

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

7/97

Übertragung von HIV durch infizierten Chirurgen in Frankreich

Einer Mitteilung des französischen Ministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit vom 15.1.1997 zufolge hat ein Chirurg (orthopäd. Chirurgie) aus einem Pariser Vorort einen seiner Patienten mit HIV infiziert. Nachdem im Oktober 1995 der HIV-positive Serostatus des Chirurgen öffentlich bekannt geworden war, wurde vom französischen Gesundheitsministerium beschlossen, alle Patienten des Chirurgen zu informieren und ihnen einen HIV-Test anzubieten. Der Chirurg selbst hatte sich wahrscheinlich im Mai 1983 mit HIV infiziert. Die Diagnose der Infektion erfolgte zeitgleich mit der AIDS-Diagnose erst im März 1994.

3.004 Patienten hatten mindestens eine invasive Behandlung durch diesen Arzt erfahren. 2.458 Patienten konnten per Post erreicht werden. Der Serostatus konnte bei 968 Patienten bestimmt werden, 967 waren seronegativ. Bei einem Patienten wurde ein positives Ergebnis festgestellt. Dieser Patient war vor der 10stündigen Operation, die durch den Chirurgen 1992 ausgeführt wurde, noch HIV-seronegativ gewesen. – Im *Institut Pasteur* wurden die Virusstämme bestimmt und verglichen. Die mit zwei unterschiedlichen Methoden durchgeführte Feintypisierung ergab eine enge Verwandtschaft der beiden isolierten Virusstämme. – Die Begutachtung der chirurgischen Arbeitspraxis zeigte, daß der Chirurg während der Operationen Wunden und Schnitte erlitten hatte und somit Patienten durchaus gegenüber seinem Blut exponiert waren. Die Verletzungen des Chirurgen sind jedoch eher mit den Operationstechniken in der orthopädischen Chirurgie als mit der persönlichen Arbeitstechnik des Chirurgen selbst in Verbindung zu bringen. Die praktizierten Infektionsschutzmaßnahmen entsprachen den Empfehlungen.

Zusammenfassend gibt es aus epidemiologischer Sicht eine Reihe von Argumenten, die für eine nosokomiale HIV-Übertragung vom Chirurgen auf seinen Patienten sprechen und diese höchst wahrscheinlich machen: 1.) Der Patient war vor der Operation HIV-negativ und hatte keine weiteren Infektionsrisiken oder Expositionsmöglichkeiten; 2.) Verletzungen des operierenden Personals mit der Folge einer Exposition des Patienten sind in der orthopädischen Chirurgie keine Seltenheit; 3.) der Patient hatte durch die Operationsdauer (10 h) eine lange Expositionszeit; 4.) die Viruslast des Chirurgen war zum Zeitpunkt der Operation des Patienten möglicherweise erhöht; 5.) die Virussequenzanalysen zeigten übereinstimmende Ergebnisse.

Dies ist der zweite bekanntgewordene Fall einer Übertragung von HIV von einer im Gesundheitswesen beschäftigten Person auf einen Patienten. Im ersten Fall handelte es sich um einen Zahnarzt aus Florida, der unter bis heute nicht vollständig geklärten Umständen sechs seiner Patienten mit HIV infizierte.²

1. *Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. Communiqué, 15. 1.1997*; 2. *Ciesielski C, Marianos D, Ou CY, Dumbaugh R, Witte J, Berkelmann R et al.: Transmission of human immunodeficiency virus in a dental practice. Ann Intern Med 1992; 116: 798 – 805*

Diese Woche:

**HIV-Übertragung
auf Patienten durch
infizierten Chirurgen**

**Hinweis:
Empfehlung von 1991
zu Vorsorgemaßnahmen
gegen eine HIV-
Übertragung durch
infizierte Ärzte**

**Influenzasituation
in Deutschland**

**EPIET-Programm
wird fortgesetzt**

**Jahresstatistik
meldepflichtiger
Krankheiten 1996**

18. Februar 1997

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Wir nehmen das Bekanntwerden des in diesem Heft geschilderten weiteren Falles einer Übertragung von HIV durch einen infizierten Arzt auf einen seiner Patienten zum Anlaß, nochmals an die gemeinsame Empfehlung des Bundesgesundheitsministeriums und der Spitzenorganisationen der deutschen Ärzteschaft vom Juli 1991 zu erinnern. Sie behält auch aus heutiger Sicht ihre Gültigkeit:

Gemeinsame Empfehlung des Bundesgesundheitsministeriums und der Spitzenorganisationen der Ärzteschaft

vom Juli 1991 (gekürzt)

»Die Möglichkeit einer Ansteckung eines Patienten gelegentlich diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen durch einen HIV-infizierten Arzt ist in den letzten Jahren wiederholt erörtert worden. Dieses Risiko ist nach allen vorliegenden, mehr als zehnjährigen Erfahrungen im Umgang mit HIV außerordentlich gering [...].

Das Risiko einer HIV-Übertragung vom Arzt auf Patienten ist nur im Verlauf von invasiven Eingriffen denkbar, wie sie in bestimmten operativen Fächern und in der Zahnheilkunde vorgenommen werden. Nur hierbei kann es zu blutenden Selbstverletzungen des Operateurs kommen. Ärzte und Zahnärzte, die solche Tätigkeiten ausüben und bei denen Infektionsrisiken bestanden oder bestehen, sollten durch einen HIV-Antikörpertest abklären, ob sie als potentielle Infektionsquelle in Betracht kommen. Bei negativem Testausfall und weiter bestehendem Infektionsrisiko sollten sie den Test in regelmäßigen Abständen wiederholen.

Kammern und Fachgesellschaften sollten auf der Basis ihrer Erfahrungen und Sachkunde prüfen, inwieweit bei bestimmten invasiven Eingriffen mit Selbstverletzungen zu rechnen ist, die zu Infektionen

führen können. HIV-infizierte Ärzte oder Zahnärzte sollten keine derartigen Eingriffe vornehmen.

Bei positivem Testausfall sollten keine ärztlichen oder zahnärztlichen Eingriffe vorgenommen werden, die eine Verletzungsgefahr für den Operateur selbst beinhalten und somit auch eine Infektionsgefahr für den jeweiligen Patienten. Alle anderen ärztlichen Tätigkeiten können ohne Vorbehalt ausgeübt werden. Der HIV-infizierte Arzt oder Zahnarzt soll gegebenenfalls seine Tätigkeit einschränken oder in ein anderes Tätigkeitsfeld wechseln. Ihm ist hierbei weitgehende Unterstützung zu gewähren, insbesondere ist dafür Sorge zu tragen, daß er in seinen sonstigen ärztlichen Tätigkeitsbereichen und in seinem beruflichen Fortkommen nicht darüber hinaus beeinträchtigt wird. Der Fürsorgepflicht der Ärzteschaft bzw. der Arbeitgeber kommt in dieser Situation eine besondere Bedeutung zu. Die gebotene Hilfe muß angemessen sein und ohne Diskriminierung gewährt werden. [...]

Quelle: Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit Nr. 59 v. 30. Juli 1991

Influenzasituation in Deutschland

Die Daten des Sentinels der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) lassen im Laufe der 6. Woche noch einen weiteren Anstieg des ARE-Anteils in den Beobachtungspraxen erkennen. Der ARE-Anteil lag insgesamt bei 14,2% (pädiatrische Praxen 29,0%, allgemeinmedizinische Praxen 11,4%, s. Abb. 1). Weiterhin sind ganz besonders Kinder, Jugendliche und jüngere Erwachsene betroffen. Eine Erhöhung der Krankenhauseinweisungen ist vor allem für Kleinkinder und ältere Personen nachweisbar. In den meisten Regionen scheint der Gipfel der Influenza-Ausbreitung erreicht zu sein. Im Rahmen eines heterogenen Spektrums der Erreger akuter respiratorischer Erkrankungen werden gehäuft Influenzavirusinfektionen nachgewiesen. Von insgesamt 103 Virusisolaten sind 78 Influenza A (H3N2) und 25 Influenza B.

Quelle: Bericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) v. 12.02.97

Anteil in Prozent bzw. Anzahl der Isolate

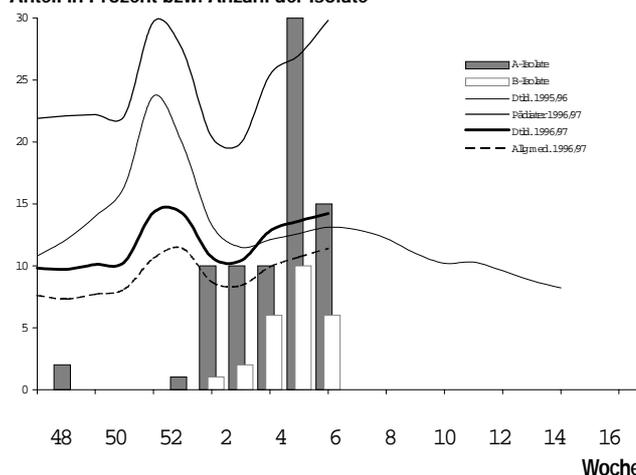


Abb. 1 Anteil der ARE an den Arztkonsultationen (Sentinel der AGI) und Isolierung von Influenzaviren

EPIET-Programm wird 1997 mit neuem Studiengang fortgesetzt – Bewerbungen noch möglich

Die folgende Meldung erreichte uns leider sehr spät:

Bis zum **28. Februar 1997** können sich Interessenten für das *European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET)* für einen neuen Studiengang bewerben. Durch dieses Programm, das seit 1995 von der Europäischen Union finanziert wird, sollen Experten der EU-Mitgliedstaaten zusammengeführt und gemeinsam ausgebildet werden, so daß sie eine gemeinsame Fachsprache sprechen, vergleichbare epidemiologische Methoden anwenden und weiterhin in direktem Informationsaustausch bleiben.

Die 22 Monate dauernde Ausbildung, deren neuer Studiengang am 1. Oktober 1997 beginnt, richtet sich vor allem an Mediziner mit Erfahrung in Public Health und einem ausgeprägten Interesse an angewandter Epidemiologie. Besonderer Wert wird auf

ergebnisorientierte Arbeit mit Public-Health-Relevanz gelegt. Ausbildungsziele sind u. a. die selbständige Untersuchung von Clustern und Ausbrüchen, die Gestaltung und Durchführung von Studien, die Analyse, Evaluation oder Implementierung nationaler Surveillance-Systeme sowie die Mitwirkung bei Public-Health-Entscheidungsprozessen und die Beratung von Entscheidungsträgern. Weitere Einzelheiten zum Programm enthält ein jetzt in der *InfFo* I/97 erscheinender Artikel. Nähere Informationen können direkt im EPIET Programme Office unter folgender Adresse angefordert werden:

Dr. Frank van Loock, Institute for Hygiene and Epidemiology
14 J. Wytzmanstraat
B-1050 Brussels
Belgium
Tel.: 322 642 57 83, Fax: 322 642 54 10
E-mail: frank.vanloock@ihe.be