

Frau Silke Eggers
Referentin für Soziale Sicherung und Versorgung
Deutsche AIDS-Hilfe
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin

8. August 2017

Stellungnahme

1. Auftrag und Hintergrund

Die Stellungnahme ergeht im Auftrag des Vorstands der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (dagnä). Anlass ist die Klage vor dem Verwaltungsgericht Niedersachsen gegen die Polizeiakademie Niedersachsen, weil die Beklagte die Aufnahme des Klägers in den Polizeidienst des Landes Niedersachsen wegen der beim Kläger vorliegenden HIV-Infektion abgelehnt hat (Az.: 13 A 2059/17).

Der Stellungnahme liegen zugrunde:

a. Antrag der Polizeiakademie Niedersachsen auf Abweisung der Klage vom 27.03.2017:

Die Beklagte hält den Kläger wegen der HIV-Infektion unverändert für polizeidienstuntauglich. Im beruflichen Alltag komme es regelmäßig zu körperlichen Auseinandersetzungen mit anderen Personen und dabei regelmäßig zu blutenden Verletzungen bzw. zu Blutkontakten. Da eine HIV-Infektion unstreitig durch Blut übertragen werden könne, könne der Beruf des Polizeibeamten, für den der Kläger bei der Beklagten ausgebildet werden wolle, nicht mit dieser Erkrankung ausgeübt werden. Die Klage sei abzuweisen.

b. Klageschrift des Rechtsanwalts Jacob Hösl vom 22.04.2017 nebst Anlagen:

Zunächst wird auf eine Veröffentlichung aus dem Jahr 1990 (der sehr frühen Phase der HIV-Epidemie, als es noch keine effektive Behandlungsmöglichkeit gegeben habe) hingewiesen, in der die Polizeidiensttauglichkeit trotz bestehender HIV-Infektion gleichwohl angenommen wurde. Zu dem komme, dass aufgrund der nicht

bestehenden Behandlungsmöglichkeiten (mit dem Ergebnis der Senkung der Viruslast im Blut) das Infektionsrisiko zu Lasten Dritter durch infektionsrelevante Kontakte mit dem Blut des HIV-Infizierten als damals noch gegeben angesehen werden musste.

Das Auftreten von (blutenden) Verletzungen bei der HIV-infizierten und gleichzeitig bei einer anderen Person bringe an sich noch keine Infektionsgefahr mit sich. Dies sei erst der Fall, wenn die kontaminierte Körperflüssigkeit (hier Blut) in den Organismus der anderen Person gelange (geeignete Eintrittspforte). Im Polizeidienst – auch bei Auseinandersetzungen oder anderen verletzungsträchtigen Situationen, bei denen es zu Verletzungen welcher Person auch immer komme, sei eine solche Gefährdungskonstellation schlechterdings nicht gegeben. Verletzungsgefahr sei nicht gleich Infektionsgefahr.

Letztere umso weniger als aufgrund der beim Kläger durchgeführten Behandlung die Viruslast (im Blut) nachhaltig unter der Nachweisgrenze liege und damit eine Infektionsmöglichkeit praktisch auszuschließen sei. Eine Infektionsgefahr für Dritte im Rahmen des Polizeidienstes selbst bei Auftreten von Verletzungen entweder seiner Person oder Dritter oder auch gleichzeitig beider und auch beim Auftreten von Blutkontakten selbst im Zusammenhang mit Eintrittspforten bei der nicht infizierten Person sei auszuschließen.

Der Verweis der Beklagten auf die PDV 300 mit der Anlage 1.1 gehe fehl, weil die HIV-Infektion als Infektionskrankheit in keiner der Merkmalskategorien aufgeführt sei. Insgesamt sei die HIV-Infektion nach dem heutigen Stand der Medizin eine chronisch verlaufende Erkrankung, die bis auf die Einnahme von Medikamenten mit lediglich geringen Einschränkungen verbunden sei. Auch die einzunehmenden Medikamente der heutigen Generation hätten nur geringe Nebenwirkungen. Jedenfalls führten diese in der Regel nicht zu irgendwelchen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Die Lebenserwartung eines Menschen mit HIV entspreche ... derjenigen eines Menschen ohne eine HIV-Infektion.

Schließlich wird auf die tatsächlich ausgeschlossene und allenfalls theoretische Möglichkeit der Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) nach einer höchst unwahrscheinlichen Kontamination eines Dritten durch einen mit HIV infizierten Polizisten hingewiesen. Nach den Leitlinien zur Postexpositionsprophylaxe bestehe allerdings für eine derartige oder andere Expositionssituationen, wie sie im Polizeidienst im Kontakt mit Dritten denkbar seien, keine Indikation zur Durchführung einer HIV-PEP. Diese Art von Expositionen sei nach menschlichem Ermessen nicht mit einer Infektionsgefahr für die nicht infizierte Person verbunden, wenn wie im Falle des Klägers aufgrund der der HIV-Behandlung die Viruslast unter der Nachweisgrenze liege.

Die Ablehnung der Beklagten, den Kläger zur Ausbildung der Polizei des Landes Niedersachsen aufzunehmen sei rechtswidrig. Sie verstoße gegen die Vorschriften des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes.

- c. Stellungnahme der Beklagten vom 19.05.2017 ebenfalls mit Anlagen (fachliche Stellungnahmen B1 und B2 aus dem polizeiärztlichen Dienst des Landes Niedersachsen):

Die Beklagte verbleibt bei der Auffassung, dass der Kläger polizeidienstuntauglich sei und deshalb mangels gesundheitlicher Eignung nicht in den Polizeivollzugsdienst eingestellt werden dürfe.

Die Begründung stützt sich auf zwei fachliche Stellungnahmen aus dem polizeiärztlichen Dienst des Landes Niedersachsen (Anlagen B1 und B2):

Der Umstand, dass die Viruslast seit Jahren konstant unter der Nachweisgrenze liege, sei für die Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit unerheblich. Entgegen der Auffassung des Klägers tendiere das Infektionsrisiko für andere bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze keineswegs gegen null. Es seien weiterhin Viren im Blut vorhanden, die allerdings mit den aktuellen Messmethoden nicht mehr nachgewiesen werden könnten. Daher bestehe nach wie vor ein Infektionsrisiko für andere über einen Blutkontakt.

Im polizeilichen Alltag komme es regelmäßig, wie die zahlreichen Dienstunfälle belegten, im Rahmen von körperlichen Auseinandersetzungen verletzungsbedingt zu Blut-Blut-Kontakten, die dann immer zur Überprüfung einer HIV-Infizierung führten.

Zwar bestehe, wie vom Kläger angeführt, theoretisch die Möglichkeit der Durchführung einer Postexpositionsprophylaxe für etwaige Betroffene. Diese sei aber aus organisatorischen, logistischen und rechtlichen Gründen praktisch nicht durchführbar.

Schließlich wird noch auf das vom Kläger einzunehmende Medikament Genvoya® abgehoben, bei dem es sich um ein Dauermedikament handele, das sehr häufig zu Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schwindelgefühl und Müdigkeit führe. Weder mit Übelkeit noch mit Schwindel und auch nicht im Zustand hoher Müdigkeit sei das polizeiliche Einsatzgeschehen zu bewältigen, in diesen Gesundheits- bzw. Krankheitszuständen könne insbesondere weder ein Dienstfahrzeug noch eine Dienstwaffe geführt werden. Daher sei der Kläger auch unter diesem Gesichtspunkt nur beschränkt polizeilich einsatzfähig – z. B. im Innendienst – und damit polizeidienstuntauglich.

2. HIV-Übertragung und Risikobewertung

HIV gilt im Vergleich mit anderen Krankheitserregern als schwerer übertragbar.

HIV wird bei alltäglichen sozialen und beruflichen Kontakten nicht übertragen, u. a.:

- nicht durch Kontakte von intakter Haut mit Blut oder anderen potenziell HIV-haltigen Körperflüssigkeiten, z. B. bei Erster Hilfe¹.

Am Häufigsten wird HIV beim Sex ohne Kondom übertragen.

Das HI-Virus kann nur übertragen werden, wenn es in ausreichender Menge in den Körper - z. B. über größere, blutende Wunden - oder auf (geschädigte) Haut/Schleimhaut **gelangt**. Eine Ansteckung ist möglich über Blut (auch Menstruationsblut), Sperma, Scheidenflüssigkeit und Muttermilch, die das Virus in hoher Konzentration enthalten können, sowie über den intensiven Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Enddarm beziehungsweise zwischen Penis und Scheide.

Eintrittspforten, über die HIV in den Körper eindringen kann, sind

- **Schleimhäute**, das heißt Darmschleimhaut, Vaginalschleimhaut und Schleimhäute des Penis;
- **blutende Wunden und entzündete oder stark geschädigte Hautflächen.**

Berufliche HIV-Übertragungen (z. B. von Patienten auf Beschäftigte im Gesundheitswesen, bei körperlichen Auseinandersetzungen auf Polizeibeamte) sind bisher nur durch Blut oder Viruskonzentrat (Viruskultur) erfolgt, und zwar bei

- Stich- und Schnittverletzungen,
- Kontakt solcher Materialien mit einer offenen Wunde oder nicht-intakter (geschädigter) Haut des Exponierten oder
- Kontamination der Schleimhaut (inklusive Blutspritzern ins Auge).

Wie bei den meisten Infektionskrankheiten ist die **Anzahl der übertragenen Erreger** als der wichtigste Faktor für die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung anzusehen: die Gefahr einer Ansteckung ist umso höher, je höher die übertragene Erregerzahl ist. Die Viruskonzentration in Gewebe und Körperflüssigkeiten ist abhängig von der Virusvermehrung.

¹ Die menschliche Haut ist ein sehr leistungsfähiger Schutzschild gegen Krankheitserreger. Kleinere Kratzer oder verschorfte Wunden ändern daran nichts. Die Haut schützt vor einer Übertragung durch Blutaustausch. Deshalb ist eine HIV-Übertragung bei Erster Hilfe nicht möglich, wenn der Ersthelfer nicht selbst eine blutende Wunde oder größere entzündete Hautflächen hat. Bei Verletzungen des Ersthelfers sollten Schutzhandschuhe getragen werden.

Eine erfolgreiche antiretrovirale Therapie, welche die im (Blut-) Plasma messbare Viruskonzentration (Viruslast) unter einen Wert von 50 Kopien/ml bzw. unter die Nachweisgrenze der eingesetzten Nachweisverfahren (derzeit ca. 20 Viruskopien/ml) senkt, reduziert das Risiko einer Infektionsübertragung bei sexuellen Kontakten oder akzidentellen Verletzungen oder Kontaminationen auf ein zu vernachlässigendes Restrisiko.

Dazu heißt es in den Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion (HIV-PEP)²:

„Wird die mit HIV infizierte Indexperson erfolgreich mit antiretroviralen Medikamenten behandelt (d. h. Viruslast bei der letzten Kontrolle unter 50 Viruskopien/ml, kontinuierliche Einnahme der Medikamente), muss bei akzidentellen Verletzungen und bei Sexualkontakten nicht mit einer übertragungsrelevanten Exposition gerechnet werden.“

Nach verschiedenen Veröffentlichungen ist im ungünstigsten Fall davon auszugehen, dass bei einer Person mit 500 Kopien HIV-1-RNA/ml Plasma etwa eine infektiöse Einheit pro ml vorhanden ist. Bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze ist u. U. in einem Milliliter Blut nicht eine einzige infektiöse Einheit enthalten. Die bei Verletzungen im Rahmen von blutgefüllten Hohlraumnadeln relevanten Blutmengen liegen dagegen im Bereich von einem Mikroliter oder weniger. Bei einem Blut-Blut-Kontakt bewegen sich die übertragenen Blutmengen deutlich unterhalb von einem Milliliter (eine Zusammenstellung der Daten entsprechender Untersuchungen findet sich einem Übersichtsartikel von Reid und Juma³). Selbst wenn eine ungewöhnlich große Blutmenge von ca. einem Milliliter in eine Wunde gelangen würde, könnte das HI-Virus damit nicht übertragen werden.

Hinzu kommen die Charakteristika der **Expositionsart**, hier Blutaustausch über zwei blutenden Wunden. Bei einer blutenden Wunde ist der Blutfluss nach außen gerichtet auch als Schutz des Körpers vor eindringenden Krankheitserregern. So wird z. B. in den Leitlinien zur HIV-PEP als Sofortmaßnahme nach Stich- oder Schnittverletzungen mit blutig verunreinigten Instrumenten empfohlen: *„Spontanen Blutfluss nicht sofort unterbinden, da potentiell infektiöses Material dadurch ausgespült wird“*. Dieser Ausspüleeffekt ist auch wirksam, wenn von außen Fremdblut auf die Blutung gelangt. Das erklärt, warum auch bei Übertragung infektiöser Blutmengen diese nicht unbedingt in den Körper einer anderen Person gelangen können. Theoretisch ideale

² DAIG: Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion
<http://www.daignet.de>

³ Reid S, Juma OA. Minimum infective dose of HIV for parenteral dosimetry. Int J STD AIDS. 2009 Dec; 20(12):828-33. Review.

Bedingungen bezüglich der Eintrittspforte wären gegeben, wenn ein HIV-infizierter Chirurg sich über einem geöffneten Operationsgebiet eine in dieses Gebiet blutende Wunde zuzöge; daraus würde eine erhöhte Übertragungsgefahr resultieren. Ein ähnlich hohes Übertragungsrisiko ist eigentlich nur durch die Verabreichung HIV-kontaminierter Blutkonserven oder -produkte sowie die Transplantation von Organen eines HIV-infizierten Spenders gegeben.

HIV-positive in Gesundheitsberufen tätige Personen, insbesondere Chirurgen, können unabhängig von der Viruslast alle nichtinvasiven sowie alle operativen und invasiven Tätigkeiten durchführen, soweit letztere nicht besonders verletzungsträchtig sind. Bei den besonders verletzungsträchtigen Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr dagegen ist die Übertragung infektionsrelevanter Blutmengen (ausreichende Anzahl von Erregern) auch sehr unwahrscheinlich aber nicht völlig auszuschließen. Deshalb ist es nach den Empfehlungen zweier Fachgesellschaften⁴ wichtig, dass die Viruslast beim Operateur nachhaltig unter der Nachweisgrenze liegt bzw. wenn nicht, dass diese Tätigkeiten nicht ausgeübt werden.

Weltweit sind bisher **vier Fälle nosokomialer HIV-Übertragung von Gesundheitspersonal auf Patienten** berichtet worden: 1990/91 wurde der Fall eines Zahnarztes aus Florida publiziert, der nach den Ergebnissen molekulargenetischer Untersuchungen mindestens fünf seiner Patienten infiziert hatte. Danach wurden nur noch drei weitere Fallgeschichten veröffentlicht, bei denen die HIV-Übertragung von infiziertem medizinischem Personal (1 orthopädischer Chirurg, 1 Gynäkologe, 1 Krankenschwester) auf jeweils einen Patienten als gesichert angesehen werden kann. Der Chirurg und der Gynäkologe hatten Eingriffe mit einem besonders hohen Risiko der Infektionsübertragung durchgeführt. Alle Fälle stammen aus der Frühphase der HIV-Epidemie etwa bis Mitte der 1990er Jahre, als es noch keine effektive antiretrovirale Therapie gab und das Bewusstsein für Sicherheits- und Unfallverhütungsmaßnahmen noch wenig ausgeprägt war (ausführlicher dazu Jarke et al, 2011⁵). **Außerhalb des Gesundheitswesens sind weltweit keine Fälle von HIV-Übertragungen von beruflich Tätigen (Polizei, Justizvollzugsdienst, Rettungsdienste etc.) auf andere Personen bekannt geworden (Fremdgefährdung).**

⁴ DVV/GfV: Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e.V. und der Gesellschaft für Virologie (GfV) e.V. zur „Prävention der nosokomialen Übertragung von Humanem Immunschwäche Virus (HIV) durch HIV-positive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen“

<http://www.dvv-ev.de/Therapieempfehlungen/DVV-GfV-Empfehlung%20zu%20HIV-positiven%20HCW%2003%2005%202012.pdf>

⁵ Jarke, J., Hösl, J., Korn, K., von Schwarzkopf, H.: HIV und Arbeit – Normalität auch im Gesundheitswesen. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. ASU 46 (2011) 8: 471-81

Von beruflich tätigen Menschen mit HIV geht keine Fremdgefährdung aus, insbesondere dann nicht, wenn sie antiretroviral behandelt werden und die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt.

Demgegenüber gibt es durchaus **Eigengefährdung durch beruflich erworbene HIV-Infektionen in verschiedenen Bereichen** (RKI, 2014⁶). Berufsbedingte HIV-Infektionen sind verglichen mit denen, die durch Hepatitis B und C verursacht werden, in Deutschland jedoch sehr selten. Eine zentrale Erfassung berufsbedingter HIV-Infektionen erfolgt nicht. Bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wird eine Statistik über die als Berufskrankheit (BK) anerkannten HIV-Infektionen geführt. In dieser Statistik werden aber nicht alle beruflich bedingten HIV-Infektionen erfasst. So werden beamtete Bezieher von Unfallrente wegen beruflich erworbener HIV-Infektionen - z. B. aus Universitätskliniken, aus dem Polizeidienst oder aus dem Auswärtigen Dienst - aber auch Soldaten der Bundeswehr, die eine Rente wegen Wehrbeschädigung z. B. nach Auslandseinsätzen beziehen, in der BK-Statistik der DGUV oder an anderer Stelle nicht zentral erfasst. Dem Unterzeichner sind allerdings aus seiner beruflichen Befassung Einzelfälle aus allen vorgenannten Bereichen bekannt.

Bis 31.12.2013 waren in Deutschland 82 berufsbedingte HIV-Infektionen als Berufskrankheit HIV/AIDS bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst sowie die eines mittelbar infizierten Kindes anerkannt und registriert. 90% der Fälle gehen auf Stich- und Schnittverletzungen oder auf das sog. Arbeitsplatzrisiko zurück. Letzteres meint gefährdende Arbeitsbedingungen (z. B. Notfallambulanzen) und/oder einen überproportional hohen Anteil an eigengefährdenden, verletzungssträchtigen Tätigkeiten. Die Daten zeigen einen rückläufigen Trend von Neuinfektionen etwa ab 1996 und deutlicher ab dem Jahr 2000. Ob diese Entwicklung auf den Rückgang der Infektiosität bei antiretroviral behandelten Patienten und die Sicherheits- und Unfallverhütungsmaßnahmen einschließlich der HIV-Postexpositionsprophylaxe zurückgehen, kann nur vermutet werden.

Darüber hinaus wurden anerkannt:

31 HIV-Infektionen bei Versicherten mit Tätigkeit nicht im Gesundheitswesen als BK - 14 Fälle - oder als Gesundheitsschädigung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG) - 17 Fälle; als BK bei zwei Chemielaboranten, die sich beim Umgang mit HIV-Material in der Pharmaindustrie infiziert haben; 29 HIV-Infektionen bei der Unfallversicherung Bund und Bahn, weil die Versicherten in Hochprävalenzgebieten der HIV-Infektion tätig und dort landestypischen Infektionsrisiken ausgesetzt waren (28 in Afrika, 1 in der Karibik).

⁶ RKI: Berufsbedingte HIV-Infektionen und anerkannte Berufskrankheiten, Epidemiologisches Bulletin (2014) 39: 385-87 (Autor: Dr. Jens Jarke)

3. HIV und Arbeit

Vor dem Hintergrund der vorgenannten Übertragungsbedingungen und der wissenschaftlichen Veröffentlichungen erfolgt die Risikobewertung für die HIV-Übertragung im Arbeitsleben. **Grundsätzlich stellen Menschen mit einer HIV-Infektion – gleich, ob behandelt oder unbehandelt - im (beruflichen) Alltag keine Infektionsgefahr dar**, auch nicht bei der Kinderbetreuung, beim Friseur oder im Zusammenhang mit der Verarbeitung, Zubereitung, Darreichung etc. von Lebensmitteln.

In Deutschland gibt es keine offiziellen Tätigkeits- oder Berufsverbote für Menschen mit HIV. Sie können ihren Beruf frei wählen und uneingeschränkt ihrer Tätigkeit nachgehen. Das gilt generell auch für Angehörige von Berufen im Gesundheitswesen – Pflegeberufe, Ärzte, medizinische Therapeuten oder weitere medizinische Berufe, weil von ihnen keine Ansteckungsgefahr für Patienten ausgeht. Eine gewisse Ansteckungsgefahr für Patienten kann es nur geben, wenn ein HIV-positiver Operateur mit erhöhter Viruslast (> 500 Kopien/ml) sich bei dem Eingriff selbst verletzt.

Am 11.10.2012 hat der durch die Bundesregierung berufene **Nationale AIDS-Beirat** folgendes Votum beschlossen:

„Die HIV-Infektion ist heute gut behandelbar. Dies spiegelt sich auch im Arbeitsleben wider: die Mehrheit der Menschen mit HIV in Deutschland ist erwerbstätig.

Weil Menschen mit HIV im Erwerbsleben immer noch diskriminiert werden, stellt der Nationale AIDS-Beirat (NAB) fest:

Im Berufsalltag besteht kein Risiko der HIV-Übertragung durch HIV-positive Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Andere. Dies gilt auch für Tätigkeiten in Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Kindergärten, Pflegeheimen), in der Gastronomie und im Gesundheitswesen. Selbst bei verletzungsträchtigen chirurgischen Operationen ist bisher in Deutschland kein Übertragungsfall aufgetreten.

*Der NAB verurteilt jegliche Diskriminierung von Menschen mit HIV im Berufsalltag und bei Bewerbungs- und Einstellungsverfahren sowie die Einschränkung der Berufsausübung und der beruflichen Weiterbildung. Die Ablehnung oder Entlassung wegen einer HIV-Infektion oder der Weigerung, einen Test durchzuführen, stellt eine Diskriminierung dar. [...]*⁷

⁷ <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-aids-beirat/nationaler-aids-beirat/votumabbauvondiskriminierung.html>

Menschen mit HIV erreichen heute aufgrund der erheblichen Fortschritte in der Behandlung der HIV-Infektion und der Folgeerkrankungen ein Lebensalter wie es auch für Menschen ohne HIV möglich ist. Durch den Einsatz antiretroviraler Medikamente können das Fortschreiten der HIV-Erkrankung aufgehalten, verloren gegangene Immunkompetenz teilweise wiederhergestellt und schädliche Auswirkungen der durch HIV ausgelösten chronischen Aktivierung des Immunsystems vermindert werden. **Ein weiterer wichtiger (Neben-)Effekt einer erfolgreichen antiretroviralen Therapie ist die Senkung der Infektiosität der behandelten Personen.**

Knapp drei Viertel der etwa 85.000 Menschen mit HIV/AIDS, die Ende 2015 in Deutschland lebten, waren berufstätig und im Durchschnitt nicht öfter krankgeschrieben als ihre nicht infizierten Kollegen und Kolleginnen. **Die HIV-Infektion ist – zumindest medizinisch gesehen – eine „normale“ chronische Krankheit geworden; sie hat nur in wenigen Einzelfällen Auswirkungen auf die gesundheitliche Eignung für das Erwerbsleben (z. B. absehbare dauerhafte Arbeitsunfähigkeit).** Leider erleben viele Menschen mit HIV immer noch Diskriminierung am Arbeitsplatz (siehe dazu auch die Pressemitteilung der DAIG vom 01.12.2011 „Deutsche AIDS Gesellschaft verurteilt Diskriminierung von Menschen mit HIV am Arbeitsplatz“⁸).

Bei mehr als 95% der antiretroviral behandelten Menschen mit HIV kann eine nachhaltige Senkung der Viruslast unter die Nachweisgrenze sowie eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden. Nur in wenigen Einzelfällen kommt es unter der Behandlung zu einem stärkeren Krankheitsgefühl und einer Minderung der Lebensqualität, z. B. durch Nebenwirkungen. Zu unterscheiden sind dabei akute und Langzeitnebenwirkungen. Akute Nebenwirkungen, am häufigsten gastrointestinale Beschwerden Schwindel und Müdigkeit, treten nicht selten bei Beginn einer Therapie auf, nehmen an Intensität aber in der Regel nach einigen Tagen oder Wochen wieder ab.

Menschen mit HIV können – ggf. unter antiretroviraler Behandlung und unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle – nicht nur als Chirurgen mit besonders verletzungsträchtigen Tätigkeiten, sondern auch in anderen sensiblen Berufen tätig sein wie etwa als Piloten^{9,10}, Rettungssanitäter, Zugführer und Maschinisten in der Industrie oder bei der (Berufs-) Feuerwehr. In der Regel sind sie flug-, tauch-, tropen- und/oder seediensttauglich.

⁸ <http://www.daignet.de/site-content/news-und-presse/pressemeldungen/aktuelle-pressemeldungen>

⁹ Siedenburg, J.: HIV-positive Flugzeugführer und Flugsicherheit. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. ASU 42 (2007) 8: 428-434

¹⁰ EASA European Aviation Safety Agency, Verordnung Nr. 1178/2011

Die HIV-Infektion stellt in der Regel kein Hindernis für die Einstellung in unbefristete Arbeitsverhältnisse oder für die Übernahme ins Beamtenverhältnis dar - auch bei Polizei, Feuerwehr und der Bundeswehr (Berufssoldat/Berufssoldatin¹¹).

Aus sozialmedizinischer Sicht ist es für die Bewältigung von chronischen Erkrankungen und deren Langzeitprognose von wesentlicher Bedeutung, dass die Betroffenen den vor der Erkrankung ausgeübten oder angestrebten Beruf („Berufung“) oder die ausgeübte Erwerbstätigkeit wieder bzw. weiter ausüben können. Dementsprechend ergeben sich mitunter erhebliche psychische, soziale und materielle Belastungen, wenn Betroffenen – noch dazu sachlich unbegründet – mit Verweis auf die Erkrankung Tätigkeitsbeschränkungen oder gar Berufsverbote auferlegt werden.

4. Gutachterliche Bewertung der Stellungnahme der Beklagten vom 19.05.2017

Die fachliche Beurteilung der gesundheitlichen Eignung des Klägers durch den polizeiärztlichen Dienst (Anlagen B1 und B2) stützt sich auf den mittlerweile überholten Stand der medizinischen Wissenschaft aus den 1990er Jahren. Seit der Jahrtausendwende hat es erhebliche Fortschritte gegeben, sowohl hinsichtlich der effektiven, besser verträglichen Behandlung der HIV-Infektion, als auch bezüglich der virologischen und epidemiologischen Bewertung der Übertragungsbedingungen und des Infektionsrisikos durch das HI-Virus. Von dieser Entwicklung scheint der Medizinische Dienst der Polizei Niedersachsen keine Notiz genommen zu haben. **Dem Kläger werden die Polizeidienstuntauglichkeit und damit die mangelnde gesundheitliche Eignung, in den Polizeivollzugsdienst eingestellt zu werden, mit fachlich falschen Begründungen attestiert. Die dargelegten Gründe sind unzutreffend.**

Dazu im Einzelnen:

- i. Der Umstand, dass die Viruslast seit Jahren konstant unter der Nachweisgrenze liege, sei für die Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit unerheblich. Entgegen der Auffassung des Klägers tendiere das Infektionsrisiko für andere bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze keineswegs gegen null. Es seien weiterhin Viren im Blut vorhanden, die allerdings mit den aktuellen Messmethoden nicht mehr nachgewiesen werden könnten. Daher bestehe nach wie vor ein Infektionsrisiko für andere über einen Blutkontakt.

Nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft ist die Übertragung des HI-Virus nach verletzungsbedingten Blutungen von einer HIV-infizierten Person (Indexperson) auf eine andere Person mit an Sicherheit grenzender

¹¹ siehe auch Anlage K 6 der Klageschrift vom 22.04.2017

Wahrscheinlichkeit auszuschließen, wenn die Indexperson erfolgreich mit antiretroviralen Medikamenten behandelt und die Viruslast nachhaltig unter die Nachweisgrenze gesenkt ist. Dies deshalb, weil bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze in einem Milliliter Blut u. U. nicht eine einzige infektiöse Einheit enthalten ist – viel zu wenig für eine Übertragung.

Diese Aussage gilt bei der Expositionsart des Blutaustausches über zwei blutenden Wunden ausdrücklich auch für die im polizeilichen Vollzugsdienst denkbaren verletzungsbedingten Blutkontakte zu anderen Personen.

Da bei dem antiretroviral behandelten Kläger die Viruslast seit Jahren unstrittig unter der Nachweisgrenze liegt, darf ein aus dem polizeilichen Vollzugsdienst hervorgehendes HIV-Infektionsrisiko für andere kein Beurteilungskriterium für die Polizeidiensttauglichkeit des Klägers sein.

Von dem Kläger geht im Rahmen jedweder Berufsausübung, gerade auch im polizeilichen Vollzugsdienst, keinerlei Infektionsgefahr für andere aus. Die Polizeidiensttauglichkeit des antiretroviral effektiv behandelten Klägers ist in vollem Umfang gegeben. Ein Einsatz nur im Innendienst - wie in der Stellungnahme angesprochen - wäre nicht gerechtfertigt und würde eine unbegründete Diskriminierung darstellen.

- ii. Zwar bestehe, wie vom Kläger angeführt, theoretisch die Möglichkeit der Durchführung einer Postexpositionsprophylaxe für etwaige Betroffene. Diese sei aber aus organisatorischen, logistischen und rechtlichen Gründen praktisch nicht durchführbar.

In der Klageschrift vom 22.04.2017 hatte der Anwalt des Klägers im Zusammenhang mit der Risikobewertung von verletzungsbedingten Blut-Blut-Kontakten auf die HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) hingewiesen: Nach den Leitlinien zur HIV-PEP bestehe allerdings für eine derartige oder andere Expositions-Situationen, wie sie im Polizeidienst im Kontakt mit Dritten denkbar seien, keine Indikation zur Durchführung einer HIV-PEP.

In den Leitlinien¹² heißt es dazu:

„Nicht indiziert ist eine HIV-PEP, wenn das Expositionereignis gar nicht zu einer Übertragung geeignet war oder wenn die Indexperson zwar mit HIV infiziert ist, aber effektiv behandelt wird und daher nicht mehr infektiös ist“.

Die Auseinandersetzung mit der Durchführbarkeit der HIV-PEP erübrigt sich, da das Thema in der Klageschrift (etwas missverständlich) zur Sprache gebracht wurde, um ein weiteres Beispiel dafür zu geben, dass von einem HIV-infizierten Beamten im

¹² DAIG: Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion.

Polizeivollzugsdienst keine Infektionsgefahr für andere ausgeht (und somit auch der Einsatz der HIV-PEP tatsächlich nicht angezeigt ist).

- iii. Schließlich wird noch auf das vom Kläger einzunehmende Medikament Genvoya® abgehoben, bei dem es sich um ein Dauermedikament handelt, dass sehr häufig zu Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schwindelgefühl und Müdigkeit führe. Weder mit Übelkeit noch mit Schwindel und auch nicht im Zustand hoher Müdigkeit sei das polizeiliche Einsatzgeschehen zu bewältigen, in diesen Gesundheits- bzw. Krankheitszuständen könne insbesondere weder ein Dienstfahrzeug noch eine Dienstwaffe geführt werden. Daher sei der Kläger auch unter diesem Gesichtspunkt nur beschränkt polizeilich einsatzfähig und damit polizeidienstuntauglich.

Die genannten Nebenwirkungen der Therapie mit dem Medikament Genvoya® (oder anderen antiretroviralen Medikamenten) können, müssen aber nicht (dauerhaft) auftreten. Wenn sie im Einzelfall überhaupt auftreten, klingen diese Nebenwirkungen i.d.R. nach einigen Tagen oder Wochen wieder ab. Falls es zu anhaltenden Nebenwirkungen kommt, wird durch die Umstellung auf eine andere Präparatekombination fast immer eine wenig(er) belastende Dauerbehandlung ohne Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit möglich. Die meisten Menschen mit HIV sind berufstätig und im Durchschnitt nicht öfter krankgeschrieben als ihre nicht infizierten Kollegen und Kolleginnen.

Menschen mit HIV können – ggf. unter antiretroviraler Behandlung und unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle – nicht nur als Chirurgen mit besonders verletzungsträchtigen Tätigkeiten, sondern auch in anderen sensiblen Berufen tätig sein wie etwa als Piloten, Rettungssanitäter, Zugführer und Maschinisten in der Industrie oder bei der (Berufs-) Feuerwehr. In der Regel sind sie flug-, tauch-, tropen- und/oder seediensttauglich.

Die HIV-Infektion ist – zumindest medizinisch gesehen – eine „normale“ chronische Krankheit geworden; sie hat nur in wenigen Einzelfällen Auswirkungen auf die gesundheitliche Eignung für das Erwerbsleben (z. B. absehbare dauerhafte Arbeitsunfähigkeit). Die antiretroviral behandelte HIV-Infektion stellt in der Regel kein Hindernis für die Einstellung in unbefristete Arbeitsverhältnisse oder für die Übernahme ins Beamtenverhältnis dar - auch bei Polizei, Feuerwehr und der Bundeswehr (Berufssoldat/Berufssoldatin). Menschen mit HIV erreichen heute eine Lebenserwartung und damit auch eine Lebensarbeitszeit wie gleichaltrige Menschen ohne HIV-Infektion.

Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, dass der Kläger unter der Behandlung mit dem Medikament Genvoya® unter anhaltenden Nebenwirkungen

und/oder anderen therapie- und/oder HIV-bedingten Symptomen leidet, die seine berufliche Leistungsfähigkeit kurz- oder langfristig einschränken.

Der Kläger ist uneingeschränkt gesundheitlich geeignet, in den Polizeivollzugsdienst eingestellt zu werden.

Dr. Jens Jarke

Arzt für Allgemeinmedizin

- Tropenmedizin -

im Auftrag der dagnä