



Impfungen bei Gesundheitspersonal

Seit dem Jahr 2012 gibt es in Österreich spezielle Empfehlungen zum Impfschutz von Gesundheitspersonal. Grundsätzlich gelten hier die Empfehlungen des österreichischen Impfplans, dies aber in verstärktem Ausmaß, da nicht nur der Individualschutz, sondern auch der Schutz der Patienten vor Infektion zu berücksichtigen ist.

Von Ursula Wiedermann-Schmidt*

Allgemeines

Bei der Beurteilung der prophylaktischen Wirkung von Impfungen sind zwei Aspekte zu unterscheiden: der Individualschutz für die geimpfte Person und der Schutz des Kollektivs, der dadurch eintritt, dass – bei Erkrankungen, die von Mensch zu Mensch übertragbar sind – geimpfte Personen andere mit der Krankheit, gegen die sie erfolgreich geimpft wurden, nicht mehr anstecken können. Dieser Kollektivschutz wird auch als „Herdenschutz“ bezeichnet

und verhindert die epidemische Ausbreitung einer Infektionskrankheit. Wie hoch die Durchimpfungsrate der Population sein muss, hängt von der Vermehrungsfähigkeit und der Kontagiosität des jeweiligen Erregers sowie der Immunitätslage der Zielpopulation ab und wird ermittelt durch die sogenannte Basisreproduktionszahl (R_0), die angibt, wie viele Personen durch eine infizierte Person angesteckt werden können. (Anmerkung: Bei hochinfektiösen Erregern wie zum Beispiel Masern ist R_0 18, was eine Durchimpfungsrate von 95 Prozent

erforderlich macht, um eine Transmission zu verhindern). Eine besondere Stellung nehmen Gesundheitsberufe („im Gesundheitswesen Tätige“) ein. Damit sind sowohl Ärzte als auch Pflegeberufe, Physiotherapeuten, Krankenpflegeschüler, Medizinstudenten, Laborpersonal bis hin zum Reinigungspersonal etc. im Krankenhaus, ebenso aber auch der niedergelassene Bereich gemeint. Im Sinne der Verantwortung des Einzelnen inklusive des Krankenhausträgers gegenüber dem Patienten (siehe „Rechtliche Aspekte“) muss sicher-

gestellt sein, dass Patienten im Krankenhaus nicht durch im Gesundheitswesen Tätige einem zusätzlichen, vermeidbaren Infektionsrisiko ausgesetzt werden. Dies gilt analog auch für den niedergelassenen Bereich.

Dies ist besonders wichtig für bestimmte Gruppen, die nicht oder nicht vollständig aktiv geimpft werden können wie zum Beispiel Neugeborene und Säuglinge, Schwangere oder immunsupprimierte Patienten. Diese Menschen sind auf den Herdenschutz im Allgemeinen und im Besonderen darauf angewiesen, im Krankenhaus nicht durch ungeimpfte im Gesundheitswesen Tätige gefährdet zu werden.

Kein Herdenschutz lässt sich bei Erkrankungen aufbauen, die durch ubiquitäre Erreger (wie zum Beispiel Clostridium tetani) oder durch tierische Vektoren (zum Beispiel FSME) übertragen werden, also bei Erkrankungen, die nicht von Mensch zu Mensch übertragen werden. Hier steht der individuelle Schutz durch die jeweilige Impfung im Vordergrund.

Bereits 2012 wurden erstmals in Österreich Empfehlungen zu „Impfungen für MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens“ als Ergänzung zum Österreichischen Impfplan herausgegeben. Darin wird festgehalten, dass die Durchimpfungsraten bei im Gesundheitswesen Tätigen in Österreich – besonders im Krankenhausbereich – generell als zu gering zu betrachten sind (eine Tatsache, die sich im Jahr 2015 durch Maserninfektionen bei im Gesundheitswesen Tätigen bestätigt hat) – wobei eine systematische Datenlage in weiten Bereichen fehlt.

Grundsätzlich gelten für im Gesundheitswesen Tätige dieselben, im österreichischen Impfplan festgehaltenen Impfeempfehlungen wie für alle Erwachsenen in Österreich. Besonders wichtig ist der Schutz gegen MMR und Varizellen, Influenza, Diphtherie/Tetanus/Pertussis/Polio und neben Hepatitis B auch Hepatitis A. In bestimmten Bereichen wird zusätzlich ein Impfschutz gegen Pneumokokken

und Meningokokken empfohlen. In Tab. 1 werden Bereiche hohen, mittleren und niedrigen Risikos in Gesundheitseinrichtungen aufgezeigt und die daraus resultierenden allgemeinen Impfeempfehlungen im Überblick.

Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio

Die einzigen Daten über die Durchimpfungsraten in Österreich gegen Diphtherie (Di), Tetanus (Tet) und Pertussis (Pert) stammen von der Statistik Austria.

Demzufolge liegt die Durchimpfungsraten gegen Diphtherie in der österreichischen Bevölkerung bei knapp über 50 Prozent. Sie nimmt jedoch mit zunehmendem Lebensalter ab und beträgt in der Altersgruppe über 75 Jahren nur noch knapp über 20 Prozent.

Diphtherie tritt nach wie vor in manchen Weltregionen (zum Beispiel Albanien, Länder der ehemaligen Sowjetunion, Afrika, Asien, Südamerika) endemisch auf. Um Ausbrüche durch eingeschleppte Infektionen zu vermeiden, sollte der Impfschutz unbedingt aufrechterhalten werden. Was im Gesundheitswesen Tätige betrifft, so kann im Prinzip im gesamten Gesundheitswesen und beispielsweise auch in Flüchtlings-/Migranteneinrichtungen ein Kontakt mit Diphtherie-Erregern erfolgen.

EU-weit werden pro Jahr nur wenige Fälle gemeldet. In der Zeit von 2009 bis 2014 wurden 140 Fälle in der EU/EEA gemeldet. 2015 traten neun Fälle von kutaner Diphtherie hauptsächlich unter Flüchtlingen und Asyl-Suchenden in Skandinavien und Deutschland auf; in Litauen wurden acht Diphtherie-Fälle gemeldet. Im Juni 2015 verstarb in Spanien ein Kind an Diphtherie; im Frühjahr 2016 starb ein ungeimpftes Kind in Belgien an Diphtherie.

In Österreich wurde erstmals nach mehr als 20 Diphtherie-freien Jahren im Mai 2014 ein Fall von Wund-Diphtherie diagnostiziert. Ein weiterer Fall von nach

Österreich importierter Haut-Diphtherie folgte im Dezember 2014. Seither gab es in Österreich keine weiteren gemeldeten Fälle.

Die Impfung gegen Diphtherie ist daher nach wie vor wichtig und für im Gesundheitswesen Tätige schon aus seuchenhygienischen Gründen unbedingt zu empfehlen.

Bei Tetanus soll laut Statistik Austria die Durchimpfungsraten in Österreich um die 70 Prozent liegen. Auch hier nimmt diese Rate jedoch in der älteren Bevölkerung ab (nur circa 40 Prozent bei Über-75-Jährigen). Dies scheint mit der schlechteren Compliance der Bevölkerung vor allem jenseits des 60. Lebensjahres zusammenzuhängen. In Deutschland starb 2016 eine ältere Frau nach einer Bagatellverletzung, weil eine entsprechende postexpositionelle Versorgung nicht rechtzeitig durchgeführt wurde. Die Tetanusimpfung ist gemäß österreichischem Impfplan routinemäßig allen Erwachsenen und insbesondere im Gesundheitswesen Tätigen zu empfehlen.

Die Fälle von Pertussis nehmen in Österreich kontinuierlich zu; ein Anstieg an Erkrankungen ist zu verzeichnen bei Säuglingen, die noch nicht geimpft werden können, bei Kindern und Jugendlichen, deren Impfschutz seit der Impfung im 1. Lebensjahr abgenommen hat („immunity waning“), aber auch bei Erwachsenen aufgrund von Impflücken beziehungsweise vergessenen Auffrischungsimpfungen. Dieser Trend ist auch weltweit vor allem bei älteren Menschen zu beobachten. In Österreich wurden im Jahr 2015 insgesamt 579 Pertussisfälle gemeldet, davon 529 laborbestätigt. 2016 wurden bis August bereits 615 Fälle gemeldet. Im Jahr 2011 waren es noch 302 gemeldete Fälle. Während ambulant die Altersgruppe zwischen 40 und 45 Jahren besonders betroffen ist, sind im stationären Bereich besonders Kinder unter fünf Jahren und alte Patienten über 80 Jahren von Pertussis betroffen. Alle im Gesundheitswesen Tätigen und besonders jene, die in Kontakt mit Neugeborenen, Säug- ▶▶

► lingen und immunsupprimierten Personen kommen, sollen unbedingt gegen Pertussis geimpft sein.

In Österreich gibt es derzeit keine Poliomyelitis – der letzte Fall wurde 1980 gemeldet. Die WHO hat die Region Europa im Jahr 2002 für Polio-frei erklärt. Es gibt aber immer noch (oder schon wieder) einige Gebiete in Afrika und Asien, wo es zu einer Verbreitung des Wildtyp-Poliiovirus kommt. In Nigeria, Afghanistan und Pakistan ist das Virus weiterhin endemisch; Ausbrüche und eine Verbreitung im Zuge der Migrationsströme sind daher möglich.

Die Impfung gegen Polio wird weiter für alle Erwachsenen und insbesondere für im Gesundheitswesen Tätige empfohlen, da der Kontakt mit dem Virus im Prinzip jederzeit möglich ist. Die Impfung gegen Di/Tet/Pert/Polio soll laut österreichischem Impfplan alle zehn Jahre, ab dem 60. Lebensjahr alle fünf Jahre aufgefrischt werden.

Hepatitis A und B

Im Jahr 2015 wurden in Österreich 1.153 Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus gemeldet, 15 Patienten verstarben. Die Hepatitis B ist in Österreich als Berufskrankheit anerkannt. Deshalb führt die Allgemeine Unfallversicherung (AUVA) seit 1991 für gefährdete Berufsgruppen eine Impfkation gegen Hepatitis B durch. Dies hat zu einem dramatischen Abfall der als Berufskrankheit anzuerkennenden Fälle von Hepatitis B geführt. Seit 2004 wird für diese Impfkation der Kombinationsimpfstoff gegen Hepatitis B und A verwendet.

Ärztliches Personal kann sich im Rahmen dieser Aktion unbeschränkt impfen lassen, während für Pflege- und Laborpersonal sowie für andere im Gesundheitswesen Tätige eine Arbeitsplatzevaluierung vorliegen muss, die ein besonders ausgeprägtes Infektionsrisiko bestätigt.

Zahlen aus dem Jahr 2012 zeigen, dass mehr als 1,1 Millionen Menschen im Rahmen dieser Aktion geimpft wurden. Spezielle Daten für im Gesundheitswesen

Tätige fehlen; es ist von einer relativ hohen Durchimpfungsrate auszugehen. Die Impfung gegen Hepatitis B ist jedenfalls für im Gesundheitswesen Tätige unbedingt zu empfehlen.

Im Gegensatz zur Hepatitis B stellt die Hepatitis A in Österreich ein weitaus geringeres Gesundheitsproblem dar. 2015 wurden 60 Fälle gemeldet, ein Patient verstarb an der Erkrankung. Bestimmte Berufsgruppen (Kleinkinderbetreuung, Arbeit mit Migranten, Abwasserentsorgung, Kanalisationsarbeiten) haben ein höheres Infektionsrisiko. Zwar wäre eine generelle Impfung gegen Hepatitis A bei allen im Gesundheitswesen Tätigen eventuell nicht zu rechtfertigen; da jedoch im Rahmen der AUVA-Impfkation ohnehin gegen Hepatitis A mitgeimpft wird, dürfte eine gesonderte Empfehlung für im Gesundheitswesen Tätige auch nicht notwendig sein.

Influenza

Die Letalität der Influenza ist von Saison zu Saison unterschiedlich, beträgt jedoch durchschnittlich (in absoluten Zahlen) rund 1.300 (Bereich zwischen 400 und 4.000). Vor allem ältere Menschen und Patienten mit Grundkrankheiten haben ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe und sekundäre Erkrankungen. Zu diesen Grundkrankheiten gehören etwa Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz, Immundefekte und Adipositas. Es wird auch immer wieder über Influenza-Todesfälle unter im Gesundheitswesen Tätigen berichtet; aber auch hier fehlen systematische Untersuchungen.

Gleichzeitig ist die Durchimpfungsrate in Österreich sowohl in der Gesamtbevölkerung als auch bei im Gesundheitswesen Tätigen mit unter zehn Prozent sehr gering. Im Gegensatz zu Masern haben die Influenza-Viren eine geringere Infektiosität (R_0 liegt bei 2). Um den Ausbruch von Grippe-Epidemien zu vermeiden, wäre jedoch eine Durchimpfungsrate in der Bevölkerung von zumindest 40 bis 50 Prozent erforderlich. Daten zeigen, dass mehr als 20 Prozent aller im Gesundheitswesen

Tätigen pro Grippe-Saison eine Serokonversion durchmachen. Auch wenn etwa zwei Drittel einen subklinischen Verlauf durchmachen, zeigen Untersuchungen, dass es bei jeder Infektion zu einer viralen Ausscheidung (viral shedding) kommt, was für die Virus-Transmission besonders beim Kontakt mit vulnerablen Personen von großer Bedeutung ist. Im Gesundheitswesen Tätige haben somit einen relevanten Anteil daran, dass die jährliche Influenza-Epidemie propagiert wird.

Es gibt Metaanalysen, die zeigen, dass die Angst vor Nebenwirkungen und die Annahme der mangelnden Schutzwirkung zu den Hauptgründen gehören, warum sich im Gesundheitswesen Tätige nicht gegen Influenza impfen lassen. Nebenwirkungen müssen aber besonders bei der Influenza-Impfung aufgrund der sehr guten Verträglichkeit des Impfstoffs nicht befürchtet werden. Selbst bei eingeschränkter Wirksamkeit des Impfstoffs ist anzunehmen, dass es durch die gebildeten Antikörper (besonders bei einer jährlichen Impfung) zu einer Reduktion des „viral sheddings“ und damit zu einer geringeren Erregertransmission kommt. Dies wurde in experimentellen Modellen und humanen challenge-Studien eindrucksvoll gezeigt. Es sollte daher eine Hauptmotivation für die Impfung beim Gesundheitspersonal sein, die zu betreuenden Personen nicht anzustecken. Darüber hinaus sollte eine mögliche Reduktion von Krankenständen während der Influenzasaison für Spitalerhalter und Arbeitgeber eine ausreichende Motivation sein, die Influenza-Impfung für die Mitarbeiter möglichst niederschwellig, das heißt im stationären Bereich während der Dienstzeit, anzubieten. Schließlich kommt dem Gesundheitspersonal eine wichtige Vorbildwirkung für die Bevölkerung zu, sich impfen zu lassen.

Masern, Mumps, Röteln, Varizellen

Masern sind eine potentiell letale Erkrankung mit einer Komplikationsrate von 20 Prozent. Diese Komplikationen können von Otitis media über Pneumo-

nie bis hin zur Enzephalitis reichen. Ein bis zwei pro 1.000 Masern-Infektionen erkranken an Enzephalitis; etwa ein Viertel davon verläuft tödlich, von den Überlebenden leidet ein Drittel an schweren Folgeerscheinungen. Außerdem besteht auch das Risiko der seltenen, aber nach einem langsamen, schleichenden Verlauf stets tödlich endenden subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE), gegen die es keinerlei Therapie gibt. Sie tritt mit einer Häufigkeit von 1:1.700 bis 1:3.300 Infektionen auf, besonders bei Kindern unter fünf Jahren, und das häufig noch Jahre nach einer Maserninfektion, während nach Masernimpfung noch nie ein Fall von SSPE beobachtet wurde.

Die Effektivität der Masernimpfung ist mit 98 Prozent sehr hoch. Aufgrund der hohen Kontagiosität ist eine Durchimpfungsrate von 95 Prozent erforderlich, um eine epidemische Verbreitung der Erkrankung zu verhindern.

Eine Maserneradikation wäre grundsätzlich möglich und war von der WHO bereits für das Jahr 2010 anvisiert worden – ein Ziel, das klar verfehlt wurde. Im Gegenteil: Die Zahl der dokumentierten Masernfälle in Europa stieg im Jahr 2011 auf 35.700 an. Dabei traten 1.482 Pneumonien, 27 Enzephalitiden und acht Todesfälle auf. Die Verteilung dieser Fälle war jedoch sehr ungleich – 90 Prozent davon traten in fünf Ländern auf, nämlich in Frankreich, Italien, Rumänien, Spanien und Deutschland (in der Reihenfolge absteigender Häufigkeit).

Aber auch in Österreich steigt die Maserninzidenz. Wurden im Jahr 2011 noch 122 Masernfälle gemeldet, so waren es 2015 bereits 309. Am stärksten betroffen sind Kinder unter vier Jahren; ein zweiter Altersgipfel findet sich bei den 15- bis 30-Jährigen. Besonders problematisch war dabei, dass 23 Fälle (7,5 Prozent) durch Infektionen beim Gesundheitspersonal entstanden waren. Im Gesundheitswesen Tätige, die nicht gegen Masern geimpft sind, stellen ein hohes Risiko für die Übertragung dieser schweren Erkran-

Risiko-Abschätzung und Infektionsübertragung in Gesundheitseinrichtungen

Hohes Risiko	Mittleres Risiko	Niedriges Risiko
<ul style="list-style-type: none"> • Überdurchschnittlich häufiger Kontakt mit Patienten mit übertragbarer Infektionskrankheit • Erst-, Notfall- und Akutversorgung • Kontakt mit infektiösem Untersuchungsmaterial mit hoher Keimzahl 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt mit Patienten mit übertragbarer Infektionskrankheit möglich • Immunsupprimierte Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt mit Patienten mit übertragbarer Infektionskrankheit selten
Erforderliche Impfungen: Alle Impfungen: Standardimpfungen (DiTetPertPolio, MMR, Varizellen, Influenza, Hepatitis B) sowie Hepatitis A, Pneumokokken, Meningokokken	Erforderliche Impfungen: Standardimpfungen (+ Hep A) + (Meningokokken* und Pneumokokken*)	Erforderliche Impfungen: Standardimpfungen (DiTetPertPolio, MMR, Varizellen, Influenza, Hep B)

* Patientenschutz steht hier im Vordergrund

Tab. 1

Quelle: Wiedermann-Schmidt Ursula et al. 2012: „Impfungen für MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens“

kung besonders auf Kinder unter zwei Jahren und auf immunsupprimierte Patienten dar; bei beiden handelt es sich um Gruppen, die nicht aktiv gegen Masern geimpft werden können.

Röteln sind eine Erkrankung, die zwar im Kindesalter meist ohne Komplikationen verläuft, bei Erwachsenen jedoch durchaus schwere Folgeerscheinungen wie Thrombopenie, Arthritis und auch Enzephalitis auslösen kann. Die gefürchtete Embryopathie tritt vor allem dann auf, wenn es bei einer nicht immunen Schwangeren vor der 18. Schwangerschaftswoche zu einer Rötelninfektion kommt.

Abgesehen von einem Ausbruch im Jahr 2009 liegen die gemeldeten Rötelnfälle in Österreich im einstelligen Bereich – 2015 wurde nur ein einziger Fall gemeldet.

Auch Mumps ist eine Erkrankung, die bei Erwachsenen meist schwerer verläuft als bei Kindern. Bis zu 50 Prozent aller erkrankten Erwachsenen entwickeln ZNS-Symptome, bis zu zehn Prozent eine Meningitis, bis zu 40 Prozent der Männer eine Orchitis mit möglicher Sterilität als

Spätfolge, bis zu fünf Prozent der Frauen eine Oophoritis, bis zu zehn Prozent eine Pankreatitis. 2006 gab es in Kärnten einen Mumpsausbruch mit 227 Fällen (Altersgipfel zwischen 15 und 30 Jahren).

Varizellen sind hochinfektiös und können eine ganze Reihe von Komplikationen auslösen. Dazu gehören bakterielle Superinfektionen von Haut und Weichteilen ebenso wie akute neurologische Erkrankungen (Enzephalitis, zerebelläre Ataxie). Bis zu 20 Prozent der Erwachsenen entwickeln eine Pneumonie, wobei das Risiko für Schwangere besonders hoch ist. Weitere mögliche Komplikationen sind Hepatitis, Otitis media, Myokarditis und Nephritis.

Bei Vorliegen einer Immunschwäche können hämorrhagische Verläufe entstehen, die tödlich enden können. Bei Infektionen nicht immuner Schwangerer vor der 23. Schwangerschaftswoche kann es in zwei Prozent der Fälle zum fetalen Varizellen-Syndrom kommen. Auch bei Erkrankung rund um den Geburtstermin kann das Neugeborene Varizellen akquirieren, die eine sehr ungünstige Prognose aufweisen. ►►

► Im Gesundheitswesen Tätige sollen daher unbedingt gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen geimpft sein. Besonders wichtig ist dies im Bereich der Gynäkologie, Geburtshilfe, Neonatologie, Pädiatrie und überall, wo immunsupprimierte Patienten betreut werden.

Pneumokokken

Pneumokokken können als Kommensalen den Oropharynx des Menschen besiedeln, wobei die Kolonisation meistens im ersten oder zweiten Lebensjahr beginnt. Kleinkinder im Alter von zwei bis drei Jahren sind zu circa 60 Prozent mit Pneumokokken kolonisiert. Bei Erwach-

er auch zu keinem Herdenschutz, da der Erreger weiterhin verbreitet werden kann. Positiv ist hingegen, dass der Polysaccharidimpfstoff auch kein Replacement von Serotypen (das heißt keinen Shift zu Serotypen, die nicht von der Impfung abgedeckt sind) auslöst.

Konjugatimpfstoffe reduzieren die nasopharyngeale Carrier-Raten und reduzieren somit die Verbreitungsmöglichkeit jener Serotypen, die von der Impfung abgedeckt sind. Um Patienten mit besonders hohem Risiko zu schützen, wäre daher die Impfung aller Kontaktpersonen (inklusive im Gesundheitswesen Tätige) mit Konjugatimpfstoffen empfehlenswert.

Care Units oder pädiatrische Abteilungen. In diesen Fällen kann eine Impfung (auch vor dem 50. Lebensjahr) im Sinn der Empfehlungen des Österreichischen Impfplans mit dem 13-valenten konjugierten Impfstoff, gefolgt vom 23-valenten unkonjugierten Impfstoff nach einem Jahr sinnvoll sein.

Meningokokken

Im Jahr 2015 wurden in Österreich 27 Fälle von invasiven Meningokokken-Erkrankungen gemeldet, davon drei Todesfälle. Serogruppe B wurde mit 78 Prozent am häufigsten gemeldet, gefolgt von Serogruppe C mit 13 Prozent und Se-



senen hängt die Kolonisationsrate davon ab, ob Kinder im Haushalt leben oder nicht. Falls ja, liegt die Kolonisationsrate der Erwachsenen zwischen 18 und 29 Prozent, andernfalls nur bei sechs Prozent. Im Alter kommt es mit der Abnahme der Abwehrfunktionen auch wieder zur Steigerung der Kolonisationsraten und zu einem steigenden Risiko für invasive Pneumokokken-Erkrankungen.

Es gibt zwei Typen von Pneumokokkenimpfstoffen, einerseits den 23-valenten Polysaccharidimpfstoff (PPV), andererseits zwei Konjugatimpfstoffe (PCV), die 10- beziehungsweise 13-valent sind.

Der Polysaccharidimpfstoff hat den Nachteil, die nasopharyngeale Carrier-Rate nicht zu beeinflussen, somit führt

Theoretisch kann jedoch ein mit einem Konjugatimpfstoff Geimpfter im Sinn des Replacements durch andere, nicht von der Impfung abgedeckte Pneumokokken-Serotypen besiedelt werden und diese auch an Hochrisiko-Patienten weitergeben.

Zur Impfung gegen Pneumokokken gibt es für im Gesundheitswesen Tätige keine konkreten Daten; laut WHO besteht kein erhöhtes Risiko für schwere Pneumokokkeninfektionen. Überlegungen zur Pneumokokkenimpfung bei im Gesundheitswesen Tätigen beruhen vorwiegend auf dem Patientenschutz. Bereiche, für die derzeit eine Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung vorliegt, sind Labors, die mit potentiell infektiösem Material hantieren wie etwa in der Geriatrie, Intensive

roggruppe Y mit 8,7 Prozent (Meningokokken-Jahresbericht 2015 der Nationalen Referenzzentrale). Das Risiko einer Meningokokken-Übertragung durch Patienten auf im Gesundheitswesen Tätige besteht, allerdings ist die Zahl der tatsächlich in der Literatur beschriebenen Fälle sehr gering. Bei speziell exponierten Personen im Gesundheitswesen (zum Beispiel in speziellen mikrobiologischen Labors, auf Intensivstationen - vor allem pädiatrischen, internen und neurologischen Intensive Care Units - und Infektionsabteilungen) kann eine Impfung mit dem tetravalenten Impfstoff (gegen die Stämme A, C, Y und W135) sinnvoll sein. Ähnliche Überlegungen – auch wenn Daten zur erhöhten Gefährdung von Meningokokken-Infektionen bei im Gesundheitswesen Tätigen nicht zur Verfügung stehen – gelten für

den ebenfalls verfügbaren Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B. Entsprechend den Empfehlungen für Erwachsene sollte dieser Impfstoff zweimal im Mindestabstand von einem Monat verabreicht werden.

Rechtliche Aspekte

Die erwähnte hohe Masernaktivität im Jahr 2015 und insbesondere die Tatsache, dass bei 7,5 Prozent der Maserninfektionen Gesundheitspersonal der Auslöser war, war für das österreichische Gesundheitsministerium der Anlass, eine Broschüre zu den rechtlichen Aspekten von Impfungen bei im Gesundheitswesen Tätigen herauszugeben.

Darin wird zunächst festgehalten, dass es in Österreich keine Impfpflicht gibt, da diese nach Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention einen Eingriff in das Recht auf Privatleben darstellen würde. Dies gilt auch für im Gesundheitswesen Tätige.

Grundsätzlich ist für das Verständnis der rechtlichen Situation der Hinweis wichtig, dass bei Behandlungen im Krankenhaus der Behandlungsvertrag nicht zwischen Arzt und Patient, sondern zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Patienten zustande kommt.

In weiterer Folge stellt das Gesundheitsministerium dar, dass zwischen zwei Situationen zu unterscheiden ist: Neubewerbungen von im Gesundheitswesen Tätigen und Umgang mit bereits angestellten im Gesundheitswesen Tätigen.

Bei einer Neubewerbung eines im Gesundheitswesen Tätigen ist dieser zwar grundsätzlich nicht verpflichtet, dem Arbeitgeber Auskunft über den eigenen Impfstatus zu geben. Dies ändert sich jedoch dann, wenn eine Gefahr für Leben oder Gesundheit von Personen entstehen könnte, denen gegenüber der Arbeitgeber eine Schutzverpflichtung hat. Dies sind wegen des Behandlungsvertrags, der dem Spitalsträger eine Schutzverpflichtung auferlegt, in erster Linie die Patienten.

Deshalb darf der Arbeitgeber bei Neubewerbungen dann nach dem Impfstatus des im Gesundheitswesen Tätigen fragen, wenn eine Anstellung auf einer Station beziehungsweise Abteilung vorgesehen ist, wo Patienten mit hoher Infektionsgefährdung behandelt werden. Verweigert der im Gesundheitswesen Tätige weiterhin die Auskunft, so hat der potentielle Arbeitgeber das Recht, die Bewerbung dieses im Gesundheitswesen Tätigen nicht zu berücksichtigen.

In Analogie dazu darf der Spitalserhalter als Arbeitgeber auch bereits angestellte im Gesundheitswesen Tätige nach ihrem Impfstatus fragen, wenn sie auf Stationen oder Abteilungen arbeiten, wo Patienten mit hohem Infektionsrisiko behandelt werden. Verweigert der im Gesundheitswesen Tätige die Auskunft, hat der Arbeitgeber das Recht, den betreffenden im Gesundheitswesen Tätigen zu versetzen. Ist dies nicht möglich, kann in letzter Konsequenz auch eine Kündigung beziehungsweise Entlassung (je nach individueller Situation) die Folge sein.

Im Sinn des Arbeitnehmerschutzes hat der Spitalserhalter als Arbeitgeber allerdings auch eine Fürsorgepflicht gegenüber seinen Arbeitnehmern. Dies bedeutet im konkreten Fall, dass Impfungen dem Personal anzubieten sind und der Arbeitgeber dafür die Kosten zu tragen hat.

Diese Rechtslage besteht im Prinzip schon länger und hat sich in letzter Zeit auch nicht geändert. Die Klarstellung durch das Ministerium schien jedoch deshalb notwendig, weil in vielen Krankenanstalten nach wie vor Unsicherheiten über das rechtlich korrekte Vorgehen in solchen Fällen bestanden haben.

Zusammenfassung

Eine Vorgangsweise, die künftig einige der diskutierten Probleme mit einem Schlag lösen würde, wäre, einen kompletten Impfstatus vor der Anstellung in den jeweiligen Gesundheitsbereich als Qualitätskriterium und Grundvorausset-

zung zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu fordern. Ähnliche Regelungen gelten – zumindest an der Medizinischen Universität Wien – schon jetzt für Medizinstudenten vor Beginn einer Famulatur oder des klinisch-praktischen Jahres. Überlegungen, einen aktuellen Impfstatus als Bestandteil des Dienstvertrags zu implementieren, sind derzeit vermehrt in Diskussion.

Dass ein aktueller Impfstatus eine *Conditio sine qua non* für Personen im Gesundheitsbereich ist, deren Grundmotivation zur Berufsausübung die Verbesserung des Gesundheitszustands oder die Heilung von Patienten darstellt, steht außer Zweifel und sollte vor dem Hintergrund des entsprechenden Fachwissens keinen Anlass für Diskussionen bieten. Länder wie die USA, wo die Durchimpfungsraten unter im Gesundheitswesen Tätigen mehr als 90 Prozent betragen, können hierbei als positives Beispiel dienen. Eine entsprechende Forderung haben Anfang 2016 sowohl die Bioethikkommission als auch der Oberste Sanitätsrat formuliert. ◀◀

Literatur bei der Verfasserin

**) Univ. Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt, Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin und Spezialambulanz für Impfungen/ Medizinische Universität Wien, Kinderspitalgasse 15, 1090 Wien; Tel.: 01/40 160/38 291; E-Mail: ursula.wiedermann@meduniwien.ac.at*

Lecture Board

Ao. Univ. Prof. Dr. Heidemarie Holzmann, MedUni Wien/

Department für Virologie

Ao. Univ. Prof. Dr. Michael Kundi,

MedUni Wien/Institut für Umwelthygiene

Ärztliche Fortbildungsanbieter

Österreichische Gesellschaft für Tropenmedizin, Parasitologie und Migrationsmedizin (ÖGTPM) und Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (ÖGIT)

DFP-Literaturstudium: Impfungen bei Gesundheitspersonal

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ Punkte für das DFP zu erwerben.

Nach der Lektüre des State of the Art-Artikels beantworten Sie bitte die Multiple choice-Fragen. Eine Frage gilt dann als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind. **Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, damit zwei DFP-Fachpunkte im Rahmen des Literaturstudiums anerkannt werden.**

Schicken Sie diese Seite bis 27. Februar 2017 entweder per Post oder Fax an:
Verlagshaus der Ärzte GmbH z. H. Frau Claudia Chromy,
1010 Wien, Nibelungengasse 13, **Fax: 01/512 44 86/55**



auch online unter:

[www.aerztezeitung.at/
DFP-Literaturstudium](http://www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium)

1.) Folgende allgemeine Aussagen sind korrekt: (drei Antworten richtig)

- a) Für im Gesundheitsbereich Tätige gelten verpflichtend die im Österreichischen Impfplan vorgesehenen Impfungen.
- b) Die Durchimpfungsraten bei im Gesundheitsbereich Tätigen sind in Österreich generell zu niedrig.
- c) Wie hoch die Durchimpfungsrate sein muss, wird anhand der Basisreproduktionszahl (R0) ermittelt.
- d) Ein Herdenschutz kann nicht aufgebaut werden, wenn eine Infektion nicht von Mensch zu Mensch erfolgt.

2.) Zu Hepatitis A und B ist zu sagen: (drei Antworten richtig):

- a) Im Rahmen der AUVIA-Impfkation gegen Hepatitis B wird der Kombinationsimpfstoff verwendet, der gleichzeitig auch gegen Hepatitis A schützt.
- b) Hepatitis B ist in Österreich als Berufskrankheit anerkannt.
- c) Hepatitis A ist in Österreich zunehmend das größere Gesundheitsproblem als Hepatitis B.
- d) Man kann davon ausgehen, dass die Durchimpfungsrate gegen Hepatitis B bei im Gesundheitsbereich Tätigen in Österreich hoch ist.

3.) Folgende Aussagen zur Influenzaimpfung sind richtig: (zwei Antworten richtig)

- a) Rund fünf Prozent aller im Gesundheitsbereich Tätigen machen pro Grippezeit eine Serokonversion durch.
- b) Zu einem „viral shedding“ kommt es nur dann, wenn die Infektion auch klinisch ausbricht.
- c) Die Durchimpfungsrate gegen Influenza liegt in Österreich unter zehn Prozent.
- d) Um den Ausbruch von Grippeepidemien zu vermeiden, wäre eine Durchimpfungsrate von zumindest 40 bis 50 Prozent notwendig.
- e) Die Durchimpfungsrate gegen Influenza soll 95 Prozent betragen.

4.) Zu Masern, Mumps, Röteln und Varizellen ist zu sagen:

(zwei Antworten richtig)

- a) Seit 2015 sind in Österreich keine Röteln- und Mumpsfälle aufgetreten.

- b) Gegen Masernepidemien ist eine Durchimpfungsrate von 95 Prozent erforderlich.
- c) 2015 traten mehr als sieben Prozent der Infektionsfälle von Masern unter im Gesundheitsbereich Tätigen auf.
- d) Das fetale Varzellensyndrom entsteht bei einer Infektion im dritten Trimenon.

5.) Folgende Aussage zu den Impfungen gegen Pneumokokken und Meningokokken ist richtig: (eine Antwort richtig)

- a) Das Übertragungsrisiko von Meningokokken von Patienten auf im Gesundheitsbereich Tätige ist sehr hoch; daher benötigen alle im Gesundheitsbereich Tätigen Meningokokkenimpfungen.
- b) Der Polysaccharidimpfstoff gegen Pneumokokken eradiziert kolonisierende Pneumokokken im Nasopharynx.
- c) Eine Impfung gegen Pneumokokken mit dem Polysaccharidimpfstoff im Anschluss an den konjugierten Pneumokokkenimpfstoff ist kontraindiziert.
- d) Die Pneumokokkenimpfung bei im Gesundheitsbereich Tätigen wird vorwiegend wegen des Patientenschutzes empfohlen.

6.) Zu den rechtlichen Aspekten in diesem Kontext ist zu sagen:

(drei Antworten richtig)

- a) Es gibt in Österreich keine Impfpflicht, das gilt auch für im Gesundheitsbereich Tätige.
- b) Ein Arbeitnehmer (im Gesundheitsbereich), der die Auskunft über seinen Impfstatus verweigert, kann weiterarbeiten, ohne dass es Konsequenzen gibt.
- c) Der Arbeitgeber (der Krankenhausträger) darf einen im Gesundheitsbereich Tätigen dann nach dem Impfstatus fragen, wenn eine Anstellung auf einer Station beziehungsweise Abteilung vorgesehen ist beziehungsweise eine Tätigkeit vorliegt, auf der/bei der Patienten mit hoher Infektionsgefährdung behandelt werden.
- d) Aufgrund der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gegenüber seinen Arbeitnehmern muss der Arbeitgeber dem Personal kostenfreie Impfungen für den jeweiligen Risikobereich anbieten.

**Bitte deutlich in Blockbuchstaben ausfüllen,
da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!**

Name:

Meine ÖÄK-Arztnummer:

						-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.
Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | > 60 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet: ○

