



LGL

**Persönliche Schutzausrüstung
in Klinik und Praxis
Wie viel Schutz brauche ich wofür?
Dr. Barbara Janssen, Arbeitsmedizin
12. Februar 2014**



Oder kommt vorher noch was?

Ziele des Arbeitsschutzes

**Verhütung von Unfall- und Gesundheitsgefahren
bei der Arbeit**

durch Erkennen und Beseitigen von

- **unzweckmäßigen Arbeitsverfahren**
- **gesundheitsgefährdenden chemischen,
physikalischen und biologischen Einwirkungen**

Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit



Arbeitgeberverantwortung:

Er ergreift Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verhütung von

- **Unfällen bei der Arbeit**
- **arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren**
- **und ergreift Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit**

Biostoffverordnung – BioStoffV

Verordnung über Sicherheit und
Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit
biologischen Arbeitsstoffen

**Gefährdungsbeurteilung gemäß
§ 5 BioStoffV**

**Verpflichtung des Arbeitgebers, auf der Grundlage einer
spezifischen Gefährdungsbeurteilung die
entsprechenden Schutzmaßnahmen zu veranlassen**

- **Einordnen der Erreger in Risikogruppen**
- **veranlassen von geeigneten Schutzmaßnahmen**

TRBA 250

Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe

Gibt den Stand der

- sicherheitstechnischen
- arbeitsmedizinischen
- hygienischen
- arbeitswissenschaftlichen

Anforderungen bei Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen wieder.

TRBA 250

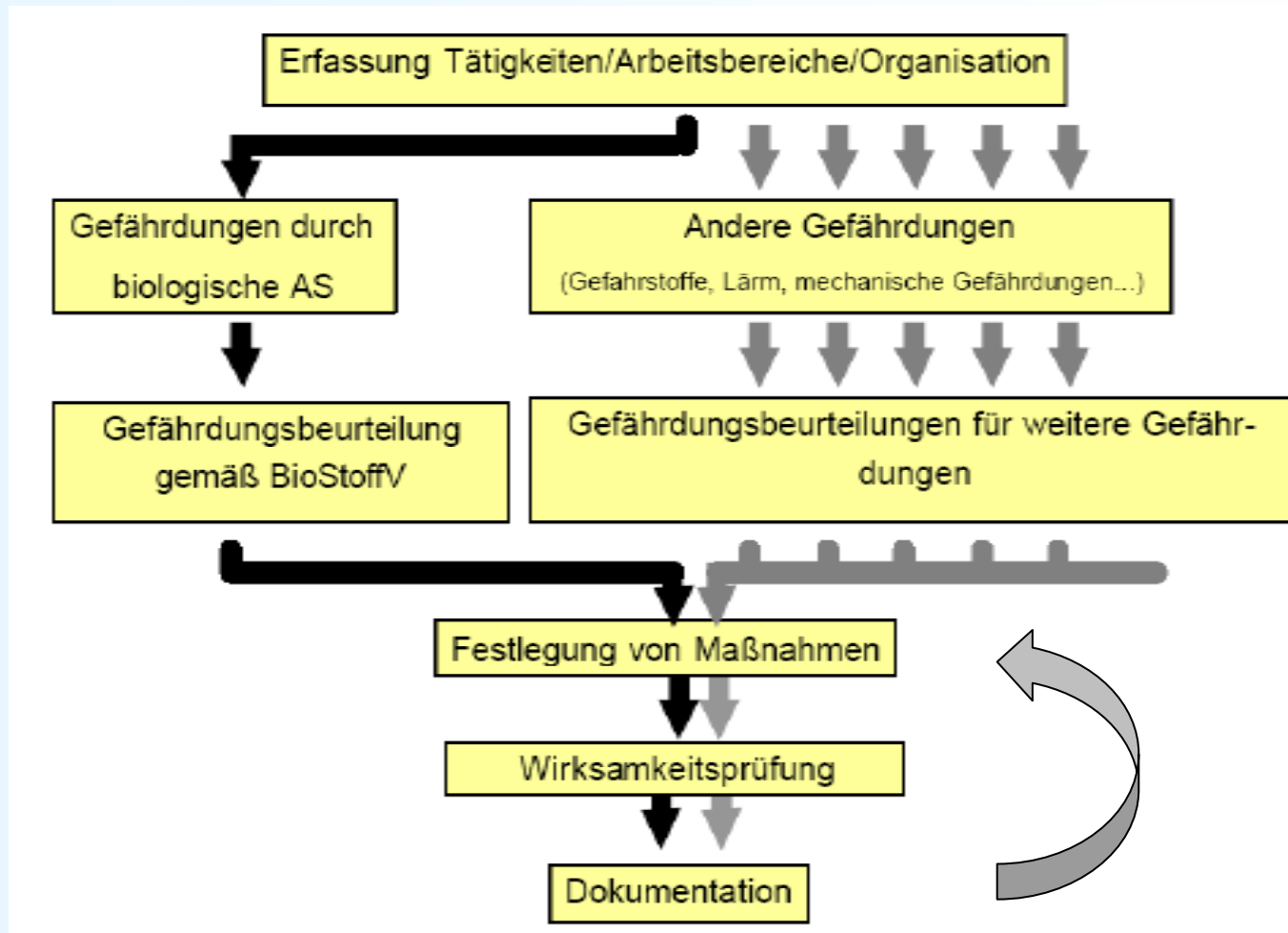
Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe

- Tätigkeiten mit **Biologischen Arbeitsstoffen** im

**Gesundheitswesen
Wohlfahrtspflege**

- in denen **Menschen oder Tiere** medizinisch untersucht, behandelt oder gepflegt werden

Gefährdungsbeurteilung



Durchführung der Gefährdungsbeurteilung

- **Welche Gefährdungen liegen vor?**

Biologisch > Infektionsgefahr?

Chemisch > Vergiftungsgefahr?

Physikalisch > Verletzungsgefahr?



Relevante Tätigkeiten



Biologisch: Infektionsgefahr

- Diagnostik: Blutabnahme, Kontakt mit Körperflüssigkeiten
- Pflege: Kontakt mit Ausscheidungen

Chemisch: Umgang mit toxischen Substanzen

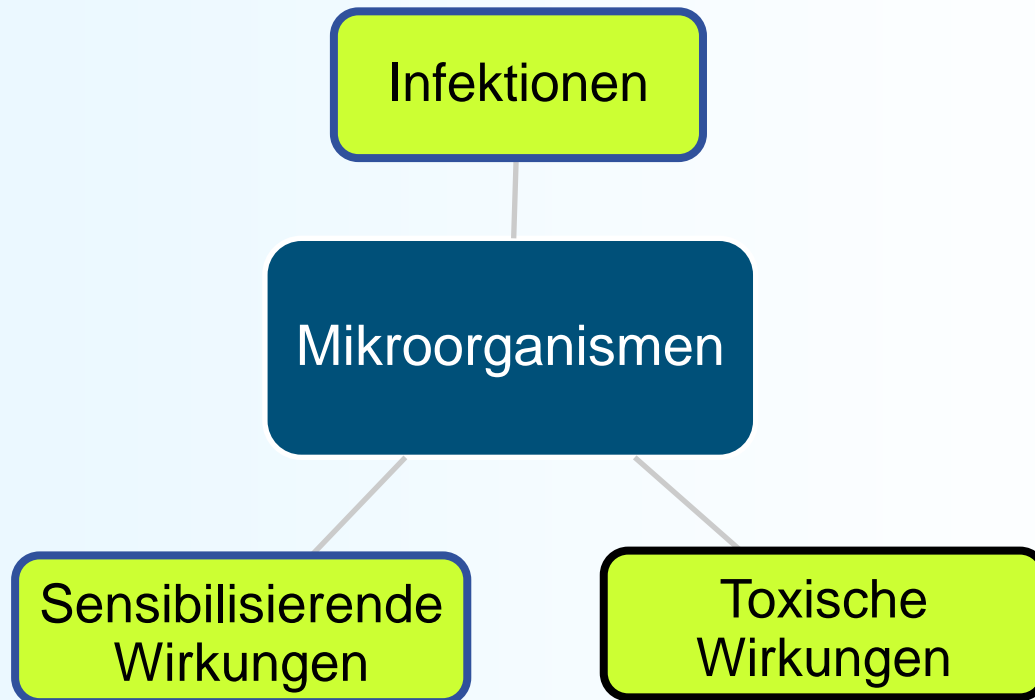
- Zytostatika-Zubereitung

Physikalisch: Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates, Feuchtarbeit

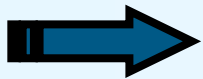
- Heben und Tragen: Patiententransfer
- Sturzunfälle
- Feuchtarbeit

Was sind „biologische Arbeitsstoffe“?

Biologische Arbeitsstoffe sind in der Biostoffverordnung abschließend definiert; im weitesten Sinne handelt es sich dabei um „Mikroorganismen, die Infektionen, sensibilisierende oder toxische Wirkungen hervorrufen können.“



Biologische Gefährdungen: Infektionsgefahr



Abschätzen des Gefährdungspotentials!

- **Welcher Erreger?**
- **Ist er für den Menschen gefährlich?**
- **Welche Übertragungswege gibt es?**
- **Wie intensiv ist der Kontakt?**
- **Welche Tätigkeiten?**
- **Wie kann ich mich schützen?**
- **Sind Prophylaxe bzw. Therapie möglich?**




Wie werden biologische Arbeitsstoffe eingeteilt?

Infektionsrisiko



Einteilung in
Risikogruppe

Gefährdung



Auswahl der
Schutzmaßnahmen

Einteilung der Risikogruppen

Gefahr für den Menschen?

Risikogruppen 1 – 4 :

Einstufung von Erregern nach Infektionsgefahr

Risikogruppe 1:

Biologische Arbeitsstoffe, bei denen es unwahrscheinlich ist, dass sie beim Menschen eine Krankheit verursachen.

Risikogruppe 2

- . . . eine Krankheit beim Menschen hervorrufen können
- . . . Gefahr für Beschäftigte
- . . . Verbreitung in der Bevölkerung unwahrscheinlich
- . . . wirksame Vorbeugung oder Behandlung ist normalerweise möglich

Einteilung der Risikogruppen

Gefahr für den Menschen?

Risikogruppe 3:

- . . . eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen können
- . . . eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen können
- . . . Gefahr einer Verbreitung in der Bevölkerung kann bestehen
- . . . eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung möglich.

Risikogruppe 4

- . . . eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen . . .
- . . . ernste Gefahr für Beschäftigte . . .
- . . . Gefahr einer Verbreitung in der Bevölkerung u. Umständen groß . . .
- . . . wirksame Vorbeugung oder Behandlung nicht möglich.

Einstufung von Erregern in Risikogruppen

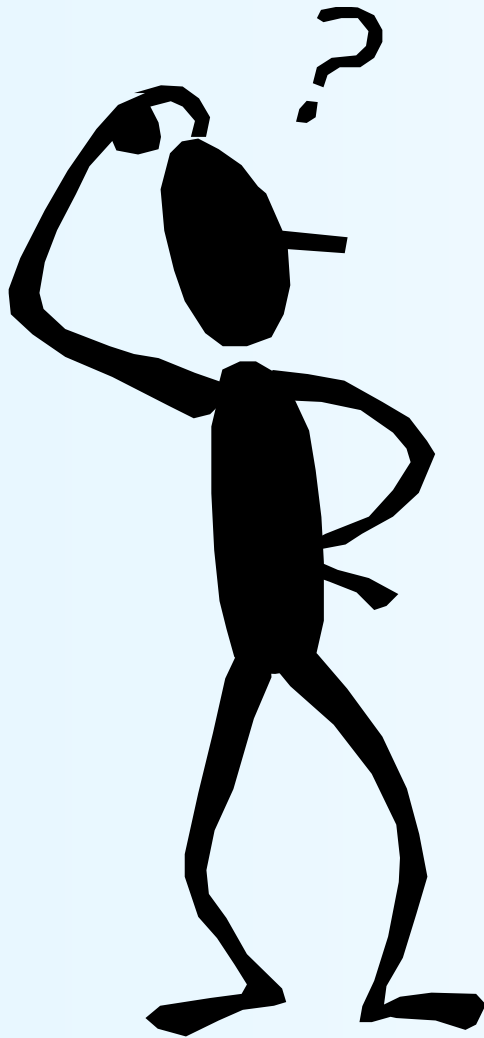
RG	Bakterien	Pilze	Viren	Parasiten
1	Bacillus subtilis E. coli K 12	Saccharomyces cerevisiae, Aspergillus niger	Polio - Impfvirus	Trypanosoma lewisi
2	Staph. aureus, MRSA E. coli	Aspergillus fumigatus, Candida albicans	Poliovirus, HAV	Leishmania major, Plasmodium spp
3	Salmonella typhi, Chlamydia psittaci, Mycobacterium tuberculosis	Coccidioides immitis, Blastomyces dermatitidis	HBV, HCV, Tollwutvirus, HIV, Gelbfiebervirus, Hochpathogene aviäre Influenza	Echinococcus granulosum, Plasmodium falciparum, Trypanosoma cruzi
4	Keine Einstufung	Keine Einstufung	Lassa-Virus, Variola major	Keine Einstufung

Einstufung in Risikogruppen



Risikogruppen

- TRBA 450 Einstufungskriterien für Biologische Arbeitsstoffe**
- TRBA 460 Einstufung von Pilzen in Risikogruppen**
- TRBA 462 Einstufung von Viren in Risikogruppen**
- TRBA 464 Einstufung von Parasiten in Risikogruppen**
- TRBA 466 Einstufung von Bakterien in Risikogruppen**



Spätestens ab Schutzstufe 2 ist auf Grundlage der Gefährdungsbeurteilung eine arbeitsbereichs- und stoffbezogene Betriebsanweisung zu erstellen!

Betriebsanweisung Nr.: gem. § 12 BioStoffV
Arbeitsplatz/-Bereich: Pflege, Alten- und Pflegeheim
Tätigkeit: Grund-/Behandlungspflege bei Bewohnern, z.B. Pflege im Intimbereich, Wundverband, Verabreichen von s.c.-Medikamenten, Entsorgen von Nadeln etc. und Körperflüssigkeiten

Biologischer Arbeitsstoff
 Mikroorganismen (Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten): z.B. Hepatitis B/C, HIV, Enterokokken, E.coli, MRSA, Norwalk-like, Salmonellen, Staphylokokken, Streptokokken, Tbc, Toxoplasma gondii

Gefahren für Mensch und Umwelt
 Mikroorganismen können Infektionen über folgende Aufnahmewege hervorrufen:
Aerogen: Aufnahme von Bioaerosolen (Kleinste Tröpfchen, Nebel, Stäube) über die Atemwege, z.B. beim Husten oder Erbrechen des Bewohners
Kontamination oder Schmierinfektion: Einwirkung auf Haut oder Schleimhäute z.B. bei verletzter oder ekzematöser Haut
Inkorporation: Aufnahme über den Mund
Parenteral: Eindringen in tiefes Gewebe (Muskulatur, Unterhautfettgewebe), z.B. Nadelstich

Schutzmassnahmen und Verhaltensregeln
Arbeitsstätte: Hygienevorschriften sind einzuhalten. Arbeitsspezifische Vorsorge wahrnehmen. Empfohlene arbeitsmedizinische **Schutzimpfungen beachten**
Im Arbeitsbereich: keine Lebensmittel aufbewahren, nicht essen, nicht trinken, nicht rauchen.
Handschutz: flüssigkeitsdichte Schutzhandschuhe, z.B. aus Latex (pudrefrei) oder Vinyl, bei möglichem Kontakt mit Körperflüssigkeiten. Hautschutz- und Handschutzplan anwenden.
Augen-, Gesichtsschutz: Dichtschließende Schutzbrille, wenn mit Verspritzen oder Versprühen von Körperflüssigkeiten zu rechnen ist.
Atemschutz: bei aerogen übertragenen Infektionen (z.B. FFP 2/3-Masken).
Körperschutz: Kleiderordnung einhalten. Flüssigkeitsdichte Arbeitsschutzkleidung, wenn mit Durchnässen der Kleidung zu rechnen ist. Getränkte Kleidung ist sofort zu wechseln.
Beschäftigungsbeschränkungen: sind für Jugendliche und Schwangere zu beachten!

Verhalten im Gefahrenfall
 Persönliche Schutzkleidung anlegen. Verunreinigte Schutzkleidung ist zu wechseln. Arbeits- und kontaminierte Flächen sind entsprechend der Hygienevorschriften zu reinigen und zu desinfizieren.

Wichtige Telefonnummern: Hygienefachkraft:
 D-Arzt-Ambulanz: Brandfall:
 Betriebsarzt: Notfall:

Erste Hilfe
 Bei Verletzung oder Kontamination mit infektiösen Materialien oder Körperflüssigkeiten:
Haut: Mit einem desinfektionsmittelgetränkten Einmaltuch reinigen, waschen anschließend mit viruswirksamen Desinfektionsmittel desinfizieren. Verunreinigte Kleidung wechseln.
Auge/Schleimhäute: Unter fließendem Wasser oder mit fertigen Lösungen bei geöffnetem Lidspalt 15 min. spülen, dann D-Arzt-Ambulanz.
Verschlucken: Mit Leitungswasser spülen, dann D-Arzt-Ambulanz.
Wunde: Blutung anregen (> 1 min.) mit viruswirksamen Desinfektionsmittel > 10 min. lang ausspülen. Reinigung mit Wasser und Seife. D-Arzt aufsuchen.
 Weitere Informationen siehe Verfahrensweisung
 Sofortmaßnahmen nach Nadelstichverletzungen ... Betriebsarzt informieren.

Sachgerechte Entsorgung
 Spitze, scharfe oder zerbrechliche Arbeitsgeräte zur einmaligen Verwendung (Nadeln, Skalpelle etc.) sind unmittelbar nach Gebrauch in stich- und bruchsicheren Behältnisse zu entsorgen. (s. Abfallentsorgungsplan) Kontaminierte Arbeits- und Schutzkleidung ist entsprechend den Hygienevorschriften zu sammeln und zu reinigen.

Quelle: BAUA

Schutzstufe 1 bis 4 zur Auswahl der Sicherheitsmaßnahmen (siehe BioStoffV)

Beispiele für Schutzstufe 2 (am Häufigsten im Gesundheitsdienst)

- Tätigkeiten, bei denen es **regelmäßig** und in **größerem Umfang** zum Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann, so dass eine Infektionsgefährdung durch Erreger der **Risikogruppe 2 bzw. 3**** besteht

Maßnahmen

- Spezifische Desinfektionsverfahren von kontaminierten Flächen und Gegenständen
- Beschränkung des Zugangs auf benannte Beschäftigte

Weitere Maßnahmen des Arbeitsschutzes (siehe GefStoffV)



S - Substitution

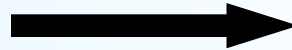
T - Technisch

O - Organisatorisch

P – Persönlich - wenn alle anderen Maßnahmen ausgeschöpft sind

S - Substitution

Substitution des gefährdenden Arbeitsstoffes mit einem nicht/weniger gefährlichen Arbeitsstoff:



**Weniger gefährlicher
Arbeitsstoff**

Gesundheitsschädlich

T - Technisch



Technische Maßnahmen um die Exposition gegenüber dem jeweiligen Arbeitsstoff möglichst gering zu halten, z.B.

- **Abwurfbehälter für Kanülen oder andere spitze Gegenstände**
- **Stichsichere Instrumente**



T - Technisch

Hautschutz, Hautreinigung, Hautpflege

Den Beschäftigten sind

- leicht erreichbare Händewaschplätze
- Direktspender für Händedesinfektionsmittel
- hautschonende Waschmittel
- geeignete Hautschutz- und -pflegemittel und
- Einmalhandtücher

zur Verfügung zu stellen.

O - Organisatorisch

Organisatorische Maßnahmen um die Exposition gegenüber dem jeweiligen Arbeitsstoff möglichst gering zu halten, z.B.

- **Schulung und Unterweisung der Mitarbeiter**
- **Begrenzung der in einem bestimmten Bereich tätigen Mitarbeiter auf eine Auswahl**



P - Persönlich

Persönliche Maßnahmen um die Exposition gegenüber dem jeweiligen Arbeitsstoff möglichst gering zu halten, z.B.

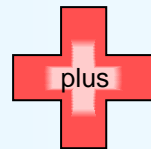
- Handschuhe
- Schutzkleidung
- Augen- bzw. Gesichtsschutz
- Atemschutz



Beispiel für resistente Erreger: MRSA

Welche Arbeitsschutzmaßnahmen sind bei der medizinisch-pflegerischen Betreuung von Personen mit einer **MRSA**-Besiedlung oder -Infektion sinnvoll?

- 1. Nach TRBA 250 konsequente Basishygiene mit Händedesinfektion**
- 2. Bei Kontaminationsgefahr: Schutzkittel (evtl. flüssigkeitsdichte Schürze), Schutzhandschuhe, Mund-Nase-Schutz**
- 3. Bei luftgetragenen Erregern (Manipulation im Bereich Atemwege/Absaugen Partikel filtrierende Atemschutzmasken, z.B. FFP2**



Zusätzlich zur Basishygiene nach TRBA 250:

- Unterrichtung zur MRE Problematik und Unterweisung
- Erstellung einer Betriebsanweisung und der Hygienepläne (aus der überarbeiteten TRBA 250)

Vorstellung der Änderungen in der TRBA 250: Neuer Abschnitt 5.7 Multiresistente Erreger

1. Kein Unterschied zu nicht resistenten Erregern bezüglich

Übertragungswege
krankmachende Wirkung
Umwelteigenschaften
Empfindlichkeit gegenüber Desinfektionsmitteln

Strikte Einhaltung der allgemeinen Hygienemaßnahmen ausreichend!
Barrieremaßnahmen sind kein Ersatz.

2. PSA bei Tätigkeiten ohne Kontakt zu Körperflüssigkeiten

(z.B. Essen austeilen):

Keine persönliche Schutzausrüstung notwendig

Unvorhergesehener Kontakt:
Wechsel kontaminierter Arbeitskleidung und Händedesinfektion

3. PSA bei vorhersehbarem Kontakt zu Körperflüssigkeiten:

Zum Schutz des Beschäftigten und zur Vermeidung der Weiterverbreitung in der Einrichtung

Auswahl der PSA
individuelle Risikoanalyse
Gefährdungsbeurteilung
(Arbeitssicherheitsgesetz ASiG)

4. Verdeutlichen der Notwendigkeit des strikten Einhaltens von Hygieneanforderungen durch Schulungen gem. IfSG und MedHygV

5. Bereitgehaltene Schutzkleidung vor Staub und Kontamination schützen

6. Abfallentsorgung und Wäscheaufbereitung:
keine speziellen Anforderungen

LARE

Die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger

<http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/hygiene/lare/>

http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/hygiene/lare/faq/lare_faq_mrsa_arbeitsschutz.htm

LandesArbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger (LARE) – Netzwerkbildung auf Landesebene



31 Mitglieder

AOK Bayern
Arbeitsgemeinschaft Pflegekassen
Arbeitsgemeinschaft Rettungsdienst
Arbeitskreis der Privaten Pflegeverbände
Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie
Barmer Ersatzkasse
Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe
Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.
Bayerische Landesärztekammer
Bayerischer Hausärzteverband
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Berufsverband bayerischer Hygieneinspektoren e. V.
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
Bundeswehr
Caritas Landesverband Bayern
Ärzteverband Öffentlicher Gesundheitsdienst Bayern e. V.
Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Regensburg
Institut für medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene der TU München
Interessengemeinschaft bayerischer Heilmittelverbände
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)
Klinikum Augsburg
Klinikum Nürnberg
Max von Pettenkofer-Institut, Ludwig Maximilian-Universität München
Medizinische Dienst der Krankenkassen
Städtisches Klinikum München
Universitätsklinikum Erlangen
Verband der privaten Krankenversicherungen e. V.
Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e. V.

Gründungsveranstaltung im Dezember 2008
und Veröffentlichung eines Konsensusstatements

AG Arbeitsschutz und MRE:

Erarbeitung von Antworten von FAQs zu MRSA und Arbeitsschutz

- Wurden Infektionen mit MRSA bereits als Berufskrankheit anerkannt?
- **Besteht eine gesetzliche Meldepflicht für den Arzt, wenn dieser Kenntnis über die chronische MRSA Kolonisation eines Beschäftigten erlangt?**
 - a) nach dem Berufskrankheitenrecht
 - b) nach dem Infektionsschutzgesetz
- Kann ein Beschäftigungsverbot für Träger von MRSA ausgesprochen werden?
- Wann sind MRSA Screening-Untersuchungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege sinnvoll und wann sind diese duldungspflichtig?



Besteht eine gesetzliche Meldepflicht für den Arzt, wenn dieser Kenntnis über die chronische MRSA Besiedlung (Kolonisation) eines Beschäftigten erlangt

a) nach dem Berufskrankheitenrecht,

Bei Nachweis einer Infektion, mit MRSA, nicht bei einer alleinigen Besiedlung, besteht für den Arzt dann eine Anzeigepflicht nach § 202 Sozialgesetzbuch VII, wenn er den begründeten Verdacht auf eine beruflich bedingte Infektion hat.

b) nach dem Infektionsschutzrecht.

Meldepflichtig ist seit 2009 nach „Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht nach § 7 des Infektionsschutzgesetzes“ der Nachweis von MRSA aus Blut oder Liquor.

Im Falle von gehäuften Infektionen mit MRSA besteht nach § 6 Infektionsschutzgesetz grundsätzlich folgende Meldepflicht, die auch bei MRSA-Infektionen relevant werden könnte: „Meldepflichtig ist u. a. das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird (als Ausbruch nichtnamentlich)“.

Wurden Infektionen mit MRSA bereits als Berufskrankheit anerkannt?

MRSA-Infektionen sind bisher nur in seltenen Fällen als Berufskrankheit anerkannt worden. Bis einschließlich 2008 wurden in Deutschland bei 17 Beschäftigten im Gesundheitsdienst MRSA-Infektionen als Berufskrankheit anerkannt. 14 von diesen waren in der Altenpflege oder im Krankenhaus tätig. Von den Infektionen waren vor allem die Haut sowie die oberen Atemwege, seltener Knochen, Gelenke und untere Atemwege betroffen. Im Jahr 2009 wurden weitere 7 Fälle anerkannt. Eine Anerkennung ist auch ohne Nachweis eines Indexpatienten möglich, wenn aufgrund der epidemiologischen Datenlage ein erhöhtes MRSA-Risiko am Arbeitsplatz der Betroffenen vermutet wird (siehe auch den Beitrag „MRSA als Berufskrankheit“ von F. Haamann).

Besteht beim Vorliegen einer MRSA Besiedlung, die nur zufällig im Rahmen einer Screeninguntersuchung bei einem im Gesundheitsdienst Beschäftigten festgestellt wurde und die keinerlei Symptome verursacht, der begründete Verdacht und damit die Indikation zur Erstellung einer Berufskrankheiten-Anzeige?

Nein, die reine Besiedlung, also der Nachweis von MRSA auf Haut oder Schleimhaut ohne weitere Symptome, die zufällig bei einer Screeninguntersuchung entdeckt wird, ist keine Infektion und stellt keinen begründeten Verdacht auf eine Berufskrankheit dar. Es wird diskutiert, ob es sich im Einzelfall bei nachweislich dauerhafter Besiedlung um einen regelwidrigen Körperzustand handelt.

Welche Arbeitsschutzmaßnahmen sind bei der medizinisch-pflegerischen Betreuung von Personen mit einer MRSA-Besiedlung oder -Infektion sinnvoll?

Zusätzlich zur Basishygiene sind besondere Maßnahmen entsprechend der TRBA 250, Abschnitt 4 zu ergreifen:

Die Beschäftigten sind über die erforderlichen Hygienemaßnahmen zu unterrichten und anhand der Betriebsanweisung und des Hygieneplans über die auftretenden Gefahren und über die Schutzmaßnahmen zu unterweisen. Dabei sind ihnen Hinweise hinsichtlich der Relevanz einer Immunsuppression oder einer nicht intakten Hautoberfläche zu geben. Ausreichend sind bei der Betreuung von MRSA-Patienten die in der TRBA 250 ohnehin für die medizinisch-pflegerischen Betreuung vorgesehenen Maßnahmen:

Händedesinfektion

das Tragen eines Schutzkittels (evtl. flüssigkeitsdichte Schürze)

Schutzhandschuhe, Mund-Nase-Schutz

Soll der Beschäftigte vor luftgetragenen Erregern (Manipulation im Bereich Atemwege/Absaugen) geschützt werden, reicht der Mund-Nasen-Schutz nicht aus. Geeignet sind partikelfiltrierende Atemschutzmasken (z. B. FFP2).

Kann eine zuständige Behörde ein Tätigkeitsverbot für Träger von MRSA aussprechen und wie unterscheidet es sich vom Beschäftigungsverbot?

Gemäß § 16 oder § 31 Abs. 2 IfSG kann die zuständige Behörde Personen, die Krankheitserreger in sich tragen, die Ausübung bestimmter Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen, wenn im sehr seltenen Einzelfall, z. B. bei Unzuverlässigkeit, die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht. Das Tätigkeitsverbot darf jedoch nur ausgesprochen werden, wenn es geeignet, erforderlich und verhältnismäßig ist.

Beschäftigungsverbote dagegen richten sich an den Arbeitgeber und müssen von ihm umgesetzt werden. Sie können aufgrund des IfSG oder anderer gesetzlicher Regelwerke ausgesprochen werden. Allein aufgrund der Trägerschaft von MRSA lassen sich keine generellen Beschäftigungsverbote ableiten.

Haben Beschäftigte im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege grundsätzlich die Pflicht, Arbeitgebern, Vorgesetzten und Betriebsärzten ihre chronische MRSA Kolonisation bei der Einstellung zu offenbaren oder auch in der Folge bekanntzugeben?

Eine Auskunftspflicht/ Offenbarungspflicht eines Bewerbers bzw. eines Beschäftigten über seinen Gesundheitszustand besteht mangels gesetzlicher und in der Regel auch mangels arbeitsvertraglicher Grundlage grundsätzlich nicht. Diese kann sich jedoch als Nebenpflicht aus dem Arbeitsvertrag ergeben, wenn diese Information für die Erfüllung der arbeitsvertraglich geschuldeten Leistung von maßgeblicher Bedeutung ist.

Inwiefern die MRSA-Besiedlung bei einem Bewerber bzw. einem Beschäftigten für die Erfüllung der arbeitsvertraglich geschuldeten Leistung maßgeblich ist, lässt sich aktuell nicht sagen. Systematische Studien über das Risiko einer Übertragung von MRSA auf Patienten, z. B. mit hohem Infektionsrisiko bei Betreuung durch einen mit MRSA besiedelten Beschäftigten fehlen. Somit kann das Risiko in diesem Bereich nicht beziffert werden und folglich keine generelle Auskunftspflicht des Beschäftigten gegenüber dem Arbeitgeber gefordert werden.

Es finden sich jedoch immer wieder Berichte, wo in Einzelfällen die Übertragung von MRSA vom Personal auf Patienten dokumentiert worden ist (Kontrolle der Weiterverbreitung von MRSA – Personal im Gesundheitsdienst als Carrier, Epidemiologisches Bulletin, 5. September 2008 / Nr. 36) Es fehlen Regelungen für Arbeitgeber, wie mit der Trägerschaft bei Beschäftigten zu verfahren ist.

Somit muss an Beschäftigte appelliert werden, sich aus Gründen des vorsorgenden Patientenschutzes gegenüber dem Arbeitgeber zu offenbaren, insbesondere, wenn Risikopatienten/ kritische Bereiche von ihm betreut werden. Gleichzeitig muss an Arbeitgeber appelliert werden, für diese Fälle angemessene Vereinbarungen in Absprache mit den Arbeitnehmervertretungen zu implementieren und zu kommunizieren.

Kann der Arbeitgeber zum Schutze besonders gefährdeter Patienten, z. B. auf onkologischen Stationen, den Einsatz des Beschäftigten in diesem Bereich davon abhängig machen, dass eine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde (in diesem Fall ein Abstrich z. B. der Nasenschleimhaut)?

Die Beantwortung dieser Frage hängt eng mit der Fragestellung zur Auskunftspflicht (siehe auch Frage: Haben Beschäftigte im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege grundsätzlich die Pflicht, Arbeitgebern, Vorgesetzten und Betriebsärzten ihre chronische MRSA Kolonisation bei der Einstellung zu offenbaren oder auch in der Folge bekanntzugeben?) zusammen. In beiden Fällen geht es letztlich um die Information des Arbeitgebers über eine mögliche MRSA-Kolonisation von Beschäftigten, die in Kontakt mit Patienten stehen und für diese ggf. das Risiko einer Infektion erhöhen. Dieses Risiko kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt auf Basis der wissenschaftlichen Literatur nicht beziffert werden. Somit kann auch nicht geklärt werden, was in diesem Fall das höhere Gut ist, das Selbstbestimmungsrecht des Beschäftigten oder die mögliche Infektion, z. B. des immuninkompetenten Patienten.

Deshalb kann die Untersuchung im Sinne eines Screenings von Beschäftigten außerhalb von Ausbruchssituationen nicht gefordert werden. Die Indikation für Untersuchungen im Sinne eines Personalscreenings wird im Hygieneplan gemäß der Empfehlungen der KRINKO festgelegt. Hier wird jedoch Personalscreening nur in bestimmten Ausbruchssituationen empfohlen.

Es finden sich jedoch immer wieder Berichte, wo in Einzelfällen die Übertragung von MRSA vom Personal auf Patienten dokumentiert worden ist (Kontrolle der Weiterverbreitung von MRSA – Personal im Gesundheitsdienst als Carrier, Epidemiologisches Bulletin, 5. September 2008 / Nr. 36). Hier fehlen aber Regelungen für Arbeitgeber, wie mit der Trägerschaft bei Beschäftigten zu verfahren ist. Der Beschäftigte sollte deshalb durch den Arbeitgeber darauf hingewiesen werden, dass im Falle der MRSA-Trägerschaft die Möglichkeit einer Übertragung des MRSA auf Patienten besteht und deshalb generell die notwendigen Hygienemaßnahmen und Schutzmaßnahmen strikt einzuhalten sind.

Wann sind MRSA Screening-Untersuchungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege sinnvoll und wann sind diese duldpflichtig?

Screening-Untersuchungen bei Beschäftigten hält die KRINKO im Ausbruchfall für angebracht, wenn sich bei Verdacht auf eine nosokomiale Infektion keine andere plausible Ursache für den Ausbruch findet, Empfehlung der KRINKO von 1999 (Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. In dieser Empfehlung wird ein Routine-Screening nicht empfohlen. Aus Sicht des Arbeitsschutzes ergibt sich keine Indikation für MRSA-Screening-Untersuchungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege. Bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist (§ 6, 3 IfSG), wird nach §§ 16, 25, 26, 28 und 31 IfSG die zuständige Behörde verpflichtet, die erforderlichen Ermittlungen anzustellen und die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem einzelnen oder der Allgemeinheit hierdurch drohenden Gefahr zu treffen. Dazu kann auch die Anordnung von Personalscreening gehören. Diese Maßnahme wäre dann duldpflichtig.

Wie häufig kann bei medizinischem Personal eine Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Bakterien (MRGN, früher ESBL-Bildner) nachgewiesen werden?

Zu dieser Frage gibt es nur wenig Literatur, siehe auch KRINKO-Bekanntmachung von 2012¹.

So zeigt eine Studie aus Bozen in der Langzeitpflege²: Von 111 Bewohnern waren 41,4% und von 69 Beschäftigten waren 11,6 % besiedelt.

Aus internationalen Studien in Langzeitpflegeeinrichtungen geht hervor, dass Schleimhäute von Beschäftigten besiedelt sein können (insbesondere der Darm) und die Hände als Überträger in Betracht kommen (Schmierinfektion).

¹Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsbl, 2012. 55: S. 1311-1354.

²March, A., et al., Colonization of residents and staff of a long-term-care facility and adjacent acute-care hospital geriatric unit by multiresistant bacteria. Clin Microbiol Infect, 2010. 16(7): p. 934-44.

(Link: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-0691.2009.03024.x/pdf>)

Können Beschäftigte die Quelle von Ausbrüchen durch multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN, früher ESBL-Bildner) sein?

Die Quelle von Ausbrüchen blieb bei der Auswertung von 168 Publikationen bei 63,7% der Ausbruchsbeschreibungen unklar. (Krinko-Bekanntmachung von 2012)¹:

Bei 48,2% der Ausbruchsbeschreibungen konnte kein gesicherter Übertragungsweg identifiziert werden. In 36 Publikationen (21,4%) wurde eine Übertragung durch Personal oder die Hände des Personals für wahrscheinlich gehalten.

¹ Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsbl, 2012. 55: p. 1311-1354.

Wurden bereits Berufskrankheiten durch multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN, früher ESBL-Bildner) anerkannt

Nein, bisher nicht (Albrecht, DGUV, persönliche Mitteilung 2013).

Können Screening-Untersuchungen von Beschäftigten einer Weiterverbreitung von multiresistenten gramnegativen Bakterien (MRGN, früher ESBL-Bildner) in Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen entgegenwirken?

Auch in der KRINKO-Empfehlung von 2012 sind keine Hinweise zum Screening von Beschäftigten enthalten und von Screening-Untersuchungen wird in internationalen Studien bisher nur im Zusammenhang mit (Risiko-) Patienten berichtet.

Kann eine Übertragung von multiresistenten gramnegativen Bakterien (MRGN, früher ESBL-Bildner) von Patienten auf Beschäftigte und umgekehrt verhindert werden?

Bei Kontakt zu Körperflüssigkeiten sind die üblichen Basishygienemaßnahmen anzuwenden. Neben der Händehygiene ist insbesondere die persönliche Schutzausrüstung wichtig, bestehend aus Einmalhandschuhen, Schutzkittel und Einwegschrürzen, Mund-Nasen-Schutz und Augen- oder Gesichtsschutz, abhängig von der zu erwartenden Erregerexposition. Außerdem sind zusätzliche Schulungen erforderlich.

Schutzmaßnahmen unterscheiden sich nicht im Hinblick auf verschiedene Resistenzen dieser Bakterien. Ebenso sind z. B. Desinfektionsmittel wirksam.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!