanwalt, Köln², Virologisches Institut, Nationales Referenzzentrum für Retroviren (Leiter: Prof. Dr. med. Bernhard Fleckenstein), Universitätsklinikum Erlangen³, Klinikum Bremen Mitte GmbH, Betriebsärztlicher Dienst, Bremen⁴

HIV und Arbeit – Normalität auch im Gesundheitswesen

J. Jarke¹, J. Hösl², K. Korn³, H. v. Schwarzkopf⁴

(eingegangen am 29.10.2010, angenommen am 03.05.2011)

Abstract/Zusammenfassung

HIV and workplace – normality even in healthcare

Nowadays, persons infected with HIV can participate in professional life in the same way as uninfected persons.

There are no restrictions for persons with HIV (and other blood-borne infectious diseases) in professional life. With very few exceptions, this also applies to a career choice and professional practice in the health-care sector.

Health-care workers with HIV infection who are regularly monitored and do not show detectable plasma viral load (due to suppressive antiretroviral therapy) do not present a risk of disease transmission to patients.

Restrictions in professional life due to HIV infection can only result from consideration of the individual case, with respect to both the affected person and the activities to be performed. If consequences for medical practice are necessary, a standardized procedure taking into account the legitimate interests of all involved parties is recommended. Suggestions for such a procedure are presented.

HIV infection (as well as HBV or HCV infection) is subject to complete medical confidentiality. Occupational physicians are only allowed to report in a standardized manner

on the ability of a person to perform defined tasks. In the same way, physicians who perform medical examinations of job candidates/employees on a contract basis are also restricted to reporting about the eligibility of the person for the position in question on the basis of current medical and scientific knowledge.

Keywords: HIV – health care workers – occupational physician – patient protection – labour legislation

HIV und Arbeit – Normalität auch im Gesundheitswesen

Menschen mit HIV können heute so am Arbeitsleben teilnehmen wie Nichtinfizierte.

Es gibt keine Einschränkungen für Menschen mit HIV (und anderen durch Blut übertragbaren Infektionskrankheiten) im Arbeitsleben. Das gilt – bis auf ganz wenige Ausnahmen – auch für die Berufswahl und -ausübung im Gesundheitswesen.

Gefahren für Patienten durch Tätigkeiten im Gesundheitswesen bestehen durch Beschäftigte mit HIV nicht, wenn deren Viruslast (durch eine supprimierende antiretrovirale Therapie) unter der Nachweisgrenze liegt und regelmäßig kontrolliert wird.

Einschränkungen im Arbeitsleben durch eine HIV-Infektion können sich nur unter Betrachtung des Einzelfalls sowohl in Hinblick auf den Betroffenen als auch die ausgeübte Tätigkeit ergeben. Sind hieraus Konsequenzen für die Ausübung der Tätigkeit notwendig, sollte hierfür ein die berechtigten Interessen aller Beteiligten wahrendes geordnetes Verfahren eingehalten werden. Es wird ein Verfahrensvorschlag gemacht.

Die HIV-Infektion (respektive HBV-/HCV-Infektion) unterliegt uneingeschränkt der ärztlichen Schweigepflicht. Betriebsärzte dürfen nur standardisierte Mitteilungen zu gesundheitlichen Bedenken bezogen auf konkrete Tätigkeiten machen. Ärzte, die Auftragsuntersuchungen zur Eignung von Bewerbern/Mitarbeitern für den Unternehmer durchführen, dürfen sich ebenfalls nur standardisiert zur Eignung des Betreffenden nach aktuellem Stand der medizinischen Erkenntnisse und Wissenschaft und bezogen auf die konkret angestrebte/ausgeübte Tätigkeit äußern.

Schlüsselwörter: HIV – Personal im Gesundheitswesen – Betriebsarzt – Patientenschutz – Arbeitsrecht

Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2011; 46: 471–481

► Vorbemerkung

Die vorliegende Übersichtsarbeit führt transdisziplinäre Aspekte aus den Bereichen Virologie/Infektionsepidemiologie, Arbeitsmedizin, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Recht zusammen. Die Autoren arbeiten in den jeweiligen Fachbereichen. Die hier betrachtete Problematik berührt regelmäßig mehrere dieser Bereiche und sowohl

Mediziner als auch Juristen sind darauf angewiesen, sich mit allen Aspekten bei der Beantwortung von sich ihnen stellenden Fragen zu befassen. In der Arbeit wurden die dem jeweiligen Fachgebiet typischen Darstellungsweisen, insbesondere auch die Zitierweise beibehalten. Die für die Zeitschrift ASU ungewöhnliche juristische Zitierweise wird deshalb in dem betreffenden Abschnitt kurz erläutert.

► Wie normal ist es geworden, mit HIV zu leben und zu arbeiten?

Menschen, die mit HIV infiziert sind, können aufgrund der erheblichen Fortschritte in der Behandlung der HIV-Infektion und der Folgeerkrankungen nach medizinischer Einschätzung inzwischen nahezu ein Lebensalter erreichen, wie es auch für Menschen ohne HIV-Infektion möglich ist

(www.gib-aids-keine-chance.de/themen/fakten/verbreitung.php). Die HIV-Infektion ist – zumindest medizinisch gesehen – eine „normale“ Erkrankung geworden. Eine in der Schweiz durchgeführte Studie unter allen dort bekannten HIV-Infizierten (bis vor kurzem gab es in der Schweiz eine namentliche Meldepflicht der HIV-Infektion) hat ergeben, dass 80 % aller Menschen mit HIV in der Schweiz berufstätig sind und arbeiten (Pärli et al 2007). Auch HIV-positive Flugzeugführer, bei denen es – wie bei allen chronisch HIV-infizierten Menschen – im fortgeschrittenen Stadium zu neuropsychiatrischen Beeinträchtigungen kommen kann, dürfen nach internationalen Empfehlungen unter gewissen Auflagen als Piloten tätig sein (Siedenburg 2007). Es gibt somit heute keine medizinisch-infektiologische Grundlage für allgemeine Beschränkungen der Berufswahl und Berufsausübung HIV-infizierter Menschen. Dies gilt – entgegen früher geäußelter Stimmen in der juristischen Literatur – auch für Berufe im Zusammenhang mit der Verarbeitung, Zubereitung, Darreichung etc. von Lebensmitteln. Einen durch Blut beziehungsweise Samen- oder Vaginalflüssigkeit übertragbaren Erreger in einem solchen Beruf zu verbreiten, ist nach menschlichem Ermessen ausgeschlossen.

Allein für HIV-infizierte Beschäftigte im Gesundheitswesen, die übertragungsträchtige Tätigkeiten ausüben, gelten in Deutschland seit 1999 unverändert die Berufsausübung stark einschränkende Empfehlungen (RKI 1999), die ihrerseits auf die Empfehlungen der amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention – CDC (etwa dem Robert Koch-Institut, RKI, vergleichbar) von 1991 zurückgehen. In den RKI-Empfehlungen heißt es, von HIV-infizierten Personen „sollten keine ärztlichen oder zahnärztlichen Eingriffe mehr vorgenommen werden, die eine Verletzungsgefahr für die operierende Person selbst beinhalten und somit auch eine Infektionsgefahr für den jeweiligen Patienten“. Die Betroffenen sollen bezüglich der Gefährdungsanalyse und der im Einzelfall erforderlichen Tätigkeitsbeschränkungen unter Wahrung des Persönlichkeitsschutzes ggf. durch den betriebsärztlichen Dienst (Schweigepflicht) und/oder speziell einzurichtende Fachgremien beziehungsweise Fallkonferenzen (ggf. im anonymen Verfahren) beraten und bei der Berufsausübung unterstützt werden (Jarke 2004).

Anfang 2009 wurde der Fall eines HIV-positiven Kardiochirurgen aus Israel publiziert, bei dem 2007 die Erstdiagnose einer HIV-Infektion gestellt worden war. Bei Diagnosestellung lag die CD4-Zahl bei 49 Zel-

len/ μ l und die HIV-Viruslast bei > 100 000 Kopien/ml. Der Zeitpunkt der Infektion konnte retrospektiv nicht ermittelt werden. Eine Look-back-Untersuchung bei 33 % (n = 545) der von dem Chirurgen in den letzten 10 Jahren operierten Patienten (n = 1669) konnte keine Infektionsübertragung auf betreute Patienten nachweisen. Nach Einleitung einer antiretroviralen Therapie kam es zum Anstieg der CD4-Zellen und zur Absenkung der HIV-Viruslast unter die Nachweisgrenze von 50 Kopien/ml. Ein Expertengremium hat daraufhin die operative Tätigkeit des Chirurgen ohne Einschränkung – d. h. einschließlich so genannter „übertragungsträchtiger Tätigkeiten“ – freigegeben (Schwaber 2009). Das HIV-Übertragungsrisiko bei Viruslast unter der Nachweisgrenze wird nach neueren Auswertungen aller verfügbarer Daten und vor dem Hintergrund des aus Israel berichteten Falles auch von den CDC für so gering eingeschätzt, dass die Ausübung gefahrgeneigter Tätigkeiten für verantwortlich gehalten wird. Eine Überarbeitung der CDC-Empfehlungen von 1991 wird für notwendig erachtet (CDC 2009).

Kürzlich wurde nun auch in Deutschland im Fall eines HIV-infizierten Chirurgen durch eine Fallkonferenz einstimmig entschieden, dass dieser bei erfolgreicher Behandlung sowie bei Befolgung bestimmter Auflagen seinen Beruf weitgehend ohne Einschränkungen ausüben darf (Übersicht 1). Diese Entscheidung erfolgte in Kenntnis der Tatsache, dass bei dem betroffenen Chirurgen zusätzlich eine HCV-Infektion vorlag, die ebenfalls erfolgreich behandelt worden war (Korn 2010).

Anfang 2010 hat die Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) erstmals Empfehlungen zum Umgang mit chronisch infizierten Beschäftigten veröffentlicht, die für HIV die Viruslast analog zu HBV und HCV berücksichtigen (Hen-

derson 2010). Die SHEA-Empfehlungen geben interessante fachliche Orientierung und praktische Handreichungen, lassen sich aber insbesondere wegen anderer rechtlicher Rahmenbedingungen nicht auf die deutsche Situation übertragen. Vor diesem Hintergrund sind die Empfehlungen des RKI von 1999 nicht mehr State of the Art; ihre Aktualisierung – analog der internationalen (Ross/Roggendorf 2004) und nationalen Empfehlungen (DVV undatiert) für HBV und HCV – durch das RKI und die medizinischen Fachgesellschaften ist überfällig.

Solange keine HIV-spezifischen Empfehlungen vorliegen, können die Empfehlungen für HBV und HCV, die die Viruslast als Kriterium bereits mit berücksichtigen, als Orientierungshilfe dienen, wenn die Frage von Einschränkungen der Berufsausübung bei HIV-Infizierten zur Diskussion steht. Ein erfolgreich behandelter HIV-Infizierter mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze würde damit ebenso wie HBV- oder HCV-infiziertes medizinisches Personal mit einer Viruslast unter 1000 Kopien/ml keinen generellen Einschränkungen der Berufstätigkeit unterliegen.

Grundsätzlich stellen Menschen mit einer HIV-Infektion im (beruflichen) Alltag keine Infektionsgefahr dar. Aufgrund der bereits gestiegenen und weiter steigenden Lebenserwartung für Menschen mit HIV sind die Gründe, wenn sie denn jemals bestanden, Menschen mit HIV aus bestimmten Bereichen des täglichen Lebens, wie auch des Arbeitslebens, auszuschließen oder ihnen Beschränkungen aufzuerlegen, heute bis auf ganz wenige Ausnahmen nicht mehr gegeben. Weiterhin kann als wissenschaftlich gesichert angesehen werden, dass von Menschen mit einer HIV-Infektion unter supprimierender ART auch in anderen Lebenszusammenhängen, die herkömmlicherweise eine gewisse Infektionsgefahr mit

Übersicht 1: Auflagen der Fallkonferenz für einen HIV- und HCV-infizierten Chirurgen

Der Betroffene

- darf während der Operation keine Hohlnadeln verwenden (trifft nicht zu)
- soll immer doppelte Handschuhe tragen (erfolgt bereits routinemäßig)
- soll korrekte Händehygiene durchführen (erfolgt bereits routinemäßig)
- soll bei Stichverletzung sofort das Instrumentarium wechseln (erfolgt bereits routinemäßig)
- soll Stichverletzungen sofort dem Durchgangsarzt melden (wird zugesagt)
- soll bei bekannter Infektion des Patienten Indikatorhandschuhe tragen (wird zugesagt)
- darf keine Operation ausgedehnter Bauchtraumata durchführen (trifft nicht zu)
- muss dem Gesundheitsamt unverzüglich mitteilen, wenn er sein Tätigkeitsfeld, die Arbeitsstelle, den Wohnort wechselt.

Kontrolluntersuchungen der HIV- und HCV-Viruslast sollen alle 6 Wochen durchgeführt werden.

sich bringen können, nach menschlichem Ermessen keine Infektionsgefahr ausgeht. Damit stellt sich in einem Maß wie nie zuvor die Anforderung und Aufgabe an die Gesellschaft, alle Menschen mit HIV in das Arbeitsleben ebenso zu integrieren, wie dies für Nichtinfizierte gilt.

Beschränkungen sind nur noch für einige wenige Tätigkeiten im Gesundheitswesen gerechtfertigt. Mit Verweis auf den Patientenschutz wurden und werden allerdings chronisch HIV-infizierte Menschen dort nicht selten mit unverhältnismäßigen Tätigkeitsverboten oder zumindest Einschränkungen der Berufstätigkeit belegt, erleiden Diskriminierungen und Verletzungen ihrer Persönlichkeitsrechte. Dabei ist es auch Aufgabe der im Arbeitsleben Beteiligten, das heißt Arbeitsvermittler, Arbeitgeber, Vorgesetzte, Betriebsärzte und Kollegen, Menschen mit HIV nicht zu diskriminieren sowie deren Persönlichkeitsrecht auf informationelle Selbstbestimmung durch Geheimhaltung der HIV-Infektion einzuhalten.

Die Autoren geben eine Übersicht der wichtigsten virologischen, arbeitsmedizinischen und rechtlichen Aspekte, die bei der Einschätzung evtl. im Einzelfall notwendiger Beschränkungen zu berücksichtigen sind. Im Bewusstsein, dass viele dieser Aspekte weiterhin kontrovers diskutiert werden, wird ein einheitliches, unter den Beteiligten abgestimmtes Vorgehen zur Verhütung nosokomialer HIV-Infektionen durch Beschäftigte vorgeschlagen, die übertragungsträchtige Tätigkeiten ausüben.

Virologische Aspekte

Nosokomiale Infektionen im Gesundheitswesen. In Deutschland gibt es schätzungsweise 5000 HIV-positive Mitarbeiter im Gesundheitswesen (Wicker et al. 2010). Prinzipiell ist eine Virusübertragung von einem chronischen Virusträger bei chirurgischen oder auch zahnärztlichen Eingriffen, bei denen es zu einer blutenden Selbstverletzung des Operateurs kommen kann, nie mit absoluter Sicherheit auszuschließen. Dies gilt für HIV ebenso wie für HCV oder HBV. Eine HIV-Transmission auf Patienten durch HIV-infiziertes medizinisches Personal ist jedoch ausgesprochen selten. Lediglich in weltweit vier Fällen ist eine Übertragung hinreichend gesichert.

1990/91 wurde der Fall eines Zahnarztes aus Florida publiziert, der nach den Ergebnissen molekulargenetischer Untersuchungen mindestens 5 seiner Patienten infiziert hatte. Danach wurden nur noch 3 weitere Fälle veröffentlicht, bei denen die HIV-Übertragung von infiziertem medizi-

Übersicht 2: Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr („übertragungsträchtige Tätigkeiten“)^a

- 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 beziehungsweise Tasten der Nadel
- Verschluss der Sternotomie und vergleichbare Verletzungsträchtige Tätigkeiten in der ärztlichen, zahnärztlichen und kieferchirurgischen Praxis

^a Die Auflistung (u.a. veröffentlicht in DVV [undatiert] oder Ross/Roggendorf [2004]) erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern will eine Orientierung für die i.d.R. erforderliche Einzelfallbewertung geben, die auch besondere Umstände wie Notfallsituationen berücksichtigen sollte. Ggf. sollte die Risikobewertung unter Beteiligung eines erfahrenen Fachkollegen des Betroffenen erfolgen. Ausdrücklich nicht zu diesem Katalog gehören invasive Tätigkeiten wie das Legen von peripheren Venenverweilkathetern oder zentralvenösen Kathetern.

nischem Personal (1 orthopädischer Chirurg, 1 Gynäkologe, 1 Krankenschwester) auf jeweils einen Patienten als gesichert angesehen werden kann. Wesentlich höher ist im Vergleich dazu die Zahl entsprechender Fälle für die Übertragung von Hepatitis-C-Virus (HCV) und insbesondere Hepatitis-B-Virus (HBV). Von Hofmann et al. werden hier in einer Publikation aus dem Jahr 2001 447 Fälle von HBV-Infektion und 231 Fälle von HCV-Infektion genannt, die von infizierten Mitarbeitern im Gesundheitswesen übertragen wurden. Eine weitere Zusammenstellung publizierter Untersuchungen zu Fällen der Infektionsübertragung, die für alle 3 blutübertragenen Erreger den gleichen Zeitraum (1991–2005) umfasst und daher für direkte Vergleiche besser geeignet erscheint, findet sich bei Perry et al. (2006). Hier werden für HCV 38 Fälle und für HBV 91 Fälle von Infektionen bei Patienten aufgelistet, die von 11 (HCV) beziehungsweise 12 (HBV) infizierten Operateuren ausgingen. In praktisch allen diesen Fällen handelte es sich um chirurgisch tätige Personen (vor allem Thoraxchirurgen und Gynäkologen), die Eingriffe mit einem besonders hohen Risiko der Infektionsübertragung (sog. „exposure-prone procedures“) durchführten. Eine Auflistung solcher Tätigkeiten zeigt die Übersicht 2. Neben der absoluten Zahl der Infektionsereignisse ist natürlich auch von Bedeutung, wie häufig sie in Relation zur Zahl der operierten Patienten sind. Dazu liegen Ergebnisse von sog. „Lookback“-Untersuchungen vor, bei denen nach Bekanntwerden einer Infektion bei operativ tätigen Personen die von diesen operierten Patienten soweit möglich nachuntersucht wurden. Auch Lookback-Untersuchungen zeigen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit einer Infektionsübertragung von HIV-infiziertem

medizinischem Personal im Vergleich zu HBV- oder HCV-infizierten Personen. In den von Perry et al. zusammengetragenen Fällen aus den Jahren 1991–2005 wurden bei den 3 bekannt gewordenen Fällen von HIV-Übertragung durch medizinisches Personal (der Fall des Zahnarztes aus Florida wurde hier nicht berücksichtigt, weil die Infektionen bereits vor dem Beginn des Untersuchungszeitraums stattgefunden hatten) etwa 3500 weitere Patienten im Rahmen des Lookbacks untersucht, bei denen keine HIV-Infektion festgestellt wurde. Für HBV kam es demgegenüber bei einer ähnlich hohen Zahl nachuntersuchter Patienten zu den oben genannten 91 Fällen von Infektionsübertragung und bei HCV stehen den 38 Fällen von Übertragung knapp 10 000 HCV-negativ nachgetestete Patienten gegenüber.

Darüber hinaus wurden auch Lookback-Untersuchungen publiziert, bei denen kein Fall einer Infektion eines Patienten durch infizierte Operateure nachgewiesen wurde. So fanden die CDC bei Lookback-Untersuchungen von 22 171 Patienten, die von insgesamt 51 HIV-positiven Mitarbeitern – u. a. Zahnärzte (45 %), Chirurgen (16 %) und Gynäkologen (6 %) – behandelt wurden, keine nosokomiale HIV-Infektion. Das HIV-Infektionsrisiko für die Patienten wird als sehr gering bewertet (Robert et al. 1995). Auch der Vergleich mit anderen durch Blut übertragbaren Krankheitserregern (hier insbesondere HBV und HCV) zeigt, dass HIV im medizinischen Bereich deutlich schwerer übertragbar ist, was im Wesentlichen durch die im Durchschnitt erheblich geringere Viruskonzentration im Blut von HIV-Infizierten im Vergleich zu Patienten mit chronischer Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Virus-Infektion bedingt sein dürfte.

Übertragungsträchtige Tätigkeiten. Nach den bereits erwähnten internationalen (Ross u. Roggendorf 2004) und nationalen Empfehlungen (DVV undatiert) dürfen Personen mit chronischen HBV- oder HCV-Infektionen Tätigkeiten mit erhöhtem Übertragungsrisiko ausüben – also die als am gefährlichsten hinsichtlich nosokomialer Übertragung von HBV und HCV eingestuft chirurgischen Prozeduren (Übersicht 2) – wenn deren Viruslast unter 1000 Kopien/ml bzw. unter der Nachweisgrenze liegt und besondere Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden (z. B. Tragen doppelter Handschuhe). Von den Möglichkeiten der Übertragung im Rahmen von chirurgischen Eingriffen ist die HIV-Infektion prinzipiell nicht anders zu beurteilen als die HBV- und HCV-Infektion, so dass auch hier bei einem negativen Ergebnis in einem Test mit einer Nachweisgrenze von 1000 Kopien/ml nur ein extrem geringes Risiko der Übertragung besteht. Ein negatives Ergebnis in einem der heute zur Verfügung stehenden ultrasensitiven Tests mit Nachweisgrenzen im Bereich von 20–50 Kopien/ml gibt noch eine zusätzliche Sicherheitsmarge, die im Hinblick auf die schwerwiegenderen Konsequenzen einer HIV-Transmission (bei gleicher Übertragungswahrscheinlichkeit) im Vergleich zu einer HCV- oder HBV-Infektion sicher erstrebenswert ist.

Auch andere Überlegungen unterstützen die Annahme, dass von einer HIV-infizierten, chirurgisch tätigen Person auch bei Tätigkeiten mit erhöhtem Übertragungsrisiko nur ein extrem geringes Risiko ausgeht, wenn die Viruslast unter der Nachweisgrenze eines hochempfindlichen Tests zum quantitativen HIV-RNA-Nachweis liegt. So zeigen verschiedene Untersuchungen, dass der Anteil infektiöser Viren (bestimmt als infektiöse Dosis [TCID₅₀] in Zellkultur) an der mittels HIV-1-RNA-Nachweis bestimmten Gesamtzahl an Viren sehr gering ist. In einer Publikation von Marozsan et al. (2004) wurden bei 6 verschiedenen Virusisolaten zwischen 7500 und mehr als einer Million RNA-Kopien pro infektiöser Einheit bestimmt. Rusert et al. (2004) fanden mit einer Methode, die eine effizientere Aufreinigung der infektiösen Viren ermöglicht, in 36 unterschiedlichen Patientenproben eine Relation von minimal ca. 500 RNA-Kopien pro infektiöser Einheit und maximal mehr als 100 000 RNA-Kopien pro infektiöser Einheit.

Dementsprechend wäre im ungünstigsten Fall davon auszugehen, dass bei einer Person mit 500 Kopien HIV-1-RNA pro ml Plasma etwa eine infektiöse Einheit pro ml vorhanden ist. Die bei Verletzungen im Rahmen von chirurgischen Eingriffen relevanten

Blutmengen liegen dagegen im Bereich von einem Mikroliter oder weniger (eine Zusammenstellung der Daten entsprechender Untersuchungen findet sich in dem Übersichtsartikel von Reid u. Juma 2009). Auch wenn man berücksichtigen muss, dass die in Zellkultur bestimmte Infektionsdosis nur ein Ersatzmarker für die zur Infektion eines Menschen erforderliche Dosis ist und Letztere möglicherweise deutlich niedriger liegt, kann davon ausgegangen werden, dass auch bei Schwankungen der HIV-1-Viruslast im Verlauf einer antiretroviralen Behandlung (sog. „Blips“) das Risiko einer Infektionsübertragung bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr extrem gering bleibt.

Arbeitsmedizinische Aspekte

Mitarbeiter-/Beschäftigtenschutz (Wunderle u. von Schwarzkopf 2010). Betriebsärzte haben die Aufgabe, Arbeitgeber und Beschäftigte zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zu beraten und zu unterstützen (§ 3 Arbeitssicherheitsgesetz). Sie sind im Betrieb eingebunden in die arbeitsmedizinischen Vorsorgemaßnahmen der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) in Verbindung mit § 15 Biostoffverordnung (BiostoffV, die den Schutz der Beschäftigten am Arbeitsplatz zum Ziel hat). Auf dieser Grundlage führt der Arbeitsmediziner/Betriebsarzt Untersuchungen, Impfungen, Arbeitsplatzbeurteilungen und Unterweisungen durch. Es sind drei Untersuchungskategorien definiert: Pflichtuntersuchung – Angebotsuntersuchung – Wunschartuntersuchung.

Das Untersuchungsspektrum in Einrichtungen des Gesundheitswesens umfasst HBV und HCV. Der HIV-Test wird angeboten und nur mit ausdrücklichem Einverständnis – z. B. auch nach Exposition – durchgeführt. Dem Betriebsarzt wird daher im Rahmen der arbeitsmedizinischen Untersuchung eine chronische HBV- und/oder HCV-Infektion immer bekannt; eine HIV-Infektion nur im Einzelfall.

Das Untersuchungsergebnis wird in standardisierter Form an den Unternehmer weitergegeben, d. h. ohne Diagnosen. Es werden folgende Formeln verwendet:

- keine gesundheitlichen Bedenken;
- keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen;
- gesundheitliche Bedenken;
- befristete gesundheitliche Bedenken.

Der Arbeitgeber hat einen grundsätzlichen Anspruch auf eine ärztliche Bescheinigung, da er Kenntnis darüber haben muss, ob und wie er den Beschäftigten am vorgesehenen Arbeitsplatz einsetzen kann.

Bei Verdacht auf eine beruflich erworbene Infektion ist eine Verdachtsanzeige auf Vorliegen eines Berufsunfalls oder einer Berufskrankheit an den Unfallversicherungsträger oder die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle zu richten (§ 202 Sozialgesetzbuch VII).

Beim Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen, z. B. Erregern wie HBV, HCV, HIV und Tuberkelbakterien, sind Pflichtuntersuchungen durchzuführen und soweit möglich Schutzimpfungen anzubieten. Bezüglich der Untersuchungen besteht eine Duldungspflicht beziehungsweise der Arbeitgeber darf, wenn eine Untersuchung nicht wahrgenommen wurde, den Beschäftigten nicht in gefährdenden Bereichen einsetzen, d. h. zu Tätigkeiten mit regelmäßigem Kontakt zu potenziell infektiösem Material, wie Körperflüssigkeiten, Ausscheidungen oder Gewebe.

Arbeitsmedizinische Untersuchungen sind deutlich zu unterscheiden von Einigungs-/Einstellungsuntersuchungen, für die der Arbeitgeber in der Regel betriebsexterne Ärzte – bei Beamten auch das Gesundheitsamt – beauftragt. Vom Betriebsarzt können sie nur dann durchgeführt werden, wenn eine Betriebsvereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung geschlossen wurde.

Entsprechendes gilt für personal- oder vertrauensärztliche Untersuchungen. Nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) muss die Arbeitnehmervertretung beteiligt werden (§ 9 Abs. 3 Satz 1 ASiG). Der Betriebsarzt muss mit der Arbeitnehmervertretung zusammenarbeiten und diese kann auf die Tätigkeit des Betriebsarztes Einfluss nehmen (§ 9 Abs. 1 ASiG) einschließlich der näheren Aufgabenbestimmung der Tätigkeit des Betriebsarztes (§ 9 Abs. 3 Satz 2 ASiG).

Wenn der Betriebsarzt aufgrund betriebsinterner Regelungen diese Untersuchungen durchführt, müssen sie für den Beschäftigten nachvollziehbar deutlich getrennt von den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen stattfinden. Auch der Betriebsarzt selbst muss zwischen der arbeitsmedizinischen Untersuchung und den genannten Auftragsuntersuchungen eine strikte Trennung gewährleisten; Daten und Befunde aus dem einen Bereich dürfen nicht in dem anderen verwendet werden. Die durchführenden Ärzte unterliegen in vollem Umfang der Schweigepflicht und sind an die arbeits- und berufsrechtlichen sowie fachlichen Anforderungen („Stand der medizinischen Wissenschaft“) gebunden – siehe dazu Abschnitt 4.

Chronisch HBV-, HCV-, HIV-infizierte Mitarbeiter. Bei chronisch infizierten Mitarbeitern gilt es, möglichst die Beschäftigung in dem entsprechenden Beruf beziehungsweise Tätigkeitsbereich zu erhalten und gleichzeitig die Betroffenen vor weiteren (Super-)Infektionen zu schützen. Arbeitsmedizinisch bestehen in der Regel bei chronisch infizierten Beschäftigten nach dem Untersuchungsgrundsatz G 42 „keine gesundheitlichen Bedenken“.

Ausnahmen stellen Situationen dar, in denen der Eigenschutz vor möglichen Superinfektionen, wie z. B. der Tuberkulose im Vordergrund steht. Dies ist im Einzelfall bezogen auf den konkreten Mitarbeiter zu prüfen und bei vorübergehend oder dauerhaft immunsupprimierten Beschäftigten der Fall. Es gilt die Schutzhierarchie: technische Maßnahmen (bei Tuberkulose z. B. Unterdruckzimmer) vor organisatorischen Maßnahmen (Isolation der Patienten, Einsatz von unterwiesenem Personal) und erst danach persönlichen Schutzmaßnahmen (z. B. Mundschutz, FFP2-Schutzmaske beim Umgang mit Patienten mit offener Lungentuberkulose). Bei schubweise verlaufenden Erkrankungen können befristete Empfehlungen ausgesprochen werden. Ferner sind regelmäßige Unterweisungen der Mitarbeiter in den jeweiligen Arbeitsbereichen vorgeschrieben.

Spannungsfeld Patientenschutz. Für den Patientenschutz (Schutz Dritter) sind primär das Krankenhaus beziehungsweise der Unternehmer und darüber hinaus über das Infektionsschutzgesetz (IfSG) das örtliche Gesundheitsamt zuständig. Wenn der Infizierte den Betriebsarzt nicht von seiner Schweigepflicht entbindet, wissen diese Beteiligten nicht, dass eine Infektion vorliegt, sie können gebotene Schutzmaßnahmen nicht veranlassen oder umsetzen. Nach dem IfSG ist dem örtlichen Gesundheitsamt nur die akute Hepatitis B (mit Nachweis von anti-HBc-IgM) sowie mangels serologisch fehlendem Frühmarker bei Hepatitis C die Erstdiagnose einer Infektion namentlich zu melden (§ 7 Abs. 1 Nr. 21 i.V.m. § 8 Abs. 1 Nr. 2,3 IfSG). Eine Meldepflicht für bereits bekannte chronische Infektionen besteht jedoch nicht. Für HIV sieht das IfSG eine nichtnamentliche Meldung durch den die Diagnose erhebenden Arzt (in der Regel das testende Labor beziehungsweise der Laborarzt) direkt an das Robert Koch-Institut vor. Somit sind dem örtlichen Gesundheitsamt HIV-Infektionen generell nicht bekannt.

Der Schutz Dritter fokussiert sich damit auf den betroffenen Mitarbeiter und

den Betriebsarzt, obwohl der Schutz von Patienten vor Infektionen durch Beschäftigte primär keine betriebsärztliche Aufgabe ist. Das durch die ärztliche Schweigepflicht geschützte Vertrauensverhältnis zwischen den beiden Beteiligten bietet jedoch die Chance, gemeinsam eine angepasste Schutzstrategie zu entwickeln und umzusetzen. Im rechtlichen Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutz (d. h. Arbeiterschutzes) und Infektionsschutz der Patienten einerseits sowie den berechtigten Interessen des Arbeitgebers und des Beschäftigten andererseits ist es nicht immer einfach, Lösungen zu finden. Der Betriebsarzt muss die fachlichen Bewertungen und Entscheidungen allein treffen. Mit den Fallkonferenzen, an die der Betriebsarzt sich wenden beziehungsweise die er einberufen kann, wurde ein Verfahren geschaffen, das eine umfassende Prüfung ermöglicht und die Verantwortung von Anfang an auf mehrere Schultern verteilt.

Handlungsbedarf bezüglich des Patientenschutzes besteht nur bei chronisch (oder gelegentlich auch akut) HBV-, HCV- und HIV-infizierten Beschäftigten, die so genannte verletzungs- beziehungsweise übertragungsträchtige Tätigkeiten ausüben und deren Viruslast nachhaltig über den wissenschaftlich begründeten Grenzwerten liegt. Vorrangig handelt es sich hier um operative Fachbereiche, insbesondere wenn zeitkritische, nicht elektive Eingriffe beziehungsweise Notfalloperationen erfolgen wie beispielsweise in der Unfallchirurgie. Außerdem kommen die Bereiche Intensivmedizin, Geburtshilfe, Ambulanzen, Notfallrettung und wenige weitere Fachrichtungen in Betracht. Zu berücksichtigen sind ebenfalls Besonderheiten des Patientenkontexts, da etwa bei aggressiven, gewaltbereiten Patienten auch medizinische Maßnahmen problematisch sein können, die sonst kein relevantes Übertragungsrisiko mit sich bringen. Ein generelles Vorgehen ohne Einzelfallprüfung ist daher nicht möglich. Es bedarf immer einer individuellen Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsbereichs nach der BiostoffV sowie der Tätigkeiten in Abhängigkeit von der persönlichen Qualifikation und gesundheitlichen Situation. Ferner sind im Einzelfall die immunologischen Parameter des Infizierten sowie insbesondere auch die Viruslast zu berücksichtigen.

In diesem Kontext spielt die Compliance (Adhärenz) eine wichtige Rolle,

- bezogen auf die medizinische Therapie und
- bezogen auf die Umsetzung der Maßnahmen am Arbeitsplatz.

Auf der Grundlage der Gefährdungsanalyse und der persönlichen (Befund-)Daten macht der Betriebsarzt – ggf. unter Beteiligung einer Fallkonferenz – nach dem Prinzip der Schutzhierarchie Vorschläge für einzelfallbezogene technische Maßnahmen wie z. B. Anwendungen von Non-Touch-Techniken, organisatorische Maßnahmen wie z. B. Abstimmen von OP-Plänen, anderen geplanten Interventionen u. Ä. Bei der persönlichen Schutzausrüstung ist grundsätzlich ein Zweifach-Handschuhschutz erforderlich. Jede einzelne Maßnahme muss sich am aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und Wissenschaft orientieren sowie notwendig, geeignet und verhältnismäßig sein. Sind mehrere gleichwertige Vorgehensweisen möglich, muss diejenige gewählt werden, die bei Abwägung der Interessen und Gefahrenlage für den betroffenen Beschäftigten den geringsten Eingriff in seine Persönlichkeitsrechte darstellt (RKI 1999).

Die neuere epidemiologisch-virologische Bewertung der HIV-Infektion und die Entwicklungen der antiretroviralen Therapie ermöglichen es, HIV-infizierte Beschäftigte – wie bisher schon HBV- und HCV-Infizierte – nach Unterweisung über bestehende Risiken, unter Einhaltung persönlicher Schutzmaßnahmen und regelmäßiger Kontrolle der Viruslast auch bei invasiver, übertragungsträchtiger Tätigkeit ohne generelle Einschränkungen weiter zu beschäftigen.

Fallkonferenzen. Wenn der Betriebsarzt fachliche Unterstützung braucht und die Verantwortung teilen will, kann er eine Fallkonferenz einberufen oder sich an eine z. B. beim Gesundheitsamt oder der Ärztekammer etablierte Fallkonferenz wenden. So hatte der eingangs erwähnte HIV- und HCV-infizierte Chirurg (Korn 2010) nicht den Betriebsarzt, sondern das Gesundheitsamt über seine Situation informiert und dort war mit seinem Einverständnis eine Fallkonferenz einberufen worden. Näheres zu Fallkonferenzen siehe bei DVV (undatiert) oder Ross u. Roggendorf (2004). Es spricht einiges für betriebsextern zusammen tretende Fallkonferenzen, weil sie unabhängiger von eventueller Einflussnahme durch den Arbeitgeber sind und im anonymen Verfahren der Persönlichkeitsschutz der betroffenen Mitarbeiter besser gewährleistet werden kann. Bei betriebsinternen Fallkonferenzen sollte mit dem Einverständnis des betroffenen Mitarbeiters das Gesundheitsamt wegen der Zuständigkeit nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) mit einbezogen werden.

Übersicht 3: Bremer Erfahrungen mit Fallkonferenzen (Wunderle 2010)

Zwischen 2002 und 2010 war das Gesundheitsamt Bremen an insgesamt 6 Fallkonferenzen beteiligt. In 4 Fällen ging es um eine chronische HBV- und in je einem Fall um eine chronische HCV- beziehungsweise HIV-Infektion. Fünf der 6 Betroffenen hatten eine ärztliche Tätigkeit (3x in der Ausbildung, 1x Facharzt-, 1x Oberarztfunktion). Vier der 5 ärztlich Tätigen arbeiteten im operativen Bereich (2x Chirurgie; 1x Gynäkologie; 1x Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) und alle hatten eine chronische HBV-Infektion. Die fünfte Person aus dem ärztlichen Bereich arbeitete in der Anästhesie und hatte eine chronische HCV-Infektion. Die sechste Person war im OP als OP-Pflegekraft (am OP-Tisch) beschäftigt, bei ihr war eine HIV-Infektion diagnostiziert worden.

In fünf der sechs Fälle konnte in der Fallkonferenz eine für alle Beteiligten akzeptable Lösung gefunden werden. Diese beinhaltete für die im operativen Bereich tätigen Ärzte eine Einschränkung bestimmter risikoträchtiger Operationen, meist Notfalloperationen, bei denen es bekanntermaßen zu Verletzungen kommen kann. Konkret wurden je nach Fachgebiet bis zu 4 Operationen als Problem diskutiert. In den jeweiligen Abteilungen konnte organisatorisch geregelt werden, dass die Betroffenen nicht zu diesen Operationen eingeteilt werden beziehungsweise in Dienstzeiten außerhalb der Regelarbeitszeit diese Eingriffe von anderen Kollegen übernommen werden können. Für einen am Anfang seiner Ausbildung stehenden Betroffenen (MKG-Chirurg) war das Ergebnis der Diskussion zu einschränkend für seine weiteren Berufsaussichten. Er hat kurz nach der Konferenz das Krankenhaus und die Stadt verlassen, fraglich auch das Fachgebiet gewechselt.

Der chronisch HCV-infizierte Beschäftigte einer anästhesiologischen Abteilung kann ohne Einschränkung weiterarbeiten. Auch die Anlage von zentralvenösen Kathetern (inkl. Shaldon-Katheter) wurde nicht als relevantes Risiko bewertet.

Die HIV-infizierte OP-Pflegekraft kann ebenfalls ohne Einschränkung ihre Tätigkeit weiter ausüben und Instrumente am OP-Tisch anreichen.

Somit wurden für alle Betroffenen adäquate Tätigkeiten in ihrem Berufsfeld gefunden.

Die Erfahrungen zeigen, dass gemeinsam tragfähige Lösungen gefunden wurden, die sowohl dem Schutz Dritter dienen als auch dem Schutz des einzelnen Beschäftigten. Die Entscheidungen wurden von mehreren Repräsentanten verschiedener Bereiche, Fachrichtungen und Institutionen gemeinsam getroffen. Allerdings wurde in einigen Fällen die Therapie-Compliance und die Viruslast in den Fallkonferenzen noch nicht berücksichtigt, hier ermöglicht die Entwicklung jetzt differenziertere Beurteilungen.

Die multidisziplinär besetzte Fallkonferenz bewertet das Risiko, empfiehlt Maßnahmen zum Infektionsschutz und macht ggf. Auflagen für die Ausübung übertragungsträchtiger Tätigkeiten. Im anonymen Verfahren obliegt es dem Betriebsarzt oder einer neutralen Vertrauensperson des Betroffenen, die Entscheidungen der Fallkonferenz zu vermitteln und ihre Einhaltung zu kontrollieren. In beiden Verfahren kann jedoch auch das örtliche Gesundheitsamt auf der Grundlage des § 16 IfSG (Ermittlungen des Gesundheitsamtes, Unterrichtspflichten des Betriebsarztes) nach einem vereinbarten Zeitraum beim Betriebsarzt beziehungsweise bei der neutralen Vertrauensperson nachfragen, ob die empfohlenen Maßnahmen eingehalten wurden/wurden oder nicht. Diese dürfen darüber Mitteilung machen (§ 16 IfSG; Allgemeine Maßnahmen der Behörde), wenn dies mit dem Betroffenen so vereinbart wurde. Das Vorgehen sollte dokumentiert und eine nach Möglichkeit genau definierte Schweigepflichts-

entbindungserklärung verfasst werden. Liegt eine solche Einverständniserklärung nicht vor, ist dies – als Ultima ratio – nur unter (zulässigem) Bruch der Schweigepflicht im Rahmen des rechtfertigenden Notstands nach § 34 Strafgesetzbuch (StGB) möglich. Bevor im Einzelfall die Schweigepflicht gegen den Willen des Betroffenen aus Gründen des rechtfertigenden Notstands nach § 34 StGB gebrochen wird, sollte Rechtsrat eingeholt und das Vorgehen rechtlich abgestimmt werden. Bei Nichteinhalten der Auflagen kann das Gesundheitsamt nach dem IfSG dafür sorgen, dass die für erforderlich gehaltenen Maßnahmen bindend umgesetzt werden (§ 28 IfSG; Schutzmaßnahmen).

Die Mitglieder der Fallkonferenz unterliegen der Schweigepflicht. Teilnehmer sind: Betriebsarzt/Arbeitsmediziner, Krankenhaushygieniker, ärztliche Direktion (nur betriebsinternes Gremium), Infektiologe/Hepatologe, Vertreter des örtlichen Gesundheitsamtes, die betroffene Person/Interessen-

vertreter (offenes Verfahren) und im Bedarfsfall eine fachkundige Person aus dem Arbeitsbereich des Infizierten, die über mögliche Verletzungs-/Infektionsrisiken z. B. spezieller Operationstechniken Auskunft geben kann.

- „Offenes Verfahren“: Dies setzt das Einverständnis – Entbindung der Schweigepflicht – des Betroffenen voraus. Der von der Schweigepflicht entbundene Betriebsarzt (ggf. das Gesundheitsamt oder die Ärztekammer) kann so die verschiedenen Vertreter zur Fallkonferenz einladen und alle vorliegenden Informationen einbringen.
- „Anonymes Verfahren“: Der Infizierte beruft sich auf die Schweigepflicht des Betriebsarztes. Der Betriebsarzt initiiert eine Fallkonferenz, auf der ohne Kenntnis der personenbezogenen Daten alle infektiologisch und bezüglich der Tätigkeit sowie der persönlichen Situation des Betroffenen relevanten Punkte diskutiert und bewertet werden.

Arbeitsrechtliche Aspekte

Die hier dargestellten arbeitsrechtlichen Grundsätze entsprechen ständiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts und sind in ihren wesentlichen Punkten nicht umstritten. Die in den Fußnoten genannten Referenzen beziehen sich auf die im Literaturverzeichnis unter 8 (ErfK), 14 (MüArbR) und 18 (Schaub) aufgeführten Handbücher und Kommentare.

Für Menschen mit einer HIV- oder ggf. HBV- oder HCV-Infektion gelten keine anderen Rechtsgrundsätze als für andere Menschen auch¹. Arbeitsrechtlich kommt es für die rechtlichen Verpflichtungen des Mitarbeiters, seine Leistungspflichten aus dem Arbeitsverhältnis zu erfüllen, maßgeblich auf seine Eignung an, die vertraglich vorgesehene Tätigkeit für den Arbeitgeber zu erbringen². Im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ganz allgemein können sich hier in zweierlei Hinsicht Einschränkungen ergeben, die letztlich zu „Leistungsstörungen“³ im Hinblick auf die vom Mitarbeiter zu erbringende Vertragserfüllung führen können. Es können einerseits Beeinträchtigungen gesundheitlicher Art vorliegen, die die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters selbst betreffen und andererseits solche, die Einschränkungen der Eignung für die Ausführung der Tä-

¹ Dies wird ausdrücklich hervorgehoben, vgl. Buchner in MüArbR, 2009, Bd. I, § 30, Rz. 416 m.w.N.

² Vgl. Buchner in MüArbR, 2009, Bd. I, § 30, Rz. 261 ff. m.w.N.

³ vgl. Oetker in ErfK, 2010, 430, § 1, Rz. 127 m.w.N.

tigkeit in der Weise mit sich bringen, dass diese mit Gefahren, insbesondere Infektionsgefahren, für Dritte verbunden sind, die bei vertragsgemäßer Ausübung der Tätigkeit herkömmlicherweise mit dem Mitarbeiter in Kontakt kommen⁴. Solche die Eignung beeinträchtigende Faktoren wirken sich unterschiedlich aus, je nachdem in welcher Situation sich der Mitarbeiter befindet, ob in der Anbahnung eines Vertragsverhältnisses, das heißt im Bewerbungsverfahren, oder bei einem bereits bestehenden Beschäftigungsverhältnis, da der Mitarbeiter in den jeweiligen Situationen als rechtlich unterschiedlich schutzwürdig erachtet wird. Bei der rechtlichen Beurteilung kommt es immer auf eine konkrete und individuelle Betrachtung des jeweiligen Einzelfalles an. Pauschalaussagen sind kaum möglich.

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf „zur Regelung des Beschäftigtendatenschutzes“ vorgelegt⁵. Ziel ist es, gesetzlich festzulegen, welche Daten von Mitarbeitern erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen, die für das Beschäftigungsverhältnis „erforderlich“ sind. Nach der Vorstellung der Bundesregierung sollen diese Regelungen in das Bundesdatenschutzgesetz aufgenommen werden. Der Bundesrat stimmte den Vorstellungen der Bundesregierung mit einigen darüber hinausgehenden Vorschlägen zu, favorisiert jedoch ein eigenes Gesetz⁶. Die Gremien sind sich aber in den Grundlagen einig, so dass es wohl bald zur Verabschiedung entsprechender Vorschriften kommen wird. Daten von Mitarbeitern – auch solche über die Gesundheit – dürfen demnach im Bewerbungsverfahren nur erhoben werden, wenn sie den Vorschriften des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) entsprechen und wenn sie für die Eignung des Beschäftigten „für die vorgesehene Tätigkeit erforderlich“ sind. Der Arbeitgeber darf keine Auskunft über die Schwerbehinderung verlangen. Ärztliche Untersuchungen bei der Begründung des Beschäftigungsverhältnisses (§ 32a DSG – GE Beschäftigtendatenschutz) dürfen nur durchgeführt werden, „wenn und soweit“ die Erfüllung „bestimmter“ gesundheitlicher Voraussetzungen wegen „der Art der auszuübenden Tätigkeit“ oder „der Bedingungen ihrer Ausübung“ eine „wesentliche

und entscheidende berufliche Anforderung zum Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme“ darstellt. Der Betroffene muss über die durchzuführenden Maßnahmen aufgeklärt werden, er muss zustimmen und die vollständigen Ergebnisse müssen ihm mitgeteilt werden. Dem Arbeitgeber darf nur mitgeteilt werden, ob der Beschäftigte nach dem Untersuchungsergebnis für die vorgesehene Tätigkeit geeignet ist. Der Arbeitgeber darf die Begründung des Beschäftigungsverhältnisses nur dann von einer Untersuchung und einem Eignungstest abhängig machen, wenn dies „wegen der Art der auszuübenden Tätigkeit oder der Bedingungen ihrer Ausübung erforderlich“ ist. Untersuchungen während des Beschäftigungsverhältnisses (§ 32c Abs. 3 DSG – GE Beschäftigtendatenschutz) sind nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an der fortdauernden Eignung des Beschäftigten begründen, oder ein Wechsel der Tätigkeit oder seines Arbeitsplatzes beabsichtigt ist und wenn sie verhältnismäßig sind.

Eignung des Mitarbeiters in gesundheitlicher Hinsicht. Einschränkungen der Eignung für die Ausübung der vertraglich zugesicherten Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters können sich daraus ergeben, dass der Mitarbeiter an einer Erkrankung leidet, die dazu führt, dass er krankheitsbedingt in absehbarer Zeit arbeitsunfähig sein wird, entweder in Form von Langzeiterkrankungen oder wiederholt auftretender Kurzeiterkrankungen⁷. Es bedarf, bezogen auf die Möglichkeiten der Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses, einer negativen Prognose⁸. Diese betrifft einerseits die auf absehbare Zeit bevorstehende Einsetzbarkeit des Mitarbeiters und die Prognose über den weiteren Verlauf der Erkrankung, mit anderen Worten, ob sich die gesundheitliche Situation des Mitarbeiters so verbessert, dass er ohne größere Beeinträchtigungen seiner Leistungsfähigkeit seinen vertraglichen Verpflichtungen aus dem Beschäftigungsverhältnis zukünftig wird nachkommen können.⁹

Eine andere – mittelbare – Einschränkung der Eignung kann sich daraus ergeben, dass der betreffende Mitarbeiter im Rahmen seiner vertraglich vereinbarten Tätigkeit in der Weise mit Dritten in Berührung kommt, dass diese durch die spezifische Art und Weise des Kontakts im

Rahmen der Ausübung der Tätigkeit Gefahren ausgesetzt werden, insbesondere, und dies soll hier ganz besonders betrachtet werden, Infektionsgefahren durch HIV-beziehungsweise HCV- oder andere Virusinfektionen.

Liegen bei dem Mitarbeiter entweder die oben beschriebenen Gesundheitsbeeinträchtigungen vor, die seine individuelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigen oder solche, die Gefahren für Dritte mit sich bringen, so ist eine Eignung für die Tätigkeit nicht gegeben. Entscheidend kommt es aber in jedem Fall darauf an, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung sich auf die vertragliche Leistungspflicht auswirken muss. Nicht jede Infektionskrankheit, auch wenn sie chronisch ist, wie die HIV-Infektion generell oder gegebenenfalls eine HBV- oder HCV-Infektion, führt zu Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit, sondern nur dann, wenn die oben genannten Kriterien erfüllt sind. Ist dies nicht der Fall, so ist der Mitarbeiter zur uneingeschränkten Ausübung der vertraglich geschuldeten Tätigkeit in der Lage, ohne dass das Vorliegen einer Erkrankung zu weiteren rechtlichen Konsequenzen führt.

Kommt es für die Eignung der Ausübung einer Tätigkeit auf gesundheitliche Aspekte an, so dürfen diese als vertragsrelevant vom jeweiligen Arbeitgeber überprüft werden¹⁰. Diese Überprüfung kann einerseits in der Weise erfolgen, dass von Arbeitgeberseite ärztliche Untersuchungen durchgeführt beziehungsweise angeordnet werden¹¹, um die Eignung festzustellen und/oder indem der Arbeitgeber den Mitarbeiter zulässigerweise auf möglicherweise bestehende Einschränkungen der gesundheitlichen Eignung hin befragt¹². Dabei ist der Mitarbeiter verpflichtet, wahrheitsgemäße Angaben dann zu machen, wenn die bei ihm bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung unter den beiden o. g. Aspekten zu Beeinträchtigungen seines Leistungsvermögens führen kann. Allerdings besteht eine solche Verpflichtung nur in der Weise, dass er aufklärungspflichtig bezüglich möglicher Beeinträchtigungen ist, nicht hingegen in Bezug auf die Gründe für solche Einschränkungen¹³. Mit anderen Worten, er muss gegebenenfalls Angaben darüber machen, dass möglicherweise Arbeitsunfähigkeiten

⁴ Preis in ErfK, 2010, 230, § 611, Rz. 282; Buchner in MüArbR, 2009, Bd. I, § 30, Rz. 285, jeweils m.w.N.

⁵ GE Beschäftigtendatenschutz, BMI-0-15-7, Stand: 24.08.2010.

⁶ Empfehlung zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Beschäftigtendatenschutzes vom 25.10.10, 876 Sitzung am 05.11.2010, BR-DrS 535/2/10.

⁷ vgl. hierzu Oetker in ErfK, 2010, 430, § 1, Rz. 138 ff. m.w.N.

⁸ vgl. hierzu Oetker in ErfK, 2010, 430, § 1, Rz. 139 ff. m.w.N.

⁹ vgl. ebenda.

¹⁰ Preis in ErfK, 2010, 230, § 611, Rz. 271 m.w.N.

¹¹ vgl. Preis in ErfK, 2010, 230, § 611, Rz. 292 ff. m.w.N.

¹² vgl. Preis in ErfK, 2010, 230, § 611, Rz. 271 ff. m.w.N.

¹³ Dies ergibt sich aus den Grundsätzen des Umfangs der Rechtfertigung ärztlicher Einstellungsuntersuchungen.

drohen oder Infektionsgefahren für Dritte, nicht hingegen weshalb solche Umstände bestehen. Im Rahmen der ärztlichen Untersuchung dürfen von dem untersuchenden Arzt grundsätzlich nur solche Untersuchungen durchgeführt werden, die sich auf die berufliche Leistungsfähigkeit im Sinne der konkreten Tätigkeit beziehen¹. Darüber hinausgehende diagnostische Maßnahmen etc. sind nicht statthaft. Insgesamt sind alle derartigen Untersuchungen des Bewerbers freiwillig². Allerdings ist die Verweigerung einer zulässigen ärztlichen Untersuchung eine eher theoretische Erwägung, denn wer eine vom potenziellen Arbeitgeber gewünschte Einstellungsuntersuchung nicht durchführen lässt, wird Probleme haben, die Stelle zu bekommen.

(Personal-/vertrauensärztliche) Eignungsuntersuchung. Die gesundheitliche Situation eines Menschen ist Gegenstand seines Persönlichkeitsrechts, in das der Arbeitgeber durch ein Recht auf medizinische Untersuchung des Mitarbeiters beziehungsweise durch dessen Befragung nur sehr eingeschränkt eingreifen darf³. Ein solcher Eingriff ist nur statthaft, wenn sich gesundheitliche Umstände auf das Arbeitsverhältnis auswirken und wenn der Arbeitgeber schutzwürdig ist⁴, etwa weil die Folgen der HIV-Erkrankung zum Wegfall der beruflichen Eignung führen würden. Medizinische Untersuchungen können nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) in den Grenzen des Tarifvorzugs (§ 77 Abs. 3 BetrVG) beziehungsweise des Tarifvorbehalts (§ 87 Abs. 1 BetrVG) Gegenstand von Betriebsvereinbarungen sein⁵. Der Inhalt von Betriebsvereinbarungen muss allerdings mit höherrangigem Recht, auch und insbesondere mit den Grundrechten der Arbeitnehmer vereinbar sein.

Darüber hinaus besteht Einigkeit, dass der Regelungskompetenz der Betriebspartner im Interesse des Individualschutzes des einzelnen Arbeitnehmers weitere Grenzen gesetzt sind. Demnach dürfen durch den Inhalt von Betriebsvereinbarungen nicht elementare Rechte des Arbeitnehmers ohne sachlichen Grund eingeschränkt werden.⁶ Die allgemeine Anordnung von HIV-Tests

und ähnlichem durch Betriebsvereinbarungen im Rahmen einer allgemeinen ärztlichen Untersuchung bei Einstellung eines Mitarbeiters in einem Krankenhaus wird demzufolge, wenn nicht konkret aufgrund der angestrebten Tätigkeit hierzu Anlass besteht, unzulässig sein.

Für den Fall, dass medizinische Untersuchungen durchgeführt werden, ist der hiermit beauftragte Arzt, sei es ein Betriebsarzt, das Gesundheitsamt oder eine mit der Untersuchung beauftragte außenstehende ärztliche Praxis, ganz allgemein zu ärztlicher Verschwiegenheit verpflichtet und eine erteilte Schweigepflichtentbindung zu Gunsten des Arbeitgebers bezieht sich ausschließlich auf die Beurteilung, ob eine Leistungsfähigkeit beziehungsweise Eignung für die konkret angestrebte Tätigkeit gegeben ist beziehungsweise welche Einschränkungen für die Tätigkeit gegeben sind oder nicht⁷. Diagnosen oder Einzelheiten aus den ärztlichen Untersuchungen dürfen nicht – auch nicht verschlüsselt – an den Arbeitgeber weitergegeben werden. Im Rahmen der medizinischen Tätigkeit ist der Arzt an die berufsrechtlichen und fachlichen Anforderungen gebunden. Er muss wahrheitsgemäße Angaben über die gesundheitliche Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters bezogen auf die konkrete Tätigkeit abgeben. Diese müssen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen (vgl. auch § 8 Abs. 1 Satz ASiG). Kann der herangezogene Arzt die medizinischen Fragen nicht aus eigener Sachkunde beantworten, so muss er sich gegebenenfalls extern durch Fachärzte kundig machen.⁸

Gesetzliche Regelungen bezüglich der gesundheitlichen Eignung. Die vorgenannten Grundsätze und medizinischen Aspekte sind auch bei der Auslegung der Begriffe der gesundheitlichen Eignung für das Führen der Berufsbezeichnungen „Altenpfleger, Altenpflegerin“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 AltPflG), „Krankenschwester, Krankenpfleger“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 KrPflG, § 15 Abs. 2 Nr. 1a KrPflG) sowie „Rettungsassistentin, Rettungsassistent“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 RettAssG) etc. anzuwenden. Dies gilt auch für die Erteilung der Approbation für Ärzte (§ 39 Abs. 1 Nr. 6 ÄAppO 2002). Keine der hier angesprochenen chronischen Virusinfektionen, sei es eine HIV-, eine HBV- oder eine

HCV-Infektion, stellt per se einen Grund dar, die Eignung zur Ausübung eines Berufs im Gesundheitswesen aus gesundheitlichen Gründen abzulehnen. Auch die Ausbildung in den jeweiligen Berufsfeldern ist trotz Bestehen einer solchen Infektion möglich. Sofern für einzelne Tätigkeiten die hier beschriebenen Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden oder bestimmte Tätigkeiten in der Ausbildung ausgeschlossen werden, kann die Ausbildung trotzdem erfolgreich absolviert und abgeschlossen werden. Allgemein ist es sachlich nicht gerechtfertigt, das Nichtvorliegen einer der hier genannten Infektionen zu einer Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung in den jeweiligen Berufen zu machen. Dies zum Auswahlkriterium für die Einstellung in ein entsprechendes Ausbildungsverhältnis zu machen, wird unzulässig sein. Ebenso stellt das Vorliegen einer HIV-, HCV- oder HBV-Infektion kein Hindernis dar, das Medizinstudium durchzuführen und erfolgreich zu absolvieren. Selbstverständlich gilt dies für Berufe im nicht medizinischen Bereich und ohne jegliche Expositionsgefahr für Dritte erst recht.

Bewerbungsverfahren. Im Rahmen der Anbahnung des Beschäftigungsverhältnisses wird der Arbeitgeber im Vergleich zu einem bereits bestehenden Beschäftigungsverhältnis von der Rechtsordnung insoweit privilegiert, als dass ihm gestattet wird, die Eignung des Mitarbeiters zur Ausübung der angestrebten Tätigkeit auch in gesundheitlicher Hinsicht entweder zu erfragen oder ärztlich feststellen zu lassen. Hierbei muss er allerdings, wie oben dargelegt, die Persönlichkeitsrechte des Mitarbeiters achten. Es ist ihm nur erlaubt, solche Umstände ärztlich feststellen zu lassen oder zu erfragen, die für die konkrete vertraglich vereinbarte Tätigkeit relevant sind⁹. Allgemeine Fragen zur Gesundheit sind regelmäßig unzulässig¹⁰. Auch die Frage nach Bestehen einer „Infektionskrankheit“ ist unzulässig, wenn diese für die konkrete Tätigkeit, die vertraglich zugesichert wird, nicht relevant ist¹¹. Solche Fragen können auch gegen ein Diskriminierungsverbot nach § 1 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verstoßen, weil sie je nach Einzelfall auf die Erkundung einer Behinderung ausgerichtet sein können, so dass die Frage nach einer Krankheit oder einem Leiden auch diskrimi-

¹ vgl. Preis in ErfK, 2010, 230, § 611, Rz. 292 ff. m.w.N.

² Preis in ErfK, 2010, 230, § 611, Rz. 294 m.w.N.

³ Preis in ErfK, 2010, 230, § 611, Rz. 282 m.w.N.

⁴ vgl. anschaulich Buchner in MüArbR, 2009, Bd. I, § 30, Rz. 406 m.w.N.

⁵ Vgl. § 8 Abs. 3 ASiG zum Verfahren bei Dissens zwischen Arbeitgeber und Betriebsarzt.

⁶ Vgl. Kania in ErfK, 2010, 210, § 77 BetrVG, Rz. 38a m.w.N.

⁷ Preis in ErfK, 2010, 230, § 611, Rz. 296 m.w.N.

⁸ vgl. hierzu näher Oetker in ErfK, 2010, 430, § 1, Rz. 116. Dieselben Grundsätze, die für die Begutachtung gelten, inwieweit ggf. eine die negative Prognose bei einer krankheitsbedingten Kündigung berechtigende Erkrankung vorliegt, gelten auch für die Eignungsuntersuchung.

⁹ Vgl. oben.

¹⁰ Vgl. Preis in ErfK, 2010, 2430, § 611, Rz. 282 m.w.N.

¹¹ Dies ergibt sich aus den allgemeinen Grundsätzen, vgl. wie vor.

nierungsrelevant sein kann¹². Hierbei spielt es keine Rolle, ob solche Fragen in einem schriftlichen Bewerbungsbogen oder mündlich gestellt werden¹³. Stellt der Arbeitgeber im Rahmen des Bewerbungsverfahrens unzulässige Fragen, so muss der Bewerber diese nicht wahrheitsgemäß beantworten. Ihm steht insoweit ein „Recht zur Lüge“ zu.¹⁴

Nichts anderes gilt für eine ärztliche Untersuchung im Rahmen des Bewerbungsverfahrens¹⁵. Für die Durchführung der Untersuchung gelten die oben genannten Grundsätze. Kommt es demnach auf das Vorliegen von Infektionskrankheiten, so auch eine HIV-, HBV- oder HCV-Infektion für das konkrete Beschäftigungsverhältnis nicht an, so dürfen von dem untersuchenden Arzt solche Befunde auch nicht erhoben werden¹⁶. Zudem ist nach allgemeiner Rechtsprechung die Durchführung eines HIV-Tests, selbst wenn der HIV-Status als relevant für die konkrete Tätigkeit anzusehen wäre, von der ausdrücklichen Einwilligung des Bewerbers abhängig¹⁷. Zu beachten ist auch, dass die Untersuchung auf HIV nicht zu den Untersuchungen nach § 15 BioStoffV oder dem Untersuchungsgrundsatz G 42 (Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung) gehört. Der Mitarbeiter darf auch, sofern der untersuchende Arzt im Rahmen der Untersuchung nach einer bestehenden bekannten HIV-, HBV- oder HCV-Infektion fragt, wahrheitswidrige Angaben machen, wenn eine solche Infektion für die angestrebte Tätigkeit nicht relevant ist, da der untersuchende Arzt lediglich als Informationsmittler für den Arbeitgeber fungiert und dem Bewerber insofern dieselben Rechte diesem Arzt gegenüber zustehen, wie sie gegenüber dem potentiellen Arbeitgeber bestehen¹⁸. Dies gilt auch, wenn zum Beispiel das Gesundheitsamt mit der Untersuchung beauftragt ist. Auch den Gesundheitsbehörden gegenüber besteht keine Offenbarungspflicht, wenn

die Untersuchung ausschließlich bezüglich der Frage der Eignung für eine spezifische Tätigkeit durchgeführt wird. Zum einen gilt das soeben Gesagte und zum anderen besteht auch aus einer sonstigen Rechtsgrundlage, etwa § 7 Abs. 3; § 8 Abs. 1 Nr. 1, 2 IfSG keine entsprechende Mitteilungspflicht für den Betroffenen. In den wenigen Zweifelsfällen, in denen eine HIV-, HBV- oder HCV-Infektion gegebenenfalls für die auszuübende Tätigkeit relevant werden könnte, muss der Bewerber sich, bevor er leichtfertig unwahre Angaben hierüber im Bewerbungsverfahren macht, gegebenenfalls sachkundig machen dadurch, dass er (zunächst möglichst anonymisiert) Erkundigungen bei einem fachkundigen Arzt oder bei einer Gesundheitsbehörde einholt.

Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses. Bei einem bereits bestehenden Beschäftigungsverhältnis ergeben sich bei der Beurteilung der Eignung des Mitarbeiters aus gesundheitlichen Gründen, insbesondere aufgrund des Vorliegens einer HIV-, HBV- oder HCV-Infektion andere rechtliche Konsequenzen, als im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens. Liegt die Eignung des Mitarbeiters nicht (mehr) vor, so besteht unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit für den Arbeitgeber, das Arbeitsverhältnis zu kündigen. Hierbei gelten die allgemeinen arbeitsrechtlichen Grundsätze zum Beispiel des Kündigungsschutzgesetzes, die hier nicht detailliert erörtert werden sollen¹⁹. In der Literatur wird nach wie vor zwischen HIV-Infektion und ausgebrochener AIDS-Erkrankung differenziert. Demnach soll die bloße HIV-Infektion herkömmlicherweise für das Arbeitsverhältnis irrelevant sein, während die AIDS-Erkrankung eine negative Prognose für die Zukunft erlaube²⁰. Die diesbezüglichen Ausführungen basieren auf Veröffentlichungen aus den 80er Jahren. Nach heutigem Stand der Medizin in der Behandlung der HIV-Infektion können auch Menschen, die bereits erheblich erkrankt waren und die nach klinischen und/oder immunologischen Kriterien bereits eine manifeste AIDS-Erkrankung (Stadium C3 nach der CDC-Klassifikation) aufwiesen, durch eine adäquate Therapie wieder in den Stand versetzt werden, dass sie auf Jahre und ggf. bis zum Rentenalter arbeitsfähig sind.

Heute wird davon ausgegangen, dass eine Person mit einer HIV-Infektion bei wirksamer medikamentöser Behandlung regelmäßig eine Lebens- und Leistungserwartung vergleichbar etwa einem Diabetiker haben kann. Jedenfalls gilt heute mehr denn je, dass jeder Fall individuell und konkret betrachtet werden muss. Für den Fall, dass die Eignung des Mitarbeiters in einem der wenigen Fälle dadurch eingeschränkt ist, dass gegebenenfalls Infektionsgefahren für Dritte bestehen, aber die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters im Übrigen nicht beeinträchtigt ist, ist vor Aussprechen einer Kündigung nach den einschlägigen Vorschriften des Kündigungsschutzgesetzes von Seiten des Arbeitgebers regelmäßig zu überprüfen, ob der Mitarbeiter anderweitig beschäftigt werden kann mit der Folge, dass Infektionsgefahren regelmäßig auszuschließen sind und dies dem Arbeitgeber aufgrund seiner betrieblichen Struktur zumutbar ist²¹.

Unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Mitarbeiters ist der Arbeitgeber allerdings verpflichtet, über eine ihm bekannt gewordene HIV-, HBV- oder HCV-Infektion gegenüber den anderen Mitarbeitern Stillschweigen zu wahren. Wird die Infektion gegenüber anderen Mitarbeitern bekannt und weigert sich die Belegschaft daraufhin, mit dem infizierten Mitarbeiter weiterhin zusammen zu arbeiten und fordert den Arbeitgeber auf, den infizierten Mitarbeiter zu entfernen, so gelten die Grundsätze der so genannten „Druckkündigung“²². Selbst wenn eine solche Drucksituation in einem Betrieb entsteht, ist der Arbeitgeber zunächst gehalten, alle geeigneten Mittel zu ergreifen, dem Druck entgegenzuwirken, um eine Kündigung zu vermeiden. Hierzu gehört ggf. die intensive Aufklärung der anderen Mitarbeiter, Versetzung des betroffenen Mitarbeiters etc.²³ Gegebenenfalls muss er auch hinnehmen, dass andere Mitarbeiter die Kündigung aussprechen, bevor er dem infizierten Mitarbeiter die Kündigung aussprechen darf. Hat der Arbeitgeber die Drucksituation durch seine eigene Indiskretion zu vertreten, so wird eine Kündigung unter diesen Voraussetzungen regelmäßig unzulässig sein.²⁴

¹² Vgl. Bundesarbeitsgericht vom 17.12.2009 – 8 AZR 670/08, Rz. 25.

¹³ Die Rechte des Arbeitnehmers sind im Rahmen einer einheitlichen Rechtsordnung zu sehen. Die Rechtsgrundsätze lassen sich nicht durch Formalien – wie mündlich oder alternativ schriftlich gestellte Fragen – auseinanderdividieren.

¹⁴ Preis in ErfK, 2010, 430, § 611, Rz. 271 m.w.N. – ständige Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts und unstrittig in der juristischen Literatur.

¹⁵ vgl. Buchner in MüArbR, 2009, Bd. I, § 30, Rz. 406 m.w.N.

¹⁶ ebenda.

¹⁷ Dies ergibt sich aus den allgemeinen Grundsätzen für die Durchführung des HIV-Tests, worauf auch Buchner in MüArbR, 2009, Bd. I, § 30, Rz. 409, hinweist.

¹⁸ Vgl. Preis in ErfK, 2010, 2430, § 611, Rz. 293 m.w.N.

¹⁹ vgl. Berkowski in MüArbR, 2009, Bd. I, § 115, Rz. 81 ff. m.w.N.; Oetker in ErfK, 2010, 2430, § 1, Rz. 110 ff. m.w.N.

²⁰ vgl. Berkowski in MüArbR, 2009, Bd. I, § 115, Rz. 81 ff. m.w.N.; Oetker in ErfK, 2010, 2430, § 1, Rz. 152.

²¹ vgl. Oetker in ErfK, 2010, 2430, § 1, Rz. 152 m.w.N.; Linck in Schaub, 2009, § 131, Rz. 16 m.w.N.

²² ArbG Berlin NZA 1987, 637.

²³ Vgl. Berkowski in MüArbR, 2009, Bd. I, § 115, Rz. 91; ArbG Berlin NZA 1987, 637.

²⁴ vgl. hierzu Linck in Schaub, 2009, § 131, Rz. 16 m.w.N auf die Rechtsprechung.

► HIV und übertragungs-trächtige Tätigkeiten – Verantwortung teilen

Wie eingangs bereits dargelegt, spielt die HIV-Infektion oder auch eine HBV- beziehungsweise HCV-Infektion im Rahmen von herkömmlichen Beschäftigungsverhältnissen kaum jemals eine relevante Rolle. Über ihr Vorliegen darf der Mitarbeiter regelmäßig schweigen beziehungsweise im Bewerbungsverfahren „unwahre“ Angaben machen. Ebenso ist er nicht verpflichtet, im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses den Arbeitgeber vom Vorliegen einer solchen Infektion in Kenntnis zu setzen. Dabei sind insbesondere die hier dargestellten medizinischen Gesichtspunkte für die Vertragsparteien zu beachten. Nur in ganz wenigen Ausnahmefällen bei übertragungs-trächtigen Tätigkeiten im Gesundheitswesen wird die HIV- beziehungsweise die HBV- oder HCV-Infektion arbeitsrechtlich relevant.

Aber auch im Gesundheitswesen ergibt sich für HIV-positive Beschäftigte – wie bei allen anderen Beschäftigten mit (chronischen) Krankheiten – daraus keine Pflicht oder Veranlassung, den Arbeitgeber oder den Betriebsarzt, oder, wenn sie z. B. freiberuflich tätig sind, das Gesundheitsamt zu informieren. Betroffene, die gefahrgeneigte Tätigkeiten ausüben, tragen jedoch eine besondere Verantwortung insbesondere gegenüber den von ihnen behandelten Patienten. Diese Verantwortung sollten sie wegen der damit verbundenen psychischen Belastungen, aber auch zur fachlichen, ethischen und rechtlichen Absicherung nicht allein tragen.

Es wird deshalb vorgeschlagen, gemeinsam mit dem HIV-behandelnden Arzt und dem Betriebsarzt (bei Freiberuflern mit dem Gesundheitsamt) eine kontrollierte Strategie zur weiteren Berufsausübung unter optimalen Schutzbedingungen abzusprechen, schriftlich niederzulegen und umzusetzen:

- Intensives und engmaschiges Monitoring durch den HIV-behandelnden Arzt im Wissen um die berufliche Tätigkeit des Betroffenen; gegebenenfalls Wahl einer gut steuerbaren antiretroviralen Therapie. Wie bei anderen Erkrankungen sind nach Auffassung der Autoren auch bei HIV medizinische Aspekte bei der Behandlung der Krankheit vorrangig. Diese können auch ergeben, dass eine antivirale Therapie nicht indiziert ist. Wenn dies jedoch mit einer signifikanten Viruslast einhergeht, die längerfristig über 500 Vi-

ruskopien/ml Blut liegt¹, müssen jedenfalls Beschäftigte, die die oben beschriebenen übertragungsträchtigen Tätigkeiten (vgl. Übersicht 2) ausüben, entweder diese Tätigkeiten einstellen oder auch ohne medizinische Indikation eine antivirale Therapie durchführen, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit weiterhin ohne wesentliche Einschränkungen ausüben wollen. Der Schutz des Patienten hat insoweit Vorrang vor der medizinisch individuellen Entscheidung des betroffenen Mitarbeiters oder behandelnden Arztes.

- Einbeziehung des Betriebsarztes (ggf. des Gesundheitsamtes), auch wenn die Viruslast konstant unter der Nachweisgrenze liegt und schriftliche Vereinbarung von Maßnahmen (ggf. unter Beteiligung einer Fallkonferenz):
- strenges Einhalten von Hygieneregeln: Händehygiene, doppelte (ggf. Indikator-) Handschuhe, Non-Touch-Techniken etc.;
- feste Intervalle der Viruslastbestimmung und regelmäßige Information des Betriebsarztes (mindestens halbjährlich).
- Information des Betriebsarztes (ggf. des Gesundheitsamtes), wenn die Viruslast nicht nur kurzfristig („Blip“) über die Nachweisgrenze ansteigt (z. B. unzureichendes Ansprechen der Therapie oder beginnendes Therapieversagen oder Erstdiagnose/Therapiebeginn); hier kann durch den Betriebsarzt eine befristete Unterlassung gefährdender Tätigkeiten ausgesprochen werden, bis die Virämie beseitigt wird.
- Gelingt es nicht, die Viruslast nachhaltig unter die Nachweisgrenze zu bringen, kann zunächst geprüft werden, ob der Betriebsarzt (ggf. das Gesundheitsamt) – ein dauerhaftes Verbot übertragungs-trächtiger Tätigkeiten ausspricht oder – bei fortschreitendem Immundefekt beim Arbeitgeber ohne Nennung der Diagnose eine dauerhafte Umsetzung in Tätigkeitsbereiche ohne gefahrgeneigte Tätigkeiten erreichen kann.
- Erst wenn auch diese Möglichkeit nicht genutzt werden kann, ist aus arbeitsrechtlichen Gründen (die geschuldete Arbeitsleistung kann nicht mehr erbracht werden) die Information des Arbeitgebers unumgänglich.

¹ Die Autoren schlagen diesen Grenzwert als Ergebnis der Bewertung aktuell verfügbarer epidemiologischer und virologischer Daten vor (vgl. Abschnitt 2)

- Sollte es trotz aller Schutzmaßnahmen zu einer möglichen Übertragung von HI-Viren auf Patienten gekommen sein, muss der betroffene Patient aufgeklärt und ggf. innerhalb von zwei Stunden eine HIV-Postexpositionsprophylaxe eingeleitet werden (RKI 2008).

Da die HIV-Infektion – wie dargelegt – keiner namentlichen Meldepflicht unterliegt, erfahren die Gesundheitsämter nur in Ausnahmefällen vom Infektionsstatus eines Beschäftigten im Gesundheitswesen. Betroffene können jedoch – nicht nur über die Beteiligung des Gesundheitsamtes an einer Fallkonferenz – freiwillig das Gesundheitsamt in das hier vorgeschlagene Verfahren mit einbeziehen. Das Gesundheitsamt kann sich zunächst beratend beteiligen und ggf. bei der Umsetzung beziehungsweise Kontrolle der vereinbarten Maßnahmen mitwirken.

► Literatur

- 1 CDC. Editorial Note zu Schwaber (2009) in MMWR 2009; 57: 1413–1415.
- 2 DVV. Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) zur Prävention der nosokomialen Übertragung von Hepatitis-B-Virus (HBV) und Hepatitis-C-Virus (HCV) durch im Gesundheitswesen Tätige, undatiert. pdf-Datei auf der Homepage der DVV unter http://www.dvv-ev.de/emf/und_merk.html
- 3 Henderson DK. SHEA Guideline of Management of Healthcare Workers Who Are Infected with Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and/or Human Immunodeficiency Virus. Infect Control Hospital Epidemiol 2010; 31: 204–232 (Datei auf der Homepage der SHEA: http://www.shea-online.org/Assets/files/guidelines/BBPathogen_GL.pdf (letzter Zugriff am 14.09.2010))
- 4 Hofmann F, Kralj N, Hasselhorn H-M. Zur HBV-, HCV- und HIV-Infektion von Patienten durch medizinisches Personal. Ergomed 2001; 25: 70–74.
- 5 Jarke J. Chronisch HBV-, HCV-, HIV-infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2004; 39: 8: 428–434.
- 6 Korn K. HIV-infizierte Mitarbeiter im Gesundheitswesen – was dürfen sie (nicht)? Retrovirus-Bulletin 2010; 1: 9–11.
- 7 Marozsan AJ, Fraundorf E, Abraha A, Baird H, Moore D, Troyer R, Nankja I, Arts EJ. Relationships between infectious titer, capsid protein levels, and reverse transcriptase activities of diverse human immunodeficiency virus type 1 isolates. J Virol 2004; 78: 11130–11141.

- 8 Müller-Glöke R, Preis U, Schmidt I (Hrsg.). Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht. München: Verlag C.H. Beck, 2010 (zit.: Bearbeiter in ErFK 2010).
- 9 Pärli K, Caplazi A, Suter C. Recht gegen HIV/AIDS-Diskriminierung im Arbeitsverhältnis. Eine vergleichende Untersuchung zur Situation in Kanada, Großbritannien, Frankreich, Deutschland und der Schweiz. Bern: Haupt Verlag, 2007.
- 10 Perry JL, Pearson RD, Jagger J. Infected health care workers and patient safety: a double standard. *Am J Infect Control* 2006; 34: 313–319.
- 11 RKI. Zur Problematik der nosokomialen Übertragung von HIV. *Epid Bull* 1999; 34: 251–253.
- 12 RKI. Deutsch-Österreichische Empfehlungen zur postexpositionellen Prophylaxe nach HIV-Exposition Link auf der Homepage des RKI (Stand: Januar 2008).
- 13 Reid S, Juma OA. Minimum infective dose of HIV for parenteral dosimetry. *Int J STD AIDS* 2009; 20: 828–833. Review.
- 14 Richardi R, Wlotzke O, Wißmann H, Oetker H (Hrsg.): Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht, Band 1, Individualarbeitsrecht. München: Verlag C.H.Beck, 2009 (zit.: Bearbeiter in MüArbR, Bd. I, 2009).
- 15 Robert LM, Chamberland ME, Cleveland JL et al. Investigation of patients of health care workers infected with HIV: The Centers for Disease Control and Prevention Database. *Ann Intern Med* 1995; 122: 653–657.
- 16 Ross RS, Roggendorf M (Hrsg.). Übertragungsrisiko von HBV, HCV und HIV durch infiziertes medizinisches Personal. Pabst Sciences Publishers, 2004; dort nationale und internationale Empfehlungen im Nachdruck, S. 134ff.
- 17 Rusert P, Fischer M, Joos B, Leemann C, Kuster H, Flepp M, Bonhoeffer S, Günthard HF, Trkola A. Quantification of infectious HIV-1 plasma viral load using a boosted in vitro infection protocol. *Virology* 2004; 326: 113–129.
- 18 Schaub G, Koch U, Linck R, Vogelsang H. Arbeitsrechtshandbuch – Systematische Darstellung und Nachschlagwerk für die Praxis. München: Verlag C.H. Beck, 2009 (zit.: Bearbeiter in Schaub 2009).
- 19 Schwaber MJ, on behalf of the HIV Lookback Working Group, Israel Ministry of Health. Investigation of patients treated by an HIV-infected cardiothoracic surgeon – Israel 2007. *MMWR* 2009; 57: 1413–1415.
- 20 Siedenburg J. HIV-positive Flugzeugführer und Flugsicherheit. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2007; 42: 428–434.
- 21 Wicker S, Rabenau HF, Groneberg DA. Die HIV/AIDS-Epidemie und ihre Auswirkungen auf die Arbeitswelt unter Berücksichtigung des Gesundheitswesens. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2010; 45: 338–341.
- 22 Wunderle W. persönliche Mitteilung Dr. Werner Wunderle, Leiter der Infektionsepidemiologie des Gesundheitsamtes Bremen, Stand 7/2010 (unveröffentlicht).
- 23 Wunderle W, von Schwarzkopf H. Infektionsschutz für Beschäftigte: Ein Kooperationsfeld zwischen Betrieb und Gesundheitsamt. *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst* 2010; 23: 108–120.

Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. Jens Jarke
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Abteilung Gesundheit
Billstr. 80a, 20539 Hamburg
E-Mail: jens.jarke@bgv.hamburg.de