

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Positionspapier

Disease Discrimination – chronische Infektionskrankheiten im Gesundheitswesen

5

beschlossen am 10.11.19 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung in Köln.

Zusammenfassung:

10

Trotz modernster Therapieansätze und klarer Evidenz zu Übertragungswegen und Ansteckung infektiöser Erkrankungen herrscht eine große Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber chronisch infizierten Arbeitenden im Gesundheitswesen.

15

Wegen der Wichtigkeit dieses Themas sehen wir großen Bedarf bei der gezielten Aufklärung der angehenden Ärzt_innen in Deutschland. Wir fordern, dass alle Studierenden die Möglichkeit zur anonymen Testung, Beratung, Aufklärung sowie kostenfreien Zugang zu Präventionsmöglichkeiten chronischer Infektionskrankheiten erhalten.

20

Die bvmd fordert, dass neue Evidenz geschaffen, die vorliegende Evidenz in die Praxis übertragen wird und ein Wandel des Bildes chronisch Infizierter im Gesundheitswesen vorstattengeht.

Einleitung:

25

Dank modernster Medizin sind viele chronische Krankheiten wie beispielsweise Diabetes oder HIV gut therapierbar und stellen keine Einschränkung für die Berufstauglichkeit im Gesundheitswesen dar. Trotz aktueller Evidenz herrscht weiterhin eine Stigmatisierung und ein nicht situationsgerechter Umgang mit Arbeitenden im Gesundheitswesen (Health Care Worker, HCW). Dieser Situation kann mit sachgerechter Aufklärung und Thematisierung im Studium entgegen gewirkt werden.

30

Zentrale Forderungen:

35

1. Verstärkte Lehre der Risikoeinschätzung und des Umgangs nach Risikoexposition chronischer Infektionskrankheiten
2. Verstärkte Lehre der gesellschaftlichen, psychologischen und soziologischen Rahmenbedingungen chronischer Infektionskrankheiten im Gesundheitswesen
3. Entstigmatisierung medizinischer Lehre und Prüfungen, u.a. durch Erweiterung des Item-Reviews von Staatsexamensitems, die chronische Infektionskrankheiten thematisieren

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Phone +49 (30) 9560020-3

Fax +49 (30) 9560020-6

Home bvmd.de

Email buero@bvmd.de

Für die Presse

Anais Linz

Email pr@bvmd.de

Phone +49 (0) 157 84728449

Vorstand

Peter Jan Chabiera (Präsident)

Josephine Häring (Internes)

Martin Gavrysh (Externes)

Abdullah Sönmez (Internationales)

Kilian Zuber (Finanzen)

Anais Linz (PR)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vertragsregister Aachen VR 4336). Sitz und Gerichtsstand ist Aachen.

- 40 4. Schaffung der Möglichkeit für anonymes Fehlermanagement mit Garantie der Nachverfolgung für Situationen, in denen Fehlverhalten unter der Thematik chronischer Infektionskrankheiten auftritt
- 45 5. Flächendeckende Schaffung der Möglichkeit anonymer Testung, Beratung und Aufklärung über chronische Infektionskrankheiten und deren Auswirkung auf Tätigkeit im Gesundheitswesen
6. Kostenfreier Zugang zu Präventionsmöglichkeiten chronischer Infektionskrankheiten für Health Care Worker

Haupttext:

50 **Thematisierung chronischer Infektionskrankheiten im Gesundheitswesen im Studium**

Die Lehre chronischer Infektionskrankheiten im Medizinstudium darf sich nicht nur auf das medizinische Fachwissen beschränken. Vier weitere Aspekte, die (angehende) Ärzt_innen direkt betreffen, müssen vermittelt werden:

1. Umgang nach Risikokontakt

55 Das Risiko von Nadelstichverletzungen ist im Alltag eines jeden Arztes und jeder Ärztin verankert. Mit diesen geht das Risiko einer Infektion einher. In einer solchen Situation sollten Ärzt_innen in der Lage sein, eine Situations- und Risikoeinschätzung durchzuführen und anschließend die richtigen Schritte der Weiterbehandlung gemäß aktueller Evidenz in die Wege zu leiten.

60 2. Risiko der Infektionsübertragung

Viele Faktoren wie bspw. der Übertragungsmechanismus, die Situation und die Infektionskrankheit beeinflussen das konkrete Infektionsrisiko. Um eine korrekte Einschätzung durchführen zu können, muss grundlegendes Wissen über das konkrete Risiko im Medizinstudium vermittelt werden. Hierbei geht es nicht um 65 die ausführliche Lehre aller möglichen Szenarien der Übertragung, sondern die Fähigkeit, eine allgemeine Risikoeinschätzung durchzuführen. Hierzu zählen insbesondere Kennzahlen wie folgende:

- Das Risiko einer verletzungsbedingten HIV-Infektion wird auf 0.03% bis 0.3% beziffert. [1]
- 70 • Das Risiko der HBV-Infektion bei Nadelstichverletzungen ist abhängig vom Vorliegen von HBeAG (pos. 40% vs. neg. 2%) [2]

3. Gesellschaftliche Aspekte der Infektion

75 Die Stigmatisierung chronischer Infektionskrankheiten ist nach wie vor ein großes Problem, insbesondere im Gesundheitswesen. Eine evidenzbasierte und sachgerechte Sensibilisierung für die Kommunikation mit chronisch Infizierten sowie im Bezug auf chronisch Infizierte ist nötig, ebenso wie (falls vorhanden) die Entstigmatisierung der entsprechenden Lehre. In vielen Items schriftlicher Examen sind Stigmata chronischer Infektionen verankert, diese müssen zukünftig vermieden werden. Um solches insbesondere in den Staatsexamina zu 80 verhindern, sollte für Items, die chronische Infektionskrankheiten thematisieren, das Item-Review um diesen Aspekt erweitert werden, sodass jede dieser Fragen

explizit auf Stigmata überprüft wird, bevor sie in nationale Examina aufgenommen wird.

85 4. Korrektes Fehlermanagement

Health Care Worker und Studierende/Auszubildende des Gesundheitswesens müssen die Möglichkeiten haben, falschen Umgang in diesen Bereichen (insbesondere der Testung/Beratung chronischer Infektionskrankheiten) anonym zu melden - mit einer Garantie der Nachverfolgung, insbesondere wegen der Sensibilität dieses Themas. Dies könnte beispielsweise über eine eigene Kategorie des (studentischen) Critical Incident Reporting System (CIRS) erfolgen.

Testung von Arbeitnehmer_Innen im Gesundheitswesen (Health Care Worker, HCW) auf infektiöse Krankheiten

95 Die Testung auf potentiell ansteckenden, insbesondere Infektionskrankheiten wird im Gesundheitswesen oft durch den betriebsärztlichen Dienst durchgeführt. Nach aktueller Rechtsgrundlage darf ein HIV-Antikörpertest nur nach Einwilligung der Patient_innen durchgeführt werden (Selbstbestimmungsrecht) [3] und wird bei positivem Befund nicht-namentlich gemeldet (§ 7, Abs. 3 IfSG).

100 Betriebsärzt_innen unterstehen, wie jede/r andere approbierte Arzt und Ärztin auch, nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. So sind insbesondere Betriebsärzt_innen aufgrund des möglichen Interessenkonfliktes dazu verpflichtet, sensible medizinische Informationen ihrer Patient_innen zu schützen.

105 **Infektion durch Humanes Immun-Defizienz-Virus (HIV)**

Die Infektion mit HIV ist durch Therapieansätze wie die cART (combined antiretroviral therapy) gut therapierbar. Durch die Therapie kann die Viruslast bis unter die labortechnisch nachweisbare Grenze reduziert werden.

110 Drei Viertel der durch HIV Infizierten sind berufstätig und im Durchschnitt nicht häufiger krankgeschrieben als Gesunde. [4]

Auch wenn durch die große Variationsbreite der Übertragung nur schwierig Zahlenangaben zu äußern sind [5], gibt es keinen einzigen berichteten Fall, bei dem eine sexuelle HIV-Übertragung durch eine Patientin oder einen Patienten unter (adäquat angewandter) cART stattgefunden hat. [6]

115

Seit Beginn der HIV-Epidemie (etwa um 1970 herum) [7] gab es insgesamt nur vier dokumentierte Fälle der HIV-Übertragung von medizinischem Personal auf Patient_innen. Seit 2003 gab es keinen erfassten Fall. Die dokumentierten Fälle sind im Rahmen von manifestiertem AIDS (Bell et al. 1993, [NN 1997; Lot et al. 1999]) oder nicht therapierter HIV-Infektion (Goujon et al. 2000, Mallolas et al. 2006) aufgetreten. In Deutschland wurde bis heute kein entsprechender Fall dokumentiert. [8]

120

Die Anzahl beruflich erworbener HIV-Infektionen übersteigt dies hingegen bei weitem. Zwischen 2007 und 2015 wurden 16 Fälle gemeldet. [9]

125 Die amerikanische epidemiologische Gesellschaft SHEA veröffentlichte 2010 die Empfehlung, bei einer Viruslast ≤ 500 Kopien/ml den entsprechenden Arbeitenden im Gesundheitswesen von **keiner ärztlichen Tätigkeit** auszuschließen, solange drei Bedingungen erfüllt werden [10]:

- 130
1. Keine Übertragungen des HIV auf Patient_innen beobachtet wurden
 2. Der Arbeitende regelmäßig Feedback von einem Expertenrat über die weitere Praxis erhält
 3. Der Arbeitende regelmäßig (mindestens halbjährlich) auf seine Viruslast getestet wird, um sicherzustellen, dass sie unter oben genannter Grenze liegt

135 Im Anschluss veröffentlichte die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V. (DVV) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Virologie e.V (GfV) im Jahre 2012 einen Artikel zur Prävention der nosokomialen Übertragung von HIV durch HIV-positive Mitarbeiter_innen im Gesundheitswesen [11]. Diese formulierten mehrere Bedingungen zur Tätigkeitsausübung HIV-

140 positiver HCW, die noch über die oben ausgeführten hinausgehen:

1. Adhärenz in der antiretroviralen Therapie
2. Vertrauensvolles Verhältnis zwischen Betriebsarzt und HIV-positive/r HCW

145 Zur Adhärenzoptimierung empfehlen DVV und GfV ein Anstreben der direkten Kommunikation zwischen Betriebsarzt/Betriebsärztin und HIV-Behandler_in. Wir weisen hierbei darauf hin, dass dies stets unter Einverständnis des/r Betroffenen und unter Wahrung dessen/derer Privatsphäre und Datenschutz erfolgen muss.

150 Ferner können bei stabilen Viruslastwerten ≤ 50 Kopien/ml alle operativen und invasiven Tätigkeiten durchgeführt werden, solange folgende allgemeine/verhaltenspräventive Maßnahmen durchgeführt werden:

1. Tragen doppelter Handschuhe bei operativen/invasiven Maßnahmen
2. Regelmäßige arbeitsmedizinische Betreuung
3. Regelmäßige, mindestens vierteljährliche Kontrollen der HI-Viruslast
- 155 4. Regelmäßige Betreuung durch einen in der HIV-Therapie erfahrenen Arzt
5. Im Bedarfsfall Beratung durch eine Expertenkommission

160 (Weiterführende Information: Die Viruslast kann einen kurzfristigen Anstieg > 50 Kopien/ml erfahren, der solange er kurzfristig auftritt (< 14 Tage) und eine Viruslast von 500 Kopien/ml nicht überschreitet [12], ohne dass - unter Berücksichtigung der oben genannten Aspekte - keine Einschränkungen für die beruflichen Tätigkeiten der/des HCW darstellt)

165 Wie oben berichtet, gab es seit 2003 keine einzige beobachtete Übertragung von Ärzt_innen auf Patient_innen. Über die Praxis beraten sowohl Ärzt_innen in spezialisierten Ambulanzen, die ebenfalls die Therapie überwachen, als auch das Gesundheitsamt. In Deutschland erfolgen die HIV-Therapiekontrollen im Regelfall alle drei Monate. [13]

170 Unter diesen Bedingungen und der deutschen Qualität der Therapie und
Therapiekontrolle sollten deutsche Ärzt_innen mit einer HIV-Infektion unter
erfolgreicher Therapie nicht von ärztlichen Tätigkeiten ausgeschlossen werden.

Infektion mit Hepatitiden

175 Dank der sehr effektiven Impfung gegen Hepatitis A und Hepatitis B sinkt die
Prävalenz von Hepatitis A, B und D in der deutschen Bevölkerung inkl. der
Beschäftigten des Gesundheitswesens. Infektionen finden entsprechend meist
nur noch im Rahmen von Übertragungen durch Patient_innen, die sich in einem
180 anderen Land angesteckt haben, auf nicht geimpfte Arbeiter_innen im
Gesundheitswesen statt. Da die HCW-Patient-Übertragungsraten deutlich höher
als bei HIV ist [9], müssen diese Situationen möglichst verhindert werden, indem
jedem Mitarbeitenden im Gesundheitswesen der kostenlose Zugang zur Impfung
von Hepatitis A und B sowie eine regelmäßige Titerkontrolle gewährt wird.

185 Gegen die Hepatitis C wird voraussichtlich in absehbarer Zeit leider keine
Impfprophylaxe zur Verfügung stehen. Jedoch werden unter der aktuellen
Therapie mind. 90% der Patient_innen geheilt bei einem extrem geringen
Rezidivrisiko (Westermann et al. 2017, Nienhaus 2018). Sobald ein Impfstoff zur
Verfügung steht, sollten Mitarbeitende des Gesundheitswesens als eine der
Hochstrisikogruppen direkten Zugriff dazu bekommen.

Quellenangaben:

190 (Stand des Aufrufs der Quellenangaben ist der 02.11.2019, 18:00 Uhr)¹

1. Wyzgowski P, Rosiek A, Grzela T, Leksowski K. Occupational HIV risk for health care workers: risk factor and the risk of infection in the course of professional activities. *Ther Clin Risk Manag.* 2016;12:989–994. Published 2016 Jun 14. doi:10.2147/TCRM.S104942
- 195 2. Gerberding JL. Management of Occupational Exposures to Blood-Borne Viruses. *New England Journal of Medicine.* 1995;332(7):444-451.
3. LG Köln, 08.02.1995 - 25 O 308/92
4. Jarke J, Hösl J, Scharzkopf H V. HIV-positiv: Kein Karriereende für Chirurgen. *Dtsch Arztebl.* 2011;108(42):A-2204
- 200 5. Marcus U. Risiken und Wege der HIV-Übertragung - Auswirkungen auf Epidemiologie und Prävention der HIV-Infektion. *Bundesgesundheitsbl.* 2000;43:449–458
6. <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/HIVAids/FAQ-Liste.html>
7. Worobey M, Watts TD, McKay RA, et al. 1970s and 'Patient 0' HIV-1 genomes illuminate early HIV/AIDS history in North America. *Nature.* 2016;539:98.
- 205 8. https://www.hivreport.de/sites/default/files/documents/2012_04_hivreport.pdf
9. <https://www.ffas.de/assets/Uploads/PROJEKTBERICHT-IGE-V2.1.pdf>
- 210 10. Henderson DK, Demby L, Fishman NO, et al. SHEA guideline for management of healthcare workers who are infected with hepatitis B

virus, hepatitis C virus, and/or human immunodeficiency virus. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2010;31(3):203-232.

- 215
11. Rabenau HF, Gottschalk R, Gürtler L, et al. Prävention der nosokomialen Übertragung von humanem Immunschwächevirus (HIV) durch HIV-positive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In. Vol 37: Robert Koch-Institut, Infektionsepidemiologie; 2012.
- 220
12. Nettles RE, Kieffer TL, Kwon P, et al. Intermittent HIV-1 viremia (Blips) and drug resistance in patients receiving HAART. *Jama*. 2005;293(7):817-829.
13. https://www.aidshilfe.de/system/files_force/documents/MI-64_Vorsorge.pdf