Februar 2015, Jahrgang 32, Nr. 2

MITTEILUNGEN

Der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen

Redaktion: Dr. Gerhard Dobler, Dr. Markus Frühwein

Bayerische Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V.

MITTEILUNGEN

32.Jahrgang, Nr. 1
Januar 2015

Inhalt

1. Personalia der bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen: Dr. Markus Frühwein 2
2. Neue Homepage der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen 3
3. Symposion Impfen-, Reisen und Gesundheit 2015 am 26.09.2015 in München 4
a. Reduktion der Teilnahmegebühr für Mitglieder: Aktionscode anfordern 4
4. Postexpositionsprophylaxe gegen Tetanus in den USA 5
5. Der amerikanische Kontinent ist frei von Röteln 5
6. Erfahrungen mit allgemeiner Influenza-Impfempfehlung für Kinder in Großbritannien 6
7. Die neue Grippewelle: Was ist hier aus dem Ruder gelaufen? 7
8. Aktuelle Tollwut-Situation 9
9. Knappheit von Tollwut-Postexpositionsprophylaxe auf Bali, Indonesien 10
10. Zika-Fieber in Südamerika 11
11. Arbeitsschutz auch im Ehrenamt notwendig 13
a. Arbeitsschutzgesetz(ArbSchG) 13
b. DGUV V1 13
c. SGB VII 14
d. ArbMedVV 17
12. Zur aktuellen epidemiologischen Situation der FSME in Bayern 21
13. Aktueller Stand zur globalen MERS-Coronavirus-Ausbruchssituation 24
14. Neue Erkenntnisse zur Evolution des Ebola-Virus und zum Verlauf der Epidemie in Westafrika 27
15. Impfstoff gegen Ebola ist vielversprechend 28
16. Rheumatologen tagen in Bremen: Fortschritte in der Rheuma-Therapie und neue Impfempfehlungen 29
17. Das Infektionsepidemiologische Jahrbuch 2014 des RKI ist erschienen 31
18. Grundlagen der Behandlung von Asylbewerbern nach der KVB 32

Präsident Dr. med. N.F. Frühwein
Stellvertreter Dr. med M. Alberer
Ap. G. Riemerschmid
Dr. med. M. Frühwein

Anschrift
Brienner Str. 11
80333 München
Fax 089 / 2283645 Tel. 089 / 292467

Konto:
Hauck-Aufhäuser München
BLZ 502 209 00
Kto-Nr. 60533-00

1. Personalia der bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen: Dr. Markus Frühwein

In dieser Rubrik wird die bayerische Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen in Zukunft ihre aktiven oder ehemals aktiven Mitglieder vorstellen, die sich besonders im Sinne der Gesellschaft verdient gemacht haben.

In dieser Ausgabe möchten wir Ihnen Dr. Markus Frühwein vorstellen. Schon in seiner Studienzeit hat er sich aktiv in die Arbeit der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen eingebracht. Inzwischen führt er als Mitglied des Vorstandes die Gesellschaft organisatorisch und ist hilfsbereiter Ansprechpartner für jegliche Belange der Mitglieder. Außerdem ist er mit OFA Dr. Gerhard Dobler für die Mitteilungen der Gesellschaft zuständig.

Nach seiner mehrjährigen internistischen Ausbildung im Lehrkrankenhaus der LMU Agatharied im Voralpenland befindet arbeitet er aktuell in der Praxis Dr. Frühwein und Partner mit den Schwerpunkten Allgemeinmedizin, Reisemedizin und Tropenmedizin in München. Seiner Vorliebe für Infektions- und Tropenerkrankungen, aufbauend auf seiner Arbeitszeit in der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität, ist er in den letzten Jahren immer wieder im Rahmen mehrmonatiger Auslandaufenthalte in Entwicklungsländern nachgegangen. Auch seine Dissertation erfolgte über „ATBF- African tick bite fever“ zu einem tropenspezifischen Thema.

Gerade schließt er mit einer Masterarbeit zum Thema Qualitätsmanagement im Impfbereich von Praxen auf Basis der DIN EN ISO 9001 Zertifizierung einen Masterstudiengang im betriebswirtschaftlichen Gesundheitsmanagement ab.

Als Mitglied des ÄKBV, der Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI), des Vorstandes des Hartmannbundes München und des Vorstandes des Forum Impfen e.V. trägt er aktiv zur Umsetzung der politischen Belange der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen bei.

Der Vorstand

2. Neue Homepage der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen

Der Umzug der Homepage ist vollbracht. Die Bayerische Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen hat eine neue Homepage. Unter **http://www.impfeninbayern.de/** präsentiert sich der Internetauftritt der Gesellschaft neu sortiert und in neuem Design. Der Umzug war aus technischen Gründen notwendig und wurde in den letzten Monaten durch den Vorstand geplant und durchgeführt. An manchen Stellen hapert es noch ein bisschen aber langsam fügt sich alle zusammen. Für Ideen; Anregungen oder auch Fehlermeldungen können sie sich gerne Weiterhin an die Mailadresse **info@tropenmedizin.org** wenden. Dort wird unsere Mitarbeiterin Nina Leeb Ihre Anfragen so rasch wie möglich beantworten oder an den richtigen Ansprechpartner weiterleiten.

3. Symposion Impfen-, Reisen und Gesundheit 2015 am 26.09.2015 in München

2015 jährt sich das Symposion „Impfen, Reisen und Gesundheit“ der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. zum 31. Mal. Als Fachverband für das Impfen in Bayern wollen wir Ihnen, wie in den letzten Jahren, eine praxisbezogene Standortbestimmung und Fortbildungsveranstaltung auf dem Gebiet der Impfungen und der Infektiologie mit besonderer Berücksichtigung der Reise- und Tropenmedizin bieten. Jährlich wiederkehrende Kernthemen stellen eine kontinuierliche Aktualität des Fachwissens für praktizierende Ärzte sicher. Wir bieten Ihnen ein weites Spektrum von Themen des täglichen Praxisbetriebs bis hin zur Gesundheitspolitik. Das Symposion ist die Basis für eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen, die von uns im gesamten Bundesgebiet fachlich begleitet werden. Besonders begrüßen wir die Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und den anderen Fachorganisationen und Experten. Die Inhalte sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden sie unter:
http://www.rg-web.de/aerztefortbildungen/details/393-muenchen-symp-irm-2015

a. Reduktion der Teilnahmegebühr für Mitglieder: Aktionscode anfordern

Für Mitglieder unserer Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. oder des Forums Reisen und Medizin e.V. konnten wir eine deutliche Reduktion der Gebühren erreichen, die bereits mehr als den Jahresbeitrag ausmacht. Dazu einfach den Aktionscode unter: info@tropenmedizin.org anfordern. Der reduzierte Preis beträgt 49€ statt 98€.

Dr. med. Markus Frühwein

4. Postexpositionsprophylaxe gegen Tetanus in den USA

Zwischen 2008 und 2014 wurden in den USA 21 Fälle von Tetanus gemeldet. Bei diesen Patienten lag die Inzidenz in der Altersgruppe >65 Jahre doppelt so hoch wie in der Altersgruppe unter 65 Jahren. Fünf Patienten sind am Tetanus verstorben. Bei sieben Patienten konnte ein besonderes Infektionsrisiko identifiziert werden (vier Patienten mit Diabetes, drei Patienten mit Drogenabusus). Von 16 Patienten mit akuten Verletzungen als Tetanus-Eintrittspforte suchten neun Patienten eine medizinische Einrichtung zur Versorgung der Wunde auf. Von diesen neun Patienten erhielten nur zwei Patienten eine Postexpositionsprophylaxe. Diese Untersuchungen zeigen, dass auch in den USA das Tetanusrisiko von Wunden falsch eingeschätzt und damit eine ungenügende Tetanus-Postexpositionsprophylaxe durchgeführt wird. Grundsätzlich muss bei jeder Wunde der Tetanus-Impfstatus überprüft und nach den STIKO-Empfehlungen eine Postexpositionsprophylaxe mit aktiver und ggf. passiver Immunisierung durchgeführt werden

ProMED, 15. März 2015

5. Der amerikanische Kontinent ist frei von Röteln

Der amerikanische Kontinent wurde als erste Region der WHO für „Frei von Röteln“ erklärt. Der letzte bestätigte bekannte Erkrankungsfall an Röteln und am Kongenitalen Röteln-Syndrom stammt aus dem Jahr 2010.

OFA Dr. med. Gerhard Dobler

6. Erfahrungen mit allgemeiner Influenza-Impfempfehlung für Kinder in Großbritannien

Seit 2013/2014 ist in Großbritannien die Impfung gegen Influenza bei Kindern im Alter von zwei und drei Jahren empfohlen. Als Impfstoff wurde der Influenza-Lebendimpfstoff verwendet und frei durch den Hausarzt/Kinderarzt an alle Kinder ausgegeben. Auch in einigen Grundschulen (10-12 Jährige) wurde im Rahmen eines Pilotprogramms der Impfstoff angeboten und verabreicht. Der Gehalt von Schweine-Gelatine im Lebendimpfstoff (als Stabilisator) verursachte einige öffentliche Diskussion bei einigen Glaubensgruppen, hatte dann aber wohl nur geringe Auswirkungen auf die Impf-Akzeptanz. Insgesamt wurden zwischen 40 und 50% der zwei- bis dreijährigen Kleinkinder und 50 bis 67% der Schulkinder des Pilotprogramms geimpft. Die britischen Gesundheits-Behörden sprechen von einer insgesamt sehr guten Akzeptanz der Influenza-Impfung bei Kindern in der britischen Bevölkerung. Besondere Bedeutung für die Impferfolge scheinen die Schulschwestern und das Schulpersonal zu haben. Ein weiterer wichtiger Aspekt für die gute Akzeptanz war die Form des Impfstoffs, ein nasal zu verabreichender Impfstoff und keine Injektion. Zu den Auswirkungen auf die Influenza-Inzidenz sind noch keine Informationen erhältlich. Diese Ergebnisse werden interessant, da mittlerweile die Klein- und Schulkinder ein wichtiges Reservoir für das Influenzavirus in der humanen Population angesehen wird. Weitere Informationen finden sich in der Originalpopulation: Kassianos G, White S, Reynolds AJ, Rajaram S. Review of the experiences from the first childhood influenza vaccination programme with a live attenuated influenza vaccine in England and Scotland. Drugs in Context 2015; 4: 212280.

OFA Dr. med. Gerhard Dobler

7. Die neue Grippewelle: Was ist hier aus dem Ruder gelaufen?

In der Grippesaison 2014/15 ist die Influenza A für über 90% der Erkrankungen verantwortlich. Für diesen Influenzatyp wurden in früheren Jahren vermehrt schwere Krankheitsverläufe registriert. Niedrige Impfraten einerseits, aber auch ein nur mäßig wirksamer aktueller Impfstoff haben die Ausbreitung sicher begünstigt. Dennoch kann man von einem Nutzen der Impfung für Geimpfte ausgehen – Experten raten auch jetzt noch zu einer Impfung.

Eine neue Grippewelle rollt derzeit durch die Bundesrepublik. Die durch die Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert Koch-Institutes (RKI) gemessene Aktivität an akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist deutlich erhöht und es wurden bis zur siebten Kalenderwoche schon mehr als 18.000 Fälle in dieser Saison übermittelt.

Schuld sind zum einen sicher die niedrigen Impfraten, zum anderen ist auch der Impfstoff in der für die Saison 2014/2015 empfohlenen Zusammensetzung nur mäßig wirksam. Die im Impfstoff enthaltene A(H3N2)-Komponente deckt sich nur schlecht mit den zirkulierenden A(H3N2)-Stämmen. Daher ist bei Geimpften die Wahrscheinlichkeit, an einer Influenza zu erkranken, höher als in den Vorjahren, aber dennoch deutlich niedriger als für nicht Geimpfte.

Influenza A ist in dieser Grippesaison für mehr als 90% der Erkrankungen verantwortlich. Die Erfahrungen früherer Jahre haben gezeigt, dass Grippewellen mit A(H3N2) vermehrt schwere Krankheitsverläufe, insbesondere bei Älteren, mit sich bringen können. Die vom RKI errechnete Übersterblichkeit durch Influenza ist in diesen Jahren besonders hoch.

Wie sich eine Grippewelle innerhalb weniger Wochen entwickeln kann, zeigt deutlich die Auswertung der Sputumproben des Nationalen Referenzzentrums für Influenza (s. Grafik) Die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem mit überlaufenen Praxen und vollen Krankenhäusern sowie der anzunehmende wirtschaftliche Schaden durch krankheitsbedingte Ausfälle, die im Falle der Influenza häufig mindestens eine Woche dauern, sind enorm. Wie aus Daten von FluNewsEurope hervorgeht, scheint die

Grippewelle vor allem Zentral- und Westeuropa erfasst zu haben. Auch hier finden sich vorwiegend Influenza-A-Viren des Typs H3N2, die nicht ausreichend durch den Impfstoff abgedeckt sind.

Impfstoff eingeschränkt wirksam – trotzdem impfen?

Von einem Nutzen der Impfung für Geimpfte ist immer noch auszugehen, auch wenn der Grippeimpfstoff in der Saison 2014/2015 hinter den Erwartungen zurückbleibt. Die Impfung erzeugt neben einem Schutz gegen circa ein Drittel der zirkulierenden A(H3N2)-Stämme eine gute Immunität gegen die übrigen im Virus enthaltenen Impfstämme, die sich aktuell anscheinend gut mit den entsprechenden zirkulierenden Stämmen decken. Dieser Schutz ist, besonders in den Risikogruppen nicht zu unterschätzen. Daher wird von Expertenseite weiterhin zu einer Impfung geraten, auch wenn wir uns am Ende der Saison befinden.

Ziel: hohe Durchimpfungsraten

Nach Hochrechnungen des RKI ist die Influenza selbst bei konservativen Schätzungen immer wieder für mehr als 20.000 Todesfälle pro Jahr verantwortlich. Wir sollten uns als impfende Ärzte daher nochmals die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer Influenzaimpfung, insbesondere in den von der STIKO empfohlenen Zielgruppen (s. Kasten) vor Augen führen. In fast allen Gruppen werden keine ausreichenden Durchimpfungsraten erzielt. Sogar bei den über 60-jährigen werden nur Impfquoten knapp über 60% erreicht. Damit sind wir immer noch weit entfernt von der durch die WHO schon für 2010 geforderten Durchimpfungsrate von 75% und liegen auch im internationalen Vergleich mit anderen europäischen Ländern weit zurück.

Präsident Dr. med. N.F. Frühwein
Stellvertreter Dr. med M. Alberer
Ap. G. Riemerschmid
Dr. med. M. Frühwein

Anschrift
Brienner Str. 11
80333 München
Fax 089 / 2283645 Tel. 089 / 292467

Konto:
Hauck-Aufhäuser München
BLZ 502 209 00
Kto-Nr. 60533-00

Auch wenn der Impfstoff in diesem Jahr die gewünschte Wirkung sicher nicht erreicht hat, konnte in den letzten Saisons gerade gegen die Influenza-A-Erkrankungen meistens ein gut wirksamer Schutz induziert werden. Es ist auch in Zukunft wieder von einer besseren Wirkung auszugehen, auch wenn diese nicht immer optimal vorhersehbar ist. Die Problematik der Verfehlung des dominierenden B-Stammes, wie in den letzten Jahren mehrfach passiert, lässt sich in Zukunft durch gezielte Verwendung tetravalenter Impfstoffe, insbesondere für Risikogruppen, besser umgehen. Gerade nach einer Grippewelle wie der aktuellen, mit nur eingeschränkter Impfschutzmöglichkeit, dürfen wir als impfende Ärzte die Thematik nicht aus den Augen verlieren, sondern müssen noch verstärkt für die nächste Saison auf höhere Impfraten hinarbeiten und einer Influenza-Impfmüdigkeit aktiv entgegenwirken.

Vernachlässigte Grippeimpfung bei medizinischem Personal

Dies gilt nicht nur für unsere Patienten, sondern auch für uns Ärzte/Ärztinnen und anderes medizinisches Personal. Immer noch finden sich hier nur schlechte Durchimpfungsraten um 22%. In fast keinem anderen medizinischen Bereich werden offizielle Empfehlungen so wenig angenommen und umgesetzt. Wir vertrauen doch sonst auch auf Studien, Daten und Expertenempfehlungen; warum fällt es gerade Ärzten so schwer, diese auch für sich selbst anzunehmen?

Dabei ist zu berücksichtigen, dass man sich damit nicht nur selbst dem Risiko einer Erkrankung aussetzt, sondern in unverantwortlicher Weise Patienten, die häufig durch Erkrankungen für schwere Verläufe besonders anfällig sind, gesundheitlich gefährdet. Da die Übertragung innerhalb der Latenzzeit stattfinden kann, ist es auch nicht ausreichend. erst bei ersten Anzeichen einer Infektion den Kontakt zu Patienten zu vermeiden. Dann kommt auch die Empfehlung für den Patienten, sich gegen Grippe impfen zu lassen, zu spät, da es bis zur Ausbildung des Impfschutzes fast zwei Wochen dauert. In Grippezeiten können ungeimpfte Ärzte und medizinische Fachangestellte damit hervorragende Multiplikatoren der Erkrankung in einer anfälligen Risikogruppe sein. Wer aus medizinischer Sicht verantwortlich handelt, schützt sich und seine Mitarbeiter durch eine Impfung und damit auch seine Patienten.

Dr. med. Markus Frühwein, erschienen im Ärztliches Journal Reisen und Medizin 03/2015

Präsident Dr. med. N.F. Frühwein
Stellvertreter Dr. med M. Alberer
Ap. G. Riemerschmid
Dr. med. M. Frühwein

Anschrift
Brienner Str. 11
80333 München
Fax 089 / 2283645 Tel. 089 / 292467

Konto:
Hauck-Aufhäuser München
BLZ 502 209 00
Kto-Nr. 60533-00

8. Aktuelle Tollwut-Situation

Schaut man in die aktuellen epidemiologischen Informationsseiten im Internet, z.B. ProMED, so fällt auf, dass in den letzten Monaten gehäuft eine Erkrankung wieder gemeldet wird: Tollwut. Allein in den USA wurde innerhalb der letzten drei Monate (April bis Juni 2015) in zehn amerikanischen Bundesstaaten über Tollwut berichtet. Hier handelt es sich um die sylvatische Form der Tollwut, d.h. es sind vorwiegend Wildtiere (Stinktiere, Waschbären, Fledermäuse) betroffen oder Haustiere (v.a. Hunde, Katzen) nach Kontakten mit erkrankten Wildtieren. Israel berichtet über Tollwut bei einwandernden Wölfen aus dem Libanon und aus Syrien. In der Slowakischen Republik sind in diesem Jahr bereits zwei tollwütige Füchse identifiziert worden, zum ersten Mal seit rund 10 Jahren. Tunesien meldet Todesfälle durch Tollwut. Nicht zu sprechen von den Ländern in Südostasien, in Südamerika und auch in Afrika. Die Tollwut ist weiterhin eine immanente Bedrohung für die einheimische Bevölkerung, aber auch für den reisenden. Selbst in Ländern wie den USA soll nach jedem Tierkontakt mit einem Verhaltens-auffälligen Tier die Frage nach einer Tollwut-PEP gestellt werden. Kritisch ist die Situation der Verfügbarkeit von Tollwut-Impfstoff und Tollwut-Hyperimmunglobulin in manchen Regionen unserer Erde. Hier ist auch die pharmazeutische Industrie weiter gefordert, den entsprechenden Nachschub zu liefern. Die Gesundheitssysteme der Länder sollen dieser tödlichen Infektionskrankheit eine größere medizinische und auch veterinärmedizinische Bedeutung einräumen. Die Experten sind sich einig, dass eine Kontrolle der Tollwut-Situation nur über eine Kontrolle der urbanen Tollwut in den tropischen und subtropischen Ländern und der sylvatischen Tollwut in den entwickelten Ländern.

OFA Dr. med. Gerhard Dobler

9. Knappheit von Tollwut-Postexpositionsprophylaxe auf Bali, Indonesien

Auf der indonesischen Urlaubsinsel Bali werden weiterhin Fälle von Hunde-Tollwut und auch menschlichen Tollwutfällen registriert. Nachdem Ende des Jahres 2014 die Zahl der menschlichen Erkrankungsfälle scheinbar zurückgegangen war, wurden seit Jahresbeginn mindestens neun Erkrankungen diagnostiziert. Nach einer Information der Regierungsnahen Zeitung NusBali gibt es seit Monaten kaum Tollwut-Impfstoff und Rabies-Immunglobulin zur Durchführung einer Tollwut-Postexpositionsprophylaxe (PEP). In staatlichen Krankenhäusern in der Stadt Badung ist seit April dieses Jahres eine PEP nach Hundebissen aufgrund fehlender Medikamente nicht mehr möglich. Nach Angaben der lokalen Gesundheitsbehörde handelt es sich um ein Nachschub-Problem und nicht um finanzielle Gründe für das Ausbleiben des Impfstoffs. Reisende auf Bali sollen streunende Hunde meiden und jeden direkten Kontakt mit Hunden verhindern. Bei längeren Aufenthalten oder Aufenthalten mit erhöhtem Risiko von Hundebissen soll ggf. eine präexpositionelle Tollwut-Immunisierung vor reisebeginn durchgeführt werden

ProMED, 10. Mai 2015

10. Japanische Encephalitis Auffrischimpfung

Inwieweit Auffrischimpfungen im Rahmen der Immunisierung gegen japanische Encephalitis notwendig sind ist bisher nicht eindeutig geklärt. Aktuell wir empfohlen 12-24 Monate nach erhaltener Grundimmunisierung mit 2 Dosen Ixiaro ebei anhaltendem Risiko eine weitere Impfung durchzuführen. Aber wie geht es dann weiter. Bisher fehlten einfach entsprechende Langzeitdaten. Eine Studie, die in der Zeitschrift vaccine veröffentlicht wurde (Persistence of antibodies six years after booster vaccination with inactivated vaccine against Japanese encephalitis), macht Hoffnung auf einen relativ lang anhaltenden Schutz nach der ersten Auffrischimpfung. Paulke Korinek, Kollaritsch und Kundi konnten 6 Jahre nach dem Booster bei ca. 96% der Geimpften protektive Antikörper nachweisen. Nach Hochrechnungen gehen sie von einem Schutz von mindestens 75% nach 10 Jahren aus. Auch wenn sich aus den erhobenen Daten noch keine eindeutigen Empfehlungen für eine Empfehlung zu weiteren Boosterimpfungen ableiten lassen, können die Studienergebnisse gute Anhaltspunkte für den impfenden Arzt im Rahmen einer Entscheidung liedern, für die es noch keine öffentlichen Empfehlungen gibt.

Dr. med. Markus Frühwein

11. Zika-Fieber in Südamerika

Zika-Virusinfektionen sind in den letzten Monaten und Jahren wieder vermehrt diagnostiziert worden. Epidemien in Ozeanien (Vanuatu, Cook-Inseln, Polynesien) haben die Aufmerksamkeit kurzfristig auf diese Flavivirus-Infektion mit Dengue-ähnlicher Symptomatik gelenkt. Nun wird ein Ausbruchsgeschehen aus Brasilien gemeldet. Erkrankungsfälle werden aus den Bundesstaaten Ceara, Pernambuco, Rio de Janeiro, Bahia und Rio Grande del Norte gemeldet. Bei einigen Reiserückkehrern aus Brasilien wurde auch schon ein Zika-Fieber diagnostiziert. Damit gibt es in Brasilien mindestens drei Erkrankungen mit einer Dengue-Fieber-ähnlichen Symptomatik: Dengue-Fieber, Chikungunya-Fieber und Zika-Fieber. Mindestens diese drei Virusinfektionen müssen damit differentialdiagnostisch bei fieberhaften Infektionen mit Muskel-, Gliederschmerzen und Exanthem von Seiten virusverursachter Infektionen ggf. neben einigen lokal vorkommenden Virusinfektionen (z.B. Oropouche-Fieber) abgeklärt werden.

OFA Dr. med. Gerhard Dobler

12. Arbeitsschutz auch im Ehrenamt notwendig

Der Arbeitsschutz betrifft auch ehrenamtliche Mitarbeiter von Unternehmen, Vereinen oder Hilfsorganisationen. Viele entsprechende Organisationen sind sich darüber allerdings nicht im Klaren. Daher sind für diese Mitarbeiter auch die entsprechenden Maßnahmen des Arbeitsschutzes, sei es nach G35 oder G42 durchzuführen. Um die rechtliche Grundlage darzustellen haben wir Ihnen die entsprechenden Regularien, die den Arbeitsschutz von Mitarbeitern generell regeln übersichtlich zusammengestellt.

a. Arbeitsschutzgesetz(ArbSchG)

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Maßnahmen des Arbeitsschutzes im Sinne dieses Gesetzes sind Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit.

(2) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind:

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. arbeitnehmerähnliche Personen im Sinne des § 5 Abs. 1 des Arbeitsgerichtsgesetzes, ausgenommen die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten,
4. Beamtinnen und Beamte,
5. Richterinnen und Richter,
6. Soldatinnen und Soldaten,
7. die in Werkstätten für Behinderte Beschäftigten.

(3) Arbeitgeber im Sinne dieses Gesetzes sind natürliche und juristische Personen und rechtsfähige Personengesellschaften, die Personen nach Absatz 2 beschäftigen.

(4) Sonstige Rechtsvorschriften im Sinne dieses Gesetzes sind Regelungen über Maßnahmen des Arbeitsschutzes in anderen Gesetzen, in Rechtsverordnungen und Unfallverhütungsvorschriften.

(5) Als Betriebe im Sinne dieses Gesetzes gelten für den Bereich des öffentlichen Dienstes die Dienststellen.

Dienststellen sind die einzelnen Behörden, Verwaltungsstellen und Betriebe der Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der sonstigen Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts, die Gerichte des Bundes und der Länder sowie die entsprechenden Einrichtungen der Streitkräfte.

b. DGUV V1

§ 2 Grundpflichten des Unternehmers

(1) Der Unternehmer hat die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu treffen. Die zu treffenden Maßnahmen sind insbesondere in staatlichen Arbeitsschutzvorschriften (Anlage 1), dieser Unfallverhütungsvorschrift und in weiteren Unfallverhütungsvorschriften näher bestimmt. Die in staatlichem Recht bestimmten Maßnahmen gelten auch zum Schutz von Versicherten, die keine Beschäftigten sind.

(2) Der Unternehmer hat bei den Maßnahmen nach Absatz 1 von den allgemeinen Grundsätzen nach § 4 Arbeitsschutzgesetz auszugehen und dabei vorrangig das staatliche

Regelwerk sowie das Regelwerk der Unfallversicherungsträger heranzuziehen.
(3) Der Unternehmer hat die Maßnahmen nach Absatz 1 entsprechend den Bestimmungen des § 3 Absatz 1 Sätze 2 und 3 und Absatz 2 Arbeitsschutzgesetz zu planen, zu organisieren, durchzuführen und erforderlichenfalls an veränderte Gegebenheiten anzupassen.
(4) Der Unternehmer darf keine sicherheitswidrigen Weisungen erteilen.
(5) Kosten für Maßnahmen nach dieser Unfallverhütungsvorschrift und den für ihn sonst geltenden Unfallverhütungsvorschriften darf der Unternehmer nicht den Versicherten auferlegen.
§ 3 Beurteilung der Arbeitsbedingungen, Dokumentation, Auskunftspflichten
(1) Der Unternehmer hat durch eine Beurteilung der für die Versicherten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdungen entsprechend § 5 Absatz 2 und 3 Arbeitsschutzgesetz zu ermitteln, welche Maßnahmen nach § 2 Absatz 1 erforderlich sind.
(2) Der Unternehmer hat Gefährdungsbeurteilungen insbesondere dann zu überprüfen, wenn sich die betrieblichen Gegebenheiten hinsichtlich Sicherheit und Gesundheitsschutz verändert haben.
(3) Der Unternehmer hat entsprechend § 6 Absatz 1 Arbeitsschutzgesetz das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung nach Absatz 1, die von ihm festgelegten Maßnahmen und das Ergebnis ihrer Überprüfung zu dokumentieren.
(4) Der Unternehmer hat dem Unfallversicherungsträger alle Informationen über die im Betrieb getroffenen Maßnahmen des Arbeitsschutzes auf Wunsch zur Kenntnis zu geben.
(5) Für Personen, die in Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen oder im Zivilschutz unentgeltlich tätig werden, hat der Unternehmer, der für die vorgenannten Personen zuständig ist, Maßnahmen zu ergreifen, die denen nach Absatz 1 bis 4 gleichwertig sind.

c. SGB VII

Zweiter Abschnitt, Versicherter Personenkreis
§ 2 Versicherung kraft Gesetzes
(1) Kraft Gesetzes sind versichert
1. Beschäftigte,
2. Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Schulungskursen und ähnlichen Einrichtungen,
3. Personen, die sich Untersuchungen, Prüfungen oder ähnlichen Maßnahmen unterziehen, die aufgrund von Rechtsvorschriften zur Aufnahme einer versicherten Tätigkeit oder infolge einer abgeschlossenen versicherten Tätigkeit erforderlich sind, soweit diese Maßnahmen vom Unternehmen oder einer Behörde veranlaßt worden sind,
4. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
5. Personen, die
a) Unternehmer eines landwirtschaftlichen Unternehmens sind und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
b) im landwirtschaftlichen Unternehmen nicht nur vorübergehend mitarbeitende Familienangehörige sind,

c) in landwirtschaftlichen Unternehmen in der Rechtsform von Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften regelmäßig wie Unternehmer selbständig tätig sind,
d) ehrenamtlich in Unternehmen tätig sind, die unmittelbar der Sicherung, Überwachung oder Förderung der Landwirtschaft überwiegend dienen,
e) ehrenamtlich in den Berufsverbänden der Landwirtschaft tätig sind, wenn für das Unternehmen die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zuständig ist.
6. Hausgewerbetreibende und Zwischenmeister sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
7. selbständig tätige Küstenschiffer und Küstenfischer, die zur Besatzung ihres Fahrzeugs gehören oder als Küstenfischer ohne Fahrzeug fischen und regelmäßig nicht mehr als vier Arbeitnehmer beschäftigen, sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
8. a) Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen, deren Träger für den Betrieb der Einrichtungen der Erlaubnis nach § 45 des Achten Buches oder einer Erlaubnis aufgrund einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung bedürfen, sowie während der Betreuung durch geeignete Tagespflegepersonen im Sinne von § 23 des Achten Buches,
b) Schüler während des Besuchs von allgemein- oder berufsbildenden Schulen und während der Teilnahme an unmittelbar vor oder nach dem Unterricht von der Schule oder im Zusammenwirken mit ihr durchgeführten Betreuungsmaßnahmen,
c) Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen,
9. Personen, die selbständig oder unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege tätig sind,
10. Personen, die
a) für Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts oder deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften, für die in den Nummern 2 und 8 genannten Einrichtungen oder für privatrechtliche Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von Gebietskörperschaften ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen,
b) für öffentlich-rechtliche Religionsgemeinschaften und deren Einrichtungen oder für privatrechtliche Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen,
11. Personen, die
a) von einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts zur Unterstützung einer Diensthandlung herangezogen werden,
b) von einer dazu berechtigten öffentlichen Stelle als Zeugen zur Beweiserhebung herangezogen werden,
12. Personen, die in Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen oder im Zivilschutz unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen dieser Unternehmen teilnehmen,
13. Personen, die
a) bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten oder einen anderen aus erheblicher gegenwärtiger Gefahr für seine Gesundheit retten,
b) Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden oder bei denen Voruntersuchungen oder Nachsorgemaßnahmen anlässlich der Spende vorgenommen werden,

c) sich bei der Verfolgung oder Festnahme einer Person, die einer Straftat verdächtig ist oder zum Schutz eines widerrechtlich Angegriffenen persönlich einsetzen,
14. Personen, die
a) nach den Vorschriften des Zweiten oder des Dritten Buches der Meldepflicht unterliegen, wenn sie
einer besonderen, an sie im Einzelfall gerichteten Aufforderung der Bundesagentur für Arbeit, des nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches zuständigen Trägers oder eines nach § 6a des Zweiten Buches zugelassenen kommunalen Trägers nachkommen, diese oder eine andere Stelle aufzusuchen,
b) an einer Maßnahme teilnehmen, wenn die Person selbst oder die Maßnahme über die Bundesagentur für Arbeit, einen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches zuständigen Träger oder einen nach § 6a des Zweiten Buches zugelassenen kommunalen Träger gefördert wird,
15. Personen, die
a) auf Kosten einer Krankenkasse oder eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten,
b) zur Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Aufforderung eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit einen dieser Träger oder eine andere Stelle aufsuchen,
c) auf Kosten eines Unfallversicherungsträgers an vorbeugenden Maßnahmen nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung teilnehmen,
16. Personen, die bei der Schaffung öffentlich geförderten Wohnraums im Sinne des Zweiten Wohnungsbaugesetzes oder im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei der Schaffung von Wohnraum im Sinne des § 16 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Wohnraumförderungsgesetzes oder entsprechender landesrechtlicher Regelungen im Rahmen der Selbsthilfe tätig sind,
17. Pflegepersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfaßt Pflegetätigkeiten im Bereich der Körperpflege und - soweit diese Tätigkeiten überwiegend Pflegebedürftigen zugute kommen - Pflegetätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 des Elften Buches).
(1a) Versichert sind auch Personen, die nach Erfüllung der Schulpflicht auf der Grundlage einer schriftlichen Vereinbarung im Dienst eines geeigneten Trägers im Umfang von durchschnittlich mindestens acht Wochenstunden und für die Dauer von mindestens sechs Monaten als Freiwillige einen Freiwilligendienst aller Generationen unentgeltlich leisten. Als Träger des Freiwilligendienstes aller Generationen geeignet sind inländische juristische Personen des öffentlichen Rechts oder unter § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes fallende Einrichtungen zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger oder kirchlicher Zwecke (§§ 52 bis 54 der Abgabenordnung), wenn sie die Haftpflichtversicherung und eine kontinuierliche Begleitung der Freiwilligen und deren Fort- und Weiterbildung im Umfang von mindestens durchschnittlich 60 Stunden je Jahr sicherstellen. Die Träger haben fortlaufende Aufzeichnungen zu führen über die bei ihnen nach Satz 1 tätigen Personen, die Art und den Umfang der Tätigkeiten und die Einsatzorte. Die Aufzeichnungen sind mindestens fünf Jahre lang aufzubewahren.

(2) Ferner sind Personen versichert, die wie nach Absatz 1 Nr. 1 Versicherte tätig werden. Satz 1 gilt auch für Personen, die während einer aufgrund eines Gesetzes angeordneten Freiheitsentziehung oder aufgrund einer strafrichterlichen, staatsanwaltlichen oder jugendbehördlichen Anordnung wie Beschäftigte tätig werden.
(3) Absatz 1 Nr. 1 gilt auch für
1. Personen, die im Ausland bei einer amtlichen Vertretung des Bundes oder der Länder oder bei deren Leitern, Mitgliedern oder Bediensteten beschäftigt und in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Absatz 1 Satz 2 des Sechsten Buches pflichtversichert sind,
2. Personen, die
a) im Sinne des Entwicklungshelfer-Gesetzes Entwicklungsdienst oder Vorbereitungsdienst leisten,
b) einen entwicklungspolitischen Freiwilligendienst „weltwärts" im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 1. August 2007 (BAnz. 2008 S. 1297) leisten,
c) einen Internationalen Jugendfreiwilligendienst im Sinne der Richtlinie Internationaler Jugendfreiwilligendienst des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 20. Dezember 2010 (GMBl S. 1778) leisten,
3. Personen, die
a) eine Tätigkeit bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation ausüben und deren Beschäftigungsverhältnis im öffentlichen Dienst während dieser Zeit ruht,
b) als Lehrkräfte vom Auswärtigen Amt durch das Bundesverwaltungsamt an Schulen im Ausland vermittelt worden sind oder
c) für ihre Tätigkeit bei internationalen Einsätzen zur zivilen Krisenprävention durch einen Sekundierungsvertrag nach dem Sekundierungsgesetz abgesichert werden.
Die Versicherung nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a und c erstreckt sich auch auf Unfälle oder Krankheiten, die infolge einer Verschleppung oder einer Gefangenschaft eintreten oder darauf beruhen, dass der Versicherte aus sonstigen mit seiner Tätigkeit zusammenhängenden Gründen, die er nicht zu vertreten hat, dem Einflussbereich seines Arbeitgebers oder der für die Durchführung seines Einsatzes verantwortlichen Einrichtung entzogen ist.
Gleiches gilt, wenn Unfälle oder Krankheiten auf gesundheitsschädigende oder sonst vom Inland wesentlich abweichende Verhältnisse bei der Tätigkeit oder dem Einsatz im Ausland zurückzuführen sind. Soweit die Absätze 1 bis 2 weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Tätigkeit voraussetzen, gelten sie abweichend von § 3 Nr. 2 des Vierten Buches für alle Personen, die die in diesen Absätzen genannten Tätigkeiten im Inland ausüben; § 4 des Vierten Buches gilt entsprechend. Absatz 1 Nr. 13 gilt auch für Personen, die im Ausland tätig werden, wenn sie im Inland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.
(4) Familienangehörige im Sinne des Absatzes 1 Nr. 5 Buchstabe b sind
1. Verwandte bis zum dritten Grade,
2. Verschwägerte bis zum zweiten Grade,
3. Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches) der Unternehmer, ihrer Ehegatten oder ihrer Lebenspartner.

d. ArbMedVV

§ 1 Ziel und Anwendungsbereich
(1) Ziel der Verordnung ist es, durch Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten frühzeitig zu erkennen und zu

verhüten. Arbeitsmedizinische Vorsorge soll zugleich einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes leisten.
(2) Diese Verordnung gilt für die arbeitsmedizinische Vorsorge im Geltungsbereich des Arbeitsschutzgesetzes.
(3) Diese Verordnung lässt sonstige arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen, insbesondere nach dem Arbeitsschutzgesetz und dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz), unberührt.
§ 2 Begriffsbestimmungen
(1) Arbeitsmedizinische Vorsorge im Sinne dieser Verordnung
1. ist Teil der arbeitsmedizinischen Präventionsmaßnahmen im Betrieb;
2. dient der Beurteilung der individuellen Wechselwirkungen von Arbeit und physischer und psychischer Gesundheit und der Früherkennung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen sowie der Feststellung, ob bei Ausübung einer bestimmten Tätigkeit eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung besteht;
3. beinhaltet ein ärztliches Beratungsgespräch mit Anamnese einschließlich Arbeitsanamnese sowie körperliche oder klinische Untersuchungen, soweit diese für die individuelle Aufklärung und Beratung erforderlich sind und der oder die Beschäftigte diese Untersuchungen nicht ablehnt;
4. umfasst die Nutzung von Erkenntnissen aus der Vorsorge für die Gefährdungsbeurteilung und für sonstige Maßnahmen des Arbeitsschutzes;
5. umfasst nicht den Nachweis der gesundheitlichen Eignung für berufliche Anforderungen nach sonstigen Rechtsvorschriften oder individual- oder kollektivrechtlichen Vereinbarungen.
(1) Pflichtvorsorge bei:
1. gezielten Tätigkeiten mit einem biologischen Arbeitsstoff der Risikogruppe 4 oder mit
– Bacillus anthracis,
– Bartonella bacilliformis,
– Bartonella henselae,
– Bartonella quintana,
– Bordetella pertussis,
– Borelia burgdorferi,
– Borelia burgdorferi sensu lato,
– Brucella melitensis,
– Burkholderia pseudomallei (Pseudomonas pseudomallei),
– Chlamydophila pneumoniae,
– Chlamydophila psittaci (aviäre Stämme),
– Coxiella burnetii,
– Francisella tularensis,
– Frühsommermeningoenzephalitis-(FSME)-Virus,
– Gelbfieber-Virus,
– Helicobacter pylori,
– Hepatitis-A-Virus (HAV),
– Hepatitis-B-Virus (HBV),
– Hepatitis-C-Virus (HCV),
– Influenzavirus A oder B,

– Japanenzephalitisvirus,
– Leptospira spp.,
– Masernvirus,
– Mumpsvirus,
– Mycobacterium bovis,
– Mycobacterium tuberculosis,
– Neisseria meningitidis,
– Poliomyelitisvirus,
– Rubivirus,
– Salmonella typhi,
– Schistosoma mansoni,
– Streptococcus pneumoniae,
– Tollwutvirus,
– Treponema pallidum (Lues),
– Tropheryma whipplei,
– Trypanosoma cruzi,
– Yersinia pestis,
– Varizelle-Zoster-Virus (VZV) oder
– Vibrio cholerae;

2. nicht gezielten Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen der Risikogruppe 4 bei Kontaktmöglichkeit zu infizierten Proben oder Verdachtsproben oder erkrankten oder krankheitsverdächtigen Personen oder Tieren einschließlich deren Transport sowie

3. nachfolgend aufgeführten nicht gezielten Tätigkeiten

a) in Forschungseinrichtungen oder Laboratorien: regelmäßige Tätigkeiten mit Kontaktmöglichkeit zu infizierten Proben oder Verdachtsproben, zu infizierten Tieren oder krankheitsverdächtigen Tieren beziehungsweise zu erregerhaltigen oder kontaminierten Gegenständen oder Materialien hinsichtlich eines biologischen Arbeitsstoffes nach Nummer 1;

b) in Tuberkuloseabteilungen und anderen pulmologischen Einrichtungen: Tätigkeiten mit regelmäßigem Kontakt zu erkrankten oder krankheitsverdächtigen Personen hinsichtlich Mycobacterium bovis oder Mycobacterium tuberculosis;

c) in Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Menschen:

aa) Tätigkeiten mit regelmäßigem direkten Kontakt zu erkrankten oder krankheitsverdächtigen Personen hinsichtlich
– Bordetella pertussis,
– Hepatitis-A-Virus (HAV),
– Masernvirus,
– Mumpsvirus oder
– Rubivirus,

bb) Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, Körperausscheidungen oder Körpergewebe kommen kann, insbesondere Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder Gefahr von Verspritzen und Aerosolbildung, hinsichtlich
– Hepatitis-B-Virus (HBV) oder
– Hepatitis-C-Virus (HCV);

Präsident Dr. med. N.F. Frühwein
Stellvertreter Dr. med M. Alberer
Ap. G. Riemerschmid
Dr. med. M. Frühwein

Anschrift
Brienner Str. 11
80333 München
Fax 089 / 2283645 Tel. 089 / 292467

Konto:
Hauck-Aufhäuser München
BLZ 502 209 00
Kto-Nr. 60533-00

dies gilt auch für Bereiche, die der Versorgung oder der Aufrechterhaltung dieser Einrichtungen dienen;
d) in Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Kindern, ausgenommen Einrichtungen ausschließlich zur Betreuung von Kindern: Tätigkeiten mit regelmäßigem direkten Kontakt zu erkrankten oder krankheitsverdächtigen Kindern hinsichtlich Varizella-Zoster-Virus (VZV); Buchstabe c bleibt unberührt;
e) in Einrichtungen ausschließlich zur Betreuung von Menschen: Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, Körperausscheidungen oder Körpergewebe kommen kann, insbesondere Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder Gefahr von Verspritzen und Aerosolbildung, hinsichtlich
– Hepatitis-A-Virus (HAV), – Hepatitis-B-Virus (HBV) oder – Hepatitis-C-Virus (HCV);
f) in Einrichtungen zur vorschulischen Betreuung von Kindern: Tätigkeiten mit regelmäßigem direkten Kontakt zu Kindern hinsichtlich
– Bordetella pertussis,
– Masernvirus,
– Mumpsvirus,
– Rubivirus oder
– Varizella-Zoster-Virus (VZV); Buchstabe e bleibt unberührt;
g) in Notfall- und Rettungsdiensten: Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, Körperausscheidungen oder Körpergewebe kommen kann, insbesondere Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder Gefahr von Verspritzen und Aerosolbildung, hinsichtlich Hepatitis-B-Virus (HBV) oder Hepatitis-C-Virus (HCV);
h) in der Pathologie: Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, Körperausscheidungen oder Körpergewebe kommen kann, insbesondere Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder Gefahr von Verspritzen und Aerosolbildung, hinsichtlich Hepatitis-B-Virus (HBV) oder Hepatitis-C-Virus (HCV);
i) in Kläranlagen oder in der Kanalisation: Tätigkeiten mit regelmäßigem Kontakt zu fäkalienhaltigen Abwässern oder mit fäkalienkontaminierten Gegenständen hinsichtlich Hepatitis-A-Virus (HAV);
j) in Einrichtungen zur Aufzucht und Haltung von Vögeln oder zur Geflügelschlachtung: regelmäßige Tätigkeiten mit Kontaktmöglichkeit zu infizierten Proben oder Verdachtsproben, zu infizierten Tieren oder krankheitsverdächtigen Tieren beziehungsweise zu erregerhaltigen oder kontaminierten Gegenständen oder Materialien, wenn dabei der Übertragungsweg gegeben ist, hinsichtlich Chlamydophila psittaci (aviäre Stämme);
k) in einem Tollwut gefährdeten Bezirk: Tätigkeiten mit regelmäßigem Kontakt zu frei lebenden Tieren hinsichtlich Tollwutvirus;
l) in oder in der Nähe von Fledermausunterschlupfen: Tätigkeiten mit engem Kontakt zu Fledermäusen hinsichtlich Europäischem Fledermaus-Lyssavirus (EBLV 1 und 2);
m) auf Freiflächen, in Wäldern, Parks und Gartenanlagen, Tiergärten und Zoos: regelmäßige Tätigkeiten in niederer Vegetation oder direkter Kontakt zu frei lebenden Tieren hinsichtlich
aa) Borrellia burgdorferi oder
bb) in Endemiegebieten Frühsommermeningoenzephalitis-(FSME)-Virus.

Dr. Nikolaus Frühwein/Dr. Markus Frühwein

13. Zur aktuellen epidemiologischen Situation der FSME in Bayern

Die Frühsommern-Meningoenzephalitis (FSME) ist die wichtigste durch Zecken übertragene Virusinfektion in Europa und Asien und eine der wichtigsten Ursachen von ZNS-Infektionen überhaupt. In Deutschland zählen insbesondere die im Süden gelegenen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg und Teile Thüringens und Sachsens, von Rheinland-Pfalz und Hessen zu den FSME-endemischen Gebieten.

Trotzdem es eine sehr gut wirksame und verträgliche FSME-impfung gibt, stagnieren in den letzten Jahren die Durchimpfungsraten in Bayern und Baden-Württemberg. Die Zahl der Erkrankungsfälle in Deutschland liegt weiterhin hoch (Abb. 1), wenn sie auch von Jahr zu Jahr deutliche Schwankungen unterlegen ist.

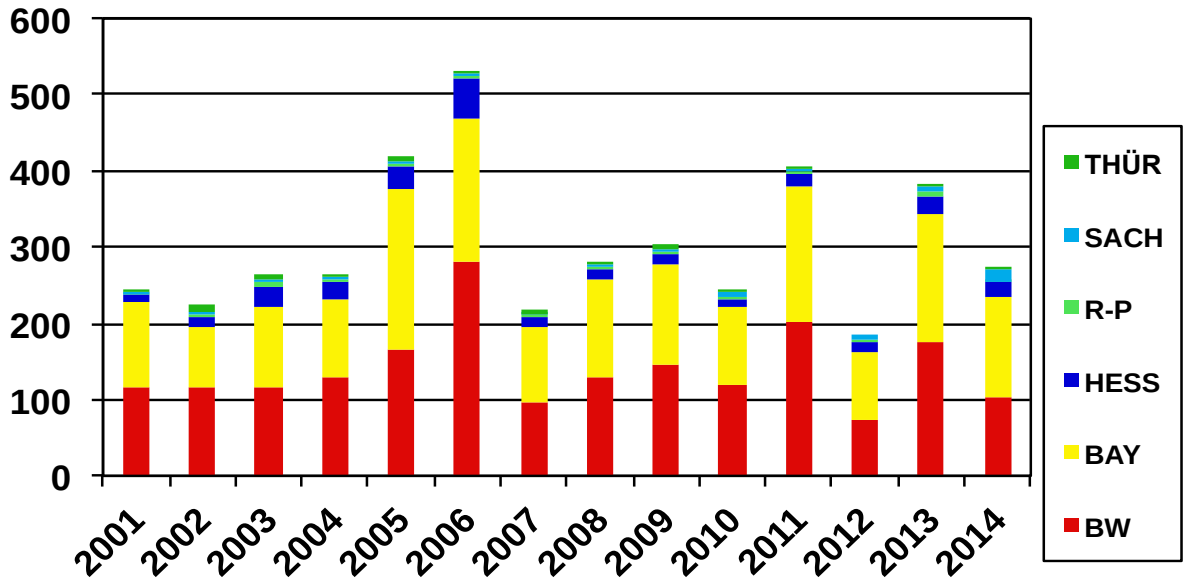

Abb. 1: Gemeldete Erkrankungsfälle (RKI, Survstat, 2015) an FSME in sechs Bundesländern Deutschlands.

Während in Baden-Württemberg trotz deutlich niedrigerer Durchimpfungsraten in der Bevölkerung ein gleichbleibender Trend in den Jahren seit Einführung der Meldepflicht der FSME zu sehen ist (Abb. 2), steigt die Zahl der Erkrankungsfälle in Bayern mit Durchimpfungsraten bis zu 50% in einigen Landkreisen weiterhin an (Abb. 3).

Präsident Dr. med. N.F. Frühwein
Stellvertreter Dr. med M. Alberer
Ap. G. Riemerschmid
Dr. med. M. Frühwein

Anschrift
Brienner Str. 11
80333 München
Fax 089 / 2283645 Tel. 089 / 292467

Konto:
Hauck-Aufhäuser München
BLZ 502 209 00
Kto-Nr. 60533-00

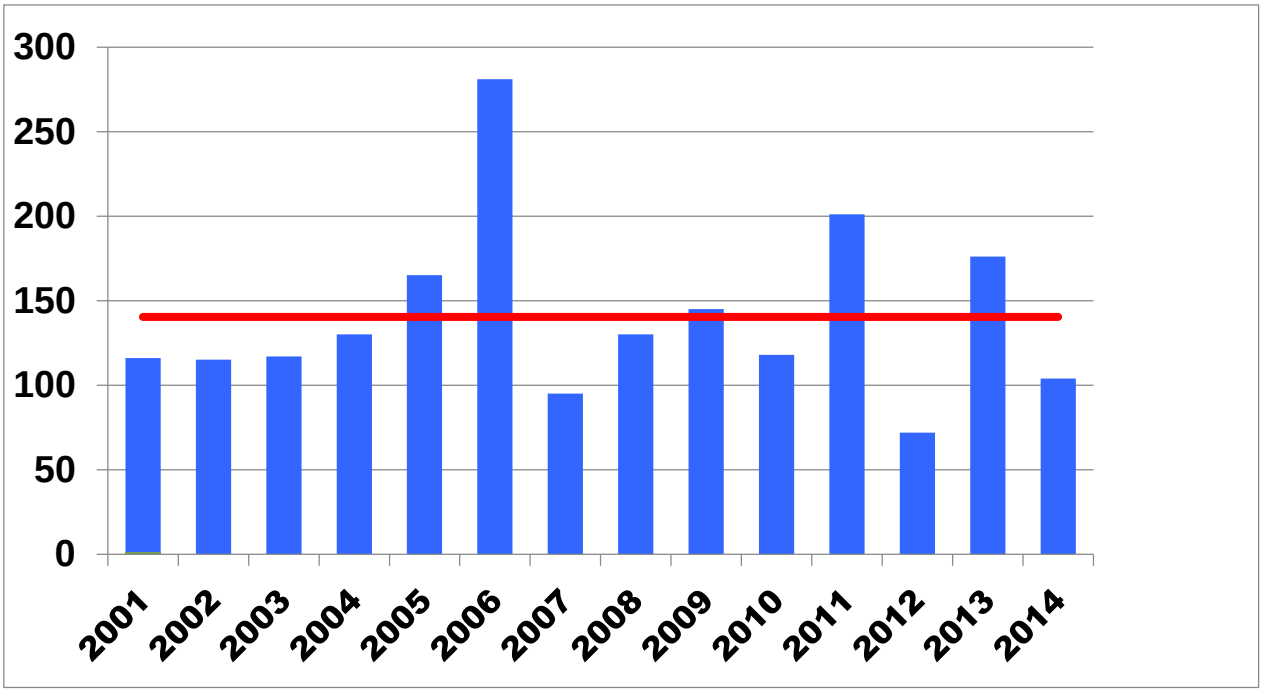

Abb. 2: Pro Jahr gemeldete FSME-Fälle in Baden-Württemberg mit Trend (rote Linie).

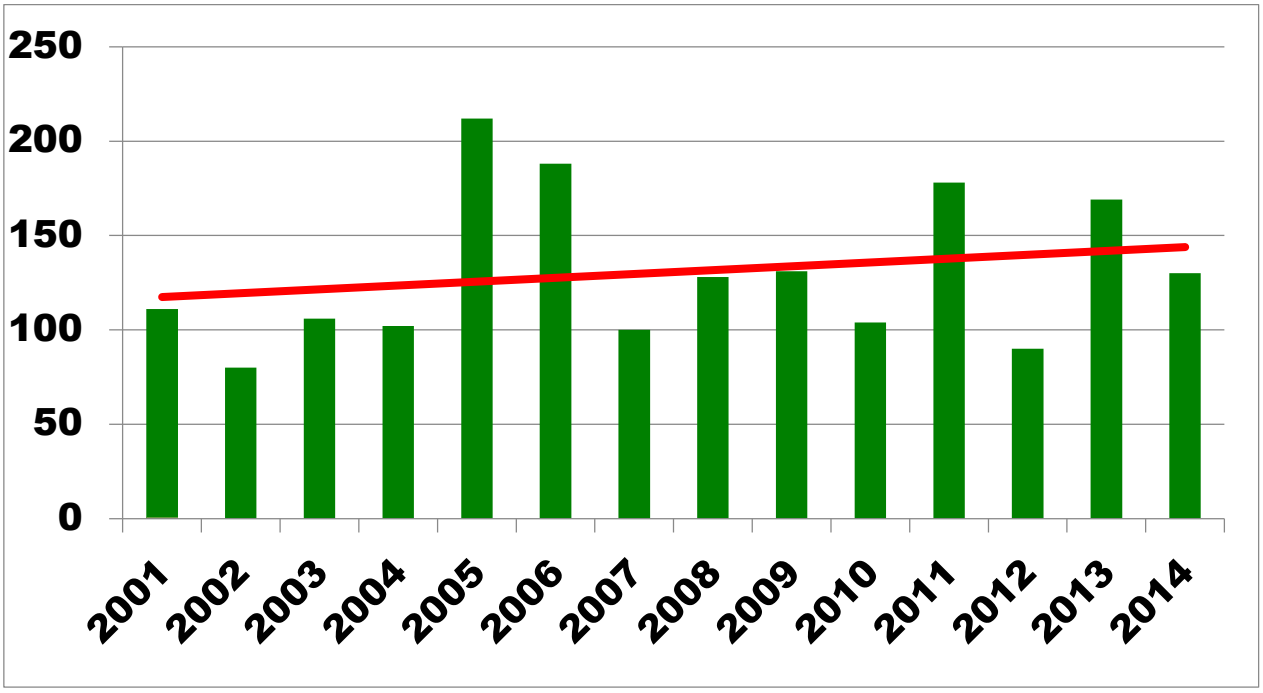

Abb. 3: Pro Jahr gemeldete FSME-Fälle in Bayern mit Trend (rote Linie).

Präsident Dr. med. N.F. Frühwein
Stellvertreter Dr. med M. Alberer
Ap. G. Riemerschmid
Dr. med. M. Frühwein

Anschrift
Brienner Str. 11
80333 München
Fax 089 / 2283645 Tel. 089 / 292467

Konto:
Hauck-Aufhäuser München
BLZ 502 209 00
Kto-Nr. 60533-00

In diesem Jahr startete die Zeckenaktivität etwas später als in den Vorjahren. Dies war dem schlechten Wetter in Frühjahr geschuldet. Die Gesamtzahl der aktiven Zecken scheint in diesem Jahr im Durchschnitt zu liegen. Allerdings wird in manchen Naturherden eine ungewöhnlich hohe durchseuchungsrate mit dem FSME-Virus beobachtet.

Die Zahl der gemeldeten Erkrankungsfälle liegt in diesem Jahr bisher weitgehend im langjährigen Mittel. Es sind bisher keine nach oben oder unter erkennbaren besonderen Ausschläge zu sehen. Damit ist nach aktuellem Stand in diesem Jahr wiederum mit mehreren hundert FSME-Erkrankungsfällen zu rechnen.

Warum haben die bisherigen Anstrengungen zur Impfung der Bevölkerung keine klar erkennbare Wirkung? Die jährliche Zahl der gemeldeten FSME-Fälle in Deutschland kann um mehr als das Doppelte schwanken. Durch diese große Schwankungsbreite lässt sich auch bei einer Reduktion der Erkrankungsfälle um 20-30% ein Effekt nicht erkennen. Vergleicht man den Trend in Baden-Württemberg mit dem Bayern, so kommt die Ahnung auf, dass die Fallzahlen in Bayern trotz höherer Impfraten zunehmen. Dies könnte an einer Zunahme der FSME-Naturherde in Bayern liegen oder auch an einer erhöhten Exposition durch Aktivitäten im endemischen Regionen in Bayern.

Welche Begründung auch die richtige sein mag, Fakt ist dass trotz der bisherigen Impfanstrengungen die Zahl der FSME-Erkrankungen in Bayern weiterhin tendenziell ansteigt. Es gibt zwei Möglichkeiten darauf zu reagieren. Eine Möglichkeit ist, dass wir die Situation so belasse, wie sie sich augenblicklich darstellt Damit akzeptieren wir für Bayern jährlich 100 bis 150 schwere ZNS-Erkrankungen. Die andere Möglichkeit ist und von Österreich aufgezeigt worden. Erst Durchimpfungsraten deutlich jenseits der 50% führen zu einer klaren Reduktion der FSME-Erkrankungsfälle. Dies wäre die zweite und aktuell einzig wirksame Möglichkeit die Zahl der Erkrankungsfälle signifikant und nachhaltig zu senken. In Österreich hat man dies über Impfungen von Schulkindern geschafft. Damit hat es lange Jahre gedauert, bis sich der Erfolg eingestellt hat. Momentan Erkrankung überwiegend nur noch ungeimpfte Erwachsene an der FSME in Österreich.

Es bleibt alleinig unseren (d.h. der Ärzte) Anstrengungen und Verantwortung vorbehalten, durch höhere Impfraten einen höheren Schutz in der Bevölkerung zu erzielen. Die Beobachtungen weisen eher in die Richtung, dass die Zahl der Naturherd-Regionen in Bayern zunimmt und somit das Infektionsrisiko ansteigt. Die etablierten Naturherde bleiben üblicherweise über Jahre und Jahrzehnte bestehen. Auch wenn dort über Jahre keine Erkrankungsfälle auftreten, ist das Virus in den Zecken vorhanden und es bedarf nur eines Zeckenkontakts für ein Wiederauftreten der Erkrankung.

OFA Dr. med. Gerhard Dobler

14. Aktueller Stand zur globalen MERS-Coronavirus-Ausbruchssituation

MERS-Coronavirus ist ein Virus aus der Gruppe C der Unterfamilie Beta-Coronavirus. Es wurde Ende 2012 anlässlich des gehäuften Auftretens von schweren Respirationstrakt-Infektionen im mittelöstlichen Raum (Arabien, Jordanien) entdeckt. Es handelt sich um ein typisches Coronavirus mit einer Lipidhülle und Einzelstrang-RNA als Virusgenom. Es ist entfernt verwandt mit dem SARS-Virus und anderen humanpathogenen Coronaviren (z.B. Coronavirus E229).

Entgegen früheren Spekulationen zu einer möglichen Übertragung durch Fledermäuse darf heut als sicher gelten, dass MERS-Coronavirus ein zoonotisches Virus ist, dessen natürlicher Wirt das Dromedar (Camelus dromedarius) ist. Es wurde in verschiedenen Teilen der arabischen Welt der Nachweis geführt, dass Kamele mit dem Virus infiziert sind und chronisch über ihren Respirationstrakt ausscheiden. Verschiedene serologische und molekularbiologische Untersuchungen zeigen, dass MERS-Coronavirus in Kamelen in Ost-, Nord, Westafrika, den Kanarischen Inseln und im gesamten arabischen Raum verbreitet ist. Damit darf das Kamel als der natürliche Wirt und auch als der primäre Überträger des MERS-Coronavirus auf den Menschen gelten.

Seit Beginn des Ausbruchsgeschehens Ende2012 sind an die WHO mehr als 1.350 Erkrankungsfälle durch MERS-Coronavirus gemeldet worden. Dabei treten die meisten der Erkrankungen im mittelöstlichen Raum (Arabien und Arabische Halbinsel) auf. Von dort wurden vereinzelte Erkrankungsfälle in bisher mehr als 15 Länder exportiert, darunter auch nach Europa. Einzelfälle traten dabei u.a. in Frankreich, Italien, England, Griechenland, in Österreich und auch in Deutschland (2 Erkrankungsfälle im Oktober 2012 in Essen, März 2013 in München). Dort wurden keine nosokomialen Infektionen oder Infektionen im familiären Umfeld beschrieben.

MERS-Coronavirus-Infektionen führen zu einer schweren Atemwegs-Insuffizienz mit einem Risiko von bis zu 40% eines letalen Ausgangs. Betroffen von schweren Manifestationsformen sind vor allem ältere Personen und Patienten mit Grunderkrankungen des Respirationstrakts, des Herz-Kreislaufsystems, des Stoffwechsels oder des Immunsystems. Bei jüngeren Personen verläuft die Infektion auch als unspezifischer Respirationstrakt der oberen Atemwege.

MERS-Coronavirus kann im Respirationstrakt des Menschen nachgewiesen werden und wird durch diesen ausgeschieden. Damit besteht das grundlegende Risiko einer aerogenen Übertragung. Nach den bisherigen Beobachtungen kommt es zu einer Mensch-zu-Mensch-Übertragung insbesondere nach engen Kontakten (enge Krankenhaus- oder Haushaltskontakte im Rahmen der Pflege von Patienten). Insgesamt gilt das Virus als wenig infektiös für den Menschen und es wurden bisher mit Ausnahme des Ausbruchs in Süd-Korea keine größeren Infektketten beim Menschen beobachtet. Das Virus wird vermutlich durch große Tröpfchen (ggf. Kontaktinfektion über Gegenstände, direkte Übertragung durch Anhusten) und nicht durch klassisches Aerosol übertragen.

Die Infektiosität des Patienten beginnt mit Beginn der Respirationstrakt-Symptomatik. Darüber wird das Virus bis zu vier Tage nach Erkrankungsbeginn ausgeschieden und kann dort mittels molekularbiologischer Verfahren nachgewiesen werden. Im Blut eines Patienten ist das MERS-Coronavirus bis zu acht Tage nach Erkrankungsbeginn nachweisbar. Es gibt Hinweise, dass das Virus auch über den Stuhl ausgeschieden wird. Dort konnte es bei

Patienten bis zu 15 Tage molekularbiologisch nachgewiesen werden. Es ist allerdings unklar, ob es sich um infektiöse Viruspartikel handelt oder nur um ausgeschiedene Erbinformation des Virus.

Ausbruchsgeschehen in Südkorea

Seit dem 11. Mai 2015 werden in Südkorea Fälle von MERS-Coronavirus beobachtet. Der Indexpatient war aus Saudi-Arabien nach Südkorea eingereist und hatte sich aller Wahrscheinlichkeit dort infiziert. Der Patient hatte vier Gesundheitseinrichtungen in Südkorea besucht, bis eine Verdachtsdiagnose und dann eine bestätigte Diagnose gestellt wurde. Dabei kam er mit einer großen Zahl von weiteren Patienten in engen Kontakt. Eine Reihe von medizinischen Kontakten mit Ärzten und Pflegepersonal fand ohne adäquate Schutzmaßnahmen statt, so dass es auch zu nosokomialen Infektionen kam. Ein Patient reiste von Südkorea nach China ein. Dort wurden strenge Isolier-Maßnahmen ergriffen. Es kam nicht zu einer weiteren Ausbreitung der Infektion in China.

In der Folge traten eine hohe Zahl von Infektionen in Südkorea auf, so dass (Stand 8. Juli 2015) insgesamt 186 Erkrankungsfälle, davon 33 Fälle mit letalem Ausgang. Alle Erkrankungsfälle konnten direkt oder indirekt auf den Indexfall zurückgeführt werden. Die Infektionen erfolgten in medizinischen Einrichtungen, die der Patient oder infizierte Kontaktpersonen aufgesucht hatten. Es kam zur Infektion von 27 Personen aus dem medizinischen Bereich. Insgesamt wurden Infektketten bis ins fünfte Glied beschrieben. Zwischen dem 26. Juni und dem 3. Juli wurden keine neuen Erkrankungsfälle gemeldet. Seit dem 3. Juli wurden weitere drei Neuerkrankungen gemeldet. Das gesamte Ausbruchsgeschehen konnte durch „Contact-Tracing“ aller potentiellen Kontakte schlussendlich weitgehend unter Kontrolle gebracht werden. Dabei wurden von den koreanischen Gesundheitsbehörden mehr als 13.350 Kontakte nachverfolgt. Momentan befinden sich noch 2.640 Kontakte mit potentiell Infizierten und Erkrankten unter Beobachtung. Ein Erkrankungsfall wurde auch auf die Philippinen eingeschleppt. Dieser Erkrankungsfall wurde rasch identifiziert und es kam bisher nicht zu weiteren Infektionen auf den Philippinen.

Nach den bisher verfügbaren Daten handelt es sich in Südkorea nicht um ein ungewöhnliches (besonders hochinfektiöses, besonders pathogenes) MERS-Coronavirus. Das verursachende Virus ist molekularbiologisch identisch mit den arabischen Virusstämmen.

Für das Ausbruchsgeschehen werden mehrere Faktoren verantwortlich gemacht:

- Primäres Verschweigen des Patienten des Reise-Herkunftslandes Saudi-Arabien
- Mehrmaliges Aufsuchung verschiedener, überfüllter medizinischer Einrichtungen mit engen Kontakten zu anderen Patienten in der hochinfektiösen Phase
- Verzögerung der Stellung der Diagnose um vier Tage
- Nicht adäquate Infektionsschutz-Maßnahmen in medizinischen Einrichtungen Südkoreas

Zusammenfassung

MERS-Coronavirus stellt nach wie vor eine Bedrohung für die Bewohner der arabischen Region dar. Von dort kann das Virus durch infizierte, in der Inkubationszeit befindliche oder erkrankte Patienten in andere Regionen der Erde verschleppt werden. Dort kann es unter entsprechend schlechten hygienischen Bedingungen zu einem Ausbruchsgeschehen mit hunderten Erkrankten und Todesfällen kommen.

Die WHO empfiehlt allen Mitgliederstaaten Maßnahmen der Überwachung.

Anschrift
Brienner Str. 11
80333 München
Fax 089 / 2283645 Tel. 089 / 292467

- Erhebung der Reiseanamnese und Kontaktanamnese bei allen Patienten mit Respirationstrakt-Infektionen
- Patienten mit Herkunftsland aus dem arabischen Bereich und Respirationstrakt-Infektionen sollen auf MERS-Coronavirus untersucht werden.
- Grundsätzliche Einhaltung aller Standard-Empfehlungen zum Schutz vor Respirationstrakt-Infektionen und nosokomialen Infektionen.
- Patienten mit Grunderkrankungen des Respirationstrakts, des Kreislaufsystems, der Nieren, des Stoffwechsels und des Immunsystems besitzen ein deutlich erhöhtes Risiko an schweren Verlaufsformen einer MERS-Coronavirus-Infektion zu erkranken.
- Kontakte mit Kamelen und mit Menschenmengen in den Ländern des arabischen Bereichs sollen vermieden werden.
- Bisher gibt es keine Reise- oder Handelsbeschränkungen mit Ländern des arabischen Bereichs.

OFA Dr. med. Gerhard Dobler

Anschrift
Brienner Str. 11
80333 München
Fax 089 / 2283645 Tel. 089 / 292467

15. Neue Erkenntnisse zur Evolution des Ebola-Virus und zum Verlauf der Epidemie in Westafrika

Wissenschaftler des EU-Projekts „EVIDENT“ untersuchten rund 180 Patientenproben aus der Ebola-Epidemie in Westafrika, um ungeklärten Fragen nach dem Ursprung der Epidemie in den einzelnen Ländern und der Evolution des Virus nachzugehen. Die Ergebnisse wurden jetzt in der hochrangigen Fachzeitschrift „Nature“ publiziert.

Die bisher größte Ebola Epidemie breitete sich im Jahr 2014 rasant in Westafrika aus und forderte bis zum heutigen Tag mehr als 11.000 Tote. Über den Ursprung der Epidemie und den Verlauf der Ausbreitung lagen bislang nur epidemiologische Daten vor.Seit Beginn des Ausbruchs im März 2014 waren Teams von Wissenschaftlern des „European Mobile Laboratory Project“ (EMLab) vor Ort in Guinea, um Ebola-Diagnostik durchzuführen. Die in diesem Zusammenhang gesammelten Proben von Ebola-Patienten dienten den Wissenschaftlern nun für eine genauere Charakterisierung des Virus.Die Untersuchung der Materialen erfolgt im Rahmen des von der Europäischen Kommission mit € 1,7 Millionen geförderten Projektes „EVIDENT“. In der aktuellen Studie wurde die Evolution des Ebola-Virus, also die Veränderung seines Erbguts, mithilfe moderner Sequenzier-techniken und mathematischer Modelle zurückverfolgt. Die Berechnungen zeigen, dass das Virus im Dezember 2013 in Guinea nur ein einziges Mal vom Tierreich auf den Menschen übertragen wurde, was frühere epidemiologische Annahmen bestätigt. Von Guinea breitete es sich Ende April nach Sierra Leone und Liberia aus. Berichte über Veränderungen im Erbgut des Virus sorgten 2014 für Aufsehen. Die Folgen könnten eine schnellere Ausbreitung des Virus und Wirkungsverlust von Medikamenten und Impfstoffen sein. Die neue Studie zeigt jedoch, dass die Evolution des Virus langsamer verläuft als angenommen und dass die Veränderungen nur selten in dem für Impfungen wichtigen Oberflächenprotein beobachtet werden. Diese Ergebnisse lassen hoffen, dass Impfstoffe, die sich derzeit in klinischen Studien befinden, auch in Zukunft wirksam sind.Prof. Dr. Miles Carroll, federführenden Wissenschaftler der Studie von "Public Health England" in Porton Down, England, erklärt: „Ich habe persönlich gesehen, welche verheerenden sozialen und wirtschaftlichen Folgen diese Epidemie hat. Es ist gut zu wissen, dass die genetischen Veränderungen des Virus keinen negativen Einfluss auf die neuen Behandlungsmöglichkeiten und Impfstoffe haben werden.

Trotzdem sind weitere Studien zur Virus-Evolution im Rahmen von „EVIDENT“ notwendig. EMLab und Partner der Universität Birmingham haben kürzlich in Guinea ein Labor zur genetischen Analyse des Virus aufgebaut. Die Virussequenzen erleichtern die Nachverfolgung von Fällen und die Aufdeckung von Ansteckungsketten enorm“.

Der EMLab und „EVIDENT“ Koordinator Prof. Dr. Stephan Günther vom BNITM ergänzt „Wir müssen die Ressourcen, die für eine schnelle Reaktion im Falle eines Ausbruchs notwendig sind, weiter ausbauen. In die aktuelle Studie waren neben europäischen auch guineische Wissenschaftler involviert, die wir in unseren Diagnostik-Labors trainiert haben.

Dies ist eine Investition in das Gesundheitswesen der Region und garantiert ein schnelleres Eingreifen im Falle eines erneuten Ausbruchs. Auch der frühzeitige Aufbau einer fruchtbaren Forschungskooperation zwischen Guinea und Europa war für die vorliegende Studie entscheidend“.

Dr. Jessica Tiedke
idw - Informationsdienst Wissenschaft

16. Impfstoff gegen Ebola ist vielversprechend

In Lambaréné (Gabun), Kilifi (Kenia), Genf (Schweiz) und in Hamburg haben seit November 2014 insgesamt 138 freiwillige Probanden an einer klinischen Phase I-Studie mit einem experimentellen Ebola-Impfstoff aus Kanada teilgenommen. Jetzt wurden die ersten, vielversprechenden Ergebnisse im New England Journal of Medicine veröffentlicht.

Wissenschaftler des Instituts für Tropenmedizin am Universitätsklinikum Tübingen haben zusammen mit ihrem Partnerinstitut Centre de Recherche Médicales Lambaréné CERMEL in Gabun die Datenanalyse der ersten Probanden der Phase I Ebola-Impfstoff-Studie abgeschlossen.

In ihrer Untersuchung wurden zwei Dosierungen des Impfstoffs in 39 Probanden getestet und vielversprechende Ergebnisse bezüglich der Sicherheit, Verträglichkeit und Immunogenität des Impfstoffs erzielt. Bereits eine einzelne Injektion des Impfstoffs hat eine gute Immunantwort erzeugt.

In den kollaborierenden Zentren in Deutschland, Kenia und der Schweiz wurden ebenfalls verschiedene Dosierungen des Impfstoffkandidaten getestet. Heute erscheint dazu eine Veröffentlichung in dem renommierten Wissenschaftsmagazin New England Journal of Medicine mit den Ergebnissen aus den vier Standorten.

Aktuell werden in Lambaréné weitere Erwachsene geimpft, um eine optimale Dosierung des Impfstoffs zu finden. Noch diesen Monat wird damit begonnen, auch Jugendliche und Kinder zu impfen. Der Koordinator der Studie, der Tübinger Tropenmediziner Professor Peter G. Kremsner, hält die Ergebnisse aus dem Studienzentrum in Gabun für entscheidend:

„Die Daten geben Auskunft darüber, wie gut der Impfstoff von der afrikanischen Bevölkerung vertragen wird.“ Dr. Maxime Agnandji, Studienleiter in Lambaréné fügt hinzu: „Die Ergebnisse sind wesentlich für weitere Studien mit dem Impfstoff, für das Lizenzierungsverfahren und für die Fragen nach der zukünftigen Verteilung des Impfstoffs in den betroffenen Gebieten in Westafrika.“ Das Tübinger Universitätsklinikum unterstützt die klinische Studie in Gabun.

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiierte Studie wird an Standorten in USA, Europa und Afrika durchgeführt. Untersucht werden die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Impfstoff-Kandidaten rVSV-ZEBOV-GP. Dieser wurde von der kanadischen Gesundheitsbehörde entwickelt und von dem kleinen amerikanischen Unternehmen NewLink Genetics produziert. Zwischenzeitlich hat die Pharmafirma Merck die Rechte an dem Wirkstoff erworben und unterstützt weitere Phase I, aber auch Phase II und III-Studien.

Der Impfstoff rVSV-ZEBOV-GP basiert auf einem replizierenden Virus, bei dem das Hüllenprotein, das vom Immunsystem erkannt wird, durch ein Ebola-Virus (EBOV)-Hüllenprotein ersetzt wurde.

Universitätsklinikum Tübingen
Medizinische Klinik, Institut für Tropenmedizin
Prof. Dr. Peter G. Kremsner

17. Rheumatologen tagen in Bremen: Fortschritte in der Rheuma-Therapie und neue Impfempfehlungen

Die medizinische Situation dieser Patienten hat sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich verbessert. Gelenkschmerzen und Behinderungen können heutzutage bei einem Großteil der Betroffenen verhindert werden.

Über die Fortschritte in der Therapie, immer kleinere Implantate und neue Impfempfehlungen für Kinder mit Rheuma diskutieren Experten im Rahmen des 43. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh). Dieser findet vom 2. bis 5. September in Bremen statt. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eröffnet den Kongress mit einem Festvortrag.

Das Bild von schmerzgeplagten und gebrechlichen Rheuma-Patienten ist längst nicht mehr aktuell. „Im Laufe der letzten Dekade ist die Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis bei rheumatologisch betreuten Patienten deutlich heruntergegangen“, so DGRh-Tagungspräsident Professor Dr. med. Jens Gert Kuipers, Chefarzt der Klinik für internistische Rheumatologie am Roten Kreuz Krankenhaus, Bremen. Für medikamentös gut eingestellte Patienten sei auch Sport kein Problem. Sie können zudem uneingeschränkt einem Beruf nachgehen.

Ähnlich gute Ergebnisse erzielen Medikamente bei der chronischen Gelenkentzündung im Kindesalter, der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA). Zwar sei die Erkrankung nicht heilbar, sagt Professor Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Tagungspräsident der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR). Rheuma-Therapien werden aber immer früher und häufiger angewendet. „Kein rheumakrankes Kind muss heute noch fürchten, dauerhaft nicht am Sportunterricht teilnehmen zu dürfen oder gar auf einen Rollstuhl angewiesen zu sein“, so der Klinikdirektor der Professor-Hess-Kinderklinik in Bremen im Vorfeld des DGRh-Kongresses.

Die Fortschritte in der Behandlung von Rheuma-Patienten zeigen sich auch bei chirurgischen Eingriffen. „Einige Betroffenen, darunter vor allem Menschen mit Arthrose, benötigen innerhalb von 20 Jahren ein künstliches Gelenk“, erklärt Dr. med. Ingo Arnold, Tagungspräsident Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh). Durch die moderne medikamentöse Rheumatherapie ist ein Trend zu mehr gelenkerhaltenden Eingriffen aber auch minimalisierten Implantaten erkennbar.

Damit steigt auch die Möglichkeit für die Betroffenen wieder Sport zu treiben, so der Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und operative Rheumatologie im Roten Kreuz Krankenhaus, Bremen. Wo die Grenzen der konservativen zur operativen Therapie liegen, erörtern die Ärzte auf dem Rheuma-Kongress. Auch hat die Rheumaforschung das Verständnis der Arthrose-Entstehung verbessert. Wie zukünftige Behandlungsoptionen aussehen könnten wird in zwei großen Sessions dargestellt.

Neuigkeiten haben die Rheumatologen auch in Sachen Impfungen zu berichten. „Ein guter Impfschutz ist für Rheuma-Patienten besonders wichtig und Bedenken hinsichtlich der Verträglichkeit gewisser Vakzine sind in den meisten Fällen nicht berechtigt“, so Kuipers. Dennoch sind die Impfquoten nicht ausreichend. Auch jedes vierte rheumakranke Kind sei unzureichend geimpft, ergänzt der GKJR-Kongresspräsident.

Die neue Leitlinie empfiehlt nun erstmals, Mädchen mit JIA bereits früher, im Alter von 9 bis 14 Jahren, gegen das Humane Papillomavirus zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs zu impfen. „Somit können wir häufig noch vor der Behandlung mit Medikamenten, die das Immunsystem unterdrücken, einen wirksamen Impfschutz herbeiführen“, erklärt Huppertz den Vorteil für die Patientinnen. Das sei deshalb so wichtig, weil diese Medikamente den

Impferfolg gefährden können, die dem Gebärmutterhalskrebs zu Grunde liegende Infektion aber besonders aggressiv verlaufen kann.
Für Rheuma-Patienten, Angehörige und Interessierte bietet die Deutsche Rheuma-Liga einen Patiententag am 5. September 2015 auf dem DGRh-Kongress in Bremen an. Zudem führt die DGRh wieder das erfolgreiche Programm für den Nachwuchs durch: Medizinstudenten können sich beim Kongress unter der Obhut erfahrener Rheumatologen intensiv über das Fachgebiet informieren.

Kerndokumentation 2013
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie
Deutsche Gesellschaft für orthopädische Rheumatologie

18. Das Infektionsepidemiologische Jahrbuch 2014 des RKI ist erschienen

Jedes Jahr wieder interessant. Das Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für das Jahr 2014 ist veröffentlicht worden. Das Jahrbuch enthält detaillierte Informationen und Auswertungen des Robert Koch-Instituts zu den rund 60 meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes hat das Robert Koch-Institut die Verantwortung, die ihm übermittelten Daten meldepflichtiger Erkrankungen zu sammeln und unter infektionsepidemiologischen Gesichtspunkten auszuwerten. Die zeitnahe Veröffentlichung dieser Auswertungen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung und Beurteilung gesundheitspolitischer Präventionskonzepte und für effektive Bekämpfungsmaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung. Das Jahrbuch ergänzt die aktuelle Berichterstattung über das Infektionsgeschehen im wöchentlich erscheinenden Epidemiologischen Bulletin und die krankheitsspezifischen Jahresberichte sowie die Meldedaten in der Online-Datenbank SurvStat. Bestellungen können bei Einsendung eines rückadressierten und mit 2,40 € frankierten Umschlags für das Format DIN A4 an:

Robert Koch-Institut, Abteilung 3
Kennwort „Jahrbuch“
Postfach 65 02 61
13302 Berlin

aufgegeben werden.

Epidemiologisches Bulletin 28/2015

19. Grundlagen der Behandlung von Asylbewerbern nach der KVB

Die Behandlung von Flüchtlingen wirft bei vielen Ärzten Fragen auf. Die KVB hat entsprechende Informationen zusammengestellt um die Grundlagen darzustellen.

Rechtliche Grundlagen:

§ 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung. Der Behandlungsanspruch wurde vom Gesetzgeber in § 4 AsylbLG auf folgende Sachverhalte begrenzt:

- ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen
- Gewährung von ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, von Hebammenhilfe sowie von Arznei-, Verbandmitteln für Schwangere und Wöchnerinnen
- Verabreichung amtlich empfohlener Schutzimpfungen

§ 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Des Weiteren können gemäß § 6 AsylbLG auch sonstige, über die genannten Sachverhalte hinausgehende (ärztliche) Leistungen im Einzelfall gewährt werden, wenn diese zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Hierfür ist allerdings die vorherige Genehmigung durch die zuständige Behörde einzuholen.

Abrechnungsvoraussetzungen:

Grundlage für die Behandlung gemäß § 4 AsylbLG ist stets ein von der jeweiligen Sozialhilfeverwaltung ausgestellter, gültiger Behandlungsschein. Dieser muss folgende Daten enthalten:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- fünfstellige Kassennummer der Sozialhilfeverwaltung

Abrechnungsbesonderheiten:

- Bitte beachten Sie die individuellen Angaben der Sozialhilfeverwaltung insbesondere hinsichtlich des Leistungsumfangs, Gültigkeitszeitraum und behandelnder Fachrichtung
- Falls keine ausreichende Verständigungsmöglichkeit mit dem Patienten besteht, kann ein Dolmetscher formlos beim zuständigen Sozialhilfeträger angefordert werden. Die Kosten hierfür übernimmt der Sozialhilfeträger.
- Als Versichertenstatus ist einheitlich M (Mitglied) anzugeben.
- Überweisungen grundsätzlich nur mit Zustimmung des Sozialhilfeträgers mit entsprechendem Genehmigungsvermerk (Muster 6) möglich

Ausnahme: Landratsamt Ansbach und Stadt Nürnberg: direkte Überweisung zum Facharzt möglich, eine Zustimmung des Amtes ist nicht mehr erforderlich

•Behandlung im Notfall: Verwendung des Musters 19 (Notfall-/Vertreterschein) aber sofortige Eilanzeige der Notfallbehandlung beim zuständigen Sozialamt (14 Tagesfrist) notwendig
•Krankenhaus-Einweisung nur mit Zustimmung des Sozialhilfeträgers - Ausnahme: Notfalleinweisung

Verordungshinweise:
•Arznei- und Verbandmittel sind im Rahmen der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände verordnungsfähig
•für Heilmittel, für Brillen, orthopädische oder andere Hilfsmittel ist eine Genehmigung des Sozialhilfeträgers erforderlich
•Impfstoffe sind auf den Namen des Patienten auf Muster 16 (Kassenrezept) zu Lasten des Sozialhilfeträgers zu verordnen; Impfstoffe dürfen nicht dem Sprechstundenbedarf entnommen werden
•Asylbewerber sind grundsätzlich von der Zuzahlung befreit

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns