

Internist 2021 · 62:899–905  
<https://doi.org/10.1007/s00108-021-01106-w>  
Angenommen: 1. Juli 2021  
Online publiziert: 18. August 2021  
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
Springer Nature 2021

#### Redaktion

E. Märker-Hermann, Wiesbaden  
D. Nowak, München



# COVID-19 im Hinblick auf Arbeitsmedizin und Öffentlichen Gesundheitsdienst

Sabine Wicker<sup>1</sup> · Pia Behrens<sup>1</sup> · René Gottschalk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Betriebsärztlicher Dienst, Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

<sup>2</sup> Gesundheitsamt Frankfurt, Frankfurt, Deutschland

## In diesem Beitrag

### – Grundlagen

Verdachtsanzeigen auf arbeitsbedingte COVID-19-Fälle • Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz • Lageberichte des RKI zu laborbestätigten COVID-19-Fällen

### – Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Gesetzliche Grundlagen der Maßnahmen im Pandemiekontext • Kontaktpersonennachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektion

### – Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung

Berufskrankheit Nr. 3101 • COVID-19 als Arbeitsunfall • Voraussetzungen der Anerkennung • Beweiserleichterung

### – Rechtliche Grundlagen zur Meldepflicht

### – Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Medizinisches Personal hat ein arbeitsbedingtes Risiko für eine Infektion mit dem „severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“ (SARS-CoV-2) und kann COVID-19 auf Patienten übertragen. Bei der zugehörigen Berufskrankheit handelt es sich um die BK 3101.

**Fragestellung:** Häufigkeit von Verdachtsmeldungen berufsbedingter SARS-CoV-2-Infektionen und anerkannter COVID-19-Berufskrankheiten, Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) und Anzeigepflichten des Arztes.

**Material und Methoden:** Selektive Literaturrecherche unter besonderer Berücksichtigung von Daten der Unfallversicherungsträger zu arbeitsbedingten SARS-CoV-2-Infektionen des medizinischen Personals.

**Ergebnisse:** Die SARS-CoV-2-Pandemie stellt sich auch als Herausforderung der Arbeitsmedizin und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) dar. In den letzten Monaten wurden bei den Unfallversicherungsträgern im Zusammenhang mit COVID-19 vermehrt Verdachtsfälle einer Berufskrankheit (BK 3101) sowie eine steigende Zahl von Arbeitsunfallmeldungen registriert. Der ÖGD bearbeitet die Meldungen gemäß dem IfSG und koordiniert die Kontaktpersonennachverfolgung.

**Schlussfolgerungen:** Arbeitsbedingte SARS-CoV-2-Infektionen geben Anlass zur Sorge. Die Meldedaten der Unfallversicherungsträger belegen hohe Fallzahlen. Präventive Maßnahmen, z. B. das Tragen der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) und COVID-19-Impfungen, reduzieren sowohl das Infektionsrisiko der Beschäftigten signifikant als auch das Risiko einer nosokomialen Übertragung auf die Patienten.

### Schlüsselwörter

SARS-CoV-2 · Berufskrankheiten · Arbeitsunfälle · Medizinisches Personal · Gesetzliche Unfallversicherung

Die weltweite Ausbreitung des „severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“ (SARS-CoV-2) wurde am 11.03.2020 von der WHO zu einer Pandemie erklärt. Insbesondere Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen waren von Anbeginn einer erhöhten Infektionsgefährdung ausgesetzt. Der aktuelle Lagebericht des Robert Koch-Instituts (RKI) zu COVID-19 weist am 26.05.2021 insgesamt fast 200.000 COVID-19-Fälle bei Beschäftigten in Einrichtungen nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG; z. B. Krankenhäuser, ärztliche Praxen), § 33 IfSG

(z. B. Kitas, Schulen), § 36 IfSG (z. B. Pflegeeinrichtungen) auf [16].

## Grundlagen

### Verdachtsanzeigen auf arbeitsbedingte COVID-19-Fälle

Im Januar und Februar 2021 wurden den Unfallversicherungsträgern im Zusammenhang mit COVID-19 vermehrt Verdachtsfälle einer Berufskrankheit (BK 3101) sowie eine steigende Zahl von Arbeitsunfallmeldungen gemeldet. Die



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

### Infobox 1

#### Berufskrankheit 3101 [4]

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.

gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallkassen erhielten in diesen beiden Monaten insgesamt 47.578 Verdachtsanzeigen auf eine arbeitsbedingte COVID-19-Erkrankung. Im vergangenen Jahr 2020 waren es insgesamt 30.329 COVID-19-Verdachtsanzeigen [7, 8].

Vor der COVID-19-Pandemie wurden den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. den staatlichen Gewerbeärzten jährlich zwischen 1600 und 2000 Verdachtsmeldungen einer Berufskrankheit BK 3101 (■ Infobox 1) gemeldet [8].

#### Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz

COVID-19-Verdachtsfälle, COVID-19-Erkrankungen sowie Labornachweise von SARS-CoV-2 müssen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden (■ Infobox 2).

#### Lageberichte des RKI zu laborbestätigten COVID-19-Fällen

Das Gesundheitsamt übermittelt diese Daten über die zuständige Landesbehörde an das RKI. Das RKI veröffentlicht tägliche Lageberichte zu laborbestätigten COVID-19-Fällen oder Erregerisolierung, unabhängig von der klinischen Symptomatik (■ Tab. 1; [16]).

Die Daten des RKI-Lageberichts können allerdings nicht durchgehend unterscheiden, ob es sich um arbeitsbedingte oder außerberuflich erworbene Infektionen der Beschäftigten aus den Einrichtungen nach § 23, § 33, § 36 IfSG handelt. Auch ist eine Unterscheidung zwischen medizinisch tätigem und nicht medizinisch tätigem Personal nicht immer möglich [11]. Durch die Auswertung der Meldedaten der SARS-CoV-2-Infektionen können jedoch Risiken für eine arbeits-

### Infobox 2

#### Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz

**Cave:** Meldepflichtige Krankheiten müssen sowohl vom behandelnden Arzt (§ 6 IfSG: „Meldepflichtige Krankheiten“) als auch vom diagnostizierenden Labor (§ 7 IfSG: „Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern“) gemeldet werden.

bedingte Infektion im Vergleich zu außerberuflich erworbenen Infektionen erkannt werden, um somit zukünftig einen verbesserten Infektionsschutz am Arbeitsplatz zu erreichen [12, 13].

#### Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

#### Gesetzliche Grundlagen der Maßnahmen im Pandemiekontext

In der Bundesärzteordnung vom 02.10.1961, zuletzt geändert am 15.08.2019, liegt die Rechtsgrundlage für jegliches ärztliches Handeln – sie ist somit für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gültig. Im Abschnitt I, § 1 wird erläutert, was unter dem ärztlichen Beruf gesetzlich verstanden wird:

*§ 1 (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.*

Die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) dienen mit ihrem Wissen und ihrer fachärztlichen Ausbildung somit der Gesundheit des ganzen Volkes.

Wie dieses Wissen umzusetzen ist, ist in sog. Landesgesundheitsdienstgesetzen festgeschrieben: Gesundheit ist Ländersache. Es gibt allerdings auch Bundesgesetze, die direkt für die öffentlichen Gesundheitsbehörden aller Länder gelten. Führend zu nennen ist das „Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften“ (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz – SeuchRNeuG) vom 20.07.2000 [5]. Im Artikel 1 dieses Gesetzes ist das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG) beschrieben, zuletzt geändert am 16.7.2021. Eine wesentliche Änderung aber fand am 23.04.2021 mit dem Inkrafttreten des § 28b IfSG, dem sog. „Bundes-Notbremsengesetz“ statt [6]. Hier werden

bundesweit weitreichende einschränkende Maßnahmen für die Bevölkerung vorgeschrieben, wenn bestimmte epidemiologische Kennzahlen (7-Tage-Inzidenz [Anzahl der COVID-19-Fälle der letzten 7 Tage/100.000 Einwohner]) überschritten werden.

In der Tat regelt das IfSG auch die möglichen Grundrechtseinschränkungen. Unter anderem können durch die zuständigen Behörden (namentlich die Gesundheitsämter) die folgenden Grundrechte eingeschränkt werden:

- körperliche Unversehrtheit (Artikel 2, Abs. 2, Satz 1, GG),
- Freiheit der Person (Artikel 2, Abs. 2, Satz 2, GG),
- Versammlungsfreiheit (Artikel 8 GG),
- Brief- und Postgeheimnis (Artikel 10 GG)
- Freizügigkeit (Artikel 11 Abs. 1 GG) und
- Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 GG).

Zu beachten ist aber, dass dies immer mit Augenmaß zu erfolgen hat und die Ermessensspielräume genutzt werden müssen. Es muss immer die am wenigsten eingreifende Einschränkungsmaßnahme gewählt werden.

#### » Das berufliche und private Leben der Bevölkerung darf nur im geringstmöglichen Maß eingeschränkt werden

Die Gesundheitsämter haben somit die Aufgabe, die Bevölkerung, soweit dies möglich ist, vor den Auswirkungen aller infektiologischen Bedrohungen (nicht nur Pandemien) zu schützen. Dabei müssen sie sehr sorgsam abwägen, ob die geplanten Maßnahmen überhaupt wirksam sind, gleichwohl haben sie aber auch zu beachten, dass die Auswirkungen auf das berufliche und private Leben der Bevölkerung so gering wie möglich gehalten werden.

Im medizinischen Bereich spielt in diesem Kontext die Evidenz der gewählten Maßnahmen eine entscheidende Rolle. So gibt es beispielsweise bei der Anwendung von chirurgischen Atemschutzmasken durchaus Evidenz über deren Nutzen. Dies ist bereits bei „Filtering-face-piece“- (FFP)-Masken der Klasse 2 für die

Hier steht eine Anzeige.



**Tab. 1** An das Robert Koch-Institut übermittelte COVID-19 Fälle, unterteilt nach Tätigkeit in Einrichtungen mit besonderer Relevanz für die Transmission. (Robert Koch-Institut [16])

Tätig in Einrichtung	Gesamt	Verstorben
<b>§ 23 IfSG (z. B. Krankenhäuser, ärztliche Praxen)</b>	87.470	86
<i>Davon mit differenzierten Angaben</i>	49.954	39
Krankenhäuser	33.895	22
Rehabilitationseinrichtungen	1940	0
Sonstige	14.119	17
<b>§ 36 IfSG (z. B. Pflegeeinrichtungen)</b>	65.532	174
<i>Davon mit differenzierten Angaben</i>	37.135	92
Pflegeeinrichtungen	33.701	87
Ambulante Pflegedienste	2479	3
Sonstige	955	2
<i>IfSG Infektionsschutzgesetz</i>		

Bevölkerung keineswegs mehr der Fall. Ebenso sind die gewählten Grenzen für weitergehende Maßnahmen im Rahmen der 7-Tage-Inzidenz (Stufenregelungen) nicht evidenzbasiert, sondern mehr oder weniger willkürlich gewählt worden.

Ob der Ermessensspielraum und die Abschätzung dieser Auswirkungen auf die Bevölkerung bei der derzeitigen COVID-19-Pandemie ausreichend berücksichtigt wurden, muss im Nachgang geklärt werden.

### Kontaktpersonennachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektion

Beim Eingang einer Meldung des positiven Nachweises einer SARS-CoV-2-Infektion (z.B. mithilfe eines Polymerase-Kettenreaktion[PCR]-Tests) muss das Gesundheitsamt Ermittlungsarbeit leisten. Zum einen muss die Infektionsquelle zum Indexfall gesucht werden („Rückwärtsermittlung“). Diese Suche umfasst die zurückliegenden 14 Tage ab dem Symptombeginn. Zum anderen muss, da die Indexperson selbst auch andere anstecken kann, eine entsprechende „Vorwärtsermittlung“ durchgeführt werden. Hier werden sämtliche relevanten Kontak-

te ab 2 Tagen vor dem Symptombeginn bis zum Zeitpunkt der Isolierung erfragt. Insbesondere diese Fallarbeit ist für die Gesundheitsämter extrem aufwendig.

### » Die Gesundheitsämter betreuen täglich sowohl die isolierten als auch die quarantänisierten Patienten

Mögliche Kontaktpersonen, also gesunde Ansteckungsverdächtige, bekommen eine *Quarantäneverfügung*, Erkrankte oder Krankheitsverdächtige eine *Isolationsverfügung*. Diese Unterscheidung, die oftmals nicht richtig benannt wird, ist außerordentlich wichtig, da die Zeiträume der jeweiligen angeordneten Absonderung unterschiedlich sein können. Die Gesundheitsämter betreuen täglich sowohl die isolierten als auch die quarantänisierten Patienten, bis die jeweiligen Verfügungen aufgehoben werden. Bei der Vielzahl der Fallmeldungen ist es verständlich, dass insbesondere kleinere Gesundheitsämter schnell an ihrem Leistungslimit anlangen und externe Hilfe zur Fallbearbeitung benötigen.

### Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung

#### Berufskrankheit Nr. 3101

Unter der Nr. 3101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) sind Krankheiten erfasst, die von Mensch zu Mensch übertragbar sind. Diese Krankheiten fallen grundsätzlich dann unter die Nr. 3101 der Anlage zur BKV, wenn sie bei Versicherten auftreten, die infolge der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in bestimmten Bereichen einer gegenüber der allgemeinen Bevölkerung wesentlich erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt sind [4].

### » Zur Anerkennung als BK 3101 muss eine konkrete Risikoerhöhung in der ganzen Berufsbranche vorliegen

Die BK 3101 ist somit auf bestimmte Berufs- und Tätigkeitsfelder beschränkt. Tätigkeiten außerhalb des Gesundheitswesens, der Wohlfahrtspflege bzw. außerhalb von Laboratorien können nur dann als BK 3101 anerkannt werden, wenn ein mit diesen Tätigkeiten vergleichbar hohes Infektionsri-

siko bestanden hat. Der *Ärztliche Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSB)* des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) hat zunächst eine orientierende Prüfung vorgenommen, inwieweit weitere Tätigkeitsfelder identifiziert werden können, bei denen ein vergleichbar hohes Infektionsrisiko wie bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen besteht. Aktuell wurde noch keine Personengruppe identifiziert, die diese Bedingung erfüllt. Der ÄSB mahnt jedoch weitere wissenschaftliche Untersuchungen beispielsweise hinsichtlich des Risikos einer COVID-19-Infektion in Schlachthöfen an [1]. Für die Anerkennung als BK 3101 ist eine Gefährdung in einzelnen speziellen Betrieben nicht ausreichend. Vielmehr müsste eine konkrete Risikoerhöhung in der gesamten Berufsbranche nachweisbar sein [10].

### COVID-19 als Arbeitsunfall

In den Tätigkeiten, in denen aktuell eine COVID-19-Infektion nicht als Berufskrankheit anerkannt werden kann, ist mitunter die Anerkennung als Arbeitsunfall möglich. Arbeitsunfälle (■ **Infobox 3**) und Berufskrankheiten sind prinzipiell gleichwertige Versicherungsfälle, die die Ansprüche auf das gesamte Leistungsspektrum der gesetzlichen Unfallversicherung auslösen können.

Im Januar und Februar 2021 erhielten die Unfallversicherungsträger 2710 COVID-19-Arbeitsunfallmeldungen, 799 wurden als Versicherungsfall anerkannt [7].

Ob die Voraussetzungen zur Anerkennung einer COVID-19-Erkrankung als Arbeitsunfall vorliegen, prüft der zuständige Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Einzelfall.

### Voraussetzungen der Anerkennung

#### COVID-19 als Arbeitsunfall:

- Die COVID-19-Infektion muss auf eine nachweislich mit SARS-CoV-2 infizierte Person („Indexperson“) zurückzuführen sein.
- Es muss intensiver beruflichen Kontakt mit dieser Indexperson bestanden haben.
- Maßgeblich sind die Dauer und die Intensität des Kontaktes.

**Infobox 3****Definition des Arbeitsunfalls**

Ein Unfallereignis ist ein zeitlich begrenztes (d. h. innerhalb einer Arbeitsschicht), von außen (hier *Virusstransmission*) auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden (hier *COVID-19-Infektion*) führt.

Ein Arbeitsunfall kann somit vorliegen, wenn es infolge der versicherten Tätigkeit der Betroffenen zu einer durch SARS-CoV-2 verursachten Erkrankung kommt.

- Lässt sich keine konkrete Indexperson feststellen, kann im Einzelfall eine größere Zahl nachweislich infizierter Personen innerhalb eines Betriebs ausreichend sein, um als Nachweis für die berufliche Verursachung infolge der versicherten Tätigkeit zu dienen.
- Eine COVID-19-Infektion kann prinzipiell auch auf dem Weg zur oder von der Arbeit als Arbeitsunfall anerkannt werden [10].

**BK3101:**

- Zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung muss ein ursächlicher Zusammenhang (z. B. zeitliche Verbindung zwischen Exposition gegenüber dem betreffenden Erreger und der Infektion – *cave*: Inkubationszeit beachten) nachgewiesen werden (Vollbeweis).
- Die Infektion muss ebenfalls im Vollbeweis nachgewiesen werden (d. h. entsprechende virologische oder mikrobiologische Diagnostik bzw. phylogenetische Analysen).
- Zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung muss ein wahrscheinlicher Zusammenhang bestehen, d. h., der kausale Zusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung muss nicht zwangsläufig im Vollbeweis nachgewiesen werden, sondern er muss wahrscheinlich sein [18].

Es müssen zur Anerkennung einer COVID-19-Infektion als BK 3101 somit folgende drei Voraussetzungen vorliegen:

- Kontakt mit SARS-CoV-2-infizierten Personen bzw. Patientenmaterialien im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen, in der Wohlfahrts-

pflge oder in einem Laboratorium und

- Krankheitserscheinungen wie z. B. Fieber, Husten (*cave*: Es genügen auch geringfügige klinische Symptome) und
- positiver Befund der SARS-CoV-2-PCR (Nachweis der Infektion im „Vollbeweis“ [9]).

Vor dem Hintergrund des pandemischen Geschehens und der mitunter hohen Infektionszahlen in der Allgemeinbevölkerung ist eine Anerkennung der BK 3101 möglich, sofern die berufliche Verursachung *überwiegend wahrscheinlich* ist und keine Umstände aus dem unversicherten Bereich einer Anerkennung entgegenstehen [14]. Beispielhaft in diesem Kontext ist eine SARS-CoV-2-Infektion einer Haushaltskontaktperson, die vor dem Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen an COVID-19 erkrankte und die aufgrund der Art des privaten Kontakts eine außerberufliche Infektion wahrscheinlicher erscheinen lässt als eine berufliche Verursachung.

**Beweiserleichterung**

Auch ohne konkreten Nachweis von Kontakten mit einer bestätigten Infektionsquelle kann eine „Beweiserleichterung“ wirksam werden, soweit die Versicherten während der infrage kommenden Ansteckungszeit einer besonderen über das normale Maß hinausgehenden Infektionsgefahr ausgesetzt waren. Hierbei sind die Häufigkeit und die Intensität von Kontakten zu infektionsverdächtigen Quellen sowie die Art der konkret ausgeübten Tätigkeit maßgeblich. Überdies kann im Einzelfall beispielsweise ein Ausbruchsgeschehen im Betrieb ausreichen, um im Sinne einer Beweiserleichterung von einer arbeitsbedingten Infektion auszugehen, auch wenn ein konkreter Kontakt mit einer Indexperson nicht ermittelt werden kann [2, 14].

» Bei besonderer über das normale Maß hinausgehender Infektionsgefahr greift die Beweiserleichterung

Nowak et al. nennen beispielsweise folgende Bereiche und Tätigkeiten, bei denen eine Beweiserleichterung greifen könnte:

- Abteilungen, in denen COVID-19-Patienten behandelt werden,
- Intensivstationen,
- Labors, die Nasen-Rachen-Abstriche auf SARS-CoV-2 untersuchen,
- aerosolgenerierende Tätigkeiten, z. B. Notfallintubation, Bronchoskopie,
- Betreuung von Hochrisikogruppen (z. B. Personen aus Risikoländern, Hochinzidenzländern, Virusvariantengebieten) und Personen, die die AHA-Regeln (Abstand halten, Hygiene, Alltag mit Maske) nicht einhalten können (z. B. bestimmte Bereiche der Psychiatrie und Geriatrie, [2, 14]).

**Rechtliche Grundlagen zur Meldepflicht**

Ärztinnen und Ärzte sowie der Arbeitgeber sind verpflichtet, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle den begründeten Verdacht auf eine Berufskrankheit in der für die Anzeige von Berufskrankheiten vorgeschriebenen Form unverzüglich anzuzeigen [3].

Arbeitsunfälle sind meldepflichtig bei Unfällen im Betrieb, durch die Versicherte getötet oder so verletzt worden sind, dass sie für mehr als 3 Tage arbeitsunfähig werden (§ 193 SGB VII).

**Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung**

Der Unfallversicherungsträger übernimmt bei Anerkennung der Berufskrankheit bzw. eines Arbeitsunfalls die Kosten der Heilbehandlung sowie der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Ist infolge der SARS-CoV-2-Infektion die Erwerbsfähigkeit gemindert, z. B. durch schwere Verläufe (beispielsweise z. n. Langzeitbeatmung, Therapie mithilfe der extrakorporalen Membranoxygenierung [ECMO]) oder Spätfolgen (z. B. Long-COVID) kann es u. U. auch zu Rentenzahlungen kommen. Im Todesfall können Hinterbliebene eine Hinterbliebenenrente erhalten.

Insbesondere die Leistungen zur Rehabilitation sind u. U. umfangreicher als die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

## Fazit für die Praxis

- Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege haben ein erhöhtes Infektionsrisiko für COVID-19.
- Voraussetzungen zur Anerkennung einer BK 3101 sind der Kontakt mit SARS-CoV-2-infizierten Personen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium sowie Krankheitserscheinungen wie z. B. Fieber, Husten und der Nachweis von SARS-CoV-2 mithilfe der Polymerase-Kettenreaktion (PCR).
- Bei einem intensiven beruflichen Kontakt mit einer SARS-CoV-2-positiven Person ist u. U. die Anerkennung als Arbeitsunfall möglich.
- Medizinisches Personal wurde von Anbeginn prioritär gegen COVID-19 geimpft. Erste Daten zeigen, dass durch hohe Impfquoten bei medizinischem Personal die Rate an asymptomatischen und symptomatischen Infektionen signifikant gesenkt werden kann [15, 17]. Aus diesem Grund sollten auch weiterhin möglichst niederschwellige Impfangebote für diese Berufsgruppen vorgehalten werden. Dies ist auch vor dem Hintergrund der voraussichtlich anstehenden Booster-Impfungen erforderlich.

## Korrespondenzadresse



## Prof. Dr. Dr. Sabine Wicker

Betriebsärztlicher Dienst, Universitätsklinikum Frankfurt  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, Deutschland  
Sabine.Wicker@kgu.de

Prof. Dr. Dr. Sabine Wicker ist stellvertretende Vorsitzende der Ständigen Impfkommission (STIKO).

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** S. Wicker, P. Behrens und R. Gottschalk geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## COVID-19 with respect to occupational healthcare and public health services

**Background:** Healthcare personnel (HCP) have an occupation-related risk of an infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and can transmit COVID-19 to patients. The related occupational disease is the BK 3101.

**Objective:** The frequency of suspected claims of occupation-related SARS-CoV-2 infections and confirmed claims of COVID-19 occupational diseases, reporting obligations under the German Infection Protection Act (IfSG) and mandatory notification requirements of physicians.

**Material and methods:** Selective literature search with special respect to data of accident insurance institutions regarding occupation-related SARS-CoV-2 infections among HCP.

**Results:** The SARS-CoV-2 pandemic also represents a challenge for occupational healthcare and the public health service. In recent months an increased number of suspected cases of an occupational disease (BK 3101) associated with COVID-19 were registered at the accident insurance institutions as well as notifications of accidents at work. The public health service handles registrations under the IfSG and coordinates the tracking of contact persons.

**Conclusion:** Occupation-related SARS-CoV-2 infections are a real reason for concern. The registration data of the accident insurance institutions confirm high case numbers. Preventive measures, such as wearing personal protective equipment (PPE) and COVID-19 vaccinations significantly reduce the risk of infection among HCP as well as the risk of nosocomial transmission to patients.

## Keywords

SARS-CoV-2 · Occupational diseases · Occupational accidents · Health care personnel · Statutory health insurance

## Literatur

1. Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSB) (2021) Anerkennung von COVID-19 als Berufskrankheit. <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Gesetzliche-Unfallversicherung/Aktuelles-aus-dem-Berufskrankheitenrecht/erkennung-von-covid-19-als-berufskrankheit.html>. Zugegriffen: 27.05.2021
2. Brandenburg S, Mehrrens G (2020) Beruflich erworbene COVID-19-Erkrankungen können unter bestimmten Voraussetzungen als Berufskrankheit oder als Arbeitsunfall anerkannt werden. <https://www.esv.info/aktuell/stephan-brandenburg-und-gerhard-mehrtens-beruflich-erworbene-covid-19-erkrankungen-koennen-unter-bestimmten-voraussetzungen/id/108963/meldung.html>. Zugegriffen: 27. Mai 2021
3. Bundesamt für Justiz (1996) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254) § 202 Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten. [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_7/\\_202.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_202.html). Zugegriffen: 27. Mai 2021
4. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2001) Merkblatt zur BK Nr. 3101: Merkblatt für die ärztliche Untersuchung. Bek. des BMA v. 01.12.2000, BArbBl. 1/2001. [https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/pdf/Merkblatt-3101.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/pdf/Merkblatt-3101.pdf?__blob=publicationFile&v=2). Zugegriffen: 27. Mai 2021 (S35)
5. Bundesgesetzblatt (2000) Seuchenrechtsneuordnungsgesetz – SeuchRNeuG. Bundesgesetzblatt 2000 Teil I, Nr. 33, 1045–1077
6. Bundesgesetzblatt. Viertes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Bundesgesetzblatt 2021 Teil I, Nr. 18, 802–807
7. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2021) COVID-19: Seit Jahresbeginn steigt die Zahl der Berufskrankheiten. [https://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/pressearchiv/2021/quartal\\_1/details\\_1\\_425473.jsp](https://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/pressearchiv/2021/quartal_1/details_1_425473.jsp). Zugegriffen: 27. Mai 2021
8. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2021) Berufskrankheitengeschehen. <https://www.dguv.de/de/zahlen-fakten/bk-geschehen/index.jsp>. Zugegriffen: 27. Mai 2021
9. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020) Coronavirus (SARS-CoV-2) COVID-19 als Berufskrankheit – Informationen für Beschäftigte im Gesundheitswesen. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3854>. Zugegriffen: 27. Mai 2021
10. Deutscher Bundestag (2020) Antwort auf die Kleine Anfrage: Corona als Arbeitsunfall und Berufskrankheit: Drucksache 19/24982. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/249/1924982.pdf>. Zugegriffen: 27. Mai 2021
11. Kramer R, Klingenberg A, Diercke M, Claus H, Hecht J, Eckermanns T, Abu Sin M, Haller S (2020) COVID-19—analysis of incident cases reported within the German healthcare system. Dtsch Arztebl Int 117:809–810
12. Marinaccio A, Bocconi F, Rondinone BM, Brusco A, D'Amario S, Iavicoli S (2020) Occupational factors

- in the COVID-19 pandemic in Italy: compensation claims applications support establishing an occupational surveillance system. *Occup Environ Med* 77:818–821
13. van der Molen HF, Kezic S, Visser S, de Groene G, Maas J, de Wind A, Tamminga S (2021) Occupational COVID-19: What can be learned from notifications of occupational diseases? *Occup Environ Med* 78:464
  14. Nowak D, Ochmann U, Brandenburg S, Nienhaus A, Woltjen M (2021) COVID-19 als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall: Überlegungen zu Versicherungsschutz und Meldepflicht in der gesetzlichen Unfallversicherung. *Dtsch Med Wochenschr* 146:198–204
  15. Pilishvili T, Fleming-Dutra KE, Farrar JL et al (2021) Interim estimates of vaccine effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines among health care personnel—33 U.S. sites, January–March 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 70(20):753–758
  16. Robert Koch-Institut (RKI) (2021) Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html). Zugegriffen: 27. Mai 2021
  17. Tang L, Hijano DR, Gaur AH, Geiger TL, Neufeld EJ, Hoffman JM, Hayden RT (2021) Asymptomatic and symptomatic SARS-CoV-2 infections after BNT162b2 vaccination in a routinely screened workforce. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.6564>
  18. Wicker S (2019) BK 3101 – Infektionserkrankungen. *Internist* 60(6):661–666



## Lesen Sie online: „EP Basics“ Techniken der invasiven Elektrophysiologie



© Mathias Ernert, Klinikum Ludwigshafen

>>Elektrophysiologische Weiterbildung für Kardiolog\*innen  
Lesen Sie auf SpringerMedizin.de weiter: Auf der Themenseite **EP Basics - Techniken der Invasiven Elektrophysiologie** finden Sie die Artikelserie „EP Basics“ der Arbeitsgemeinschaft Elektrophysiologie und Rhythmologie (AGEP). Diese Weiterbildungsserie, die als eine Art Leitfaden grundsätzliche Vorgehensweisen für strukturierte Untersuchungen im Herzkatheterlabor beschreibt, wird mit jedem neuen Heft ergänzt.

> Einfach diesen QR-Code scannen:



### Sind Sie schon bei SpringerMedizin.de registriert?

- Als registrierter Kunde haben Sie bereits Zugriff auf viele Inhalte der Seite. Die Registrierung ist nötig, da es sich bei SpringerMedizin.de um ein Fachportal für Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen handelt. Registrieren Sie sich einmalig auf [www.springermedizin.de/register](http://www.springermedizin.de/register).
- Geben Sie dafür Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) an, hinterlegen Sie einen entsprechenden Berufsnachweis (Notfallsanitäter, Pfleger) oder schicken Sie einen Studienachweis mit Angabe des Studiengangs. Wenn Sie zusätzlich noch ein Abonnement haben (Zeitschrift oder e.Med), dann erweitert sich Ihre Berechtigung entsprechend.

### Schalten Sie Ihre Abonnements frei!

- Geben Sie bei der Registrierung die Lieferadresse Ihrer Zeitschrift an, dadurch wird Ihr Abo-Zugang automatisch auf SpringerMedizin.de freigeschaltet.
- Unter „Mein Profil“ können Sie neue Abonnements oder Berechtigungen über eventuelle Gesellschaftsmitgliedschaften hinzufügen und Ihre Daten oder das Passwort ändern.
- Tipp: Sollten die Angaben Ihres Online-Accounts nicht eindeutig mit den Angaben Ihres Zeitschriften-Abonnements übereinstimmen, kann die Zuordnung nicht sicher erfolgen.

### Ihr Kundenservice bei allen Fragen

Springer Customer Service Center GmbH  
Kundenservice Zeitschriften  
Tiergartenstr. 15, 69126 Heidelberg  
Tel.: +49 6221 345-4303  
Fax: +49 6221 345-4229  
E-Mail: [leserservice@springer.com](mailto:leserservice@springer.com)