

Editorial

Schneller, höher, weiter

Die Rolle des Betriebsarztes bei Doping am Arbeitsplatz

Schneller, höher, weiter – das sind die Ziele in der Welt des Sports ebenso wie in der Welt der Arbeit. Während Doping im Sport schon lange zu den einerseits lauthals abgelehnten und andererseits stillschweigend akzeptierten Begleiterscheinungen gehört, war davon in der Arbeitswelt bisher nur hinter vorgehaltener Hand die Rede.

Nun aber finden die Risiken und Nebenwirkungen einer immer dynamischeren und komplexeren Arbeitswelt Eingang in die Schlagzeilen: „Wenn Stress süchtig macht“ (Manager Magazin), „Zwei Millionen greifen zu Medikamenten“ (Stern), „Krise essen Seele auf“ (WDR – Monitor).

In Zeiten der Krise werden vielfach Fragen nach dem Sinn und der Zukunft unserer Arbeit und des Wirtschaftens gestellt: Versehen mit den Diagnosen Depression und Burnoutsyndrom signalisieren immer mehr Menschen: Wir können nicht mehr!

Friedrich Engels führte in seinem Traktat zur „Lage der arbeitenden Klasse in England“ bereits im Jahre 1845 im Zusammenhang mit dem aufkommenden reichlichen Konsum von Alkohol aus: „Der Arbeiter bedarf dringend einer Aufheiterung. Er muss etwas haben, das ihm die Arbeit der Mühe wert, die Aussicht auf den nächsten sauren Tag erträglich macht.“

Und heute?

Heute sind es Beschäftigte aller Schichten und Branchen, die zu Gras, Koks und Co. greifen, wenn es darum geht, fitter, frischer und frecher zu werden und dem Alltag die Stirn zu bieten. Immer mehr Menschen versuchen, durch die Einnahme von Pillen bei der Arbeit belastbarer, effektiver und ausdauernder zu sein. Der DAK-Gesundheitsreport 2009, über den wir in dieser Ausgabe der ASUpraxis berichten, nennt hierzu beeindruckende Zahlen.

Schneller, höher, weiter, mehr. Bis es nicht mehr geht. Und darüber hinaus. Bis die Droge süchtig macht. Bis zum Absturz.

Und dann?

Rat- und fassungslos rufen Vorgesetzte und Kollegen dann nach schnellen und unauffälligen Lösungen des Einzelfalls und präventiven Konzepten für die Zukunft. Dann. Leider vielfach erst dann.

Doping am Arbeitsplatz. Wer hilft?

Kein anderer als der praktisch tätige Betriebsarzt kann sich auf diesem Feld kompetenter und wirksamer einsetzen. In ihm vereinigen sich all jene Eigenschaften, über die andere Akteure

Inhalt

Editorial

Dr. Michael Vollmer äußert sich zur Rolle des Betriebsarztes beim Problem „Doping am Arbeitsplatz“ und meint: Wer als Betriebsarzt Probleme nicht nur benennt, sondern behebt und Lösungen mitgestaltet, ist für Unternehmen unverzichtbar. Wir sollten die Chance nutzen **81**

Praxis

Der Gesundheitsreport 2009 der DAK, der im Februar vorgelegt wurde, befasst sich im Schwerpunktthema mit „Doping am Arbeitsplatz“ **82**
Im „Interview der ASUpraxis“ sprach Dr. med. Michael Vollmer mit dem Suchtexperten und Chefarzt der AHG Klinik Tönisstein, Dr. med. Hubert C. Buschmann **83**
Aus der Praxis berichtet Dr. med. Monika Stichert. Es antwortet die Pneumologin Dr. med. Edith Tekolf **86**

Fortbildung

Und immer noch das Thema Schweinegrippe. Aktuelle Informationen von Prof. Dr. med. Blessing und Team **87**
Schutzhandschuhe oder Hautschutzmittel? Zur Diskussion bei drehenden Teilen schreibt Dr. med. Peter Kleesz **90**

Service

Die Statistik 2008 „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ der Bundesärztekammer **93**

Firmennachrichten

In Deutschland ist jetzt ein Impfstoff gegen die Japanische Enzephalitis verfügbar **95**

Impressum

96



Dr. med. Michael Vollmer
Facharzt für Arbeitsmedizin
Ludwigstraße 8
64342 Seeheim-Jugenheim

jeweils nur partiell verfügen. Er ist nah dran. Ihm als Arzt mit Schweigepflicht vertrauen Betroffene eher an, was ansonsten tabu ist: Schwachheit, Überforderung, Depression, Sucht.

Da kann der Betriebsarzt als Mediziner helfen: Er motiviert zu Entgiftung und Entzug, knüpft und hält Kontakt mit Therapeuten und Beratern und begleitet die betriebliche Wiedereingliederung.

Der Betriebsarzt verfügt aber auch über entscheidende Kenntnisse und Kontakte, die andere Ärzte und Fachstellen nicht haben. Er kennt viele Menschen und Gruppen im Betrieb und genießt deren Vertrauen. Oft haben nämlich bei Suchtkranken, deren private Bindungen sich vielfach schon gelöst haben, gerade Vorgesetzte, Kollegen und Mitarbeiter als Einzige noch ein echtes Interesse daran, dass der Betroffene wieder auf die Beine kommt – wenn sie denn wüssten wie sie das anstellen sollen.

Hier kann der Betriebsarzt als Mitglied eines dicht geknüpften Netzwerks unter Wahrung von Vertraulichkeit und ärztlicher Schweigepflicht umfassend und nachhaltig zu Beratung, Unterstützung und Hilfe mobilisieren.

Auf diese Weise können Betroffener, betriebliche Partner und externe Fachleute qualifiziert zusammengeführt sowie Lösungen erarbeitet und umgesetzt werden, die langfristig tragbar sind – für alle Beteiligten und unter Berücksichtigung möglichst vieler Aspekte.

Der Betriebsarzt kennt aber auch die Unternehmenskultur und kann abschätzen, ob sie Drogenkonsum eher fördert. Er erlebt die Gepflogenheiten im Betrieb und weiß um die Work-Life-Balance der Beschäftigten, wie viele Wochenarbeitsstunden „Vertrauensarbeitszeit“ bedeuten und ob häufige Reisen Trennung von Wohnort und Familie mit sich bringen. Er hat das Verhältnis der Vorgesetzten zu ihren Mitarbeitern im Blick und nimmt fehlende berufliche Perspektiven wahr. Und schließlich sind ihm Art und Schwere der Arbeit sowie die wirtschaftliche Lage und das Hoffen und Bangen um Arbeitsplätze und Zukunft bekannt.

Vor diesem Hintergrund schlägt der Betriebsarzt ein Gesundheitsmanagement vor, in dem er eine entscheidende Rolle spielen sollte.

Hierfür benötigt er neben seiner medizinischen vor allem soziale Kompetenz, aber auch die Bereitschaft und Fähigkeit, sich aktiv, verantwortlich und nachhaltig an den Prozessen zu beteiligen. Auf einem Terrain, wo sich fast alle anderen Beteiligten nicht selten unsicher fühlen und in der Regel kaum über Erfahrungen verfügen, wird der Betriebsarzt gerne auch als Moderator akzeptiert, der Menschen im Betrieb und deren Ansichten auch zu Drogen und Sucht vermittelt.

Freilich: Als Billigprodukt ist diese Leistung nicht zu haben. Sie setzt ärztliche Erfahrung, Kontinuität der Beziehungen zu den betrieblichen Beteiligten, gewachsenes Vertrauen und zeitliche Ressourcen voraus und hat deshalb ihren Preis.

Wer aber als Betriebsarzt Probleme nicht nur benennt, sondern behebt und Lösungen mitgestaltet, ist für Unternehmen unverzichtbar. Er wird dann geschätzt, geachtet und honoriert werden.

Welch eine Chance für uns Betriebsärzte!

Wir sollten sie nutzen.

Dr. med. Michael Vollmer

DAK: Doping ist Schwerpunktthema

Der Gesundheitsreport 2009 der Deutschen Angestellten Krankenkasse DAK, der im Februar diesen Jahres vorgelegt wurde, befasst sich u. a. mit der Feststellung, dass der Anspruch der Menschen an sich selbst, immer leistungsfähiger zu sein, zugenommen hat – „auch mit Hilfe von Medikamenten“, wie der Vorsitzende des Vorstandes, Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, sagt. Die Frage wird gestellt, inwieweit Doping auch in der Arbeitswelt verbreitet ist. Trifft es zu, dass Medikamente abseits der eigentlichen Diagnosen eingesetzt werden, um die Denk- und Konzentrationsfähigkeit am Arbeitsplatz zu steigern? Im vorliegenden Gesundheitsreport 2009 hat die DAK speziell die Arzneimitteldaten ausgewertet, namhafte Experten befragt und Einstellungen in der Bevölkerung ermittelt.

So wird im Gesundheitsreport zum Beispiel das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet und festgestellt, dass Fehltag aufgrund von psychischen Erkrankungen stärker gestiegen sind als andere Erkrankungen. Es zeige sich aber auch, dass die systematische Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Unternehmen einem deutlicheren Anstieg des Krankenstandes entgegen wirken kann. Die Entwicklung des Krankenstandes sei schließlich aber auch Ausdruck unterschiedlicher Krankheiten und Gesundheitsrisiken sowie auch veränderter Gesundheitseinstellungen und -verhaltensweisen. Die – so der Report – könnten nicht losgelöst betrachtet werden vom Wandel in der Arbeitswelt.

Die Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft stelle neue Anforderungen an Arbeitnehmer. Damit hänge die berufliche Leistungsfähigkeit nicht nur von den Körperlichen, sondern sehr deutlich auch von der kognitiven und psychischen Ressourcen ab wie zum Beispiel Auffassungsgabe, Erinnerungsvermögen sowie Ausdauer und Stressresistenz.

Der Wandel wirke dabei nicht nur in Form von konkreten Anforderungen, sondern beeinflusse Arbeitnehmer in Form von impliziten Normen und Wunschbildern: Schlauer, schneller, effektiver sein als die Kollegen, und das ggf. mit Hilfsmitteln wie verschreibungspflichtige Psycho- und Neuro-Pharmaka.

Der diesjährige Gesundheitsreport hat deshalb auch zum Schwerpunktthema „Doping am Arbeitsplatz“ mit der Fragestellung, ob verschreibungspflichtige Psycho- und Neuro-Pharmaka, die ohne Therapienotwendigkeit eingenommen werden, wirklich eine verbesserte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz bewirken? Wie weit verbreitet ist „Doping am Arbeitsplatz“ und kommt es vor, dass niedergelassene Ärzte Gesunden derartige potente Medikamente verordnen?

„Die Analysen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas haben eine Reihe beachtenswerter Ergebnisse zu Tage gebracht“ schreibt der Report.

So wissen nach der DAK-Bevölkerungsbefragung etwa 44 % von 3000 Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 30 Jahre, dass Medikamente, die z. B. zur Linderung und Behandlung von alters- und krankheitsbedingten Gedächtniseinbußen oder Depressionen entwickelt wurden, auch bei Gesunden wirken können.

Auch hat mehr als jeder Fünfte (21,4 %) persönlich bereits die Erfahrung gemacht, zumindest im direkten sozialen Umfeld wie Familie oder Kollegen, dass ihm ohne Therapienotwendigkeit derartige Medikamente empfohlen wurden.

Etwa fünf Prozent der Erwerbstätigen – so der Report der DAK – im Alter von 20 bis 50 Jahren zählen nach eigenen Angaben zu den „Dopern“. Diese Gruppe der selbstberichteten Doper reduziert sich auf etwa ein bis zwei Prozent aller Befragten, wenn speziell nach der Häufigkeit der Arzneimittelanwendung und der Bezugsquelle resp. der Beschaffungspraxis gefragt wird.

Auf die Frage hin, womit „gedopt“ wird, liegen Präparate gegen Angst, Nervosität und Unruhe mit 44 % an der Spitze, gefolgt von Mitteln gegen depressive Verstimmung (35 %). Die derzeit vielbeachteten Präparate gegen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen bzw. ADHS wurden hingegen nur von 13 % aller Befragten genannt.

Auf die Frage, wie und woher die Präparate bezogen werden, antworteten etwa 45 %, dass sie in der Standortapotheke diese ohne Rezept bezogen haben. Internetapotheken nennen 12 % und 14 % haben die Präparate über zumeist normale Arzt- oder Privatrezepte bezogen.

Warum aber wird am Arbeitsplatz „gedopt“? Der DAK-Report nennt einige Auffälligkeiten.

So erachten 26 % aller Befragten das Bedürfnis, die Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen im Beruf generell steigern zu

wollen, als vertretbaren Grund für die Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Notwendigkeit. Auffällig sei, dass vor dem Hintergrund der persönlichen Arbeitssituation die meisten Beweggründe für „Doping am Arbeitsplatz“ bei hohem Stress, Arbeitsplatzunsicherheit und Konkurrenz vertretbarer eingeschätzt werden, als wenn die Arbeitssituation als zumeist angenehm und vom Pensum her als gut zu schaffen beurteilt wird.

Deshalb: Mehr Information für einen verantwortungsbewussten Umgang mit potenten Arzneimitteln sowie mehr Aufklärung und Information für verordnende Ärzte sind aus Sicht der Experten wesentliche Maßnahmen, um auf den Trend des „Doping am Arbeitsplatz“ zu reagieren. □

J. Dreher

Doping bei der Arbeit?

Ein Interview mit dem Suchtexperten und Chefarzt der AHG Klinik Tönisstein, Dr. med. Hubert C. Buschmann

Männer frisieren ihr Leistungspotenzial, Frauen polieren ihre Stimmung auf. Rund zwei Millionen gesunde Bundesbürger greifen manchmal und 800.000 regelmäßig zu Pillen oder Arzneien, um leistungsfähiger zu werden, sich besser konzentrieren zu können oder um Stress besser zu ertragen. Das geht aus dem Gesundheitsreport 2009 der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) hervor. Sie befragte 3.000 Arbeitnehmer zwischen 20 und 50 Jahren.

In der Praxis hat Doping längst Einzug in die Büros gehalten, weiß Dr. med. Hubert C. Buschmann, Sucht-Experte und Chefarzt der AHG Klinik Tönisstein. Der Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie behandelt seit Jahren abhängigkeitskranke Menschen und kennt Ursachen und Auswirkungen süchtigen Verhaltens am Arbeitsplatz.



Dr. med. Hubert C. Buschmann, Sucht-Experte und Chefarzt der AHG Klinik Tönisstein

Herr Dr. Buschmann, Doping im Sport beherrscht die Schlagzeilen seit Jahren. In diesem Bereich scheint manche Spitzenleistung ohne Transfusionen, Spritzen und Medikamente kaum noch möglich zu sein. Aber Doping bei der Arbeit? Wie gravierend ist das Problem?

Dr. med. Hubert Buschmann:

Doping im Sport ist zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit sehr

verbreitet. Was liegt also näher, auch die geistige Leistungsfähigkeit steigern zu wollen. Es gibt tatsächlich Substanzen, die die Konzentrationsfähigkeit, die Merkfähigkeit, bestimmte Gedächtnisleistungen, aber auch die Kreativität und das Kommunikationsvermögen vorübergehend steigern können. Wenn der Sportler seine Leistung und damit seinen Erfolg durch Doping steigern will, dann ist natürlich auch die Gefahr groß, dass Mitarbeiter diese Substanzen einsetzen, um in ihrem Beruf leistungsfähiger und erfolgreicher zu sein. Zuverlässige Angaben über das Ausmaß dieses Problems fehlen, da diese Substanzen häufig illegal beschafft oder entgegen ihrer eigentlichen Indikation vom Arzt verschrieben werden. Von daher besteht auch eine geringe Bereitschaft, den Konsum dieser Substanzen einzu-

gestehen, so dass bisher zuverlässige Studien über das Problem nicht erhoben werden konnte. Man weiß aber aus Befragungen, das 40 bis 60 % der Mitarbeiter bereit wären, solche Substanzen einzusetzen, wenn sie gesundheitlich unbedenklich wären. Dies zeigt eine hohe Bereitschaft, durch ein Gehirndoping beruflich leistungsfähiger und erfolgreicher zu sein. Andererseits hören wir, zumindest hinter vorgehaltener Hand, von Betriebsärzten großer Unternehmen, dass sie die Problematik auf 3 bis 5 % der von ihnen betreuten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schätzen. Dass dieses Problem tatsächlich schon Realität ist, zeigt allein schon die Tatsache, dass wir in unserer Fachklinik Tönisstein bereits die ersten Patienten behandelt haben, die von diesen Substanzen, die sie zur beruflichen Leistungssteigerung eingesetzt haben, abhängig geworden sind.

Zunehmender objektiver oder subjektiv wahrgenommener Erfolgsdruck, Konkurrenz am Arbeitsplatz und Angst vor Standortschließung oder -verlegung beherrschen die Diskussionen in den Betrieben. Was treibt Menschen zur künstlichen Leistungssteigerung?

Dr. med. Hubert Buschmann:

Die Motivation, was Menschen dazu bringt, entsprechende Substanzen einzusetzen, ist ein vielschichtiges Problem. Einerseits sind es die zunehmenden Klagen über Arbeitsverdichtungen, längere Arbeitszeiten, Angst vor Kündigungen oder Standortschließungen. Es sind auch aber auch Probleme der einzelnen, sich hauptsächlich über beruflichen Erfolg definieren zu können. Meistens sind es Menschen, die ihren Selbstwert hauptsächlich über ihren beruflichen Erfolg definieren und dazu neigen, zwischenmenschliche Beziehungen, Familie, andere Interessen usw. zu vernachlässigen und alles dafür unternehmen, entweder möglichst schnell Karriere zu machen oder ihre entsprechende Bestätigung über ihr berufliches Leistungsvermögen und den daraus re-

sultierenden Erfolg ziehen. Oft sind es Menschen, die die Trauben höher hängen, als sie sie erreichen können. Sie fühlen sich dann gezwungen, z. B. durch die Einnahme von bestimmten Substanzen, ihre Leistungsfähigkeit zu maximieren, um vergleichbar dem Sportler „das Letzte aus sich raus zu holen“. Was dann immer noch nicht genug ist. Besonders belastete Bereiche, und das spiegelt sich auch bei den von uns behandelten Patienten wider, sind Presse, Funk und Fernsehen, die IT-Branche, das Bankenwesen, die Werbebranche, kreative Berufe, sowie Berufe mit langen Tagesarbeitszeiten, unsteten Arbeitszeiten, teilweise mit hohem Verantwortungsbereich oder aber mit besonders hohen Anforderungen an die persönliche Kreativität und Leistungsfähigkeit.

Z. B. haben wir vor einem Jahr einen Mitte-30-jährigen Designer aus einem großen Werbeunternehmen behandelt, der angab, entsprechende Kreativität nach einem bis dahin schon 6–8-stündigen Arbeitstag nur durch Zuhilfenahme bestimmter Medikamente bzw. auch unter Einsatz von Kokain über die dann noch anstehenden 4 oder 6 Arbeitsstunden zeigen zu können. Ebenso wurden diese Substanzen dann regelmäßig eingesetzt, um möglichst maximal leistungsfähig zu sein. Vor Präsentationen von Werbeideen wurde dann gezielt Kokain eingesetzt, um kommunikativer zu sein.

Im Betrieb über Ängste, Depressionen oder Abhängigkeit zu reden ist schwer. Am ehesten traut man das dem Betriebsarzt zu. Welche Aufgabe kommt ihm bei Doping und Sucht im Betrieb zu?

Dr. med. Hubert Buschmann:

Körperliche Funktionsstörungen werden grundsätzlich von Mitarbeitern eher akzeptiert und gegenüber den Betriebsärzten geäußert. Es ist für den Betroffenen tatsächlich schwierig, über Ängste, Depressionen oder gar Abhängigkeiten zu reden. Der Betriebsarzt sollte offen sein und sensibilisiert sein

für die Problematik des Dopings am Arbeitsplatz. Er sollte gezielt Patienten nach ihrer Arbeitsplatzzufriedenheit, nach möglichen Überforderungen oder Unterforderungen befragen. Er sollte auch versuchen zu explorieren, ob bei einer entsprechenden Überforderung oder einer entsprechend hohen Leistungsbereitschaft, zumindest die Bereitschaft besteht, Substanzen zur Leistungssteigerung einzusetzen oder ob diese bereits schon einmal oder mehrfach eingesetzt worden sind. Ebenso sollte er die Unternehmenskultur kennen, die u. U. die Einnahme solcher Substanzen fördert oder zumindest wahrscheinlicher sein lässt.

Ist bei Menschen die Einsicht geweckt, dass es so nicht weitergeht, schließen sich Entgiftung und Entzug an. Welche Therapiekonzepte gibt es bei gelegentlichem Doping, missbräuchlicher Medikamenteneinnahme und Sucht? Wie arbeiten Sie in der AHG Klinik Tönisstein in Bad Neuenahr Ahrweiler?

Dr. med. Hubert Buschmann:

Im Rahmen unserer Entwöhnungsbehandlung hinterfragen wir bei unseren Patienten bewusst den beruflichen Kontext. Gerade hierbei werden Fragen der persönlichen Arbeitsplatzzufriedenheit, der persönlichen Über- oder Unterforderung und vor allen Dingen der Motivation zur Einnahme des entsprechenden Mittels eruiert. Es geht also dabei hauptsächlich um die primäre Funktionalität des eingesetzten Medikamentes bzw. Droge. Gerade bei der primären noch gelegentlichen Einnahme erfüllen diese Substanzen ja die Funktion, die Leistungsfähigkeit, die Konzentration, die Kreativität oder das Kommunikationsvermögen tatsächlich zu stärken. Da das Gehirn sich aber an die Einnahme dieser Substanzen gewöhnt und auf die Nichtzuführung neuer Substanzen mit Entzugserscheinungen wie Unruhe, Nervosität, Depression oder Konzentrationsstörungen reagiert, wird die Einnahme immer häufiger, später abhängig durchgeführt. Die Einnahme des Sucht-

mittels führt daher von einer primären Funktionalität zu einer Dysfunktionalität und beeinträchtigt den Arbeitnehmer immer mehr in seiner Leistungsfähigkeit. In der Regel erfährt er dann auch ein entsprechend negatives Feedback, es kommt zu körperlichen und psychischen Störungen wie oben beschrieben. Gerade im beruflichen Kontext gilt es dann, alternative Verhaltensweisen bzw. Copingstrategien im Umgang mit Stress, beruflichen Anforderungen etc. aufzuzeigen. Dabei wichtig ist auch eine Vermittlung eines anderen Wertefühls von Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und persönlichem Wohlbefinden, ergänzt durch entsprechende Sport- und Bewegungsangebote. Am Ende der Therapie gilt es dann, auch Kontakt mit entsprechenden Gremien des Arbeitgebers auch mit den Betriebsärzten aufzunehmen, sofern der Patient zustimmt, um mögliche Bedingungen am Arbeitsplatz so zu verändern, dass die erreichte zufriedene Abstinenz aufrecht erhalten werden kann.

Was ist für Vorgesetzte, Kollegen und Betriebsärzte in dieser Phase der Therapie und Rehabilitation zu bedenken und zu tun und was ist mit Blick auf die angestrebte Wiedereingliederung am Arbeitsplatz wichtig?

Dr. med. Hubert Buschmann:

Im Rahmen der Wiedereingliederung ist es wichtig, Arbeitsbedingungen zu schaffen, in denen sich der Arbeitnehmer weder über- noch unterfordert fühlt. Bei länger bestehender Arbeitsunfähigkeit käme evtl. auch eine stufenweise Wiedereingliederung in Frage. Wichtig ist aber, dem Mitarbeiter mit einer entsprechenden Offenheit bezüglich seiner persönlichen Problematik, die ihn zur Einnahme leistungssteigernder Medikamente bzw. Drogen gebracht hat, zu begegnen. Oft wirkt es ganz einfach auf den Patienten entlastend, wenn er erfährt, dass gar nicht der Arbeitgeber daran interessiert ist, dass er seine Leistung in dieser gefährlichen Art und Weise gesteigert hat, sondern die Ein-

sicht gewinnt, dass sein gesundes Leistungsvermögen ohne weiteres für seinen beruflichen Erfolg ausreicht.

Die Menschen im Betrieb sind oft beeindruckt, wenn Kollegen trocken oder drogenfrei aus der Therapie an ihren Arbeitsplatz zurückkehren und offen über ihren Lebens- und Leidensweg sprechen. Dann ist Sucht plötzlich ein Thema, über das man sprechen kann. Was können wir im Unternehmen tun, damit Menschen nicht rückfällig werden und anderen in ihrer Abhängigkeit geholfen werden? Und können wir im Betrieb primär präventiv Bedingungen schaffen, dass Menschen nicht dopen oder süchtig werden?

Dr. med. Hubert Buschmann:

Wichtig für ein Unternehmen ist, nicht die Philosophie zu übernehmen, dass „nur ein gedopter Mitarbeiter ein gesunder Mitarbeiter“ ist, so wie wir dies teilweise aus dem amerikanischen Wirtschaftssystem mehr und mehr hören. Kein Unternehmen kann ein Interesse daran haben, dass ein Arbeitnehmer nur kurzfristig unter dem Einsatz von Drogen oder Medikamenten Superleistungen bringt, um dann später durch die Entwicklung der entsprechenden Folgeschäden oder der Abhängigkeit zum Problemfall zu werden. Für ein Unternehmen muss es wichtig sein, dass ihre Mitarbeiter ihrem Leistungsvermögen entsprechend, aber auch den Anforderungen des Unternehmens gerecht werdend, ihre Leistung erbringen. Dies in einer für beide Seiten zufriedenstellenden Art und Weise mit gesunden Anforderungen an die erwünschte Arbeitsleistung, aber auch mit einer gesunden Lebensführung und einem gesunden Maß an Arbeitszeit und Freizeit.

Dies kann sowohl dazu beitragen, dass Mitarbeiter von der Einnahme der Suchtmittel abgehalten werden bzw. andere, die es gerade erlernt haben, wieder suchtmittelfrei zu leben, dies in einer zufriedenen abstinenter Lebensführung tun können. Andererseits

wären aber auch Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements anzuraten, die generell die psychische und physische Gesundheit der Mitarbeiter stärken, da dies in der Regel auch mit einer gesunden Leistungssteigerung im Beruf einhergeht.

Chefarzt und viel gefragter Gesprächspartner – auch Ihr Alltag ist ausgefüllt. Wie halten Sie sich fit?

Dr. med. Hubert Buschmann:

Ich hatte befürchtet, dass Sie diese Frage stellen. Zur persönlichen Fitness gehört neben der körperlichen Fitness sicherlich auch die mentale Fitness. Zur körperlichen Fitness ist es mir wichtig, regelmäßig Ausdauersport in Form von Laufen, Schwimmen oder Radfahren auszuüben. Genauso wichtig sind aber auch gesunde stabile zwischenmenschliche Beziehungen und ein erfüllendes Hobby, bei mir ist es die Photographie.

Herr Dr. Buschmann, herzlichen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Dr. med. Michael Vollmer

Basilea Toctino® in Dermatologie Therapie-Leitlinien aufgenommen

Die Basilea Pharmaceutica AG hat bekannt gegeben, dass das kürzlich im Markt eingeführte Alitretinoin (Toctino®) in die neuen Leitlinien „Management von Handekzemen“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) aufgenommen wurde. Toctino ist ein neues, einmal täglich oral einzunehmendes Arzneimittel für die Anwendung bei erwachsenen Patienten, die an schweren chronischen Handekzemen leiden, das nicht mehr auf die lokale Behandlung mit stark wirksamen Kortikosteroiden anspricht. Mehr unter: www.basilea.com

Auch den Betriebsarzt fragen!

Die Arbeitsmedizinerin stellt folgendes Fallbeispiel vor:

Ein junger Bäcker (Jahrgang 1982) arbeitet seit 2006 in einer Großbäckerei, die letzten zwei Jahre an der Roggenbrot-Linie. Die Lungenfunktionsprüfung aus 1/2007 war völlig unauffällig. Eine vorbestehende allergische Diathese ist nicht bekannt. Allerdings rauchte der Mitarbeiter 20 Zigaretten pro Tag.

Anfang 2008 stellte sich der Mitarbeiter dann aber bei seinem Hausarzt wegen Husten vor. Dieser diagnostizierte nach Auskultation laut Aussage des Beschäftigten ein allergisches Asthma. Für eine weitergehende Diagnostik wurde der Mitarbeiter zum Hals-Nasen-Ohrenarzt überwiesen. Im Sommer 2008 kam es zu einer Verstärkung der Symptome und hinzu kamen noch Atemnot und Schwindelanfälle. Der daraufhin beim HNO-Arzt durchgeführte Allergietest erbrachte eine Weizen- und Roggenmehlallergie in Form einer Rhinitis, begleitet von leichten asthmatischen Beschwerden. Eine Berufskrankheitenanzeige wurde zwar besprochen, aber nicht erstattet. Die zuerst eingesetzten Antihistaminika führten zu einer extremen Müdigkeit, so dass die Therapie auf Cortison i.m. umgesetzt wurde. Die Arbeit in der Bäckerei wurde mittels einer Maske von 3M mit Ventil weiter fortgesetzt. Die Lungenfunktion verschlechterte sich zunehmend. Immer wenn die Wirkung des Cortisons nachließ, verstopfte die Nase, der Husten nahm zu und störte zunehmend den Schlaf. Der Mitarbeiter konnte genau schildern, dass die Beschwerden sonntags morgens gebessert und im Urlaub nach 3–4 Tagen verschwunden waren. Obwohl vom Betriebsarzt im November 2008 eingefordert, wurde der Mitarbeiter nicht umgesetzt. Erst nach einer erneuten Aufforderung erfolgte diese

Umsetzung im Februar 2009. Allerdings verblieb der Mitarbeiter in der Brotabteilung, so dass der Mitarbeiter weiter mit einer Maske arbeitet. Zwischenzeitlich war auch die Berufskrankheitenanzeige durch den Betriebsarzt erstattet worden.

Der Verlauf wirft manche Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen auf. Was wäre der „Goldstandard“ gewesen?

Die Pneumologin antwortet:

Bei Verdacht auf ein allergisches Bronchialasthma steht eine sorgfältige Anamnese ganz im Mittelpunkt. Als nächstes folgen zur Eingrenzung ein Hauttest mit Soforttyp-Allergenen und die Bestimmung des spezifischen IgE im Serum für die positiv getesteten, klinisch relevanten Allergene. Die Notwendigkeit eines Provokationstestes nasal oder bronchial muss im Einzelfall entschieden werden. Hier sind Nutzen und Risiken gerade bei Berufsallergenen gut abzuwägen.

In den Leitlinien (siehe auch www.pneumologie.de) steht bei den therapeutischen Optionen die Prävention an erster Stelle. Neben der Vermeidung bzw. Minderung der klinisch bedeutsamen Allergene privat und beruflich muss auch auf nicht-medikamentöse Therapie, z. B. Raucherstopp hingewiesen werden. Für die medikamentöse Behandlung des Bronchialasthmas hat die Fachgesellschaft ein Stufenschema heraus gegeben. Antihistaminika sind nicht die Therapie der Wahl, systemische Steroide stehen wegen ihrer Nebenwirkungen weit oben und sind i.m. kaum zu steuern.

Das Stufenschema hätte in diesem Fall wohl folgende Stufen umfasst:

Stufe 1: keine Medikation



Dr. Edith Tekolf



Dr. Monika Stichert

Stufe 2: inhalative Corticosteroide (ICS)

Stufe 3: ICS plus langwirksames beta-Mimeticum inhalativ

Rechtzeitig sollte man auch über medizinische oder berufliche Rehabilitation nachdenken.

Aus arbeitsmedizinischer Sicht ist noch folgendes anzumerken:

Wichtig wäre das rechtzeitige Einschalten des Betriebsarztes gewesen, so dass eine Umsetzung vor Symptomverschlimmerung hätte erfolgen können. Dem Mitarbeiter wäre auf diese Weise viel Leid erspart worden. □

Dr. Edith Tekolf
Ärztin für Innere Medizin
Lungen- und Bronchialheilkunde
Allergologie
Sozialmedizin

Dr. Monika Stichert
Fachärztin für Arbeitsmedizin

Mexiko-Schweineinfluenza: Aktuelle Informationen

Am Abend des 24. April erreichten uns erstmals Meldungen der Gesundheitsbehörden über auffällige Grippeerkrankungen bei Menschen in Mexiko und den USA. Es handelte sich um eine fieberhafte, von Mensch zu Mensch sich weiter verbreitende, akut verlaufende Virusinfektion. Der aus mehreren Patienten angezüchtete Erreger wies in Teilen seines Genoms eine deutliche Übereinstimmung mit Influzaviren auf, die bei Schweinen vorkommen. Da Schweine in den Zellmembranen ihres Bronchialepithels sowohl Rezeptoren für Schweineinfluzaviren als auch für Vogel- und humane Grippeviren besitzen, sind sie das geeignete „Mischgefäß“ zur Erzeugung von Mutationen für das fragmentierte Genom der verschiedenen Influzaviren.

Erreger (S-OIV = Swine origin Influenza A Virus)

Das Virus gehört zur Gruppe der Influenza A Viren, Subtyp H1N1. Es zeigt die typische Morphologie eines Influenza Virus (siehe Abb. 1). Den ermittelten Gensequenzen zufolge handelt es sich um eine 4-fach Reassortante, die sich aus folgenden Anteilen zusammensetzt: Schweineinfluenza-Virus aus Nordamerika, Schweineinfluenza-Virus aus Europa und Asien, humanes und aviäres (Vogel-)Influenza Virus.

Es ist anzunehmen, daß der saisonale H1N1-Impfstamm nicht oder nur begrenzt gegen dieses Virus schützt. Des weiteren ist das „Mexiko-Schweineinfluenza-Virus“ mittels PCR nicht mit den üblichen saisonalen H1N1-Primern zu detektieren. Nach Publikation der vollen Gensequenz des neuen Influenza-Subtyps in der 2. Aprilhälfte 2009 haben wir in unserem Labor einen molekulargene-

tischen Test für die Identifikation des Erregers aus relevantem Untersuchungsmaterial (Nasen-, Rachenabstrich, Rachenspülwasser, BAL) entwickelt.

Epidemiologie / Übertragungsmöglichkeiten

Die ersten Krankheitsfälle wurden in Mexiko beschrieben. Nächste Stationen waren San Diego und Imperial County in Californien. Darauf folgend San Antonio / Texas, New York, Kanada, Neuseeland, Spanien (Madrid), Israel und England. Inzwischen hat sich das Virus auf alle 5 Kontinente und bisher in über

Kontakt

F. Blessing, H. Herbeck,
L. Hehmann, J. Blessing
Virchowstraße 10 c
78224 Singen
<http://www.labor-blessing.de>

100 Länder ausgebreitet und wurde nach der WHO-Klassifikation in die Stufe 6 eingestuft.

In den anfänglichen Meldungen aus Mexiko war von einer Letalität in Clustern von $\geq 7\%$ berichtet worden. Mittlerweile kommen jedoch deutlich milder verlaufende Fälle zur Beobachtung, so daß die Virulenz des Erregers im Moment niedriger einzustufen ist, als

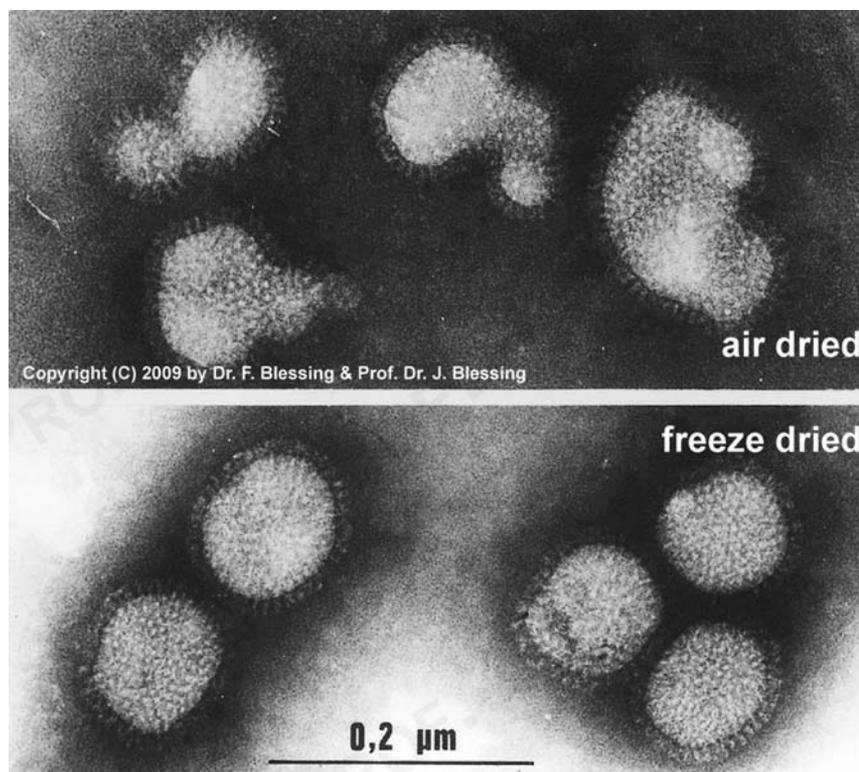


Abb. 1: Elektronenoptische Abbildung von Influenza Viren, Vergrößerung ca. 120.000-fach. Die nach Gefriertrocknung (freeze drying) dargestellten Partikel zeigen die wahre Gestalt des Virus, da bei diesem Verfahren im Unterschied zur Lufttrocknung (air drying) keine Austrocknungseffekte auftreten. Deutlich erkennbar an der Oberfläche der Virus-Partikel sind dornartige Fortsätze (Spikes), die von Hämagglutinin (HA)- und Neuraminidase (NA)-Glykoproteinen gebildet werden. Das Virus wird bei einer Temperatur von 72 °C inaktiviert.

sie zu Beginn der Epidemie angenommen wurde. Gleichwohl dürfen die grundsätzlichen Fähigkeiten des Virus, nämlich seine Potenz sich von Mensch zu Mensch auszubreiten und sich genetisch verändern zu können nicht vernachlässigt werden. In diesem Zusammenhang ist die Meldung von Interesse, daß ein aus Mexiko zurückgekehrter und an der A/H1N1-Influenza Subtyp Mexiko erkrankter kanadischer Farmer aus der Provinz Alberta das Virus auf seine Schweine übertragen hat. Die Übertragung des hochkontagiösen Erregers erfolgt überwiegend durch Tröpfcheninfektion (Niesen, Husten etc.). Als potentiell infektiös gelten alle Atemwegssekrete und Körperflüssigkeiten. Bei Patienten mit Diarrhoen sind auch die Faeces als infektiös anzusehen. Mit Viren kontaminierte Oberflächen (Tische, Kühlschränke, Geschirr etc.) können ebenfalls als Infektionsquelle fungieren. Schweinefleisch, das 30 Minuten bei mindestens 85 °C (Kerntemperatur) gegart wurde, ist nicht infektiös.

Inkubationszeit und Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Der Zeitraum vom Beginn der Infektion bis zum Auftreten der ersten Krankheitssymptome beträgt **1–4 Tage**, maximal 7 Tage.

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt bereits kurz vor Auftreten der klinischen Symptomatik und besteht danach für mindestens 3–5 Tage. Säuglinge und Kleinkinder scheiden die Viren bereits früher und länger sowie in höheren Konzentrationen aus als Erwachsene.

Klinische Symptomatik

Patienten, die sich mit dem Erreger infiziert hatten, benannten als herausragende Beschwerden Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoen. Die grundsätzliche Symptomatik einer Influenza wie plötzlich auftretendes Fieber mit Schüttelfrost, ausgeprägtes Krankheitsgefühl, Kopf-, Muskel- und Gliederschmerzen sowie Halsschmerzen, Schnupfen und Husten waren ebenfalls Teil des Krank-

Therapie	Alter (Jahre)		
	1–12	13–64	65 und älter
Oseltamivir	Kinder ab 1 Jahr:		
	≤ 15 kg	30 mg 2 x tgl.	75 mg zweimal pro Tag
	> 15 kg bis 23 kg	45 mg 2 x tgl.	75 mg zweimal pro Tag
	> 23 kg bis 40 kg	60 mg 2 x tgl.	75 mg zweimal pro Tag
	> 40 kg	75 mg 2 x tgl.	
Zanamivir	Kinder ab 5 Jahre:		
	2 x tgl. 2 Inhalationen (2 x 10 mg) innerhalb von 36 Stunden nach Symptombeginn*	2 x tgl. 2 Inhalationen (2 x 10 mg)	2 x tgl. 2 Inhalationen (2 x 10 mg)

Tabelle 1: Die Angaben für die Anwendung der Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir basieren auf den Angaben der EMEA/H/C/402 European Public Assessment Report Tamiflu vom 12.04.2006-09-01 sowie Fachinformation Tamiflu®, Stand Januar 2006 und Fachinformation Relenza®, Stand Oktober 2005

heitsbildes. Zu beachten ist, daß das Krankheitsbild bei Kleinkindern nicht selten mit einer gastroenteritischen oder einer Meningitis-Symptomatik beginnt. Letzteres ist durch neurotoxische Virusstämme bedingt, die von Makrophagen in das ZNS verschleppt werden.

Diagnostik (Realtime PCR)

Bei Influenzaverdacht sollten immer Proben aus Rachen und Nase entnommen werden. Zwei Nasen- (rechtes und linkes Nasenloch) und zwei Rachenabstriche (Tonsillen und Rachenhinterwand) sind zum Nachweis des Virus erforderlich.

Welches Untersuchungsmaterial ist am geeignetsten?

Bitte ausschließlich sterile Wattetupfer verwenden. Idealerweise wird das mit Hilfe des Tupfers entnommene Material in ein Transport-Röhrchen überführt, das ein spezielles Transportmedium enthält (bitte bei uns anfordern). Sind derartige Röhrchen in der Praxis bzw. Klinik nicht verfügbar, so sollten für die Abstriche (2 Nasen- und 2 Rachenabstriche) mit physiologischer NaCl angefeuchtete sterile Tupfer verwendet werden. Diese dann in trockene Schraubdeckelröhrchen einbringen, ggf. herausragenden Stielteil abschneiden und den Deckel gut zuschrauben. Alternativ kann auch Nasopharynxspirat bzw. Rachenspülwasser oder Material

aus einer Bronchiallavage (BAL) eingesandt werden. Bitte für den Virusnachweis nicht die Abstrichbestecke für bakteriologische Untersuchungen verwenden, da sich das Virus aus dem gelartigen Transportmedium schlecht eluieren läßt. Ergänzend ist zur Durchführung einer gezielten Therapie die Überprüfung einer bakteriellen Infektion (z. B. Pneumokokken etc.) sinnvoll, da bakterielle Superinfektionen massive Krankheitsverläufe induzieren. Hierfür gesonderten Abstrich in gelartigem Transportröhrchen einsenden.

Probenversand

Für die Versendung von Proben zur Untersuchung auf Schweineinfluenza gelten folgende Bedingungen:

- Die Klassifikation erfolgt nach UN Nr. 3373
- Die Verpackung umfaßt nach P650 3 Komponenten:
 1. Probengefaß
 2. Schutzgefäß (= Versandröhrchen mit saugfähigem Material, flüssigkeitsdicht verschraubt)
 3. Formstabile Umverpackung, die in Großbuchstaben mit dem Hinweis „UN 3373, BIOLOGISCHER STOFF, KATEGORIE B“ zu kennzeichnen ist.

Therapie

Für die Behandlung der Mexiko-Schweineinfluenza stehen die Neura-

minidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir zur Verfügung. Die Anwendung sollte möglichst innerhalb 48 Stunden p.i. beginnen. (Dosierung siehe Tabelle 1). Alle Verdachts- oder Erkrankungsfälle, die die Falldefinition erfüllen (vergl. Flussdiagramm des RKI) sollen bis zum Ausschluß einer Schweineinfluenza mit einer dieser antiviral wirksamen Substanzen behandelt werden. Amantadin ist ebenso wie bei der Vogelgrippe unwirksam.

Cave: Bei Kindern kann die Gabe von Salicylaten zum Reye Syndrom führen!

Hygiene- und Schutzmaßnahmen / Umgang mit Verdachtsfällen und Erkrankten

Bei Verdacht bzw. Erkrankung ist der betroffene Patient bis zur Einweisung in ein Krankenhaus in einem separaten Raum unterzubringen. Der Verbreitung des Erregers soll durch sorgfältige Händehygiene mittels Händewaschen und der Anwendung von viruciden Desinfektionsmitteln (Virugard oder Sterilium) sowie durch Bedeckung von Mund und Nase beim Husten/Niesen und durch Auffangen respiratorischer Sekrete in Einmaltüchern entgegenge wirkt werden.

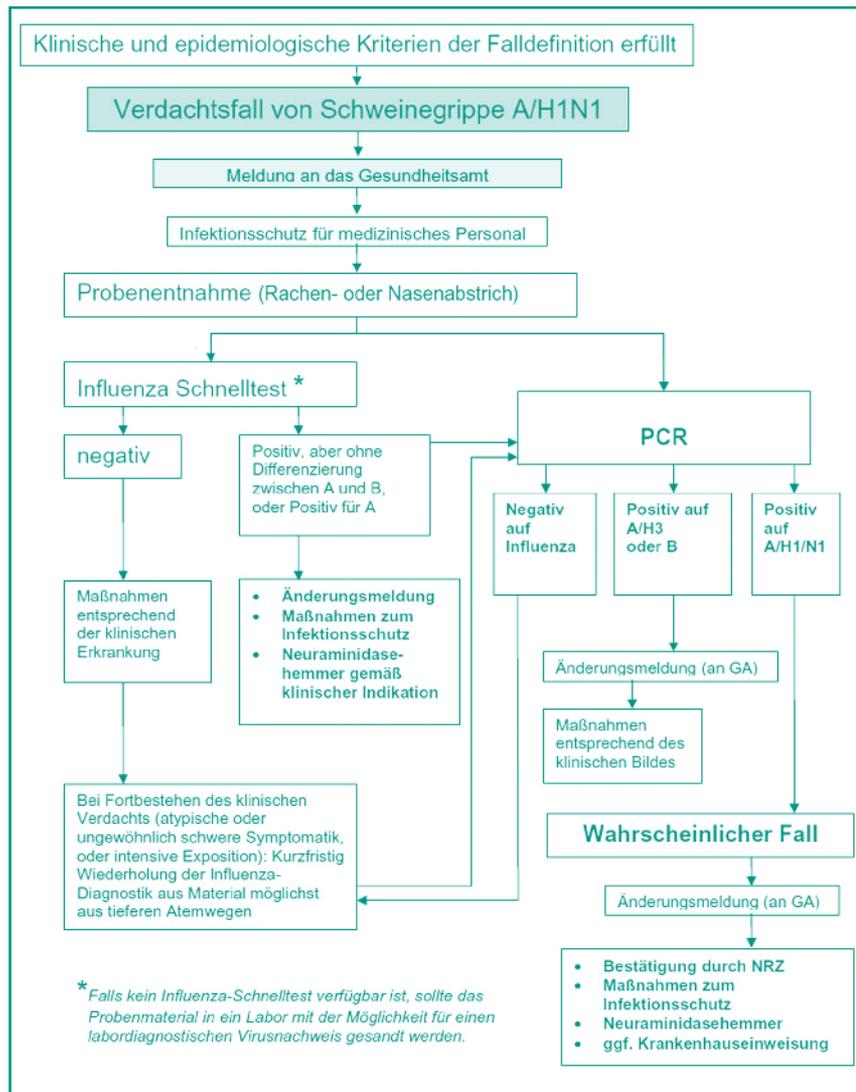
Zur Vermeidung einer Virusübertragung ist vor Patientenkontakt Schutzausrüstung anzulegen: Schutzkittel, Einmalhandschuhe und dicht anliegender Nasen-Mundschutz (je nach Expositionsgrad FFP2 oder FFP3 Maske, bei indirektem Patientenkontakt evtl. FFP1-Maske).

Bei unmittelbarer face to face Situation z. B. Intubation oder Bronchoskopie ist eine Schutzbrille und eine FFP3-Maske anzulegen.

Meldepflicht

Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus hervorgerufen wird vom 30. April 2009:

Auf Grund des § 15 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, der zuletzt



durch Artikel 57 Nummer 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl IS. 2407) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Ausdehnung der Meldepflicht

- (1) Die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes wird ausgedehnt auf
1. den Krankheitsverdacht,
 2. die Erkrankung sowie
 3. den Tod eines Menschen
- an Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus hervorgerufen wird (neue Grippe)

Die Meldung eines Krankheitsverdachts nach Nummer 1 hat nur zu erfolgen,

wenn der Verdacht nach dem Stand der Wissenschaft sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet ist. Die dazu vom Robert Koch-Institut auf der Grundlage von § 4 Absatz 2 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes veröffentlichte Empfehlung ist zu berücksichtigen.

- (2) § 7 des Infektionsschutzgesetzes bleibt unberührt.

§ 2

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Sie tritt am 1. Mai 2010 außer Kraft, soweit nicht mit Zustimmung des Bundesrates etwas anderes verordnet wird.

Kassenärztliche Leistungen für GKV-Patienten

Für den Influenza-Schnelltest gibt es bisher keine Gebührenordnungsposition im EBM. Die PCR jedoch und alle notwendigen Untersuchungen können nach den labordiagnostischen Möglichkeiten 32 EBM erbracht / veranlasst werden. Bitte hierbei die Ausnahmehinweise 32006 angeben.

Falldefinition (= Klinisches Bild und epidemiologische Exposition)

- Klinisches Bild
Fieber > 38°C und mindestens 2 der nachfolgend aufgeführten Symptome:

- Halsschmerzen
- Schnupfen, verstopfte Nase
- Husten oder Atemnot
- Epidemiologisch relevante Expositionen sind:
 1. Direkter Kontakt mit einem an Schweineinfluenza erkrankten Menschen oder mit an einer entsprechenden Erkrankung leidenden Tieren (z. B. in Schweinemastanlagen etc.)
 2. Rückkehr aus einem oder Aufenthalt in einem als Risikogebiet für Schweineinfluenza definierten Gebiet
 3. Gleichzeitiger Aufenthalt in einem Raum mit einer oder mehreren Personen, bei denen nachfolgend eine Schweineinfluenza diagnostiziert wurde.

4. Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Schweineinfluenza untersucht werden (Laborexposition)

Vorgehen bei Verdacht auf Schweineinfluenza

ergänzt aus RKI: Schweinegrippe (Influenza A/H1N1). Medizinisches Management bei Verdachtsfällen / Flussdiagramm

* Der Influenza-Schnelltest basiert auf dem Nucleoprotein (NP). Die Sensitivität des Tests beträgt im Vergleich zur Virusanzucht ca. 70%–80% und im Vergleich zur PCR ca. 50%

F. Blessing, H. Herbeck, J. Blessing

Schutzhandschuhe oder Hautschutzmittel?

Diskussion bei drehenden Teilen

Einleitung

Nach dem STOP-Prinzip haben Substitution, technische oder organisatorische Maßnahmen Vorrang vor persönlicher Schutzausrüstung. Das ist die reine Lehre, so ist es im staatlichen Recht festgehalten. Die Umsetzung vorrangiger Schutzmaßnahmen stößt in der Praxis jedoch sehr häufig an ihre Grenzen. Wir wissen, dass bei unzähligen Arbeitsplätzen der Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung unbedingt notwendig ist, dass bei tausenden von Tätigkeiten Schutzhandschuhe unverzichtbar sind. Wo Schutzhandschuhe notwendig sind, sind sie durch Hautschutzmittel auch nicht einfach zu ersetzen. In diesem Sinne wird man Schutzhandschuhe als vorrangig vor Hautschutzmitteln ansehen.

An verschiedenen Maschinen wurden immer wieder Schutzhandschuhe erfasst und nachfolgend Finger oder die Hand gequetscht, verletzt oder gar abgerissen. Die einschlägigen Erfahrungen zum Unfallgeschehen gehören nicht der Vergangenheit an, sondern sind weiter aktuell, wie ein Fallbericht vergangenen Dezember/Januar mit dem Titel „Drehbank reißt Schlosser vier Finger ab“ im gemeinsamen Mitteilungsblatt der Metallberufsgenossenschaften zeigt (VMBG Mitteilungen Heft 6/2008).

Andererseits kann an diesen Maschinen gleichzeitig eine Exposition gegenüber Chemikalien, z. B. Kühlschmierstoffen bestehen. In der Praxis ist der Arbeitsmediziner/Betriebsarzt mit Fällen konfrontiert, bei denen Hauterkrankungen trotz bestehendem Hautschutzplan auf-

Kontakt

Dr. Peter Kleesz
Obmann des Sachgebietes Hautschutz
(Fachausschuss
Persönliche Schutzausrüstungen)
Dynamostraße 7–9
68165 Mannheim



getreten sind. Unter diesem Aspekt stellt sich die Frage, ob die eingesetzten Hautschutzmittel ausreichend schützen, ob nicht doch Schutzhandschuhe erforderlich wären.

In jüngerer Zeit wurde die Frage aufgeworfen: „Soll ein Verbot des Tragens von Schutzhandschuhen an Arbeitsplätzen z. B. an Bohrmaschinen beibehalten werden oder gibt es Produktentwicklungen bei den Schutzhandschuhen, die es gestatten, diese strikte Haltung zu

relativieren und ggf. die Haut an diesen Arbeitsplätzen durch Schutzhandschuhe besser zu schützen, als durch Hautschutzmittel?“

Wo steht das geschrieben?

Veröffentlichung im Amtsblatt Dezember 1989

Die EU-Richtlinie 89/686 EWG sagt dazu im Anhang 2 Punkt 2.5:

Besteht unter den voraussehbaren Einsatzbedingungen insbesondere das Risiko, dass die PSA von einem beweglichen Teil mitgerissen werden und der Benutzer hierdurch gefährdet werden kann, muss die Zugfestigkeit ihrer wesentlichen Bestandteile so ausgelegt werden, dass bei einem Überschreiten dieses Werts die Gefahr durch den Bruch eines der wesentlichen Bestandteile ausgeschaltet wird.

Ausgabe Juni 2008

Im deutschen Recht findet man in der TRGS 401 im Kapitel Personenbezogene Schutzmaßnahmen unter 6.4.1 (7):

Eine mögliche Gefährdung durch Einsatz von persönlichen Schutzausrüstungen ist bei deren Auswahl zu berücksichtigen, z. B. Allergene in Schutzhandschuhen und Feuchtarbeit bei längerer Tragedauer flüssigkeitsdichter Handschuhe, sowie im Bereich von Maschinen mit drehenden Teilen.

Ausgabe Oktober 2007

In der BGR 195 „Benutzung von Schutzhandschuhen“ /GUV-R 195 heißt es:

Bei bestimmten Arbeitsprozessen, z. B. bei Arbeiten an der Kreissäge, kann die Verwendung von Schutzhandschuhen das Risiko erhöhen. Dagegen ist beim Arbeiten an Bohrmaschinen das Tragen von Schutzhandschuhen verboten.

Weitere Erwähnungen siehe auch BGI 5003, BGI 5100, BGI 808.

Sind alle drehenden Teile gemeint?

Es wurden schon verschiedene Formulierungen in die Welt gesetzt: Schnell rotierende Maschinen, sich

drehende Maschinenteile, bewegte Maschinenteile, um einige Beispiele zu nennen. Die Wortschöpfungen jüngerer Zeit führen nicht zwangsläufig zu mehr Klarheit. Obwohl Armband- und Küchenuhren sich drehende Räder haben, lösen sie keine Sorge beim Tragen von Schutzhandschuhen aus, vergleichbare Situationen am Arbeitsplatz ebenso wenig.

Wer Wissen um Arbeitsplätze und Prävention hat, dem ist trotz der Wortwahl klar, worum es geht: Auf der anderen Seite muss festgehalten werden, dass es nicht die einzige Standardsituation gibt, sondern viele unterschiedliche. Es spielt eine große Rolle, ob es sich bei den schnell rotierenden bzw. drehenden Maschinenteilen um einen Bohrer, einen Fräskopf, eine Achse, ein Sägeblatt, eine Schleifscheibe handelt, oder ob zwei Walzen mit vielleicht gar nicht so schneller Rotation etwas einziehen und zerquetschen können.

Folgen des Tragens der Schutzhandschuhe

Wenn man sich verschiedene Situationen mit und ohne Schutzhandschuh vorstellt, hängt das Ergebnis der Beurteilung stark vom Handschuhmaterial ab.

Es kann sein, dass eine Säge einen Finger oder eine Hand schnell und glatt abtrennt, egal ob diese Hand einen bestimmten Handschuh trägt oder nicht. Eventuell wäre in diesem Fall ein deutlich dickeres Material ohne nennenswerte Nachteile, aber von Vorteil hinsichtlich Chemikalienschutz und Gebrauchsdauer. Es kann aber auch sein, dass das Handschuhmaterial dazu führt, dass die Hand in Richtung Säge beschleunigt wird, dann wäre das Ausmaß der Verletzungen unter Umständen dramatisch schlimmer.

Es ist vorstellbar, dass ein Bohrer Fetzen aus einem Handschuh herausreißt, ohne weitere Folgen für die Hand wie ohne Handschuh. Es kann aber sein, dass sich das Handschuhmaterial vor allem um die Spitze des Bohrers aufgewickelt, erhebliche Kraft auf die Hand ausgeübt

wird mit in der Folge tiefer Verletzungen, Brüchen etc..

Häufiger gewechselte „Einmalschutzhandschuhe“ könnten die Mikroverletzungen durch Späne beim Bohren reduzieren. Eine im Vergleich zu Hautschutzmitteln bessere Schutzwirkung kann sich ins Gegenteil umkehren, wenn Späne die Schutzhandschuhe durchschneiden, Kühlschmierstoffe durch die Löcher unter den Schutzhandschuh gelangen und auf die durch okklusive Bedingungen aufgeweichte Haut einwirken.

Aufgrund der Beispiele ist zu fordern:

- Der potentielle Anwendungsbereich des Schutzhandschuhs ist genau zu benennen. Ein Produkt das für eine Anwendung geeignet wäre, kann bei anderen Maschinen zu Unfällen führen.
- Es ist zu definieren, welche Produkteigenschaften für die genannte Anwendung erfüllt sein müssen.

Sind Hautschutzmittel bei drehenden Teilen besser geeignet?

Probleme einer erhöhten Gefährdung durch Einzug etc. hat man bei Hautschutzmitteln in der Regel nicht.

Missverständnisse, dass ein Schutzhandschuh bei bestimmten drehenden Teilen eingesetzt werden darf, bei anderen nicht, sind aus obigem Grund nicht gegeben. Jede komplizierte Darstellung bringt die Gefahr mit sich, dass sie missverstanden oder ignoriert wird. Es gibt daher viele Befürworter einfacher „schwarz / weiß Konzepte“, selbst wenn sie bei manchen Details nicht optimal sind.

Über Allergien auf Hautschutzmittelinhaltsstoffe am Arbeitsplatz wurde in der Vergangenheit weniger berichtet als über Allergien beim Tragen von Schutzhandschuhen.

Ein Schutzhandschuh, der bei der Arbeit sehr schnell reißt, kann zu Akzeptanzproblemen führen. Man müsste zu häufig einen neuen anziehen. Das steigert nicht nur die Kosten, sondern ist auch für den Anwender sehr lästig.

Aber:

Hautschutzmittel können zu einer verstärkten Stoffaufnahme durch die Haut hindurch beitragen.

Diskussion

Niemand wird weniger Handekzeme gegen mehr Unfälle aufrechnen wollen. Die Fragestellung kann somit nur lauten: Lässt sich durch geeignete Schutzhandschuhe der Schutz z. B. gegen Chemikalien wie Kühlschmierstoffe verbessern, ohne dass es zu mehr Unfällen an drehenden Teilen kommt? Eine Reihe von Fragen sind aufgetaucht, z. B.:

- Welche Bedeutung für die Praxis hat die Kraft, die gemessen wird, bis das Material bei langsamer Einwirkung zerreißt?
- Ist es notwendig, für die Messung der Kraft, die beim Zerreißen auftritt, der Geschwindigkeit der Arbeitsplatzsituation recht nahe zu kommen?
- Wie sind diese Messungen durchzuführen, vor allem, wenn z. B. keine entsprechenden Messungen nach einer Norm vorhanden sind?
- Ist das Handschuhmaterial vor einer Messung zu „verdrehen“, um die Situation an einer „rotierenden Maschine“ nachzustellen, wenn ja wie oft usw.?

- Ist prinzipiell eine Minimierung anzustreben, oder bringt zum Beispiel ein dickeres Material mehr Vorteile zum Schutz gegen Chemikalien oder erhöht die praktische Akzeptanz, weil der Schutzhandschuh nicht zu schnell kaputtgeht ohne nennenswerte Nachteile beim Unfallschutz zu erzeugen? Wo sind vernünftige Grenzen?

Die wichtigen Parameter, wie sie zu ermitteln sind, welche „Grenzwerte“ einzuhalten sind, bedürfen einer Konsensbildung auf der Basis einer differenzierten Gefährdungsbeurteilung mit nachvollziehbaren Begründungen.

Zusammenfassung

Unfälle mit schlimmen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen wie Verlust einer Gliedmaße stehen aufgrund vielfacher Erfahrungen an bestimmten Arbeitsplätzen in ursächlichem Zusammenhang mit dem Einsatz von Schutzhandschuhen. Dieser Sachverhalt hat zu warnenden Hinweisen und Einschränkungen für den Schutzhandschuhgebrauch an diesen Maschinen geführt. Durch Hautschutzmittel wird die Gefahr, dass Finger oder die Hand eingezogen werden nicht erhöht. Es muss bei der Anwendung auch nicht zwischen verschiedenen bewegten Teilen differenziert werden, was die Kommunika-

tion erleichtert und Missverständnisse in diesem Punkt vermindert.

Nicht nur die große Zahl der Handekzeme trotz Einsatz von Hautschutz- und Pflegemitteln, sondern auch die potentielle Förderung der Stoffaufnahme über die Haut hat jedoch dem Wunsch nach geeigneten Schutzhandschuhen auch für Arbeiten an drehenden Teilen neue Nahrung gegeben. Der Gedanke ist es wert, weiterverfolgt zu werden.

Aufgrund der Ausführungen ist zu fordern:

- Der potentielle Anwendungsbereich des Schutzhandschuhs ist genau zu benennen. Ein Produkt das für eine Anwendung geeignet wäre, kann bei anderen Maschinen zu Unfällen führen.
- Es ist zu definieren, welche Produkteigenschaften für die genannte Anwendung erfüllt sein müssen.

Guten Gewissens wird man sich für Schutzhandschuhe bei diesen Arbeiten nur dann entscheiden, wenn vor allem ein Anstieg der Unfälle nicht zu erwarten ist und eine bessere Schutzwirkung als bei Hautschutzmitteln zu erwarten ist. □

Dr. Peter Kleesz

Obmann des Sachgebietes Hautschutz
im Fachausschuss
„Persönliche Schutzausrüstungen“

 terre des
hommes
Hilfe für Kinder in Not



Spuren...

... hinterlässt jeder Krieg bei den Menschen.

Kinder sind die Hauptleidtragenden: Sie erleben Trennung und Flucht, Angst und Gewalt.

Auch wenn sie dem Krieg entkommen sind, tragen sie schwer an seinem Erbe.

Unterstützen Sie diese Kinder auf dem Weg in den Frieden!

www.tdh.de

Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit „Arbeitsmedizinischer Fachkunde“ im Jahr 2008 konstant geblieben

Aktuell versorgen 12.271 Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde die Beschäftigten in den Betrieben. Gegenüber dem Vorjahr ist deren Anzahl konstant geblieben (Stand: 31. Dezember 2008). Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztqualifikation „Arbeitsmedizin“ hat sich dafür um 2,2 Prozent erhöht. (Der Trend zeigt sich seit Jahren) Erwartungsgemäß hat sich der Anteil der Betriebsärzte mit der arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 6 Abs. 2 Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ um 31 Prozent verringert, da die „Learning-by-Doing“-Weiterbildung aus Qualitätssicherungsgründen von allen Landesärztekammern abgeschafft wurde. Diejenigen, die noch aufgeführt sind, begannen ihre Weiterbildung nach der vorherigen (Muster-) Weiterbildungsordnung von 1992.

Weiterhin Nachwuchsmangel

Da es von Interesse ist, die Erhebung auch nach Altersgruppen durchzuführen, wurde die Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ der Bundesärztekammer für das Jahr 2007 erstmalig um eine weitere Analyse nach Altersgruppen erweitert. Die Analyse nach Altersgruppen im Jahr 2009 führt zu einer besorgniserregenden Bilanz (Stand 31. Dezember 2008). 4.424 Ärztinnen und Ärzte sind bereits 65 Jahre alt und älter. Weitere 1.604 sind 60 bis 64 Jahre alt. Dies bedeutet, dass 49,1 Prozent aller Betriebsärztinnen und Betriebsärzte 60 Jahre oder älter sind. Von diesen sind sehr viele zwar noch betriebsärztlich tätig, jedoch ist abzusehen, dass sie mittelfristig dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen werden.

Das Fach Arbeitsmedizin scheint wenig attraktiv für den ärztlichen Nachwuchs zu sein. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in einem Alter unter 35 Jahren mit arbeitsmedizinischer Fachkunde betriebsärztlich tätig sind, hat sich gegenüber dem Vorjahr um



Dr. Annegret E. Schoeller
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Bundesärztekammer

Interpretation der Statistik

Die Bundesärztekammer führt seit 1988 jährlich eine Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ durch. Zur näheren Interpretation dieser Statistik geben wir Ihnen folgende weitere Hinweise:

Die arbeitsmedizinische Statistik ist gegliedert nach Ärztekammer-Bereichen sowie zusammengefasst auf Bundesebene. Die Angabe der Zahl der Ärztinnen und Ärzte erfolgt mit den nach §§ 3 und 6 BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ in der Fassung vom 01.10.2005 möglichen betriebsärztlichen Qualifikationen. Ausgewiesen wird somit nicht nur die Zahl der Ärzte, welche die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu führen berechtigt sind (§ 3 BGV A2), sondern auch die Zahl derjenigen Ärzte, die nach Erfüllung der Voraussetzungen die Übergangsregelungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) sowie Nr. 1 und 2b) BGV A2 weiterhin über die arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen. Die Zahl dieser Ärzte nimmt entsprechend der Konstruktion dieser Vorschriften als Übergangsregelungen seit 1988 ständig ab.

Darüber hinaus ist die Zahl derjenigen Ärzte ausgewiesen, welche noch die nach § 6 Abs. 2 BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ erforderlichen Voraussetzungen erfüllen, um – befristet in der Regel auf 3 Jahre – im Rahmen einer 2-jährigen selbstständigen betriebsärztlichen Tätigkeit in einem „geeigneten Betrieb“ die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ erwerben zu können. Diese Rubrik wird mittelfristig nicht mehr aufgeführt werden, da diese Qualifizierungsmöglichkeit von den Weiterbildungsordnungen der Kammern nicht mehr vorgesehen wird. Zudem haben einige Landesärztekammern die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ nach § 3 Nr. 2 und § 6 Abs. 2 BGV A2 (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen) vollständig abgeschafft.

Aufgrund der schon Ende 1987 erfolgten Fristenabläufe für die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen entfallen für die neuen Bundesländer zwar Angaben über die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer Fachkunde gemäß der o. g. Übergangsregelung, die in den neuen Bundesländern früher erteilten sogenannten staatlichen Anerkennungen als Betriebsarzt sind nur in einigen Kammerbereichen – und dort auch nur teilweise – in Anerkennung für die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ umgewandelt und somit in dieser Statistik berücksichtigt worden. Sofern keine Umwandlung in die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ erfolgte, ist dennoch auch wiederum nur in einigen Kammerbereichen diese nach den Bestimmungen des Einigungsvertrages für eine betriebsärztliche Tätigkeit ebenso ausreichende Qualifikation bzw. die Zahl der so qualifizierten Ärzte unter dieser Rubrik ausgewiesen worden.

In dieser Statistik nicht enthalten ist die Zahl derjenigen Ärzte, die in den Bereichen einiger Landesärztekammern über die nach §§ 3 und 6 BGV A2 vorgegebenen Fachkundevarianten hinausgehend eine sogenannte unternehmensbezogene Fachkunde gemäß länderspezifischer und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften und den zuständigen Sozialministerien getroffenen Regelungen besitzen und auf dieser Grundlage in ihren langjährigen betreuten Betrieben ebenso noch betriebsärztlich tätig sind.

**Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3, 6
UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2)**

Stand: 31. Dezember 2008

Landesärztekammer	Gesamtzahl der Ärzte mit arbeits- medizinischer Fachkunde	Davon:			
		Gebiets- bezeichnung „Arbeits- medizin“	Zusatz- bezeichnung „Betriebs- medizin“	Fachkunde § 6 Abs. 2	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
Baden-Württemberg	1.602	636	790	71	105
Bayern	2.005	640	1.127	8	230
Berlin	648	414	195	0	39
Brandenburg	326	210	115	1	0
Bremen	127	76	51	0	0
Hamburg	293	191	96	2	4
Hessen	822	311	361	63	87
Mecklenburg-Vorpommern	234	104	130	0	0
Niedersachsen	920	347	535	4	34
Nordrhein	1.272	635	526	0	111
Rheinland-Pfalz	498	189	265	1	43
Saarland	179	61	90	6	22
Sachsen	1.152	310	828	14	0
Sachsen-Anhalt	445	163	282	0	0
Schleswig-Holstein	386	147	235	4	0
Thüringen	344	181	159	4	0
Westfalen-Lippe	1.018	406	491	2	119
Bundesgebiet insgesamt	12.271	5.021	6.276	180	794

Quelle: Bundesärztekammer

11,4 Prozent verringert – es waren bundesweit nur 39. Die Zahl der 35- bis 39-Jährigen beträgt nur 348 mit einer Verringerung gegenüber dem Vorjahr um 15,1 Prozent, die der 40- bis 44-Jährigen 1.021 um 7,9 Prozent (genaue Aufschlüsselungen im Internet unter www.bundesärztekammer.de).

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen muss angestrebt werden

Die Zahlen zeigen, dass in den nächsten Jahren deutlich mehr Betriebsärztinnen und Betriebsärzte aus der betriebs-

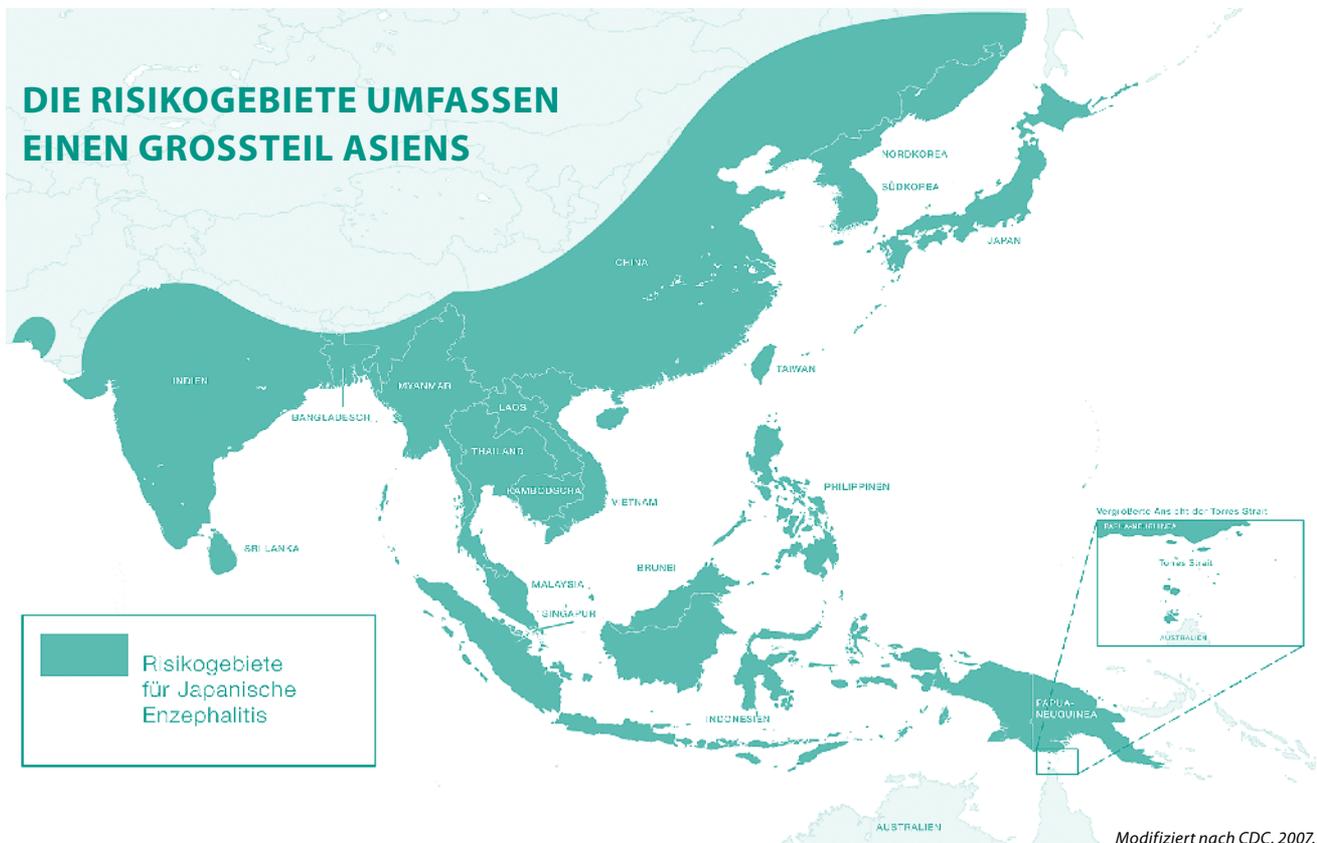
ärztlichen Tätigkeit ausscheiden als nachwachsen werden. Trotz dieser Zahlen ist derzeit aber kein erhöhter Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten zu beobachten. Zu erklären ist dieses Phänomen damit, dass viele Betriebsärztinnen und Betriebsärzte auch über das 65. Lebensjahr hinaus betriebsärztlich tätig sind. Wir gehen davon aus, dass ein Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten erst mittelfristig sichtbar wird.

Ziel muss es nun sein, die Arbeitsmedizin für den Nachwuchs attraktiver zu machen. Dies bedeutet auch, dass die Arbeitsbedingungen und die Honorie-

rung der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten deutlich verbessert werden müssen.

Aber es muss auch deutlich werden, dass das präventivmedizinisch ausgerichtete Fach Arbeitsmedizin und die Zusatzqualifikation Betriebsmedizin – als die Kompetenz in der Primär-, Sekundär- und Terziärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutz und im Gesundheitssystem einnehmen. □

Dr. Annegret E. Schoeller
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Bundesärztekammer



IXIARO®: Impfstoff gegen Japanische Enzephalitis in Deutschland verfügbar

Wirksamer Schutz für Asienreisende gegen eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung

Nach seiner Zulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) ist IXIARO® in Deutschland nun als erster in Europa zugelassener Impfstoff gegen die Japanische Enzephalitis (JE) verfügbar. JE ist eine schwere, durch Stechmücken übertragene Virusinfektion, die zu lebensbedrohlichen Gehirnschädigungen führen kann. Jährlich erkranken bis zu 50.000 Menschen an JE, von denen etwa jeder Dritte stirbt. Ein weiteres Drittel der Patienten leidet unter neurologischen Folgeschäden wie Gedächtnis- und Bewegungsstörungen, die irreversibel sein können. Bei Schwangeren kann eine Infektion mit dem Virus zu einer Fehlgeburt führen. Hauptverbreitungsgebiete der Erkrankung sind Südostasien, Japan, Korea, der Osten Chinas und Indien, wobei die höchste Infektionsgefahr in ländlichen Regionen besteht. In einem jetzt veröffentlichten Konsensuspapier sprechen

sich führende Experten dafür aus, dass jeder Reisende in Endemiegebiete bei der Impfberatung über das Risiko einer Infektion und JE-Erkrankung informiert werden sollte und dass er bei jeder Art und Dauer der Reise an JE erkranken könnte.*

Für Asienreisende aus Europa gab es bisher keinen zugelassenen Impfstoff gegen das JE-Virus. Der gut verträgliche und wirksame Impfstoff IXIARO® bietet diesem Personenkreis erstmals die Möglichkeit einer Prophylaxe gegen diese schwerwiegende Erkrankung. IXIARO® ist zunächst für die aktive Immunisierung gegen das JE-Virus für Personen ab 18 Jahren indiziert. „Das Infektionsrisiko ist bei der Japanischen Enzephalitis schwer einzuschätzen. Es gibt keine spezifische Behandlung der Erkrankung“, so PD Dr. Tomas Jelinek vom Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin. „Dem Fernreisenden

aus Europa kann mit IXIARO® ab sofort eine in Europa zugelassene wirksame und generell gut verträgliche Impfung angeboten werden.“

IXIARO® wurde von der Intercell AG entwickelt. Novartis und Intercell unterhalten seit 2006 eine strategische Allianz, die Novartis Vertriebsrechte für den Impfstoff gewährt. IXIARO® ist bislang in den 27 Ländern der EU sowie in Norwegen und Island zugelassen. Das Präparat ergänzt das Reiseimpfstoff-Sortiment von Novartis Behring, in dem bereits die Impfstoffe Dukoral® (Cholera), Typhoral L® (Typhus), HAVpur® (Hepatitis A) und Rabipur® (Tollwut) vertreten sind.

Einzelheiten der zulassungsentcheidenden Studien mit IXIARO®

IXIARO® ist ein gereinigter, inaktivierter und nach modernsten Erkenntnis-

sen entwickelter Impfstoff zur aktiven Immunisierung gegen das JE-Virus. Er wurde in acht klinischen Studien geprüft, an denen insgesamt 5.102 Personen teilnahmen. Die Zulassung durch die EMA erfolgte auf Grund der Ergebnisse zweier Phase-III-Studien, in denen Wirksamkeit und Verträglichkeit des Impfstoffes geprüft wurden.

Primäres Ziel der ersten Studie war der Nachweis der Nicht-Unterlegenheit der Immunogenität von IXIARO® im Vergleich zu dem nur in den USA zugelassenen Impfstoff JE-Vax® an Tag 56. Sekundäres Ziel war der Vergleich der Sicherheit und lokalen Verträglichkeit beider Impfstoffe. Hierzu erhielten in der randomisierten, prüfverblindeten Phase-III-Multizenterstudie gesunde Erwachsene jeweils zwei Immunisierungen mit IXIARO® bzw. drei Immunisierungen mit JE-Vax®. Hierbei erwies sich IXIARO® als immunogen, d. h. der Impfstoff bewirkte bei 98 % der Studienteilnehmer nach Verabreichung von zwei Dosen die Bildung schützender Antikörper. Eine Folgestudie zeigte, dass sechs Monate nach der Impfung bei 95 % der zu diesem Zeitpunkt getesteten 181 Teilnehmer noch ausreichende Antikörper-Titer (PRNT50 \geq 10) nachweisbar waren. Bei 83 % der Studienteilnehmer war dies auch nach einem Jahr der Fall.

Die Sicherheit und Verträglichkeit von IXIARO® im Vergleich zu Placebo wurde in einer randomisierten, doppelblinden Phase-III-Multizenterstudie bei 2.675 gesunden Erwachsenen geprüft. In dieser Studie erwies sich IXIARO® als generell gut verträglich. IXIARO® hatte ein vergleichbares Sicherheitsprofil wie Placebo-Injektion und zeigte ein günstigeres lokales Verträglichkeitsprofil als JE-Vax®. Es traten keine allergischen Reaktionen auf.

Informationen zum Impfstoff IXIARO®

IXIARO® ist für die aktive Immunisierung gegen das JE-Virus für Personen ab 18 Jahren indiziert. Der nach modernsten Erkenntnissen entwickelte

Impfstoff wird in Zellkulturen hergestellt und anschließend gereinigt und inaktiviert. IXIARO® bewirkte die Bildung von schützenden Antikörpern bei guter Verträglichkeit. Das Präparat ist frei von Thiomersal, Gelatine oder sonstigen Stabilisatoren oder Konservierungsmitteln. Es ist als gebrauchsfertige Flüssigformulierung in Fertigspritzen erhältlich und wird in zwei Dosen im Abstand von 28 Tagen verabreicht.

Informationen zur Japanischen Enzephalitis

Die Japanische Enzephalitis (JE) ist eine akute entzündliche Erkrankung des Gehirns und des Rückenmarks, die von dem Japanischen Enzephalitisvirus (JEV) verursacht wird. Die meisten Infektionen mit dem JE-Virus nehmen einen leichten Verlauf (Fieber und Kopfschmerzen) bzw. es treten keine manifesten Symptome auf. Etwa eine von 300 Infektionen führt zu einer schweren Erkrankung mit raschem Einsetzen von hohem Fieber, Kopfschmerzen, Nackensteife, Orientierungsverlust, Koma, Krämpfen, spastischer Lähmung und Tod. Die Sterblichkeitsrate bei den Erkrankten liegt bei etwa 30 %, und bis zu 50 % der Überlebenden leiden langfristig an neurologischen Folgeerscheinungen 2,3. In Gegenden, in denen das JE-Virus häufig vorkommt, tritt die Enzephalitis in erster Linie bei Kleinkindern auf, da ältere Kinder und Erwachsene möglicherweise eine natürliche Immunität erworben haben oder bereits geimpft worden sind. JE ist in Asien die führende Ursache für virale Enzephalitis, jährlich werden 30.000 bis 50.000 klinische Fälle gemeldet.

JEV wird nur von bestimmten Stechmückenarten (am häufigsten von *Culex tritaeniorhynchus*) übertragen. Diese kommen oft in ländlichen Gebieten Asiens, aber auch in den Randbezirken der Städte vor. Die Aufnahme des Virus durch Stechmücken erfolgt bei einer Blutnahrung an mit JEV infizierten Hausschweinen oder Wildvögeln. Die Mücken übertragen das Virus dann

Impressum

ASUpraxis – Der Betriebsarzt

ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

Medizinische Redaktion

Dr. med. A. Bahemann
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Prof. Dr. M. Kentner
Dr. med. J. Petersen
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert
Dr. med. M. Vollmer
Prof. Dr. med. A. Weber

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Jürgen Dreher
Musberger Straße 50
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11-74 23 84
Fax: 07 11-7 45 04 21
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49
E-Mail: juergen.dreher@online.de

beim nächsten Stich auf andere Schweine und Wasservögel oder auch auf den Menschen⁸. Aufgrund dieses Lebenszyklus ist eine Ausrottung der JE nicht möglich. Etwa 3 Milliarden Menschen leben in Gebieten, in denen ein Krankheitsrisiko für JE besteht. □

Weitere Informationen unter:
www.reiseerkrankungen.de

Stefanie Mohr
Referentin Fach-PR/
Produktkommunikation
Novartis Behring
+49-6421-395944 (direkt)
stefanie.mohr@novartis.com und
presse.marburg@novartis.com