

Inhalt	Seite
<b>Arbeitsmedizinische Vorsorge nach Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) .....</b>	<b>1</b>
- Anforderungen an den untersuchenden Arzt oder die Ärztin	
- Erstuntersuchung .....	2
- Nachuntersuchungen	
- Letzte Nachuntersuchung	
- Ärztliche Bescheinigung	
- Vorsorgekartei	
<b>TRBA 250/BGR 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege .....</b>	<b>3</b>
- Impfangebot (Verpflichtung)	
- Hepatitis-B-Schutzimpfung	
- Abweichender Kostenträger	
- Impfempfehlung	
- Keine erfolgreiche Immunisierung .....	4
<b>BGV A2 (bisher A6/A7) Betriebsärzte u. Fachkräfte für Arbeitssicherheit Arbeitssicherheitsgesetz .....</b>	<b>4</b>
<b>Bildschirmarbeitsverordnung .....</b>	<b>4 - 5</b>
<b>Mutterschutzgesetz .....</b>	<b>5</b>
<b>Jugendarbeitsschutzgesetz .....</b>	
<b>Erste Hilfe nach §§ 24 - 28 BGV A1 .....</b>	<b>5 - 6</b>
<b>Verbandbuch .....</b>	<b>6</b>
<b>Anzeige bei Arbeits- und Wegeunfällen .....</b>	
<b>Notfallkoffer .....</b>	
<b>Richtlinie Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin .....</b>	<b>7</b>
<b>Berufskrankheitenverordnung</b>	
<b>Infektionsschutzgesetz .....</b>	<b>8</b>
- Meldepflicht	
<b>Meldepflichtige Erkrankungen und Nachweise von Krankheitserregern nach §§ 6 und 7 IfSG .....</b>	<b>9</b>
<b>Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern nach § 7 IfSG .....</b>	<b>10</b>
<b>Vorsorgekarteikarte (Anschauungsmuster) .....</b>	<b>11</b>
Fortsetzung .....	b. w.

## Inhaltsverzeichnis 2

<b>Impfempfehlungen .....</b>	<b>12 - 14</b>
<b>Postexpositionsprophylaxe .....</b>	<b>15</b>
<b>Prophylaxe nach beruflicher HIV-Exposition .....</b>	<b>16 - 19</b>
<b>Unfallanzeige (Muster) .....</b>	<b>20</b>
<b>Anzeige über eine Berufskrankheit Arbeitgeber (Muster) .....</b>	<b>21</b>
<b>Anzeige über eine Berufskrankheit durch den Arzt (Muster) .....</b>	<b>22</b>

## ► Arbeitsmedizinische Vorsorge

Vorschriften zur arbeitsmedizinischen Vorsorge waren bislang in verschiedenen staatlichen Verordnungen und in der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A 4) der Unfallversicherungsträger festgelegt. Im staatlichen Recht ergeben sich durch die Regelung der grundsätzlichen und verfahrensbezogenen Vorschriften zur arbeitsmedizinischen Vorsorge in verschiedenen Rechtsquellen Wiederholungen. Die historisch bedingte, parallele Rechtsetzung sowohl im staatlichen Recht als auch im Unfallverhütungsrecht ist fachlich nicht mehr begründbar. In einigen Bereichen bestehen in der Praxis zudem Unsicherheiten in Bezug auf die Verbindlichkeit von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen.

Durch die nun anzuwendende Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) soll der individuelle Gesundheitsschutz der Beschäftigten gestärkt werden. Die Verordnung enthält keine neuen Informationspflichten. Sie führt die Informationspflichten des Arbeitgebers zum Führen von Vorsorgekarteen aus anderen Rechtsvorschriften in eine Vorschrift zusammen. Die Vorsorgeuntersuchungen erfolgen auf der Grundlage der Gefährdungsbeurteilung gemäß dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG).

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen gem. ArbMedVV umfassen Pflichtuntersuchungen, Angebotsuntersuchungen und Wunschuntersuchungen.

- Pflichtuntersuchungen sind arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die bei bestimmten besonders gefährdenden Tätigkeiten zu veranlassen sind. Im zahnmedizinischen Bereich betrifft das z. B. Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung. Der ermächtigte Arzt teilt dem Praxisinhaber mit, ob gegen die geplante Tätigkeit gesundheitliche Bedenken bestehen und spricht gegebenenfalls Empfehlungen aus; der Arbeitgeber erhält eine „Ärztliche Bescheinigung“ über das Untersuchungsergebnis.  
Die zuständige Aufsichtsbehörde, aber auch die Berufsgenossenschaft kann die erforderlichen Untersuchungen veranlassen, wenn der Unternehmer nicht selber dafür sorgt, gleiches kommt auch bei Angebotsuntersuchungen zum Tragen .
- Angebotsuntersuchungen sind arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die bei bestimmten gefährdenden Tätigkeiten anzubieten sind. Hierunter fällt z. B. Feuchtarbeit von regelmäßig mehr als 2 Stunden pro Tag, die beim Tragen von Schutzhandschuhen gegeben ist oder wenn Tätigkeiten am Bildschirm stattfinden, die überwiegend die tägl. Arbeitszeit eines Beschäftigten beanspruchen. Das Ausschlagen einer Angebotsuntersuchung entbindet den Praxisinhaber nicht von der Verpflichtung, diese Untersuchung weiter regelmäßig anzubieten.
- Wunschuntersuchungen sind arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die der Arbeitgeber den Beschäftigten nach dem Arbeitsschutzgesetz zu ermöglichen hat. Anlass für Wunschuntersuchungen kann z. B. der Verdacht auf eine arbeitsplatzbezogene Erkrankung sein. Fakultativ können auch Untersuchungen nach Verletzungen, bei Erkrankungs- oder Infektionsverdacht oder auf Wunsch des Versicherten notwendig werden.

Die Vorsorgeuntersuchungen sind entsprechend den Auswahlkriterien des Berufsgenossenschaftlichen Grundsatzes G 42 „Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung“ durchzuführen. Je nach gesundheitlicher Gefährdung durch die berufliche Tätigkeit sind die Untersuchungen obligat durchzuführen (bei regelhafter, erheblicher Infektionsgefährdung: Hepatitis B oder C) oder fakultativ, d. h. also nicht routinemäßig, durchzuführen (bei nicht regelhafter Infektionsgefährdung: z. B. bei Auftreten eines Falles von offener Tuberkulose als Umgebungsuntersuchung). Bei nur gelegentlicher Infektionsgefährdung ist eine Beratung ausreichend, z. B. eine Beratung im Rahmen der betriebsärztlichen Betreuung zu öffentlich empfohlenen Impfungen oder zur Verwendung von Schutzausrüstungen.

### Anforderungen an den untersuchenden Arzt oder die Ärztin

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen gem. ArbMedVV dürfen nur von Ärzten durchgeführt werden, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu führen.

## Erstuntersuchung

Vor Aufnahme der Berufstätigkeit muss durch eine Erstuntersuchung geklärt werden, ob gegen die geplante Tätigkeit gesundheitliche Bedenken bestehen. Die Untersuchung muss die von der Tätigkeit ausgehenden Gefährdungen berücksichtigen

Der Berufsgenossenschaftliche Grundsatz G 42 listet Erreger auf. Aus der Reihe möglicher Hepatitis-erkrankungen sind für den zahnärztlichen Bereich die Hepatitis-B- und C-Infektion von besonderer Bedeutung. Die Beurteilung des individuellen Infektionsrisikos, der Immunitätslage sowie die Entscheidung über die Indikation einer Hepatitis-B-Schutzimpfung sind Gegenstand der Vorsorgeuntersuchung i. V. mit G 42.

## Nachuntersuchungen

Eine erste Nachuntersuchung muss spätestens nach der vom Arzt festgelegten Frist stattfinden.

Alle weiteren Nachuntersuchungen müssen, je nach Gefährdung, vor Ablauf von 36 Monaten stattfinden (Fristenvorschläge finden sich im Grundsatz G 42). Vorzeitige Nachuntersuchungen können angezeigt sein,

- wenn die gefährdende Tätigkeit in besonderem Maße ausgeübt wird,
- wenn eine ärztliche Bescheinigung nur befristet oder unter Auflagen erteilt wurde,
- wenn eine Erkrankung oder körperliche Beeinträchtigung eine vorzeitige Nachuntersuchung angezeigt erscheinen lässt,
- wenn Bedenken gegen eine Weiterbeschäftigung bestehen,
- wenn z. B. nach einer Verletzung Infektionsverdacht besteht,
- wenn ein Arbeitnehmer einen ursächlichen Zusammenhang zwischen einer Erkrankung und seiner Tätigkeit vermutet.

Andererseits können Nachuntersuchungsfristen verlängert werden, wenn die gefährdende Tätigkeit in besonders geringem Maße ausgeübt wird.

## Letzte Nachuntersuchung

Bei Beendigung einer Tätigkeit mit Infektionsgefährdung findet eine letzte Nachuntersuchung statt mit Beratung zu möglichen Krankheitsmanifestationen nach Ablauf einer gegebenenfalls vermuteten Inkubationszeit.

## Ärztliche Bescheinigung

Der untersuchende Arzt teilt dem Unternehmer mit, ob gegen eine Beschäftigung des Arbeitnehmers an einem bestimmten Arbeitsplatz

- keine gesundheitlichen Bedenken,
- keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. veränderte Arbeitsplatzbedingungen, Verwendung besonderer Schutzausrüstung, verkürzte Nachuntersuchungsfristen),
- befristete gesundheitliche Bedenken oder
- dauernde gesundheitliche Bedenken bestehen.

Befunde oder Diagnosen werden nur dem Arbeitnehmer mitgeteilt. Bei gesundheitlichen Bedenken gegen eine bestimmte Tätigkeit ist der Beschäftigte durch den untersuchenden Arzt in schriftlicher Form medizinisch zu beraten.

## Vorsorgekartei

Der Unternehmer hat für jeden Mitarbeiter eine Vorsorgekartei zu führen und diese Kartei sowie die ärztlichen Bescheinigungen bis zu dessen Ausscheiden aus dem Betrieb aufzubewahren. Danach sind dem Mitarbeiter die Kartei und die Bescheinigungen auszuhändigen. Eine Kopie verbleibt bei den Personalakten. Zur Einsichtnahme in die Vorsorgekartei sind neben dem Arbeitnehmer oder einer von ihm bevollmächtigten Person auch der ermächtigte Arzt, der die Vorsorgeuntersuchung durchführt sowie Technisches Aufsichtspersonal der Berufsgenossenschaft und Beauftragte der zuständigen Aufsichtsbehörde befugt.

## ► TRBA 250/BGR 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“

### Impfangebot (Verpflichtung)

Die „Technische Regel biologische Arbeitsstoffe“/„Berufsgenossenschaftliche Regel“ TRBA 250/BGR 250 verpflichtet den Arbeitgeber, im Zusammenhang mit der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung seinen Mitarbeitern eine Impfung anzubieten und zu ermöglichen.

Im Rahmen des Impfangebots hat der betreuende Arzt die betroffenen Arbeitnehmer über die zu verhütende Krankheit, über den Nutzen der Impfung und über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen aufzuklären.

Eine fehlende Immunisierung allein ist kein Grund, gesundheitliche Bedenken gegen die Ausübung einer Tätigkeit auszusprechen.

Die Annahme oder Ablehnung eines Impfangebotes sollte schriftlich fixiert werden.

### Hepatitis-B-Schutzimpfung

Die Kosten der Immunisierung trägt der Arbeitgeber, sofern kein anderer Kostenträger diese übernimmt (§ 15a Abs. 3 BioStoffV und 9.5 TRBA 250/BGR 250). Eine nach serologischer Abklärung des Immunstatus gegebenenfalls notwendige Impfung sollte spätestens mit Aufnahme der Tätigkeit beginnen. Das Impfschema richtet sich nach den Angaben der Hersteller. Eine serologische Untersuchung zum Nachweis schützender Antikörper erfolgt etwa vier bis sechs Wochen nach Abschluss der Grundimmunisierung. Die Empfehlung von Auffrischimpfungen ergibt sich aus der derzeitigen Einschätzung, dass erst ein Titer über 10 IE/l eine protektive Wirkung gewährleistet. Nicht berücksichtigt wird dabei der Immunschutz, der sich aus den "memory-cells" der zellulären Immunität ergibt und bei der Titerkontrolle keine Berücksichtigung findet. Nach neueren Untersuchungen scheint eine Boosterung 10 Jahre nach erfolgreicher Grundimmunisierung (anti-HBs-Wert > 100 IE/L) möglicherweise sogar überflüssig zu sein, da weltweit bisher keine Hepatitis B-Erkrankung nach erfolgreicher Grundimmunisierung aufgetreten ist. Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass bei einem niedrigen oder nicht nachweisbaren Antikörpertiter eine Infektion möglich ist, der aber keine Erkrankung folgt; theoretisch könnte dann nach einer Wildvirusinfektion eine zeitlich begrenzte Übertragungsmöglichkeit auf andere Personen gegeben sein.

### Abweichender Kostenträger

Die gesetzlichen Krankenkassen können die Kostenübernahme für Schutzimpfungen, mit Ausnahme von solchen aus Anlass eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes, in ihren jeweiligen Satzungen als Kassenleistung vorsehen (§ 20 Abs. 2 SGB V). Auch wenn in diesen Satzungsregelungen durch entsprechende Vertragsgestaltung zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen auf die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen Bezug genommen wird, kann nicht generell von einer automatischen Übernahme der Kosten für alle darin empfohlenen Schutzimpfungen ausgegangen werden. Vor Abschluss von Ausbildungsverträgen empfiehlt es sich aber unbedingt, das Bestehen eines HB-Impfschutzes zu erfragen und gegebenenfalls ein Nachholen fehlender Impfungen der Jugendlichen möglichst zu Lasten der betreffenden Krankenkasse zu veranlassen, wenn deren Satzung eine Kostenübernahme innerhalb der o. g. Altersgrenzen vorsieht.

### Impfempfehlung

Generell sollte jeder, der sich beruflich den Gefahren einer Hepatitis-B-Infektion aussetzt, von der Möglichkeit Gebrauch machen, sich vorsorglich impfen zu lassen. Zuvor ist dringend geraten, eine serologische Untersuchung durchzuführen, um eine mögliche vorangegangene Selbstimmunisierung auszuschließen. Nach Abschluss einer Grundimmunisierung ist selbstverständlich der Titerstatus (anti-HBs) zu überprüfen um ggf. nachzuimpfen.

## Keine erfolgreiche Immunisierung

Es kommt immer wieder vor, dass trotz Nachimpfung kein ausreichendes anti-HBs erreicht wird. Bei diesen sog. Non- bzw. Lowrespondern kann durch Verabreichung eines Kombinationsimpfstoffes zur Hepatitis-A-B-Immunisierung das gewünschte Ergebnis erzielt werden; dieses haben wiederholte Untersuchungen bestätigt. Es ist jedoch nicht so, dass eine weitergehende Nachimpfung mit dem Kombinationsimpfstoff zum Erreichen eines ausreichenden anti-HBs, zugleich auch die Immunität gegen Hepatitis A mit sich bringt. Ein solches Ergebnis lässt sich nur durch eine Hepatitis-A-B-Grundimmunisierung mit dem Kombinationsimpfstoff oder dem Hepatitis-A-Monoimpfstoff realisieren. Auch eine Nachimpfung gegen Hepatitis B nach mehr als zehn Jahren empfiehlt sich grundsätzlich nur mit einem Monoimpfstoff.

- ▶ **UVV BGV A2 Betriebsärzte u. Fachkräfte für Arbeitssicherheit**
- ▶ **Arbeitssicherheitsgesetz**

Die allgemeine arbeitsmedizinische Vorsorge nach § 3 Arbeitssicherheitsgesetz dient

- der Aufklärung und Beratung Beschäftigter über besondere gesundheitliche Risiken, die mit ihrer Tätigkeit verbunden sind oder sich aus individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergeben,
- der Früherkennung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen durch entsprechende Vorsorgeuntersuchungen,
- der Ursachenforschung arbeitsbedingter Erkrankungen,
- einer arbeitsmedizinisch begründeten Beratung und Empfehlung zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Überprüfung von Arbeitsplätzen,
- der Prophylaxe von Gesundheitsgefahren, gegebenenfalls auch durch Beschäftigungsverbote mit bestimmten gefährdenden Tätigkeiten.

Insbesondere können auch Empfehlungen hinsichtlich vorbeugender Schutzimpfungen, Schutzkleidung oder technischer bzw. organisatorischer Arbeitsschutzmaßnahmen sowie einer Überprüfung der Arbeitsbedingungen ausgesprochen werden, wenn der Arbeitnehmer infolge der Arbeitsplatzverhältnisse gefährdet scheint. Durch Rechtsvorschriften wie Mutterschutzgesetz, Jugendarbeitsschutzgesetz oder Infektionsschutzgesetz können Beschäftigungsbeschränkungen oder -verbote eintreten.

Schutzimpfungen, die für zahnmedizinisches Personal indiziert sind und ohne Kostenbelastung des Arbeitgebers vom Hausarzt oder Gesundheitsamt durchgeführt werden können, sind z. B. Impfungen gegen Tetanus-Diphtherie, Virusgrippe, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis, gegebenenfalls Hepatitis A (zahnmedizinisches Personal in Kindergärten), Varizellen (seronegative Personen). Einzelheiten sind den Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut zu entnehmen. Der Impfschutz ist ggf. rechtzeitig zu erneuern, bzw. aufzufrischen.

Der betriebsärztliche Betreuungsaufwand, der sich auf das Unternehmen „Zahnarztpraxis“ bezieht, ist durch § 2 Abs. 2 - 4 BGV A2 festgelegt. Spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen z. B. zur Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) und BioStoffV sind nicht Bestandteil der betriebsärztliche Betreuung, da diese direkt auf die Untersuchungen von Mitarbeitern bezogen sind. Somit darf der Zeitaufwand für personenbezogene Untersuchungen nicht auf die Einsatzzeiten nach BGV A2 angerechnet werden.

## ▶ **Bildschirmarbeitsverordnung**

Das Sehvermögen von Beschäftigten an Bildschirm-Arbeitsplätzen ist im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen dann zu prüfen, wenn Arbeitsaufgabe und Arbeitszeit am Bildschirmgerät bestimmend für die gesamte Tätigkeit sind (mehr als vier Stunden täglich). Vorsorgeuntersuchungen sind nicht erforderlich, wenn der Beschäftigte nur gewöhnlich bei einem unwesentlichen Teil seiner normalen Arbeit ein Bildschirmgerät benutzt. Zusätzliche Aussagen über Gesundheitsbelastungen sowie Sicherheitshinweise sind in der „Berufsgenossenschaftlichen Information“ BGI 742 - Arbeiten an Bildschirmgeräten enthalten.

Die Pflicht zum Angebot einer Untersuchung beschränkt sich auf eine angemessene Untersuchung der Augen und des Sehvermögens. Erweist sich aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung eine augenärztliche Untersuchung als erforderlich, so ist diese zu ermöglichen.

Erstuntersuchungen sind vor Aufnahme der Tätigkeit zu veranlassen. Nachuntersuchungen müssen bei Personen bis zum 40. Lebensjahr im Zeitraum von 60 Monaten und bei Personen über 40 Lebensjahre im Zeitraum von 36 Monaten (BGI 504-37) stattfinden. Die Vorsorgeuntersuchungen sind von einem ermächtigten Arzt nach dem Berufsgenossenschaftlichen Grundsatz für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen G 37 "Bildschirmarbeitsplätze" durchzuführen. Sofern erforderlich, sind spezielle Sehhilfen für die Arbeit an Bildschirmgeräten zur Verfügung zu stellen.

### ► Mutterschutzgesetz

Werdende oder stillende Mütter dürfen nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie Gesundheits- oder erhöhten Unfallgefahren ausgesetzt sind, insbesondere nicht mit Arbeiten, bei denen durch das Risiko der Entstehung einer Berufskrankheit eine Gefährdung für die werdende Mutter oder die Leibesfrucht besteht.

### ► Jugendarbeitsschutzgesetz

Jugendliche dürfen nur beschäftigt werden, wenn sie vor und spätestens 14 Monate nach Beschäftigungsbeginn von einem Arzt auf ihren Gesundheits- und Entwicklungszustand untersucht wurden. Die ärztlichen Bescheinigungen müssen aufbewahrt werden. Die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ersetzen nicht die nach der Unfallverhütungsvorschrift BGV A4 „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ und Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen -BioStoffV- vorgesehenen Untersuchungen durch ermächtigte Ärzte.

### ► Erste Hilfe nach §§ 24-28 BGV A1

Der Unternehmer hat dafür zu sorgen, dass die zur Ersten Hilfe erforderlichen Einrichtungen wie Meldeeinrichtungen (Fernsprechanschluss mit Angabe der Notruf-Nummer) und Erste-Hilfe-Material/Verbandsstoffe zur Verfügung stehen und dass nach einem Arbeitsunfall sofort Erste Hilfe geleistet wird. Das Erste-Hilfe-Material ist jederzeit leicht zugänglich aufzubewahren sowie rechtzeitig zu ergänzen. Verbandmaterial kann in Verbandkästen oder anderen entsprechend gekennzeichneten Behältnissen bereitgehalten werden. Für eine Zahnarztpraxis ist ein kleiner Verbandkasten mit folgendem Inhalt nach DIN 13157 erforderlich:

Nr.	Bezeichnung	Stück alt *	Stück neu
1.	Heftpflaster DIN 13019 - A 5 x 2,5	1	1
2.	Wundschnellverband DIN 13019 - E 10 x 6	8	8
3.	Fingerkuppenverband	5	4
4.	Fingerverband E-18-x-2* 120mm x 20 mm	5	4
5.	Pflasterstrip 19 mm x 72 mm	10	4
6.	Pflasterstrip 25 mm x 721 mm	8	8
7.	Verbandpäckchen DIN 13151 - K	1	2
8.	Verbandpäckchen DIN 13151 - M	3	6
9.	Verbandpäckchen DIN 13151 - G	2	1
10.	Verbandtuch DIN 1312-BR alte Norm*	1	--
11.	Verbandtuch DIN 13152 - A	1	2
12.	Kompresse (100 ± 5) mm x (100 ± 5) mm	6	6
13.	Augenkompressen	2	2

Nr.	Bezeichnung	Stück alt *	Stück neu
14.	Kälte-Sofortkompressen Fläche min. 200 cm <sup>2</sup>	1	1
15.	Rettungsdecke 2100 mm x 1600 mm	1	1
16.	Fixierbinde DIN 61634 - FB 6	3	2
17.	Fixierbinde DIN 61634 - FB 8	3	2
18.	Netzverband für Extremitäten alte Norm*	1	--
19.	Dreiecktuch DIN 13168 - D	1	2
20.	Schere DIN 58279 - B 190	1	1
21.	Folienbeutel	2	2
22.	Vliesstoff-Tuch	10	5
23.	Einmalhandschuhe nach DIN EN 455	4	4
24.	Erste-Hilfe-Broschüre	1	1
25.	Augenspülglas (Empfehlung)	1	1
26.	Inhaltsverzeichnis	1	1

Die Mitarbeiter haben sich grundsätzlich der Ausbildung für Erste-Hilfe-Leistungen zur Verfügung zu stellen (§ 28 BGV A1). Die Teilnahmegebühren für Mitglieder und Versicherte werden von der Berufsgenossenschaft übernommen. Ausbildende Organisationen sind Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), Deutsche Lebensrettungs-Gesellschaft (DLRG), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH), Malteser Hilfsdienst (MHD) oder andere berufsgenossenschaftlich anerkannte Stellen für die Aus- und Fortbildung in Erster Hilfe. Es werden Erste-Hilfe-Lehrgänge (8 Doppelstunden) und ein Erste-Hilfe-Training (4 Doppelstunden) angeboten. Der Zahnarzt kann auf Grund seiner Ausbildung die Rolle des Ersthelfers übernehmen.

Ist z. B. aufgrund eines Umganges mit Gefahrstoffen (Praxislabor: Cyanide, Flußsäure!) damit zu rechnen, dass bei Unfällen Maßnahmen erforderlich werden, die nicht in der allgemeinen Ersthelfer-Ausbildung vermittelt werden, hat der Unternehmer für die erforderliche zusätzliche Aus- und Fortbildung zu sorgen. Um in jedem Fall die nötige Hilfe anfordern und einsetzen zu können, ist es zweckmäßig, einen Alarmplan aufzustellen.

### ► **Verbandbuch**

Über jede Erste-Hilfe-Leistung sind Aufzeichnungen in einem Verbandbuch zu führen und 5 Jahre aufzubewahren. Aus ihnen müssen der Hergang des Unfalls bzw. des Gesundheitsschadens, Art und Umfang der Verletzung bzw. Erkrankung, Art und Weise der Erste-Hilfe-Maßnahmen und die Namen des Betroffenen und der Zeugen hervorgehen (§ 24 BGV A4). Verbandbücher sind bei den Bezirksstellen der Berufsgenossenschaft erhältlich.

### ► **Anzeige bei Arbeits- und Wegeunfällen**

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von länger als drei Tagen oder einem Unfall mit Todesfolge muss eine Meldung an die Berufsgenossenschaft erfolgen (§ 193 UVEG), bei einem tödlichen Unfall muss die Berufsgenossenschaft sofort informiert werden. Die D-Arzt Konsultation ist bei behandlungsbedürftigen Arbeits/Wegeunfällen erforderlich. Je nach Zahl und Schwere der angezeigten Versicherungsfälle werden von der BGW beim Arbeitgeber Zuschläge auf die Jahresbeiträge erhoben (§ 30 Satzung BGW). Formulare zur Unfallanzeige sind bei den Bezirksstellen der Berufsgenossenschaft erhältlich. Die BGW bietet auch die Möglichkeit Unfallanzeigen über das Internet unter [www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de) zu übermitteln. Wer den neuen Service der BGW zum ersten Mal nutzt, gibt zunächst unter „Neuanmeldung zur Registrierung“ (in der Servicebox links unten auf der Homepage) seine Daten an. Wer bereits angemeldet ist, nutzt direkt das „Login zur Registrierung“ in der Servicebox und wählt auf der Übersichtsseite den Service „Formulare“ aus.

**Hinweis:** Stich- oder Schnittverletzungen durch Instrumente, die bei der Behandlung von Risikopatienten eingesetzt wurden, sollten vorsorglich der Berufsgenossenschaft mitgeteilt werden, auch wenn der Verletzungsumfang nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit von länger als drei Tagen führt.

### ► **Notfallkoffer**

In Notsituationen können Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen eines Notarztes eine instrumentelle und medikamentöse Ausstattung erfordern, die in einem transportablen Notfallkoffer bereitgehalten werden kann (**eine Verpflichtung zur Bereitstellung besteht nicht**). Der Inhalt eines solchen Notfallkoffers ist regelmäßig auf Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit zu überprüfen, insbesondere die Verfalldaten von Medikamenten und sterilen Verpackungen, der Füllzustand von Sauerstoffflaschen mit den Prüffristen des Druckminderers und die Batterien von Diagnostiklampen.



## ► Richtlinie Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin

In der Richtlinie Anforderungen an die Hygiene in der Zahnarztpraxis des Robert Koch-Institutes werden Schutzimpfungen als die wirksamste präventive Maßnahme zur Minimierung eines spezifischen Infektionsrisikos aufgeführt. Empfehlungen zu Schutzimpfungen werden von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) aktualisiert und veröffentlicht.

Die RKI-Richtlinie führt auch Maßnahmen zur Postexpositionsprophylaxe auf, die nach Exposition bei einer Behandlung von an spezifischen Infektionen erkrankten Patienten empfohlen werden.

## ► Berufskrankheitenverordnung

Nach § 3 Abs. 2 Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung (UVAV) i. V. m. § 202 Satz 1 SGB VII hat jeder Praxisinhaber den begründeten Verdacht, dass bei einem versicherten Mitarbeiter eine Berufskrankheit besteht, dem zuständigen Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle auf dem gesetzlich vorgeschriebenen Vordruck anzuzeigen. Der Vordruck „Anzeige Verdacht Berufskrankheit, Unternehmer“ ist kostenlos bei der Berufsgenossenschaft erhältlich. Weiter sind der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit in Kenntnis zu setzen (§ 193 Abs. 5 SGB VII).

In das Berufskrankheitenrecht wurde eine wiederlegbare Kausalitätsvermutung für das Vorliegen einer Berufskrankheit aufgenommen, sofern Beschäftigte infolge ihrer Tätigkeit in besonderem Maße der Gefahr einer Berufskrankheit ausgesetzt waren und Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der beruflichen Tätigkeit nicht festgestellt werden können.

Der zuständige Unfallversicherungsträger und die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen sind zur gegenseitigen unverzüglichen Unterrichtung verpflichtet. Nach Ablauf der berufsgenossenschaftlichen Vorermittlungen erteilt der Unfallversicherer abschließend einen rechtskräftigen Bescheid. Auszug aus der Liste der Berufskrankheiten:

- Nr. 1102 Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen
- Nr. 2402 Erkrankungen durch ionisierende Strahlen
- Nr. 3101 Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war
- Nr. 4301 Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- Nr. 4302 Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- Nr. 5101 Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

Ärzte und Zahnärzte haben bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit auch bei einem Patienten die Anzeige nach § 202 Satz 1 SGB VII auf hierfür vorgesehenen Vordrucken zu erstatten. Der Vordruck „Ärztliche Anzeige bei Verdacht auf eine Berufskrankheit“ ist kostenlos bei dem zuständigen Unfallversicherungsträger erhältlich.

## ► Infektionsschutzgesetz

Mit dem „Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz- SeuchRNeuG)“ wurden ab 01.01.2001 das Bundes-Seuchengesetz und das Geschlechtskrankheitengesetz (die noch auf die 1950er und 60er Jahre zurückgehen) einschließlich Verordnungen aufgehoben und durch das „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten“, kurz Infektionsschutzgesetz (IfSG), ersetzt. Zweck des Gesetzes ist es - unter deutlicher Stärkung des Präventionsaspektes - übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

Die Mitwirkung und Zusammenarbeit aller Beteiligten soll gestaltet und unterstützt, die Eigenverantwortung bei der Prävention übertragbarer Krankheiten verdeutlicht und gefördert werden. Damit will das Infektionsschutzgesetz heutigen infektiologischen Erkenntnissen und Notwendigkeiten zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten Rechnung tragen und die Prävention als Leitgedanken verankern. Prävention setzt eine wirksame Surveillance voraus. Das frühzeitige Erkennen des Auftretens und der Verbreitung übertragbarer Krankheiten ermöglicht die Bekämpfung akuter Gefahren vor Ort. Darüber hinaus umfasst Surveillance aber die bundesweite Zusammenführung der Daten und deren epidemiologische Analyse und Bewertung als Grundlage für weitergehende Maßnahmen, Planungen und Entscheidungen für den Infektionsschutz und die Gesundheitsversorgung.

Die zuständigen Behörden (Gesundheitsämter) sind verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr zu treffen, wenn Tatsachen vorliegen, die zum Auftreten übertragbarer Krankheiten führen können oder wenn anzunehmen ist, dass solche Tatsachen vorliegen.

Das IfSG regelt auch die Rechte und Pflichten der betroffenen Personen. Bei Auftreten bestimmter Krankheiten oder einem entsprechenden Verdacht ist eine Absonderung vorgeschrieben; wenn Betroffene sich gegenüber angeordneten Absonderungsmaßnahmen uneinsichtig zeigen und diese nicht beachten, ist eine Zwangsisolierung möglich. Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen, Ausscheidern und Ausscheidungsverdächtigen kann die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagt werden (§ 31 IfSG). Zuwiderhandlungen sind nach § 75 IfSG mit Freiheitsstrafen belegt. Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige, Ausscheider und Ausscheidungsverdächtige können einer Beobachtung unterworfen werden (§ 29 IfSG). Wer als Ausscheider, Ausscheidungsverdächtiger oder Ansteckungsverdächtiger aufgrund des IfSG Verboten in der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit unterliegt oder unterworfen wird oder als Ansteckungsverdächtiger abgesondert wurde oder wird, erhält bei Verdienstausfall eine Entschädigung (§ 56 IfSG).

### Meldepflicht

Zur Meldung sind z. B. der behandelnde oder sonst hinzugezogene Arzt/Zahnarzt verpflichtet. Die Meldung ist unverzüglich, längstens innerhalb von 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt zu erstatten. Liegt die Hauptwohnung oder der gewöhnliche Aufenthaltsort der betroffenen Person im Bereich eines anderen Gesundheitsamtes, so hat das unterrichtete Gesundheitsamt das für die Hauptwohnung, bei mehreren Wohnungen das für den gewöhnlichen Aufenthaltsort des Betroffenen zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen.

Der Praxisinhaber hat dafür zu sorgen, dass bei der Behandlung von Patienten, die an einer Infektionskrankheit leiden, entsprechende Informationen an die weiterbehandelnden oder weiterversorgenden Einrichtungen gegeben werden (3.1.9 BGR250/TRBA 250).

Die Meldepflicht gilt sowohl für Krankheiten, die bei Patienten auftreten, als auch für Krankheiten der Beschäftigten.

## Meldepflichtige Erkrankungen und Nachweise von Krankheitserregern nach §§ 6 und 7 IfSG

<b>Namentliche Meldepflicht gem. § 6 IfsG bei:</b>	<b>Verdacht</b>	<b>Erkrankung</b>	<b>Tod</b>
Botulismus,	X	X	X
Cholera,	X	X	X
Diphtherie	X	X	X
humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiärhereditäre Formen,	X	X	X
akute Virushepatitis,	X	X	X
enteroathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS),	X	X	X
virusbedingtes hämorrhaisches Fieber,	X	X	X
Masern,	X	X	X
Meningokokken-Meningitis oder –Sepsis,	X	X	X
Milzbrand,	X	X	X
Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt),	X	X	X
Pest,	X	X	X
Tollwut,	X	X	X
Typhus/Paratyphus,	X	X	X
Aviärer Influenza (gem. Aviäre-Influenza-Meldepflichtverordnung - AIMPV) vom 11. Mai 2007,	X	X	X
behandlungsbedürftige Tuberkulose (auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt),		X	
Wenn Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen,	X	X	
mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akut infektiöse Gastroenteritis (wenn Erkrankter Lebensmittel herstellt, bearbeitet, verarbeitet und wenn ≥ 2 gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird),	X	X	
über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung,	X		
Die Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers, bedrohliche Krankheit (wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und in der Tabelle nichtgenannte Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen),			
Zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird (wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und in der Tabelle nichtgenannte Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen).			

### **Nichtnamentliche Meldepflicht gem. § 6 IfsG bei:**

Gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen (als Ausbruch).

### **Namentliche Meldepflicht gem. § 7 IfsG bei Erreger:**

Adenoviren; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis im Konjunktivalabstrich,

Bacillus anthracis,

Borrelia recurrentis,

Brucella sp.,

Campylobacter sp., darmpathogen,

Chlamydia psittaci,

Clostridium botulinum oder Toxinnachweis,

Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend,

Coxiella burnetii,

Cryptosporidium parvum,

Ebolavirus,

a) Escherichia coli, enterohämorrhagische Stämme (EHEC),  
b) Escherichia coli, sonstige darmpathogene Stämme,

Francisella tularensis.

## Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern nach § 7 IfSG

<b><u>Namentliche</u> Meldepflicht gem. § 7 IfsG bei Erreger:</b>
FSME-Virus,
Gelbfiebertvirus,
Giardia lamblia,
Haemophilus influenzae; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor oder Blut,
Hantaviren,
Hepatitis-A-Virus,
Hepatitis-B-Virus,
Hepatitis-C-Virus; Meldepflicht für alle Nachweise, soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt,
Hepatitis-D-Virus,
Hepatitis-E-Virus,
Influenzaviren; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis,
Lassavirus,
Legionella sp.,
Leptospira interrogans,
Listeria monocytogenes; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Blut, Liquor oder anderen normalerweise sterilen Substraten sowie aus Abstrichen von Neugeborenen,
Marburgvirus,
Masernvirus,
Mycobacterium leprae,
Mycobacterium tuberculosis/africanum, Mycobacterium bovis; Meldepflicht für den direkten Erregernachweis sowie nachfolgend für <u>das Ergebnis der Resistenzbestimmung; vorab auch für den Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum,</u>
Neisseria meningitidis; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor, Blut, hämorrhagischen Hautinfiltraten oder anderen normalerweise sterilen Substraten,
Norwalk-ähnliches Virus; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Stuhl,
Poliovirus,
Rabiesvirus,
Rickettsia prowazekii,
Rotavirus,
Salmonella Paratyphi; Meldepflicht für alle direkten Nachweise,
Salmonella Typhi; Meldepflicht für alle direkten Nachweise,
Salmonella, sonstige,
Shigella sp.,
Trichinella spiralis,
Vibrio cholerae O 1 und O 139,
Yersinia enterocolitica, darmpathogen,
Yersinia pestis,
andere Erreger hämorrhagischer Fieber,
nicht genannte Krankheitserreger (soweit örtliche und zeitliche Häufung auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist).

<b><u>Nichtnamentliche</u> Meldepflicht bei Erreger:</b>
Treponema pallidum,
HIV,
Echinococcus sp.,
Plasmodium sp.,
Rubellavirus; Meldepflicht nur bei konnatalen Infektionen,
Toxoplasma gondii; Meldepflicht nur bei konnatalen Infektionen,



# Impfempfehlungen

Die Empfehlungen basieren auf den Angaben der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO), Stand Juli 2004 (Epidemiologisches Bulletin 30/2009 vom 27.07.2009), und den Angaben in der Richtlinie Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin des Robert Koch-Instituts.

Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen. Nach einer Grundimmunisierung ist durch regelmäßige Wiederholungsimpfungen sicherzustellen, dass der notwendige Impfschutz erhalten bleibt. Empfohlene Zeitabstände bei einer Grundimmunisierung sollten nicht unterschritten werden; für einen langandauernden Impfschutz ist von besonderer Bedeutung, dass bei der Grundimmunisierung der Zeitraum zwischen vorletzter und letzter Impfung ausreichend groß ist. Dagegen gibt es keine unzulässig großen Abstände zwischen Impfungen, auch eine für viele Jahre unterbrochene Grundimmunisierung muss nicht neu begonnen werden!

Impfungen sollten in einem Impfpass mit Chargennummer und der Bezeichnung des Impfstoffes (Handelsname) dokumentiert werden.

Von zusätzlichen Impfungen bei bereits bestehendem Impfschutz geht kein besonderes Risiko aus (Ausnahme: BCG-Impfung (Tuberkulose), die im Übrigen von der STIKO nicht mehr empfohlen wird). Serologische Kontrollen zur Überprüfung des Impfschutzes bei einer fehlenden Impfdokumentation sind daher in der Regel nicht angezeigt.

Personen mit akuten behandlungsbedürftigen Erkrankungen sollen nicht geimpft werden (Ausnahme: postexpositionelle Impfung im Falle einer ansonsten möglicherweise drohenden Erkrankung z. B. infolge einer Nadelstichverletzung an einer Hbs-Antigen-haltigen Kanüle). Vierzehn Tage vor einer geplanten Operation sollten keine Impfungen mit einem Lebendimpfstoff erfolgen. Versäumte Impfungen können frühestens zwei Wochen nach Genesung nachgeholt werden. Banale Infekte - auch mit subfebrilen Temperaturen - oder mögliche Kontakte des Impflings zu Personen mit ansteckenden Krankheiten sind keine Kontraindikationen.

Angeborene oder erworbene Immundefekte sind keine Kontraindikationen gegen Impfungen mit Totimpfstoffen. Vor Impfungen mit Lebendimpfstoffen sollte der den Immundefekt behandelnde Arzt konsultiert werden. Potentielle Impfhindernisse sind Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffes (z.B. Neomycin, Streptomycin, Hühnereiweiß).

Nach neuerer Einschätzung scheint eine Boosterung 10 Jahre nach erfolgreicher Grundimmunisierung gegen Hepatitis B möglicherweise überflüssig zu sein, da weltweit bisher keine Hepatitis-B-Erkrankung nach erfolgreicher Grundimmunisierung aufgetreten ist. Die bisherige Forderung nach einer Boosterung ergab sich aus dem Glauben, dass erst ein Titer über 10 IE/l eine protektive Wirkung gewährleiste. Nicht berücksichtigt wurde dabei der Immunschutz, der sich aus den "memory-cells" der zellulären Immunität ergibt und bei der Titerkontrolle keine Berücksichtigung findet. Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass bei einem niedrigen oder nicht nachweisbaren Antikörpertiter eine Infektion möglich ist, der aber keine Erkrankung folgt; theoretisch könnte dann nach einer Wildvirusinfektion eine zeitlich begrenzte Übertragungsmöglichkeit auf andere Personen gegeben sein.

Es kommt immer wieder vor, dass trotz Nachimpfung kein ausreichendes anti-HBs erreicht wird. Bei diesen sog. Non- bzw. Lowrespondern kann durch Verabreichung eines Kombinationsimpfstoffes zur Hepatitis-A-B-Immunsierung das gewünschte Ergebnis erzielt werden; dieses haben wiederholte Untersuchungen bestätigt. Es ist jedoch nicht so, dass eine weitergehende Nachimpfung mit dem Kombinationsimpfstoff zum Erreichen eines ausreichenden anti-HBs zugleich auch die Immunität gegen Hepatitis A mit sich bringt. Ein solches Ergebnis lässt sich nur durch eine Hepatitis-A-B-Grundimmunisierung mit dem Kombinationsimpfstoff oder dem Hepatitis-A-Monoimpfstoff realisieren. Auch eine Nachimpfung gegen Hepatitis B nach mehr als zehn Jahren empfiehlt sich grundsätzlich nur mit einem Monoimpfstoff.

Impfung gegen	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
<b>Hepatitis B (HB)</b>	<p><b>Präexpositionelle Indikationsimpfung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gesundheitsdienst (inkl. Labor, technischer Reinigungs-/Rettungsdienst) sowie Personal psychiatrischer/ Fürsorgeeinrichtungen/ Behindertenwerkstätten, Asylbewerberheime</b></li> </ul> <p><b>Postexpositionelle Indikationsimpfung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verletzungen mit möglicherweise HBV-haltigen Gegenständen, z. B. Nadelstich</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis-B-Impfung nach serologischer Vortestung (Indikationen 1–4, 6, 7, anti-HBc-Test negativ); Impferfolgskontrolle erforderlich (Indikationen 1, 2, 7, 8: anti-HBs-Test 4–8 Wochen nach 3. Dosis) bzw. sinnvoll bei über 40-Jährigen/anderen Personen mit möglicher schlechter Ansprechrate (z. B. Immundefizienz)</li> <li>• Bei Anti-HBs-Werten &lt; 100 IE/l sofort Wiederimpfung mit erneuter Kontrolle; bei erneutem Nichtansprechen Wiederimpfungen mit in der Regel max. 3 Dosen wiederholen</li> <li>• Bei erfolgreicher Impfung (anti HBs <math>\geq</math> 100 IE/l) Auffrischung nach 10 Jahren (1 Dosis)</li> </ul> <p><b>Für geimpfte Personen gilt generell:</b></p> <p><b>Keine Maßnahmen notwendig,</b></p> <p>wenn bei der exponierten Person Anti-HBs nach Grundimmunisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 IE/l betrug und die letzte Impfung</li> <li>• nicht länger als 5 Jahre zurückliegt oder</li> <li>• wenn innerhalb der letzten 12 Monate ein Anti-HBs-</li> <li>• Wert von <math>\geq</math> 100 IE/l gemessen wurde (unabhängig vom Zeitpunkt der Grundimmunisierung).</li> </ul> <p><b>Sofortige Verabreichung einer Dosis Hepatitis-B-Impfstoff (ohne weitere Maßnahmen),</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn die letzte Impfung bereits 5 bis 10 Jahre zurückliegt</li> <li>• selbst wenn Anti-HBs direkt nach Grundimmunisierung 100 IE/l betrug.</li> </ul> <p><b>Sofortige Testung des „Empfängers“ (des Exponierten),</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn Empfänger nicht bzw. nicht vollständig geimpft ist oder</li> <li>• wenn Empfänger „Low-Responder“ ist (Anti-HBs nach Grundimmunisierung &lt; 100 IE/l) oder</li> <li>• wenn der Impferfolg nie kontrolliert wurde oder</li> <li>• wenn die letzte Impfung länger als 10 Jahre zurückliegt.</li> </ul> <p>Das weitere Vorgehen ist in diesem Fall vom Testergebnis abhängig und in der nachfolgenden Tabelle 3 dargestellt.</p> <p>„Non-Responder“ (Anti-HBs &lt; 10 IE/l nach 3 oder mehr Impfungen) und andere gesichert Anti-HBs-Negative erhalten nach Exposition unverzüglich HB-Impfstoff und HB-Immunglobulin.</p>
<b>Tetanus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alle Personen 10 Jahre nach der letzten Tetanus-Impfung zur Auffrischung des Impfschutzes</b></li> </ul> <p><b>Indikationsimpfung:</b> bei Exposition (Verletzung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwachsene sollen die nächste fällige Tetanus-Impfung einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung erhalten, bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.</li> <li>• Tetanus-Prophylaxe im Verletzungsfall: Unverzüglich mit bivalentem Diphtherie-Tetanus-Impfstoff. Gegebenenfalls zusätzliche Gabe von Tetanus-Immunglobulin (TIG). Fehlende Impfungen der Grundimmunisierung sind entsprechend den Empfehlungen für die Grundimmunisierung nachzuholen.</li> </ul>

Impfung gegen	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
Diphtherie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alle Personen bei fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung oder wenn die letzte Impfung der Grundimmunisierung oder die letzte Auffrischimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwachsene sollen die nächste fällige Diphtherie-Impfung einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung erhalten, bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung</li> <li>• Bei bestehender Diphtherie-Impfindikation und ausreichendem Tetanus- und Pertussis-Impfschutz sollte monovalent gegen Diphtherie geimpft werden.</li> <li>• Ungeimpfte oder Personen mit fehlendem Impfnachweis sollten 2 Impfungen im Abstand von 4–8 Wochen und eine 3. Impfung 6–12 Monate nach der 2. Impfung erhalten.</li> </ul>
Influenza	<p><b>Indikationsimpfung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal,</li> <li>• Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr</li> <li>• sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute ungeimpfte Risikopersonen fungieren können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliche Impfung, vorzugsweise im Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination</li> </ul>
Masern, Mumps, Röteln, Pertussis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>besonderes Übertragungsrisiko in der Zahnarztpraxis nicht belegt</b></li> </ul> <p>Nach Empfehlung der STIKO sollte Personal im Gesundheitsdienst über optimalen Schutz verfügen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombinations-Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln – bei Frauen mit nachfolgender Kontrolle des Röteln-Impferfolgs</li> <li>• Impfungen können bei gesundheitlicher oder expositioneller Gefährdung auch im Erwachsenenalter nachgeholt werden</li> </ul>
Hepatitis A (HA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indikationsimpfung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– HA-gefährdetes Personal med. Einrichtungen (Pädiatrie)</li> <li>– Personal in Kindertagesstätten, z. B. Angestellte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und bei Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Zahngesundheit</li> <li>– Kinder, die in Deutschland geboren sind, vor ihrer ersten Reise in ein Land mit hoher HA Gefährdung</li> </ul> </li> <li>• <b>Schutz bei Kontakt mit HA-Infizierten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Riegelungsimpfung vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen; s. a. „Ratgeber Hepatitis A“, <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a> &gt; Infektionskrankheiten A–Z &gt; Hepatitis A</li> </ul> </li> <li>• <b>Reiseimpfung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– HA- Reisende in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundimmunisierung und Auffrischimpfung nach Angaben des Herstellers</li> <li>• Die serologische Vortestung auf anti-HAV ist nur bei den Personen erforderlich, die länger in Endemiegebieten gelebt haben oder in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen sind oder vor 1950 geboren wurden.</li> <li>• Auffrischimpfung: nach 5 - 10 Jahren</li> <li>• Nach einer Exposition von Personen, für die eine Hepatitis A eine besonders große Gefahr darstellt (z. B. chronisch HBV- oder HCV-Infizierte), sollte simultan mit der ersten Impfung ein Immunglobulin-Präparat gegeben werden.</li> </ul>
Poliomyelitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indikationsimpfung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– medizinisches Personal mit Poliomyelitis-Risiko in Krankenhäusern und Laboratorien</li> <li>– <b>keine Indikation für zahnmed. Personal</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impfung mit IVP (inaktivierte Polio-Vakzine), wenn die Impfungen der Grundimmunisierung nicht vollständig dokumentiert sind oder die letzte Impfung der Grundimmunisierung bzw. die letzte Auffrischimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt</li> </ul>
Varizellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indikationsimpfung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– seronegative Personen im Gesundheitsdienst (besonders Frauen im gebärfähigen Alter)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei Dosen nach Angaben des Herstellers</li> <li>• bei akuter Exposition: Varizella-Zoster-Immunglobulin</li> </ul>



# Postexpositionsprophylaxe

<b>Erstversorgung nach Stich- und Schnittverletzungen</b>	<b>primär gut bluten lassen, sekundär antiseptisch spülen</b> kurze Inspektion der Verletzung: wie tief ? Blutgefäße eröffnet ? antiseptische Spülung mit virusinaktivierendem Desinfektionsmittel, notfalls mit Wasser Inspektion des Instrumentes, das die Verletzung verursacht hat: sichtbare äußere Kontamination mit Blut? weitere Versorgung gegebenenfalls durch Durchgangsarzt
<b>Erstversorgung nach Kontamination des Auges</b>	reichliches Ausspülen des Auges: wässrige isotonische 2,5 %-ige PVP-Iod-Lösung (möglichst Augenspülflasche)
<b>Erstversorgung nach Aufnahme in die Mundhöhle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aufgenommenes Material sofort möglichst vollständig ausspeien</li> <li>• 4-5maliges Spülen mit je ca. 20 ml Antiseptikum für etwa 15 Sekunden, notfalls mit Wasser: <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Verdacht auf bakterielle Kontamination: z.B. Antiseptika auf der Basis von 0,3% Tosylchloramidnatrium, 7,5% PVP-Jod, 0,3% Chlorhexidin oder 0,1% Octenidin</li> <li>– bei Verdacht auf HBV- oder HIV-Kontamination: Ethanol-basierte Kombination mit PVP-Iod (Betaseptic®), für Mundspülung 1:1 verdünnt. Bei Jodüberempfindlichkeit: AHD 2000® oder Amphisept E® Lösung, 1:1 verdünnt</li> </ul> </li> </ul>
<b>Erstversorgung nach Kontamination unverletzter Haut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material mit desinfektionsmittelgetränktem Tuch entfernen</li> <li>• Abwischen der Hautoberfläche unter großzügiger Einbeziehung des Umfeldes mit desinfektionsmittelgetränkten Tupfern, bei Verdacht auf HBV- oder HIV-Kontamination mit Ethanol &gt; 80 Vol. %</li> <li>• Anschließend Hautareal mind. 1 min mit dem Antiseptikum benetzt halten</li> </ul>
<b>Übertragung durch Blutkontakte</b>	<b>Hepatitis B</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anti HBsAg-Wert innerhalb von 24 Stunden bestimmen, anderenfalls HB-Impfstoff + HB-Immunglobulin.</li> <li>• keine oder unvollständige Grundimmunisierung: HB-Impfstoff + HB-Immunglobulin. anti HBsAg-Wert &gt; 100 IE/l: HB-Immunglobulingabe nicht erforderlich.</li> <li>• vollständige Grundimmunisierung: anti HBsAg &gt; 100 IE/l: keine Prophylaxe erforderlich anti HBsAg &lt; 100 IE/l: HB-Impfstoff, bei anti HBsAg &lt; 10 IE/l auch HB-Immunglobulingabe erforderlich.</li> <li>• Non-Responder (kein meßbares anti HBsAg nach mind. 6 Impfungen): HB-Impfstoff + HB-Immunglobulin.</li> </ul> <b>Hepatitis C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Postexpositionsprophylaxe für Hepatitis C ist derzeit nicht möglich. Regelmäßige Kontrollen nach Verletzung sind sinnvoll, weil eine sehr frühzeitige Therapie gute Erfolgsaussichten hat.</li> </ul> <b>HIV-Infektion/AIDS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sollten <b>nicht mehr als 2 h</b> bis zur wirksamen medikamentösen Postexpositionsprophylaxe vergehen.</li> <li>• Eine Blutentnahme zur Sicherung des neg. Anfangsbefundes sollte innerhalb 24 Stunden erfolgen. Es wird empfohlen, den Abdruck des nachfolgenden Merkblattes griffbereit zu haben.</li> <li>• unverzüglich einen in der HIV-Behandlung erfahrenen Arzt kontaktieren (Adresse/Telefon siehe Aushang Alarmplan mit Notfallrufnummern)</li> </ul>
<b>Übertragung durch Tröpfchen</b>	<b>Meningokokken-Infektionen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für enge Kontaktpersonen Chemoprophylaxe mit Rifampicin</li> </ul> <b>ansteckungsfähige Lungentuberkulose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chemoprophylaxe bei tuberkulinkonversion oder engem Kontakt zu einem besonders ansteckenden Fall von Lungentuberkulose</li> </ul> <b>Scharlach und andere Infektionen durch Streptokokken der Gruppe A</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prophylaxe: Personen mit Zustand nach rheumatischem Fieber (Rezidivgefahr).</li> </ul>
<b>Dokumentation des Arbeitsunfalls</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation im Verbandsbuch (Aufbewahrung 5 Jahre) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unfalldatum und Schilderung des Zwischenfalls</li> <li>- Art und Umfang der Kontamination/Verletzung</li> <li>- Anamnese des Patienten (Impf-, Sero-, Immunstatus), sofern möglich</li> <li>- Anamnese des Betroffenen (Impf-, Sero-, Immunstatus)</li> <li>- Auflistung der Erste-Hilfe-Maßnahmen</li> </ul> </li> <li>• gegebenenfalls weitere Beratung (D-Arzt, Betriebsarzt, Arbeitsmediziner)</li> <li>• Unfallanzeige bei der BGW, an Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit (tödliche Arbeitsunfälle und Arbeitsunfähigkeit länger als drei Tage)</li> </ul>
<b>Erste Hilfe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Kenntnissen in Erster Hilfe und Notfallsituationen</li> <li>• kostenlose Ersthelferausbildung durch BGW</li> <li>• Notfallsausrüstung und Verbandkasten regelmäßig auf Vollständigkeit, Funktionstüchtigkeit und Verfalldaten überprüfen</li> <li>• Alarmplan mit Notfallrufnummern (Durchgangsarzt, Betriebsarzt, Krankenhaus)</li> </ul>

# Medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP) Vorgehen bei beruflicher Exposition mit HIV

Empfehlungen der:  
Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.

## Sofortmaßnahmen

Wunde spülen / desinfizieren!  
Ausbluten lassen, nicht aufschneiden!

## Risikoabschätzung

Stichverletzung		Schnittverletzung			Schleimhautkontakt inklusive Auge	
Hohlraum- nadel Hautdurch- dringend	Nadel Intradermal	Hoch- virämische Materialien (Blut, Körper- material mit Blut, Liquor, Punktat, Viruskultur)	Sperma, Vaginalsekret, synoviale/ pleurale/ peritoneale/ pericardiale/ amniotische Flüssigkeit und Gewebe	Urin, Erbrochenes, Speichel, Stuhl, Tränen, Schweiß, Sputum	Hoch- virämische Materialien (Blut, Körper- material mit Blut, Liquor, Punktat, Viruskultur)	Gering- virämische Materialien
Indexperson: HIV positiv – Medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP)						
empfohlen	möglich	empfohlen	möglich	abgeraten	möglich	abgeraten

### Indexperson: HIV-Status unbekannt

Infektiologischen Status mit Einverständnis des Patienten schnellstmöglich klären.  
Falls nicht möglich, Untersuchung des verdächtigen Materials  
und / oder Abklärung der HIV-Risikofaktoren.

## Behandlung

### Medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Wann ► Direkt nach Exposition < 72 Stunden

Wie lange ► 4 Wochen

Womit ► 3-fach antiretrovirale Kombination (2 NRTIs + 1 PI/1 NNRTI)  
z.B. Combivir® + Viracept® oder Combivir® + Kaletra®  
oder Zerit® + Efavirenz® + Sustiva®  
Von Nevirapin (Viramune®) ist hier abzuraten.  
Von Efavirenz (Sustiva®) ist bei Schwangerschaft abzuraten.

Info ► Wichtig: Meldung bei BG-Arzt (D-Arzt)!

- Material sichern • Grundsätzlich geringes Ansteckungsrisiko (ca. 0,3%)
- Professionelle Entsorgung scharfer und spitzer Gegenstände
- Kappen nicht auf gebrauchte Nadeln stecken!
- Andere übertragbare Krankheiten bedenken

Details zur PEP unter: [www.dagnae.de](http://www.dagnae.de)

Herausgegeben: Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.

## **Prophylaxe nach beruflicher HIV-Exposition** **Empfehlungen vom Robert-Koch Institut (Auszug)**

An die Möglichkeit einer medikamentösen HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) sollte gedacht werden bei

- Verletzung mit HIV- kontaminierten Instrumenten bzw. Injektionsbestecken,
- Benetzung offener Wunden und Schleimhäute mit HIV-kontaminierten Flüssigkeiten,

Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung hängt vor allem von der übertragenen Erregermenge ab. Die statistische Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung liegt in den am häufigsten vorkommenden Situationen (Verletzung an kontaminierten Instrumenten,) in vergleichbaren Größenordnungen zwischen 1 Infektion pro 100 Kontakten und 1 Infektion pro 1000 Kontakten oder Expositionen.

Übertragungen sind vor allem durch Blut möglich. Grundsätzlich gilt, je länger die Verweildauer infektiöser Flüssigkeiten auf Wunden, geschädigter Haut oder Schleimhäuten ist, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung.

Eine schnellstmöglich eingeleitete HIV-PEP nach akzidentellen Verletzungen mit kontaminierten Instrumenten oder nach Wund- oder Schleimhautkontamination mit HIV-haltigen (Körper-) Flüssigkeiten kann das Infektionsrisiko senken. Die prophylaktische Behandlung wird im Regelfall über einen Zeitraum von 28 Tagen durchgeführt.

Da die zur PEP eingesetzten Medikamente für diese Indikation nicht zugelassen sind, bedarf die Durchführung einer HIV-PEP der ausdrücklichen Zustimmung und ausführlichen Aufklärung des Betroffenen.

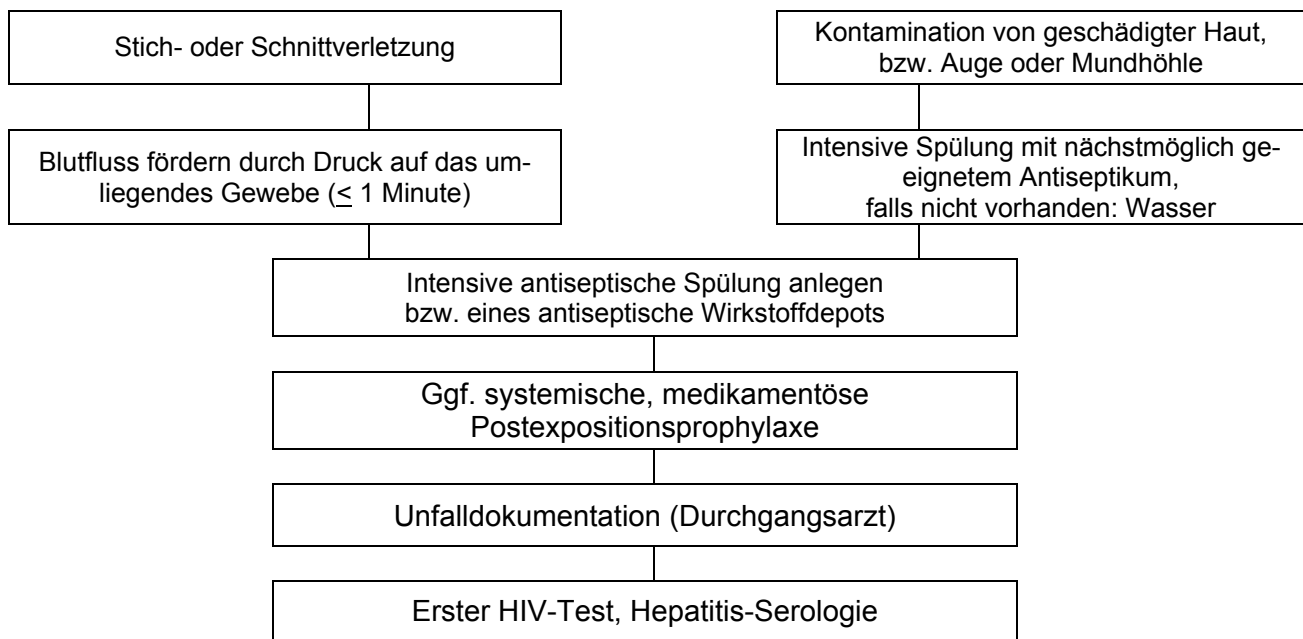
Ein Erfolg der Prophylaxe lässt sich nicht garantieren. Mögliche Nachteile einer HIV-PEP betreffen hauptsächlich die Verträglichkeit der Medikamente. Im Vordergrund stehen hierbei zunächst akute Nebenwirkungen während der ersten zwei Wochen der Einnahme (meist gastrointestinale Nebenwirkungen, Übelkeit), die jedoch in der Regel dann abklingen oder nach Beendigung der Therapie reversibel sind.

Voraussetzung für die ärztliche Empfehlung einer HIV-PEP ist grundsätzlich ein mit relevantem Übertragungsrisiko erfolgter Kontakt zwischen einer HIV-negativen und einer HIV-infizierten Person (Indexperson). Bei unbekanntem HIV-Serostatus, bzw. wenn die klinische Diagnose einer HIV-Infektion nicht wahrscheinlich ist, sollten die Empfehlungen zurückhaltend gehandhabt werden.

Zur Beurteilung des HIV-Expositionsrisikos und zur Abwägung des Nutzens und der Risiken einer HIV-PEP sollte ein in der HIV-Therapie erfahrener Arzt hinzugezogen werden. Dies kann auch nach einer vorläufigen, notfallmäßigen Einleitung einer HIV-PEP geschehen.

### **Sofortmaßnahmen**

Nach jeder HIV-Exposition sollten zunächst die folgenden Sofortmaßnahmen unverzüglich (in Sekunden) in der aufgeführten Reihenfolge eingeleitet werden (ggf. kann anschließend an die Sofortmaßnahmen telefonisch weiterer Rat eingeholt werden):



**Für Haut, Wunden, Mundhöhle:** Ethanol-basierte Kombination mit PVP-Iod (Betaseptic®), für Mundspülung 1:1 verdünnt. Bei Jodüberempfindlichkeit: AHD 2000® oder Amphisept E® Lösung, 1:1 verdünnt.

**Für Auge:** Wässrige isotone 2,5 %-ige PVP-Iod-Lösung.

### Indikation zur HIV-PEP bei beruflicher HIV-Exposition

Perkutane Verletzung mit Injektionsnadel oder anderer Hohlraumnadel (Körperflüssigkeit mit hoher Viruskonzentration: Blut, Liquor, Punktatmaterial, Organmaterial, Viruskulturmaterial)	<b>Empfehlen</b>
Oberflächliche Verletzung (z. B. mit chirurgischer Nadel)	<b>Anbieten</b>
Ausnahme: Indexpatient hat AIDS oder eine hohe HI-Viruskonzentration	<b>Empfehlen</b>
Kontakt zu Schleimhaut oder verletzter/ geschädigter Haut mit Flüssigkeiten mit hoher Viruskonzentration	<b>Anbieten</b>
Perkutaner Kontakt mit anderen Körperflüssigkeiten als Blut (z. B. Urin oder Speichel)	<b>Nicht empfehlen</b>
Kontakt von intakter Haut mit Blut (auch bei hoher Viruskonzentration)	<b>Nicht empfehlen</b>
Haut- oder Schleimhautkontakt mit Körperflüssigkeiten wie Urin und Speichel	<b>Nicht empfehlen</b>

Falls der HIV-Status der potentiellen Infektionsquelle nicht bekannt ist und auch nicht kurzfristig geklärt werden kann, sollte eine medikamentöse PEP bei einem übertragungsrelevanten Kontakt nur dann erfolgen, wenn die Personengruppe, aus der die Indexperson stammt, eine HIV-Prävalenz in einer Größenordnung von mindestens 10 - 20 % aufweist.

### Medikamentöse PEP

Falls eine medikamentöse Postexpositionsprophylaxe indiziert ist, sollte so rasch wie möglich die erste Medikamentendosis eingenommen werden. In Zweifelsfällen kann auch zunächst notfallmäßig mit der Medikamenteneinnahme begonnen werden. Ein Abbruch der Prophylaxe, falls bei näherer Kenntnis des Unfallhergangs oder der Umstände eine solche unnötig erscheint, ist zu jedem Zeitpunkt möglich. Ansonsten beträgt die empfohlene Dauer der Prophylaxe 28 Tage.

Sofern bei der potentiellen Infektionsquelle die Behandlungsanamnese oder bestehende Medikamentenresistenzen bekannt sind, sollte die zur PEP verwendete Medikamentenkombination entsprechend angepasst werden. In allen anderen Fällen kann eine der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Standard-Kombinationen verwendet werden.

**Tabelle: Standard - Kombinationen zur HIV-PEP\***

Standard-Kombinationen zur HIV-PEP		
Zidovudin + Lamivudin <i>entweder als</i> Combivirâ (2x 300/150mg) <i>oder als</i> Retrovirâ (2x 250mg) <i>plus</i> Eпивirâ (2x 150mg oder 1x 300mg)	kombiniert mit	Nelfinavir (Viraceptâ, 2x 1250mg)
		<i>oder</i>
		Indinavir (Crixivanâ, 3x 800mg)
		<i>oder</i>
		Lopinavir/rit (Kaletraâ, 2x 400/100mg)
		<i>oder</i>
		Efavirenz* (Sustivaâ/ Stocrinâ, 1x 600mg)

Falls Standard-Medikamente nicht verfügbar sind, können auch andere zur HIV-Therapie zugelassene Medikamente eingesetzt werden - Abacavir (Ziagenâ) und Nevirapin (Viramuneâ) sollten jedoch wegen der Möglichkeit akuter schwerer Nebenwirkungen nur in gut begründeten Ausnahmefällen für eine PEP eingesetzt werden.

\* Bei Schwangerschaft ist Efavirenz kontraindiziert!

**Experten sollten zu Rate gezogen werden, wenn einer der folgenden Punkte zutrifft:**

- Der Zeitraum zwischen möglicher Exposition und Beginn einer Prophylaxe ist länger als 24 Stunden
- Es besteht ein hohes Expositionsrisiko aufgrund massiver Inokulation von virushaltigem Material
- Art und Infektionsgefährdung durch das verursachende Instrument der akzidentellen Verletzung ist weitgehend unklar
- Die exponierte Person ist (vermutlich) schwanger
- Die Index-Person wurde lange antiretroviral vorbehandelt und eine Resistenz der Viren ist nachgewiesen oder wahrscheinlich
- Erhebliche unerwünschte Wirkungen des initialen Prophylaxeregimes stellen eine Durchführung dieser Prophylaxe infrage oder machen eine Umstellung erforderlich

**Empfohlene Basis- und Kontrolluntersuchungen**

	Indexperson <sup>o</sup>	Exponierte Person					
		Ausgangs- untersuchung	2 Wochen	4 Wochen	6 Wochen	3 Monate	6 Monate
HIV-Antikörper	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>(X)</b>
HBsAg	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X*</b>	<b>X*</b>	<b>X*</b>
HCV-Antikörper	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X*</b>	<b>X*</b>	<b>X*</b>
Weitere STDs	<b>X*</b>	<b>X*</b>	<b>X*</b>	<b>X*</b>			
ärztliche Untersuchung		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
Medikamentenanamnese	<b>X<sup>1</sup></b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>X<sup>2</sup></b>			
Blutbild		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			
Transaminasen/ aP/ g-Gt		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>(X)</b>		<b>X**</b>	<b>X**</b>
Kreatinin/ Harnstoff		<b>X</b>	<b>X</b>				
Blutzucker		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		

<sup>o</sup> falls Person bekannt, aber Infektionsstatus unklar, Einwilligung erforderlich, ggf. Einsatz eines Schnelltestes

\* falls indiziert/ falls Exposition vorlag

\*\* Kontrollen, falls gleichzeitig eine HCV-Exposition vorlag

1 Behandlungsanamnese mit antiretroviralen Medikamenten (Abschätzung der Resistenzsituation)

2 Einnahme anderer Medikamente? (cave! Wechselwirkungen) Verträglichkeit der PEP?

Stand: 03.12.2004

# Muster Unfallanzeige

## Formblatt U 1000 Unfallanzeige

### UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

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

3 Empfänger

MUSTER

4 Name, Vorname des Versicherten

5 Geburtsdatum

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

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

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

Ort

7 Geschlecht

männlich  weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter

ja  nein

10 Auszubildender

ja  nein

11 Ist der Versicherte

Unternehmer  Ehegatte des Unternehmers  
 mit dem Unternehmer verwandt  Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für

--	--

Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

ja  nein

15 Unfallzeitpunkt

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

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  des Versicherten  anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)

War diese Person Augenzeuge?

ja  nein

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten

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

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?

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

25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?

nein  sofort

später,

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

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?

nein  ja, am

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

28 Datum

Unternehmer/Bevollmächtigter

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)



# Muster Anzeige über eine Berufskrankheit durch den Arzt

## Formblatt F 6000 Verdacht einer BK, Arzt

### ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF EINE BERUFSKRANKHEIT

1 Name und Anschrift des Arztes

2 Empfänger

MUSTER

3 Name, Vorname des Versicherten

4 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

5 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

6 Geschlecht

männlich  weiblich

7 Staatsangehörigkeit

8 Ist der Versicherte verstorben?

nein  ja, am

Tag

Monat

Jahr

9 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen?

10 Welche Berufskrankheit, Berufskrankheiten kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer)

11 Krankheitserscheinungen, Beschwerden des Versicherten, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit

12 Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

13 Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können

14 Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeit übt/übte der Versicherte wie lange aus?

15 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?

16 In welchem Unternehmen ist der Versicherte oder war er zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war er den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?

17 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

18 Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon- und Faxnummer)

19 Der Unterzeichner bestätigt, den Versicherten über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.

20 Datum

Arzt

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

Bank/Postbank

Kontonummer

Bankleitzahl