

A. Nassauer
Robert Koch-Institut, Berlin

Zur Notwendigkeit von Regelungen der Berufsausübung von HBV- und HCV-Trägern in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Ein Diskussionsbeitrag zu Teilaspekten der Gesamtproblematik

Am 14. Juli 2001 berichtet die „Ärzte Zeitung“, dass ein Herzchirurg des Göttinger Universitätsklinikums trotz einer seit 24 Jahren bestehenden Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus rund 5000 Patienten operiert habe. Gegenüber der Klinikleitung hatte der Mediziner seine Infektion verschwiegen. Dem Betriebsarzt war die vorliegende chronische Infektion bekannt, er glaubte sich aber an seine Schweigepflicht gebunden und hatte deshalb dem Arbeitgeber über die Infektion keine Mitteilung gemacht.

Am 19. Juli 2001 ist in der Berliner „BZ“ zu lesen, dass in einem Krankenhaus ein mit dem Hepatitis-C-Virus infizierter Chirurg jahrelang Patienten operiert hatte, ohne dass diese über seine Krankheit informiert wurden.

Die „Frankfurter Rundschau“ teilt am 27. Juli 2001 mit, dass die Leitung des Städtischen Klinikums Fulda einem Neurochirurgen wegen nachgewiesener Hepatitis-B-Virus-Trägerschaft zum Monatsende gekündigt habe. Auch in diesem Fall war die Betriebsärztin über die bestehende Infektion informiert. Sie gab Details über die Ergebnisse der Untersuchung des Neurochirurgen an ihre Vorgesetzten weiter.

Durch die Berichterstattung in den Medien wurde die Problematik zur Beschäftigung von HBV- und HCV-Cariern in Krankenhäusern erneut und verstärkt thematisiert, und mehrere Betriebsärzte wandten sich mit der Bitte um fachliche Beratung an das Robert Koch-Institut. Zum Beispiel waren in einem Kranken-

haus die Chirurgen nach entsprechender Aufforderung durch den Krankenhaus-träger bereit, sich beim Betriebsarzt auf HBV- und HCV-Marker untersuchen zu lassen, während sich die in der Endoskopie tätigen Internisten mehrheitlich einer Vorstellung beim Betriebsarzt verweigerten. Mehrere Anrufe betrafen Berufsausübungsregelungen für HBV- und HCV-Carrier in verschiedenen chirurgischen Abteilungen. In einem weiteren Fall wurde mitgeteilt, dass ein langjährig auf einer Intensivstation tätiger Arzt über zehn Jahre keine arbeitsmedizinische Untersuchung hatte durchführen lassen. Er selbst wusste, dass er HBV-Träger ist. In einem anderen Krankenhaus wurde im Rahmen von Screening-Untersuchungen beim Personal festgestellt, dass mehrere Pflegekräfte HBV- bzw. HCV-Träger sind. Ein Student der Zahnmedizin wollte vom Robert Koch-Institut wissen, ob er bedenkenlos sein Studium fortsetzen könne, obwohl er HBV-Carrier ist. Im Rahmen seiner eigenen Recherche hatte ihm sein behandelnder Arzt geraten, sein Studium aufzugeben, da er später einmal nicht als Zahnarzt tätig sein könne, während diese Bedenken von seiner Kursleiterin und einer Landes Zahnärztekammer nicht geteilt wurden.

Rechtslage

Einschlägig für die Regelung der angesprochenen Sachverhalte ist § 31 IfSG. Nach Satz 1 der Vorschrift kann die zuständige Behörde Kranken, Krankheits-

verdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen. Carrier erfüllen aber keinen der genannten Tatbestandsmerkmale, insbesondere sind sie nicht Ausscheider im Sinne des Gesetzes. Der Gesetzgeber hat in der genannten Rechtsnorm aber die Lücke, die zuvor in § 38 BSeuchG noch bestand, gesehen und durch Satz 2 der Vorschrift geschlossen: „Satz 1 gilt auch für sonstige Personen, die Krankheitserreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht“ (Legaldefinition des Carriers). Wer zuständige Behörde ist, bestimmen die Länder in eigener Zuständigkeit. In der Regel ist dies die allgemeine Polizei- und Ordnungsbehörde im Benehmen mit dem Gesundheitsamt als Fachbehörde.

Eine Verschärfung des IfSG ist somit zum Tätigwerden der zuständigen Behörde nicht erforderlich. Allerdings bedarf es einer genaueren Betrachtung, aufgrund welcher Rechtsgrundlage das Gesundheitsamt als primärer Adressat für Meldungen und Mitteilungen aus Krankenhäusern Kenntnis darüber erlangt, dass ein Arzt oder Beschäftigter des Pflegepersonals als Carrier von HBV oder HCV Patienten infizieren kann.

Dr. Alfred Nassauer,
Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin

Eine Meldepflicht besteht gem. § 6 IfSG nur für die akute Hepatitis (mit typischer klinischer Symptomatik). § 7 IfSG verpflichtet Laboratorien zur Meldung, sofern ein Erregernachweis auf eine akute Infektion hinweist. Diese Aussage (akute, abgeheilte oder chronische Infektion) ist bei Hepatitis B durchaus möglich. Bei Hepatitis C stehen aber entsprechende Routinemethoden nicht zur Verfügung. Deshalb bestimmt § 7 Nr. 21 IfSG, dass für HCV-Nachweise (durch AK-Nachweise oder mittels PCR) eine Meldepflicht besteht, soweit nicht (bereits) bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt. Im Ergebnis bedeutet dies, dass seit dem 1. Januar 2001 jeder Erstdiagnose von HCV dem Gesundheitsamt namentlich zu melden ist. Dabei ist unerheblich, ob nach der Anamnese eine akute oder eine chronische Infektion angenommen wird. Für alle anderen Fälle normiert das IfSG keine namentliche Meldepflicht eines Virusträgers.

Einige Länder haben jedoch schon vor Jahren eine erweiterte Meldepflicht für HBV- und HCV-Carrier eingeführt [1], so dass zumindest in Sachsen, Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern die zuständige Behörde in die Lage versetzt wird, die erforderlichen Maßnahmen gegenüber einem Betroffenen zu verfügen. In Sachsen-Anhalt ist die Meldung eines Carriers durch Erlass geregelt, in Thüringen besteht eine Vereinbarung zwischen Sozialministerium, Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung über die freiwillige Meldung von Carriern an das Gesundheitsamt mit Einverständnis des Betroffenen. In allen anderen Ländern gibt es keine Meldepflicht für Carrier.

Als mehrheitlich vertretene Position hat sich durchgesetzt, dass von gesunden Trägern des Hepatitis-B- oder -C-Virus zwar die Gefahr einer Weitergabe des Erregers im Einzelfall ausgeht, überwiegend durch die Viren im Blut und in Sekreten, aber keine Gefahr für die Allgemeinheit angenommen werden kann. Es gibt hier eine Gemeinsamkeit mit gesunden Trägern des HIV. Eine Meldepflicht für Virusträger, die dann eine möglichst vollständige Erfassung zum Ziel haben und konsequenterweise zu einer Art Register führen müsste, gilt als nicht ausreichend begründet [2]. Zur Minimierung des Infektionsrisikos im Krankenhaus stehen durchaus Empfehlungen zur Verfügung [1,3,4].

Die eingangs geschilderten, weitere, schon früher veröffentlichte [5] und zahlreiche dem RKI telefonisch mitgeteilte Ereignisse zeigen, dass die neuen Regelungen des IfSG einen entscheidenden Schritt weiter führen, eine im Einzelfall aber allen Interessen gerecht werdende Lösung im Gesetz selbst nicht vorgezeichnet ist.

Wird also einem Betriebsarzt im Rahmen einer medizinischen Vorsorgeuntersuchung ein Befund über den Carrierstatus eines Beschäftigten mit HBV oder HCV bekannt, so wird er in den o.g. Ländern mit erweiterter Meldepflicht, diesen Befund dem Gesundheitsamt mitteilen. In den übrigen (westlichen) Ländern besteht aktuell keine Meldepflicht und Betriebsärzte werden die sehr komplizierte Gewissensprüfung nachzuvollziehen haben, die ihnen § 34 StGB auferlegt. Nach dieser Vorschrift ist der Bruch der Schweigepflicht gerechtfertigt, wenn ein Arzt in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht (seine Schweigepflicht bricht), um die Gefahr von einem anderen abzuwenden. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist. (Dazu ausführlich: [1]).

Dieses Problem wurde unter anderem in einem Urteil des OLG Frankfurt am Main erörtert. Das Gericht hatte zu entscheiden, ob ein Arzt der Lebenspartnerin eines AIDS-Patienten (beide waren bei ihm in Behandlung) die AIDS-Erkrankung des Mannes mitteilen musste oder nicht. Nach dem Tod des Mannes wurde bei der Frau eine HIV-Infektion diagnostiziert, und es war davon auszugehen, dass sie sich bei ihrem Partner angesteckt hatte. Die Klägerin trug vor, dass der Arzt zur Mitteilung verpflichtet war, während sich dieser auf seine Schweigepflicht berief. Das Gericht stellt fest: „Indem der Beklagte (Arzt) von einer Unterrichtung der Klägerin abgesehen hat, ist ihm eine schuldhaft Verletzung von ärztlichen Pflichten anzulasten. Sein Unterlassen ist vorwerfbar, weil er nach richtiger Güterabwägung hätte einsehen müssen, dass er die Klägerin nicht der Todesgefahr, sich an AIDS zu infizieren, aussetzen durfte“ [6].

Angesichts einer insbesondere auch bei Medizinjuristen umstrittenen Rechtsmaterie sind Verfahren erforderlich, die für den Gewissenskonflikt, in dem sich

Betriebsärzte unweigerlich befinden, Wege zur Lösung aufzeigen.

Vorschlag der DVV

Im Juli 1999 hat die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) vorgeschlagen, dass die bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr (von HBV) zu treffenden Maßnahmen für die Infektionsprävention durch ein Gremium vor Ort (im Krankenhaus) definiert und überwacht werden, das auch zur Einsatzmöglichkeit der infizierten Person Stellung nimmt. Diesem Gremium sollen beispielsweise angehören:

- der Krankenhaushygieniker,
- der Betriebsarzt,
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- ein Infektiologe,
- der behandelnde Arzt des Betroffenen,
- der Amtsarzt sowie
- ein Vertreter des Arbeitgebers (ärztliche oder Pflegedienstleitung je nach Zuständigkeit) [7].

Die Empfehlung zur Einberufung eines solchen Expertengremiums stützte sich auf sehr positive Erfahrungen aus den USA und Großbritannien. Auch in Deutschland – so der Eindruck durch zahlreiche mündliche Berichte – hat sich das Verfahren vielfach bewährt.

Allerdings ist die Frage zu beantworten, ob die Verlagerung der Entscheidungskompetenz von der zuständigen Behörde nach IfSG in ein Gremium am Krankenhaus nicht das gesetzlich verankerte Verfahren unterläuft. § 31 S. 1 und 2 IfSG ermächtigt die zuständige Behörde, Carriern bestimmte berufliche Tätigkeiten durch Verwaltungsakt ganz oder teilweise zu untersagen. Dabei hat sie im Rahmen ihrer pflichtgemäßen Ermessensausübung zu berücksichtigen, dass die Maßnahme notwendig, geeignet und verhältnismäßig sein muss. Der Verwaltungsakt ist demjenigen Beteiligten bekannt zu geben, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird (§ 41 BVwVfG). Aufgrund des eindeutigen Wortlautes der genannten Vorschrift sind das Krankenhaus und ein Expertengremium nicht Verfahrensbeteiligte. Vielmehr wäre es dann Aufgabe des Beschäftigten sich zu offenbaren, da Beschränkungen der beruflichen Tätigkeit oder gar ein Tätigkeitsverbot dem Arbeitgeber in aller Regel anzuzeigen wären,

weil die arbeitsvertraglichen Pflichten nicht mehr vollumfänglich wahrgenommen werden können. Demnach sind Regelungen gegenüber einem Carrier, die der Krankenhausleitung letztlich nicht bekannt werden, eher die Ausnahme denn die Regel.

Qualitätsmanagement

Die Erörterung des Problems wäre unvollständig, ließe man den Gesichtspunkt außer Acht, dass auch Krankenhäuser selbst verpflichtet sind, alles zu tun, dass sich Risiken nicht verwirklichen, die nicht vorrangig aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus erwachsen, sondern durch den Krankenhausbetrieb gesetzt werden und vom Träger des Krankenhauses und dem dort tätigen Personal beherrscht werden können. In diesem Sinn hat sich 1991 der Bundesgerichtshof geäußert, und er fährt in dem Urteil fort: „Der Krankenhausträger (hat) für die Folgen einer (nosokomialen) Infektion sowohl vertraglich als auch deliktisch einzustehen. Sofern er sich nicht dahingehend zu entlasten vermag, dass ihn wegen der Nichtbeachtung der Hygieneerfordernisse kein Verschulden trifft, er also beweist, dass alle organisatorischen und technischen Vorkehrungen gegen eine vermeidbare Keimübertragung getroffen waren“ [8].

Unter diesem Gesichtspunkt ist jedes Krankenhaus, in dem ein HBV- oder HCV-Carrier mit Tätigkeiten einer erhöhten Übertragungsfahr beschäftigt ist, an der Implementierung von Berufsausübungsregelungen und ihrer Kontrolle zu beteiligen.

Diskussion

Beide Argumente, Mitteilungspflicht des Carriers an den Arbeitgeber und die Verantwortung der Krankenhausleitungen für den Gesundheitsschutz ihrer Patienten sprechen dafür, das im IfSG vorgezeichnete Verfahren so zu modifizieren bzw. zu ergänzen, dass Verantwortung durch alle Verfahrensbeteiligten wahrgenommen wird.

Beließe man es bei einer Entscheidung durch Verwaltungsakt, wie in § 31 IfSG vorgezeichnet, sorgen die notwendigen Ermittlungen (§25 IfSG: Ortsbegehungen und Befragungen im Krankenhaus) für Besorgnis oder gar unge-

rechtfertigte Verdächtigungen. Spätestens bei der Frage, ob Look-back-Untersuchungen anzustellen sind, wäre der Name des Betroffenen preiszugeben. Das von der DVV auch für HCV-Carrier vorgeschlagene Verfahren [9] ist geeignet, um allen schutzwürdigen Interessen gerecht zu werden. Allein bei Gefahr im Verzug sollte ein förmliches Verwaltungsverfahren (Tätigwerden der zuständigen Behörde durch Verwaltungsakt) gewählt werden.

Allerdings ist aus der Tatsache einer gesetzlichen Regelung zur Berufsausübung in den angesprochenen Fällen zu folgern, dass Entscheidungen des Expertengremiums (zu den Kompetenzen siehe im Einzelnen [7]) nur im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt bzw. der zuständigen Behörde erfolgen sollten.

Ein weiterer Gesichtspunkt, der für eine Beratung und Entscheidung im Krankenhaus unter Einbeziehung eines Hygienikers, Infektiologen und der Krankenhausleitung spricht, ist die Tatsache, dass Besonderheiten in der Organisation, Arbeits- sowie Verfahrensabläufen durch Mitarbeiter des Krankenhauses selbst bzw. durch die hinzugezogenen Experten genau geschildert und bewertet werden können. Auch die eventuell notwendige Zuweisung eines neuen Arbeitsplatzes kann unmittelbar in den Gremiensitzungen besprochen werden.

Das beste Argument zur Rechtmäßigkeit des hier vorgeschlagenen Verfahrens liefert das IfSG selbst. § 1 Abs. 2 besagt: „Die Zusammenarbeit von Behörden,... der Kommunen, Ärzten, ... Krankenhäusern sowie sonstigen Beteiligten soll entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik gestaltet und unterstützt werden. Die Eigenverantwortung der Träger von ... Gesundheitseinrichtungen sowie des Einzelnen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten soll verdeutlicht und gefördert werden.“

Die beiden Kerngedanken der Vorschrift sind neu; vergleichbare Aussagen waren im Bundes-Seuchengesetz nicht gemacht. Deshalb sind Anwender und Adressaten des neuen Rechts im IfSG besonders aufgefordert durch Würdigung im Einzelfall, diesen Vorschriften „Konturen zu verleihen“. Hier kommt es darauf an, was als „Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft“ bezeichnet werden kann.

Die Empfehlungen der DVV wurden im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts veröffentlicht und zustimmend kommentiert. Die DVV selbst ist eine Vereinigung mit langer Tradition auch für Empfehlungen im Bereich „öffentliches Gesundheitswesen“. Ihre Mitglieder sind Bund, Länder und Unfallversicherer, so dass einer Empfehlung von dieser Seite ein besonderes Gewicht beizumessen ist und Anwender darauf vertrauen können, dass damit der Sachstand wiedergegeben ist, insbesondere wenn keine ernsthaften Gegenstimmen laut geworden sind.

Dieser Beitrag soll zur Diskussion des vielschichtigen Problems beitragen, weiter sollen für noch offene Fragen Lösungsvorschläge unterbreitet werden. Bei der Sachverhaltswürdigung erscheint unproblematisch, Regelungen im Einvernehmen mit den zuständigen Stellen bei folgenden Voraussetzungen zu erarbeiten: In den Ländern Sachsen, Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern besteht eine namentliche Meldepflicht für HBV- und HCV-Carrier aufgrund einer länderspezifischen Regelung (mit Einschränkungen Sachsen-Anhalt und Thüringen). Bei jedem Erstbefund eines HCV-Nachweises ist dieser gemäß § 7 Nr. 21 IfSG namentlich zu melden. Schwieriger ist eine Meldepflicht für HBV-Carrier generell und für die HCV-Carrier zu bewerten, deren Befund schon vor dem Inkrafttreten des IfSG in allen Ländern ohne erweiterte Meldepflicht bekannt war.

Der Betriebsarzt erhält regelmäßig als erster die genannten Befunde und ist dann hinsichtlich des Umfangs seiner Schweigepflicht mit einer auch bei Juristen kontrovers diskutierten Rechtsfrage konfrontiert [10]. Gerade aufgrund der vom IfSG postulierten Eigenverantwortung sollte der Betroffene bewegt werden, einer Weitergabe des Befundes zunächst an das Gesundheitsamt zuzustimmen, damit erste Schritte zur Vermeidung nosokomialer Infektionen eingeleitet werden können. Eine solche Entscheidung ist für infizierte Beschäftigte von großer Tragweite, und es ist verständlich, wenn Betroffene Bedenken äußern oder einer Entbindung von der Schweigepflicht zunächst nicht zustimmen. Es ist dann die – zugegebenermaßen – schwierige Aufgabe des Betriebsarztes, die bekannt gewordenen Ereignisse zur nosokomialen Übertragung

von HBV und HCV und die epidemiologischen Erkenntnisse vorzutragen und zu erläutern. Auch sollte darauf hingewiesen werden, dass mit dem geschilderten Verfahren in Deutschland inzwischen gute Erfahrungen vorliegen und durchaus nachhaltig daran erinnert werden, dass über solche Ereignisse in den Medien kritisch berichtet, arbeitsrechtliche Konsequenzen erwogen und staatsanwaltliche Ermittlungen dann eingeleitet wurden, wenn der Betroffene selbst glaubte, den Befund verheimlichen zu können.

Entschließt man sich, das genannte Expertengremium einzuberufen, sollte das Gesundheitsamt von seiner ebenfalls zu beachtenden Schweigepflicht durch den Betroffenen entbunden werden, da Vorgaben durch das Gremium in der Regel nicht abstrakt sondern nur für den Einzelfall festgelegt werden können. Lediglich in den Fällen, in denen ein Virusträger einer Weitergabe seines Befundes nicht zustimmt, sind die Voraussetzungen des übergesetzlichen Notstandes (§ 34 StGB) zu prüfen.

Am 1. August 2001 berichtet die „Frankfurter Rundschau“, dass der Neurochirurg aus Fulda (Sachverhalt in der Einleitung) seine Klage gegen das Krankenhaus, die nach der Pressemeldung wesentlich damit begründet wurde, dass

ihm ein Schaden wegen des Bruchs der Schweigepflicht durch die Betriebsärztin entstanden sei, zurückgezogen hat und das Arbeitsverhältnis einvernehmlich gelöst wurde.

Zusammenfassung

Die nosokomiale Übertragung von HBV und HCV ist auch in Deutschland durch wissenschaftliche Veröffentlichungen belegt [11]. Die Medien berichten zunehmend über die Problematik von HBV- und HCV-Carriern in Krankenhäusern. Betriebsärzte und Betroffene wenden sich häufig an das Robert Koch-Institut. Die Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten sehen vor, dass ein Expertengremium vor Ort die Fälle bespricht und entscheidet. Im Beitrag wird ein Verfahren vorgeschlagen, das im Vorfeld einer behördlich angeordneten Entscheidung nach IfSG die Problemlösung durch ein Expertengremium am Krankenhaus möglich macht.

Literatur

1. Nassauer A (1999) Der Betriebsarzt im Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht. Bundesgesundheitsbl. 42:481-485 (484)
2. Bales S, Baumann HG, Schnitzler N (2001) Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung. § 2 Rn. 12 und Vor § 6 Rn. 3ff. W. Kohlhammer, Köln
3. Nassauer A, Mielke M (2000) Rechtsgrundlagen zum Infektionsschutz im Krankenhaus. Anmerkungen für die Arbeitsmedizin. Bundesgesundheitsbl. 43:459-465
4. Robert Koch-Institut (2001) Hepatitis B und C: Grundsätze des Infektionsschutzes auf der Basis des IfSG. Epid Bull 17: 111-113
5. Kralj N (2001) Sicherheitstechnische und immunologische Prävention berufsbedingter Hepatitis-B-Virus-Infektionen. (Habilitationsschrift, Gesamthochschule Wuppertal), edition FFAS, Freiburg
6. OLG Frankfurt (M), Urteil vom 7.9.1999, Az.: 8 U 67/99
7. Mitteilung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (1999) Empfehlungen zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-B-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epid Bull 33: 222-223
8. BGH, Urteil v. 8.1.1991 in: Schneider A, Bierling G (1999) Hygiene und Recht (Entscheidungssammlung). mhP-Verlag Wiesbaden, Loseblattsammlung, Urteil Nr. 44
9. Mitteilung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (2001) Empfehlungen zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-C-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epid Bull 3: 15-16
10. Parzeller M, Bratzke HJ (2000) Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. DÄrztebl 97: C 1793-1796
11. Hofmann F, Kralj N, Hasselhorn HM (2001) Zur HBV-, HCV- und HIV-Infektion von Patienten durch medizinisches Personal. ErgoMed 3: 70-74