

TE OGH 1999/9/9 8ObA211/99h

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 09.09.1999

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Petrag als Vorsitzenden und durch die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Langer und Dr. Adamovic sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Michael Zerdik und Helmuth Prenner als weitere Richter in den verbundenen Rechtssachen der klagenden Parteien 1. Betriebsrat der Angestellten des Unfallkrankenhauses und Rehabilitationszentrum M*****, ***** 2. Betriebsrat der Angestellten des Unfallkrankenhauses S*****, ***** 3. Betriebsrat der Angestellten des Unfallkrankenhauses "L*****", ***** 4. Betriebsrat der Angestellten

des Unfallkrankenhauses G*****, ***** 5. Betriebsrat der Angestellten

des Unfallkrankenhauses L*****, ***** 6. Betriebsrat der Angestellten des Rehabilitationszentrums "W*****", ***** und 7. Betriebsrat der Angestellten des Rehabilitationszentrums T*****, ***** sämtliche vertreten durch Dr. Helga Hofbauer, Rechtsanwältin in Wien, wider die beklagte Partei Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Wien 20, Adalbert-Stifter-Straße 65, vertreten durch Dr. Ralph Forcher, Rechtsanwalt in Graz, wegen Feststellung gemäß § 54 Abs 1 ASGG (Streitwert nach RATG 7 x S 120.000,-- = S 840.000,--), infolge Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 24. März 1999, GZ 7 Ra 391/98s-71, womit infolge Berufung der beklagten Partei das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 23. Februar 1998, GZ 25 Cga 34/94s-60 (22 Cga 30/94f; 26 Cga 27/94v; 23 Cga 28/94v; 24 Cga 32/94i; 28 Cga 50/94s und 27 Cga 40/94p), bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:des Unfallkrankenhauses L*****, ***** 6. Betriebsrat der Angestellten des Rehabilitationszentrums "W*****", ***** und 7. Betriebsrat der Angestellten des Rehabilitationszentrums T*****, ***** sämtliche vertreten durch Dr. Helga Hofbauer, Rechtsanwältin in Wien, wider die beklagte Partei Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Wien 20, Adalbert-Stifter-Straße 65, vertreten durch Dr. Ralph Forcher, Rechtsanwalt in Graz, wegen Feststellung gemäß Paragraph 54, Absatz eins, ASGG (Streitwert nach RATG 7 x S 120.000,-- = S 840.000,--), infolge Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 24. März 1999, GZ 7 Ra 391/98s-71, womit infolge Berufung der beklagten Partei das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 23. Februar 1998, GZ 25 Cga 34/94s-60 (22 Cga 30/94f; 26 Cga 27/94v; 23 Cga 28/94v; 24 Cga 32/94i; 28 Cga 50/94s und 27 Cga 40/94p), bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die beklagte Partei ist schuldig, den klagenden Parteien die mit S 30.095,56 bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens (darin S 5.015,93 USt) binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

§ 51 Abs 1 Z 1 lit b der DO.A (Dienstordnung A für Angestellte der Sozialversicherungsträger Österreichs) lautet auszugsweise wie folgt: Paragraph 51, Absatz eins, Ziffer eins, Litera b, der DO.A (Dienstordnung A für Angestellte der Sozialversicherungsträger Österreichs) lautet auszugsweise wie folgt:

Gefahrenzulage

Zur Abgeltung einer durch Einwirkungen im Sinne des § 40 Abs 3, 5 und 6 ASchG hervorgerufenen Gesundheitsgefährdung gebührt eine Gefahrenzulage im Ausmaß der nachstehend angeführten Hundertsätze des Gehaltes nach Gehaltsgruppe B, Dienstklasse II Bezugsstufe c, Zur Abgeltung einer durch Einwirkungen im Sinne des Paragraph 40, Absatz 3, 5 und 6 ASchG hervorgerufenen Gesundheitsgefährdung gebührt eine Gefahrenzulage im Ausmaß der nachstehend angeführten Hundertsätze des Gehaltes nach Gehaltsgruppe B, Dienstklasse römisch II Bezugsstufe c,

1. im Ausmaß von 7,5 vH

bei überwiegender Verwendung in einem der folgenden angeführten

Bereiche:

a)

b) dem Pflegepersonal auf der Dialysestation und auf der Aufnahmestation des Hanusch-Krankenhauses der Wiener Gebietskrankenkasse, auf Intensivpflegestationen, septischen Stationen oder in Operationssälen,

c)

(In der früher geltenden Fassung der DO.A wurde auf vergleichbare Bestimmungen der Arbeitnehmerschutzverordnung verwiesen.)

Die Kollektivvertragspartner haben diese Bestimmung über die Gefahrenzulage einvernehmlich ausgelegt wie folgt:

Die Gefahrenzulage gemäß Abs 1 ist eine Abgeltung für die Gesundheitsgefährdung durch Einwirkungen im Sinne des § 1 Z 14 iVm § 2 Abs 1 Z 1 bis 6, 8 und 9 der Allgemeinen Arbeitnehmerschutzverordnung. Grundvoraussetzung für die Gewährung der Gefahrenzulage nach Abs 1 ist, daß die nach Z 1 oder 2 in Betracht kommenden Angestellten überwiegend in den dort angeführten Bereichen bzw zu den dort angeführten Tätigkeiten verwendet werden. Der Begriff "Bereich" ist nicht in organisatorischer, sondern in räumlicher Hinsicht auszulegen. Für die Beurteilung der überwiegenden Verwendung ist § 35 Abs 6 anzuwenden. Die Gefahrenzulage gemäß Absatz eins, ist eine Abgeltung für die Gesundheitsgefährdung durch Einwirkungen im Sinne des Paragraph eins, Ziffer 14, in Verbindung mit Paragraph 2, Absatz eins, Ziffer eins bis 6, 8 und 9 der Allgemeinen Arbeitnehmerschutzverordnung. Grundvoraussetzung für die Gewährung der Gefahrenzulage nach Absatz eins, ist, daß die nach Ziffer eins, oder 2 in Betracht kommenden Angestellten überwiegend in den dort angeführten Bereichen bzw zu den dort angeführten Tätigkeiten verwendet werden. Der Begriff "Bereich" ist nicht in organisatorischer, sondern in räumlicher Hinsicht auszulegen. Für die Beurteilung der überwiegenden Verwendung ist Paragraph 35, Absatz 6, anzuwenden.

Mit Dienstanweisung vom 25. 5. 1993, HGD 465/93, verfügte die beklagte Partei die Auflösung aller septischen Stationen und ordnete an, alle Patienten nach einheitlichen organisatorischen Prinzipien zu behandeln. Zugleich wurde die Gefahrenzulage gemäß § 51 Abs 1 Z 1 lit b DO.A jenen Dienstnehmern entzogen, die bis dahin für die Verwendung auf septischen Stationen diese Zulage erhalten hatten. In Zukunft werde aus dem Titel "Verwendung auf septischen Stationen" keine Gefahrenzulage mehr gewährt. Mit Dienstanweisung vom 25. 5. 1993, HGD 465/93, verfügte die beklagte Partei die Auflösung aller septischen Stationen und ordnete an, alle Patienten nach einheitlichen organisatorischen Prinzipien zu behandeln. Zugleich wurde die Gefahrenzulage gemäß Paragraph 51, Absatz eins, Ziffer eins, Litera b, DO.A jenen Dienstnehmern entzogen, die bis dahin für die Verwendung auf septischen Stationen diese Zulage erhalten hatten. In Zukunft werde aus dem Titel "Verwendung auf septischen Stationen" keine Gefahrenzulage mehr gewährt.

Die Anordnung bezog sich (unter anderem) sowohl auf Krankenschwestern als auch auf Pflegehelfer. In deren Dienstzetteln bzw Dienstverträgen findet sich keine Bezugnahme auf die Gefahrenzulage oder eine Verwendung auf "septischen Stationen", sondern nur ein Hinweis auf die Anwendbarkeit der DO.A. Weisungs- oder

Versetzungsbeschränkungen sind in Dienstverträgen oder Dienstzetteln nicht enthalten.

Die Bezahlung der Gefahrenzulage gemäß § 51 der DOA erfolgte bei der Tätigkeit des Dienstnehmers auf der "septischen Station" bzw "Querschnittstation". Die Bezahlung der Gefahrenzulage gemäß Paragraph 51, der DOA erfolgte bei der Tätigkeit des Dienstnehmers auf der "septischen Station" bzw "Querschnittstation".

Infolge der genannten Dienstanweisung wurden in den Unfallkrankenhäusern der beklagten Partei die septischen Stationen aufgelöst und die "septischen Patienten" auf die übrigen Stationen (gemeinsam mit "aseptischen Patienten") aufgeteilt (mit Ausnahme des UKH Linz, in dem noch eine Station überwiegend mit "septischen Patienten" belegt ist). Im "allgemeinmedizinischen" ("praktischen") Sprachgebrauch wird als "septischer Patient" ein Kranker mit einer tiefen (eitrigen) Wundinfektion oder Entzündung verstanden. Im engeren Sinn bezeichnet man als "septischen Patienten" einen Kranken mit Eitererregern im Blut, welcher infolge seines lebensbedrohlichen Zustandes - etwa durch Beeinträchtigung der Atmung oder der Nierenfunktionen - einer intensivmedizinischen Behandlung bedarf.

Den in den Rehabilitationszentren tätigen Angestellten der beklagten Partei wurde für die Betreuung von Patienten mit offenen Wunden bzw Querschnittlähmungen (mit Dekubitus = Druckgeschwür, das so gut wie immer entzündlich infiziert ist) die Gefahrenzulage gewährt, solange sie auf sogenannten "Querschnittstationen" tätig waren.

Aus hygienewissenschaftlicher Sicht wird bei chirurgischen Wunden üblicherweise zwischen drei Wundkategorien unterschieden:

Es werden

A = aseptische Wunden

B = mikrobiell besiedelte, aber nicht infizierte Wunden und

C = infizierte Wunden

differenziert.

Nach herkömmlichen Vorstellungen sollten die Patienten nach den Wundkategorien A, B und C getrennt in verschiedenen Zimmern oder sogar auf verschiedenen Stationen untergebracht werden. Das geschieht in erster Linie, um das Übertragungsrisiko für sog Kreuzinfektionen zwischen den Patienten via Personal (insbesondere bei Verletzung der Grundregeln der Händehygiene und der Prinzipien der Non-Kontamination) oder durch Mängel im Hygieneregime zu minimieren.

Üblicherweise werden die Patienten der Wundkategorie C mit eitrigen Wunden und täglich bzw mehrmals täglich erforderlichem Verbandwechsel, sofern eine septische Station existiert, auf diese verlegt. Das gilt in gleicher Weise zB für Patienten mit fistelnden Osteomyelitiden oder anderen Prozessen mit Eiterentleerung.

Die Patienten der Wundkategorie B verbleiben dagegen im allgemeinen auf der aseptischen Station, wobei sie eine undefinierte Zwischenstellung zwischen Wundkategorie A und C einnehmen. So ist zB die nachweisbar bakteriell besiedelte Wunde nach offener Fraktur, die ohne Zeichen einer klinisch manifesten Infektion sekundär abheilt, nicht infiziert; sie muß aber wie eine aseptische Wunde vor einer Sekundärinfektion geschützt werden; gleichzeitig muß jedoch analog wie bei Wundkategorie C die Weiterverbreitung ihrer Keimflora wie bei einer infizierten Wunde vermieden werden. Für das Personal bleibt die Wundkategorie B im Unterschied zur Wundkategorie C und A unerkannt, so daß dadurch bei der Betreuung von Patienten der Wundkategorie B, indem die Risikosituation verkannt wird, eher Hygienemängel übersehen werden und der eigene Schutz eher vernachlässigt wird.

Im Unterschied dazu ist für die "septische Station" mit Versorgung der Wundkategorie C ein hohes Problembewußtsein charakteristisch. In Verbindung damit werden die erforderlichen krankenhaushygienischen Maßnahmen in "septischen Bereichen" erfahrungsgemäß weitaus sorgfältiger eingehalten als auf Normalstationen. Das spiegelt sich zB darin wieder, daß der Hygienestatus in "septischen Bereichen" erfahrungsgemäß besser ist. Unabhängig davon ist das Infektionsrisiko für das Krankenhauspersonal bei der Betreuung von Patienten mit infizierten Wunden aufgrund der möglichen Kontamination mit potentiell oder obligat pathogenen Mikroorganismen höher einzuschätzen als in aseptischen Bereichen.

Infektionsgefährdung für Patient und Personal

Ätiologie postoperativer nosokomialer Wundinfektionen

Die in einem Unfallkrankenhaus erworbenen Infektionen werden zT bereits in Verbindung mit dem Trauma, also noch außerhalb des Krankenhauses, zT aber auch erst intraoperativ oder postoperativ, also als sog Krankenhausinfektion, erworben. Dabei handelt es sich im allgemeinen nicht um Erreger klassischer Infektionskrankheiten, sondern es dominieren ätiologisch sog potentiell pathogene Bakterien, die für Personen mit intakter Infektionsabwehr und Immunkompetenz - solange bei deren Akquirierung nicht die Haut- oder Schleimhautbarriere durchbrochen wird - im allgemeinen keine erhöhte Infektionsgefährdung mit sich bringen. Beim Patienten können sie dagegen aufgrund der reduzierten Wirtsabwehr einschließlich der örtlichen Wirtsschädigung erregerabhängig zu schweren Infektionen führen. Das Infektionsrisiko ist dabei für Patienten mit aseptischen Eingriffen bei unfallchirurgischen Eingriffen etwa 5-fach geringer als für Patienten mit sog kontaminierten Eingriffen.

Ätiologisch dominieren derzeit folgende Erreger bei Wundinfektionen des Patienten: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacteriaceae*, andere *Staphylococcus species*, *Enterococcus species*, *Acinetobacter species*, *Streptococcus species* und *Haemophilus influenzae*. Infektionen mit diesen Erregern können sporadisch oder endemisch auftreten, sich aber unter den Patienten uU auch epidemisch ausbreiten. Ein typisches Beispiel hierfür ist das Auftreten sogenannter EMRSA (epidemische Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*-Stämme), dh von methicillinresistenten *S. aureus*-Stämmen mit besonders hoher epidemischer Virulenz.

Werden frischoperierte, abwehrgeschwächte Patienten mit MRSA bzw EMRSA infiziert, entstehen uU schwer verlaufenden Krankenhausinfektionen in Form von Pneumonien, Wundinfektionen, Kathetersepsis und Harnwegsinfektionen.

Im Unterschied dazu wird das Personal zB durch MRSA bzw EMRSA bei intakter Abwehrlage im allgemeinen lediglich asymptomatisch besiedelt (Prädilektionsorte für die Kolonisation sind der Nasen-Rachen-Raum, der Perinealbereich, die Axilla, aber auch das Kopfhaar). Dieses Keimträgertum wird auch für andere Staphylokokkenstämme beobachtet, und auch die anderen, für eine Wundinfektion in Frage kommenden Erreger können passager für Stunden bis Tage in episomatischen Biotopen des Personals nachweisbar sein. Speziell für MRSA kann sich die Kolonisationsdauer über Monate bis Jahre erstrecken.

Dieses MRSA-Keimträgertum bleibt für den betroffenen Mitarbeiter symptomlos und damit unerkannt, solange er nicht im Rahmen der Infektionsquellensuche für durch diesen Erreger verursachte Wundinfektionen als Keimträger identifiziert wird. Bleibt ein derartiger Keimträger unerkannt, wird er keiner antiseptischen Sanierung (des Mund-Rachen-Raumes, der Nasenhöhle, der gesamten Körperoberfläche inklusive dem Haar und den Augen sowie, dem äußeren Bereich der Ohren) zugeführt.

Sollte ein derartiger Mitarbeiter zu einem späteren Zeitpunkt selbst Patient werden, ergibt sich für ihn spätestens zu diesem Zeitpunkt ein erhöhtes Infektionsrisiko. Bei aus anderen Gründen eingeschränkter Immunabwehr, zB bei einer Virusgrippe, kann sich, ausgehend von einer episomatischen Kolonisation, auch ohne operativen Eingriff beim Personal eine Infektion manifestieren.

Eine Infektion des Personals mit potentiell pathogenen Erregern kann zwar auch bei der Betreuung sog aseptischer Patienten stattfinden, jedoch ist die Wahrscheinlichkeit hierfür bei der Betreuung sog. septischer Patienten mit Wundinfektionen, die ein breites Spektrum von der lokal vereiterten Wunde über die fistelnde Wunde bis zur schweren Osteomyelitis umfassen, höher.

Spezifische Wundinfektionen

Neben den oben genannten Infektionen durch potentiell pathogene Erreger, die im allgemeinen der sog temporär residenten Flora gesunder Menschen angehören, können einer Wundinfektion ätiologisch in seltenen Fällen auch Erreger übertragbarer Krankheiten zugrunde liegen, zB *M. tuberculosis*, *Actinomyces* oder *Treponema pallidum*. Diese Infektionen liegen gewöhnlich bereits bei der Hospitalisierung vor. Patienten mit sog spezifischen Wundinfektionen werden im allgemeinen auf einer septischen Station in separaten Isolierzimmern hospitalisiert. Sie unterliegen erregerabhängig speziellen Isolierungsmaßnahmen, zB mit Einzelunterbringung in sog Isoliereinheiten unter Beachtung spezieller Distanzierungsmaßnahmen (Schleusung, Händehygiene, Schutzkittel, ggf spezieller Mund-Nasen-Schutz uä). Bei der Betreuung dieser Patienten ist die Infektionsgefährdung insofern noch höher einzuschätzen als bei den zuvor genannten Infektionen, da es sich um pathogene Krankheitserreger mit zT hoher Pathopotenzt handelt.

Gefährdung durch blutgetragene Infektionskrankheiten im Krankenhaus

Im Unterschied zu den klinisch manifesten Wundinfektionen gibt es eine Reihe sog blutgetragener Infektionen, die beim hospitalisierten Patienten symptomlos vorliegen können, bei Nichteinhaltung krankenhaushygienischer Maßnahmen jedoch eine hohe Infektionsgefährdung speziell für das Personal mit sich bringen. Dabei dominieren als Risikopatienten klinisch asymptomatische Keimträger für Virushepatitis B und C sowie für HIV, die ohne ein spezielles Screening nicht als HBV-, HCV- bzw HIV-positiv erkennbar sind. Bei Nichteinhaltung der Schutzmaßnahmen im Sinne der Unfallverhütung (zB Nadelstichverletzung bei recapping oder Injektion, direkter Blutkontakt ohne Schutzhandschuhe, keine flüssigkeitsdichte sterile Op-Kleidung, kein Gesichtsschild, unterlassene Händedesinfektion nach Ablegen der Schutzhandschuhe) ergibt sich im Umgang mit derartigen Patienten, die auf jeder Station, unabhängig ob aseptisch oder septisch, anzutreffen sind, ein im allgemeinen nicht kalkulierbares potentielles Infektionsrisiko, zusätzlich zur erhöhten Exposition durch Erreger von Wundinfektionen auf septischen Stationen. Aus diesem Grund muß jeder Patient vom Grundsatz her wie ein infektiöser Patient betreut werden.

Sepsis und Infektionsgefährdung

Entsprechend den Richtlinien des Centers for Disease Control in den USA wird eine positive Blutkultur nur dann als Sepsis bewertet, wenn der isolierte Erreger in keiner Beziehung zur Infektion eines anderen Organes steht. Am häufigsten sind intravasale Katheter Ausgangspunkt einer Sepsis. Diese Patienten stellen kein erhöhtes Infektionsrisiko für ihre Umgebung dar.

In den letzten Jahren wurde für schwere septische Verlaufsformen mit Organdysfunktionen, Organmangeldurchblutung oder arterieller Hypotension der Begriff "SIRS" (systemisch inflammatorisches Reaktionssyndrom) eingeführt. Es entwickeln sich häufig Laktatazidose, Hypoxie, Oligurie und Bewußtseinsstörungen. Eine weitere Steigerung im Schweregrad von SIRS wäre eine auf Volumensubstitution resistente Hypotension. Die genannten Schweregrade von SIRS können infektionsbedingt sein. Patienten mit SIRS gehören nicht auf die septische Station, sofern diese als septische Station existiert, sondern auf die Intensivstation. Auch von diesen Patienten geht kein erhöhtes Infektionsrisiko aus, der Betreuungsaufwand ist jedoch sehr hoch.

Vorteile der räumlichen Trennung von septischen und aseptischen Patienten

Aus epidemiologischer Sicht ist der infizierte Patient die gefährlichste Infektionsquelle für andere Patienten mit herabgesetzter Resistenz und Immunität. Dabei kann die Infektion über Personal, Gegenstände, Medien, Flächen und auch die Raumluft übertragen werden, wobei das Personal der Hauptüberträger ist. Eine räumliche Trennung zwischen infizierten und nicht infizierten Patienten erleichtert in jedem Fall die Unterbrechung der og Infektionsübertragungswege und hat daher nicht etwa an Bedeutung verloren. Dabei muß die Trennung nicht notwendigerweise auf separaten Stationen erfolgen. Ebenso wirksam kann auch die Isolierung in Einbettzimmern innerhalb von aseptischen Stationen sein, was bei Neubauplanungen oder Rekonstruktionen zu beachten ist (Anteil von Einbettzimmern zB in der chirurgischen Intensivtherapie etwa 60 %). In jedem Fall ist das hygienegerechte Verhalten die entscheidende Voraussetzung zur Unterbrechung von Infektionsketten, es kann aber durch bauliche Voraussetzungen maßgeblich beeinflußt bzw erleichtert werden.

Sofern Patienten mit infizierten und nicht infizierten Wunden räumlich gemeinsam untergebracht werden, ergibt sich allein aufgrund des niemals auszuschließenden Fehlverhaltens des Personals a priori ein höheres Übertragungsrisiko als bei räumlicher Trennung in aseptische und septische Zimmer bzw Stationen.

Ein weiterer Vorteil der räumlichen Separierung im og Sinn ist darin zu sehen, daß speziell in Unfallkrankenhäusern bei infizierten Wunden die offene antiseptische Wundbehandlung bzw vor allem bei tieferreichenden Prozessen Spül-Saug-Drainagen mit kontrolliertem Unterdruck in den letzten Jahren als effektive Therapieverfahren etabliert wurden. Diese erfordern ein hochspezialisiertes Personal zu deren Durchführung unter Beachtung der Verhinderung einer Keimübertragung. Wegen der benötigten hohen Spezialisierung dieses Personals ist eine Fortführung der "septischen Station", zumindest aber von "septischen Pflegeeinheiten" mit zugeordnetem Personal mit dem erforderlichen Spezialwissen, im Interesse einer hochspezialisierten Qualitätssicherung nach wie vor zu empfehlen.

Durch geeignete individuelle Schutzmaßnahmen wie das Tragen von Handschuhen, Schutzkittel, ggf Mund-Nasen-Schutz, Gesichtsschild und Haarschutz, durch Anwendung der No-touch-Technik zur Vermeidung direkter Kontaktmöglichkeiten mit infizierten Wunden, sowie durch eine effektive Händehygiene ist es prinzipiell möglich, das

Personal vor Infektionen zu schützen.

Da menschliches Fehlverhalten jedoch niemals auszuschließen ist, ist die Wahrscheinlichkeit zur Akquirierung einer Infektion bei der Betreuung von Patienten mit Wundinfektionen allein aufgrund des quantifizierbaren Vorhandenseins der Eitererreger und der damit verbundenen höheren Erregerexposition grundsätzlich höher als bei aseptischen Patienten einzuschätzen. Das ist unabhängig davon, ob der Patient mit Wundinfektionen auf einer "septischen Station" oder in "septischen Pflegeeinheiten" innerhalb einer "aseptischen Station" untergebracht ist.

Schlußfolgerungen

Bei Bewertung der Gesamtsituation in Bezug auf die Infektionsgefährdung von Patient und Personal ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

1. Wegen der hohen Infektionsgefährdung von Patienten mit sog. aseptischen Wunden (Wundkategorie A) bzw von Patienten mit kolonisierten Wunden ohne klinische Symptomatik (Wundkategorie B) durch Patienten mit sog septischen Wunden (Wundkategorie C) ist die Trennung in "aseptische" und "septische Pflegeeinheiten" nach wie vor als hygienisch notwendig einzuschätzen. Diese Trennung muß jedoch nicht in Form separater Stationen realisiert werden.

2. Wegen der benötigten hochspezialisierten Kenntnisse in der Betreuung septischer Patienten sollte auch aus Gründen der Qualitätssicherung die in Punkt 1 genannte Trennung mit Zuordnung speziell ausgebildeten Personals zu "septischen Einheiten" aufrecht erhalten werden.

3. Bei der Betreuung von Patienten mit Wundinfektionen ist das Gefährdungspotential für das Personal durch Kolonisation und Infektion mit Eitererregern höher als bei der Betreuung "aseptischer" Patienten. Zwar kann das Infektionsrisiko durch Arbeitsschutzmaßnahmen minimiert, nicht aber komplett ausgeschlossen werden. Das betrifft insbesondere die Möglichkeit von Verletzungen zB bei der Wundversorgung, dh jedes Fehlverhalten ist bei Patienten mit Wundinfektionen mit einer höheren Infektionsgefährdung verbunden als bei Patienten mit aseptischen Wunden.

Statistisch gesehen zieht sich jeder Beschäftigte beispielsweise etwa alle zwei Monate eine Stichverletzung zu. Geschieht dies in einem mikrobiell belasteten Umfeld, ist das Risiko der Infektion höher als in einem nicht so sehr belasteten.

Die klagenden Parteien beehrten in ihren sodann verbundenen Klagen die Feststellung, daß alle jene, in den nachstehenden Unfallkrankenhäusern und Rehabilitationszentren der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt beschäftigten Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen der beklagten Partei, auf deren Arbeitsverhältnis der Kollektivvertrag Dienstordnung A für Angestellte bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs anzuwenden ist, und die überwiegend Patienten/Patientinnen mit Wundinfektionen ("septische Patienten") betreuen, Anspruch auf eine Gefahrenzulage gemäß § 51 Abs 1 Z 1 lit b DO.A haben, Die klagenden Parteien beehrten in ihren sodann verbundenen Klagen die Feststellung, daß alle jene, in den nachstehenden Unfallkrankenhäusern und Rehabilitationszentren der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt beschäftigten Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen der beklagten Partei, auf deren Arbeitsverhältnis der Kollektivvertrag Dienstordnung A für Angestellte bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs anzuwenden ist, und die überwiegend Patienten/Patientinnen mit Wundinfektionen ("septische Patienten") betreuen, Anspruch auf eine Gefahrenzulage gemäß Paragraph 51, Absatz eins, Ziffer eins, Litera b, DO.A haben,

1.) Unfallkrankenhaus und Rehabilitationszentrum M*****,

2.) Unfallkrankenhaus S*****,

3.) Unfallkrankenhaus "L*****" *****,

4.) Unfallkrankenhaus G*****

5.) Unfallkrankenhaus L*****

6.) Rehabilitationszentrum "W*****" und

7.) Rehabilitationszentrum "T*****".

Hiezu brachten die klagenden Parteien vor, der Anspruch auf Gefahrenzulage sei in § 51 Abs 1 Z 1 lit b DO.A geregelt. Dessen Stammfassung sei seit 1. 1. 1970 wirksam. Aufbauend auf den positiv rechtlichen Grundlagen betreffend den Umfang mit infektiösen Arbeitsstoffen (§§ 2, 14, 52, 53 und 65 Allgemeine Arbeitnehmerschutzverordnung),

Berufskrankheiten (§ 177 ASVG und Anlage 1 zum ASVG) und Schutzbestimmungen des Mutterschutzgesetzes (§ 4) hätten die Parteien vereinbart, die Unsicherheit eines möglichen künftigen Schadens durch eine Gefahrenzulage abzugelten, wenn der Arbeitnehmer mehr als die Hälfte seiner regelmäßigen Arbeitszeit auf septischen Stationen verwendet würde. Bei diesen Patienten bestehe die Gefahr der Übertragung von ansteckenden Krankheiten. In Unfallkrankenhäusern würden die bereits oft großflächigen offenen Wundinfektionen vieler Patienten durch konstantes Feuchthalten mit Antiseptika saniert. Wegen der Möglichkeit der Ausbreitung von Infektionserregern über die Luft sei neben Hände-, Instrumenten-, Oberflächen- und Kleidungshygiene auch die räumliche Isolierung von Patienten unabdingbar. Isolierpflege erfordere vom Pflegepersonal neben viel Erfahrung und äußerst präziser Arbeitsweise ein besonders hohes Spezialwissen. Im unfallchirurgischen Bereich sei das Pflegepersonal mit großen Blutmengen konfrontiert, wobei nicht immer die Möglichkeit bestehe, Informationen über die Infektiosität des Blutes zu erlangen. Auch könnten Blutkontakte nicht immer verhindert werden, daher sei eine besonders große Gefährdung durch allgemein übertragbare oder blutübertragene Erreger (Salmonellen, Virus-Hepatitis, HIV) gegeben. Die Gefahrenzulage für die Verwendung in "septischen Stationen" solle sowohl die zusätzliche (Infektions-)Gefahr des Personals, wie auch dessen erhöhte physische und psychische Belastung abgelden. Dies sei durch die einvernehmliche Auslegung des § 51 Abs 1 Z 1 DOA seit 1. 5. 1997 dahingehend deutlich geworden, daß unter "Bereich" die räumliche und nicht die organisatorische Trennung zu verstehen sei. Die Anspruchsberechtigung ergebe sich sowohl aus dem Kollektivvertragstext wie aus dem Normzweck. In den Betrieben der beklagten Partei würden die "septischen" von den "aseptischen" Patienten weiter in räumlich getrennt, was gemäß der einvernehmlichen Auslegung für die Gewährung der Gefahrenzulage wesentlich sei. In den Rehabilitationszentren seien nie "septische Stationen" unterhalten worden, dessenungeachtet sei aber jenen Arbeitnehmern die Gefahrenzulage gewährt worden, die überwiegend querschnittgelähmte Patienten zu betreuen gehabt haben. Die beklagte Partei habe bis 30. 6. 1993 all jenen Dienstnehmern die Gefahrenzulage ausbezahlt, die überwiegend querschnittgelähmte Patienten zu betreuen gehabt hätten. Diese Zulagen, seien ohne Vorbehalt der Widerruflichkeit gewährt worden und durch betriebliche Übung Bestandteil des Arbeitsvertrages geworden. Hierzu brachten die klagenden Parteien vor, der Anspruch auf Gefahrenzulage sei in Paragraph 51, Absatz eins, Ziffer eins, Litera b, DOA geregelt. Dessen Stammfassung sei seit 1. 1. 1970 wirksam. Aufbauend auf den positiv rechtlichen Grundlagen betreffend den Umfang mit infektiösen Arbeitsstoffen (Paragraphen 2,, 14, 52, 53 und 65 Allgemeine Arbeitnehmerschutzverordnung), Berufskrankheiten (Paragraph 177, ASVG und Anlage 1 zum ASVG) und Schutzbestimmungen des Mutterschutzgesetzes (Paragraph 4,) hätten die Parteien vereinbart, die Unsicherheit eines möglichen künftigen Schadens durch eine Gefahrenzulage abzugelten, wenn der Arbeitnehmer mehr als die Hälfte seiner regelmäßigen Arbeitszeit auf septischen Stationen verwendet würde. Bei diesen Patienten bestehe die Gefahr der Übertragung von ansteckenden Krankheiten. In Unfallkrankenhäusern würden die bereits oft großflächigen offenen Wundinfektionen vieler Patienten durch konstantes Feuchthalten mit Antiseptika saniert. Wegen der Möglichkeit der Ausbreitung von Infektionserregern über die Luft sei neben Hände-, Instrumenten-, Oberflächen- und Kleidungshygiene auch die räumliche Isolierung von Patienten unabdingbar. Isolierpflege erfordere vom Pflegepersonal neben viel Erfahrung und äußerst präziser Arbeitsweise ein besonders hohes Spezialwissen. Im unfallchirurgischen Bereich sei das Pflegepersonal mit großen Blutmengen konfrontiert, wobei nicht immer die Möglichkeit bestehe, Informationen über die Infektiosität des Blutes zu erlangen. Auch könnten Blutkontakte nicht immer verhindert werden, daher sei eine besonders große Gefährdung durch allgemein übertragbare oder blutübertragene Erreger (Salmonellen, Virus-Hepatitis, HIV) gegeben. Die Gefahrenzulage für die Verwendung in "septischen Stationen" solle sowohl die zusätzliche (Infektions-)Gefahr des Personals, wie auch dessen erhöhte physische und psychische Belastung abgelden. Dies sei durch die einvernehmliche Auslegung des Paragraph 51, Absatz eins, Ziffer eins, DOA seit 1. 5. 1997 dahingehend deutlich geworden, daß unter "Bereich" die räumliche und nicht die organisatorische Trennung zu verstehen sei. Die Anspruchsberechtigung ergebe sich sowohl aus dem Kollektivvertragstext wie aus dem Normzweck. In den Betrieben der beklagten Partei würden die "septischen" von den "aseptischen" Patienten weiter in räumlich getrennt, was gemäß der einvernehmlichen Auslegung für die Gewährung der Gefahrenzulage wesentlich sei. In den Rehabilitationszentren seien nie "septische Stationen" unterhalten worden, dessenungeachtet sei aber jenen Arbeitnehmern die Gefahrenzulage gewährt worden, die überwiegend querschnittgelähmte Patienten zu betreuen gehabt haben. Die beklagte Partei habe bis 30. 6. 1993 all jenen Dienstnehmern die Gefahrenzulage ausbezahlt, die überwiegend querschnittgelähmte Patienten zu betreuen gehabt hätten. Diese Zulagen, seien ohne Vorbehalt der Widerruflichkeit gewährt worden und durch betriebliche Übung Bestandteil des Arbeitsvertrages geworden.

Die beklagte Partei bestritt - teilweise - das Klagsvorbringen und beantragte die Abweisung der Klagebegehren. Sie wandte ein, dem Pflegepersonal gebühre eine Gefahrenzulage, wenn es auf "septischen Stationen" in dem Sinn "überwiegend verwendet" werde, daß "die betreffende Tätigkeit zu mehr als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit ausgeübt werde", wobei der Begriff "septische Station" als räumlich begrenzter Bereich zu verstehen sei. Alle genannten Kriterien müßten gemeinsam vorliegen, der Anspruch falle weg, wenn nur eines dieser Kriterien nicht erfüllt sei. Nach Auflösung der septischen Stationen mangle es am Kriterium der "Beschäftigung auf einer septischen Station". Es komme nicht allein auf die Betreuung von "septischen Patienten", sondern darauf an, daß es sich dabei um den "überwiegenden Tätigkeitsbereich" des jeweiligen Arbeitnehmers handeln müsse. Die früher geübte Trennung von "aseptischen" und "septischen" Patienten sei nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Lehre überholt. Der Begriff "septischer Patient" sei nunmehr ausschließlich für einen Patienten zu verwenden, der an einer "Sepsis" oder "Septikämie" leide, worunter ein schweres, akutes Krankheitsbild zu verstehen sei, das einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfe. Ein Patient, der nach dem alten Sprachverständnis als "septischer Patient" bezeichnet werde, sei nach den nunmehrigen Sprachverständnis als Patient, der an einer nosokomialen Infektion erkrankt ist, zu bezeichnen. Diplomkrankenschwestern einer Unfallabteilung seien bei ihrer Tätigkeit am Patienten, der an der nosokomialen Infektion leide, keinerlei erhöhtem Infektionsrisiko ausgesetzt. Dies deshalb, da es sich bei den Erregern dieser Infektion in erster Linie um Keime handle, die eine Abwehrschwäche als Voraussetzung für das Entstehen einer Infektion benötigten und eine solche Abwehrschwäche eben nur durch die Grundkrankheit des Patienten bedingt sei. Eine derartige Grundkrankheit bestehe bei den Diplomkrankenschwestern nicht, es sei auch auszuschließen, daß diese an einer solchen nosokomialen Infektion erkrankten. Durch die Betreuung eines nosokomialen Patienten seien nicht die betreuenden Krankenschwestern, sondern nur die Patienten einer erhöhten Gefährdung ausgesetzt.

Die Gewährung einer Gefahrenzulage sei von der Erfüllung ganz bestimmter Voraussetzungen abhängig gemacht worden. Die Vertragspartner der DO.A seien sich dabei durchaus im klaren darüber gewesen, daß der Tätigkeit einer Diplomkrankenschwester eine "allgemeine Gefahrenneigung" innewohne, sie seien sich aber auch im klaren und einverständlich darüber gewesen, daß nicht diese "allgemeine Gefahrenneigung", sondern erst eine "besondere Gefahrenneigung" wie sie durch die Bestimmungen des § 51 der DO.A umschrieben werde zur Gewährung einer Gefahrenzulage führen solle. Die Gewährung einer Gefahrenzulage sei von der Erfüllung ganz bestimmter Voraussetzungen abhängig gemacht worden. Die Vertragspartner der DO.A seien sich dabei durchaus im klaren darüber gewesen, daß der Tätigkeit einer Diplomkrankenschwester eine "allgemeine Gefahrenneigung" innewohne, sie seien sich aber auch im klaren und einverständlich darüber gewesen, daß nicht diese "allgemeine Gefahrenneigung", sondern erst eine "besondere Gefahrenneigung" wie sie durch die Bestimmungen des Paragraph 51, der DO.A umschrieben werde zur Gewährung einer Gefahrenzulage führen solle.

Rechtliche Beurteilung

Die Begründung der Berufungsentscheidung, eine am Zweck der kollektivvertraglichen Regelung orientierte Auslegung gemäß den §§ 6 und 7 ABGB führe dazu, daß die Gefahrenzulage nach § 51 Abs 1 Z 1 lit b DO.A ungeachtet der Auflösung von septischen Stationen in Unfallkrankenhäusern den weiterhin überwiegend Patienten mit Wundinfektionen (septische Patienten) betreuenden Arbeitnehmern und Arbeitsnemerinnen der beklagten Partei zu gewähren sei, trifft zu (§ 510 Abs 3 ZPO). Die Begründung der Berufungsentscheidung, eine am Zweck der kollektivvertraglichen Regelung orientierte Auslegung gemäß den Paragraphen 6 und 7 ABGB führe dazu, daß die Gefahrenzulage nach Paragraph 51, Absatz eins, Ziffer eins, Litera b, DO.A ungeachtet der Auflösung von septischen Stationen in Unfallkrankenhäusern den weiterhin überwiegend Patienten mit Wundinfektionen (septische Patienten) betreuenden Arbeitnehmern und Arbeitsnemerinnen der beklagten Partei zu gewähren sei, trifft zu (Paragraph 510, Absatz 3, ZPO).

Den Ausführungen der Revisionswerberin, mit dem Wegfall der räumlichen Zusammenfassung der septischen Patienten sei eine entscheidende Voraussetzung für die Gewährung der Gefahrenzulage nicht mehr gegeben, ist folgendes zu erwidern:

Wie der einvernehmlichen Auslegung der Vertragsparteien zu den Änderungen der DO.A ab 1. 7. 1987 zu entnehmen ist, war es Zweck der Regelung, die erhöhte Gesundheitsgefährdung dieser Arbeitnehmer durch Kontakt mit derartigen Patienten abzugelten. Zieht man in Betracht, daß bei Abschluß des Kollektivvertrages diese Patienten auf eigenen septischen Stationen betreut wurden, dann wurde im Sinne einer vernünftigen, zweckentsprechenden und

praktisch durchführbaren Regelung (siehe Arb 10.447; RIS Justiz RS0008897) dieses Kriterium herangezogen, schon um Streitigkeiten darüber zu vermeiden, ob der Begriff "septisch" nicht auch auf in anderen Stationen betreute Patienten zutraf.

Tatsächliche Änderungen im Normbereich, die zur Zeit der Entstehung der Norm noch gar nicht bedacht worden sein konnten, sind nach dem historischen und noch immer aktuellen Normzweck zu beurteilen, auch wenn man dabei über die bisherige Auslegung hinausgehen oder wenn man ergänzende Rechtsfortbildung üben muß (siehe F. Bydlinski, Juristische Methodenlehre und Rechtsbegriff² 575 f; derselbe in Rummel ABGB² I § 7 Rz 2; Posch in Schwimann ABGB² I § 7 Rz 5). Tatsächliche Änderungen im Normbereich, die zur Zeit der Entstehung der Norm noch gar nicht bedacht worden sein konnten, sind nach dem historischen und noch immer aktuellen Normzweck zu beurteilen, auch wenn man dabei über die bisherige Auslegung hinausgehen oder wenn man ergänzende Rechtsfortbildung üben muß (siehe F. Bydlinski, Juristische Methodenlehre und Rechtsbegriff² 575 f; derselbe in Rummel ABGB² römisch eins Paragraph 7, Rz 2; Posch in Schwimann ABGB² römisch eins Paragraph 7, Rz 5).

Da nach den für den Obersten Gerichtshof bindenden Feststellungen der Vorinstanzen auch bei septischen Patienten der Wundkategorie B, deren Wunden mit ätiologisch nur potentiell - bei abgeschwächter Infektionsabwehr - pathogenen Bakterien besiedelt sind, eine Gefährdung des Betreuungspersonals dadurch gegeben ist, daß es Träger dieser Keime wird und diese im Falle abgeschwächter Immunabwehr gefährlich werden können, ist der Zweck der Gefahrenzulage nicht weggefallen. Die nachträglich eingetretene Sachverhaltsänderung, daß durch Auflösung der septischen Stationen ungeachtet der nach wie vor bestehenden Gefährdung ein nur der leichteren Handhabbarkeit der Norm dienendes Tatbestandselement wegfallen könnte, haben die Kollektivvertragsparteien offenbar nicht bedacht. Bei Orientierung am immer noch aktuellen Normzweck wird den geänderten Verhältnissen am besten dadurch Rechnung getragen, daß auf die überwiegende Betreuung septischer Patienten abgestellt wird.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf die §§ 41, 50. Die Kostenentscheidung gründet sich auf die Paragraphen 41,, 50.

Anmerkung

E55193 08B02119

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1999:008OBA00211.99H.0909.000

Dokumentnummer

JJT_19990909_OGH0002_008OBA00211_99H0000_000

Quelle: Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, <http://www.ogh.gv.at>

© 2026 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at