

Entwurf Stand 18. Oktober 2006

Saarländischer Plan
zur Umsetzung von Maßnahmen
beim Auftreten einer Influenzapandemie
(Influenzapandemieplan des Saarlandes)

Inhaltsverzeichnis

I Allgemeiner Teil	4
1. Grundlage, Zweck	5
2. Influenzavirus	5
3. Interpandemische Influenza	6
4. Pandemische Influenza	6
5. Influenzapandemiephasen	8
II Planung und Organisation	10
1. Prinzipien der Planung	10
2. Erwartete Erkrankungszahlen	11
3. Surveillance und Meldeweg	12
4. Diagnostik und Probenversand	14
5. Ambulante Versorgung	15
6. Stationäre Versorgung – Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen	17
7. Rettungsdienst und Krankentransporte	20
8. Arzneimittelversorgung	22
9. Gesundheitsämter, untere Gesundheitsbehörden der Gemeindeverbände	24
10. Katastrophenschutzbehörden	26
11. Zentrale Steuerung	29
12. Sachverständige, Experten, Ansprechpartner	31
12.1. Saarl. Koordinierungsteam Influenzapandemieplanung	31
12.2. Saarl. Kompetenzzentrum für Seuchenschutz	31
12.3. Ärztekammer und Apothekerkammer	32
III Maßnahmen	33
1. Bevorratung und Verteilung antiviraler Medikamente	33
1.1. Bevorratung	34
1.2. Verteilung	35
2. Impfung	35
3. Prävention und infektionshygienisches Management	37
3.1. Aufklärung der Bevölkerung über Präventionsmaßnahmen	38
3.2. Antiepidemische Maßnahmen durch die Gesundheitsbehörden	39
3.3. Kontrolle des Reiseverkehrs/Maßnahmen am Flughafen.....	39
4. Arbeitsschutz.....	40
4.1. Arbeitsschutz im Bereich Gesundheitsversorgung.....	40
4.2. Vorbereitungen sonstiger Arbeitgeber für die Pandemie	41
5. Technische Infrastruktur und Öffentliches Leben	41
6. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit/Kommunikation	42

IV Anhänge - Übersicht

1. Influenza

- a) Falldefinition „Influenza“
- b) Empfehlung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung
- c) Empfehlungen des Robert Koch-Instituts bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza
- d) Ärzte-Merkblatt „Influenza“
- e) Allgemeine Informationen für die Bevölkerung
- f) Verhaltensmaßregeln in ambulanten Arztpraxen
- g) Informationen für Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen
- h) Umgang mit Verstorbenen bei einer Influenzapandemie
- i) Internes Krankenhausmanagement

2. Saarlandspezifische Regelungen

- a) Diagnostik und Probenversand
- b) Meldewesen - Flussdiagramm
- c) § 10 Saarländisches Krankenhausgesetz
- d) § 20 Saarländisches Bestattungsgesetz
- e) Verordnung zum Schutz vor Infektionskrankheiten
- f) Zuständigkeitsverordnung zum Infektionsschutzgesetz
- g) Katastrophenschutzgesetz (Hinweis: Novellierung in Arbeit)

3. Gemeinsame nationale Regelungen

- a) Beschluss des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe Nr. 609 – Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes
- b) Influenzapandemieplan „Auswärtiges Amt“

4. Gemeinsame internationale Regelungen

- a) Anhang III der Verordnung (EG) Nr. 745/2004
- b) Internationale Gesundheitsvorschriften

I Allgemeiner Teil

1. Grundlage, Zweck

Eine Influenzapandemie ist eine weltweite Influenzaepidemie, die durch das Auftreten eines viralen Subtyps des Influenzavirus verursacht wird, der bisher in der menschlichen Bevölkerung nicht zirkulierte, schwere Erkrankungen hervorrufen und sich effektiv von Mensch zu Mensch weiterverbreiten kann. Basierend auf den Erfahrungen der drei Influenzapandemien 1918, 1957 und 1968 könnten nach Modellrechnungen in wenigen Wochen allein in Deutschland bis zu 100 000 Menschen an einer Influenza-Erkrankung versterben.

Obwohl der genaue Zeitpunkt und das Ausmaß einer zukünftigen Influenzapandemie nicht vorhergesagt werden können, glauben viele Experten, dass es deutliche Anzeichen gibt, die auf eine kurz bevorstehende Pandemie hindeuten. Der Erreger der sich ab 1997 von Südostasien aus rasch ausbreitenden Vogelgrippe, der Subtyp H5N1, wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als der wahrscheinlichste Auslöser der nächsten Influenzapandemie eingeschätzt.

Das Krankheitsgeschehen im Vorfeld und im Verlauf einer möglichen Influenzapandemie wird von der WHO in sechs Phasen eingeteilt, die verschiedenen pandemischen Perioden zugeordnet sind. Für jede Phase wurde von der WHO eine allgemeine Zielsetzung für den öffentlichen Gesundheitsbereich formuliert (s. Tab. Seite 8/9). Derzeit befindet sich die Welt in Phase 3 der pandemischen Warnperiode, in der es menschlichen Infektionen mit einem neuen Subtyp gibt und es in extrem seltenen Fällen in Einzelfällen zur Übertragung von Mensch zu Mensch kommt. Diese Einstufung zeigt, dass das Risiko einer Pandemie gestiegen ist, wenn auch der genaue Zeitpunkt und das Ausmaß einer zukünftigen Influenzapandemie nicht abschätzbar sind.

In Phase 4 mit kleinräumigen Krankheitsausbrüchen und geringer Übertragung von Mensch zu Mensch sowie in Phase 5 mit größeren Clustern von Krankheitsherden und rascher Übertragung von Mensch zu Mensch gilt es, eine Weiterverbreitung so weit wie möglich zu verhindern.

Bei weltweiter Ausbreitung und damit Ausrufen der Pandemie (Phase 6) geht es darum, die Krankheitsausbreitung bis zur Verfügbarkeit eines pandemischen Impfstoffs zu verlangsamen.

.Es ist zu erwarten, dass es in einer Influenzapandemie innerhalb kurzer Zeit zu einem raschen Anstieg der Erkrankungszahlen kommt, das medizinische Versorgungssystem überlastet sein wird und sowohl die Versorgung von Influenzapatientinnen und -patienten als auch die reguläre Krankenversorgung nicht mehr zu gewährleisten ist. Mit einer hohen Zahl von Erkrankungen sind aber auch Auswirkungen auf das gesamte öffentliche Leben, auf Wirtschaft und zentrale Versorgungseinrichtungen zu erwarten.

Die WHO hat bereits 1999 ihre Mitgliedstaaten aufgefordert, nationale Pläne zur Vorbereitung des Eintretens einer Influenzapandemie zu treffen. Die Bundesrepublik hat im Frühjahr 2005 einen nationalen Influenzapandemieplan für Deutschland beschlossen, in dem neben fachlichen Anteilen konkrete vorbereitende Maßnahmen auf nationaler und regionaler Ebene festgelegt werden.

Der nationale Influenzapandemieplan beinhaltet eine Reihe von Vorschlägen zu vorbereitenden Maßnahmen, die auf den verschiedenen Verwaltungsebenen mit allen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung, aber auch den Behörden für Sicherheit und öffentliche Ordnung umzusetzen sind mit dem Ziel, trotz begrenzter Ressourcen die Erkrankungs- und Sterbezahlen gering zu halten.

Ziel des saarländischen Influenzapandemieplans ist, die Umsetzung der vorgeschlagenen vorbereitenden Maßnahmen im Saarland voranzubringen und zu koordinieren. Die Planungen berücksichtigen dabei das Phasenmodell der WHO, um angemessen zu reagieren.

An der Erstellung des vorliegenden saarländischen Maßnahmeplans wurden alle Akteure im saarländischen Gesundheitswesen und Katastrophenschutz beteiligt.

Im Folgenden werden die für das Saarland getroffenen bzw. im Pandemiefall zu treffenden Maßnahmen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung vorgestellt; fachliche Hinweise für die verschiedenen Akteure sind als Anlagen beigefügt.

2. Das Influenzavirus

Erreger der Influenza sind Orthomyxoviren, die in die Typen A, B und C unterteilt werden. Influenza-A-Viren kommen beim Menschen und daneben auch bei Säugern (Schweinen, Pferden) und in großer Vielfalt bei Vögeln vor. Influenza-B-Viren treten nur beim Menschen auf, Influenza-C-Viren sind bei Mensch und Schwein nachgewiesen, aber nur sporadisch verbreitet.

Influenza-A- und -B-Viren besitzen Spike-artige Oberflächenprojektionen, die durch die Glykoproteine Hämagglutinin (HA) und Neuraminidase (NA) gebildet werden. Aufgrund der antigenen Eigenschaften ihrer Hüllproteine werden die Influenza-A-Viren in 15 verschiedene Hämagglutinin- und 9 Neuraminidase-Subtypen (z. B. H3N2 oder H1N1) unterteilt. Humane Influenzaviren gehören zu den Subtypen H1, H2 und H3.

Influenzaviren zeichnen sich aus durch eine große genetische Variabilität aufgrund der hohen Mutationsfrequenz und die Fähigkeit zum genetischen Reassortment (Genaustausch).

Stufenweise Punktmutationen der Oberflächenantigene eines Subtyps (Antigendrift) bei Influenzavirus A und B können Epidemien verursachen. Die Antigendrift ist auch der Grund, warum die Zusammensetzung des Impfstoffes jährlich den aktuell zirkulierenden Varianten angepasst werden muss. Die Empfehlung der jeweiligen Impfstämme erfolgt durch die WHO.

Bei Influenza-A-Viren kann es zu einem Neuarrangement (Reassortment) der acht Genomsegmente kommen (z. B. bei gleichzeitiger Infektion mit zwei verschiedenen Virusvarianten bzw. Subtypen, z. B. bei einer Doppelinfektion mit aviären und humanen Influenzaviren) und damit zur Entstehung neuer humaner Subtypen (Antigenshift).

Es kann aber auch direkt durch zunehmende Mutation und Selektion zu einer Anpassung eines an die menschliche Population noch nicht adaptierten Erregers an die menschliche Spezies kommen, wie dies bei der spanischen Grippe 1918 der Fall war (direkt vom Vogel

auf den Menschen) und aktuell beim H5N1–Virus aufgrund der Vielzahl der Infektionen und des hohen Selektionsdrucks wieder befürchtet wird.

Da gegen neue Subtypen in der menschlichen Bevölkerung noch keine Immunität besteht, können sie Auslöser von Pandemien sein (1918 H1N1, 1957 H2N2, 1968 H3N2).

Die Übertragung der Influenzaviren erfolgt aerogen durch Tröpfchen, aber auch durch Schmierkontakt. Die Kontagiosität ist hoch. Die Inkubationszeit beträgt 1 - 5 (-7) Tage. Die Virusausscheidung beginnt bereits kurz (<24 Stunden) vor Auftreten der klinischen Symptomatik und besteht danach gewöhnlich für 3 – 5 Tage, bei kleinen Kindern und immungeschwächten Personen 7 Tage und länger. Einer Infektion kann neben einer Impfung durch Expositionsprophylaxe und Beachtung von Hygienemaßnahmen vorgebeugt werden.

3. Interpandemische Influenza

Während der interpandemischen Phasen kommt es auf der Nordhalbkugel in jährlichem Rhythmus zu Influenzawellen oder gar Epidemien.

Krankheitsbild

Die typische Influenzaerkrankung zeichnet sich aus durch plötzlich auftretendes Fieber über 38.5°C, trockenen Reizhusten sowie Kopf-, Muskel- oder Gliederschmerzen. Daneben können Schüttelfrost, Schweißausbrüche, allgemeine Schwäche und Halsschmerzen auftreten. Dem Fieberabfall nach 5 - 6 Tagen folgt oft eine wochenlange Rekonvaleszenz, z. T. mit quälendem Reizhusten. Bei Kindern kommt es oftmals auch zu Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, bei Kleinkindern zu Pseudokrapp; Säuglinge erkranken an obstruktiver Bronchiolitis. Schwerste Verlaufsformen sind der perakute Todesfall bei Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen innerhalb weniger Stunden und die primäre Influenzapneumonie. Weitere Komplikationen können Enzephalitiden und Myokarditiden sein. Komplikationen können in jedem Lebensalter auftreten, betreffen jedoch vorrangig Personen mit Grundkrankheiten (chronische Herz-Lungen-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Immundefekte usw.). Relativ häufig entwickeln sich Pneumonien durch bakterielle Superinfektion (Staphylokokken, Pneumokokken, Haemophilus influenzae), bei Kindern häufig eine Otitis media.

4. Pandemische Influenza

Influenzapandemien werden durch neue Subtypen des Influenza-A-Virus verursacht. Sie sind für eine große Zahl von Erkrankungen und Todesfällen weltweit verantwortlich.

Bei einer Pandemie kann das Krankheitsbild der Influenza von dem abweichen, das bei interpandemischen Influenzawellen bekannt ist. So kam es in der Pandemie 1918 neben zwar schweren, aber typischen klinischen Krankheitsverläufen zu direkt durch das Influenzavirus hervorgerufenen Pneumonien mit Todeseintritt innerhalb weniger Stunden bis zu 2 - 3 Tagen. Die drei Pandemien des letzten Jahrhunderts kündigten sich durch

eine erste, weniger starke Welle an, die der Hauptwelle etwa 4 - 6 Monate vorausging. Die Erkrankungswellen traten auch außerhalb der typischen Influenza-Saison auf.

Allgemein schienen bei pandemischer Influenza, wie auch bei interpandemischer Influenza, Kinder eine wichtige Rolle in der Dynamik der Epidemie zu spielen. Die ältere Bevölkerung hingegen ist eher am Ende der Übertragungskette zu sehen. Für die Pandemie 1918 wird geschätzt, dass bis zu 50% der Weltbevölkerung infiziert wurde und 25% der Weltbevölkerung erkrankte. Auch die Beobachtungen bei den anderen Pandemien führen zu geschätzten Erkrankungsraten zwischen 30 - 50%. In den Pandemien 1957 und 1968 lag die Sterberate von Personen im mittleren Alter am höchsten. In der Pandemie 1918 zeigte die Mortalitätskurve einem W-förmigen Verlauf; es verstarben viele 20- bis 40-Jährige und zusätzlich viele Kinder unter 10 Jahren und ältere Menschen.

Die Abschätzung der Auswirkungen einer zukünftigen Pandemie in Deutschland ist nur unter großem Vorbehalt möglich. Dennoch sind aus den Pandemien des letzten Jahrhunderts Informationen vorhanden, die für Modellberechnungen herangezogen werden können. Für den vorliegenden Plan wurden die im nationalen Influenzapandemieplan vorgestellten Berechnungen nach dem Modell von Meltzer et al. (Fluaid, Centers for Disease Control, USA; www2a.cdc.gov/od/fluaid/), bezogen auf das Saarland zugrunde gelegt. Diese skizzierten Erwartungswerte dienen als Planungsgrundlage

Anzumerken ist, dass das Modell nicht den Verlauf der Pandemie durch therapeutische Interventionen, Schulschließungen oder andere infektionshygienische Maßnahmen berücksichtigt.

Da die speziellen Eigenschaften eines Pandemieerregers nicht bekannt sind, werden die Eigenschaften des saisonalen Influenzaerregers für die zu treffenden Maßnahmen der Vorbereitung und für die im Umgang mit Erkrankten zu treffenden Hygienemaßnahmen zugrunde gelegt. Sie entsprechen in ihrem Umfang den bei SARS getroffenen Maßnahmen. Sollten die Eigenschaften eines Pandemieerregers davon abweichen, sind die zu treffenden Maßnahmen entsprechend anzupassen.

Der Erreger der sich ab 1997 von Südostasien aus rasch ausbreitenden Vogelgrippe, der Subtyp H5N1, wird von der WHO als der wahrscheinlichste Auslöser der nächsten Influenzapandemie eingeschätzt. Bisher sind mehr als 200 menschliche Erkrankungen nachgewiesen, von denen mehr als die Hälfte über Virusneumonien und Multiorganversagen tödlich verliefen.

Wie häufig es zu Mensch-zu-Mensch-Übertragung gekommen ist, ist strittig, jedoch steigt die Gefahr der Anpassung des Erregers durch zunehmende Mutation und Selektion. Mittlerweile sind Erkrankungen in verschiedenen Säugetierspezies aufgetreten. Bei zunehmender Verbreitung des Virus in Asien, Europa und Afrika werden sich Verdachtsfälle auf aviäre Influenzainfektionen häufen.

5. Influenzapandemiephasen

Phasenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Das Krankheitsgeschehen im Vorfeld und im Verlauf einer möglichen Influenzapandemie wird von der WHO in folgende sechs Phasen eingeteilt, die verschiedenen pandemischen Perioden zugeordnet sind. Für jede Phase wurde von der WHO eine allgemeine Zielsetzung für den öffentlichen Gesundheitsbereich formuliert.

Pandemische Periode	WHO-Phasen	Kennzeichen/Ziel der Pandemiestrategie
INTERPANDEMISCHE PERIODE	Phase 1	Kein Nachweis neuer Influenzavirus-Subtypen beim Menschen. Ein Subtyp, der zu einem früheren Zeitpunkt Infektionen beim Menschen verursacht hatte, zirkuliert möglicherweise bei Tieren. Das Risiko ¹ menschlicher Infektionen wird niedrig eingestuft. Ziel: Die Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie sollten global, regional, national und auf subnationaler Ebene vorangetrieben werden.
	Phase 2	Kein Nachweis neuer Influenza-Subtypen bei Menschen. Zirkulierende Influenzaviren bei Tieren stellen ein erhebliches Risiko ¹ für Erkrankungen beim Menschen dar. Ziel: Das Risiko einer Übertragung auf Menschen sollte minimiert werden; mögliche Übertragungen sollten schnell aufgedeckt und gemeldet werden.
PANDEMISCHE WARNPERIODE	Phase 3	Menschliche Infektion(en) mit einem neuen Subtyp, aber keine Ausbreitung von Mensch zu Mensch oder nur in extrem seltenen Fällen bei engem Kontakt ² . Ziel: Eine schnelle Charakterisierung neuer Virus-Subtypen wie auch der frühe Nachweis, die Meldung und Reaktion auf weitere Fälle sollten sichergestellt sein.

¹ Die Unterscheidung zwischen Phase 1 und Phase 2 basiert auf dem Risiko menschlicher Infektionen oder Erkrankungen durch beim Tier zirkulierende Subtypen/Stämme. Verschiedene Faktoren und deren relative Bedeutung gehen entsprechend dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand in die Unterscheidung ein. Dies kann folgende Faktoren umfassen: Die Pathogenität beim Tier und beim Menschen; das Auftreten bei Haus- oder Nutztieren oder nur bei Wildtieren; ob das Virus enzoonotisch oder epizoonotisch, lokalisiert oder weit verbreitet auftritt; Informationen aus der Analyse des viralen Genoms und/oder weitere wissenschaftliche Informationen.

² Die Unterscheidung zwischen Phase 3, Phase 4 und Phase 5 basiert auf der Einschätzung des Pandemierisikos. Verschiedene Faktoren und ihre relative Bedeutung entsprechend des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes können hierbei berücksichtigt werden. Dies kann folgende Faktoren umfassen: Übertragungsrates; geographische Lokalisation und Ausbreitung; Schwere der Erkrankungen; der Nachweis von Genen humaner Subtypen/Stämme (wenn das Virus von einem aviären Stamm stammt); andere Informationen aus der Analyse des viralen Genoms und/oder weitere wissenschaftliche Informationen.

	Phase 4	<p>Kleine(s) Cluster mit begrenzter Übertragung von Mensch zu Mensch. Die räumliche Ausbreitung ist noch sehr begrenzt, so dass von einer unvollständigen Anpassung des Virus an den Menschen ausgegangen werden kann².</p> <p>Ziel: Das neue Virus sollte innerhalb eines umschriebenen Herdes eingedämmt werden, oder seine Ausbreitung sollte verzögert werden, um Zeit für vorbereitende Maßnahmen einschließlich der Entwicklung von Impfstoffen zu gewinnen.</p>
	Phase 5	<p>Große(s) Cluster, die Ausbreitung von Mensch zu Mensch ist jedoch weiter lokalisiert; es muss davon ausgegangen werden, dass das Virus besser an den Menschen angepasst ist, (möglicherweise) jedoch nicht optimal übertragbar ist (erhebliches Risiko einer Pandemie²).</p> <p>Ziel: Die Bemühungen, die Verbreitung des Virus einzudämmen oder zu verlangsamen sollten maximiert werden, um eine Pandemie möglichst zu verhindern bzw. um Zeit für vorbereitende Maßnahmen zu gewinnen.</p>
PANDEMIE	Phase 6	<p>Pandemische Phase: Zunehmende und anhaltende Übertragung in der Allgemeinbevölkerung. In Phase 6 wird weiter unterschieden, ob</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ein Land noch nicht betroffen ist, 2) ein Land betroffen ist oder enge Handels- oder Reisebeziehungen mit einem betroffenen Land hat, 3) die Aktivität zurückgegangen ist, oder es sich um 4) eine zweite Pandemiewelle handelt. <p>Ziel: Minimierung der Auswirkungen der Pandemie.</p>
POSTPANDEMISCHE PHASE	Entspricht der inter pandemischen Periode	

Quelle: „WHO global influenza preparedness plan. The Role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics“. WHO 2005.

². Die Unterscheidung zwischen Phase 3, Phase 4 und Phase 5 basiert auf der Einschätzung des Pandemierisikos. Verschiedene Faktoren und ihre relative Bedeutung entsprechend des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes können hierbei berücksichtigt werden. Dies kann folgende Faktoren umfassen: Übertragungsraten; geographische Lokalisation und Ausbreitung; Schwere der Erkrankungen; der Nachweis von Genen humaner Subtypen/Stämme (wenn das Virus von einem aviären Stamm stammt); andere Informationen aus der Analyse des viralen Genoms und/oder weitere wissenschaftliche Informationen.

II Planung und Organisation

1. Prinzipien der Planung

Die zu treffenden vorbereitenden Maßnahmen für den Fall einer Influenzapandemie sind orientiert an dem Ziel, in den Phasen 4 und 5 der pandemischen Warnperiode die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern, in der Phase 6 der Pandemie die Weiterverbreitung so lange wie möglich hinauszuzögern und damit die Erkrankungszahlen zu reduzieren, bis ein Impfstoff für die Bevölkerung vorhanden ist.

Die Maßnahmen müssen dabei ausgerichtet sein auf

- den Schutz der Gesunden,
- die Isolierung und Behandlung der Erkrankten,
- die Ermittlung, Beobachtung und ggf. Isolierung und prophylaktische Behandlung von Kontaktpersonen,
- Arbeitsschutzmaßnahmen für Personen in der Behandlung von Erkrankten und Krankheitsverdächtigen.

Daher müssen die Maßnahmen des Infektionsschutzes verschiedene Aspekte berücksichtigen. Dazu gehören:

- rechtzeitiges Erkennen eines neuen Erregers, d. h. Aufbau einer Surveillance,
- rechtzeitiges Bereitstellen von Impfstoffen zur Verhinderung von Erkrankungen,
- für den Fall des Ausbruch von Erkrankungen:
 - Vorbereitung der Strukturen, organisatorischen Abläufe und Sicherstellung der Therapiemöglichkeiten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung,
 - Vorbereitung der Strukturen der öffentlichen Gesundheitsfachverwaltung und der öffentlichen Sicherheit und Ordnung,
 - Öffentlichkeitsarbeit und Risikokommunikation,
 - Überwachung des Krankheitsgeschehens,
 - Maßnahmen der Verhinderung der Weiterverbreitung.

Darüber hinaus gilt es, die Verantwortlichen in Wirtschaft und Handel auf die möglichen Auswirkungen einer Pandemie und die Notwendigkeit vorsorgender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit in den Betrieben in eigener Verantwortung aufmerksam zu machen.

Im Folgenden werden zunächst die Maßnahmen zur Surveillance sowie zur Vorbereitung der Strukturen, organisatorischen Abläufe und Sicherstellung der Therapiemöglichkeiten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung sowie die Vorbereitung der Strukturen der öffentlichen Gesundheitsfachverwaltung und der öffentlichen Sicherheit und Ordnung beim Ausbruch von Erkrankungen in den Phasen 4 - 5 mit lokalen Ausbrüchen und in der Phase 6, der Pandemie, beschrieben.

Der Schutz der Bevölkerung vor der Erkrankung muss allerdings oberste Priorität haben. Neben der Bereitstellung von Impfstoffen, die erst zeitverzögert erfolgen kann, gilt es insbesondere, die Übertragung der Krankheitserreger zu verhindern. Dies ist durch Einhaltung hygienischer Maßnahmen des Einzelnen sowie durch Meidung des Kontaktes mit potentiell Erkrankten möglich (Expositionsprophylaxe).

Deshalb sind die Information der Bevölkerung über Schutzmöglichkeiten vor Ansteckung und bewegungseinschränkende Maßnahmen unabdingbar.

Da zu erwarten ist, dass es bei lokalen Krankheitsausbrüchen mit einem neuen Erreger, insbesondere aber in der Pandemie zu großer Verunsicherung der Bevölkerung und Panikreaktionen kommt, ist die deeskalierende Aufklärung der Bevölkerung über eigene Schutzmaßnahmen, aber auch über bewegungseinschränkende Maßnahmen und das aktuelle Geschehen notwendig.

2. Erwartete Erkrankungszahlen

Dem vorliegenden Plan wurden die im nationalen Influenzapandemieplan vorgestellten Berechnungen nach dem Modell von Meltzer et al. (Fluaid, Centers for Disease Control, USA; www2a.cdc.gov/od/fluaid/) bezogen auf die Bevölkerung des Saarlandes zugrunde gelegt. Die Zahlen der zusätzlich erwarteten Arztkonsultationen, Krankenhauseinweisungen (Hospitalisierungen) und Todesfälle beziehen sich auf die jeweiligen Erkrankungsraten ohne Therapie- und Prophylaxemaßnahmen, die in einem Zeitraum von acht bis 12 Wochen zu erwarten sind. Nicht berücksichtigt in dem Modell sind außerdem infektionshygienische Maßnahmen wie Schulschließungen, durch die der Verlauf der Pandemie beeinflusst werden könnte.

Erkrankungsrate	Zusätzliche Arztkonsultationen	Zusätzliche Hospitalisierungen	Zusätzliche Todesfälle
15%	85.000	2.338	625
30 %	170.000	4.675	1.250
50 %	283.330	7.792	2.083

Die WHO sieht die 30%-tige Erkrankungsrate als wahrscheinlichstes Szenario an. Schätzungen gehen weiter davon aus, dass in einer ersten Erkrankungswelle innerhalb von acht Wochen 95% der Erkrankungsfälle, innerhalb der mittleren 4 Wochen (Peakphase) etwa 68% der Erkrankungen auftreten.

Unter Zugrundelegung dieser Größenordnung wäre in der Hochphase der Influenzapandemie im Saarland voraussichtlich mit 1.000 - 1.200 influenzabedingten stationären Einweisungen pro Woche zu rechnen. Es könnten bei einer durchschnittlichen stationären Behandlung von 10 Tagen und ohne Einsatz antiviraler Medikation zeitweise bis zu 1.500 Betten zur stationären Versorgung benötigt werden. Gleichzeitig ist die ambulante und stationäre Regelversorgung aufrechtzuerhalten. Selbst wenn eine antivirale Therapie für alle Erkrankten zur Verfügung steht und rechtzeitig zur Anwendung kommt, müsste bei ihrer angenommenen Effektivität von 50% für die Verhinderung von Krankenhauseinweisungen noch mit etwa der Hälfte der Krankenhauseinweisungen gerechnet werden.

	Stat. Einweisungen/ Woche	Geschätzte Zahl belegter Betten
1. Peakwoche	550	690
2. Peakwoche	1.020	1.250
3. Peakwoche	1.020	1.450
4. Peakwoche	550	960

Bei einer 50% Erkrankungsrate würden in der 3. Peakwoche sogar bis zu 2.350 Betten durch Influenzapatientinnen und -patienten ohne Interventionsmaßnahmen belegt sein.

In Anbetracht der begrenzten Kapazitäten der stationären Versorgung müssen insbesondere die ambulanten Versorgungsangebote gestärkt werden, um die stationären Versorgungsangebote für Patientinnen und Patienten mit besonders schwerem Krankheitsverlauf verfügbar zu halten.

Im Hinblick auf die auch im Bereich der allgemeinen Versorgungsstrukturen zu erwartenden Ausfälle muss auch die Versorgung und Sicherheit der Bevölkerung über den Gesundheitssektor hinaus gewährleistet werden.

3. Surveillance und Meldeweg

Im Fall einer Pandemie kommt der Surveillance, d.h. der Überwachung des Krankheitsgeschehens, eine Schlüsselstellung zu, da daraus für das Management wichtige Informationen abgeleitet werden. Das frühzeitige Erkennen des Auftretens eines pandemischen Erregers in der Bevölkerung, das Verfolgen der Ausbreitung der Infektion in der Bevölkerung und das Wissen um die Belastung der Gesundheitsversorgung ermöglichen notwendige Präventions- und Interventionsmaßnahmen.

Das derzeitige Erfassungssystem zur Überwachung der Influenza ist unzureichend:

A. Sentinelsurveillance in den ambulanten Arztpraxen: Bundesweit existiert ein praxen- und laborgestütztes Sentinelsystem, das **Netzwerk der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI)**, das allerdings weder ausreichend regional repräsentativ noch dauerhaft finanziert ist. Dabei erheben primärversorgende Praxen syndromische Daten von ärztlich behandelten akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE); die Rachenabstriche aus Sentinelpraxen werden virologisch untersucht).

B. Virologische Surveillance durch das NRZ Influenza

Die Basissurveillance wird erweitert durch eine umfassende Charakterisierung der identifizierten Viren, die sowohl innerhalb als auch außerhalb des AGI-Sentinels isoliert werden.

C. Meldung nach Infektionsschutzgesetz (IfSG): Nach 7 Absatz 1 Nr. 24 IfSG erfolgt eine namentliche Meldung direkter Influenzavirus-Nachweise durch die diagnostizierenden Labore an das zuständige Gesundheitsamt der Gemeindeverbände. Die Meldung wird an das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales als zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI weitergeleitet und

erfolgt nach der vom RKI vorgegebenen Faldefinition (s. Anlage 1 a). Die Meldedaten von Influenzanachweisen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) weisen eine hohe Dunkelziffer auf.

- D. Daneben existieren **länderspezifische eigene Meldesysteme**, die allerdings untereinander nicht vergleichbar sind.

Zusätzliches Surveillancesystem im Saarland: Wöchentliche Surveillance respiratorischer Erkrankungen in verschiedenen Einrichtungen (definierte Zahl von Kindergärten, Schulen, pädiatrischen und allgemeinärztlichen Praxen, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Kliniken, Behörden, Betriebe, Alten- und Pflegeheime) als Art Frühwarnsystem: Die Gesundheitsämter der Landkreise und des Stadtverband Saarbrücken wählen in ihrem Zuständigkeitsbereich jeweils die entsprechenden Einrichtungen aus, die während der Grippesaison wöchentlich die Zahl der erkrankten Personen an das Gesundheitsamt melden.

Verbesserungen der Surveillance sind erforderlich; entsprechende Konzepte werden derzeit in einer Arbeitsgruppe am RKI beraten und sollen möglichst in der inter pandemischen Phase etabliert werden. Vorgesehene Lösungen sind:

1. **Systematischer Ausbau des AGI-Sentinel** durch eine Erhöhung der Anzahl der Beobachtungspraxen unter Berücksichtigung einer ausreichenden Flächendeckung.

Phase 4 und 5

2. **Namentliche Arztmeldepflicht** in für Influenzaerkrankungen (vorgesehen nach § 15 Abs.1 IfSG)

Phase 6

3. **Nichtnamentliche tägliche Meldung** der Anzahl von Erkrankungsfällen in Praxen und Kliniken (vorgesehen nach § 15 Abs.1 IfSG)
4. **Mortalitätssurveillance:** Zeitnahe Erhebung der Excessmortalität der altersgruppenspezifischen Mortalität durch die Gesundheitsämter aus Daten der Standesämter, Einwohnermeldeämter und Gesundheitsämter

Vorgesehen ist, dass Praxen und Krankenhäuser ihre Daten tagesaktuell um 9 Uhr an die Gesundheitsämter melden.

4. Diagnostik und Probenversand

Die Influenzadiagnostik ist insbesondere bei Verdacht auf die Übertragung tierischer Influenzaviren auf den Menschen (z.B. aviäre Influenza) und zu Beginn einer Pandemie notwendig. In einer ausgeprägten Pandemie steht jedoch die klinische Diagnostik im Vordergrund.

Zur Diagnostik stehen folgende Verfahren zur Verfügung

- Schnelltest
- PCR
- Virusanzucht

Vor Ort wird die Bevorratung einer kleinen Menge von Proberöhrchen und Schnelltesten in Krankenhäusern empfohlen.

Testdurchführung

A: Schnelltest

Der Antigenschnelltest kann vor Ort und in jedem Labor erfolgen.

B: PCR und Schnelltest:

Diese Teste sind an der **Staatlichen Medizinaluntersuchungsstelle des Saarlandes am Institut für Virologie des Universitätsklinikums des Saarlandes** verfügbar.

Telefonische Rücksprache vorab erforderlich über 06841 160

C: Virusanzucht und Typisierung der Isolate:

Nationales Referenzzentrum für Influenza, Berlin

Dr. Brunhilde Schweiger

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Tel.: 0 30 / 45 47 - 22 05

Fax: 0 30 / 45 47 - 26 05

Nationales Referenzzentrum für Influenza, Hannover

Dr. Dr. Rolf Heckler

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Roesebeckstraße 4-6

30449 Hannover

Tel.: 05 11 / 45 05 – 5 00 od. 5 01

Fax: 05 11 / 45 05 - 5 02

Zu Vorgehen und Versenden s. Anlage 2 a.

5. Ambulante Versorgung

Derzeit sind im Saarland 1.531 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig, davon nehmen 729, d.h. ca. 50%, an der hausärztlichen und pädiatrischen Versorgung teil. Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages hat jede niedergelassene Ärztin/ jeder niedergelassene Arzt an der Versorgung mitzuwirken.

Während der Woche sind diese Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich auch in sprechstundenfreien Zeiten für Notfälle der eigenen Patientinnen und Patienten erreichbar. An Wochenenden ist ein an Bezirken orientierter (Sprengeln) bzw. z. T. sprengelübergreifender ärztlicher Bereitschaftsdienst eingerichtet, an dem alle Disziplinen außer Kinderärzten und HNO-Ärzten teilnehmen.

In einer Influenzapandemie ist bei einer stark erhöhten Anzahl von akut und ggf. schwer Erkrankten die 24-stündige Erreichbarkeit über einen mehrmonatigen Zeitraum sicherzustellen. Vorzugsweise werden die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen von den Erkrankten aufgesucht bzw. angefragt werden.

Um die stationäre Aufnahmekapazität nicht zu überfordern, sollten leicht und mittelschwer an Influenza erkrankte Patientinnen und Patienten zu Hause, also innerhalb des ambulanten Systems, behandelt werden. Damit kommen auf das ambulante Versorgungssystem neben einer erhöhten Zahl infektiöser Patientinnen und Patienten auch anteilig mehr schwerer Erkrankte zu, die üblicherweise stationär behandelt werden würden.

Die Versorgung infektiöser Patientinnen und Patienten im Routinebetrieb einer hausärztlichen Praxis erfordert innerhalb der Praxen hohe organisatorische, hygienische und arbeitsschutzrechtliche Maßnahmen, um eine weitere Übertragung der Influenza an Personal und nichtinfektiöse Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Hierzu geben die gemeinsamen Empfehlung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung (Ärzteblatt Jahrgang 102, Heft 49 vom 09.12.2005, Anlage 1 b) konkrete Hinweise.

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten der übrigen Morbidität in den hausärztlichen Praxen zu gewährleisten, wird die kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes spezielle Anlaufpraxen für Influenzapatientinnen und Influenzapatienten ausweisen.

Es sollten vorzugsweise Praxen sein, die als Bereitschaftsdienstpraxen bereits an denjenigen Krankenhäusern existieren, die für die primäre Versorgung von Influenzapatientinnen und Influenzapatienten ausgewiesen sind. Sind solche Bereitschaftsdienstpraxen unter Zusammenfassung mehrerer Notdienststringe noch nicht etabliert, sollten sie für die Versorgung von Influenzakranken in der Pandemie eingerichtet werden. Auch hier sollten sie sich vorzugsweise an Krankenhäusern der primären Versorgung von Influenzapatientinnen und Influenzapatienten befinden, ansonsten in enger räumlicher Nähe. Für die Versorgung von an Influenza erkrankten Kindern werden analoge Anlaufpraxen an Kinderkliniken oder an anderer Stelle benannt.

Die Anlaufpraxen sind durchgehend durch Ärztinnen und Ärzte sowie sonstiges Personal, das den Hintergrunddienst durchführt, besetzt. Sie koordinieren auch Hausbesuche unter Einbeziehung weiterer Ärztinnen und Ärzte aller Disziplinen.

Dennoch sollten sich alle Praxen in begrenztem Maße auf die eventuelle Versorgung möglicher Influenzapatienten vorbereiten, da Kontakte nicht grundsätzlich auszuschließen sind.

Phase 3

In Phase 3 sollen bereits

- praxisindividuelle Hygienepläne erarbeitet werden (Vgl. insoweit Anlage 1 b, 1 c und 1 f als Muster) und
- das Personal regelmäßig geschult und mit den im Pandemiefall erforderlichen organisatorischen, seuchenschutz- und arbeitsschutzrechtlichen Maßnahmen vertraut gemacht werden.

Phasen 4 - 5

In den Phasen 4 - 5 ist lokal oder regional begrenzt mit einer erhöhten Zahl von Patientinnen und Patienten zu rechnen. Die Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes (KVS) wird im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Ressourcen des bestehenden Systems (umliegende Praxen sollen unterstützend tätig werden) ausschöpfen.

In Phase 5 werden die Bereitschaftsdienstpraxen an Wochenenden und Feiertagen durch die KVS bedarfsgerecht personell verstärkt, um dem zu erwartenden erhöhten Bedarf an Hausbesuchen Rechnung zu tragen.

Phase 6

Im Falle der Ausbreitung einer Influenzapandemie (Phase 6) ist die Bevölkerung über die Influenzaanlaufpraxen durch die hausärztlichen Praxen und öffentliche Bekanntmachungen zu informieren.

Um das Infektionsrisiko auch in den hausärztlichen Praxen, insbes. für chronisch Kranke und andere Risikopatienten zu senken, sollten im Sinne der Expositionsprophylaxe folgende Aspekte beachtet werden:

- Beschränkung der Patientenversorgung auf unabdingbar notwendige Aktivitäten, keine Vorsorgeuntersuchungen und keine nicht unbedingt erforderlichen Routinekontakte,
- Strikte Beachtung des Praxishygieneplans zum Umgang mit Influenzapatientinnen und -patienten,
- Veranlassung von Arbeitsschutzmaßnahmen für das Personal.
- Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit der Anlaufpraxen über die Nummern der hausärztlichen Praxen.

Die Dienstpläne werden dem jeweiligen Gesundheitsamt ab Eintritt der Phase 6 zur Verfügung gestellt.

Personalreserven

Um dem zu erwartenden krankheitsbedingten Ausfall bei ärztlichem Personal und Praxispersonal in den Hausarztpraxen zu begegnen, wird der Vorstand der KVS die Nachbesetzung bei krankheitsbedingten Ausfällen kurzfristig sicherstellen. Zu diesem Zweck wird ein Notfallvertretungsdienst eingerichtet, über den Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden können, den Dienst im Rahmen der Notfalldienstregelung in den Bereitschaftspraxen bzw. in den ärztlichen Notfalldienstringen zu übernehmen. Die KVS trägt dafür Sorge, dass sowohl die Bereitschaftsdienstpraxen, wie auch die Praxen, die in den entsprechenden Notfalldienstringen zum Dienst eingeteilt sind, personell so ausgestattet sind, dass sie den entsprechenden Aufgaben gewachsen sind, insbesondere, dass auch in dieser Phase die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen gewährleistet ist. Sollte eine Nachbesetzung in Einzelfällen nicht möglich sein, so informiert die KVS umgehend das zuständige Gesundheitsamt bzw. den zuständigen Katastrophenschutzstab.

6. Stationäre Versorgung

- Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen

In 26 saarländischen Krankenhäusern sind derzeit ca. 7.300 vollstationäre Betten verfügbar.

Nach dem saarländischen Krankenhausgesetz sind die Krankenhäuser verpflichtet, an der medizinischen Versorgung von Personen mit Infektionskrankheiten teilzunehmen (§ 10 SKHG). Sie haben dazu Alarm- und Einsatzpläne zu erstellen, die das Auftreten lebensbedrohender hochkontagiöser Infektionskrankheiten und das Auftreten übertragbarer Krankheiten, die wegen des Ausmaßes und der Anzahl betroffener Personen besonderer organisatorischer Maßnahmen des Krankenhauses bedürfen, zu berücksichtigen. Grundsätzlich nehmen sie an der Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen teil. Eine Influenzapandemie stellt ein klassisches Beispiel dieser Verpflichtungen dar.

Grundsätzlich liegt es in der Planungsaufgabe der Gesundheitsämter, auf welchem Weg die erforderlichen Bettenkapazitäten im jeweiligen Zuständigkeitsbereich sichergestellt werden können. Auf der gesetzlichen Grundlage des Infektionsschutzgesetzes und nach dem Saarländischen Katastrophenschutzgesetz (i.R. des §13 LKatSG) sind über die Akutkrankenhäuser hinaus alle Partner im Gesundheitswesen verpflichtet zusammen zu arbeiten und sich gegenseitig zu unterstützen. Daraus folgt, dass auch die Rehabilitationskliniken, dann, wenn die Kapazitäten in den Krankenhäusern zur Versorgung der Vielzahl von Patientinnen und Patienten nicht mehr ausreichen, zur Mitwirkung an der Krankenversorgung verpflichtet sind.

Den saarländischen Krankenhäusern kommt bei der Bewältigung der mit dem Ausbreiten einer Influenzapandemie verbundenen gesundheitlichen Auswirkungen auf die saarländische Bevölkerung eine zentrale Bedeutung zu. Auch bei Priorisierung der ambulanten Versorgung gehen die Berechnungen davon aus, dass bei einer 30%-igen Erkrankungsrate während der ersten Erkrankungswelle innerhalb von 6 - 8 Wochen 3.500 bis 4.000 Patienten stationär zu behandeln sind, und es in der Hochphase der Pandemie zu 1.000 bis 1.200 Einweisungen pro Woche kommt. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 10 Tagen bedeutet dies, dass dann zwischen 20 - 30 % der Betten für Influenza-Erkrankte benötigt werden. Dies ist aus dem Krankensektor allein kaum leistbar, so dass die Rehabilitationskliniken in die stationäre Versorgung einzuplanen sind.

Phase 3

Bereits in Phase 3 sind die Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzpläne sowie die Hygienepläne im Hinblick auf die Erfordernisse der Influenzapandemie zu erweitern. Von besonderer Bedeutung sind hierbei folgende Punkte:

- Räumliche Unterbringung von Erkrankten und Krankheitsverdächtigen (separate Aufnahme, Behandlungs- und Diagnostikbereiche, Intensiv- und Beatmungsmöglichkeiten),
- Patiententransport,
- Hygiene-, Desinfektions- und Entsorgungsmaßnahmen,
- Personalmanagement und Arbeitsschutz,
- Schulung des Klinikpersonals und zusätzlicher Fachkräfte über Influenza und die Anforderungen an allgemeine Hygiene sowie die Vorgaben des Arbeitsschutzes (s. Beschluss ABAS 609).

Detaillierte Ausführungen zu Hygiene und Organisation in Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären Versorgung siehe Anlage 1i.

Phase 4 - 5

In Phase 4 - 5, wenn es zum Auftreten lokal begrenzter Fälle kommt und die weitere Ausbreitung der Erkrankungen ggf. zunächst noch verhinderbar erscheint, werden einzelne Krankenhäuser im Saarland unter Berücksichtigung regionaler Verteilung als Schwerpunktkrankenhäuser für Influenzapatientinnen und -patienten mit potentiell Pandemiereger ausgewiesen, die über entsprechende Isolierungsmöglichkeiten verfügen. **Krankenhäuser der Phase 5** sind:

Klinikum Saarbrücken
Universitätsklinikum des Saarlandes
Caritas-Klinik Dillingen

Es ist zu erwarten, dass sich insbesondere nach Auftreten der ersten Fälle in der Bevölkerung Unruhe ausbreitet und sich viele Patientinnen und Patienten in die Krankenhausambulanzen „selbst einweisen“. Es empfiehlt sich dringend, Selbsteinweiser in das in diesem Pandemieplan ausgewiesene Krankenhaus zu verweisen, dabei muss allerdings damit gerechnet werden, dass einzelne Patientinnen und Patienten aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind selbständig dieser Aufforderung

nachzukommen. Diese sind dann gesteuert über die Rettungsleitstelle in die ausgewiesenen Krankenhäuser zu verbringen.

Grundsätzlich müssen daher alle saarländischen Krankenhäuser organisatorisch auf die vorübergehende Betreuung derartiger Patientinnen und Patienten vorbereitet sein. Die Erkrankten und damit auch Verdachtsfälle müssen isoliert werden.

Phase 6

In Phase 6 sind ausgewählte Krankenhäuser für die Versorgung der Influenzapatientinnen und -patienten benannt. Andere Krankenhäuser bleiben der regulären Krankenversorgung vorbehalten. Diese Trennung ist insbesondere wegen der erwarteten hohen Kontagiosität des Erregers bedeutsam. Auch die begrenzte Zahl von Intensiv- und Beatmungsplätzen macht eine Aufgabenteilung zwischen den Akutkrankenhäusern im Pandemiefall notwendig. Viele Krankenhäuser haben nur interdisziplinäre Intensivstationen. Eine Isolierung von intensivpflichtigen Infektionspatientinnen/ -patienten von anderen Intensivpatientinnen/-patienten ist dort nur eingeschränkt möglich.

In der beginnenden Erkrankungswelle haben zunächst einige Krankenhäuser in ihrer regionalen Zuständigkeit die stationäre Versorgung der Influenzapatientinnen/ -patienten sicher zu stellen. Diese **Krankenhäuser der ersten Versorgungsreihe** sind:

Kreiskrankenhaus Ottweiler
Marienhausklinik Wadern
Caritas-Krankenhaus Dillingen
Caritas-Krankenhaus Lebach
Universitätsklinikum des Saarlandes
St. Michael-Krankenhaus Völklingen
Ev. Stadt-Krankenhaus Saarbrücken
Krankenhaus St.Josef Dudweiler

Diese sollten in der Summe bis zu 1.426 Betten für Influenzapandemiepatientinnen/ -patienten verfügbar halten. Sofern interdisziplinäre Intensivstationen bestehen, sind diese für die intensivpflichtigen Influenzapatientinnen und -patienten bereitzustellen. Eine Einhaltung der Kreisgrenzen ist unter den o.g. Vorgaben nicht möglich. Als größere Versorgungsbereiche wurden die Kreise St. Wendel/Merzig/Saarlouis, Landkreis Neunkirchen, Saarpfalzkreis und Stadt Saarbrücken mit Umland (Stadtverband) ausgewählt; zum Teil gibt es in der Versorgungszuständigkeit auch Überschneidungen mit den angrenzenden Bereichen.

Bei weiterer Zunahme von Erkrankungsfällen sind zusätzlich Krankenhäuser der **zweiten Versorgungsreihe** einzubeziehen:

St. Josef- Krankenhaus Neunkirchen
Marienhausklinik Losheim
Caritas-Krankenhaus Dillingen
Caritas-Krankenhaus Lebach
Universitätsklinikum des Saarlandes
Knappschaftskrankenhaus Püttlingen

Als Reserve, das heißt, wenn die Akutbetten in den Krankenhäusern der ersten und zweiten Versorgungsreihe nicht mehr ausreichen, können einzelne regionale Rehabilitationseinrichtungen in die **dritte Versorgungsreihe** einbezogen werden:

Hochwaldkliniken Weiskirchen
Fachklinik St. Hedwig Dillingen
Rehabilitationseinrichtung am St. Nikolaus-Hospital, Wallerfangen
Bliestalkliniken, Blieskastel
Geriatrische Rehabilitationsklinik am Kreiskrankenhaus St. Ingbert
Bosenbergkliniken St. Wendel
Fachklinik für Frührehabilitation und Rehabilitation, Quierschied

Die stationäre Versorgung der Kinder wird im Rahmen der Influenza-Pandemie an den etablierten Standorten der Kinderkliniken/-Fachabteilungen erfolgen.

Zur Bewältigung eines massenhaften Anfalls von Krankenhauseinweisungen können insbesondere in den zur Behandlung von Influenzaerkrankten ausgewiesenen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, aber teilweise auch in den übrigen Einrichtungen, folgende Maßnahmen notwendig werden:

- Verantwortliche vorzeitige Entlassung im eigenen Krankenhaus,
- Aussetzen von elektiven Maßnahmen im eigenen Krankenhaus,
- Aufstocken der Bettenzahl durch Umschichtung zwischen den Abteilungen,
- Prüfung der Rekrutierung von „Reservepersonal“ z. B. Medizinstudenten, Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege, Personal im Ruhestand usw. geprüft werden.

In der Pandemiephase wird die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses insbesondere auch von vom Krankenstand des eigenen Personals abhängen. Es sollte geprüft werden inwieweit der aktuelle Krankenstand des Personals erfasst werden kann und eine Risikobewertung für das Personal abgegeben werden kann.

Beatmungsplätze dürften einen besonderen Engpass bei der Versorgung bilden und sollten daher optimal genutzt werden. Daher sind eine Erfassung der Plätze und deren Auslastung für eine Koordination in der Rettungsleitstelle besonders wichtig. Der „Landesweite Bettennachweis“ wird bereits zum jetzigen Zeitpunkt um einen Influenza-Pandemie-Betten und Behandlungsplan erweitert.

7. Rettungsdienst und Krankenhaustransporte

Patiententransport

Der Rettungszweckverband organisiert den Patiententransport. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten erfolgt über die Rettungsleitstelle, die sich ebenfalls in der Trägerschaft des Rettungszweckverbandes befindet. Sie steuert die Patientenströme auf der Basis eines landesweiten Behandlungs- und Bettennachweises.

Sowohl Patiententransport als auch Rettungsleitstelle sind während einer Influenzapandemie in hohem Maße nachgefragt. Deshalb sind auch hier entsprechende Vorbereitungen erforderlich.

Phase 3

Für den Patiententransport sollte in Phase 3 die Erarbeitung eines Hygieneplanes für den Transport von Influenzapatienten einschließlich der Arbeitsschutzvorgaben sowie die Erstellung eines Logistikplanes erfolgen.

Das Personal des Krankentransportes und der Rettungsleitstelle ist mit den Aufgaben und Anforderungen im Rahmen einer Influenzapandemie sowie persönliche Schutzmaßnahmen durch Schulungen vertraut zu machen

Phase 4 5

Beim Auftreten einzelner Erkrankter wird zum Patiententransport unter entsprechenden Personenschutzmaßnahmen der bei der Berufsfeuerwehr Saarbrücken stationierte entkernte Rettungswagen eingesetzt.

Phase 6

In Phase 6 sind weitere Kapazitäten bereitzustellen; dabei werden je nach Schwere des Krankheitsbildes sowohl Krankentransportwagen (KTW) als auch Rettungstransportwagen (RTW) zum Einsatz kommen.

Entsprechende Planungen über regional einzusetzende Kapazitäten erfolgen durch den Rettungszweckverband. Diese sind der Rettungsleitstelle und den örtlich zuständigen Gesundheitsämtern bzw. den zuständigen Katastrophenschutzstäben unverzüglich mitzuteilen.

Die Rettungsleitstelle kann zur Bewältigung der Aufgaben in Phase 6 auch privater Hilfsorganisationen heranziehen, die in diesem Falle zentral über die Rettungsleitstelle gesteuert werden. Um eine zentrale und einheitliche Steuerung zu gewährleisten, dürfen Führungsstrukturen ausschließlich bei der Rettungsleitstelle gebildet werden.

Die Rettungsleitstelle wird bei erhöhter Nachfrage personell aufgestockt und um einen Stab bestehend aus einer Vertreterin/ einem Vertreter der leitenden Notarztgruppe und einer Vertreterin/ einem Vertreter der Hilfsorganisationen und der Feuerwehr ergänzt.

Der vorhandene landesweite Behandlungs- und Bettennachweis wird entsprechend der Zunahme der Erkrankungsfälle durch die Liste der für Influenzapatienten bereitstehenden Bettenkapazitäten und Behandlungsmöglichkeiten in den ausgewählten Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen ergänzt. Der zentrale Bettennachweis unterscheidet dabei für die den Influenzapatientinnen und -patienten vorbehaltenen Betten zwischen Normalbetten, Überwachungsbetten und Intensivbetten.

Die Rettungsleitstelle führt die regionale Zuweisung anhand der Liste der spezifischen bereitstehenden Bettenkapazitäten und Behandlungsmöglichkeiten durch.

1. Patientinnen und Patienten, die auf jeder Normalstation behandelt werden können,

2. Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung in einer Überwachungseinheit benötigen, weil eine Sauerstoffgabe und Sauerstoffsättigungsmessung erforderlich ist,
3. Patientinnen und Patienten, die überwacht und/oder beatmet werden und damit auf einer Intensivstation therapiert werden müssen.

Sie organisiert auch die Verlegung in ein Krankenhaus mit höherem Behandlungsniveau.

Zurzeit erfolgt alle 24 Stunden eine Aktualisierung der Betten- und Behandlungskapazitäten. Dieses Intervall wird im Fall einer Influenzapandemie bedarfsgerecht verkürzt werden.

Die Rettungsleitstelle informiert die Gesundheitsämter bzw. die zuständigen Katastrophenschutzstäbe oder und nach Einrichtung dem Verwaltungsstab täglich um 9 Uhr über Bettenkapazitäten und zeitnah über Kapazitätsengpässe in einzelnen Krankenhäusern.

Steuerung der Patientenströme

Für die Steuerung der Patientenströme ist zwingend ärztlicher Sachverstand erforderlich. Es ist Aufgabe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, möglichst viele Erkrankte bei zunehmender Zahl von Erkrankungen ambulant zu betreuen. Die stationäre Versorgung ist schweren Fällen bzw. Risikopatientinnen und -patienten vorzubehalten.

Die niedergelassene Ärztin/der niedergelassene Arzt vor Ort kann bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit Influenzakeranker keine abschließende Entscheidung über Art der Versorgung und Zielkrankenhaus treffen, vielmehr erfolgt die Steuerung der stationär eingewiesenen Patientinnen/Patienten durch die Rettungsleitstelle. Dort wird eine Ärztin/ein Arzt der Leitstelle mit der einweisenden Kollegin/dem einweisenden Kollegen das weitere Vorgehen klären.

Insbesondere bei ausgeschöpften Kapazitäten im stationären Bereich ist die Entscheidungslage für die handelnden Verantwortungsträger vor Ort problembehaftet. Hierzu bedarf es einer engen Abstimmung der jeweiligen Entscheidungsträger.

8. Arzneimittelversorgung

Die öffentlichen Apotheken haben die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Laut Apothekenbetriebsordnung haben Apotheken die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendigen Arzneimittel, insbesondere die in der Anlage 2 dieser Verordnung aufgeführten Arzneimittel, sowie Verbandstoffe, Einwegspritzen und Einwegkanülen in einer Menge vorrätig zu halten, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entspricht. Krankenhausversorgende Apotheken und Krankenhausapotheken müssen diese Präparate für zwei Wochen vorrätig halten.

Die Apothekerkammer regelt laut Heilberufekammergesetz die Dienstbereitschaft von Apotheken außerhalb der üblichen Geschäftszeiten.

Im Rahmen einer Influenza-Pandemie haben alle Apotheken mit einer starken Nachfrage nach Medikamenten und persönlichen Schutzmaßnahmen verschiedenster Art zu rechnen. Deshalb sind auch in diesem Bereich entsprechende Vorbereitungen erforderlich.

Phase 3

Die Apothekerkammer informiert die Apotheken über die vorbereitenden Planungen und die auf die Apotheken zukommenden Anforderungen zu Versorgung der Bevölkerung in einer Influenzapandemie. Sie erstellt einen Stufenplan zur Ausweitung der Dienstbereitschaft im Pandemiefall.

Phase 4-5

Bei regionalen Ausbrüchen wird die Apothekerkammer nach Bedarf die notwendige Versorgung mit Medikamenten sicherstellen und die Zahl der dienstbereiten Apotheken erhöhen.

Phase 6

Mit zunehmender Zahl von Erkrankungen ist im ambulanten Bereich eine hohe individuelle Nachfrage nach Arzneimitteln zur symptomatischen Behandlung, aber auch zu persönlichen Schutzmaßnahmen, wie Mund-Nase-Schutz, zu erwarten.

Die Apotheken haben ihre Bevorratung entsprechend auszurichten. Zur Sicherstellung der Behandlung der hohen Zahl von bakteriellen Superinfektionen, insbes. Pneumonien und Otitis media, hat das Saarland zusätzlich Antibiotika aus öffentlichen Mitteln bevorratet.

Antivirale Medikamente werden durch alle Apotheken auf ärztliche Verordnung ausgegeben.

Um die erhöhte Nachfrage in den Apotheken auch über die üblichen Öffnungszeiten hinaus sicherzustellen, wird in Abhängigkeit vom Fortschreiten der Pandemie ein Stufenplan greifen, der eine Ausweitung der Dienstbereitschaft vorsieht:

Stufe 1 An Wochenenden und Feiertagen wird die Anzahl der dienstbereiten Apotheken verdoppelt,

Stufe 2 Im Falle der Ausweitung der Pandemie wird die Dienstbereitschaft auch unter der Woche aufgestockt (durch Erhöhung der Zahl der notdienstbereiten Apotheken),

Die Apothekerkammer führt die entsprechenden Dienstbereitschaftslisten.

Die Apothekerkammer meldet den örtlich zuständigen Gesundheitsämtern bzw. den zuständigen Katastrophenschutzstäben und nach Einrichtung dem Verwaltungsstab folgende Informationen:

- jede Aktualisierung der Dienstbereitschaftslisten

sowie täglich jeweils um 9 Uhr Angaben zur Versorgungssituation mit antiviralen Medikamenten:

- Bestandsmeldung beim Großhandel
- vom Großhandel an die saarländischen Apotheken abgegebene Mengen
- Null- oder Überbestände in den jeweiligen Apotheken.

9. Gesundheitsämter, untere Gesundheitsbehörden der Gemeindeverbände

Die Gesundheitsämter der Landkreise und des Stadtverbandes Saarbrücken koordinieren die vorbereitenden Maßnahmen in ihrem fachlichen Zuständigkeitsbereich.

Sie informieren und planen mit den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und den Pflegeeinrichtungen vor Ort die notwendigen vorbereitenden Maßnahmen.

Im Katastrophenfall sind die Gesundheitsämter in die Tätigkeit der Katastrophenschutzstäbe der unteren Katastrophenschutzbehörden des Saarlandes eingebunden. Die Katastrophenschutzstäbe bilden daher nach Eintritt der Katastrophe auf regionaler Ebene die zentrale Schalt- und Informationsstelle.

Die Gesundheitsämter haben eine 24-Stunden-Erreichbarkeit sicherzustellen. Außerhalb der Dienstzeit ist die Erreichbarkeit über das Lagezentrum des Ministeriums für Inneres, Familie, Frauen und Sport bei der Landespolizeidirektion sicherzustellen. Diese Erreichbarkeit ist in Phase 6 auf die jeweiligen Landkreise und den Stadtverband auszudehnen.

Die konkreten Planungen auf regionaler Ebene sind in einem Influenza-Plan des jeweiligen Gemeindeverbandes festzuschreiben.

Phase 3

Die Gesundheitsämter sind in die vorbereitenden Planungen auf eine mögliche Influenzapandemie eingebunden und setzen die notwendigen vorbereitenden Maßnahmen auf regionaler Ebene um.

Hierzu gehören insbesondere:

- Information und Beratung der örtlichen Behörden (Kommunen, Katastrophenschutzbehörden und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) über das zu erwartende Szenario im Falle einer Influenzapandemie und die damit verbundenen Handlungsnotwendigkeiten,
- Allgemeine Information der Bevölkerung bei Anfragen medizinischer Art,
- Einrichtung einer Routinesurveillance Influenza, wie in II 3. in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorgesehen,
- Vorbereitung eines influenzaspezifischen Meldewesens (Kommunikationsmittel, Erreichbarkeit),
- Anforderung von Alarm- und Einsatzplänen der ausgewählten Krankenhäuser und Rehakliniken für den Fall einer Influenzapandemie gem. § 10 des Saarländischen Krankenhausgesetzes,
- Sensibilisierung der Institutionen der Gesundheitsversorgung zur Rekrutierung zusätzlichen Personals im Pandemiefall.
- Ermittlung des Schlüsselpersonals im jeweiligen Gesundheitsamt zur Versorgung mit antiviralen Arzneimitteln und Meldung an das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales.
- Planung der Organisation der Impfungen und Festlegung der Impfstellen.

Phase 4 - 5

- Ermittlung von Kontaktpersonen,
- Fachliche Empfehlung zur Festlegung von Absonderungsmaßnahmen von Erkrankten und Krankheitsverdächtigen,
- Ggf. Unterbrechung von Infektionsketten durch fachliche Empfehlung der Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen und/oder Aussprechen von Veranstaltungsverböten und ggf. weitergehende Einleitung von Seuchenschutzmaßnahmen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (zuständige Behörde s. Kapitel III 3.2),
- Beratung und Unterstützung bei der Festlegung von Vorgehensweisen beim Arbeitsschutz und bezüglich Schutzbekleidung, bei Probeentnahmen und Diagnostik sowie bei Dekontaminations- und Desinfektionsmaßnahmen im konkreten Einzelfall,
- Überwachung des Krankheitsgeschehens (Infektionsepidemiologie),
- Beratung der Kommunen, Katastrophenschutzbehörden und Einrichtungen in Gesundheitsfragen in konkreten Einzelfällen,
- Beantwortung von Bürgeranfragen zu medizinischen Fragen und insb. Information der Bevölkerung über Verminderung der Ansteckungsrisiken und Prinzipien der Hygiene und über weitere Schutzmaßnahmen bei der Pflege erkrankter Angehöriger,
- Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit mit der obersten Landesgesundheitsbehörde.

Phase 5 Übergang Phase 6

Sie fordern von den Einrichtungen entsprechende Alarm- und Einsatzpläne und Daten für den Fall einer Influenzapandemie an; diese sind:

- Dienstpläne im ambulanten Bereich, falls Ausweitung in Phase 5 bereits notwendig, sonst Phase 6,
- Notdienstbereitschaftspläne der Apotheken, falls Ausweitung in Phase 5 bereits notwendig, sonst Phase 6,
- Aktualisierung der Listen bekannter Personen aus Gesundheits- und Pflegebereich,
- Anzahl der täglichen neu aufgetretenen ambulanten und stationären Erkrankungsfälle
- Täglicher Bestand der beim Großhandel noch vorhandenen regulären Bestände und der Abgabe-Menge an antiviralen Medikamenten an die Apotheken sowie Null- und Überbestände in Apotheken.

Phase 6

Zusätzlich sind in Phase 6 insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Sicherstellung einer 24-h Erreichbarkeit pro Landkreis bzw. Stadtverband Saarbrücken,
- Surveillance des Krankheitsgeschehens im jeweiligen Kreis und zeitnahe Überblick über Gesamtversorgung im jeweiligen Zuständigkeitsbereich, u. a. auch über Bettenkapazitäten und Versorgungseingpässe,
- Meldung an den Verwaltungsstab (Katastrophenschutzstab) der obersten Katastrophenschutzbehörde,
- Mitwirkung bei Mobilisierung von medizinischem Hilfspersonal und freiwilligen Helfern,
- bei Verfügbarkeit eines Pandemie-Impfstoffes Verteilung der Impfstoffe im jeweiligen Kreis/ Stadtverband, Koordinierung der Impftermine, Durchführung der Impfungen und Erfassung der geimpften Personen (Anzahl).

Zu Beginn der Phase 6 sind ggf. seuchenhygienische Maßnahmen wie Schließung von Schulen und Kindergärten, Verbot von Veranstaltungen etc. noch hilfreich, weitere Krankheitsausbrüche zu verhindern.

Bei weiterem Fortschreiten der Erkrankungswelle sollten Veranstaltungsverbote weiter bestehen.

Gesundheitsämter des Saarlandes

Gesundheitsamt des
Stadtverbandes Saarbrücken
Malstatter Str. 17
66617 Saarbrücken
Telefon: 06 81 / 5 06 - 0
Telefax: 06 81 / 5 06 – 53 93

Gesundheitsamt des
Landkreises St. Wendel
Mommstr. 31
66606 St. Wendel
Telefon: 0 68 51 / 8 01 - 0
Telefax: 0 68 51 / 8 01 – 4 70

Gesundheitsamt des Landkreises Saarlouis
Choisyring 5
66740 Saarlouis
Telefon: 0 68 31 / 4 44 - 7 00
Telefax: 0 68 31 / 4 44 – 7 22

Gesundheitsamt
des Landkreises Neunkirchen
Lindenallee 13
66538 Neunkirchen
Telefon: 0 68 24 / 9 06 - 0
Telefax: 0 68 24 / 9 06 – 88 24

Gesundheitsamt des
Landkreises Merzig-Wadern
Hochwaldstr. 44
66663 Merzig
Telefon: 0 68 61 / 7 03 - 3 20
Telefax: 0 68 61 / 7 03 – 3 14

Gesundheitsamt des Saarpfalz-Kreises
Scheffelplatz 1
66424 Homburg
Telefon: 0 68 41 / 9 34 94 - 0
Telefax: 0 68 41 / 9 34 94 - 20

10. Katastrophenschutzbehörden

Nach dem saarländischen Katastrophenschutzgesetz haben **die oberste (Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport) und die unteren Katastrophenschutzbehörden (Gemeindeverbände bzw. Landeshauptstadt Saarbrücken)**³ bei über die Schadensfälle des täglichen Lebens hinausgehenden Schadensereignissen, die das Leben und die Gesundheit zahlreicher Menschen bedrohen, unter einheitlicher Leitung einer Katastrophenschutzbehörde an deren wirksamer Bekämpfung zusammenzuwirken. Sofern in Deutschland die Influenzapandemie festgestellt wird, ist im Saarland bei rasch ansteigender Zahl von Neuerkrankungen eine entsprechende Gefahrenlage gegeben. Die untere Katastrophenschutzbehörde stellt Eintritt und Ende der Katastrophe fest, soweit nur ihr Bereich von der Katastrophe betroffen ist. Im Übrigen, so auch im Fall der Influenzapandemie, trifft diese Feststellung die oberste Katastrophenschutzbehörde. Die Feststellung soll unverzüglich der Öffentlichkeit bekannt gegeben werden.

³ Derzeit ist ein Gesetzentwurf zur Neuordnung des Brand- und Katastrophenschutzrechts im Saarland im Verfahren, der u. a. die Zusammenarbeit in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bei Großschadenslagen und Katastrophen weiter konkretisiert.

Unter Federführung des Ministeriums Inneres, Familie, Frauen und Sport tritt ein **Verwaltungsstab des Saarlandes (Katastrophenschutzstab)** zusammen. Der Verwaltungsstab wird tätig bei drohenden und bereits eingetretenen außergewöhnlichen Ereignissen (Krisen) sowie bei Großschadenslagen und Katastrophen. Der Verwaltungsstab ist zugleich Katastrophenschutzstab im Sinne des § 8 Satz 1 Nr. 1 Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG). Er hat die Aufgabe, alle Maßnahmen mit besonderer Tragweite, die für die Bewältigung der Lage erforderlich sind und den Geschäftsbereich mehrerer Ministerien berühren, abzustimmen und die erforderlichen Entscheidungen herbeizuführen.

Er setzt sich zusammen aus:

- Dem Leiter oder der Leiterin des Stabs,
- Der Koordinierungsgruppe Verwaltungsstab (Katastrophenschutz),
- Dem oder der Zuständigen für die Bevölkerungsinformation und Medienarbeit,
- Den ständigen Mitgliedern des Stabs,
- Den ereignisspezifischen Mitgliedern des Stabs.

Als Mitglieder anderer Ressorts wirken im Verwaltungsstab (Katastrophenschutz) entscheidungsbefugte Vertreter oder Vertreterinnen der entsprechenden Bereiche mit.

Ständige Mitglieder sind im Regelfall:

- Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport – Bereich Katastrophenschutz
- Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport – Bereich Polizei
- Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport – der Landesbrandinspekteur
- Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales – Bereich Gesundheit
- Ministerium für Umwelt – Bereich Umwelt

Ereignisspezifische Mitglieder sind Vertreter/innen:

- Behörden,
- Fachkundige Dritte (z. B. im Influenzapandemiefall: Vertreter/innen der saarl. Krankenhäuser, Ärztinnen/Ärzte und Apothekerinnen/Apotheker, Rettungszweckverband),
- Verbindungspersonen, die zur Ereignisbewältigung – durch ihre spezifischen Kenntnisse – entscheidungsrelevante Informationen und Maßnahmevorschläge beitragen können.

Phase 3 - 5

Die **unteren Katastrophenschutzbehörden** treffen im Rahmen ihrer Zuständigkeit vorbereitende Maßnahmen, die einen wirksamen Katastrophenschutz im Rahmen einer Influenzapandemie gewährleisten. Soweit erforderlich, stellen die Gesundheitsämter oder andere Fachbehörden die für die Planungen benötigten Informationen zur Verfügung.

Vorbereitende Maßnahmen sind u.a.:

- Information der Bürger/innen über Verhaltensempfehlungen und mögliche Schutzmaßnahmen,
- Ressourcenplanung für sensible Bereiche zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung,

- Definition von Schlüsselpersonal in der kommunalen Verwaltung und anderen Bereichen der kommunalen Daseinsfürsorge zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, die einer Versorgung mit antiviralen Medikamenten bedürfen,
- Sicherstellung der regionalen Nahrungsmittelversorgung,
- Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung,
- Organisation von Nachbarschaftshilfe,
- Einrichtung einer regionalen oder lokalen telefonischen Notrufnummer für hilfebedürftige Menschen und für Anfragen nichtärztlicher Art,
- Unterstützung bei der Suche nach Ressourcen an qualifiziertem Personal für die regionalen Rettungsdienste und regionalen ambulanten Pflegedienste,
- Erstellung von Listen der im Katastrophenschutz tätigen Sanitätseinheiten.

Im Rahmen der Einbindung der Gesundheitsämter in die jeweiligen Katastrophenschutzstäbe weisen die Vertreterinnen oder Vertreter der zuständigen Gesundheitsämter ergänzend auf weitere zu erwartende Problembereiche über die gesundheitliche Versorgung hinaus hin, die auf Kreis- bzw. kommunaler Ebene zu lösen sind.

Diese Planungen sind in einem Katastrophenschutzplan des jeweiligen Gemeindeverbandes zu berücksichtigen.

Phase 6

Nach Ausrufen der Influenzapandemie in Deutschland ist zu erwarten, dass die oberste Katastrophenschutzbehörde des Saarlandes bei stärker ansteigenden Erkrankungszahlen den Eintritt der Katastrophe im Saarland feststellen wird.

Die **unteren Katastrophenschutzbehörden** bzw. die für eine Katastrophenbewältigung vorgesehenen Führungsorganisationen haben in Phase 6 über die in Phase 3-5 genannten hinaus, insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Personelle Unterstützung der regionalen Rettungsdienste,
- Personelle Unterstützung der regionalen ambulanten Pflegedienste,
- Mobilisierung von Medizinischem Hilfspersonal und freiwilligen Helferinnen/Helfern,
- Ggf. organisatorische und technische Hilfestellung bei einer erhöhten Zahl von Bestattungen.

Auf **Landesebene** werden beim **Verwaltungsstab des Saarlandes** alle Informationen über die Lage zur gesundheitlichen und allgemeinen Versorgung zusammengeführt, um so ein wirksames und effizientes Krisenmanagement zu gewährleisten. Der Verwaltungsstab bewertet die Lage und führt die erforderlichen Entscheidungen herbei. Der Verwaltungsstab kann weitere Expertinnen/Experten zur Beratung hinzuziehen. Täglich bis 10 Uhr sind dem Verwaltungsstab elektronisch bzw. durch Fax, mindestens folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

Durch die **Gesundheitsämter**:

- Die Anzahl von ambulanten und stationären Erkrankungsfällen,
- Entscheidungen der zuständigen Behörden über Schließung von Einrichtungen,

- Besondere Vorkommnisse.

Durch die **Retungsleitstelle**:

- Krankentransportkapazitäten,
- Freie Krankenhausbetten für Influenzapatientinnen und -patienten gegliedert nach Krankenhaus und Behandlungsstufe,
- Kapazitätsengpässe in einzelnen Krankenhäusern.

Durch die **unteren Katastrophenschutzbehörden**:

- Besondere Vorkommnisse, u. a. Versorgungsengpässe im Bereich Lebensmittel, Energie, Kommunikation.

Durch die **Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes**:

- Stand der ambulanten Versorgung, insb. Versorgungsengpässe.

Durch die **Saarländische Krankenhausgesellschaft**:

- Anzahl der stationären Aufnahmen von Influenzapandemiepatientinnen und -patienten.

Durch die **Apothekerkammer**:

- Anzahl der durch den Pharmagroßhandel ausgegebenen antiviralen Arzneimittel (unterschieden nach Pandemieware des Landes und sonstigen Apothekenbeständen) durch den Pharmagroßhandel,
- Null- und Überbestände beim Bestand von antiviralen Arzneimitteln in den saarländischen Apotheken (möglichst differenziert nach Schlüsselpersonal/ Allgemeinbevölkerung).

Der Verwaltungsstab berät die Politik auch in Fragen der Öffentlichkeitsarbeit und Risikokommunikation.

11. Zentrale Steuerung „Influenzapandemie“

In **Phase 3** nehmen die unteren Gesundheitsbehörden, die oberste Gesundheitsbehörde und die Katastrophenschutzbehörden eigenverantwortlich ihre jeweiligen Aufgaben zur Vorbereitung auf eine mögliche Influenzapandemie wahr. Die Abstimmung erfolgt bilateral bzw. im Saarländischen Koordinierungsteam Influenzapandemieplanung.

In Phase 4 und 5 sind zur Koordinierung der erforderlichen Maßnahmen regionale bzw. auf Landesebene Steuerungsgremien „Influenzapandemie“ einzurichten.

Phase 4 (Auftreten einzelner Erkrankungsfälle bzw. Erkrankungsherde)

Je nach Gesamtlage muss das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales entscheiden, ob es die Zuständigkeit nach § 28 Abs. 1 Satz 2 IfSG an sich zieht, da die der Allgemeinheit drohende Gefahr überörtliche Maßnahmen erfordert.

Im Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales wird ein Steuerungsgremium „Influenzapandemie“ gebildet.

Ihm gehören an:

- Leiterin oder Leiter der Abteilung Gesundheit und Verbraucherschutz im Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales,
- Seuchenreferentin oder Seuchenreferent im Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales,
- Expertinnen und Experten des saarländischen Kompetenzzentrums für Seuchenschutz nach Bedarf,
- Vertreterin oder Vertreter der Landespolizeidirektion,
- Vertreterin oder Vertreter der Landeskatastrophenschutzbehörde,
- Ggf. Ärztliche Leiterin/ Ärztlicher Leiter Rettungsdienst.

Gleichzeitig wird auf regionaler Ebene im jeweiligen Landratsamt bzw. im Stadtverband Saarbrücken der betroffenen Regionen ein regionales Steuerungsgremium „Influenzapandemie“ gebildet.

Diesem gehören an

- Ärztliche Leiterin/ Ärztlicher Leiter des Gesundheitsamtes,
- Vertreterin/ Vertreter des Krankenhaus/der Krankenhäuser der ersten Versorgungsreihe,
- Vertreterin/ Vertreter der Vollzugspolizei,
- Vertreterin/ Vertreter der Kreispolizeibehörde als Kontaktstelle zu den Ortspolizeibehörden,
- Vertreterin/ Vertreter der unteren Katastrophenschutzbehörde.

Die jeweiligen Steuerungsgremien können nach Bedarf Vertreterinnen oder Vertreter weiterer Institutionen und Organisationen hinzuziehen.

Phase 5 (Auftreten vermehrter Erkrankungsfälle bzw. Erkrankungsherde)

In Phase 5 sind bei erkennbar rascher Ausbreitung der Erkrankungen die in Phase 4 gebildeten Steuerungsgremien - soweit noch nicht erfolgt - umgehend einzuberufen.

Spätestens in Phase 5 wird - soweit noch nicht erfolgt - das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales die Zuständigkeit nach § 28 Abs. 1 Satz 2 IfSG an sich ziehen, da die der Allgemeinheit drohende Gefahr überörtliche Maßnahmen erfordert.

Phase 6 (Pandemiefall)

Ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Eintritts der Katastrophe im Saarland werden die Steuerungsgremien sowohl auf Landes- als auch auf Gemeindeverbandsebene in die nach Landeskatastrophenschutzrecht vorgesehenen Führungsorganisationen integriert.

12. Sachverständige, Experten und Ansprechpartner

12.1 Saarländisches Koordinierungsteam Influenzapandemieplanung

Das Saarländische Koordinierungsteam Influenzapandemieplanung trifft vorbereitende Maßnahmen und koordiniert die Umsetzung der Saarländischen Influenzapandemieplanung. Es steht unter der Leitung des für Seuchenschutz zuständigen Referates der Abteilung Gesundheit und Verbraucherschutz im Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales. Das Koordinierungsteam führt abhängig von der Lage regelmäßig Sitzungen durch und arbeitet eng mit dem Verwaltungsstab (Katastrophenschutzstab) zusammen.

Mitglieder sind Vertreterinnen und Vertreter folgender Institutionen/ Bereiche:

- Ärztekammer,
- Apothekerkammer,
- Kassenärztliche Vereinigung,
- Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) als Vertreter der Landkreise,
- Saarländische Krankenhausgesellschaft,
- Rettungszweckverband Saar,
- Ärztlicher Leiter Rettungsdienst,
- Ministerium für Inneres, Familie, Frauen- und Sport - Bereich Katastrophenschutz,
- Ministerium für Inneres, Familie, Frauen- und Sport – Bereich Polizei,
- Landesmedizinaluntersuchungsstelle,
- Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales – Seuchenschutzreferat.

12.2 Saarländisches Kompetenzzentrum für Seuchenschutz

Dem saarländische Kompetenzzentrum für Seuchenschutz gehören Expertinnen und Experten aus dem Bereich der klinischen Infektiologie, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Rettungsdienstes und der Krankenhaushygiene an, um die Krankenhäuser und den öffentlichen Gesundheitsdienst beim Auftreten gefährlicher Erkrankungen zu unterstützen. Die Koordination erfolgt durch das für den Seuchenschutz zuständige Referat der Abteilung Gesundheit und Verbraucherschutz des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales. Das saarländische Kompetenzzentrum berät die Landesregierung und den Verwaltungsstab (Katastrophenschutzstab) sowie die Gesundheitsämter bzw. jeweiligen Katastrophenschutzstäbe.

Die Mitglieder sind:

- Leitung des Instituts für Virologie des Universitätsklinikums des Saarlandes
- Leitung des Institutes für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene des Universitätsklinikums des Saarlandes
- Leitung des Bereiches Infektiologie der Med. Klinik I des Universitätsklinikums des Saarlandes
- Klinikum Saarbrücken, Chefarzt Infektiologie u. a.

- Klinikum Saarbrücken, Ärztlicher Leiter Rettungshubschrauber, Chefarzt Operative Intensivmedizin u. a.
- Leitung der Berufsfeuerwehr Saarbrücken
- Amtsärztin / Amtsarzt des Gesundheitsamtes des Stadtverbandes Saarbrücken
- Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
- Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Referat für Infektionsschutz

12.3 Ärztekammer und Apothekerkammer des Saarlandes

Die Ärztekammer des Saarlandes als öffentliche Berufsvertretung aller saarländischen Ärztinnen und Ärzte sowie die Apothekerkammer des Saarlandes als öffentliche Berufsvertretung aller saarländischen Apothekerinnen und Apotheker haben nach dem Saarländischen Heilberufekammergesetz vom 11. März 1998, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 8. Oktober 2003 (Amtsbl. S. 2874), u. a. den öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen, die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und der Verwaltung zu beraten und zu unterstützen und im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich den Notfalldienst an sprechstundenfreien Zeiten und sprechstundenfreien Tagen in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland bzw. mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Saarland sicherzustellen; sowie im Apothekenbereich die Dienstbereitschaft der Apotheken zu regeln.

Sie haben auch die Kammermitglieder zur Erfüllung ihrer Berufspflichten anzuhalten und deren Einhaltung zu überwachen, die berufliche Fortbildung der Kammermitglieder zu fördern, ebenso die Aus-, Fort- und Weiterbildung des bei den Kammermitgliedern beschäftigten Personals und die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu fördern sowie auf ein gedeihliches Verhältnis der Kammermitglieder zueinander und zu anderen Heil- und Heilhilfsberufen hinzuwirken.

Im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen auf eine Influenzapandemie hat die **Ärztekammer** insbesondere folgende Aufgaben:

- regelmäßige Fortbildung der Ärzteschaft zu Influenza und deren Impfprävention,
- Mitwirkung an einer besseren Durchimpfung insb. der Risikogruppen gegen Influenza,
- Information der Ärzteschaft über die Auswirkungen einer möglichen Influenzapandemie auf die Systeme der gesundheitlichen Versorgung,
- Mitwirkung an vorbereitenden Maßnahmen im Hinblick auf eine Influenzapandemie und Erstellung eines Influenzapandemieplanes, insb. auch im Hinblick auf die Steuerung der Patientenströme,
- Vorstellung des Saarländischen Influenzapandemieplans bei der Ärzteschaft.

Im Fall der Pandemie wirkt die Ärztekammer im Rahmen ihrer Aufgaben bei der fachlichen Unterstützung der öffentlichen Gesundheitsbehörden mit.

Im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen auf eine Influenzapandemie hat die **Apothekerkammer** insbesondere folgende Aufgaben:

- Mitwirkung an der Aufklärung der Bevölkerung, insb. der Risikogruppen, über die Impfung gegen Influenza,

- Information der Apothekerschaft über die Auswirkungen einer möglichen Influenzapandemie auf die Systeme der gesundheitlichen Versorgung,
- Mitwirkung an vorbereitenden Maßnahmen im Hinblick auf eine Influenzapandemie und Erstellung eines Influenzapandemieplanes,
- Vorstellung des Saarländischen Influenzapandemieplans bei der Apothekerschaft.

Bei der Verteilung der antiviralen Medikamente übernimmt sie koordinierende und überwachende Aufgaben.

III Maßnahmen

1. Bevorratung und Verteilung antiviraler Medikamente

Bis zur Verfügbarkeit eines pandemischen Impfstoffes können antivirale Medikamente zur Reduzierung von Morbidität und Mortalität beitragen. Antivirale Medikamente stellen bei bereits infizierten Personen die bislang einzige Möglichkeit dar, kausal den Folgen einer Infektion mit dem Influenzapandemieerreger entgegenzuwirken.

Wirksame antivirale Medikamente gegen Influenza sind die M2-Membranproteinhemmer Amantadin und Rimantadin sowie die Neuraminidasehemmer Zanamivir (Relenza) und Oseltamivir (Oseltamivir API und Tamiflu). Rimantadinhaltige Arzneimittel sind im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes (AMG) derzeit nicht zugelassen. Beide Wirkstoffgruppen führen zu einer Senkung der Viruslast. Einige Präparate sind auch zur Prophylaxe zugelassen.

Die therapeutische Wirkung ist nur bei Einnahme innerhalb der ersten 48 Stunden nach Krankheitsbeginn gegeben. Neuraminidasehemmer bewirken eine durchschnittliche Verkürzung der Erkrankungsdauer um 1,5 Tage sowie eine signifikante Reduzierung der antibiotikapflichtigen Sekundärinfektionen. Oseltamivir ist zur Prophylaxe und Therapie bei Kindern ab 1 Jahr zugelassen, Zanamivir ab 5 Jahren. Bei Schwangerschaft darf nur Zanamivir verwendet werden.

Grundsätzlich werden die Medikamente nur auf ärztliche Verordnung unter Beachtung einer strengen Indikation ausgegeben. Das Robert Koch-Institut wird dazu eine zeitnahe Falldefinition erarbeiten, die sich an der Epidemiologie des Erregers (vorrangig betroffene Altersgruppen, Komplikations- und Sterberaten) und dem höchsten Nutzen zur Verhinderung von Morbidität und Mortalität orientiert.

1.1 Bevorratung

Nach Beschlüssen der GMK, zuletzt vom 23.2.2006, beschaffen alle Länder konsekutiv für den Fall der Influenzapandemie antivirale Medikamente der Wirkstoffgruppe Neuraminidasehemmer für mindestens 20% der Bevölkerung. Dies entspricht den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, bezogen auf eine Erkrankungsrate von 30%. Die Medikamente sind nur zur Therapie bestimmt.

Die Auslieferung der antiviralen Medikamente für das Saarland wird bis Ende März 2007 abgeschlossen sein. Geordert wurden sowohl die Fertigarzneimittel Tamiflu und Relenza als auch Oseltamivir API, einem Wirkstoff in Pulverform, dessen gebrauchsfertige Lösung erst bei beabsichtigter Anwendung herzustellen ist. Die Lagerung aller antiviralen Medikamente erfolgt für Deutschland zentral. Die Medikamente dürfen nur im Pandemiefall (Phase 6) auf Anweisung der Länder eingesetzt werden.

Die Konfektionierung der vom Saarland geordneten Mengen des Wirkstoffes Oseltamivir API in kleine Gebinde erfolgt durch einen Lohnhersteller, die Herstellung der Lösung durch Schwerpunktapotheken. Die Abgabe erfolgt analog den Fertigarzneimitteln.

1.2 Verteilung

Zur Versorgung der Bevölkerung über Apotheken werden der überwiegende Teil der in den Ländern bevorrateten bzw. noch zu bevorratenden antiviralen Medikamente (Pandemieware) bundesweit über den Pharmazeutischen Großhandel – vertreten durch den Bundesverband PHAGRO e.V. – an öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken abgegeben.

Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales wird zusammen mit der Apothekerkammer die weisungsgemäße Abgabe der Arzneimittel überwachen.

Dazu schließt das Saarland Verträge mit einzelnen Großhändlern ab, die im Saarland eine Niederlassung betreiben. Mit diesen Vereinbarungen kann die Ausgabe bedarfsgesteuert erfolgen.

Der pharmazeutische Großhandel gibt die antiviralen Medikamente, die vom Saarland für den Pandemiefall eingelagert wurden, nach Freigabe durch das Land, ggf. auch sukzessive, aus.

Über **landesspezifische Pharmazentralnummern** soll der Großhandel eine grundsätzlich landesgebundene Verteilung öffentlich beschaffter antiviraler Medikamente an die Apotheken sicherstellen bzw. den Verordnungsweg nachvollziehbar machen. Gleichzeitig kann darüber der **aktuelle Bestand** noch verfügbarer Medikamente jederzeit ersehen werden.

Antivirale Medikamente zur Versorgung der Allgemeinbevölkerung werden über alle saarländischen Apotheken und Krankenhausapotheken verfügbar sein. Dies ist sinnvoll, da in allen öffentlichen Apotheken in der Pandemie auch in hohem Maße Medikamente zur symptomatischen Behandlung sowie zur Behandlung von Komplikationen angefordert werden.

Durch Erhöhung der Zahl der dienstbereiten Apotheken wird auch die bestmögliche regionale Erreichbarkeit gesichert. (Regelung durch Apothekerkammer, s. Stufenplan in Kapitel II 8. Arzneimittelversorgung).

Die in die Apotheken auszuliefernden Mengen antiviraler Medikamente werden kontingentiert, um eine sachgerechte Versorgung der Apotheken sicherzustellen. Durch eine Verteilung an alle öffentlichen Apotheken ist eine relativ gleichmäßige Verteilung unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte gewährleistet.

Die Apothekerkammer überwacht darüber hinaus Null- und Überbestände und kann damit im Bedarfsfall kurzfristig und flexibel auf regionale Vakanzen reagieren und koordinierend tätig werden.

Die Verteilung an Krankenhausapotheken und krankenhausversorgende Apotheken orientiert sich darüber hinaus an der Zahl der anteilig zu versorgenden stationären Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der in Kapitel II 6. definierten Schwerpunktkrankenhäuser.

Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung von Influenzapatientinnen und -patienten teilnehmen, erhalten eine Sicherheitsmarge.

Verteilung der antiviralen Medikamente an das Schlüsselpersonal

(Gesundheitswesen, Beschäftigte im Bereich Öffentliche Sicherheit und Ordnung)

Die Abgabe wird ebenfalls nur nach Verordnung durch eine Ärztin/ einen Arzt erfolgen, teilweise über das ambulante Versorgungssystem, teilweise auch direkt über die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte (Arbeitsstättenprinzip).

Der pharmazeutische Großhandel stellt im Pandemieplan eine 24-Stunden-Erreichbarkeit für das Land, die Gesundheitsämter und die saarländischen Apotheken sicher.

2. Impfung

Ein pandemischer Impfstoff muss rasch zu einem Impfschutz in einer immunologisch naiven Bevölkerung führen, in hoher Menge produziert werden können und ausreichend verträglich sein. Ein auf die spezifischen Eigenschaften des Pandemieerregers abgestimmter Impfstoff kann aber derzeit nicht im Voraus entwickelt werden, sondern erst nach Identifizierung des Pandemieerregers. Im Gegensatz zu den inter pandemischen Impfstoffen wird der pandemische Impfstoff monovalent sein und muss zum Erreichen eines ausreichenden Impfschutzes zweimal im Abstand von 4 - 6 Wochen appliziert werden.

Zu den vorbereitenden Maßnahmen gehören deshalb die Entwicklung neuartiger Impfstoffkonzepte, die im Fall der Pandemie eine rasche Impfstoffherstellung ermöglichen, auf technisch ausgereiften Verfahren beruhen und eine hohe Ausbeute an Impfstoffen erlauben. Die Forschungsansätze richten sich auf Gesamtvirus-Impfstoffe, Spaltimpfstoffe, lebend-attenuierte Impfstoffe, die Immunität steigernde Adjuvantien, antimikrobielle Konservierungsstoffe sowie alternative Verabreichungsverfahren.

Die Zulassung neuer Impfstoffe erfordert ein vollständiges präklinisches Studienprogramm mit Überprüfung von Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffes. Derzeit arbeiten Impfstofffirmen weltweit auf der Basis dieser neuen Impfstoffkonzepte an der Produktion

sogenannter Kandidatimpfstoffe, die auf Virussubtypen mit hohem pandemischem Potential (H2, H5, H7 und H9) zurückgreifen.

Nach regulärer Zulassung eines derartigen Kandidatimpfstoffes kann im Falle einer Pandemie durch gentechnische Verfahren der Pandemieimpfstoff hergestellt werden. Über ein Variations-Schnellverfahren ist dann eine beschleunigte Zulassung in nur wenigen Tagen möglich.

Die Bundesregierung hat zur Entwicklung von Kandidatimpfstoffen Forschungsaufträge über jeweils 10 Millionen Euro an zwei in Deutschland ansässige Impfstoffhersteller vergeben mit der Vereinbarung, im Fall der Pandemie 160 Millionen Impfstoffdosen für die Bevölkerung in Deutschland bereitzustellen.

Die Vereinbarung wird auf der Basis der vor der Pandemie in Deutschland verkauften jährlichen Impfstoffdosen für Influenza getroffen. Um 160 Millionen Impfdosen zu erreichen, ist eine interpandemische Impfstoffabnahme von ca. 27 Millionen/Jahr erforderlich. Somit tragen höhere Durchimpfungsraten der Bevölkerung in der interpandemischen Phase direkt zur Sicherstellung der Versorgung im Pandemiefall bei.

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) hat die interpandemische Impfung insbesondere für Personen über 60 Jahre, für die in den Gesundheitsberufen Tätigen und Menschen mit vielen Kontakten empfohlen. Allein durch bessere Akzeptanz der Impfung in den genannten Risikogruppen wäre dieses Ziel einer Vollversorgung im Pandemiefall erreichbar. Schon in der Saison 2005/2006 wurden in Deutschland ca. 20 Millionen Influenzaimpfungen durchgeführt.

Phase 3-5

Es sind verstärkte Bemühungen von öffentlichen Behörden und Ärzteschaft erforderlich, die Impfbereitschaft insbesondere in den von der STIKO empfohlenen Indikationsgruppen zu erhöhen. Dies sind Menschen über 60 Jahre, Menschen mit chronischen Krankheiten sowie Personen mit zahlreichen Kontakten. Die meisten Bundesländer, so auch das Saarland, haben eine öffentliche Empfehlung zur Impfung gegen Influenza für die gesamte Bevölkerung ausgesprochen. In Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft sollen intensive Aufklärungsaktionen, insbesondere in den genannten Zielgruppen, durchgeführt werden.

Phase 6

Nach Konfektionierung eines pandemischen Impfstoffes ist davon auszugehen, dass die Produktion des Impfstoffes für die gesamte deutsche Bevölkerung mehrere Monate benötigt.

Infolgedessen ist eine Priorisierung bestimmter Berufsgruppen bzw. Bevölkerungsgruppen notwendig. Diese Priorisierung orientiert sich an der Verfügbarkeit des Impfstoffes und an der Definition des Schlüsselpersonals für die Versorgung mit antiviralen Medikamenten.

Nach dem Influenzapandemieplan sind zunächst die in der akutmedizinischen Versorgung tätigen Personen, dann die Personen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit zu impfen. Dann steht die Impfung von Risikogruppen in der Bevölkerung an, wobei hier epidemiologische Aspekte, aber auch sozial-ethische Aspekte mit Berücksichtigung finden. Eine konkrete bundeseinheitliche Festlegung wird erst dann erfolgen können, wenn das epidemiologische Profil des Erregers bekannt ist.

Logistik der Impfungen

Die Lieferung des Impfstoffes wird bundesweit nach festgelegten Quoten direkt an die Länder erfolgen; die Gesundheitsämter koordinieren die weitere Verteilung.

Der Impfstoff wird nach derzeitigem Planungsstand nicht in Einzelampullen, sondern in 10er -Gebinden geliefert werden, so dass entsprechende Impftermine festzulegen sind.

Die Gesundheitsämter koordinieren in ihrem Zuständigkeitsbereich die entsprechenden Impfkationen.

Die Durchführung der Impfung für die priorisierten Berufsgruppen im Gesundheitswesen erfolgt in den stationären Einrichtungen durch die betriebsärztlichen Dienste mit ggf. Unterstützung durch die Gesundheitsämter, in der ambulanten Gesundheitsversorgung durch hausärztlich tätige Praxen. Die Impfung der Personen aus dem Bereich Sicherheit und öffentliche Ordnung erfolgt in Kooperation von betriebsmedizinischen Diensten, ambulanten Versorgungssystem und öffentlichem Gesundheitsdienst.

Die Impfung der Risikogruppen und konsekutiv aller weiteren Bevölkerungsgruppen wird im ambulanten Bereich nach regionaler Abstimmung mit den Gesundheitsämtern durch die hausärztlich tätigen Praxen und mit Unterstützung durch die Gesundheitsämter in öffentlichen Impfstellen erfolgen. Fachärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte sind für diese öffentlichen Impfstellen mit einzuplanen. Als öffentliche Impfstellen sind kommunale Einrichtungen benannt. Entsprechende Listen sind in den Gesundheitsämtern vorhanden.

3. Prävention und Infektionshygienisches Management

Neben einer vorbeugenden Impfung ist die Expositionsprophylaxe, also die Vermeidung des Kontaktes zu möglicherweise Infizierten oder Erkrankten, die wichtigste Maßnahme. Influenza-Viren werden besonders „erfolgreich“ innerhalb größerer Menschenansammlungen übertragen.

Infektionshygienische Maßnahmen können dazu beitragen, die Ausbreitung eines potentiellen Pandemieerregers in Phase 4 und 5 zu verhindern oder in Phase 6 zu verzögern und damit Zeit zu gewinnen bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffes

Jede Person kann durch ihr Verhalten zum eigenen Schutz beitragen. Die zuständigen Gesundheitsbehörden können Schutzmaßnahmen für die Bevölkerung auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) treffen.

3.1 Aufklärung der Bevölkerung über Präventionsmaßnahmen

Insbesondere zu Beginn der Pandemie ist es wichtig, die Bevölkerung schnellstmöglich und umfassend über allgemeine Hygieneregeln und individuelle Schutzmaßnahmen zu informieren, die eine Ansteckung und damit eine schnelle Ausbreitung der Infektion verhindern oder zumindest verzögern können.

Einfache und wirksame Hygienemaßnahmen für den Einzelnen sind:

- Vermeiden von Händegeben, Anhusten, Anniesen,

- Vermeiden von Berührungen der Augen, Nase oder Mund,
- Vermeidung von Massenansammlungen, Verzicht auf den Besuch von Theatern, Kinos, Diskotheken, Märkten, Kaufhäusern,
- Tragen eines einfachen Mund-Nasen-Schutzes oder Atemschutzes und ggf. einer Brille als Augenschutz in der Öffentlichkeit,
- Nutzung und sichere Entsorgung von Einmaltaschentüchern,
- Intensive Raumbelüftung,
- Gründliches Händewaschen
 - nach Personenkontakten,
 - nach der Benutzung von Sanitäreinrichtungen und
 - vor der Nahrungsaufnahme,
- Trennung von an Influenza erkrankten Personen von Säuglingen, Kleinkindern und Personen mit chronischen Erkrankungen,
- Verbleib fieberhaft Erkrankter zu Hause, um weitere Ansteckungen zu verhindern,
- Vermeidung von Kontakten zu möglicherweise erkrankten Personen.

Ein mehrlagiger Mund-Nasen-Schutz kann einen gewissen Schutz vor Influenza-Infektionen bieten. Es muss vermieden werden, dass sich die Bevölkerung dadurch in falscher Sicherheit wiegt.

Im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen sind in Phase 3-5 entsprechende Informationsmaterialien bereitzustellen und zu Beginn der Pandemie allen zugänglich zu machen.

3.2. Antiepidemische Maßnahmen durch die Gesundheitsbehörden

Der öffentliche Gesundheitsdienst kann nach dem Infektionsschutzgesetz zum Schutz der Bevölkerung weitere Schutzmaßnahmen veranlassen: Sie umfassen u. a.:

- Schließen von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen sowie anderen Gemeinschaftseinrichtungen, das Verbot von Veranstaltungen oder sonstigen Ansammlungen einer größeren Anzahl von Menschen (§ 28 IfSG),
- die Quarantäne/ Absonderung von Kranken, Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen (§ 30 IfSG),
- Besuchsverbote in medizinischen Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen können - der Situation angemessen - im Pandemiefall erwogen werden.

Darüber hinaus sind im Rahmen des IfSG weitergehende Maßnahmen im konkreten Einzelfall möglich

Da Kinder zu den wichtigsten Multiplikatoren von Influenzainfektionen gehören, kann eine Schließung von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen insbesondere in Phase 4 und 5 sowie zu Beginn der Phase 6 je nach epidemiologischer Situation sinnvoll sein. In diesem Zusammenhang ist allerdings in der Abwägung neben dem Erziehungsauftrag des Staates nach Art. 7 GG immer zu berücksichtigen, dass die Kinder je nach Altersstufe bei Berufstätigkeit der Eltern der Aufsicht/ Betreuung bedürfen. Insoweit kommt der zur organisierenden Nachbarschaftshilfe bereits in dieser Phase besondere Bedeutung zu.

Zuständige Behörde

Zuständig für Maßnahmen auf der Grundlage von § 28 und § 30 Abs. 1 IfSG sind gem. § 1 der Verordnung über die Zuständigkeit nach dem Infektionsschutzgesetz vom 20. September 2001 (Amtsbl. St. 1810), zuletzt geändert durch Gesetz Nr. 1516 vom 5. Februar 2003 (Amtsbl. S. 490) für § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG die Ortspolizeibehörden, für § 28 Abs. 1 Satz 2 IfSG die Ortspolizeibehörden, solange nicht die Kreispolizeibehörden oder das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales als Landespolizeibehörde die Zuständigkeit an sich ziehen, weil die der Allgemeinheit drohenden Gefahren überörtliche Maßnahmen erfordern.

Die Gesundheitsämter haben in diesem Zusammenhang die Aufgabe - auf Grundlage des jeweils aktuellen epidemiologischen Geschehens - die notwendigen antiepidemischen Maßnahmen fachlich zu empfehlen und deren Umsetzung zu begleiten.

Kontrolle des Reiseverkehrs/Maßnahmen am Flughafen

In Phase 4 und 5 können auch Reisebeschränkungen angezeigt sein mit dem Ziel, die Virusausbreitung zu verhindern und eine Eindämmung der Ausbrüche zu erreichen.

Diese Verpflichtung trifft in erster Linie das Land, in dem es zu einem solchen Ausbruch gekommen ist. Dort sind auch Maßnahmen zur Reisekontrolle zu etablieren (z. B. Exitscreening). Alle übrigen Länder müssen bestimmte Maßnahmen zur Reisekontrolle erwägen und die Erfassung importierter Fälle verstärken.

Das Saarland wird auf der Grundlage einer noch zu treffenden international einheitlichen Regelung die Kontrolle Reisender in der Phase 4 und 5 sowie in Phase 6 sicherstellen.

Im Rahmen der Vorbereitungen auf eine mögliche Pandemie wurden mit dem Flughafen Saarbrücken-Ensheim durch das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales und das Gesundheitsamt des Stadtverbandes Saarbrücken bereits konkrete Absprachen zum Management bei Erkrankungsverdacht von Flugreisenden auf hochansteckende Erkrankungen getroffen. Vor Ort sind die entsprechenden Informationen über Vorgehensweisen bei Krankheitsverdächtigen, Erkrankten und Kontaktpersonen sowie die Isolierungsmöglichkeiten und Arbeitsschutzmaßnahmen vorhanden.

4. Arbeitsschutz

4.1. Arbeitsschutz im Bereich Gesundheitsversorgung

Dem Arbeitsschutz der in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen kommt besondere Bedeutung zu.

Die Empfehlungen zum Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Arbeitsschutzes (609) des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe ist als Anlage 3a beigefügt.

Bei der Ermittlung notwendiger Schutzmaßnahmen (Gefährdungsbeurteilung) kann der Arbeitgeber davon ausgehen, dass er die Anforderungen der BioStoffV erfüllt, wenn er die ABAS-Beschlüsse einhält. Der Arbeitgeber kann auch gleichwertige Maßnahmen festlegen, ist dann aber beweispflichtig für die Wirksamkeit der Schutzmaßnahmen.

Für den Schutz gegen Influenza sind neben den ABAS-Beschlüssen folgende Regelungen relevant:

- BGR 189 Einsatz von Schutzbekleidung,
- BGR 190 Benutzung von Atemschutzgeräten,
- BGR/GUV-R 250/TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege,
- TRBA 100 Schutzmaßnahmen für gezielte und nichtgezielte Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in Laboratorien.

Bevorratung von Schutzmaßnahmen

Die Ausstattungsvorschriften erstrecken sich nicht auf die Anzahl der zu bevorratenden Schutzbekleidung. Die Schutzbekleidung muss für die jeweilige Tätigkeit geeignet sein und vom Arbeitgeber in der erforderlichen Anzahl zur Verfügung gestellt werden. Der Bedarf ist vom Arbeitgeber anhand der Gefährdungsbeurteilung zu ermitteln, wobei die Unfallverhütungsvorschriften zu berücksichtigen sind.

Die Art und Anzahl der zu beschaffenden Schutzausrüstungen gehen aus der Gefährdungsbeurteilung hervor, die erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen ist (§ 3 Abs. 1 ArbSchG). Demnach ist die Beschaffung und Finanzierung von Arbeitsschutzausrüstung, die zusätzlich für den Pandemiefall benötigt wird, durch den Arbeitgeber sicherzustellen.

Einsatz von Neuraminidasehemmern

Die antivirale Prophylaxe mit Neuraminidasehemmern ist im ABAS-Beschluss 609 genannt und somit im Sinne des § 17 BioStoffV eine Arbeitsschutzmaßnahme. Diese Maßnahme kann nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung für bestimmte Tätigkeiten erwogen werden. Sie ist nur nach strenger individueller ärztlicher Indikation möglich.

Atemschutz

Die Prüfanforderungen an FFP-Masken regelt die DIN EN 149 „Atemschutzgeräte - Filtrierende Halbmasken zum Schutz gegen Partikel - Anforderungen, Prüfung, Kennzeichnung“. Daraus lässt sich jedoch nicht ableiten, nach welcher Tragedauer die Schutzwirkung nachlässt. Die in der BGR 190 Tabelle 2 genannten Tragezeitbegrenzungen werden mit der körperlichen Belastung durch den Atemwiderstand begründet und sind daher kein Maßstab für die Wirkungsdauer. Partikelfiltrierende Halbmasken bieten generell keinen hundertprozentigen Schutz. Sie sind in der Regel Einmalartikel und daher nicht für den wiederholten Gebrauch bestimmt.

4.2. Vorbereitungen sonstiger Arbeitgeber für die Pandemie

Alle Institutionen, die durch eine Pandemie betroffen sein könnten (Behörden, Hilfsorganisationen, Hilfseinrichtungen, Betriebe, etc.), sind aufgerufen, im Vorfeld die Auswirkungen einer Influenzapandemie auf betriebliche Abläufe abzuschätzen und rechtzeitig geeignete organisatorische Maßnahmen einzuleiten. Dazu gehört ggf. auch die Beschaffung von Arbeitsschutzausrüstungen, da zu Beginn einer Pandemie Engpässe zu erwarten sind.

Konkrete Auskünfte zu Arbeitsschutzmaßnahmen erteilen Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte, Unfallversicherungsträger/Berufsgenossenschaften und Gewerbeaufsichtsämter.

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland und die Saarländische Krankenhausgesellschaft informieren die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. die Krankenhausärztinnen und -ärzte über die notwendigen Maßnahmen in Kooperation mit der Landesregierung, auch im Rahmen von Schulungsmaßnahmen.

5. Technische Infrastruktur und öffentliches Leben

Aufgrund krankheitsbedingtem Personalausfall kann es in Phase 6 der Pandemie zu

- Einschränkungen von Dienstleistungen,
- Einschränkung des Warenverkehrs und zur
- Einschränkung des Personenverkehrs

kommen.

Phase 3 - 5

In den Unternehmen und Betrieben sollten daher im Vorfeld folgende Punkte individuell überprüft werden und gegebenenfalls Gegenstrategien entwickelt werden:

- Identifikation und Analyse zeitkritische Geschäftsprozesse,
- Identifikation der Toleranzgrenzen,
- Untersuchung der möglichen Auswirkungen von Krisenszenarien,

Betriebsspezifisches Training und Schulung der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter und Führungskräfte,

- Erarbeitung einer Umsetzungsstrategie für den Krisenfall,
- Überprüfung von Krisenszenarien.

Überprüft werden sollte auch die Möglichkeit der Eigenbevorratung mit antiviralen Arzneimitteln in Absprache mit dem jeweiligen Betriebsarzt/ der jeweiligen Betriebsärztin.

6. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit/ Kommunikation

Im Falle eines Pandemieausbruches bzw. schon bei einer erhöhten Pandemiebereitschaftsstufe ist von einer großen Verunsicherung in der Bevölkerung, aber auch Beunruhigung in der Fachöffentlichkeit auszugehen. Deshalb sind schnelle und fachlich korrekte, sachliche Informationen der Bevölkerung sowie der Fachöffentlichkeit von größter Bedeutung.

Ein Problem unserer Zeit ist die Informationsüberflutung durch das Internet und die Medien. In einer Krise, und auch bei der Vorbereitung einer solchen, muss daher alles daran gesetzt werden, dass **bestätigte Informationen** und zu ergreifende Maßnahmen **nur an einer Stelle** im Land oder in einem Landkreis/ Stadtverband/ Kommune zur Verfügung gestellt werden und Informationen verschiedener staatlicher Stellen nur abgestimmt veröffentlicht werden.

Die Information der Öffentlichkeit ist ein Kernelement des Krisenmanagements. Deshalb sind insbesondere auch für die Information der Öffentlichkeit und damit die Risikokommunikation Vorbereitungen erforderlich. Sie müssen den verschiedenen Phasen und Situationen angemessen sein. Ziel ist eine offene, transparente, aber auch deeskalierende Kommunikation. Erforderlich ist eine eng abgestimmte Zusammenarbeit der Ebenen Land/ Landkreise/ Stadtverband/ Kommunen sowie auch der Fachbehörden. Dabei ist die Sicherstellung der Kommunikation untereinander ein wesentlicher Punkt.

Die Presse muss auf ihre Verantwortung bezüglich eines deeskalierenden Informationsverhaltens im Krisenfall hingewiesen werden.

Phase 3 - 5:

- Vorbereitung von Informationsschreiben für verschiedene Kommunikationswege (sinnvoll bundeseinheitlich nach Vorgaben des RKI),
- Vorbereitung von Merkblättern zu Influenza und zu empfehlenden Verhaltensempfehlungen und Schutzmaßnahmen (Sprachen für die Bevölkerung),
- Information der Fachöffentlichkeit über Influenza und die zu erwartenden Anforderungen im Fall der Pandemie in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Institutionen,
- Information der Einsatzkräfte und Krisenstäbe über Influenza und die zu erwartenden Anforderungen im Fall der Pandemie,
- Sicherstellung der Kommunikation zwischen den verantwortlichen Behörden und Institutionen,
- Festlegung von Ansprechpartnerinnen und -partnern in den verschiedenen Institutionen und Behörden,
- Ggf. Hintergrundgespräche mit Presse über die zu erwartende Problematik.

Phase 6

Im Fall der Pandemie wird die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit vom Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales bzw. vom Verwaltungsstab des Ministeriums für Familie, Frauen, Inneres und Sport federführend koordiniert.

Alle Presseverlautbarungen sind zwischen den Beteiligten abzustimmen und von der bzw. dem im Influenzapandemiefall für die Pressearbeit Verantwortlichen zu autorisieren.

Auf Landesebene wird eine zentrale Internetseite aller Ressorts bereitgestellt, die laufend aktualisiert wird. Wichtige Institutionen (z. B. Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes, Saarländische Krankenhausgesellschaft, Apothekerkammer des Saarlandes und alle Gebietskörperschaften) werden gebeten, über einen Link auf diese Seiten zu verweisen. Unabgestimmte Informationen sind zu vermeiden.

Durch die Zusammenführung der Informationen im Krisenstab des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales bzw. beim Verwaltungsstab des Ministeriums für Inneres, Familie, Frauen und Sport kann tagesaktuell die Information der Öffentlichkeit erfolgen.

Für Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern wird eine Telefon-Hotline auf Landesebene eingerichtet und bekannt gemacht werden.

Eine gezielte Information der Fachöffentlichkeit zu allen Belangen der gesundheitlichen Versorgung muss bei zu erwartendem Ausbruch der Pandemie erfolgen.

Während der Pandemie wird die Information der Fachöffentlichkeit über die verschiedenen Institutionen und ggf. Internetforen sichergestellt.

Auf § 5 der Verordnung zum Schutz vor Infektionskrankheiten (InfektVO) vom 15. Oktober 2005 wird verwiesen (vgl. Anlage 2 e).