

Berlin, den 16.02.2015

Stellungnahme des BVÖGD zu dem Dringlichkeitsantrag „Gesetz zur Behandlungseinleitung bei Infektionen mit übertragbaren Krankheiten durch Dritte“ (Stand: 10.02.2015) der Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN in der Bremer Bürgerschaft

A. Hintergrund

Der BVÖGD hat den o.g. Dringlichkeitsantrag, der das Ziel eines Auskunftsanspruches für betroffene Dritte (Normalbürger, aber insbesondere auch Funktionsträger, z. B. Polizeibeamtinnen und –beamte) in der Folge von Kontakt zu (potentiell) infektiösen Körperflüssigkeiten verfolgt, mit Überraschung und Bestürzung zur Kenntnis genommen. In der Begründung zu dem Dringlichkeitsantrag kommen fehlende fachliche Kenntnisse und eine falsche Auslegung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) als Bundesgesetz zum Ausdruck. Daher wird im Folgenden neben einer kurzen Darstellung der im Infektionsschutzgesetz bereits vorhandenen Auskunftsmöglichkeiten auch eine kompakte Bewertung der faktischen Übertragungsmöglichkeiten sowie der daraus resultierenden Managementoptionen vorgenommen.

B. Spezielle Anmerkungen

Die im dritten Abschnitt des Infektionsschutzgesetz enthaltenen Bestimmungen zum „Meldewesen“ (§§ 6 bis 14) basieren zum einen auf einer Trennung der Meldepflichten für übertragbare Krankheiten (§ 6 „Arztmeldepflicht“) und Krankheitserregern (§ 7 „Labormeldepflicht“) sowie auf damit einhergehenden differenzierten Meldemodalitäten (§ 9 „Namentliche Meldung“ und § 10 „Nichtnamentliche Meldung“). Während eine namentliche Meldepflicht grundsätzlich auf die Möglichkeit des Ergreifens von Schutzmaßnahmen zur Gefahrenabwehr für weitere, potentiell betroffene Personen abzielt, dient eine nichtnamentliche Meldepflicht vornehmlich dazu, epidemiologische Daten zur Beurteilung der Veränderungen der Ausbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten zu liefern. Der Gesetzgeber hat insofern eine klare Zuordnung vorgenommen, welches Ziel mit der Meldung der konkreten Krankheit oder Infektion verfolgt wird.

Unbeachtlich, welches Ziel mit der Meldung verfolgt wird und wie weit dadurch die ärztliche Schweigepflicht eingeschränkt oder sogar aufgehoben ist, darf dadurch nicht der Eindruck entstehen, dass die Regelungen keine individuelle Abwägung zwischen den geschützten Interessen einer Person und möglichen, lebensbedrohlichen Gefährdungen Dritter erlauben. Vielmehr gilt, dass der Gesetzgeber nicht alle untypisch verlaufenden Fallkonstellationen in den Regelungsbereich des Gesetzes miteinbeziehen kann. Deshalb muss eine Durchbrechung der Schweigepflicht hingenommen werden, wenn eine entsprechende Gefährdung Dritter angenommen werden muss. In Bezug auf die HIV-Infektion spricht man dabei von „Offenbarungsrechtfertigung“. Diese gilt aber auch für andere Krankheiten mit schwerwiegenden Gefahren für Leib und Leben Dritter, und zwar auch dann, wenn z. B. bei ausschließlich sexuell übertragbaren Krankheiten Dritte in der Regel die Möglichkeit haben, sich selbst zu schützen. Die Durchbrechung der Schweigepflicht entspricht somit einer durch Güterabwägung gerechtfertigten Erlaubnis, wenngleich sich hierdurch auch keine Verpflichtung ableiten lässt (vgl. hierzu die Kommentierung des Infektionsschutzgesetzes von Bales/Baumann/Schnitzler, 2. Auflage, 2003).

Übertragen auf den Dringlichkeitsantrag an die Bremer Bürgerschaft bedeutet dies, dass die Güterabwägung bereits implizit im IfSG eingearbeitet ist und somit kein zusätzlicher landesrechtlich geregelter Auskunftsanspruch erforderlich ist.

Aus fachlicher Erwägung muss davon ausgegangen werden, dass in der Realität vornehmlich solche übertragbaren Krankheiten Anlass für eine Güterabwägung geben, die in der Wahrnehmung der Bevölkerung als schwerwiegende Gefahren für Leib und Leben wahrgenommen werden. Dabei spielt unverändert die HIV-Infektion eine wesentliche Rolle, aber auch andere chronische Virusinfektionen, wie z. B. das Hepatitis B-Virus oder das Hepatitis C-Virus.

Für das Hepatitis B-Virus existiert eine aktive Impfmöglichkeit, die seit 1995 allen Säuglingen und Kindern von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlen ist. In Deutschland wurde bereits 1982 die Schutzimpfung gegen Hepatitis B für bestimmte Personen mit erhöhtem HBV-Infektionsrisiko (z.B. medizinisches Personal, aber auch Polizeivollzugsdienst) empfohlen. Diese Empfehlung aus beruflicher Indikation besteht bis zum heutigen Tag. Insofern ist eine Übertragung des Hepatitis B-Virus effektiv verhinderbar. Für das Hepatitis C-Virus ist noch keine aktive Impfmöglichkeit verfügbar. Die Entwicklungen der letzten Jahre haben jedoch dazu geführt, dass aktuell neue und effektive Therapiemöglichkeiten bestehen. Das Spektrum von HCV-Infektionen, die behandelbar sind

und durch die Behandlung dauerhaft geheilt werden können, hat sich damit deutlich erweitert. Auch ist erstmals eine Interferonfreie Therapie möglich.

Aus epidemiologischer Sicht gilt zwar, dass eine HIV-Infektion sowohl sexuell als auch über den Austausch von Blut übertragen werden kann. Die Daten des Robert Koch-Instituts belegen jedoch, dass der sexuelle Übertragungsweg hierzulande die eindeutig führende Bedeutung hat. Übertragungen auf dem Blutweg sind demgegenüber deutlich seltener und spielen vornehmlich im Drogenmilieu eine Rolle (vgl. Schätzung zu Prävalenz und Inzidenz der HIV-Infektion in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin 44/2014). Die Resultate der im Zusammenhang mit Infektionen anerkannten Berufskrankheiten lassen dabei den Schluss zu, dass Infektionen eine untergeordnete Bedeutung im Vergleich zu z. B. lärmbedingt anerkannten Berufskrankheiten zukommt (vgl. Unfallverhütungsbericht 2013 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Stand: Dezember 2014). Allerdings ist aus dieser Statistik nicht ersichtlich, welche Gründe für anerkannte Berufskrankheiten bei Beamtinnen und Beamte vorliegen. Bei Kontakt mit einer HIV-infizierten oder -infektionsverdächtigen Person gilt prinzipiell, dass eine sogenannte Postexpositionsprophylaxe (PEP) erwogen werden soll. Inzwischen liegen eindeutige Hinweise auf eine Wirksamkeit dieser Prophylaxe nach beruflicher Exposition vor. Die Wirksamkeit der PEP hängt maßgeblich vom Zeitraum zwischen Exposition bis zum Beginn und der Dauer der Medikamentengabe und auch von der Auswahl der Medikamente ab. Auf der Grundlage von experimentellen Untersuchungen wird bezüglich der Zeitspanne zwischen der Aufnahme von HIV bis zu dessen Anhaftung an die Wirtszelle mit 2 Stunden, bis zur ersten Übertragung der Virus-RNA mit 12 Stunden und bis zur ersten Bildung von Viruspartikeln mit weiteren 12 Stunden gerechnet. Beim Menschen sind die einzelnen Schritte und deren zeitlicher Rahmen bei der Etablierung einer HIV-Infektion nach perkutaner Exposition bzw. Schleimhautexposition nicht im Detail bekannt. Tiermodelluntersuchungen zeigen, dass bereits 72 Stunden nach Schleimhautexposition eine virusspezifische Immunantwort in Form spezifischer T-Zellen nachgewiesen werden kann und virusproduzierende Zellen am Eintrittsort identifizierbar sind. Unter Berücksichtigung der Wirkungsweise antiretroviral wirksamer Medikamente und auf Grundlage tierexperimenteller Untersuchungen ist daher davon auszugehen, dass ein postexpositioneller Einsatz von Medikamenten zur Verhinderung einer Infektion nur innerhalb eines begrenzten, vermutlich auch vom Expositionsweg abhängenden, aber nicht exakt definierbaren Zeitfensters nach einer Exposition sinnvoll ist. Auf jeden Fall gilt: **„je früher - desto wirksamer“**.

Insbesondere in Fällen, in denen das Expositionsrisiko nicht ganz klar bzw. der HIV-Status der Indexperson unbekannt aber nicht unwahrscheinlich ist und kein erfahrener Arzt verfügbar ist, kann eine HIV-PEP vorläufig und notfallmäßig (in vielen Krankenhäusern) eingeleitet werden. Über die Notwendigkeit der Fortführung kann dann unter Hinzuziehung von erfahrenen Experten am Folgetag entschieden werden (vgl. hierzu Deutsch-Österreichische Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion, AWMF-Register-Nr.: 055/004, gültig bis 31.12.2017).

Aus fachlich-epidemiologischer Sicht gilt somit, dass für Infektionskrankheiten, die als subjektiv bedeutsame Gefahren für Leib und Leben eingeschätzt werden, entweder effektive Präventionsmöglichkeiten oder therapeutische Optionen vorhanden sind. Eine Auskunftspflicht für betroffene Dritte (insbesondere für den Polizeivollzugsdienst, der einer arbeitsmedizinischen Betreuung unterliegt) führt somit, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zeitabhängigen Wirksamkeit einer PEP, zu keiner Verbesserung der Situation.

Zusammenfassung

Der Dringlichkeitsantrag der Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN an die Bremer Bürgerschaft für ein „Gesetz zur Behandlungseinleitung bei Infektionen mit übertragbaren Krankheiten durch Dritte“ ist weder normativ notwendig noch fachlich-epidemiologisch zielführend. Der BVÖGD rät daher dringend dazu, den Antrag fallen zu lassen.