

Influenzapandemieplan Saarland (IppS)

Inhaltsverzeichnis

I Allgemeiner Teil	4
1. Zweck und Ziel einer Pandemieplanung	4
2. Das Influenzavirus	4
3. Influenza	5
3.1. Interpandemische (saisonale) Influenza.....	5
3.2. Pandemische Influenza.....	6
3.3. Zoonotische Influenza.....	8
4. Influenzapandemiephasen	8
4.1. Die Interpandemische Phase.....	8
4.2. Die Alarmphase.....	8
4.3. Die Pandemische Phase.....	9
4.4. Die Übergangsphase.....	9
II Planung und Organisation	9
1. Prinzipien der Planung	9
2. Surveillance	11
3. Diagnostik und Probenversand	14
3.1. Labordiagnostik bei Verdacht auf Influenza.....	15
3.2. Testdurchführung.....	16
4. Medizinische Versorgung	17
4.1. Ambulante Versorgung.....	17
4.1.1. Pflegebereich/Dialysepatientinnen und -patienten.....	19
4.1.2. Personalreserven.....	19
4.2. Stationäre Versorgung.....	20
4.2.1. Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen.....	20
4.2.2. Intensivmedizinische Behandlungskapazitäten.....	23
4.2.3. Überwachung der Verfügbarkeit der Krankenhäuser.....	23
5. Rettungsdienst und Krankentransporte	24
5.1. Patientinnen- und Patiententransport.....	24
5.2. Steuerung der Patientinnen- und patientenströme.....	24
6. Arzneimittelversorgung	25
7. Strukturen und Organisation	27
7.1. Strukturen auf Bundesebene.....	27
7.2. Strukturen auf Landesebene.....	28
7.3. Strukturen auf Landkreisebene.....	30
8. Zentrale Steuerung "Influenzapandemie"	31
8.1. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.....	31
8.2. Gesundheitsämter im Saarland.....	31
8.3. Katastrophenschutzbehörden im Saarland.....	33
8.4. Ärztekammer des Saarlandes, Apothekerkammer des Saarlandes, Kassenärztliche Vereinigung Saarland.....	34
8.4.1. Ärztekammer des Saarlandes.....	35
8.4.2. Apothekerkammer des Saarlandes.....	35

III Maßnahmen	35
1. Bevorratung und Verteilung antiviraler Medikamente	35
1.1. Bevorratung.....	36
1.2. Verteilung.....	36
2. Impfung	36
2.1. Logistik der Impfungen.....	37
3. Prävention und infektionshygienisches Management	38
3.1. Kommunikationsstrategien.....	38
3.2. Antiepidemische Maßnahmen durch die Gesundheitsbehörden.....	40
3.3. Kontrolle des Reiseverkehrs/Maßnahmen am Flughafen.....	41
4. Arbeitsschutz	41
4.1. Arbeitsschutz im Bereich Gesundheitsversorgung.....	41
4.1.1. Bevorratung von Schutzmaßnahmen.....	41
4.1.2. Einsatz von Neuraminidasehemmern.....	42
4.1.3. Atemschutz.....	42
4.1.4. Hygiene.....	42
4.2. Vorbereitungen sonstiger Arbeitgeber für die Pandemie.....	43
5. Technische Infrastruktur und Öffentliches Leben	43
6. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit/Kommunikation	44
6.1. Alarmphase.....	44
6.2. Pandemische Phase.....	44
7. Regelungen COVID-19.....	45
IV Verweis auf Gesetze, Verordnungen, Verwaltungsvorschriften und allgemeine Arbeitsgrundlagen (in der aktuellen Fassung)	46

I Allgemeiner Teil

1. Zweck und Ziel einer Pandemieplanung

Eine Pandemie bezeichnet eine weltweite Epidemie. Eine Influenzapandemie wird durch ein neuartiges Influenzavirus verursacht, das in der Lage ist, schwere Erkrankungen hervorzurufen und sich gut von Mensch zu Mensch zu verbreiten. Da dieser neue Erreger zuvor nicht oder sehr lange nicht in der menschlichen Bevölkerung vorgekommen ist, ist das Immunsystem nicht vorbereitet und daher auch nicht geschützt. Die Influenzapandemien des vergangenen Jahrhunderts und des letzten Jahrzehntes gingen mit Erkrankungs- und Sterberaten einher, die übliche, auch schwere, Influenzawellen übertrafen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist darauf hin, dass auch ein pandemisches Virus, das bei gesunden Menschen überwiegend vergleichsweise milde Symptome verursacht, durch die hohe Zahl von Erkrankten in einem begrenzten Zeitraum die Gesundheitssysteme eines Staates überlasten könne. Insoweit ist der Pandemieplan für weitere Erreger u. a. für das neuartige Coronavirus COVID-19 oder auch zukünftige andere neuartige Viren anwendbar.

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 Deutschland hat im Frühjahr 2005 einen Nationalen Influenzapandemieplan (NPP) für Deutschland beschlossen, in dem neben fachlichen Anteilen konkrete vorbereitende Maßnahmen auf nationaler und regionaler Ebene festgelegt werden. Der NPP wurde 2005 publiziert und 2007 aktualisiert.

Seit Veröffentlichung des Pandemieplans wurden die Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie von Bund und Ländern stark vorangetrieben, insbesondere was die Bevorratung mit antiviralen Arzneimitteln und die vertragliche Bindung von Kapazitäten der Impfstoffherstellung betrifft.

Die H1N1-Influenzapandemie 2009, die in Deutschland im April 2009 mit ersten Erkrankungen durch das pandemische Influenzavirus A(H1N1) pdm09 begann, stellte die erste Bewährungsprobe für die entwickelten Pandemiepläne dar.

Der jetzt vorliegende Nationale Pandemieplan Teil I und Teil II, März 2017 (NPP), ist die zweite Aktualisierung des erstmals 2005 veröffentlichten NPP für Deutschland. Er bildet die Grundlage für den saarländischen Influenzapandemieplan.

Ziel eines saarländischen Influenzapandemieplans ist, die Umsetzung der vorgeschlagenen vorbereitenden Maßnahmen im Saarland voranzubringen und zu koordinieren.

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 Akteurinnen und Akteure sind als Anlagen beigefügt.

2. Das Influenzavirus

Erkrankungen durch saisonal zirkulierende, humane Influenzaviren werden jährlich registriert. In den klimatisch gemäßigten Zonen der beiden Hemisphären (Nord- bzw. Südhalbkugel) treten die Erkrankungen jahreszeitlich (saisonal) jeweils in den Wintermonaten deutlich gehäuft in sogenannten Grippewellen auf. Ursächlich hierfür sind Infektionen mit den Influenzavirustypen A und B. Influenza A-Viren werden aufgrund der

genetischen und antigenen Eigenschaften zweier Oberflächenproteine, dem Hämagglutinin (H-Protein) und der Neuraminidase (N-Protein), weiter in Subtypen untergliedert.

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.

Influenzaviren zeichnen sich aus durch eine große genetische Variabilität aufgrund der hohen Mutationsfrequenz und durch 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.

Da gegen neue Subtypen in der menschlichen Bevölkerung noch keine Immunität besteht, können sie Auslöser von Pandemien sein [(1918 H1N1, 1957 H2N2, 1968 H3N2, 2009 A (H1N1) Schweinegrippe)].

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. Influenza

3. 1. Interpandemische (saisonale) Influenza

Die saisonale Influenza wird seit Jahrzehnten von insgesamt vier Influenza-Subtypen oder -Linien verursacht: Bei Influenza Typ A die beiden Subtypen H1N1 und H3N2 (H steht für Hämagglutinin, N für Neuraminidase - das sind zwei Proteine auf der Virushülle), außerdem zwei Influenza-B-Linien (Victoria- und Yamagata-Linie). Von diesen vier Gruppen zirkulieren weltweit verschiedene Varianten. Von Saison zu Saison unterscheidet sich, welche Virusgruppe - und welche Variante davon - am häufigsten vorkommt. Referenzlaboratorien auf der ganzen Welt - in Deutschland das Nationale Referenzzentrum für Influenza im Robert Koch-Institut (RKI) - untersuchen kontinuierlich die zirkulierenden Influenzaviren und übermitteln ihre Ergebnisse an die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die auf dieser Basis etwa die Zusammensetzung des Influenza-Impfstoffs für die kommende Grippesaison bestimmt.

Die vier Subtypen bzw. Linien von Grippeviren haben viele Gemeinsamkeiten, und alle vier können das ganze Spektrum von relativ leichten zu schwereren Krankheitsverläufen und sogar Todesfällen verursachen. In mancher Hinsicht unterscheiden sich die Viren jedoch - etwa in der Erkrankungshäufigkeit in bestimmten Altersgruppen.

Zeitlicher Verlauf

In Deutschland tritt die Grippewelle im Winterhalbjahr meist nach dem Jahreswechsel auf. Häufig beginnt sie mit einer Erhöhung der Influenzaaktivität im Südwesten Deutschlands und zeigt eine Ausbreitungstendenz nach Nordost. Die auf Bevölkerungsebene messbare

Erhöhung der Influenzaaktivität beginnt in den meisten Jahren im Januar und erstreckt sich durchschnittlich über acht bis zehn Wochen, sie hat allerdings in der Vergangenheit in starken Grippejahren auch bis zu 19 Wochen gedauert.

Morbidität

Influenzaviren werden z. B. durch Husten oder Niesen, also assoziiert mit Sekrettröpfchen in der Atemluft, direkt oder durch kontaminierte Gegenstände indirekt, von Mensch-zu-Mensch übertragen. Saisonale Influenzaviren können asymptomatische Infektionen, milde, selbstlimitierende Erkrankungen, aber auch schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle verursachen. Personengruppen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei saisonaler Influenza sind Kleinkinder und sehr alte Menschen, Schwangere, Menschen mit reduzierter Immunabwehr und solche mit vorbestehenden chronischen Erkrankungen.

Influenzawellen können von Saison zu Saison in ihrer Stärke erheblich variieren: Die Zahl der geschätzten Influenzaassoziierten Arztbesuche beträgt in Deutschland je nach Saison zwischen einer und acht Millionen.

Die Schätzung der Influenzaassoziierten Krankenhauseinweisungen kann in starken Saisons bei über 30.000 liegen. Generell gilt, dass alle Altersgruppen von Influenza-Erkrankungen betroffen werden, aber Kleinkinder und die ältere Bevölkerung die höchste Rate bei Krankenhauseinweisungen durch Influenza haben.

Mortalität

Genau wie die Zahl der Influenzaerkrankten kann auch die Zahl der Todesfälle, die während einer saisonalen Grippewelle auftreten und der Influenza zugerechnet werden können (sogenannte Übersterblichkeit, Exzessmortalität), erheblich von Saison zu Saison schwanken. So wurden z. B. für die Saisons 1995/96 oder 2008/09 etwa 20.000 Todesfälle durch Influenza geschätzt. Es gibt andererseits auch viele moderat verlaufende Saisons, in denen keine Übersterblichkeit auf Bevölkerungsebene nachweisbar ist. Trotzdem versterben auch in solchen Saisons Personen an den Folgen einer Influenzaerkrankung, was durch die nach Infektionsschutzgesetz an das RKI übermittelten, laborbestätigten Fälle belegt ist.

3.2. Pandemische Influenza

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.

Eine Pandemie bezeichnet eine weltweite Epidemie. Eine Influenzapandemie wird durch ein neuartiges (nicht saisonales) Influenzavirus verursacht,

- gegen das es in der Bevölkerung keine oder nur in einem kleinen Anteil der Bevölkerung eine vorbestehende Immunität gibt,
- das humanpathogen ist und
- das sich leicht von Mensch zu Mensch verbreitet.

Die Eigenschaften des pandemischen Virus sind zu Beginn einer Pandemie weitgehend unbekannt, die Impfung als wichtige Präventionsmaßnahme steht voraussichtlich (noch) nicht zur Verfügung.

Wie bei der saisonalen Influenza können auch Influenzapandemien extrem unterschiedlich sein, was die Zahl der Erkrankten, der Schwerkranken und der Todesfälle betrifft. Diese Kenngrößen können wiederum regional und im zeitlichen Verlauf sehr stark differieren sowie unterschiedliche Risikogruppen betreffen.

Die bisher gravierendste Influenzapandemie, für die epidemiologische Daten vorliegen, war die „Spanische Grippe“ in 1918 – 1919 mit etwa 50 Millionen geschätzten Todesfällen weltweit. Die zwei nachfolgenden Influenzapandemien in 1957 und 1968 forderten wesentlich weniger Todesfälle, obwohl große Teile der Weltbevölkerung empfänglich waren für eine Infektion. Im Jahr 2009 tauchte ein im Vergleich zu dem damals zirkulierenden saisonalen A(H1N1)-Virus deutlich unterschiedliches, neuartiges A(H1N1)-Virus auf, das zuvor weder in Tieren noch in Menschen identifiziert worden war. Innerhalb kürzester Zeit verbreitete sich dieses A(H1N1)pdm09-Virus weltweit und verursachte eine Influenzapandemie. Das Virus hat sich inzwischen in der menschlichen Bevölkerung etabliert und das zuvor zirkulierende A(H1N1)-Virus vollständig verdrängt. A(H1N1)pdm09 zirkuliert seit 2010 im saisonalen Rhythmus zusammen mit dem Influenza A(H3N2)-Virus (der Vorläufer dieses Subtyps löste die Pandemie 1968 aus) und den Influenza B-Viren.

Zeitlicher Verlauf

Die drei Pandemien des letzten Jahrhunderts (1918, 1957, 1968) verliefen in mehreren Wellen, wobei am Beginn zunächst eine weniger starke Welle einer zweiten, stärkeren, etwa vier bis sechs Monate vorausging. Auch die Pandemie 2009 verlief in zeitlich früh nach dem ersten Auftreten betroffenen Ländern wie den USA, England und Spanien in zwei Wellen, mit Höhepunkten im Frühsommer/Sommer 2009 und einer in ganz Europa verzeichneten Erkrankungswelle im letzten Quartal 2009. Pandemische Erkrankungswellen wurden in 2009, wie auch in früheren Pandemien, unabhängig von der Jahreszeit und auch außerhalb der „typischen“ Influenzasaison (im Winter in den gemäßigten Klimazonen) beobachtet.

Morbidität

Die Auswertung der deutschen Meldedaten zur Pandemie 2009 gemäß Infektionsschutzgesetz zeigte für Deutschland, dass Schulkinder in der ersten Erkrankungswelle mit Höhepunkt Mitte November 2009 die am stärksten von Erkrankungen mit dem Influenza A(H1N1)pdm09-Virus betroffene Altersgruppe waren. Unter der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland wurde in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen nach dieser Erkrankungswelle der höchste Anteil (30 %) mit kreuzreagierenden Antikörpern gegen das A(H1N1)pdm09-Virus gemessen, obwohl diese Altersgruppe bereits vorpandemisch – im Vergleich mit den anderen Altersgruppen – den höchsten Anteil (12 %) an kreuzreagierenden Antikörpern aufwies. Eine Verschiebung des Altersmedians in ältere Altersgruppen bei mit Influenza A(H1N1)pdm09 hospitalisierten Patienten in Deutschland konnte in der Saison 2010/11 ebenfalls beobachtet werden.

Mortalität

Für die Pandemie 2009 wurden in einer Studie weltweit zwischen 105.700 und 395.600 Todesfälle aufgrund respiratorischer Erkrankungen geschätzt. In einer zweiten Studie wurden zwischen 123.000 und 203.000 Todesfälle von April bis Dezember 2009 geschätzt, mit einer bis zu 20-fach höheren Mortalität in Ländern auf dem amerikanischen Kontinent als in Europa. Diese extreme Heterogenität der Epidemiologie in verschiedenen Ländern, die durch die inzwischen weltweit besser verfügbaren Daten aus der Influenzasurveillance belegt werden konnte, wird auch zukünftig sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei der globalen Einschätzung als auch die einzelnen Länder bei landesspezifischen Bewertungen vor große Herausforderungen stellen. Ein Grund, warum die ältere Bevölkerung bei Pandemien zunächst relativ weniger

betroffen war, könnte die erhaltene Immunität aus lange zurückliegenden Influenzasaisons sein. Dieser „Vorteil“ könnte jedoch im Laufe der Jahre dadurch verloren gehen, dass die neu erworbene Immunität in der jüngeren Bevölkerung im Vergleich zur älteren Bevölkerung länger anhält. Eine neuere Hypothese postuliert, dass die ältere Bevölkerung in den letzten vier gut beschriebenen Pandemien nur zu Beginn durch eine bestehende Immunität weniger stark von Infektionen betroffen ist. Sobald die pandemischen Viren länger in der Bevölkerung zirkulieren, sich durch kontinuierliche Punktmutationen weiter an ihren Wirt anpassen und verändern, geht dieser ursprüngliche Vorteil verloren und ältere Menschen mit altersentsprechend reduziertem Immunstatus bleiben bei Infektion die hauptbetroffene Risikogruppe für schwere Verläufe und einen tödlichen Ausgang der Erkrankung.

3.3. Zoonotische Influenza

Menschen können sich auch mit Influenza A-Viren, die endemisch in Tieren, z. B. in Schweinen oder in Vögeln zirkulieren, infizieren und erkranken. Erfolgt die Übertragung direkt oder indirekt vom Tier auf den Menschen, ist diese Form der Influenza als Zoonose zu bezeichnen.

Bestätigte zoonotische Infektionen müssen gemäß den internationalen Gesundheitsvorschriften seit 2007 an die WHO gemeldet werden:

4. Influenzapandemiephasen

Die WHO beschreibt in ihrem aktualisierten Pandemieplan „WHO Pandemic Influenza Risk Management – WHO Interim Guidance“ (2013) die globale Phaseneinteilung einer Pandemie folgendermaßen:

„Die Einteilung der globalen pandemischen Phasen spiegelt die Risikoeinschätzung der WHO in Bezug auf die globale Situation im Hinblick auf humanpathogene Influenzaviren mit pandemischem Potential wider. Die vier globalen Phasen beschreiben die (weltweite) geographische Ausbreitung eines neuartigen Influenzavirus unter Berücksichtigung der durch das Virus hervorgerufenen Erkrankungen. Beim Auftreten eines pandemischen Influenzavirus stehen die einzelnen Länder und Regionen verschiedenen epidemiologischen Situationen zu verschiedenen Zeitpunkten gegenüber. Aus diesem Grund wird den WHO-Mitgliedstaaten dringend empfohlen, eine eigene, nationale Risikoeinschätzung zu entwickeln, die zusätzlich zu der globalen Risikoeinschätzung der WHO die jeweilige lokale epidemiologische Situation mit einbezieht. Die WHO wird die globale Phaseneinteilung verwenden, um die globale Situation zu kommunizieren.“

Die vier globalen Phasen sind:

4.1. Die Interpandemische Phase: Sie ist definiert als die Phase zwischen Influenzapandemien.

4.2. Die Alarm-Phase: Humane Influenzaerkrankungen, die durch ein neuartiges Influenzavirus hervorgerufen wurden, wurden identifiziert. Eine erhöhte Wachsamkeit und sorgfältige Risikoeinschätzung auf lokaler, nationaler und globaler Ebene sind charakteristisch für diese Phase. Für den Fall, dass die Risikobewertungen zeigen, dass das neuartige Virus sich nicht zu einem pandemischen Virus entwickelt, sollte eine Deeskalation der Aktivitäten auf das Maß der Interpandemischen Phase erfolgen.

4.3. Die Pandemische Phase: Dies ist die Phase, in der sich die durch ein neuartiges Influenzavirus hervorgerufenen humanen Erkrankungen global ausbreiten. Die Übergänge von der Interpandemischen Phase zur Alarm- und Pandemischen Phase können sehr schnell oder sukzessiv erfolgen. Die fließend ineinander übergehenden globalen Phasen spiegeln die Risikoeinschätzung der WHO, die grundsätzlich auf virologischen, epidemiologischen und klinischen Daten beruht, wider.

4.4. Die Übergangphase: Wenn sich die globale Risikoeinschätzung entspannt, kann eine Deeskalation in Bezug auf global eingeleitete Maßnahmen erfolgen. Zusätzlich kann – je nach spezifischer Risikoeinschätzung in den Mitgliedstaaten – eine Verringerung der Bewältigungsmaßnahmen oder ein Überführen der Bewältigungsmaßnahmen in Aufbaumaßnahmen angezeigt sein.

II Planung und Organisation

1. Prinzipien der Planung

Die zu treffenden vorbereitenden Maßnahmen für den Fall einer Influenzapandemie sind orientiert an den Zielen, die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern und 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.

➤ Konzept in Deutschland

In Deutschland können für eine kontinuierliche, differenzierte Risikoeinschätzung* während einer Pandemie drei grundlegende Kriterien herangezogen werden:

Das epidemische Potenzial in der Bevölkerung

Das epidemische Potenzial eines Influenzavirus wird vor allem durch die Übertragbarkeit des Virus bestimmt. Es ist wichtig zu erfassen (Surveillance), wie leicht und wie schnell sich das Virus von Mensch zu Mensch überträgt und sich somit ausbreitet. Dabei stellen sich u. a. folgende Fragen: Wie ändert sich der Anteil der infizierten (oder erkrankten) Personen in der Bevölkerung von einer Zeiteinheit zur nächsten? Wie schnell steigt die Fallzahl an? Wie hoch ist der Anteil der Bevölkerung, der kreuzreagierende Antikörper und damit gegebenenfalls einen gewissen Schutz gegen das pandemische Influenzavirus aufweist?

Antworten auf diese Fragen erlauben u. a. eine Einschätzung, wie sinnvoll (evtl. kurzfristige) Maßnahmen – wie z. B. präventive Schulschließungen – sein können, die das Ziel haben, die rasche Ausbreitung zu verhindern.

Das epidemiologische (Schwere-)Profil von Influenzaerkrankungen

Das epidemiologische (Schwere-)Profil von Influenzaerkrankungen kann durch die Beobachtung des Erkrankungsgeschehens (Surveillance), in der Bevölkerung eingeschätzt werden. Dabei steht die Beantwortung von folgenden Fragen im Mittelpunkt: Wie hoch ist die Krankheitslast auf Bevölkerungsebene, in der Primärversorgung, auf Krankensebene und wie hoch ist die Anzahl der Todesfälle? Wie hoch ist der Anteil von Influenzaerkrankungen mit schwerem Krankheitsverlauf? Welche Risikofaktoren führen dazu, dass Personen schwer erkranken (z. B. Altersgruppen, Vorerkrankungen)? Sind

antivirale Arzneimittel und Impfstoffe wirksam? Wie hoch ist der Anteil der Infizierten, die keine Symptome zeigen?

Antworten auf diese Fragen erlauben u. a. eine Einschätzung, welcher Anteil der Bevölkerung erkrankt bzw. schwer erkrankt ist. Darüber hinaus lassen sich aus diesen Parametern wichtige epidemiologische Kenngrößen, wie z. B. die Letalität, ableiten. Weiterhin können einige dieser Indikatoren darüber Aufschluss geben, wie stark ein bestimmter Sektor im Gesundheitswesen zumindest von der „Nachfrageseite“ her belastet ist (z. B. der primärversorgende Bereich). Schließlich können die Werte auch mit saisonalen Wellen und früheren Pandemiewellen verglichen werden.

Die Ressourcenbelastung im Gesundheitsversorgungssystem

Während einer Pandemie steht vor allem die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Vordergrund. Daher ist die Erfassung der Belastung von humanen und materiellen Ressourcen im Gesundheitsversorgungssystem wichtig. Darüber hinaus sind weitere öffentliche Dienstleistungen von Bedeutung. Die Ressourcenplanung und das Ressourcenmanagement sind Aufgaben der Länder. Für die Beurteilung der Lage in einer pandemischen Situation stehen folgenden Fragen in Mittelpunkt: Wie hoch ist der Anteil der Personen mit ARE (= akut respiratorischer Erkrankungen) in Arztpraxen? Wie hoch ist der Anteil von Influenzapatienten bezogen auf die Anzahl von Krankenhausbetten, medizinischem Personal, intensivmedizinischen Betten- und Beatmungsplätzen?

Zur Beantwortung dieser Fragen können Daten aus der syndromischen Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza und Krankenhaussurveillance herangezogen werden.

Die Maßnahmen des Infektionsschutzes müssen 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 Ausbruchs 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.

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.

* In diesem Kapitel wird der Begriff „Risikoeinschätzung“ verwendet, der dem Begriff der „Einschätzung der Schwere“ (*severity assessment*), wie ihn die WHO oder CDC verwenden, entspricht. Dies hat den Grund, dass eine „Risikoeinschätzung“ umfassender ist und auch Parameter miteinschließt, die per se nichts mit der „Schwere“ zu tun haben.

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. Surveillance

Epidemiologische Surveillance ist die fortlaufende systematische Sammlung, Analyse, Bewertung und Verbreitung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen zur Krankheitsbekämpfung. Beim Auftreten einer Influenzapandemie müssen für die Bewertung der epidemiologischen Lage und für die Auswahl der an die Situation angepassten Kontroll- und Bekämpfungsmaßnahmen bestimmte epidemiologische Parameter bekannt sein. Diese Parameter müssen durch funktionsfähige Surveillance-Systeme erhoben werden, die vor einer Pandemie etabliert werden und mit denen bereits in der inter pandemischen Phase Daten als Vergleich erhoben wurden.

Die präpandemische Überwachung der Influenzaaktivität erfolgt durch drei Systeme: Das Sentinelsystem der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), die Influenzaüberwachung der Länder (Gesundheitsbehörden) sowie die gesetzliche Labormeldepflicht. Dadurch ist eine ständige bevölkerungsrepräsentative Aussage zur Verteilung von Influenzainfektionen in Deutschland gewährleistet.

International ermöglicht die Teilnahme des NRZ Influenza am von der WHO etablierten weltweiten Influenza-Surveillance-and-Response-System-Netzwerk sowie dem Pandemic Influenza Preparedness Framework die Früherkennung einer neuen Pandemie und den gegenseitigen Austausch von Influenzaviren mit pandemischem Potential.

Bei weltweitem Erstauftreten pandemischer Influenzaviren übernimmt das NRZ Influenza die Koordination und erstellt eine Standardarbeitsanweisung (SOP) in nationaler und internationaler Kooperation.

Zur Sicherung der diagnostischen Expertise und Kapazität soll ein Influenza-Labornetzwerk (Anl.) aufgebaut werden, in dem virologische Laboratorien der Länder und verschiedener Universitäten vertreten sind. Entscheidende Parameter für die Aufnahme in das Labornetzwerk sind Qualifikation, Expertise und geografische Lage. Ein solches Netzwerk ist im inter pandemischen Zeitraum zu etablieren und bei erstem Auftreten pandemischer Influenzaviren zu aktivieren.

Das darauffolgende Vorgehen lässt sich in 4 Stufen einteilen, die je nach Verlauf des pandemischen Geschehens zeitlich variieren können:

1. Stufe: Bei nationalem Auftreten erster Infektionsverdachtsfälle mit einem neuen pandemischen Influenzavirus soll Untersuchungsmaterial immer an das NRZ Influenza zur Analyse versandt werden.
2. Stufe: Die virologische Primärdiagnostik kann in allen Laboratorien des Influenza-Labornetzwerks erfolgen, mit Laborbestätigung durch das NRZ Influenza.
3. Stufe: Die Diagnostik einschließlich der Bestätigung erfolgt in allen Laboratorien des Influenza-Labornetzwerks.
4. Stufe: Weitere medizinische Laboratorien werden SOP-konform in die Diagnostik eingebunden. Das NRZ Influenza und das Influenzalabornetzwerk stehen anderen medizinischen Laboratorien bei der Etablierung geeigneter Nachweisverfahren im Pandemiefall beratend bei.

➤ **Virologische Surveillance durch das Nationale Referenzzentrum für Influenza (NRZ Influenza)**

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

➤ **Meldung nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Der direkte Nachweis von Influenzaviren ist gemäß § 7 Absatz 1 Nr. 25 IfSG meldepflichtig. Nach § 11 Absatz 1 IfSG werden die Nachweise über die zuständigen Landesbehörden, hier das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, an das RKI übermittelt.

Mit Änderung des IfSG zum 29. März 2013 wurden die Übermittlungszeiten deutlich verkürzt. Die an das Gesundheitsamt der Hauptwohnung namentlich gemeldeten Nachweise von Krankheitserregern werden gemäß den vom RKI veröffentlichten Falldefinitionen bewertet und spätestens am folgenden Arbeitstag an die zuständige Landesbehörde, das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, sowie von dort spätestens am folgenden Arbeitstag, an das RKI übermittelt.

Auf der Grundlage von § 12 IfSG müssen im Falle einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (im Sinne von Artikel 1 Absatz 1 IGV), wie z. B. im Fall von humaner Influenza durch einen neuen Subtypen des Virus, unverzüglich Mitteilungen über das RKI an die WHO erfolgen. Dabei sind auch die getroffenen Maßnahmen und sonstige Informationen, die für die Bewertung der Tatsachen und für die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind, zu übermitteln.

Außerdem hat das RKI hierzu Angaben an die Kommission der Europäischen Union und die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten umgehend zu übermitteln.

Grundsätzlich eignen sich die durch die Meldepflicht gewonnenen Daten zur Beobachtung des Epidemieverlaufs und liefern wertvolle einzelfallbasierte Informationen. Sie eignen sich aber nur sehr eingeschränkt zur Einschätzung der Krankheitslast in der Bevölkerung, da keine Daten über den Krankheitsverlauf erfasst werden. Außerdem gehen in das System nur die labordiagnostisch gesicherten Infektionen ein, was nur einen kleinen Teil der Fälle abbildet.

➤ **Anpassung der Meldepflicht an die epidemiologische Lage**

Auf der Grundlage des § 15 IfSG kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) per Verordnung die Meldepflicht für die in § 6 IfSG aufgeführten Krankheiten oder die in § 7 aufgeführten Krankheitserreger aufheben, einschränken oder erweitern oder die Meldepflicht auf andere übertragbare Krankheiten oder Krankheitserreger ausdehnen, soweit die epidemische Lage dies zulässt oder erfordert. Auf dieser Grundlage wurde am 11. Mai 2007 die Meldepflicht auf aviäre Influenza beim Menschen ausgedehnt.

Auch während der Influenzapandemie 2009 wurde § 15 IfSG herangezogen: Am 2. Mai 2009 wurde die „Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweine-Grippe“) hervorgerufen wird“ veröffentlicht. Entsprechend der epidemiologischen Lage und Erfordernisse wurde sie am 9. November 2009 angepasst. Sie trat am 1. Mai 2010 außer Kraft.

Von dieser Möglichkeit kann in einer zukünftigen Influenzapandemie ebenfalls Gebrauch gemacht werden.

➤ **SurvNet**

Im Jahr 2001 wurde mit dem Meldesystem zum IfSG ein kostenloses Programm, SurvNet@RKI, vom RKI entwickelt. Es wurde den Gesundheitsämtern und Landesstellen bereitgestellt, um alle relevanten Sachverhalte, die gemäß IfSG von Ärztinnen und Ärzten, Laboren und anderen zur Meldung verpflichteten Personen an die Gesundheitsämter gemeldet werden, zu erfassen, zu verwalten und über die zuständigen Landesbehörden an das RKI zu übermitteln. Es ist damit möglich, Daten auf Bundeslandebene als auch für Deutschland zu analysieren und zu veröffentlichen.

Dieses Programm wurde ständig weiterentwickelt. Im Jahr 2011 wurde SurvNet@RKI 3.0 herausgegeben und damit eine Vielzahl neuer Funktionen etabliert. Darunter die Einführung von Bewertungsalgorithmen zur automatischen Feststellung, ob ein Fall der Falldefinition genügt. Zukünftige Anpassungen der Meldepflicht oder der Falldefinitionen lassen sich technisch mit deutlich vermindertem Aufwand bewerkstelligen.

➤ **SurvStat**

Das RKI stellt für Auswertungen auf der Internetseite SurvStat@RKI zur Verfügung (www.rki.de/survstat). SurvStat@RKI bietet die Möglichkeit, einen vereinfachten Datenbestand der nach dem IfSG meldepflichtigen Krankheitsfälle und Erregernachweise individuell abzufragen und nach eigenem Bedarf Tabellen und Graphiken zu erstellen (www.rki.de > Infektionsschutz > SurvStat).

➤ **Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI)**

Die Krankheitslast durch Influenza in der Bevölkerung wird in Deutschland durch die Erhebung von Atemwegserkrankungen in primärversorgenden Haus- und Kinderarztpraxen (Syndromische Surveillance) über das Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza bestimmt. Erhoben werden dafür akute respiratorische Erkrankungen in verschiedenen Altersgruppen, sowie Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeiten und Todesfälle wegen akuter Atemwegserkrankungen. Das Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza wird seit 2009 vollständig durch das RKI getragen und ganzjährig durchgeführt. Die Spezifität der Surveillance basiert auf der begleitenden virologischen Analyse eines Teils der im Sentinel erfassten Erkrankungen. Im Rahmen des Sentinels der Arbeitsgemeinschaft Influenza werden von den Sentinelärztinnen und -ärzten eingesandte Nasen- und Rachenabstriche im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI untersucht und die detektierten Influenzaviren typisiert bzw. subtypisiert. Das NRZ für Influenza analysiert darüber hinaus in Deutschland isolierte Influenzaviren hinsichtlich ihres antigenen und molekularen Profils, so dass umfangreiche Daten zur Charakterisierung der zirkulierenden Viren, deren Resistenzeigenschaften und Übereinstimmung mit den im Impfstoff enthaltenen Stämmen zur Verfügung stehen. Unterstützt wird die virologische Surveillance durch kooperierende Landeslabore aus sechs Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen; Stand 2017 (siehe Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2016/17). Alle Informationen und regelmäßige Berichte können über die Internetseite <https://influenza.rki.de> abgerufen werden.

➤ **GrippeWeb**

Die Schätzungen der Arbeitsgemeinschaft Influenza basieren auf der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich und sind damit stark vom Konsultationsverhalten in der Bevölkerung abhängig. Sie können nicht den Anteil der Erkrankungen erfassen, der nicht zu einem Arztbesuch führt. Im März 2011 wurde daher am RKI ein webbasiertes System zur Beobachtung der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen und grippeähnlicher Erkrankungen (influenza-like illness; ILI) auf Bevölkerungsebene in Deutschland etabliert. Dabei wird erhoben, welcher Anteil der

Gesamtbevölkerung pro Woche an einer akuten Atemwegsinfektion (bzw. ILI) erkrankt ist und welcher Anteil mit solch einer Erkrankung eine ärztliche Praxis aufgesucht hat. Auch Analysen der betroffenen Altersgruppen und der geographischen Ausbreitung sind möglich. Auf der Internetseite <https://grippeweb.rki.de> sind weitere Informationen abrufbar und eine Registrierung zur Teilnahme möglich.

➤ **Zusätzliches Surveillancesystem im Saarland**

Monitoring zu akuten Erkrankungen der Atemwegsorgane

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie führt jeweils im Winterhalbjahr ein Monitoring zu akuten Erkrankungen der Respirationsorgane durch. Aktuelle Erkenntnisse über die Häufigkeit dieser Erkrankungen können zum frühzeitigen Erkennen einer Influenzaepidemie und zur Empfehlung vorbeugender Maßnahmen beitragen.

Pro Landkreis werden ein Kindergarten, eine Grundschule, eine weiterführende Schule, ein Altenheim, eine Behörde sowie ein Industriebetrieb in das Monitoring aufgenommen. Darüber hinaus sollen pro Landkreis bzw. Regionalverband Saarbrücken auch mindestens eine allgemeinärztliche sowie eine kinderärztliche Praxis, mindestens ein Allgemeinkrankenhaus sowie eine Kinderklinik (soweit vorhanden) einbezogen werden. Die Gesundheitsämter werden die Daten erheben und wöchentlich dem Ministerium zur Auswertung zuleiten.

Von den saarländischen Laboren, die Influenza-Diagnostik durchführen, wird erfragt, ob und wie viele Influenza-Viren sie wöchentlich nachgewiesen haben. Darüber hinaus teilt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland mit, wie viele Patientinnen und Patienten an den Wochenenden den Zentralen Notfalldienst in Saarbrücken in Anspruch genommen haben.

Die Erhebungswoche umfasst jeweils den Zeitraum von Mittwoch bis Dienstag der Folgewoche. Die Erhebung findet ab Ende Oktober bis Anfang Mai eines jeden Jahres statt.

➤ **Mortalitätssurveillance**

Zeitnahe Erhebung während der Alarm- bzw. der pandemischen Phase der Excessmortalität der altersgruppenspezifischen Mortalität durch die Gesundheitsämter aus Meldedaten.

3. Diagnostik und Probenversand

Je nach dem Verlauf der Pandemie muss eine geeignete Diagnostik zum Einsatz kommen. So besteht zum einen das Ziel, durch den Einsatz der Diagnostik die Betroffenen adäquat therapieren zu können, zum anderen die Notwendigkeit, die epidemiologische Situation des Pandemiegeschehens zu überwachen. Die Entscheidung und Koordinierung, welche diagnostischen Methoden zu welchem Zeitpunkt der Pandemie einzusetzen sind, sollte von zentraler Stelle, möglichst in Zusammenarbeit mit einem Netzwerk von spezialisierten Laboratorien und entsprechend den Empfehlungen des Nationalen Referenzzentrums für Influenza (NRZ für Influenza) erfolgen.

Die Veranlassung der Diagnostik muss passend zum Verlauf der Pandemie und den veranlassten Maßnahmen erfolgen. Sie soll die Zielstellung der jeweiligen Strategie „Eindämmung“ oder „Folgenminderung“ widerspiegeln. Dabei wird zwischen der epidemiologischen und der therapeutischen Indikation für die Virusdiagnostik unterschieden. Die epidemiologische Indikation besteht – in der Situation der Virusausbreitung – zur Erkennung erster Fälle und von Ausbrüchen sowie zur Eindämmung der Viruszirkulation. Die Diagnostik aufgrund epidemiologischer Indikation unterstützt die Maßnahmen der Gesundheitsämter. Die Diagnostik aus therapeutischer Indikation unterstützt die Therapieentscheidung im Sinne der Differentialdiagnostik.

Der gezielte Einsatz der Diagnostik kann zur besseren Lageeinschätzung und als Entscheidungshilfe im Hinblick auf Absonderungs- und Therapiemaßnahmen beitragen.

3.1: Tabelle Labordiagnostik bei Verdacht auf Influenza

	Test	Methode	Anwendung	Ergebnis nach
Basisdiagnostik	Antigennachweis vor Ort (Schnelltest)	Immunochematographie mittels Teststreifen	Schnelle vorläufige Aussage vor Ort Antigennachweis für Influenza A und B, keine Subtypisierung	wenigen Minuten (cave: hohe Rate falsch-negativer Ergebnisse)
	Antigennachweis im Labor	Enzymimmunoassay	Antigennachweis für Influenza A und B, keine Subtypisierung	wenigen Stunden
	Genomnachweis	PCR, Real Time PCR	Nachweis von Influenza A und B	wenigen Stunden
Weiterführende Tests	Typisierung	PCR, Real Time PCR	Subtypisierung bei Nachweis von Influenza A	1-2 Tagen
	Viruskultur	Zellkulturdiagnostik mit anschließender serologischer Feintypisierung von Isolaten	Differenzierung von Influenza A, B und Subtypen	1-2 Wochen

Für den Erregernachweis geeignete Untersuchungsmaterialien sind Abstriche oder Sekrete aus dem Nasenrachenraum sowie Bronchialsekret oder bronchoalveoläre Lavage. Bei Probennahme und -transport sind die Empfehlungen des Testkit-Herstellers bzw. des NRZ für Influenza oder des Labors zu beachten.

Beim Postversand sind die Vorschriften des „Europäisches Übereinkommen über die Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße“ (französisch: „Accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route“ – ADR), für den Transport von ansteckungsgefährlichen Stoffen der Klasse 6.2 zu beachten.

Der Versand von Kulturen hoch pathogener Vogelgrippeviren ist der Kategorie A und der UN-Nummer UN-Nr. 2814 zugeordnet. Die Verpackung muss nach der Verpackungsanweisung P 620 des ADR vorgenommen werden. Der Versand hat mit einem für Gefahrguttransporte zugelassenen Kurierdienst zu erfolgen.

Kulturen aller sonstigen Influenzaviren und sämtliche Patientinnen- und Patientenproben sind Kategorie B, UN-Nr. 3373, zugeordnet, was den Versand nach der Verpackungsanweisung P 650 mit der Bezeichnung „BIOLOGISCHER STOFF, KATEGORIE B“ erlaubt. Einschränkend muss gesagt werden, dass ansteckungsgefährliche Stoffe einschließlich neuer Krankheitserreger, die nicht der Kategorie A zugeordnet sind, die jedoch dieselben Kriterien erfüllen oder bei denen Zweifel bestehen, ob sie diese Kriterien erfüllen, der Kategorie A zuzuordnen sind. Es müsste also im Pandemiefall geprüft werden, welcher Kategorie Kulturen eines zukünftigen Pandemievirus oder Patientenproben zuzuordnen wären. Laborspezifische Besonderheiten insbesondere für den Fall der Versendung eines Pandemievirus sind beim jeweiligen Labor zu erfragen.

3.2. Testdurchführung

A: Schnelltest

Der Antigenschnelltest kann vor Ort und in jedem Labor erfolgen.

B: PCR:

Diese Teste sind bei allen zugelassenen Laboren verfügbar.

C: Virusanzucht und Typisierung der Isolate:

Nationales Referenzzentrum für Influenza

FG 17: Influenza und weitere Viren des

Respirationstraktes

Robert Koch-Institut

Seestrasse 10

13353 Berlin

E-Mail NRZ-Influenza@rki.de

Dr. Ralf Dürrwald

Telefon:

030 18754 2456

E-Mail Dr. Ralf Dürrwald

Dr. Barbara Biere

Telefon:

030 18754 2383

Fax:

030 18754 2699

E-Mail Dr. Barbara Biere

Dr. Marianne Wedde

Telefon:

030 18754 2141

Fax:

030 18754 2699

E-Mail Dr. Marianne Wedde

Dr. Susanne Duwe

Telefon:

030 18754 2283

Fax:

030 18754 2699

E-Mail Dr. Susanne Duwe

Dr. Janine Reiche

Telefon:

030 18754 2558

Fax:

030 18754 2699

E-Mail Dr. Janine Reiche

4. Medizinische Versorgung

In einer Influenzapandemie ist in verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung mit einer stark erhöhten Belastung zu rechnen. Betroffen werden sowohl der ambulante als auch der stationäre Versorgungsbereich sowie der Rettungsdienst sein. Bei einer schwer verlaufenden Influenzapandemie können insbesondere im Bereich der Intensivversorgung sowie bei Beatmungsplätzen Engpässe auftreten. Trotz des insgesamt moderaten Verlaufs der H1N1 Influenzapandemie im Jahr 2009 waren die Behandlungsplätze für extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) durch schwer erkrankte Patientinnen und Patienten zeitweise vollständig ausgelastet.

Zur Sicherstellung der notwendigen stationären Behandlungsressourcen für schwer erkrankte Fälle soll die Patientinnen- und Patientenversorgung so lange wie möglich ambulant erfolgen. Dies gilt auch für Heimbewohnerinnen und -bewohner. Stationär versorgte Patientinnen und Patienten sollen zusätzlich möglichst frühzeitig entlassen werden.

Durch das hohe Aufkommen an ambulant versorgten Influenzapatientinnen und -patienten ist bei einer schwer verlaufenden Influenzapandemie auch im Bereich der häuslichen Pflege von einem zusätzlichen Personalbedarf auszugehen.

Ein zusätzliches Problem können influenzabedingte Personalausfälle in allen Bereichen der medizinischen Versorgung darstellen.

Die Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie umfassen im medizinischen Bereich neben Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung auch Maßnahmen zum Personalschutz (siehe hierzu ABAS Beschluss 609 „Arbeitsschutz beim Auftreten einer nicht ausreichend impfpräventablen humanen Influenza“ Juni 2012, in der jeweils geltenden Fassung. Zu beachten sind daneben die TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ (März 2014, in der jeweils geltenden Fassung) und die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom 18. Dezember 2008 (ArbMedVV), in der jeweils geltenden Fassung.

4.1. Ambulante Versorgung

Über die Daseinsvorsorge hinaus liegt die Zuständigkeit für die ambulante Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags nach § 72 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die medizinische Versorgung von Influenzapatientinnen und -patienten betrifft insbesondere Praxen von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten, Internistinnen und Internisten, HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzten sowie Pädiaterinnen und Pädiatern.

Dem Risikomanagement in der Arztpraxis kommt in einer Influenzapandemie ein besonderer Stellenwert zu. Hierzu haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege eine gemeinsame Empfehlung herausgegeben.

Derzeit (Stand 4. März 2020) sind im Saarland 2.190 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig, davon nehmen 737 d. h. ca. 33,7%, an der hausärztlichen und pädiatrischen Versorgung teil. Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages hat jede niedergelassene Ärztin bzw. 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 Bereitschaftsdienstpraxen (BDP) 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 Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung 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 -patienten 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.

In der Alarm-Phase sollen bereits

- praxisindividuelle Hygienepläne erarbeitet werden und
- das Personal regelmäßig geschult und mit den im Pandemiefall erforderlichen organisatorischen, seuchenschutz- und arbeitsschutzrechtlichen Maßnahmen vertraut gemacht werden.

In der Pandemischen Phase 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.

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

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

Um das Infektionsrisiko auch in den hausärztlichen Praxen, insbesondere 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 zur Verfügung gestellt.

4.1.1. Pflegebereich/Dialysepatientinnen und -patienten

Ambulante Pflegedienste haben in einer Pandemie ihren Auftrag zur Betreuung von häuslicher Pflege sicherzustellen. Der Ausfall von Pflegekräften und die damit verbundenen zu erwartenden Schwierigkeiten bei der Versorgung von zu Pflegenden müssen bei einer entsprechenden vorausschauenden betrieblichen Pandemieplanung Berücksichtigung finden ggf. sind pensionierte Pflegekräfte in die Notfallplanung mit einzubeziehen. Treten trotz aller Planungen weitere Schwierigkeiten auf, ist eine Verbundlösung mit anderen ambulanten Pflegediensten sicherzustellen.

Dies gilt insbesondere für die ambulante Versorgung von Dialysepatientinnen und -patienten.

4.1.2. 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 Notfalldienststringen zu übernehmen. Die KVS trägt dafür Sorge, dass sowohl die Bereitschaftsdienstpraxen, wie auch die Praxen, die in den entsprechenden Notfalldienststringen 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.

4.2. Stationäre Versorgung

4.2.1. Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen

Der mögliche massenhafte Anfall stationär behandlungsbedürftiger Personen, die teilweise beatmungspflichtig sind, erfordert in den Krankenhäusern im Vorfeld klare Festlegungen bezüglich der organisatorischen Umsetzung. Eine von der allgemeinen Patientenversorgung räumlich getrennte Aufnahme und Versorgung von Influenzapatientinnen und -patienten sowie die Bereitstellung zusätzlicher Bettenkapazitäten, beispielsweise durch Verschiebung planbarer Operationen, sind dabei von besonderer Bedeutung. Entsprechende Planungen sind in die Krankenhausalarmpläne aufzunehmen.

Hinzu kommen auch noch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Patientinnen und Patienten, die sich im Krankenhaus mit Influenza (nosokomiale Influenza) angesteckt haben. Insofern sind Barrieremaßnahmen, wie z. B. Händehygiene, Einmalhandschuhe, Schutzkittel unerlässlich. Darüber hinaus empfiehlt sich eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch für Patientinnen und Patienten. Auch ein Aufnahmestopp von Patienten und Patientinnen kann notwendig werden.

Der erhöhte Bedarf an persönlicher Schutzausrüstung für die Beschäftigten sowie an Medikamenten (antivirale Arzneimittel, Antibiotika, Schmerzmittel, Sedativa) ist in den Planungen der Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Die Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie sollten regelmäßig geübt und überprüft werden.

Die Krankenhäuser sind gem. § 2 Absatz 1 Krankenhausalarmplanungsverordnung (KHALarmV) i.V.m. § 2 Absatz 2 Saarländisches Rettungsdienstgesetz (SRettG) und § 16 Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG) verpflichtet, sich auf Katastrophenereignisse und Notfallereignisse unterhalb der Katastrophenschwelle mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken vorzubereiten.

Gemäß § 10 Absatz 2 und 4 SKHG, § 2 Absatz 2 KHALarmV und §§ 42 und 43 SBKG sind Alarm- und Einsatzpläne zu erstellen, die

- regelmäßig fortzuschreiben sind,
- mit den zuständigen Behörden abzustimmen sind,
- mit benachbarten Krankenhäusern abzustimmen sind,
- CBNR - Gefahrenlagen berücksichtigen,
- Maßnahmen zur Erhöhung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten zu enthalten haben.

Ebenso verpflichtend ist nach § 3 Absatz 1 KHALarmV die Bestellung von Beauftragten für den Brandschutz sowie von Beauftragten für interne und externe Gefahrenlagen.

Die Verpflichtung zu regelmäßiger Durchführung von Katastrophenschutzübungen ist in § 10 Absatz 3 SKHG i.V.m. § 5 Absatz 7 KHALarmV festgelegt. Dies kann in Abstimmung mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie auch so erfolgen, dass an geplanten Großübungen die Krankenhäuser jährlich rotierend teilnehmen und in den Krankenhäusern, die rotationsbedingt nicht teilnehmen, nur kleinere Alarmierungs-, Evakuierungs- oder Brandschutzübungen durchgeführt werden.

Um die Krankenhäuser bei der Einhaltung der Vorgaben hinsichtlich der jährlich durchzuführenden Übungen gem. der KHALarmV zu unterstützen, wird sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie entsprechend der haushaltsmäßigen Möglich-

keiten an den Kosten für die Großübungen beteiligen.

In 22 saarländischen Krankenhäusern sind derzeit ca. 6.902 Planbetten verfügbar. Jedes Krankenhaus nach § 107 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hat eine Erstversorgung aller Erkrankten sicherzustellen (§ 5 i. V. m. § 10 Saarländisches Krankenhausgesetz – SKHG; auf den Beschluss des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS), Beschluss 610 wird ebenfalls verwiesen. Das bedeutet, dass entsprechende Quarantänemöglichkeiten vorhanden sein müssen.

Sie haben dazu nach § 10 Abs. 2 SKHG 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.

Auf der gesetzlichen Grundlage des Infektionsschutzgesetzes und nach § 42 Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland - SBKG 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 Krankenhaussektor allein kaum leistbar, so dass die Rehabilitationskliniken in die stationäre Versorgung einzuplanen sind.

Wenn es zum Auftreten lokal begrenzter Fälle kommt und die weitere Ausbreitung der Erkrankungen ggf. noch verhinderbar erscheint (Alarmphase), werden einzelne Krankenhäuser im Saarland unter Berücksichtigung regionaler Verteilung als Schwerpunktkrankenhäuser für Influenzapatientinnen und -patienten mit potentiell Pandemiereger ausgewiesen, die über entsprechende Isoliermöglichkeiten verfügen:

Klinikum Saarbrücken
Universitätsklinikum des Saarlandes (Homburg)

In der pandemischen Phase 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. Aus diesem Grund werden in verschiedenen Eskalationsstufen ablaufende Szenarien notwendig. Diese Szenarien können sowohl im Influenzapandemiefall als auch bei anderen epidemischen Lagen, wie

z. B. der derzeitigen Pandemie mit CoV2 Anwendung finden.
Die Eskalationsstufe 1 ist im Flussdiagramm in Anlage 27 dargestellt.

In einer zweiten Eskalationsstufe werden bei Auslastung der Kapazitäten der mit infektiösen Patientinnen und Patienten belegten Krankenhäuser, weitere Häuser, die nicht infizierte Patientinnen und Patienten versorgen, belegt. Die notwendige Kapazität wird durch Verlegung nicht infizierter Patientinnen und Patienten in Reha Kliniken und in einer weiteren Eskalationsstufe in regionale Versorgungszentren in den Landkreisen und im Regionalverband Saarbrücken geschaffen.
Die Eskalationsstufe 2 ist im Flussdiagramm in Anlage 28 dargestellt.

Diese sind:

DRK Haus Elstersteinpark	(Mutter/Vater-Kind-Haus)
MediClin Blietal-Kliniken	(Innere Medizin, Orthopädie, Psychosomatik)
Median Klinik Münchwies	(Psychosomatische-/Suchtrehabilitation)
Fachklinik St. Hedwig Illingen	(Geriatric, Neurologie Phase C und D)
MediClin Bosenberg Klinik	(HNO, Neurologie, Geriatric)
Hochwald-Kliniken Weiskirchen	(Orthopädie, Kardiologie, Onkologie)
Geriatrische Reha am St. Nikolaus Hospital	(Geriatric)
Median Klinik Berus	(Psychosomatik)
Geriatrische Rehaklinik St. Ingbert	(Geriatric)
Cura-med Süd-Warndt Klinik	(Beatmung, Weaning)
Köllertal Klinik	(ambulante Reha, Orthopädie, Traumatologie)
ATZ/RPK Arbeitstrainings- und Therapiezentrum	(Psychiatrische Reha)
SHG Klinik Tiefental	(Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen)
DRK Klinik Mettlach	(Geriatric)
Johannesbad Saarschleife	(Psychosomatik, Neurologie, Orthopädie)
Mutter-Kind-Klinik Saarwald	(Mutter-Kind-Haus)

Je nach Lage müssen weitere Entscheidungen für einen Rückgriff auf zusätzlich Einrichtungen getroffen werden.

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. Medizinstudierende, 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.

4.2.2. Intensivmedizinische Behandlungskapazitäten

Beatmungsplätze dürften einen besonderen Engpass bei der Versorgung bilden und sollten daher optimal genutzt werden. Daher ist eine Erfassung der Plätze und deren Auslastung für eine Koordination in der Rettungsleitstelle besonders wichtig.

Im Hinblick auf ein pandemisches Geschehen, ist zu erwarten, dass eine hohe Zahl an intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nötig ist.

Zunächst stehen in einer ersten Eskalationsstufe folgende Kliniken im Saarland zur intensivmedizinischen Betreuung von Schwerstkranken zur Verfügung:

Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinikum Saarbrücken
SHG Kliniken Völklingen

Auch in den speziell für infizierte Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehenden Kliniken stehen intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung

4.2.3. Überwachung der Verfügbarkeit der Krankenhäuser für die Notfallversorgung im Rahmen des Zentralen Landesweiten Behandlungskapazitätennachweises (ZLB)

Rheinland-Pfalz verfügt gemeinsam mit dem Saarland im Internet über ein internetgestütztes System "Zentrale Landesweite Behandlungskapazitäten (ZLB)", das vom Fraunhofer Institut in Kaiserslautern konzipiert und betrieben wird. Die Leitstellen in Rheinland-Pfalz und im Saarland, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte aber auch sonstige Interessentinnen und Interessenten können in kürzester Zeit und rund um die Uhr Informationen aus dem Internet abrufen. Bei diesem internetbasierten Informationssystem der Länder Rheinland-Pfalz und Saarland steht nicht mehr nur die Suche nach einem Krankenhaus im Vordergrund, sondern vor allem qualitative Auskünfte über Behandlungskapazitäten. So wurde das System von früher fünf Fachdisziplinen auf derzeit 22 erweitert. Im ZLB werden täglich jeden Morgen automatisch alle Kapazitäten auf den Status "verfügbar" gestellt. Abmeldungen werden also jeweils tagesaktuell gepflegt.

Im Rahmen des ZLB kann der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Saar (ZRF Saar) die Nichtverfügbarkeit für die Notfallversorgung und die Influenzapandemie und damit das Abmeldeverhalten der saarländischen Krankenhäuser statistisch aufarbeiten und die Auswertungen der Krankenhaus-planungsbehörde, des Ministeriums für Inneres, Bauen und Sport und der Krankenhäuser zur Verfügung stellen.

Gemäß § 10 Absatz 1 Satz 2 SKHG sind die saarländischen Krankenhäuser zur Teilnahme am ZLB und zur Bereitstellung von Ärztinnen und Ärzten für Einsätze im Rettungsdienst verpflichtet.

Die statistische Aufbereitung des ZLB erstreckt sich über die Verfügbarkeit der:

- Intensivstationen,
- Stroke Units,
- neurologischen Normalstation,
- internistischen Normalstation,
- chirurgischen und orthopädischen/unfallchirurgischen Normalstation.

Im Rahmen der Versorgung bei Grippewellen, Epidemien, Pandemien, bedeutet dies, dass alle Kliniken in der jeweiligen Region abwechselnd gemäß Ihrer Bettenkapazität, angepasst an die Leistungsfähigkeit der einzelnen Kliniken, Patientinnen und Patienten zugewiesen bekommen. Es wird damit bei einem saisonal höheren Patientinnen- und Patientenaufkommen, wie es witterungsbedingt insbesondere in den Wintermonaten vorkommt, zum einen eine sichere und zeitnahe Patientinnen- und Patientenversorgung in der jeweiligen Region des Saarlandes gewährleistet, zum anderen werden die zu versorgenden Patientinnen und Patienten möglichst gerecht auf die Kliniken der Region gemäß ihrer Leistungsfähigkeit verteilt. Bei Erreichen der Warnstufe rot und, im Bedarfsfall, bei über Tage anhaltender Warnstufe gelb und darüber hinaus werden die Krankenhausplanungsbehörde, das für Pandemieplanung zuständige Referat, die Saarländische Krankenhausgesellschaft und auch das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport informiert.

5. Rettungsdienst und Krankentransporte

5.1. Patientinnen- und Patiententransport

Der ZRF Saar organisiert den Patientinnen- und Patiententransport. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten erfolgt über den ZRF. Er steuert die Patientinnen- und Patientenströme auf der Basis des ZLB.

Sowohl Patientinnen- und Patiententransport als auch ZRF sind während einer Influenzapandemie in hohem Maße nachgefragt. Deshalb sind auch hier entsprechende Vorbereitungen erforderlich.

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

Es 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 personelle und organisatorische Kapazitäten erfolgen durch den ZRF.

Der ZRF 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.

5.2. Steuerung der Patientinnen- und 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 bzw. der niedergelassene Arzt vor Ort kann bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit Influenzakranker keine abschließende Entscheidung über Art der Versorgung und Zielkrankenhaus treffen, vielmehr erfolgt die Steuerung der stationär eingewiesenen Patientinnen und Patienten durch die ZRF.

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.

6. Arzneimittelversorgung

Die öffentlichen Apotheken haben die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Laut § 1 Abs. 1 der Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO) haben Apotheken die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendigen 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 nach § 4 Abs. 1 Nr. 12 und Abs. 2 Saarländisches Heilberufekammergesetz – SHKG 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.

Antivirale Arzneimittel

Erfahrungen aus der Influenzapandemie A(H1N1) pdm09 haben gezeigt, dass derzeit selbst unter optimalen Entwicklungsbedingungen etwa sechs Monate zwischen dem Auftreten des Pandemievirus und der ersten Anwendung eines pandemischen Impfstoffes vergehen. Bei Anwendung zur Prophylaxe der Influenza liegt die protektive Wirksamkeit der antiviralen Arzneimittel etwa zwischen 60 % und 90 %. Die Schutzwirkung der antiviralen Arzneimittel besteht nur so lange, wie das Arzneimittel angewendet wird. Die Sicherheit der Neuraminidasehemmer in der Langzeitanwendung bis zu 16 Wochen wurde gezeigt. Derzeit stehen in Deutschland drei verschiedene antivirale Wirkstoffe für die Prophylaxe und Therapie der Influenza zur Verfügung: Amantadin (M2-Membranproteinhemmer), Oseltamivir und Zanamivir (Neuraminidasehemmer). Wegen schneller Resistenzentwicklung unter der Anwendung sowie der aktuellen Resistenzsituation wird Amantadin in den letzten Jahren jedoch nicht mehr empfohlen. Darüber hinaus ist auch das Wirkungsspektrum von Amantadin schmäler (nur Influenza A) und die Verträglichkeit schlechter als die der Neuraminidasehemmer.

Neuraminidasehemmer sind geeignete Mittel, um während einer Influenzapandemie die Mortalität und Morbidität in der Bevölkerung zu reduzieren, insbesondere bis ein für das aktuelle Influenzavirus spezifischer Impfstoff zur Verfügung steht. (NPP I, 39)

Neben den Fertigarzneimitteln Tamiflu® und Relenza® steht Oseltamivir-Wirkstoff 1, der arzneilich wirksame Bestandteil des Fertigarzneimittels Tamiflu®, für die Einlagerung zur Verfügung. Das Oseltamivir-Wirkstoffpulver wird in Fässern zu je 7.000 Therapieeinheiten gelagert, erst im Bedarfsfall nach einer Herstellungsanweisung zu einer gebrauchsfertigen Lösung verarbeitet und auf Rezept an die jeweiligen Patientinnen und Patienten abgegeben. Die gebrauchsfertige Lösung ist ungekühlt drei Wochen und gekühlt (2 °C – 8 °C) sechs Wochen haltbar. Nach bisherigen Haltbarkeitsuntersuchungen ist das Oseltamivir-Wirkstoffpulver bei einer Lagertemperatur von 25 °C und einer Luftfeuchtigkeit von 60 % mindestens elf Jahre haltbar. Dieser Zeitraum kann jedoch wiederholt verlängert werden, wenn durch Stabilitätsuntersuchungen die ordnungsgemäße Qualität regelmäßig nachgewiesen wird. Daneben wurde mit dem Arzneimittel Ebilfumin® seit Mai 2014 ein Oseltamivir-haltiges Generikum zu Tamiflu® in Europa zugelassen. Es soll als Hartkapseln

zu 30 mg, 45 mg und 75 mg Oseltamivir-Wirkstoffpulver erhältlich sein, ist aber auf dem Markt bisher nicht eingeführt (Stand: Dezember 2015). Dieses Arzneimittel wird durch die Länder nicht bevorratet.

Die Länder haben in unterschiedlichen Anteilen Oseltamivir-Wirkstoff, Tamiflu® oder Relenza® bevorratet. In den jeweiligen Pandemieplänen der Länder sind Verteilungsstrategien aufzuführen. Dies gilt insbesondere für das Oseltamivir-Wirkstoffpulver, da dieses vor einer Abgabe an Patienten in eine gebrauchsfertige Lösung überführt werden muss.

Die Länder haben sich darauf verständigt, die eingelagerten antiviralen Arzneimittel nur für den therapeutischen Einsatz vorzusehen.

Der prophylaktische Einsatz ist ebenfalls sinnvoll nach Exposition in Ausbruchssituationen und zum Schutz von engen Kontaktpersonen, wenn es noch keine bevölkerungsweite Übertragung eines neuartigen Influenzavirus im Pandemiefall gibt. Hierfür müssen im Vorfeld klare Empfehlungen erstellt werden.

Tamiflu® und Relenza® sind Fertigarzneimittel, die über Großhandel und Apotheken vertrieben werden können. Allerdings ist das Haltbarkeitsdatum der eingelagerten Chargen nahezu erreicht oder bereits überschritten. Durch Stabilitätsuntersuchungen wird die ordnungsgemäße Qualität regelmäßig nachgewiesen. Solange dies möglich ist, können sie unter bestimmten Bedingungen vertrieben werden, die nach § 79 Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes näher ausgeführt sind:

„Im Falle eines Versorgungsmangels der Bevölkerung mit Arzneimitteln, die zur Vorbeugung oder Behandlung lebens- bedrohlicher Erkrankungen benötigt werden, oder im Fall einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, deren Ausbreitung eine sofortige und das übliche Maß erheblich überschreitende Bereitstellung von spezifischen Arzneimitteln erforderlich macht, können die zuständigen Behörden im Einzelfall gestatten, dass Arzneimittel, die nicht zum Verkehr im Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassen oder registriert sind, [...] befristet in Verkehr gebracht werden [...]. Im Falle eines Versorgungsmangels oder einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit im Sinne des Satzes 1 können die zuständigen Behörden im Einzelfall auch ein befristetes Abweichen von Erlaubnis- oder Genehmigungserfordernissen oder von anderen Verboten nach diesem Gesetz gestatten. Vom Bundesministerium wird festgestellt, dass ein Versorgungsmangel oder eine bedrohliche übertragbare Krankheit im Sinne des Satzes 1 vorliegt oder nicht mehr vorliegt. Die Feststellung erfolgt durch eine Bekanntmachung, die im Bundesanzeiger veröffentlicht wird [...].“

Die Regelung sieht vor, dass die eingelagerten antiviralen Arzneimittel nur dann zum Einsatz kommen können, wenn eine der oben genannten Bedingungen durch das BMG festgestellt wird und die zuständigen Landesbehörden auf dieser Grundlage das entsprechende Abweichen von den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes gestatten.

Alarmphase

(vgl. § 25a ApBetrO und II. Allgemeinverfügung zur Dienstbereitschaft vom 25. Juni 2013 Abs. 3 Beeinträchtigung der Arzneimittelversorgung; Rili und Allgemeinverfügung Dienstbereitschaft)

(Ipps, 23) 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.

Pandemische Phase

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

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, insbesondere 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.

7. Strukturen und Organisation

7.1. Strukturen auf Bundesebene

➤ **Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist eine oberste Bundesbehörde der Bundesrepublik Deutschland. Seine Hauptaufgaben sind u. a.:

Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität des Gesundheitssystems, Stärkung der Interessen der Patienten, Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Stabilisierung der Beitragssätze, Krankheitsprävention, Infektionsschutzgesetz, Erarbeitung Rahmenvorschriften für die Herstellung, klinische Prüfung, Zulassung, von Vertriebswegen und Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Prävention der Drogen- und Suchtgefahren, Behindertenpolitik, medizinische und berufliche Rehabilitation, Betreuung und

Förderung behinderter Menschen, Europäische und Internationale Gesundheitspolitik.

- **Robert Koch-Institut (RKI)**
Das RKI hat durch Spezialgesetz zugewiesene Vollzugsaufgaben. Wesentliche Aufgaben ergeben sich aus dem Infektionsschutzgesetz, das 2001 in Kraft getreten ist. Das RKI funktioniert als koordinierendes Leitinstitut des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und erfasst unter anderem infektionsepidemiologische Daten zur Überwachung übertragbarer Krankheiten in Deutschland.
- **Ständige Impfkommission (STIKO)**
Die STIKO entwickelt und optimiert Impfeempfehlungen sowohl für das einzelne Individuum, als auch für die Gesamtbevölkerung. Dabei bedient sich die STIKO der evidenzbasierten Medizin, weshalb ihre Empfehlungen auch als medizinischer Standard in allen Impffragen gelten.
- **Paul-Ehrlich-Institut (PEI)**
Das PEI beschäftigt sich hauptsächlich mit Arzneimitteln, deren Zulassung und Genehmigung. Zusätzlich forscht das PEI auf dem Gebiet von Arzneimittelgruppen und berät verschiedene nationale, europäische und internationale Gremien.
- **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)**
Das BfArM arbeitet als selbstständige Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Amt arbeitet an der Zulassung, der Verbesserung der Sicherheit von Arzneimitteln, der Risikoerfassung und -bewertung von Medizinprodukten und der Überwachung des Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehrs. Ziel ist die Erhöhung der Arzneimittelsicherheit und somit die Erhöhung der Patientinnen- und Patientensicherheit.
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**
Die BZgA ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Behörde erarbeitet Grundsätze und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung. Neben einem großen Angebot an Aus- und Fortbildungen koordiniert und verstärkt die BZgA die gesundheitliche Aufklärung im ganzen Bundesgebiet.

7.2. Strukturen auf Landesebene

- **Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**
Für den Bereich Gesundheit wirkt das Ministerium im Gesundheitswesen, dem Gesundheitsschutz, der Gesundheitsförderung und -hilfe sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst. Das Ministerium ist als Krankenhausplanungsbehörde für die Vorhaltung von stationären und teilstationären Kapazitäten verantwortlich. Es ist die Aufsichtsbehörde für die saarländischen Krankenkassen, sowie über die Deutsche Rentenversicherung Saarland und die Unfallkasse Saarland. Es ist darüber hinaus zuständig für Angelegenheiten der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung. Fragen der sozialen Selbstverwaltung resultieren ebenfalls hier.
Das Ministerium überwacht alle Angelegenheiten der akademischen und nichtakademischen Heilberufe, des Vertragsarztrechts, der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Es führt Aufsicht über die Arznei- und Medizinprodukte-Herstellung sowie das Apothekenwesen.
Das Ministerium ist zuständig für die Gesundheitsberichterstattung im Lande und führt das Krebsregister des Saarlandes.

➤ **Ministerium für Inneres, Bauen und Sport**

Das Ministerium ist u. a. im Rahmen des Bevölkerungsschutzes zuständig für den Rettungsdienst als öffentliche Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge und ist Oberste Katastrophenschutzbehörde. Untere Katastrophenschutzbehörden sind die Landkreise und im Regionalverband Saarbrücken die Landeshauptstadt Saarbrücken. Zum Katastrophenschutz gehören sowohl Maßnahmen zur Vorbereitung der Katastrophenabwehr als auch die Abwehrmaßnahmen selbst. Als vorbereitende Maßnahmen sind u. a. ein Führungssystem zur Unterstützung der Katastrophenschutzbehörde bei der Vorbereitung und Veranlassung von Einsatzmaßnahmen und Verwaltungsmaßnahmen aufzubauen, Technische Einsatzleitungen zu bilden, Katastrophenschutzpläne zu erstellen und Übungen durchzuführen.

Im Rahmen des Polizeirechtes nimmt für das Ministerium für Inneres und Sport die Dienst- und Fachaufsicht im Bereich der allgemeinen Gefahrenabwehr wahr. Gefahrenabwehr und Gewährleistung der Inneren Sicherheit sind wesentliche polizeiliche Aufgabenfelder.

➤ **Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz**

Das Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz ist u. a. für den Arbeitsschutz zuständig. Die Exposition gegenüber gefährlichen Stoffen am Arbeitsplatz ist viel häufiger, als die meisten denken. Trotz einer Vielzahl von Rechtsvorschriften zum Schutz von Arbeitnehmern vor gefährlichen Stoffen stellen diese nach wie vor erhebliche Risiken für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit dar.

Der technische Umweltschutz ist ein Bindeglied zwischen den ökologischen Zielen des Umweltschutzes und der verfahrenstechnischen Umsetzung. Als Schwerpunkte der Arbeit des Technischen Umweltschutzes sind die Anlagensicherheit, der Bodenschutz, die Stoff- und Energieströme, die Chemikaliensicherheit, die Gentechnik sowie der Strahlenschutz zu nennen.

Risiken für Verbraucherinnen und Verbraucher können im alltäglichen Leben nahezu überall lauern. Ziel des Verbraucherschutzes ist es unter anderem, die Verbraucherinnen und Verbraucher zu informieren und vor möglichen Gefahren zu schützen. Im Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz werden verschiedene Kompetenzen des Verbraucherschutzes im Saarland gebündelt. Die Themen des Verbraucherschutzes sind hierbei äußerst vielfältig.

➤ **Staatliche Medizinaluntersuchungsstelle des Saarlandes**

Virologie/Bakteriologie

Die Staatliche Medizinaluntersuchungsstelle am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg nimmt Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitswesens wahr. Das Vorhalten eines wissenschaftlich-analytischen Institutes ist für eine kontinuierliche infektions-hygienische Überwachung und Krisenintervention im Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens unabdingbar. Sie führt bakteriologische, virologische, parasitologische und serologische Untersuchungen im Rahmen von Ermittlungen nach §§ 16 und 25 Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch. Zu ihren Aufgaben gehört auch, die „epidemiologische Entwicklung der übertragbaren Krankheiten aufzuzeigen und zu bewerten“. Darüber hinaus „bedarf

es auch der Vorhaltung von Untersuchungskapazitäten in seuchenhygienischen Katastrophenfällen“.

Außerhalb der Dienstzeiten ist die Erreichbarkeit über eine Notrufnummer (Tel.: 06841/16-23912 oder 0172 61 07 866) bzw. über den Pförtner der Chirurgie des

Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg (Tel.: 06841/16-30000) gewährleistet.

➤ **Behandlungs- und Kompetenzzentrum für hochpathogene Infektionskrankheiten (KHPI) in Frankfurt am Main**

Das Saarland hat mit dem Land Hessen einen Kooperationsvertrag zur Mitbenutzung des Behandlungs- und Kompetenzzentrums für hochpathogene Infektionskrankheiten am Universitätsklinikum in Frankfurt am Main abgeschlossen. Bestandteil des Kooperationsvertrages ist die Einbindung des Kompetenzzentrums für hochpathogene Infektionskrankheiten am Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main.

7.3. Strukturen auf Landkreisebene

➤ **Gesundheitsämter, untere Gesundheitsbehörden der Gemeindeverbände**

Gesundheitsamt des Regionalverbandes Saarbrücken

Stengelstraße 10-12
66117 Saarbrücken
Telefon: 0681/506-0
Telefax: 0681/506-5390 oder -5391
Mail: gesundheitsamtsbr@rvsbr.de

Gesundheitsamt des Landkreises Saarlouis

Choisyring 5
66740 Saarlouis
Telefon: 068 31/444-700
Telefax: 06831/444-722
Mail: gesundheitsamt@kreis-saarlouis.de

Gesundheitsamt des Landkreises Merzig-Wadern

Hochwaldstr. 44
66663 Merzig
Telefon: 06861/80-420
Telefax: 06861/80-414
Mail: gesundheitsamt@merzig-wadern.de

Gesundheitsamt des Landkreises St. Wendel

Werschweilerstr. 40
66606 St. Wendel
Telefon: 06851/8 01-0
Telefax: 06851/801-470
Mail: gesundheitsamt@lkwnd.de

Gesundheitsamt des Landkreises Neunkirchen

Lindenallee 13
66538 Neunkirchen
Telefon: 06824/906-8828
Telefax: 06824/906-8824
Mail: gesundheitsamt@landkreis-neunkirchen.de

Gesundheitsamt des Saarpfalz-Kreises

Am Forum 1
66424 Homburg
Telefon: 06841/104-0
Telefax: 06841/104-7501

Mail: gesundheitsamt@saarpfalz-kreis.de

➤ **Katastrophenschutzbehörden**

Nach § 17 Abs. 1 des Gesetzes über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKB) ist das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport Oberste Katastrophenschutzbehörde. Nach Absatz 2 sind die Landkreise und im Regionalverband Saarbrücken, die Landeshauptstadt, die Unteren Katastrophenschutzbehörden.

8. Zentrale Steuerung „Influenzapandemie“

8.1. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

In der Alarmphase nehmen die unteren Gesundheitsbehörden, das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie als oberste Gesundheitsbehörde eigenverantwortlich ihre jeweiligen Aufgaben zur Vorbereitung auf eine mögliche Influenzapandemie wahr.

In der Pandemischen Phase sollen zur Koordinierung der erforderlichen Maßnahmen regionale bzw. auf Landesebene Steuerungsgremien „Influenzapandemie“ eingerichtet werden.

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

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie kann Expertinnen und Experten aus dem Bereich der klinischen Infektiologie, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Rettungsdienstes und der Krankenhaushygiene beiziehen, 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 Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

8.2. Gesundheitsämter im Saarland

Die Gesundheitsämter der Landkreise und des Regionalverbandes Saarbrücken (untere Gesundheitsbehörden) 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 24/7-Erreichbarkeit sicherzustellen. Außerhalb der Dienstzeit ist die Erreichbarkeit über das Lagezentrum des Ministeriums für Inneres, Bauen und Sport bei der Landespolizeidirektion, Führungs- und Lagezentrale der saarländischen Vollzugspolizei, Telefon: +49(0)681/962-5633 sicherzustellen.

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

Alarmphase

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,
- Vorbereitung eines influenzaspezifischen Meldewesens (Kommunikationsmittel, Erreichbarkeit),
- Anforderung von Alarm- und Einsatzplänen der ausgewählten Krankenhäuser und Rehakliniken für den Fall einer Influenzapandemie gem. § 10 Abs. 2 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 Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie,
- Planung der Organisation der Impfungen und Festlegung der Impfstellen.

Pandemische Phase

- 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),
- Beantwortung von Bürgeranfragen zu medizinischen Fragen und insbesondere 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.

Anforderung von Alarm- und Einsatzpläne und Daten für den Fall einer Influenzapandemie, diese sind:

- Dienstpläne im ambulanten Bereich,
- Notdienstbereitschaftspläne der Apotheken,
- Anzahl der täglichen neu aufgetretenen ambulanten und stationären Erkrankungsfälle,
- täglicher Bestand und Abgabe-Menge an antiviralen Medikamenten der Apotheken

- sowie Null- und Überbestände in Apotheken,
- Sicherstellung einer 24/7 Erreichbarkeit pro Landkreis bzw. Regionalverband Saarbrücken,
- Surveillance des Krankheitsgeschehens im jeweiligen Kreis und zeitnaher Überblick über Gesamtversorgung im jeweiligen Zuständigkeitsbereich, u. a. auch über Bettenkapazitäten und Versorgungsengpässe,
- 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/Regionalverband, Koordinierung der Impftermine, Durchführung der Impfungen und Erfassung der geimpften Personen (Anzahl).

Ggf. sind seuchenhygienische Maßnahmen wie Schließung von Schulen und Kindergärten, Verbot von Veranstaltungen etc. hilfreich, weitere Krankheitsausbrüche zu verhindern.

Bei weiterem Fortschreiten der Erkrankungswelle sollten Veranstaltungsverbote weiterbestehen.

8.3. Katastrophenschutzbehörden im Saarland

Nach § 17 Abs. 1 des Gesetzes über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKB) ist das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport Oberste Katastrophenschutzbehörde. Nach Absatz 2 sind die Landkreise und im Regionalverband Saarbrücken, die Landeshauptstadt, die Unteren Katastrophenschutzbehörden.

Die Oberste Katastrophenschutzbehörde und die Unteren Katastrophenschutzbehörden haben in einem integrierten Hilfeleistungssystem zur Vorbereitung der Abwehr und zur Abwehr von Großschadensereignissen und Katastrophen (Katastrophenschutz) zusammenzuwirken (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 SBKG).

Nach § 16 Abs. 2 SBKG ist eine Katastrophe im Sinne dieses Gesetzes ein über die Schadensfälle des täglichen Lebens und eine Großschadenslage hinausgehendes Ereignis, das Leben und Gesundheit einer Vielzahl von Menschen, die lebensnotwendige Unterkunft sowie Versorgung der Bevölkerung, erhebliche Sachwerte oder die Umwelt in außergewöhnlichem Umfang gefährdet oder beeinträchtigt und zu dessen wirksamer Bekämpfung die zuständigen Behörden und Dienststellen mit der Feuerwehr und dem Rettungsdienst sowie den Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes unter einheitlicher Leitung einer Katastrophenschutzbehörde zusammenwirken müssen.

Pandemische Phase

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, insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Personelle Unterstützung der regionalen Rettungsdienste,
- Personelle Unterstützung der regionalen ambulanten Pflegedienste,
- Mobilisierung von Medizinischem Hilfspersonal und freiwilligen Helferinnen und Helfern,

- ggf. organisatorische und technische Hilfestellung bei einer erhöhten Zahl von Bestattungen.

Auf Landesebene werden beim Verwaltungsstab des Saarlandes (§ 20 Abs. 2 SBKG) 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 des Saarlandes kann weitere Expertinnen bzw. Experten zur Beratung hinzuziehen.

Täglich bis 10 Uhr sind dem Verwaltungsstab des Saarlandes 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 den Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung – ZRF - Integrierten Leitstelle –ILS:

- Krankentransportkapazitäten,
- freie Krankenhausbetten für Influenzapatientinnen und -patienten,
- 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, insbesondere 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),
- Null- und Überbestände beim Bestand von antiviralen Arzneimitteln in den saarländischen Apotheken (möglichst differenziert nach Schlüsselpersonal bzw. Allgemeinbevölkerung).

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

8.4. Ärztekammer Saarland, Apothekerkammer des Saarlandes und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland

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 Gesetz über die öffentliche Berufsvertretung, die Berufspflichten, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, Tierärztinnen und

Tierärzte und Apothekerinnen und Apotheker im Saarland (Saarländisches Heilberufekammergesetz – SHKG -) vom 30. Januar 2018 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 (§ 4 Abs. 1 Nrn. 8 und 9) 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 (§ 4 Abs. 1 Nr. 10); sowie im Apothekenbereich die Dienstbereitschaft der Apotheken zu regeln (Abs. 1 Nr. 12 und Abs. 2).

Sie haben auch die Kammermitglieder zur Erfüllung ihrer Berufspflichten anzuhalten und deren Einhaltung zu überwachen (Abs. 1 Nr. 2).

8.4.1. Ärztekammer

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 insbesondere 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.

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

8.4.2. Apothekerkammer

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

- Mitwirkung an der Aufklärung der Bevölkerung, insbesondere 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.

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

III Maßnahmen

1. Bevorratung und Verteilung antiviraler Medikamente

Die therapeutische Wirkung antiviraler Medikamente ist nur bei Einnahme innerhalb der ersten 48 Stunden nach Krankheitsbeginn gegeben. Neuraminidasehemmer bewirken eine durchschnittliche Verkürzung der Erkrankungsdauer um bis 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

Das Saarland hat für den Fall der Influenzapandemie antivirale Medikamente der Wirkstoffgruppe Neuraminidasehemmer beschafft. Die Medikamente sind nur zur Therapie bestimmt.

Bevorratet werden sowohl das Fertigarzneimittel Tamiflu 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 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

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 6. Arzneimittelversorgung - Influenzapandemieplan).

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 4.2.1. definierten Schwerpunktkrankenhäuser.

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

2. Impfung

Die am Robert Koch-Institut (RKI) angesiedelte Ständige Impfkommission (STIKO) hat als gesetzlich verankerte Kommission nach § 20 Abs. 2 IfSG die Aufgabe, Impfeempfehlungen für Deutschland zu entwickeln und auszusprechen. Die obersten Landesgesundheitsbehörden sollen dann öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen auf der Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der STIKO aussprechen.

Der Auftrag an die STIKO gilt uneingeschränkt, d. h. auch für eine Pandemie. Prinzipiell verfolgen Empfehlungen zur Impfung gegen saisonale und pandemische Influenza dasselbe Ziel: Sie sollen influenzabedingte Morbidität und Mortalität verhindern und hiermit verbundene direkte (z. B. Arztbesuche und Krankenhauseinweisungen) und indirekte (z. B. Fehltage in der Schule und bei der Arbeit) Krankheitskosten senken. Dieses Ziel kann durch verschiedene Impfstrategien erreicht werden. Neben einem direkten Schutz für den Geimpften kann es, insbesondere bei hohen Impfquoten in der Bevölkerung, durch eine Reduktion der Viruszirkulation in der Bevölkerung zu einem indirekten Schutz Ungeimpfter kommen (sog. Herdenschutz). Bei der Impfung von Schwangeren kann es durch Übertragung von maternalen Antikörpern zusätzlich zu einer Schutzwirkung für das Neugeborene kommen.

Ziel der Vorbereitungen von Bund und Ländern ist eine möglichst rasche Sicherstellung der Impfstoffversorgung im Falle einer Influenzapandemie für die Teile der Bevölkerung, denen die Impfung empfohlen wird.

Nach Auskunft der Hersteller wird der Impfstoff im Falle einer Pandemie nur an Regierungen abgegeben werden. Damit sind in Deutschland die Länder in der Pflicht, das Konzept für die Durchimpfung der Bevölkerung zu erstellen und umzusetzen. Hierfür sind schon heute Planungen für die Bereitstellung von Impfstoffen im Pandemiefall notwendig, die auch die Bindung von Herstellern durch in die Zukunft gerichtete Verträge beinhalten.

Die Auswirkung einer Influenzapandemie auf die tatsächliche Krankheitslast der Bevölkerung kann nicht vorhergesagt werden. Dies betrifft sowohl die Schwere der Erkrankungen als auch deren Anzahl. Die Planungen müssen daher unterschiedliche Szenarien berücksichtigen. Auf der Basis fachlicher Expertise der Bundesbehörden sollte deshalb das Pandemie-Impfstoffkonzept eine größtmögliche Flexibilität bzgl. der Auslösung des Produktionsprozesses sowie der Menge, der Impfstoffart und der Anzahl der zu verabreichenden Dosen ermöglichen und als Grundlage für die Vertragsverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie dienen.

Zum 12. Oktober 2009 sollte gemäß der STIKO-Empfehlung für die pandemische Influenzaimpfung bei Verfügbarkeit der Impfstoffe zunächst mit der Impfung der folgenden Indikationsgruppen begonnen werden: Beschäftigte in Gesundheitsdienst, Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung und Schwangere. Andere Gruppen wie beispielsweise Personen mit einem Alter von mehr als 60 Jahren gehörten nicht zu diesen drei Indikationsgruppen, da diese entsprechend der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Erkrankungszahlen seltener betroffen waren. Am 14. Dezember 2009 hat die STIKO in einer Aktualisierung ihrer Empfehlung zwar die Reihenfolge der Zielgruppen belassen, aber auf die Abstufung nach den ersten 3 Gruppen verzichtet. Am 6. Juli 2010 hat die STIKO dann die Aktualisierung der Empfehlung zur Impfung gegen die saisonale Influenza beschlossen und gleichzeitig die gesonderte „Empfehlung zur Impfung gegen die Neue Influenza (H1N1)“ bis auf weiteres zurückgezogen.

2.1. Logistik der Impfungen

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

An der Empfehlung der STIKO ist die Planung der Impfung auszurichten, da anfangs mit nur geringen Mengen an Impfstoff zu rechnen ist, der den Risikogruppen zügig zur Verfügung gestellt werden soll. Für medizinisches Personal sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt eine Impfung z. B. über den Betriebsarzt angeboten werden. Bei der Organisation der Impfung der Bevölkerung wird die Nutzung der vorhandenen Strukturen (ÖGD und

Regelsystem, d.h. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Betriebsärztinnen und -ärzte) eingeplant. Wer die Impfungen im Einzelnen durchführt, wird in den Ländern in Abhängigkeit von den vorhandenen Strukturen z. T. unterschiedlich geregelt.

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 werden kommunale Einrichtungen benannt.

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 zu verhindern oder 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. Kommunikationsstrategien

Effektive Kommunikationsstrategien sind von entscheidender Bedeutung für die erfolgreiche Bewältigung pandemischer Krisensituationen. Um auf solche Situationen vorbereitet zu sein, ist der Aufbau von Kommunikationsstrukturen sowie die Realisierung und Durchführung von Kommunikationsmaßnahmen bereits in präpandemischen Situationen auf globaler, Bundes- und auf Länderebene notwendig.

Grundsätzlich sind zwei Kommunikationsaspekte zu unterscheiden:

- Eine erfolgreiche Bewältigung pandemischer Krisensituationen – mit dem Ziel der Minimierung des Auftretens von Krankheitsfällen und schweren Krankheitsverläufen – ist abhängig von abgestimmten und verbindlich geregelten Vorgehensweisen in der zwischenbehördlichen Kommunikation. Im Pandemiefall werden in Deutschland die von Bund, Ländern und Kommunen errichteten Strukturen des Krisen- und Katastrophenmanagements genutzt. In den jeweiligen Geschäftsordnungen und in der Infektionsschutzgesetz-Koordinierungsverwaltungsvorschrift (siehe Anl. Laufwerk) sind die Organisationsstrukturen für das Krisenmanagement, die Informationsübermittlung und der Informationsaustausch der zwischenbehördlichen Kommunikation festgelegt.
- Des Weiteren hängt die erfolgreiche Bewältigung pandemischer Krisensituationen, die auch in Deutschland zu einer Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung

werden könnten, entscheidend davon ab, welche Kommunikationsmaßnahmen in Richtung Fachöffentlichkeit, Medien und Bevölkerung angeboten werden, sodass ein möglichst hohes Verständnis über die pandemische Krisensituation besteht und aus diesem Verständnis heraus notwendige Maßnahmen zum Gesundheitsschutz akzeptiert und befolgt werden. Die Vorbereitung der Bevölkerung auf mögliche pandemische Krisensituationen und die Bewältigung eines pandemischen Krisengeschehens haben auf der Grundlage eines langfristigen Kommunikationskonzepts zu erfolgen.

Zentrale Themen der Kommunikation in Krisensituationen

<p>1.) Epidemiologische Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer ist infiziert (soziodemografische Verteilung)? • Wo sind Infektionsherde (regionale Verteilung)? • Wie verbreitet sich die Infektion (Ausbreitungsdynamik)? • Was ist der Auslöser der Erkrankung? • Wie sind die Übertragungswege?
<p>2.) Individuelles Erkrankungs- und Sterberisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie hoch ist das Risiko zu erkranken? • Wenn es zu einer Infektion kommt, wie schwer ist die Erkrankung und was sind individuelle Risikofaktoren für einen besonders schweren Verlauf? • Wie hoch ist das Risiko, an der Erkrankung zu sterben?
<p>3.) Vorsorgemaßnahmen (auf der Verhaltensebene)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Schutz- und Vorsorgemaßnahmen können getroffen werden damit eine Infektion verhindert wird?
<p>4.) Medikamentöse Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es verfügbare Arzneimittel wie z. B. geeignete Impfstoffe? • Wie wirksam und sicher sind die Arzneimittel bzw. die Impfungen? • Gibt es unerwünschte Wirkungen? • Wie stehen mögliche unerwünschte Wirkungen des Medikaments/der Impfung im Verhältnis zu den gesundheitlichen Risiken einer Erkrankung?
<p>5.) Weiterführende Beratungs- und Informationsangebote</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wo gibt es aktuelle Informationen zum Infektionsgeschehen? • Über welche BürgerInnen-Hotlines, Soziale Medien oder andere Beratungs- und Informationsangebote sind noch offene Fragen zu klären?

Kommunikation im (pandemischen) Krisenfall hat die Aufgabe zu erfüllen, effektiv zu informieren, zu instruieren und so zu motivieren, dass in der Bevölkerung in einem möglichst hohen Umfang Maßnahmen zum eigenen Gesundheitsschutz ergriffen werden.

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass einzelne Bevölkerungsgruppen hinsichtlich der Risikowahrnehmung und -einschätzung sehr unterschiedlich sind und sehr verschiedene Informationsbedürfnisse aufweisen. Damit besteht die Gefahr, dass Kommunikationsmaßnahmen ins Leere laufen und die intendierten Zielgruppen nicht erreichen. Vor diesem Hintergrund sind zielgruppenspezifische Kommunikationsstrategien zu entwickeln. Risiko- und Krisenkommunikation können dann als zielgruppengerecht verstanden werden, „wenn die Zielgruppe über das gewählte Kommunikationsmedium erreicht wird, motiviert werden kann, die Botschaft aufzunehmen, die Botschaft richtig versteht und entsprechend auf die Botschaft reagiert“ (einfache Sprache, Migrationshintergrund, Übersetzungen in mehreren Sprachen...)

Einfache und wirksame Hygienemaßnahmen sind:

- Vermeiden Sie Händegeben, Anhusten, Anniesen.
- Vermeiden Sie Berührungen der Augen, Nase oder Mund.
- Vermeidung Sie Massenansammlungen.
- Verzichten Sie auf den Besuch von Theatern, Kinos, Diskotheken, Märkten, Kaufhäusern.
- Tragen Sie einen einfachen Mund-Nasen-Schutz oder Atemschutz und ggf. eine Brille als Augenschutz in der Öffentlichkeit.
- Benutzen Sie Einmaltaschentüchern und entsorgen Sie diese sicher.
- Lüften Sie Ihre Räume intensiv.
- Waschen Sie die Hände gründlich
 - nach Kontakten mit Menschen,
 - nach der Benutzung von Toiletten und
 - bevor Sie essen.
- Säuglinge, Kleinkinder und Personen mit chronischen Erkrankungen sollen von erkrankten Personen getrennt werden.
- Fieberhaft Erkrankte sollen zu Hause bleiben, um weitere Ansteckungen zu verhindern.
- Halten Sie sich von möglicherweise erkrankten Personen fern.

Im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen sind 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 je nach epidemiologischer Situation sinnvoll sein. In diesem Zusammenhang ist allerdings in der Abwägung neben dem Erziehungsauftrag des Staates nach Art. 7 Grundgesetz (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 12. September 2016 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 Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie 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 ggf. anzuordnen und deren Umsetzung zu begleiten.

3.3. Kontrolle des Reiseverkehrs/Maßnahmen am Flughafen

Es 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 des Gesetzes zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) und (§ 8) des Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV-Durchführungsgesetz – IGV-DG) die Kontrolle Reisender sicherstellen.

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 (ABBAS 609) des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe gelten für Beschäftigte im Gesundheitswesen, die Personen untersuchen, behandeln, pflegen oder in sonstiger Weise versorgen, die an einer nicht oder nicht ausreichenden impfpräventablen Influenza erkrankt sind oder als krankheitsverdächtig gelten.

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 Schutzkleidung,
- 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.

4.1.1. Bevorratung von Schutzmaßnahmen

Die Ausstattungsvorschriften erstrecken sich nicht auf die Anzahl der zu bevorratenden Schutzkleidung. Die Schutzkleidung 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 (siehe Anl. Laufwerk) 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 s. Anl.). Demnach ist die Beschaffung und

Finanzierung von Arbeitsschutzausrüstung, die zusätzlich für den Pandemiefall benötigt wird, durch den Arbeitgeber sicherzustellen.

4.1.2. Einsatz von Neuraminidasehemmern

Die antivirale Prophylaxe mit Neuraminidasehemmern ist im ABAS-Beschluss 609 (5.4) 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.

4.1.3. Atemschutz

Die Prüfanforderungen an FFP-Masken regelt die DIN EN 149 „Atemschutzgeräte - Filtrierende Halbmasken zum Schutz gegen Partikel - Anforderungen, Prüfung, Kennzeichnung“. Partikelfiltrierende Halbmasken bieten generell keinen hundertprozentigen Schutz. Sie sind in der Regel Einmalartikel und daher nicht für den wiederholten Gebrauch bestimmt.

4.1.4. Hygiene

Hände gründlich waschen

Schmutz und auch Krankheitskeime abwaschen – das klingt einfach. Richtiges Händewaschen erfordert aber ein sorgfältiges Vorgehen. Häufig werden die Hände beispielsweise nicht ausreichend lange eingeseift und insbesondere Handrücken, Daumen und Fingerspitzen vernachlässigt.

Gründliches Händewaschen gelingt in fünf Schritten:



Halten Sie die Hände zunächst unter fließendes Wasser. Die Temperatur können Sie so wählen, dass sie angenehm ist.



Seifen Sie dann die Hände gründlich ein – sowohl Handinnenflächen als auch Handrücken, Fingerspitzen, Fingerzwischenräume und Daumen. Denken Sie auch an die Fingernägel. Hygienischer als Seifenstücke sind Flüssigseifen, besonders in öffentlichen Waschräumen.



Reiben Sie die Seife an allen Stellen sanft ein. Gründliches Händewaschen dauert 20 bis 30 Sekunden.



Danach die Hände unter fließendem Wasser abspülen. Verwenden Sie in öffentlichen Toiletten zum Schließen des Wasserhahns ein Einweghandtuch oder Ihren Ellenbogen.



Trocknen Sie anschließend die Hände sorgfältig ab, auch in den Fingerzwischenräumen. In öffentlichen Toiletten eignen sich hierfür am besten Einmalhandtücher. Zu Hause sollte jeder sein persönliches Handtuch benutzen.

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 Betriebsärztinnen und -ärzte, Sicherheitsfachkräfte, Unfallversicherungsträger bzw. 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.

Für Planungen und Maßnahmen im Hinblick auf eine mögliche Pandemie, empfiehlt es sich, wie auch im Hinblick auf andere Krisen, vorbereitend einen Planungsstab im Betrieb in der Behörde oder der Einrichtung zu bilden.

Vorbereitende Planung zu Kernthemen, wie z. B.

- Festlegung von unentbehrlichen Betriebsabläufen,
- Planung zu kritischer Infrastruktur,
- Personalvorausplanung unter Einbeziehung von Personal im Ruhestand.

Die Beschäftigten sollen regelmäßig über hygienisches Verhalten eine Unterweisung erhalten. Ausreichende Waschmöglichkeiten sind vorzuhalten. Hinweise auf Verhalten bei Symptomen während der Arbeit. Festlegung eines Verfahrens für die Beschäftigten, wenn Symptome zu Hause auftreten.

5. Technische Infrastruktur und öffentliches Leben

Aufgrund krankheitsbedingtem Personalausfall kann es in der Pandemie zu

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

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

- Identifikation und Analyse zeitkritischer Geschäftsprozesse,
- Identifikation der Toleranzgrenzen,
- Untersuchung der möglichen Auswirkungen von Krisenszenarien,
- Betriebsspezifisches Training und Schulung der Mitarbeiterinnen und 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 der jeweiligen Betriebsärztin bzw. dem jeweiligen Betriebsarzt.

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.

Eine Herausforderung unserer Zeit ist die Informationsüberflutung durch das Internet und die Medien. In einer Krise, und auch im Vorfeld 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/Regionalverband Saarbrücken/Kommune zur Verfügung gestellt werden und Informationen verschiedener staatlicher Stellen nur abgestimmt veröffentlicht werden.

Die Information der Öffentlichkeit ist ein Kernelement des Krisenmanagements (Vgl. S. 36, 37 Kommunikationsstrategien). Deshalb sind insbesondere auch für die Information der Öffentlichkeit und damit die Risikokommunikation Vorbereitungen erforderlich. Sie müssen den verschiedenen Situationen angemessen sein. Ziel ist eine offene, transparente, aber auch deeskalierende Kommunikation. Erforderlich ist eine eng abgestimmte Zusammenarbeit der Ebenen Land/Landkreise/Regionalverband Saarbrücken/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.

6.1. Alarmphase

- Vorbereitung von Informationsschreiben für verschiedene Kommunikationswege (sinnvoll bundeseinheitlich nach Vorgaben des RKI),
- Vorbereitung von Merkblättern zu Influenza und zu empfehlenden Verhaltensempfehlungen und Schutzmaßnahmen (verschiedene 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.

6.2. Pandemische Phase

Im Fall der Pandemie wird die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie 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. Ärztekammer des Saarlandes, Kassenärztliche Vereinigung Saarland, Saarländische Krankenhausgesellschaft, Apothekerkammer des Saarlandes und alle Gebietskörperschaften) werden gebeten, über einen Link auf diese Seiten zu verweisen. Unabgestimmte Informationen sind zu vermeiden.

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 Vom 15. Oktober 2005 (zuletzt geändert durch die Verordnung vom 24. November 2015) wird verwiesen.

7. Regelungen COVID-19

Die Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronavirus-Erkrankung ist Bestandteil des Saarländischen Influenzapandemieplans.

IV Verweis auf Gesetze, Verordnungen, Verwaltungsvorschriften und allgemeine Arbeitsgrundlagen (in der aktuellen Fassung)

Influenza

1. RKI Falldefinition „Influenza“/Pandemie
2. RKI Influenza: Erkrankungen durch saisonale Influenzaviren
3. RKI Nationaler Pandemieplan I
4. RKI Nationaler Pandemieplan II
5. RKI Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung
6. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfG)
7. IfSGKoordinierungs-VwV
8. IfSGBw-VwV
9. Meldesystem nach IfSG
10. Empfehlung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung: Influenzapandemie – Risikomanagement in Arztpraxen
11. Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza
12. Empfehlungen des RKI zu Präventions- und Kontrollmaßnahmen bei Bewohnern mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza in Heimen
13. RKI Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch COVID – 19, Virusname SARS – CoV – 2
14. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe Schutz Kritischer Infrastruktur: Risikomanagement im Krankenhaus
15. Diagnostik und Probenversand

Saarlandspezifische Regelungen

16. Seuchenalarmplan Saarland (Sap-Saarland)
17. Gesetz über den öffentlichen Dienst ÖGDG
18. Saarländisches Krankenhausgesetz (SKHG)
19. Gesetz über das Friedhofs-, Bestattungs- und Leichenwesen (BestattG)
20. Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG)
21. Saarländisches Rettungsdienstgesetz (SRettG)
22. Verordnung zur Alarm- und Einsatzplanung zur Vorsorge bei Notfällen, Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken, Großschadenslagen und Katastrophen in saarländischen Krankenhäusern – Krankenhausalarmplanverordnung (KHAlarmV)
23. Verordnung zum Schutz vor Infektionskrankheiten (InfektVO)
24. Verordnung über die Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz
25. Verordnung über die Organisation des Katastrophenschutzes im Saarland
26. Verordnung über den Betrieb von Apotheken (ApBetrO)
27. Eskalationsstufe 1 Flussdiagramm
28. Eskalationsstufe 2 Flussdiagramm

Gemeinsame nationale Regelungen

29. Beschluss ABAS 609 – Arbeitsschutz beim Auftreten einer nicht ausreichend impfpäventablen humanen Influenza
30. Beschluss ABAS 610 – Schutzmaßnahmen für Tätigkeiten außerhalb von Sonderisolierstationen bei der Versorgung von Patienten, die mit hochpathogenen Krankheitserregern infiziert oder krankheitsverdächtig sind

31. BGR 189 (DGUV Regel 112-189) Einsatz von Schutzkleidung
32. BGR 190 (DGUV Regel 112-190) Benutzung von Atemschutzgeräten
33. TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege
34. UN2814/UN2900: Transportvorschriften für Stoffe (Kategorie A)
35. UN3373: Transportvorschrift für biologische Stoffe (Kategorie B)

Gemeinsame internationale Regelungen

36. Internationale Gesundheitsvorschriften
37. Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV)
38. Gesetz zur Durchführung der IGV – IGV-DG