

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration
des Landes Sachsen-Anhalt

**EMPFEHLUNGEN
ZUR UMSETZUNG DES
NATIONALEN
INFLUENZAPANDEMIEPLANS
IN SACHSEN-ANHALT
(PANDEMIERAHMENPLAN)**



SACHSEN-ANHALT

Kabinettsbeschluss vom 21.03.2006

Der vorliegende Pandemierahmenplan wird regelmäßig aktualisiert.

aktualisiert am 05.03.2020

Impressum

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg

Tel: (0391)567-4608

Email: ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de

Internet: <http://www.ms.sachsen-anhalt.de>

Stand: 5.3.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung
 - 1.1. Einleitung und Definition einer Pandemie
 - 1.2. Phaseneinteilung
2. Zuständigkeiten und rechtliche Grundlagen
 - 2.1 Rechtliche Grundlagen
 - 2.2 Aufgaben der obersten Landesbehörden
 - 2.3 Aufgaben der oberen Landesbehörden
 - 2.3.1 Aufgaben des Landesamtes für Verbraucherschutz (LAV)
 - 2.3.2 Aufgaben des Landesverwaltungsamtes (LVvA)
 - 2.4 Aufgaben der kommunalen Ebene
 - 2.5 Zusammenarbeit und gegenseitige Information der zuständigen Behörden
3. Einschätzung der Sachlage aufgrund erhobener Daten
 - 3.1 Meldepflichten
 - 3.2 Surveillance
 - 3.3 Spezielle Meldepflichten
4. Influenza-Diagnostik
 - 4.1. Vorgehen in Sachsen-Anhalt
 - 4.2 Probenahme
 - 4.3 Transport
 - 4.4 Diagnostische Verfahren
 - 4.5 Lageabhängige prozedurale Algorithmen und Verantwortlichkeiten
5. Infektionshygienische Maßnahmen
 5. 1 Hintergrund
 - 5.2 Ziele
 - 5.3 Maßnahmen
6. Medizinische Versorgung
 - 6.1 Ambulante medizinische Versorgung
 - 6.2 Stationäre medizinische Versorgung und Rettungsdienst
 - 6.3 Pflegeeinrichtungen nach SGB XI und andere stationäre Einrichtungen zur Betreuung von Personen einschließlich stationärer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche
 - 6.4 Zusatzstrukturen
 - 6.5 Planungshilfen für Krankenhäuser, Rettungsdienst und Pflegeeinrichtungen nach SGB XI
 - 6.5.1 Planungshilfe für Krankenhäuser
 - 6.5.2 Planungshilfe für den Rettungsdienst
 - 6.5.3 Planungshilfe für Pflegeeinrichtungen nach SGB XI
7. Schutzimpfungen der Bevölkerung
 - 7.1 Impfung
 - 7.2 Impfstoff
 - 7.3 Impfstoffbeschaffung

- 7.4 Durchführung
- 7.5 Impfung nach Prioritäten
- 7.6 Lagerung und Verteilung von Impfstoffen
- 7.7 Haftungsregelungen bei Impfungen
 - 7.7.1 Entschädigungsanspruch des Geimpften
 - 7.7.2 Arzthaftung

8 Antivirale Arzneimittel

9 Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

- 9.1 Sensibilisierung/ Risikokommunikation in der interpandemischen Phase
- 9.2 Risiko- und Krisenkommunikation
- 9.3 Koordinierung der Risiko- und Krisenkommunikation im Pandemiefall
 - 9.3.1 Informationsvermittlung im Pandemiefall an die Fachöffentlichkeit
 - 9.3.2 Information der Allgemeinbevölkerung
 - 9.3.3 Information der Medien

10 Betriebliche Pandemieplanung

- 10.1 Hintergrund
- 10.2 Ziel
- 10.3 Maßnahmen
 - 10.3.1 Unternehmensbezogene Vorüberlegungen zu möglichen Auswirkungen
 - 10.3.2 Untersuchung der internen Betriebsabläufe
 - 10.3.3 Erstellung des Betrieblichen Pandemieplans
- 10.4 Checkliste zur Erstellung eines betrieblichen Pandemieplans

Abkürzungsverzeichnis

Grundlage für den Pandemierahmenplan Sachsen-Anhalt bildet der Nationale Pandemieplan (NPP), Teil I und Teil II, mit den dort aufgeführten Quellen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Pandemieplanung_Node.html)

1 Einführung

1.1 Einleitung und Definition einer Pandemie

Influenzaviren verändern sich kontinuierlich durch kleinere Mutationen im Genom. Zudem haben sie die Fähigkeit zum Austausch genetischen Materials zwischen verschiedenen Typ-A-Influenzaviren. So birgt das endemische Auftreten der Vogelgrippe in zahlreichen Ländern Südostasiens seit 2004 und von Infektionen durch porcine Influenzaviren (USA seit 2012) das Risiko einer Neukombination dieser Erreger (Reassortment) mit humanen Influenzaviren und damit die Gefahr der Entstehung eines pandemischen Virus. Wenn solche neuartigen Viren in der Lage sind, Erkrankungen hervorzurufen, sich effektiv von Mensch zu Mensch zu verbreiten und nur wenig oder keine vorbestehende Immunität in der Bevölkerung vorhanden ist, so können sie eine Influenzapandemie auslösen. Eine Pandemie ist 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. Weltweite Pandemien können zu Erkrankungs- und Sterberaten führen, die saisonale Influenzawellen um ein Vielfaches übertreffen. Damit könnten sie zu extremen Belastungen für das medizinische Versorgungssystem und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bis hin zu einer erheblichen Gefahr für die öffentliche Ordnung und für die Funktionstüchtigkeit der gesamten Volkswirtschaft führen.

Nationale und regionale Pandemiepläne sind erforderlich, um - angepasst an die spezifische epidemiologische Situation vor Ort und die lokalen Rahmenbedingungen - auf die Herausforderungen, die eine Pandemie mit sich bringen kann, vorbereitet zu sein. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1999 einen Musterplan veröffentlicht, der den Mitgliedstaaten als Grundlage für die detaillierte Ausarbeitung nationaler Pandemiepläne dienen sollte und 2005, 2009 sowie 2013 aktualisiert wurde. Der erstmals 2005 für Deutschland veröffentlichte Nationale Pandemieplan (NPP) besteht aus zwei Teilen. Teil I beschreibt Strukturen und Maßnahmen und wurde 2017 aktualisiert. Teil II stellt die wissenschaftlichen Grundlagen für die Influenzapandemieplanung und -bewältigung dar und liegt seit 2016 in aktualisierter Fassung vor. Die H1N1-Influenzapandemie 2009, die in Deutschland im April 2009 mit ersten Erkrankungen durch das pandemische Influenzavirus A(H1N1)pdm09 begann, stellte die erste reale Bewährungsprobe für die entwickelten Pandemiepläne dar. Bei der Aktualisierung des NPPs wurden sowohl die Lehren aus der Pandemie 2009 als auch der aktualisierte Globale Pandemieplan der WHO berücksichtigt.

Der NPP bildet die Grundlage für die Erarbeitung der Pandemiepläne der Bundesländer, welche unter Berücksichtigung landesspezifischer Rahmenbedingungen die regionalen Planungen der Kommunen und Gesundheitsämter adressieren. Wie andere Bundesländer, muss sich auch Sachsen-Anhalt auf die Bewältigung einer gesundheitlichen Krisensituation und damit ursächlich verbundene, besondere soziale Situationen rechtzeitig vorbereiten. Der vorliegende Pandemieplan für Sachsen-Anhalt richtet sich an die verantwortlichen Behörden

im Land und in den Kommunen und dient der gezielten Vorbereitung von öffentlichen Institutionen, medizinischen Einrichtungen, Unternehmen und weiteren auf eine Influenzapandemie. Basierend auf dem NPP Teil I wird der Fokus auf die landesspezifischen Rahmenbedingungen und Regelungen in Sachsen-Anhalt gesetzt. Der Plan dient der Erreichung folgender Ziele:

- Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung,
- Gewährleistung der Versorgung erkrankter Personen,
- Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur (essentiell notwendige Versorgungsstrukturen),
- zuverlässige und zeitnahe Information zur Vorbereitung politischer Entscheidungen sowie für Fachpersonal, die Öffentlichkeit und die Medien.

Grundsätzlich kann der Pandemierahmenplan des Landes Sachsen-Anhalt auch für eine Pandemie, die durch andere respiratorisch übertragbare Viren, wie das SARS-CoV-2, hervorgerufen wird, Anwendung finden.

1.2 Phaseneinteilung

Der vorliegende Pandemieplan richtet sich nicht nur an die für das Gesundheitswesen Zuständigen, sondern an alle zur Bewältigung von Krisenlagen Verantwortlichen. Maßnahmen, die über die Zuständigkeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration hinausgehen bedürfen das Einvernehmen mit den jeweils zuständigen Ressorts. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die entsprechenden Vorbereitungen phasenspezifisch getroffen werden, um im Pandemiefall schnell und zielgerichtet Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung einleiten zu können.

In Tabelle 1 werden die wesentlichen Maßnahmen der Pandemieplanung und des Krisenmanagements aufgeführt. Sie werden nachfolgend im Detail beschrieben.

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:

- Die Interpandemische Phase: Sie ist definiert als die Phase zwischen Influenza-Pandemien.
- 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.
- 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.
- Die Übergangsphase: 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.

Die globalen Phasen und ihre Anwendung beim Risikomanagement sind zu unterscheiden, erstens von der Feststellung einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV, 2005) und zweitens von der Ausrufung einer Pandemie. Diese basieren auf spezifischen Einschätzungen und können dafür verwendet werden, die Notwendigkeit von gemeinsamen globalen Maßnahmen zu kommunizieren. Ebenfalls können sie von Zulassungsbehörden und/oder für Verträge genutzt werden, die auf der Feststellung eines PHEIC oder der Ausrufung einer Pandemie beruhen.

- Die Feststellung einer PHEIC liegt in der Verantwortlichkeit der/des WHO Generaldirektors/-in gemäß Artikel 12 der IGV 2005 und zieht die Kommunikation von zeitlich befristeten Empfehlungen nach sich.
- Die Ausrufung einer Pandemie kann während der Ausbreitung einer pandemischen Influenza entsprechend der Situation durch die/den WHO Generaldirektor/in erfolgen.

Während die Feststellung einer PHEIC und/oder die Ausrufung einer Pandemie bestimmte regulatorische Maßnahmen der WHO oder der Mitgliedstaaten auslösen können, sollten, unabhängig von den globalen Phasen, die Maßnahmen auf nationaler Ebene auf der nationalen und lokalen Risikoeinschätzung basieren und situationsangemessen sein. Diese Abkopplung der nationalen Maßnahmen von den globalen Phasen ist notwendig, weil sich die globale Risikoeinschätzung per Definition auf die globale Situation bezieht und nicht auf die Situation in den einzelnen Mitgliedstaaten.

Tab. 1: Ziele der Pandemieplanung und Beispiele wichtiger Maßnahmen in den verschiedenen epidemiologischen Situationen in Deutschland

Epidemiologische Situation	Ziele	Beispiele Maßnahmen
Interpandemischer Zeitraum	Planung / Preparedness	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen von Pandemieplänen in allen Ebenen (Krankenhäuser, kritische Infrastrukturen usw.) • ggf. Reservierung, Einkauf, Lagerung von Medikamenten, Impfstoffen, Materialien • Diagnostik etablieren • Kommunikationsstränge etablieren • Kostentragung regeln • Verantwortlichkeiten festlegen
	Risikobewertung / frühe Erkennung	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance (Mensch/ Tier) • Bewusste Überwachung kritischer Virus-Subtypen (H7N9 usw.) • Risikoanalyse
	Sensibilisierung der Bevölkerung / Einbeziehung wichtiger Akteure	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Impfbereitschaft • Verbesserung der Impfraten für saisonale Grippe, insbesondere bei Risikogruppen • Verbesserung der Kenntnisse über persönliche Hygiene • Erarbeitung und Ausgabe von Materialien zur Information und zur Vermittlung von Grundwissen für Akteure, Risikogruppen und Bevölkerung • frühzeitige Einbeziehung der Presse und Medien
Erste Einzelfälle und Beginn der Übertragung in der Bevölkerung	Einschätzung der Lage	<ul style="list-style-type: none"> • Intensiviertes Monitoring und Risikobewertung
Anhaltende Übertragung in der Bevölkerung	Einschätzung der Lage	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung Krisenstrukturen • Monitoring und Risikobewertung
	Beeinflussung der Ausbreitungsdynamik	<ul style="list-style-type: none"> • Information der Bevölkerung (s. u.) • Verhaltensmaßnahmen (Hustenetikette, Händehygiene) • an die jeweilige Situation angepasste kontaktreduzierende Maßnahmen (z. B. Ausschluss Erkrankter aus Gemeinschaftseinrichtungen, Absonderung Erkrankter, Isolierung Erkrankter im

		medizinischen Bereich, Aufnahmestopp in Massenunterkünften, Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen, Veranstaltungsverbote)
	Spezielle Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktpersonennachverfolgung • Feststellung der besonders betroffenen Gruppen • Beschaffung von Impfstoffen • Impfungen: Organisation der Logistik (Sonderstruktur) und der Durchführung (in den Strukturen des Regelsystems und ÖGD) • ggf. medikamentöse Prophylaxe / Frühbehandlung • Therapie mit antiviralen Arzneimitteln
	Folgenminderung	<ul style="list-style-type: none"> • schnelle medizinische Versorgung von Erkrankten • Schaffung zusätzlicher Behandlungskapazitäten durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen • Nachbarschaftshilfe
	Information von Entscheidungsträgern und Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Kommunikation mit Entscheidungsträgern und Massenmedien • Information der Bevölkerung über persönliche Hygienemaßnahmen, Impfungen, Verhaltensempfehlungen, Lagebild
Übergang in einen inter pandemischen Zeitraum	Erkenntnisgewinn und Optimierung	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung des Pandemiegeschehens • Evaluation der ergriffenen Maßnahmen und der geschaffenen Strukturen • Optimierung der Pandemieplanung und Vorbereitung für zukünftige Geschehen

2. Zuständigkeiten und rechtliche Grundlagen

2.1 Rechtliche Grundlagen

Die wichtigsten nationalen Regelungen für die Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sind in den folgenden Gesetzen und Verordnungen enthalten (Angabe der bei Redaktionsschluss aktuellen Fassungen; Gesetze/ Verordnungen sind nachzulesen, z. B. unter <http://www.gesetze-im-internet.de>)

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz – IfSG, vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), 1474), das zuletzt durch Artikel 14b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist,
- Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung - IfSGMeld-AnpV) vom 18. März 2016 (BGBl. I S. 515),
- Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung – IfSGKoordinierungs-VwV) vom 12. Dezember 2013 (BAnz AT 18.12.2013 B3),
- Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV-Durchführungsgesetz – IGV-DG) vom 21. März 2013 (BGBl. I S. 566), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist,
- Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) vom 23. Mai 2005 (IGVG 2005) vom 20. Juli 2007 (BGBl. II S. 930), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze vom 21. März 2013 (BGBl. I S. 566) geändert worden ist.

Außerdem ist das BMG ermächtigt, im Pandemiefall spezielle Rechtsverordnungen zu erlassen:

- Erlass einer Verordnung nach § 15 Absatz 1 und 2 IfSG, mit der die Meldepflicht an die epidemische Lage angepasst wird,
- Erlass einer Verordnung nach § 20 Absatz 4 IfSG, mit der die Kostentragung für die Schutzimpfung in der GKV geregelt wird.
- Erlass einer Verordnung nach § 20 Absatz 6 IfSG, mit der ggf. eine Impfpflicht eingeführt werden kann.

Im Bereich des Arbeitsschutzes von Beschäftigten im ambulanten und stationären medizinischen Bereich sind folgende Bestimmungen relevant:

- Biostoffverordnung (BioStoffV) vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2514), die zuletzt durch Art. 146 G zum Abbau verzichtbarer Anordnungen der Schriftform im Verwaltungsrecht des Bundes vom 29.3.2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist,
- Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2768), die zuletzt durch Artikel 3 Absatz 1 der Verordnung vom 15. November 2016 (BGBl. I S. 2549) geändert worden ist (ArbMedVV),
- TRBA 250 (Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege), Ausgabe März 2014 GMBI 2014 Nr. 10/11 vom 27.03.2014, Änderung vom 22.05.2014, GMBI Nr. 25, Änderung vom 21.07.2015, GMBI Nr. 29, Änderung vom 17.10.2016, GMBI Nr. 42, Änderung vom 02.05.2018, GMBI Nr. 15,

- Beschluss 609 des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS): Arbeitsschutz bei Auftreten einer nicht ausreichend impfpräventablen humanen Influenza (GMBI. Nr. 26 vom 18. Juni 2012, S. 470-479).

Für das Land Sachsen-Anhalt sind daneben die folgenden landesrechtlichen Regelungen zu beachten:

- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz – GDG LSA) vom 21. November 1997 (GVBl. LSA S. 1023), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes zum Änderungsstaatsvertrag vom 26. Oktober 2017 (GVBl. LSA S. 190),
- Verordnung über die Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz (ZustVO IfSG) vom 1. März 2017 (GVBl. LSA S. 37),
- Beschluss der Landesregierung über die Regelung zur Bewältigung von Krisenlagen auf Landesebene vom 19. Mai 2009 (MBI. LSA S. 475),
- RdErl. des MS über Gebührenfreie Untersuchungen der Landeshygieneinstitute vom 14. August 1992 (MBI. LSA S. 1133),
- RdErl. des MS zum Seuchenalarmplan vom 9. März 2001 (MBI. LSA S. 196)
- Erlass des MS vom 04. Januar 2006 zur Unterrichtung des Ministeriums für Gesundheit und Soziales als oberste Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 19 Abs. 4 GesundheitsdienstG) über besondere Ereignisse im Zusammenhang mit der Abwehr und Bewältigung gesundheitlicher Gefahren für die Bevölkerung

2.2 Aufgaben der obersten Landesbehörden

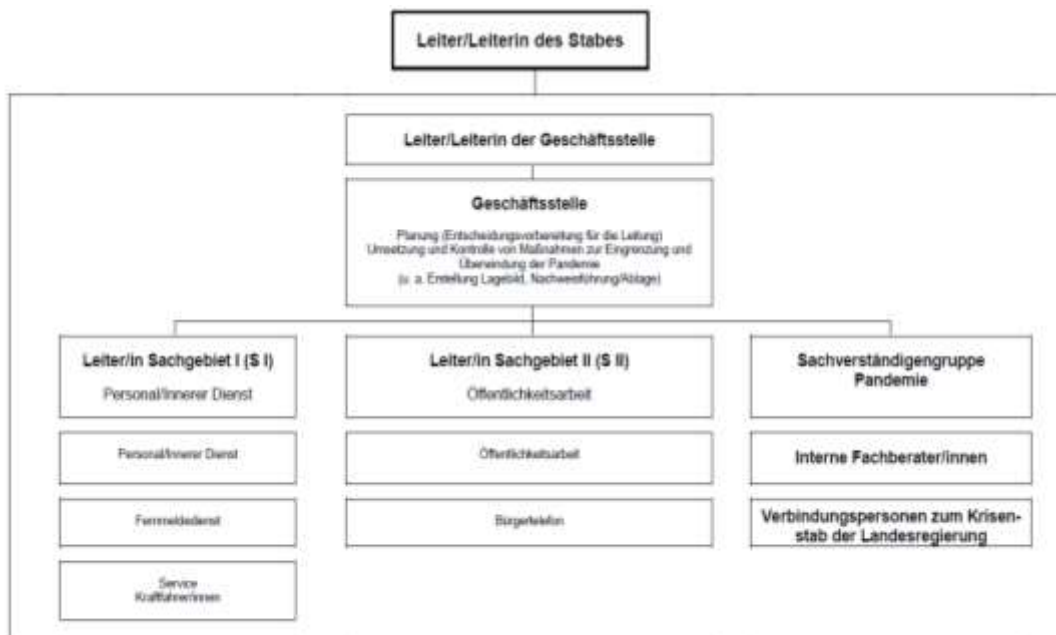
Auf der Grundlage des Beschlusses der Landesregierung über die Regelung zur Bewältigung von Krisenlagen auf Landesebene vom 19. Mai 2009 (MBI. LSA S. 475), obliegt die Aufgabe der Krisenbewältigung dem jeweiligen Ressort, dessen Geschäftsbereich ausschließlich oder überwiegend betroffen ist. Je nach Gefährdungs- und Einsatzlage können die Ressorts Experten- oder Arbeitsgremien in eigener Zuständigkeit bilden. Erfordert eine Krisenlage eine so enge Kooperation mehrerer Ressorts, dass sie im Rahmen des normalen Geschäftsgangs nicht gewährleistet werden kann, so wird auf Weisung des Ministerpräsidenten ein Krisenstab gebildet. Die Leitung und Geschäftsführung des Krisenstabes obliegt dem Ministerium des Inneren. Der Krisenstab wird durch das Ministerium des Inneren im Einvernehmen mit den zuständigen Ressorts einberufen. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wird durch den Krisenstab wahrgenommen. Die betroffenen Fachressorts arbeiten diesem zu.

Das jeweilige betroffene Ressort hat die Führungsverantwortung für den Einsatz seines Personals und die ihm nachgeordneten Bereiche.

Im Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration (MS) wird in besonderen Lagen (z. B. Influenzapandemie) ein Einsatzstab Pandemie gebildet. Dieser bleibt auch im Krisenfall aktiv und arbeitet dem Krisenstab der Landesregierung zu. Die Verbindung des Krisenstabes der Landesregierung zum Einsatzstab MS wird über Verbindungspersonen gesi-

chert. Der Einsatzstab Pandemie wird von der Ministerin/dem Minister oder einem von ihr/ ihm festgesetzten Mitarbeiterin/Mitarbeiter im Bedarfsfall bei besonderen Lagen im Geschäftsbereich einberufen und im erforderlichen Umfang festgesetzt. Nach Beendigung der Lage deaktiviert dieser Personenkreis den Einsatzstab. Die Leiterin/der Leiter des Einsatzstabes Pandemie ist die Abteilungsleitung der Abteilung 2 (Erstbesetzung) bzw. die Abteilungsleitung der Abteilung 3 (Zweitbesetzung). Als Vertreterin/Vertreter fungiert die Leiterin/der Leiter der Geschäftsstelle. Die Gliederung des Stabes stellt sich wie folgt dar und kann entsprechend der Lage angepasst bzw. verändert werden.

Gliederung des Einsatzstabes Pandemie des MS



Die Aufgaben des Pandemiestabes werden in der Stabsdienstordnung des MS dargestellt. Dazu gehören beispielsweise die Erstellung und Fortschreibung des Lagebildes, das Unterrichten der Ministerin/ des Ministers und der Landesregierung über die Lage, die Koordination der Informations- und Meldetätigkeit innerhalb des Landes im Geschäftsbereich des MS, die Zusammenarbeit mit anderen Bundesländern und dem Bund, die Koordination bzw. Organisation länderübergreifender Hilfe einschließlich privater Hilfsangebote u. a.

Vom Pandemiestab können, je nach epidemiologischer Lage, regionale antiepidemische Maßnahmen, die die Ausbreitung eines Virus verhindern, unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit empfohlen oder ggf. im Rahmen einer noch zu erlassenden Rechtsverordnung angeordnet werden.

Die Aktualisierung der Besetzung des Pandemiestabes wird in der „Stabsdienstordnung des Einsatzstabes Pandemie“ vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration halbjährlich oder anlassbezogen durchgeführt.

2.3 Aufgaben der oberen Landesbehörden

2.3.1 Aufgaben des Landesamtes für Verbraucherschutz (LAV)

Das LAV ist Fachbehörde des MS und zuständige Landesbehörde für die Entgegennahme und Weiterleitung von Meldungen nach dem IfSG. Es berät das MS und den Pandemiestab zu allen epidemiologischen und fachlichen Fragestellungen auch in gesundheitlichen Krisenlagen und schlägt Lösungswege vor. Das LAV wird interner Fachberater des Pandemiestabes.

bes. Für den Pandemiefall (ab Alarm-Phase der Pandemie nach WHO) bildet es einen internen Arbeitsstab und legt Verantwortlichkeiten fest.

Insbesondere hat das LAV folgende Aufgaben:

- Im Falle einer durch Erreger bedingten gesundheitlichen Krisensituationen für die Bevölkerung, somit auch im Falle einer Pandemie durch einen neuen Influenzasubtyp, informiert das LAV unverzüglich nach Entgegennahme der Meldung das MS, unabhängig davon, ob das Ministerium auf anderem Wege informiert wurde.
- Das LAV ist nach § 11 Abs. 1 IfSG i. V. m. § 1 Nr. 1 a) ZustVO IfSG zuständige Landesbehörde für das Annehmen und Weiterleiten von Meldungen über Erkrankungen, Todesfälle und Nachweise von Krankheitserregern an das Robert-Koch-Institut (RKI).
- Das LAV ist nach § 12 Abs. 1 IfSG i. V. m. § 1 Nr. 1 b) ZustVO IfSG zuständige Landesbehörde für das Annehmen und Weiterleiten von Meldungen über das Auftreten einer übertragbaren Krankheit, über Tatsachen, die auf das Auftreten einer übertragbaren Krankheit hinweisen, oder Tatsachen, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, wenn die übertragbare Krankheit eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen könnte, sowie über die getroffenen Maßnahmen und von sonstigen Informationen, die für die Bewertung der Tatsachen und für die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind. In diesem Rahmen beurteilt das LAV als zuständige Landesbehörde die vom Gesundheitsamt eingehende Meldung zunächst aus fachlicher Sicht, um dann die sachgerechte Meldung an das RKI vornehmen zu können.
- Das LAV ist nach § 5 IfSG i. V. m. § 1 Nr. 2 ZustVO IfSG zu beteiligende Behörde im Bund-Länder-Informationsverfahren in epidemisch bedeutsamen Fällen.
- Das LAV ist nach § 16 Abs. 3 IfSG, des Weiteren über § 25 Abs. 2 IfSG i. V. m. § 1 Nr. 4 ZustVO IfSG und § 19 Absatz 5 GDG LSA zuständige Landesbehörde für das Übernehmen von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Untersuchung und Verwahrung.
- Die virologische und epidemiologische „Surveillance für Influenza und andere akute respiratorische Erkrankungen (ARE)“ sowie die epidemiologischen Analysen zur Einschätzung der Effektivität von Influenzaimpfstoffen werden durch das LAV unabhängig von den Pandemie-Phasen und ganzjährig weitergeführt und bei Bedarf entsprechend der epidemiologischen Situation ausgebaut.
- Das LAV beteiligt sich u. a. an der integrierten Bundesland-Surveillance des Robert Koch-Institutes sowie am Aufbau und der Umsetzung weiterer ggf. einzurichtender zwischen Bund und Ländern abgestimmter Surveillancesysteme für ganz Deutschland.
- Das LAV informiert in der Interpandemischen Phase auf seiner Internetseite regelmäßig Bevölkerung und Fachöffentlichkeit über die epidemiologische Influenzasituation. Der Pandemiestab kann sich im Falle einer Pandemie zur Vorbereitung von Presseinformationen und weiteren Informationen für die Bevölkerung und ggf. für die Fachöffentlichkeit der Expertise des LAV bedienen.

- Das LAV kann bei Bedarf beauftragt werden, die Vorbereitungen und Anpassung von Merkblättern zu allgemeinen Verhaltens- und persönlichen Hygienemaßnahmen vorzunehmen und dem für Gesundheit zuständigen Ministerium zur Entscheidung vorzulegen.
- Im Pandemiefall sind die Daten aus der Meldepflicht und aus den Überwachungssystemen zusammenzuführen, aufzubereiten, in geeigneter Weise zu visualisieren und mit einer Bewertung und Handlungsempfehlung unverzüglich dem MS oder dem Pandemiestab zuzuleiten.
- Das LAV sichert die fachliche Beratung der unteren Gesundheitsbehörden und des Landesverwaltungsamtes (LVwA).

2.3.2 Aufgaben des Landesverwaltungsamtes (LVwA)

Das LVwA wird als Fachaufsichtsbehörde über die unteren Gesundheitsbehörden des Landes Sachsen-Anhalt (Beschluss der Landesregierung über die Errichtung des Landesamtes für Versorgung und Soziales vom 11.06.1991 (MBI. LSA Nr. 17, 1991)), im Rahmen des GDG unter Berücksichtigung der besonderen Regelungen für Sachsen-Anhalt in diesem Pandemieplan tätig und übernimmt die Überprüfung der Pandemiepläne der Landkreise und kreisfreien Städte. Im Falle einer Pandemie regelt das MS durch Erlass die Einzelheiten zu den Maßnahmen des LVwA, der Landkreise und kreisfreien Städte sowie deren Zusammenarbeit mit anderen Stellen. Auf dieser Grundlage steuert das LVwA als obere Gesundheitsbehörde im Rahmen seiner Fachaufsicht ggf. in Abstimmung mit der oberen Katastrophenschutzbehörde ein möglichst landeseinheitliches Vorgehen der Landkreise und kreisfreien Städte. Einzelheiten zu den Maßnahmen des LVwA, der Landkreise und kreisfreien Städte sowie deren Zusammenarbeit mit anderen Stellen hierzu werden durch Erlass geregelt.

2.4 Aufgaben der kommunalen Ebene

Die Zuständigkeit bei der Verhütung und Bekämpfung gesundheitlicher Krisenlagen liegt auf kommunaler Ebene insbesondere bei den Landkreisen und Kreisfreien Städten (§§ 16 und 24 ff. IfSG i. V. m. § 19 Abs. 2 Satz 3 und § 4 Abs. 1 GDG), wobei den unteren Gesundheitsbehörden aufgrund ihrer Funktion eine zentrale Rolle zukommt.

Die unteren Gesundheitsbehörden und die Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung der jeweiligen Landkreise/Kreisfreien Städte sollen koordiniert vorgehen und ihre Maßnahmen in Plänen festlegen. Ihnen obliegen auf ihrer Ebene alle gesundheitlichen Maßnahmen der Bekämpfungsstrategie unter Berücksichtigung fachaufsichtlicher Vorgaben.

Nach § 2 Absatz 1 Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA) haben die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplanes sicherzustellen. Die Gesundheitsämter halten engen Kontakt mit den Krankenhäusern und dem ambulanten Bereich. Sie überprüfen u.a. die Einhaltung der infektionshygienischen Maßnahmen.

Die Abstimmungsaufgabe der Gesundheitsämter gemäß § 14 b Absatz 1 Satz 1 KHG LSA besteht darin, zu bewerten, ob die Alarm- und Einsatzpläne (Notfallpläne) der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit den kommunalen Planungen für Katastrophenfälle in Einklang zu bringen sind. Nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 GDG hat der Öffentliche Gesundheitsdienst an einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung im Rahmen des Katastrophen- und Zivilschutzes mitzuwirken.

Nach § 9 Abs. 5 Rettungsdienstgesetz (RettDG LSA) haben die Rettungsdienstleitstellen Verzeichnisse der für die Durchführung des Rettungsdienstes bedeutsamen medizinischen Einrichtungen und Apotheken zu führen. Nach § 9 Abs. 6 RettDG LSA haben die Träger der stationären medizinischen Einrichtungen zu gewährleisten, dass die jeweils zuständige Rettungsdienstleitstelle laufend über die verfügbaren Behandlungskapazitäten informiert ist. Zukünftig soll die Information über die verfügbaren Behandlungskapazitäten der stationären medizinischen Einrichtungen mittels einer landeseinheitlichen automatisierten Datenverarbeitung erfolgen.

Die Maßnahmenpläne zur Abwehr von Seuchen (Seuchenalarmpläne) sind auf Pandemie-tauglichkeit zu überprüfen und ggf. nach den Vorgaben der Pandemieplanung zu ergänzen. Die entsprechenden Organisations- und Ablaufpläne sind regelmäßig zu aktualisieren. Ebenfalls sollte eine Überprüfung der Kompatibilität der Kommunikationsmittel zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den „Stäben Außergewöhnliche Ereignisse“ erfolgen.

Der ÖGD führt Ermittlungen bei Erkrankten, Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen mit dem Ziel durch, Infektketten durch geeignete Infektionsschutzmaßnahmen zu unterbrechen. Zu diesen Maßnahmen gehören auch Informationen sowie Ermittlungen von Kontaktpersonen im Reiseverkehr. Maßnahmen im Reiseverkehr müssen in Übereinstimmung mit den IGV erfolgen.

Die Isolierung von Ansteckungsverdächtigen ist eine Schutzmaßnahme gemäß § 28 IfSG in Verbindung mit §§ 29 bis 31 IfSG. Bei einer absehbaren Ausbreitung des Virus in einem Territorium sind alle notwendigen Schutzmaßnahmen von der zuständigen Behörde anzuordnen, die der Verhinderung der weiteren Verbreitung des Erregers dienen (§ 28 Abs. 1 Satz 2 IfSG in Verbindung mit § 4 Abs. 1 und 2 GDG LSA).

Hierzu gehören insbesondere:

- allgemeine Verhaltens- und persönlichen Hygienemaßnahmen (Merkblätter) einschließlich zum Arbeitsschutz,
- Ggf. die Organisation von Impfterminen in Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich,
- Verbot von Veranstaltungen,
- Schließung von Schulen, Universitäten, Kindereinrichtungen und sonstigen ambulanten und teilstationären sozialen Einrichtungen,
- Schließung von Einrichtungen, die nicht essentiell der Versorgung der Bevölkerung dienen (z. B. Einrichtungen der Körper- und Schönheitspflege),
- Besucherverbote für Krankenhäuser und Heime,
- Reiseeinschränkungen.

2.5 Zusammenarbeit und gegenseitige Information der zuständigen Behörden

Abstimmung zwischen Bund und Ländern

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung – IfSGKoordinierungs-VwV) vom 12. Dezember 2013 (BAnz AT 18.12.2013 B3) legt Verfahren fest, wie das RKI und das BMG in epidemisch bedeutsamen Fällen, wie einer Pandemie, mit anderen Behörden des Bundes und den Behörden des ÖGD der Länder Informationen austauschen und zusammenarbeiten.

Die Abstimmung zur Umsetzung konkreter relevanter Maßnahmen, wie beispielsweise der Kauf von Impfstoffen für den Pandemiefall, erfolgt auf den Ebenen der GMK, ACK und AOLG mit dem BMG durch einberufene Konferenzen oder Telefonschaltkonferenzen.

Die fachliche Abstimmung zwischen Bund und Ländern findet in erster Linie durch das RKI mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe (AG) Infektionsschutz der AOLG statt.

Bei lang anhaltenden, länderübergreifenden Gefahren- oder Schadenslagen mit hohem Abstimmungs- und Beratungsbedarf, die nach Art und Umfang mit den sonstigen Verfahren und Einrichtungen der Krisenbewältigung von Bund und Ländern voraussichtlich nicht bewältigt werden, wird die IntMinKoGr einberufen.

In Sachsen-Anhalt sind die Zuständigkeiten für den Informationsaustausch zwischen Bund und dem Land sowie die fachliche Abstimmung wie folgt gegeben:

- Das LAV ist nach § 5 IfSG i. V. m. § 1 Nr. 2 ZustVO IfSG zu beteiligende Behörde im Bund-Länder-Informationsverfahren in epidemisch bedeutsamen Fällen.
- Das MS stimmt die Umsetzung relevanter Maßnahmen auf den Ebenen der GMK, ACK und AOLG mit den anderen Ländern und dem BMG ab. Die fachliche Abstimmung mit dem RKI erfolgt als Mitglied der Arbeitsgruppe (AG) Infektionsschutz der AOLG.

Die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden ist unerlässlich, um den Informationsfluss zu gewährleisten, damit alle am Prozess Beteiligten vom gleichen Wissensstand ausgehen und koordiniert handeln können. Gesetzliche Grundlagen sind:

- RdErl. des MS zum Seuchenalarmplan vom 9. März 2001 (MBI. LSA S. 196)
- Erlass des MS vom 04. Januar 2006 zur Unterrichtung des Ministeriums für Gesundheit und Soziales als oberste Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 19 Abs. 4 GesundheitsdienstG) über besondere Ereignisse im Zusammenhang mit der Abwehr und Bewältigung gesundheitlicher Gefahren für die Bevölkerung

3. Einschätzung der Sachlage aufgrund erhobener Daten

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 für Sachsen-Anhalt vorgesehenen Instrumente, deren aktueller Entwicklungsstand sowie ausgewählte Surveillance-Instrumente zur Information über spezifische Aspekte der epidemiologischen Situation sind nachfolgend dargestellt.

Die Datenerhebung erfolgt

1. aufgrund des Infektionsschutzgesetzes (Meldepflichten, siehe unter 3.1.),
2. durch eine Surveillance (siehe unter 3.2.),
3. durch spezielle Meldungen (siehe unter 3.3.),
4. durch Informationen aus anderen Ländern (z. B. über WHO, ECDC, RKI) und
5. durch Information des Bundesministeriums für Gesundheit.

3.1. Meldepflichten

Der direkte Nachweis von Influenzaviren ist gemäß § 7 Absatz 1 Nr. 25 IfSG meldepflichtig. Nach § 11 Absatz 1 IfSG werden die Nachweise vom zuständigen Gesundheitsamt spätestens am folgenden Arbeitstag an die zuständige Landesbehörde, in Sachsen-Anhalt der Fachbereich Hygiene des LAV, und 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 eingeschränkt zur Einschätzung der Krankheitslast in der Bevölkerung, da keine Daten über den Krankheitsverlauf erfasst werden. Außerdem gehen in das System vorwiegend die labordiagnostisch gesicherten Infektionen ein, was nur einen Teil der Fälle abbildet.

Anpassung der Meldepflicht an die epidemiologische Lage

Auf der Grundlage des § 15 IfSG kann das 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 Influenza-Pandemie ebenfalls Gebrauch gemacht werden.

3.2. Surveillance

Im Vorfeld einer Pandemie kommt der Surveillance eine Schlüsselstellung zu. Nachfolgende Aufgaben stehen im Vordergrund:

- Frühzeitige Identifizierung und Beobachtung möglicher Veränderungen (Mutationen) eines Influenzavirus und
- Zeitnahe Beurteilung der Dynamik der Ausbreitung des Influenzavirus und Abbildung der epidemiologischen Situation in der Bevölkerung.

Informationen aus der Surveillance sind eine entscheidende Voraussetzung für zielgerichtete und effektive Maßnahmen einschließlich einer Bündelung knapper Ressourcen. Nur so kann der Gesamtverlauf einer Pandemie hinsichtlich Morbidität und Mortalität positiv beeinflusst werden. Die in Sachsen-Anhalt am LAV seit 2007 in ihrer jetzigen Form bestehende Virologische Surveillance erlaubt Aussagen über die Zirkulation von Influenzavirus-Subtypen in der Bevölkerung und nimmt an der Integrierten Bundesland-Surveillance des RKI teil. Außerdem werden Influenzavirus-Isolate an das Nationale Referenzzentrum für Influenza zur weiteren Charakterisierung gesendet. Ziel ist es, einen neuen Subtyp, der als Pandemiestamm in Frage käme, sehr schnell zu erkennen. Die virologische Überwachung muss in allen Influenzapandemie-Phasen durchgeführt werden.

Am LAV ist ebenfalls seit 2006 eine epidemiologische Überwachung etabliert. Hierzu wird der Anteil von Kindern mit akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) in vorschulischen Kindergemeinschaftseinrichtungen auf freiwilliger Basis erfasst. Kinder sind ein sehr empfindlicher Indikator für virologische Erkrankungen, die über Tröpfcheninfektionen erfolgen. Dadurch können auch frühzeitig Erkrankungsausbrüche, die durch Influenzaviren verursacht werden, erkannt werden. Seit 2011 wird die ARE-Aktivität in Kindertagesstätten als Indikator für die in der Bevölkerung herrschende ARE-Krankheitslast in einer gemeinsamen Karte der Länder Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt dargestellt.

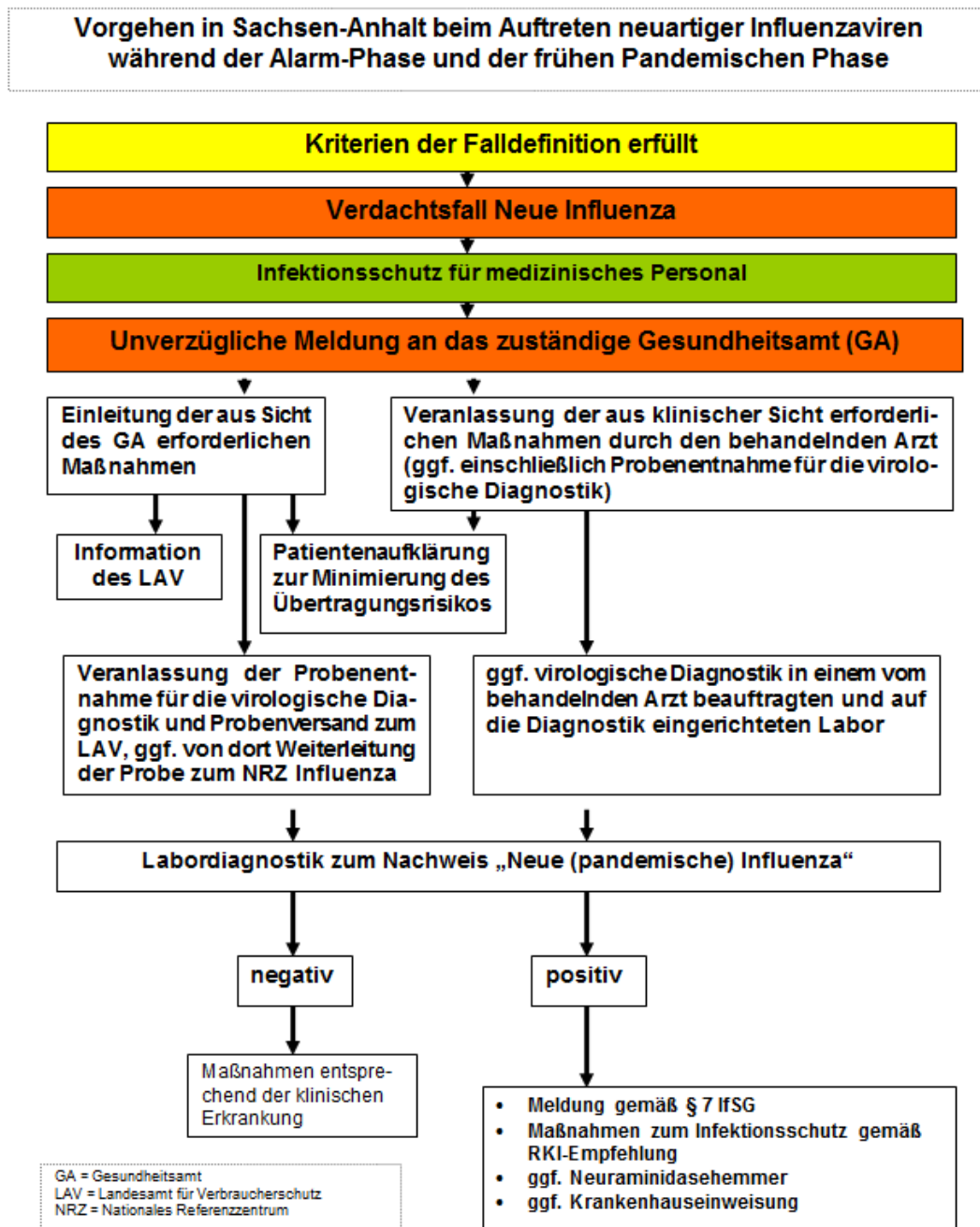
3.3. Spezielle Meldepflichten

Nach § 9 Abs. 5 Rettungsdienstgesetz (RettDG LSA) haben die Rettungsdienstleitstellen Verzeichnisse der für die Durchführung des Rettungsdienstes bedeutsamen medizinischen Einrichtungen und Apotheken zu führen. Nach § 9 Abs. 6 RettDG LSA haben die Träger der stationären medizinischen Einrichtungen zu gewährleisten, dass die jeweils zuständige Rettungsdienstleitstelle laufend über die verfügbaren Behandlungskapazitäten informiert ist. Zukünftig soll die Information über die verfügbaren Behandlungskapazitäten der stationären medizinischen Einrichtungen mittels einer landeseinheitlichen automatisierten Datenverarbeitung erfolgen.

4. Influenza-Diagnostik

4.1 Vorgehen in Sachsen-Anhalt

Bei Auftreten neuartiger Influenzaviren in der Alarmphase und in der frühen Pandemischen Phase erfolgt bei jedem Verdachtsfall eine Influenzadiagnostik im LAV. Diese wird vom zuständigen Gesundheitsamt veranlasst. Die Definition „Verdachtsfall“ ist - sofern keine landesspezifische Definition vorliegt - der jeweils gültigen klinischen Falldefinition des RKI zu entnehmen. Das Vorgehen im Verdachtsfall erfolgt gemäß nachfolgendem Flusschema:



Es wird zwischen der epidemiologischen Indikation (epidemiologische Situation des Pandemiegeschehens überwachen) und der therapeutischen Indikation (Betroffene adäquat therapieren können) für die Virusdiagnostik unterschieden.

Die Diagnostik aus epidemiologischer Indikation erfolgt auf Veranlassung der Gesundheitsämter im LAV, die aus therapeutischer Indikation auf Veranlassung des behandelnden Arztes auch in weiteren entsprechend spezialisierten Laboratorien. In der frühen Alarmphase erfolgt zudem in der Verantwortung des LAV der Transport von Verdachtsproben zum Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza.

Die Entscheidung und Koordinierung, welche diagnostischen Methoden zu welchem Zeitpunkt der Pandemie einzusetzen sind, erfolgt in Sachsen-Anhalt in Abstimmung zwischen MS und LAV unter Berücksichtigung der Empfehlungen des NRZ für Influenza, wird im Verlauf der Pandemie in geeigneter Weise bekanntgegeben und ständig aktualisiert.

4.2 Probenahme

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. Den Gesundheitsämtern werden durch das LAV geeignete Testkits zur Verfügung gestellt.

4.3 Transport

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 von hoch pathogenem Vogelgrippe-Virus ist der Kategorie A und der UN-Nummer UN 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 Patientenproben sind Kategorie B, UN 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 besteht, 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.**

4.4 Diagnostische Verfahren

Die Auswahl der Testmethode richtet sich nach der Fragestellung. Während kommerziell verfügbare Antigen-Nachweise nur einen generellen Nachweis von Influenza A- oder B-Viren ermöglichen, dafür aber auch in Form von Schnelltesten im klinischen und niedergelassenen Bereich zum Einsatz kommen, ist der direkte Influenza-Virus-Genomnachweis mittels Real-Time-PCR als Goldstandard in Laboratorien zu betrachten, da er einen schnellen, adaptierbaren, spezifischen und sensitiven Direktnachweis von Influenzaviren ermöglicht. Schnelltests liefern zwar ein zeitnahes Ergebnis, können aber wegen niedrigerer Sensitivität und Spezifität nicht uneingeschränkt empfohlen werden. Im Einzelfall kann ein Schnelltest vor Ort zur schnellen Unterstützung der Entscheidung über Therapie und weiteres Prozedere eingesetzt werden. Untersuchungen zum Influenza A(H1N1)2009 Pandemievirus haben demonstriert, dass neue Influenzaviren mit vergleichsweise geringerer Sensitivität in kommerziellen Schnelltest-Verfahren nachweisbar sein können. Die Nützlichkeit dieser Tests erweist sich i. d. R. erst nach Validierung.

Die molekulare Charakterisierung von Influenzaviren sowie die Virusanzucht dienen u. a. wissenschaftlichen und epidemiologischen Fragestellungen und werden durch spezialisierte Labore (in Sachsen-Anhalt: LAV) durchgeführt.

Bei anhaltender Übertragung des pandemischen Virus in der Bevölkerung wird die Labordiagnostik nur noch eine untergeordnete Rolle spielen. Diagnose und Therapieentscheidungen werden sich im Wesentlichen auf klinische und epidemiologische Kriterien stützen, die bei hoher Inzidenz einen ausreichend guten positiven Vorhersagewert aufweisen.

4.5 Lageabhängige prozedurale Algorithmen und Verantwortlichkeiten

Die präpandemische Influenzaüberwachung in Sachsen-Anhalt beruht auf drei Säulen:

- Die Virologische Surveillance im LAV mit ausgewählten Arztpraxen
- Die ARE-Surveillance in ausgewählten KiTas
- Die Meldepflicht nach dem IfSG

Ergänzt durch Sentinelsysteme des RKI ist dadurch eine ständige bevölkerungsrepräsentative Aussage zur Verteilung von Influenzainfektionen in Sachsen-Anhalt gewährleistet.

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

Zur Sicherung der diagnostischen Expertise und Kapazität soll ein Influenza-Labornetzwerk 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 interpandemischen Zeitraum zu etablieren und bei erstem Auftreten pandemischer Influenzaviren zu aktivieren. Das LAV steht als Netzwerklabor für Sachsen-Anhalt zur Verfügung.

Das darauf folgende 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. Die Koordination des Probenversands erfolgt durch den Fachbereich 2 Hygiene des LAV.
2. Stufe: Die virologische Primärdiagnostik erfolgt im LAV mit Laborbestätigung durch das NRZ für Influenza.
3. Stufe: Die Diagnostik einschließlich der Bestätigung erfolgt im LAV.
4. Stufe: Weitere medizinische Laboratorien werden SOP-konform in die Diagnostik eingebunden. Das NRZ für Influenza und das Influenza-Labornetzwerk stehen anderen medizinischen Laboratorien bei der Etablierung geeigneter Nachweisverfahren im Pandemiefall beratend bei.

5. Infektionshygienische Maßnahmen

5.1 Hintergrund

Zur Bewertung der Situation und der Auswirkungen einer Pandemie sowie zur Entscheidung über jeweils erforderliche Interventionsmaßnahmen müssen funktionsfähige Surveillance-Instrumente etabliert sein, mit denen die epidemiologischen Daten erhoben werden können.

Weder zur Schwere der Erkrankung, noch zur Transmissionsrate kann bei Beginn der Zirkulation eines neuen Influenzavirus (Reassortante) eine zuverlässige Aussage getroffen werden. Diese unbekanntes Größen müssen daher sukzessive in die Entscheidung über notwendige Maßnahmen Eingang finden (siehe Tabelle 2.5). Zudem können sich die einzelnen Situationen zwischen verschiedenen Regionen oder Ländern unterscheiden und sich im Verlauf einer Pandemie ändern. Die Handlungsoptionen sollen deshalb als „Baukastensystem“ auf Entscheidungsprozessen nach einheitlichen Kriterien basieren.

5.2 Ziele

Die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen unterscheiden sich hinsichtlich des Angriffspunkts bzw. der Bekämpfungsstrategie und der Zielsetzung. Die Anpassung der Strategie an die jeweilige Situation ist als kontinuierlicher Prozess zu verstehen. Der anfängliche Schwerpunkt der Eindämmung wird im Verlauf einer Pandemie auf den Schutz vulnerabler Gruppen und die Folgenminderung verlagert:

- (1) **Frühe Erkennung und Eindämmung/Beeinflussung der Ausbreitungsdynamik („detection & containment“):** Bei dem Auftreten eines neuen Mensch-zu-Mensch übertragbaren Influenzavirus fokussiert die Strategie auf die frühe Erkennung von einzelnen Infektionen und auf Maßnahmen, die die Verbreitung des Influenzavirus möglichst lange verzögern.
- (2) **Schutz vulnerabler Gruppen („protection“):** Die Schutzmaßnahmen werden auf die Personengruppen konzentriert, die ein erhöhtes Risiko für schwere und tödliche Krankheitsverläufe aufweisen. Dies umfasst auch Personen, die engen Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben, z. B. medizinisches Personal.
- (3) **Folgenminderung („mitigation“):** Wenn eine anhaltende Mensch-zu-Mensch-Übertragung in der Bevölkerung in Deutschland stattfindet, haben die eingesetzten Schutzmaßnahmen vor allem das Ziel, schwere Krankheitsverläufe zu verhindern und Krankheitsspitzen mit einer Überlastung der Versorgungsstrukturen zu vermeiden.
- (4) **Erholung („recovery“):** In der postpeak/postpandemischen Phase, d. h. wenn die Influenzaaktivität in Deutschland den Höhepunkt überschritten hat, muss geprüft werden, welche Maßnahmen fortgeführt werden sollen (lageabhängige und situationsangepasste Deeskalation). Es erfolgt die Vorbereitung auf eine mögliche weitere pandemische Welle und auf die postpandemische saisonale Influenza. Zudem werden Evaluationen der Pandemievorbereitungen und –bewältigung durchgeführt, um die Erfahrungen in die weitere Pandemieplanung einfließen zu lassen.

Die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen erfolgt in Abhängigkeit von der regionalen epidemiologischen Situation und in Absprache mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt und dem Landesamt für Verbraucherschutz.

5.3 Maßnahmen

Zu den infektionshygienischen Maßnahmen im engeren Sinn zählen:

- Kontaktreduzierende Maßnahmen
- Verhaltensmaßnahmen
- Schutzkleidung
- Desinfektionsmaßnahmen.

Weitere Maßnahmen des Infektionsschutzes sind:

- Impfung (falls verfügbar)
- Einsatz antiviraler Arzneimittel (unter Beachtung der Resistenzlage).

Zusätzlich spielen das Meldewesen, die Diagnostik und die Information/ Kommunikation eine wichtige Rolle.

Der Übergang zwischen den epidemiologischen Stadien ist fließend und beinhaltet eine schrittweise Anpassung dieser infektionshygienischen Maßnahmen. Die zunächst fallbezogenen Maßnahmen als Reaktion auf aufgetretene einzelne Fälle werden zur Verzögerung einer generellen Ausbreitung in der Bevölkerung mit zunehmender Zahl der Fälle auf einzelne Personengruppen erweitert bzw. auf allgemeine kontaktreduzierende Maßnahmen reduziert. Auch der Surveillance-Schwerpunkt verlagert sich, die Verdachtsmeldung im Einzelfall wird abgelöst durch Meldungen von klinischen Erkrankungen und Meldungen von Todesfällen sowie die Erfassung der Krankheitslast.

Die Maßnahmen berücksichtigen verschiedene Eskalations- bzw. Deeskalationsstufen. Dabei müssen die auf einheitlichen Bewertungskriterien basierenden Maßnahmen zur Erreichung der Ziele flexibel, entsprechend der regionalen epidemiologischen Situation, eingesetzt werden. Somit können, je nach regionaler epidemiologischer Lage in Sachsen-Anhalt, sich die infektionshygienischen Maßnahmen auch im Land unterscheiden.

Der ÖGD führt Ermittlungen bei Erkrankten, Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen mit dem Ziel durch, Infektketten durch geeignete Infektionsschutzmaßnahmen zu unterbrechen. Zu diesen Maßnahmen gehören auch Informationen sowie Ermittlungen von Kontaktpersonen im Reiseverkehr. Maßnahmen im Reiseverkehr müssen in Übereinstimmung mit den IGV erfolgen.

Für die Akzeptanz aller getroffenen Maßnahmen ist ein zentraler Punkt die Weitergabe von Informationen sowohl an die Fachöffentlichkeit als auch an die Bevölkerung. Bestandteil der infektionshygienischen Maßnahmen sind daher Informationen zur aktuellen Lage mit den jeweils im Land abgestimmten aktuellen Empfehlungen zum Infektionsschutz.

Eine Übersicht über Maßnahmen des Infektionsschutzes in einzelnen Bereichen, über deren Ziele und die Verknüpfung mit verschiedenen epidemiologischen Situationen, ist im folgenden Abschnitt in tabellarischer Form dargestellt. Der zentrale Aspekt ist eine lageabhängige Veranlassung von Maßnahmen und sollte entsprechend der regionalen epidemiologischen Situation mit den fachlich zuständigen Behörden abgestimmt werden:

Tabelle 2.1 gibt einen Überblick über die zur Verfügung stehenden infektionshygienischen Maßnahmen und deren Ziele.

In den **Tabellen 2.2 bis 2.4** sind die spezifischen infektionshygienischen Maßnahmen für verschiedene Bereiche bzw. Einrichtungen dargestellt (medizinischer Bereich und Pflegebereich, privater Bereich und Öffentlichkeit, Gemeinschaftseinrichtung und Massenunterkünfte).

Tabelle 2.5 stellt die kontaktreduzierenden Maßnahmen im Einzelnen dar und ordnet diesen Maßnahmenpaketen die Hauptziele „Eindämmung“, „Schutz vulnerabler Gruppen“ und „Folgenminderung“ zu.

Tabelle 2.6 gibt einen Überblick über die epidemiologischen Situationen während einer Pandemie und verbindet diese mit Maßnahmenoptionen. Berücksichtigt sind hier Maßnahmenpakete aus Tabelle 2.1 und 2.5. Die infektionshygienischen Maßnahmen erfolgen nach koordinierter Lageeinschätzung und in fachlicher Abstimmung mit der zuständigen Behörde.

Tabelle 2.1 Infektionshygienische Maßnahmen und deren vorrangige Ziele

<u>Maßnahme</u>	<u>Ziel</u>	<u>Erläuterung</u>
I. Meldewesen	Erkennen und Bewerten der pandemischen Influenza (z. B. Identifizierung von Risikogruppen)	im frühen Stadium Verdachtsmeldungen; im späten Stadium klinische Erkrankungen
II. Diagnostik	Virusdetektion und Bewertung	im frühen Stadium epidemiologische Indikation zur Diagnostik; im späten Stadium therapeutische Indikation
III. kontaktreduzierende Maßnahmen	Beeinflussung der Ausbreitungsdynamik (containment) Schutz Einzelner Schutz vulnerabler Gruppen (protection)	in Bezug auf Gesamtbevölkerung und öffentliche Einrichtungen Im medizinischen Bereich und in bestimmten Fällen
IV. Verhaltensmaßnahmen	Beitrag zur Reduktion des Übertragungsrisikos	(s. Tabellen 2.2, 2.4)
V. Schutzkleidung	Reduktion des Übertragungsrisikos Individueller Schutz Arbeitsschutz	im medizinischen Bereich und bei bestimmten Indikationen (s. Tabellen 2.2, 2.4)
VI. Desinfektionsmaßnahmen	Reduktion des Übertragungsrisikos Beseitigung von Kontamination Arbeitsschutz	im medizinischen Bereich und bei bestimmten Indikationen (s. Tabellen 2.2, 2.4)
VII. Information - Kommunikation	aktuelle Situation darstellen und Maßnahmen vermitteln, um Akzeptanz der Maßnahmen zu erreichen transparente Information, auch zu Wissenslücken	in Bezug auf Gesamtbevölkerung, öffentliche Einrichtungen, medizinischen Bereich und Reiseverkehr
VIII.a) pharmakologische Maßnahmen - Impfung	spezifischer Schutz - der Gesamtbevölkerung oder	abhängig von Krankheits-schwere, Verlauf und Verfügbarkeit

	- bestimmter Risikogruppen	
VIII.b) pharmakologische Maßnahmen- frühzeitige antivirale Behandlung und prä- und postexpositionelle Prophylaxe	Reduktion der Virusausscheidung bei Kontaktpersonen Verhinderung einer Erkrankung	abhängig von Krankheits- schwere, Verlauf und Verfüg- barkeit

Tabelle 2.2: Nicht-pharmazeutische infektionshygienische Maßnahmen/ Influenzapandemie - medizinischer Bereich und Pflegebereich
(Nummer III bis VI aus Tabelle 2.1)

Maßnahme	Pflegeheim	Medizinische Einrichtungen einschließlich Rettungsdienst	
III. kontaktreduzierende Maßnahmen Isolierung	<i>Bewohner</i> <ul style="list-style-type: none"> - möglichst Einzelzimmer mit Nasszelle - ggf. Kohortenisolierung - bei gehäuftem Auftreten Einschränken von Gemeinschaftsaktivitäten 	<i>stationär</i> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelzimmer mit Nasszelle - Kohortenisolierung - ggf. Kohortenpflege (Trennung des Personals) - Festlegung von Besuchsregelungen 	<i>ambulant</i> Zeitliche oder räumliche Trennung (von Patienten mit Influenza-like illness-Symptomatik)
	Schulung der Beschäftigten hinsichtlich der erforderlichen Maßnahmen, ggf. Tätigkeitsverbot nach § 31 für erkrankte Beschäftigte (Gefährdung Dritter) Die Ausstattung / Bevorratung mit Schutzkleidung und anderen Utensilien liegt in der Verantwortung der jeweiligen Einrichtung.		
IV. Verhaltensmaßnahmen	<i>Personal</i> <ul style="list-style-type: none"> - Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen (Hustenetikette, Einmaltaschentücher) - Information des Zielbereichs/ des Rettungsdienstes vor Verlegung eines infizierten Patienten - Händehygiene 	<i>Personal</i> <ul style="list-style-type: none"> - Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen (Hustenetikette, Einmaltaschentücher) - Information des Zielbereichs/ des Rettungsdienstes vor Verlegung eines infizierten Patienten - Händehygiene 	

<p>V. Schutzkleidung</p>	<p><i>Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Handschuhe - Mund-Nasen-Schutz (Pflegemaßnahmen) <p><i>Bewohner</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mund-Nasen-Schutz bei Transport/ Verlegung in medizinische Einrichtung, wenn medizinisch vertretbar 	<p><i>Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Handschuhe - Mund-Nasen-Schutz - FFP2-Maske (-FFP3 –Maske gemäß ABAS)- bei risikoträchtigen Tätigkeiten mit Hustenprovokation, wie Intubieren, Absaugen, Bronchoskopieren - Schutzkittel <p><i>Patient</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mund-Nasen-Schutz bei Transport/Verlegung, wenn medizinisch vertretbar
<p>VI. Desinfektionsmaßnahmen</p> <p>Desinfektionsmittel: VAH-Listung empfohlen Wirkungsspektrum: begrenzt viruzid</p>	<p><i>Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Händedesinfektion - Flächendesinfektion, Wischdesinfektion - täglich: Kontaktflächen patientennaher Bereich - Schlussdesinfektion: alle Flächen im Bewohnerzimmer entsprechend den Anforderungen an die tägliche Desinfektion - Geräte/ Medizinprodukte 	<p><i>Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Händedesinfektion - Flächendesinfektion, Wischdesinfektion - täglich: Kontaktflächen patientennaher Bereich, - nach Transport/ Verlegung: Patientenkontaktflächen, ggf. weitere Flächen in Abhängigkeit von der Kontamination - Schlussdesinfektion: alle Flächen im Patientenzimmer entsprechend den Anforderungen an die tägliche Desinfektion



	<ul style="list-style-type: none">- Geschirr, Wäsche: Routineverfahren <p>Abfall: Abfallschlüssel AS 180104 gemäß LAGA-Vollzugshilfe 2009</p>	<ul style="list-style-type: none">- Geräte/ Medizinprodukte- Geschirr, Wäsche: Routineverfahren <p>Abfall: Abfallschlüssel AS 180104 gemäß LAGA-Vollzugshilfe 2009</p>
--	---	---



Tabelle 2.3: Nicht-pharmazeutische infektionshygienische Maßnahmen/ Influenzapandemie - Gemeinschaftseinrichtungen und Massenunterkünfte (Nummer III bis VI aus Tabelle 2.1)

Maßnahme	Gemeinschaftseinrichtung	Gemeinschaftsunterkünfte Massenunterkünfte	Justizvollzugsanstalten
III. kontaktreduzierende Maßnahmen Isolierung	Ausschluss von Erkrankten Ausschluss von Kontaktpersonen selektive Absonderung in Bezug auf vulnerable Personen Präventive Schließung	räumliche Trennung Erkrankter und Nicht-Erkrankter: - Unterbringung - Mahlzeiten Schutz vulnerabler Gruppen ggf. Aufnahmestopp Kitas in Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber: siehe Gemeinschaftseinrichtungen	räumliche Trennung Erkrankter und Nicht-Erkrankter: - Unterbringung - Mahlzeiten Schutz vulnerabler Gruppen
Umsetzung der kontaktreduzierenden Maßnahmen	Elterninformation	„kulturell bedingte Non-Compliance“ beachten	Freigang ggf. begrenzen
	Schulung der Beschäftigten hinsichtlich der erforderlichen Maßnahmen, ggf. Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG für erkrankte Beschäftigte (Gefährdung Dritter)		
IV. Verhaltensmaßnahmen	Händehygiene Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen (Hustenetikette, Einmaltaschentücher)	Händehygiene Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen (Hustenetikette, Einmaltaschentücher)	Händehygiene Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen (Hustenetikette, Einmaltaschentücher)
V. Schutzkleidung		medizinisches Personal bei Untersuchung Erkrankter	

		<ul style="list-style-type: none"> - Handschuhe - Mund-Nasen-Schutz - Schutzkittel
<p>VI. Desinfektionsmaßnahmen</p> <p>Desinfektionsmittel: VAH-Listung empfohlen</p> <p>Wirkungsspektrum: begrenzt viruzid</p>	<p>Händedesinfektion</p> <p>ggf. Flächendesinfektion in Ausbruchssituation</p>	<p>Händedesinfektion</p> <p>Flächendesinfektion im medizinischen Bereich (siehe dort) und bei starker Betroffenheit (Ausbruch)</p>

Tabelle 2.4: Nicht-pharmazeutische infektionshygienische Maßnahmen/ Influenzapandemie – privater Bereich und Öffentlichkeit (Nummer III bis VI aus Tabelle 2 .1)

Maßnahme	Privates Umfeld	Öffentlichkeit
III. kontaktreduzierende Maßnahmen Isolierung	<p>häusliche Absonderung</p> <p>Quarantäne von Ansteckungsverdächtigen</p> <p>selektive Absonderung in Bezug auf vulnerable Personen</p> <p>Maßnahmen für enge Kontaktpersonen</p> <p>Information Betroffener</p> <p>Umgang mit Erkrankten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlafen und Aufenthalt in getrennten Zimmern - Keine gemeinsamen Mahlzeiten mit Erkrankten - Trennung von Geschwisterkindern 	<p>Information über Ansteckung und Ausbreitung</p> <p>Information für Reisende v. a. an Grenzübergangsstellen (Entry, Exit)</p> <p>Information für Veranstaltungen/ Großereignisse</p> <p>Beschränkung/ Verbot von Veranstaltungen/ Großereignissen</p>
IV. Verhaltensmaßnahmen	<p>Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen (Hustenetikette, Einmaltaschentücher)</p> <p>Händehygiene</p>	
V. Schutzkleidung	<p>Mund-Nasen-Schutz</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Pflegemaßnahmen und 	

	- bei Kontakt zu „möglichen Überträgern“	
VI. Desinfektionsmaßnahmen Desinfektionsmittel: VAH-Listung empfohlen Wirkungsspektrum: begrenzt viruzid	Händedesinfektion ggf. Flächendesinfektion von Kontaktflächen des Erkrankten	



Tabelle 2.5: Optionen für kontaktreduzierende Maßnahmen (Nummer III aus Tabelle 2.1) für privaten Bereich und Öffentlichkeit, Gemeinschaftseinrichtungen, Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten, medizinischen Bereich und Pflegebereich

Haupt-Ziel	Paket	Maßnahme
<u>Eindämmung</u> <u>(containment)</u>	<u>III A</u>	<i>Privater Bereich und Öffentlichkeit (s. Tabelle 2.4):</i>
		<p>A 1 Häusliche Absonderung</p> <p>A 2 Strenge Absonderung</p> <p>A 3 Quarantäne von Ansteckungsverdächtigen</p> <p>A 12 Umgang mit Erkrankten im Haushalt (Schlafen; Mahlzeiten; Trennung Geschwisterkinder)</p> <p>A 19 Maßnahmen für enge Kontakte</p> <p>A 7 Information Betroffener</p> <p>A 20 Information von Kontaktpersonen</p> <p>A 5 Information Veranstalter</p> <p>A 6 Information Reisende</p> <p>A 8 Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG</p> <p>A 9 Beschränkung/ Verbot Veranstaltungen</p> <p>A 10 Großereignisse (Maßnahmen festlegen, wie Auflagen, Einschränkungen, Absage)</p>
		<i>Gemeinschaftseinrichtungen (GE), Massenunterkünfte (MU) und Justizvollzugsanstalten (JVA) (s. Tabelle 2.3):</i>
		<p>A 21 Ausschluss von Erkrankten (GE)</p> <p>A 4 Ausschluss Kontaktpersonen, Besuchsverbot (GE)</p> <p>A 13 Präventive Schließung (GE)</p> <p>A 22 Räumliche Trennung Erkrankte/Nicht-Erkrankte</p> <p>A 23 Aufnahmestopp (MU)</p>

		<p>Medizinischer Bereich und Pflegebereich (Tabelle 2.2):</p> <p>A 17 Einzelunterbringung im stationären Bereich</p> <p>A 11 Schulung Beschäftigte medizinischer und pflegerischer Bereich (Knowledge-Booster)</p> <p>A 14 Besuchsregelungen / Publikumsverkehr</p> <p>A 15 Behandlungszentren (stationär) für erste Fälle</p> <p>A 16 Fiebersprechstunden</p> <p>A 18 Antivirale Prophylaxe</p> <p>A 24 Zeitliche oder räumliche Trennung</p> <p>A 8 Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG</p> <p>A 25 Unterlassung von Gemeinschaftsaktivitäten (pflegerischer Bereich)</p>
<p><u>Schutz vulnerabler Gruppen (protection)</u></p>	<p>III B</p>	<p>Privater Bereich und Öffentlichkeit (s. Tabelle 2.4):</p> <p>B 1 Selektive Absonderung</p> <p>B 2 Maßnahmen für enge Kontakte</p> <p>B 4 Umgang mit Erkrankten im Haushalt</p> <p>B 7 Information Veranstalter</p> <p>B 8 Information Reisende</p> <p>B 9 Information Betroffene</p> <hr/> <p>Gemeinschaftseinrichtungen (GE), Massenunterkünfte (MU) und Justizvollzugsanstalten (JVA) (s. Tabelle 2.3):</p> <p>B 3 Ausschluss von Erkrankten aus bestimmten Einrichtungen (GE)</p> <p>B 11 Aufnahmestopp für bestimmten Personengruppen (MU)</p> <p>B 12 räumliche Trennung Erkrankte/Nicht-Erkrankte</p>

		<p>Medizinischer Bereich und Pflegebereich (s. Tabelle 2.2):</p> <p>B 5 Tätigkeitsverbote nach § 31 IfSG</p>
--	--	--

		<p>B 6 Influenzasprechstunde</p> <p>B 10 Schulung Beschäftigter</p>
<u>Folgenminderung</u> <u>(mitigation)</u>	<u>III C</u>	<p><i>Privater Bereich und Öffentlichkeit (s. Tabelle 2.4):</i></p> <p>C 1 Isolierung durch Reduzierung der Sozialkontakte</p> <p>C 2 Nachbarschaftshilfe</p> <p>C 7 Umgang mit Erkrankten</p>
		<p><i>Gemeinschaftseinrichtungen (GE), Massenunterkünfte (MU) und Justizvollzugsanstalten (JVA) (s. Tabelle 2.3):</i></p> <p>C 3 Reaktive Schließung (GE)</p> <p>C 10 räumliche Trennung Erkrankte/Nicht-Erkrankte</p>
		<p><i>Medizinischer Bereich und Pflegebereich (s. Tabelle 2.2):</i></p> <p>C 9 Tätigkeitsverbote nach § 31 IfSG</p> <p>C 4 Arbeitsorganisatorische Maßnahmen</p> <p>C 5 Einschränkung Gemeinschaftsaktivitäten (pflegerischer Bereich)</p> <p>C 6 (Kohorten-)Isolierung</p> <p>C 8 Besuchsregelungen / Publikumsverkehr</p>

Tabelle 2.6: Epidemiologische Situationen und Maßnahmenpakete während einer Influenzapandemie

geographische Betroffenheit	Kriterium epidemisches Potential	Kriterium epidemiologisches (Schwere)-Profil von Influenzaerkrankungen	Kriterium Ressourcenauslastung im Gesundheitsversorgungssystem	Maßnahmen aus Tabelle 2.1 bis 2.5	Hauptziel
erste Infektionsfälle mit Influenzavirus in Deutschland oder in angrenzenden Regionen	wenig oder unbekannt	gering oder moderat	gering	I , II , III (A:1,5-7,8,10-12, 14-15 , 17-25 ,B:2,), IV , V , VI , VIII b	Erkennung & Eindämmung
		hoch oder unbekannt	gering	I , II , III (A:1-8, 10-12 , 14-15 , 17-25), IV , V , VI , VIII b	Erkennung & Eindämmung
erste Cluster in Deutschland zunehmende regionale Ausbreitung	mittel	gering oder moderat	gering bis moderat	I , II , III (A:1-8, 10-12 , 14-15 , 17 , 19-25), IV , V , VI , VIII b	Schutz vulnerabler Gruppen
		hoch (Risikogruppen)	gering bis hoch	I , II , III (A 13 , 18 , 21 , B 1-12), IV , V , VI , VIII b	Schutz vulnerabler Gruppen
		hoch (Allgemeinbevölkerung)	gering bis hoch	I , II , III (A:1-25), IV , V , VI , VIII b	Schutz vulnerabler Gruppen
anhaltende au-	stark	gering	gering bis hoch	III (B 1 - 12, C 2 , 4 -	Folgenminderung

tochthone Übertragung in Deutschland				10), IV , V , VI , VIII a	
	hoch (Risikogruppen)	hoch	Ib , IIb , III (A 10 , 12 , 14 , 16 , 21 , B 1-9 , C 1-10), IV , V , VI , VIII a	<i>Folgenminderung</i>	
	moderat bis hoch (Allgemeinbevölkerung)	hoch	Ib , IIb , III (A 9 , 10 , 12 , 14 , 16 , 21 , B 1-9 , C 1-10), IV , V , VI , VIII a	<i>Folgenminderung</i>	

6. Medizinische Versorgung

Während einer Influenzapandemie ist in verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung mit einer stark erhöhten Belastung zu rechnen. Betroffen werden in erster Linie der ambulante als auch der stationäre Versorgungsbereich sein. Aber auch Pflegeeinrichtungen nach SGB XI sowie andere stationäre Einrichtungen zur Betreuung von besonderen Personengruppen müssen sich im Pandemiefall auf steigende Anforderungen einstellen. Ebenso kann der Rettungsdienst hinsichtlich seiner Auslastung an seine Grenzen stoßen.

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).

Zu beachten sind daneben die TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ (März 2014) und die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom 18. Dezember 2008 (ArbMedVV). Zum risikoadaptierten Einsatz von Schutzkleidung in medizinischen Einrichtungen und im Pflegebereich siehe Kapitel 5.

6.1 Ambulante medizinische Versorgung

Während einer Influenza-Pandemie muss über einen längeren Zeitraum mit einer erheblichen Anzahl von Neuerkrankungen pro Tag gerechnet werden. Ziel sollte sein, die Erkrankten primär ambulant im häuslichen Umfeld zu betreuen. Ebenso sollte eine frühe Rückübernahme der Patienten aus der stationären Behandlung erfolgen, um die Krankenhäuser zu entlasten. Eine Überlastung der stationären Krankenversorgung soll auch durch eine intensiviertere ambulante Versorgung von Einrichtungen für alte Menschen und Menschen mit Behinderungen erreicht werden. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass aufgrund einer allgemeinen Verunsicherung vermehrt Arztbesuche stattfinden.

Die Zuständigkeit für die ambulante Versorgung liegt im Rahmen des Sicherstellungsauftrags nach § 72 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

In Sachsen-Anhalt sind in einer Influenzapandemie grundsätzlich alle niedergelassenen Ärzte der betreffenden Fachrichtungen in die ambulante Patientenversorgung eingebunden. Die ärztliche Versorgung erfolgt in erster Linie durch:

- Hausärztlich tätige Ärzte (Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten, Praktische Ärzte)
 - Anzahl: 1.352
- Fachärztlich tätige Internisten
 - Anzahl: 215
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
 - Anzahl: 153

(Stand 5.3. Ärztekammer Sachsen-Anhalt)

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 (Influenzapandemie – Risikomanagement in Arztpraxen: Eine Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der BGW, 2008:

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Risikomanagement_in_Arztpraxen.pdf)

Der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt im Pandemiefall die Planung einer vernetzten ambulanten Versorgung, da bei einer zu erwartenden Überlastung (z.B. durch krankheitsbedingte personelle Ausfälle oder Praxisschließungen) auch andere Fachgruppen herangezogen werden müssen. In Vorbereitung auf den Pandemiefall und im Pandemiefall selbst ist eine enge Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mit den Gesundheitsämtern, der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und dem für Gesundheit zuständigen Ministerium erforderlich (siehe Kapitel 9: Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit). Unverzichtbar ist die Einbindung der Ärzte in Informationen, Fortbildungen und Schulungen durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Zu den Planungsschwerpunkten gehören u. a.:

- Vertretungsregelungen bei Ausfall von Praxen,
- Entwicklung von Ablaufplänen in den Praxen,
- Erfassung von Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand zur Mobilisierung personeller Reserven auf freiwilliger Basis,
- Planung der Durchführung von Schutzimpfungen mit einem Pandemieimpfstoff in Zusammenarbeit mit den unteren Gesundheitsbehörden,
- Festlegung von innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen
- Regelmäßige Impfung mit saisonalem Impfstoff von Personen mit erhöhter Infektionsgefährdung (z. B. medizinisches Personal) und Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können
- Organisation des Notdienstes in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und
- Organisation der effektiven Betreuung von erkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in Zusammenarbeit mit den Heimleitungen.

Ambulante Pflegedienste sind in die Versorgungsplanung mit einzubeziehen. Zur Absicherung von ambulant gepflegten Personen sollten für den Ausfall der Pflegedienste Konzepte erarbeitet werden.

6.2 Stationäre medizinische Versorgung und Rettungsdienst

Krankenhäuser stehen im Pandemiefall ebenfalls vor einer großen Herausforderung, da einerseits mit einer verstärkten Patienteneinweisung und andererseits mit einer Verknappung der personellen Ressourcen infolge Selbsterkrankung des Personals zu rechnen ist.

Eine Bereitstellung einer Vielzahl von Betten für an Influenza Erkrankte ist vor dem Hintergrund der aktuellen Krankenhausplanung nicht möglich. Für eine flächendeckende Versorgung in

Sachsen-Anhalt sind alle Krankenhäuser und andere Einrichtungen, die ganz oder teilweise der stationären medizinischen Versorgung dienen (z. B. Rehabilitationseinrichtungen), zur Behandlung von Influenzapatienten stadt- und landkreisübergreifend verpflichtet.

Ausgehend von der Schwere des Krankheitsverlaufs sollen Patienten mit pandemischer Influenza vorrangig von Krankenhäusern aufgenommen werden, die über Beatmungskapazitäten verfügen.

§ 9 Abs. 6 RettDG LSA: Die Träger der stationären medizinischen Einrichtungen haben zu gewährleisten, dass die Rettungsdienstleitstelle, in deren Rettungsbereich sie liegen, laufend über die verfügbaren Behandlungskapazitäten informiert ist. Die Information über die verfügbaren Behandlungskapazitäten der stationären medizinischen Einrichtungen erfolgt mittels einer landeseinheitlichen automatisierten Datenverarbeitung. Stationäre medizinische Einrichtungen, die über eine Notaufnahme verfügen, müssen die vom Rettungsdienst erstversorgten Notfallpatienten zur weiteren Notfallversorgung aufnehmen. Sie haben Vorsorge zu treffen, damit Notfallpatienten unverzüglich in der stationären medizinischen Einrichtung in die medizinischen Fachgebiete übernommen werden können oder verlegt werden.

Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken haben gemäß § 14 b Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA) zur Krankenversorgung in Katastrophenfällen, für besondere Schadensereignisse oder Gefahrenlagen (z.B. Pandemie) Notfallpläne (Alarm- und Einsatzpläne) im erforderlichen Umfang und in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt des Landkreises und der kreisfreien Stadt als untere Gesundheitsbehörde aufzustellen und fortzuschreiben. Das Landesverwaltungsamt entscheidet über die grundsätzlichen Anforderungen an Aufbau und Inhalt der Einsatz- und Alarmpläne.

Entsprechende Planungen und Konzepte berücksichtigen u.a. Maßnahmen für die Schaffung von Bettenkapazitäten (z.B. Absage elektiver Eingriffe) sowie entsprechender Ausstattung, den Einsatz von zusätzlichem Personal, den Schutz der Beschäftigten auf der Basis der Arbeitsschutzbedingungen, Personalschulungen, Hygienepläne sowie ein Behandlungsregime für die Influenza-Patienten.

Einbeziehung der medizinischen Fakultäten und der Universitätskliniken

- Die Kliniken bereiten sich ebenso wie die anderen Krankenhäuser vor. Ihnen wird empfohlen, vorrangig die Akutversorgung anderer Erkrankungen abzusichern. Möglichkeiten der weiteren Aufgabenwahrnehmung werden mit den Universitätskliniken entsprechend der epidemiologischen Situation beraten.
- Die Studentinnen und Studenten der medizinischen Fakultäten und Auszubildende für Gesundheitsfachberufe sollten im Pandemiefall für die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten als Hilfspersonal eingesetzt werden, soweit sie sich hierfür zur Verfügung stellen.

Unter Punkt 6.5 sind eine Planungshilfe für Krankenhäuser sowie eine Planungshilfe für den Rettungsdienst aufgeführt. Diese stellen u.a. sowohl organisatorisch notwendige Maßnahmen zum Personalschutz sowie zur Bevorratung bzw. Management im Ereignisfall dar.

6.3 Pflegeeinrichtungen nach SGB XI und andere stationäre Einrichtungen zur Betreuung von Personen einschließlich stationärer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Es wird empfohlen, dass Bewohner von oben genannten Einrichtungen so lange wie möglich bei einer Influenzaerkrankung in ihren Einrichtungen medizinisch versorgt werden. Entsprechende Konzepte sollten von den jeweiligen Trägern in Absprache mit den behandelnden Hausärzten entwickelt werden. Um bei Personalausfall die Versorgung der Heimbewohner aufrecht zu erhalten, sollten personelle Planungen erarbeitet werden. Die Arbeitsschutzmaßnahmen sind dementsprechend anzupassen.

Um eine Übertragung des Influenzavirus innerhalb des Heimes zu minimieren, sind die Verantwortlichen verpflichtet, in Hygieneplänen (§ 36 Abs. 1 IfSG) innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen bzw. diese auf Pandemietauglichkeit zu überprüfen.

Da insbesondere bei der Weiterverbreitung eines Krankheitserregers dem Personal eine Schlüsselrolle zukommt, sollten hierzu entsprechende Hygieneschulungen durch die Träger festgelegt und durchgeführt werden.

Darüber hinaus wird den Einrichtungsträgern dringend empfohlen, den Bewohnern, den Betreuern sowie den Familienangehörigen eine Information und Aufklärung über eventuell notwendige Maßnahmen zukommen zu lassen und ggf. eine schriftliche Zustimmungserklärung für derartige Maßnahmen einzuholen.

Die Bewohner von Pflegeeinrichtungen nach SGB XI sollten entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission gegen Influenza und Pneumokokken geimpft sein.

Auch für Pflegeeinrichtungen nach SGB XI gibt es unter Punkt 6.5 dieses Kapitels eine entsprechende Planungshilfe.

6.4 Zusatzstrukturen

Das vorrangige Ziel einer möglichst langen ambulanten Versorgung von Influenzaerkrankten macht weitere Unterstützungsstrukturen erforderlich. Auch die vielen Einzelhaushalte, Haushalte mit Kindern und die Belange sozial Benachteiligter, Menschen mit Behinderungen, Hilfloser und anderer müssen hierbei berücksichtigt werden.

Es wird empfohlen, dass die kommunalen Verwaltungen im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements Hilfstteams initiieren. Hierfür wird angeregt, die Wohlfahrtsverbände, weitere Hilfsorganisationen, Kirchen und andere Vereinigungen einzubeziehen.

6.5 Planungshilfen für Krankenhäuser, Rettungsdienst und Pflegeeinrichtungen nach SGB XI

6.5.1 Planungshilfe für Krankenhäuser

Hintergrund

Bei einer Influenzapandemie ist davon auszugehen, dass im Vergleich zur saisonalen Influenza sowohl die Erkrankungsrate insgesamt als auch der Anteil schwerer Verläufe deutlich erhöht ist.

Auch unter der Prämisse einer möglichst effektiven ambulanten Versorgung ist mit einer außergewöhnlichen Belastungssituation in den Krankenhäusern zu rechnen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass das medizinische Personal selbst von krankheitsbedingten Ausfällen betroffen ist.

Der massenhafte Anfall von stationär behandlungsbedürftigen Patienten, die teilweise beatmungspflichtig sind, erfordert in den Krankenhäusern im Vorfeld klare Festlegungen bezüglich der organisatorischen Umsetzung.

Die Planungen und Vorbereitungen auf regionaler Ebene (z. B. Kreisebene) erfordern die Einbeziehung aller Krisen- und Katastrophenreaktionsstrukturen.

Maßnahmen in der inter pandemischen Phase

- Jährliche Impfung des Personals gegen saisonale Influenza
- Anpassung der Notfallpläne an die Influenzapandemieplanung
- Übung der Abläufe im Pandemiefall
- Information und Schulung des Personals über Ablaufpläne und Hygienemanagement

Organisatorische Maßnahmen zur Sicherstellung der stationären Versorgung

- Erhöhung der Bettenkapazitäten für Influenzapatienten

- Aussetzen elektiver Aufnahmen
- Entlassung von Patienten zum frühest möglichen Zeitpunkt
- Einbeziehung anderer Stationen (z. B. Haut, Augen - unter Berücksichtigung der Influenza-spezifischen Anforderungen)

- Personalmanagement

- Verstärkung der Personalressourcen (z. B. Umschichtung aus Bereichen, die auf Grund des Aussetzens elektiver Aufnahmen weniger Personal binden;
- Berücksichtigung von Medizinstudenten im letzten Ausbildungsjahr etc.)
- Personal mit Symptomen einer ILI aus der Patientenversorgung nehmen

- Bevorratung bzw. Managementkonzept für rasche Beschaffung im Ereignisfall

- Antibiotika, Schmerzmittel, Sedativa
- Einmalhandschuhe
- Mund-Nasen-Schutz
- FFP2-Masken/FFP3-Masken für risikoträchtige Tätigkeiten

- Information und Schulung des Personals

- Regelmäßige Auffrischung des Informationsstands des Personals bezüglich der organisatorischen Vorbereitungen und der Ablaufpläne für den Pandemiefall sowie das Hygienemanagements.
- Spezifisches Schulungsangebot zur Behandlung und Pflege von Influenzapatienten für Personal, das aus anderen Bereichen umgeschichtet wird.

Maßnahmen zum Personalschutz

- Antivirale Prophylaxe

Nähere Hinweise zur antiviralen Prophylaxe siehe „Empfehlungen von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zum Einsatz antiviraler Arzneimittel für die Post-expositions- und Langzeitprophylaxe während einer Influenzapandemie“, Deutsches Ärzteblatt 2007, 104, S. A3571–A3581.

Eine entsprechende Bevorratung unterliegt der Verantwortung des Arbeitgebers.

- Impfung

Sobald ein Impfstoff gegen das Pandemievirus vorliegt, wird schrittweise mit den Impfungen begonnen. Personal im akut medizinischen Bereich wird vorrangig mit Impfstoff versorgt werden.

In den Krankenhäusern sind Vorbereitungen zur Impfung des Personals durch den betriebsärztlichen Dienst zu treffen.

Ausstattung der Behandlungseinheiten

- Kohortenisolierung muss möglich sein; d. h. „Stationsschleuse“ bzw. Schleuse im Eingangsbereich eines komplett als Behandlungseinheit genutzten Gebäudes
- Raumluftechnische Anlage ist dahingehend zu überprüfen, durch welche Maßnahmen eine Weiterverbreitung in andere Krankenhausbereiche verhindert werden kann
- Möglichkeit der Sauerstoffversorgung (möglichst zentral)

- Beatmungsplätze
- Medizin-technische Ausrüstung (z. B. Katheder, Infusionsgeräte, Medikamente)
- Röntgengeräte (z. B. auch mobile Röntgengeräte)
- Ultraschall, EKG, Defibrillatoreinheit, Pulsoxymetrie

Ablauforganisation

- Gesonderter Aufnahmebereich für Influenzapatienten
- Aufnahme-Indikation prüfen
- Behandlungsbereich von der übrigen Versorgung abgetrennt, nach Möglichkeit auch Röntgenbereich einbeziehen
- Dem Behandlungsbereich sollte ein Intensivbereich zugeordnet werden
- Management der Bettenkapazitäten

Krankenhaushygienische Maßnahmen

Wichtige fachliche Empfehlungen enthalten folgende Quellen:

- RKI: Empfehlung des RKI für die Hygienemaßnahmen bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza
- BAuA: Beschluss 609 - Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes

Darüber hinaus sind die Hygienepläne zu überprüfen.

- Persönliche Schutzmaßnahmen des medizinischen Personals
- Desinfektionsmaßnahmen (siehe Kapitel 0, Tabelle 4.2)
- Entsorgung von Abfall nach Abfallschlüssel AS 180104 gemäß LAGA
- Interner Patiententransport
Der Patient trägt nach Möglichkeit Mund-Nasen-Schutz, das Personal Schutzkleidung und Atemschutzmaske. Kontaktflächen und Transportmittel sind unmittelbar nach dem Transport zu desinfizieren.
- Umgang mit Verstorbenen
Der Umgang mit Verstorbenen erfordert kein spezielles Containment wie bei hochkontagiösen Infektionskrankheiten anderer Genese; vom Umgang mit Influenzaverstorbenen geht bei Einhaltung üblicher Hygieneregeln keine besondere Infektionsgefahr aus. Der ungeschützte Kontakt mit erregerehaltigen Sekreten ist generell zu vermeiden.

6.5.2 Planungshilfe für den Rettungsdienst

Hintergrund

Bei einer Influenzapandemie ist davon auszugehen, dass im Vergleich zur saisonalen Influenza sowohl die Erkrankungsrate insgesamt als auch der Anteil schwerer Verläufe deutlich erhöht ist. Entsprechend steigt auch das Aufkommen an Influenza-bedingten Patiententransporten in die Krankenhäuser. Deshalb sind neben der Erhöhung der Transportkapazitäten weitere organisatorische Maßnahmen zu beachten.

Maßnahmen in der inter pandemischen Phase

- Jährliche Impfung des Personals gegen saisonale Influenza
- Anpassung der Notfallpläne (z.B. Krankenhausalarm- und einsatzpläne, MANV) an die Influenzapandemieplanung
- Übung der Abläufe im Pandemiefall
- Information und Schulung des Personals über Ablaufpläne und Hygienemanagement

Personalmanagement

- personelle Verstärkung der Rettungsleitstelle zur Bewältigung des erhöhten Dispositionsbedarfs sowie zur evtl. Abklärung der Indikation für eine Krankenhauseinweisung
- Erweiterung der Personalressourcen für den Rettungsdienst (z. B. Berücksichtigung von Medizinstudenten mit Grundkenntnissen im Rettungswesen, Notfallsanitäter in der Ausbildung im nichtärztlichen Bereich)
- Personal mit Symptomen einer Influenza-ähnlichen Erkrankung (Influenza Like Illness = ILI) aus den Aufgabenbereichen mit Patientenkontakt herausnehmen

Steuerung der Patientenströme

- zentrale Bettendisposition und
- einheitliche Steuerung über Rettungsleitstelle (Hausarzt entscheidet nicht über Ziel der Einweisung)

Bevorratung bzw. Managementkonzept für rasche Beschaffung im Ereignisfall

- Schmerzmittel, Sedativa
- Einmalhandschuhe
- Mund-Nasen-Schutz (auch für Patienten)
- FFP2-Masken/FFP3-Masken für risikoträchtige Tätigkeiten

Personalschutz

➤ Antivirale Prophylaxe

Nähere Hinweise zur antiviralen Prophylaxe siehe „Empfehlungen von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zum Einsatz antiviraler Arzneimittel für die Post-expositions- und Langzeitprophylaxe während einer Influenzapandemie“, Deutsches Ärzteblatt 2007, 104, S. A3571–A3581.

Eine entsprechende Bevorratung unterliegt der Verantwortung des Arbeitgebers.

➤ Impfung

Sobald ein Impfstoff gegen das Pandemievirus vorliegt, wird entsprechend des Versorgungsgrades schrittweise mit den Impfungen begonnen. Personal im akut medizinischen Bereich einschließlich des Rettungsdienstes gehört zu den Personengruppen, die vorrangig mit Impfstoff versorgt werden.

Bei den Rettungsdiensten sollte durch entsprechende Vorbereitungen sichergestellt werden, dass nach Bereitstellung des Impfstoffes das Personal durch den betriebsärztlichen Dienst möglichst rasch geimpft wird.

Vorgehen bei Patiententransport

➤ Vorbereitung des Transportfahrzeugs

- Fahrzeug soweit wie möglich ausräumen, Notfallausrüstung in der Fahrer-Kabine deponieren
- Fahrerabteil getrennt halten, Zwischenfenster schließen, Verständigung über Sprechanlage

➤ Hygienemaßnahmen beim Krankentransport

➤ Persönliche Schutzmaßnahmen des medizinischen Personals

➤ Reduktion der Übertragung durch Erkrankte

- Patient trägt während des Transports nach Möglichkeit Mund-Nasen-Schutz.
- Verwendung von Einmalbettwäsche (Einweglaken, Kopfkissenschutz)

➤ Desinfektionsmaßnahmen (Tabelle 2.2)

➤ Entsorgung von Abfall nach Abfallschlüssel AS 180104 gemäß LAGA

6.5.3 Planungshilfe für Pflegeeinrichtungen nach SGB XI

Hintergrund

Bei einer Influenzapandemie ist davon auszugehen, dass im Vergleich zur saisonalen Influenza sowohl die Erkrankungsrate insgesamt als auch der Anteil schwerer Verläufe deutlich erhöht ist.

Senioren zählen bei der saisonalen Influenza zu den so genannten Risikogruppen, bei denen in verstärktem Maße Komplikationen wie schwere Lungenentzündungen auftreten. Der enge Kontakt von Bewohnern und Betreuern in Gemeinschaftseinrichtungen wie Alten- und Altenpflegeheimen begünstigen zudem die Ausbreitung von Tröpfcheninfektionen wie der Influenza. Zusätzlich erleichtert das Vorhandensein von invasiven Zugängen (z. B. Magensonden) die Entwicklung von zusätzlichen Infektionen und Komplikationen. Es ist davon auszugehen, dass in einer Pandemie auch das Personal selbst verstärkt von krankheitsbedingten Ausfällen betroffen ist.

Vor diesem Hintergrund kommt der Vorbereitung von Altenheimen und Altenpflegeheimen auf eine Influenzapandemie eine große Bedeutung zu. Zur Entlastung des stationären Bereichs ist eine möglichst lange Betreuung erkrankter Bewohner von Altenheimen und Altenpflegeheimen in der Gemeinschaftseinrichtung anzustreben. Die Hygienepläne müssen ggf. an die spezifischen Erfordernisse einer Influenzapandemie angepasst werden.

Ausführliche Fachinformationen zur Influenza-Pandemieplanung enthält Teil II des NPP, der über www.rki.de aus dem Internet bezogen werden kann.

Maßnahmen in der inter pandemischen Phase

- Jährliche Impfung des Personals und der Bewohner gegen saisonale Influenza
- Planung und Übung der Abläufe im Pandemiefall

Organisatorische Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung von Erkrankten in der Gemeinschaftseinrichtung

- Allgemeine Maßnahmen

- Einrichtung von separaten Zimmern oder Stationen zur Betreuung der Erkrankten.
- Verstärkte Überwachung der Erkrankten.
- Parenterale Ernährung und Sauerstoffversorgung kann erforderlich sein: für diese Fälle ist entsprechend zu planen.

- Personalmanagement

- Personal mit Symptomen einer Influenza Like Illness (ILI) aus der Patientenversorgung nehmen; das Personal sollte bei entsprechend schwerer Symptomatik möglichst rasch einen

Arzt aufsuchen, um ggf. innerhalb von 48 Stunden nach Symptombeginn mit antiviralen Mitteln therapiert zu werden.

- Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwieweit eine Verstärkung der Personalressourcen (z. B. durch Pflegekräfte in der Ausbildung, Medizinstudenten etc.) möglich ist.



- Personalschutz

- Impfung

Sobald ein Impfstoff gegen das Pandemievirus vorliegt wird entsprechend des Versorgungsgrades schrittweise mit den Impfungen begonnen.

In den Einrichtungen sollte sichergestellt werden, dass sowohl das Personal als auch die Bewohner so rasch wie möglich geimpft werden. Die Impfung kann für das Personal vom Betriebsarzt der Einrichtung übernommen werden.

- Bevorratung bzw. Managementkonzept für rasche Beschaffung im Ereignisfall

- Einmalhandschuhe
- Mund-Nasen-Schutz

- Information und Schulung des Personals

- Regelmäßige Auffrischung des Informationsstands des Personals bezüglich der organisatorischen Vorbereitungen sowie der Ablaufpläne für den Pandemiefall.
- Im Rahmen von Schulungen sollte auch die Pflege von Influenzapatienten sowie das Hygienemanagement thematisiert werden.

Hygienemaßnahmen

Wichtige fachliche Empfehlungen enthalten folgende Quellen:

- RKI: Empfehlung des RKI für die Hygienemaßnahmen bei Patienten mit Verdacht auf Influenza
- BAuA: Beschluss 609 - Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes

Darüber hinaus sind die Hygienepläne zu überprüfen bzw. zu ergänzen.

- Persönliche Schutzmaßnahmen bei isolierten Patienten
- Desinfektionsmaßnahmen (siehe Kapitel 4, Tabelle 4.2)

- Entsorgung von Abfall nach Abfallschlüssel AS 180104 gemäß LAGA
- Interner Patiententransport
Der Patient trägt nach Möglichkeit Mund-Nasen-Schutz, das Personal Schutzkleidung und Mund-Nasen-Schutz.

7 Schutzimpfungen der Bevölkerung

7.1 Impfung

Das wirksamste und effektivste Mittel die Bevölkerung zu schützen, ist bei jeder schweren Infektionserkrankung und auch bei Influenza die Impfung der Gesamtbevölkerung. Nach derzeitigem Stand ist davon auszugehen, dass die Entwicklung und Herstellung von Influenzaimpfstoff ab Verfügbarkeit eines Saatvirus bei idealen Verhältnissen mindestens 20 – 28 Wochen in Anspruch nehmen würde, bis eine Vollversorgung der deutschen Bevölkerung erreicht werden kann.

Es ist davon auszugehen, dass die Impfstoffe anfänglich nur für einen Teil der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Insofern kann eine Impfung nur staatlich kontrolliert und nach Prioritäten erfolgen. Zuerst geimpft werden müssen die Personengruppen, bei deren Ausfall mit einem zusätzlichen Schaden für die Bevölkerung zu rechnen ist, um deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Im Anschluss daran sind nach Alter abgrenzbare Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen (Bevölkerungsstatistik). Die Impfstoffe werden nach diesen Kriterien bundeseinheitlich gleich verteilt.

7.2 Impfstoff

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.

Dabei sollte ein idealer Pandemieimpfstoff

- hochwirksam,
- in möglichst kurzer Zeit in sehr hohen Dosenzahlen produzierbar und verfügbar,
- in allen Altersgruppen wirksam und
- sicher in der Anwendung sein.

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 nationalen Planungen müssen daher unterschiedliche Szenarien berücksichtigen. Auf der Basis fachlicher Expertise der Bundesbehörden wurde deshalb ein Pandemieimpfstoffkonzept erstellt, welches eine größtmögliche Flexibilität bzgl. der Auslösung des Produktionsprozesses sowie der Menge, der Impfstoffart und der Anzahl der zu verabreichenden Dosen ermöglicht und als Grundlage für die Vertragsverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie dient.

7.3 Impfstoffbeschaffung

Bund und Länder haben sich auf die Option eines gemeinsamen Vergabeverfahren (Joint Procurement) auf Ebene der EU zur Sicherstellung der Impfstoffverfügbarkeit im Pandemiefall verständigt. Den Mitgliedstaaten soll dadurch der gemeinsame Kauf oder ein gemeinsames Vorgehen bei der Aushandlung von Verträgen mit der Industrie ermöglicht werden.

Es wird im Rahmen von Verhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie zu klären sein, in welcher Darreichungsform (Multidosenbehältnisse versus Einzeldosen) bzw. in welcher Gebindegröße der Impfstoff zur Verfügung gestellt werden kann. Die Herstellung von Einzeldosen dauert deutlich länger, erfordert weit mehr Lager-, Transport- und Verpackungskapazitäten und die Möglichkeiten zur Abfüllung von Einzeldosen sind sehr begrenzt. Die Problematik der Multidosenbehältnisse war Bestandteil der Evaluationsarbeit auf Bund-Länder-Ebene. Die Möglich-

keit, eine andere Darreichungsform zu erhalten, wird erneut geprüft, ist jedoch derzeit aufgrund der Zwänge, die sich aus Produktions- und Abfüllkapazitäten weltweit ergeben, nur zu einem geringen Teil zu erwarten.

7.4 Durchführung

Eine Impfung der gesamten Bevölkerung ist nur bei ausreichender Verfügbarkeit an Impfstoffen und ohne Zeitdruck über das System der niedergelassenen Ärzte, die den Impfstoff über die Apotheken beziehen, durchführbar.

Allerdings ist mit dieser Situation derzeit nicht zu rechnen, da die Produktion des Pandemieimpfstoffes erst beginnt, wenn bereits Ausbrüche mit einem pandemiefähigen Virus zu verzeichnen sind. Folglich ist zu erwarten, dass mit den Impfungen zu beginnen ist, sobald erste Impfstoffdosen für Deutschland zur Verfügung stehen, da die Pandemie unmittelbar bevorsteht oder das Land bereits erreicht hat. Auf Grund der begrenzten Produktionskapazität der Hersteller können diese je nach Produktionsverfahren und den Eigenschaften des Impfvirus nur eine nicht genau vorhersagbare Menge pro Woche zur Verfügung stellen. Diese jeweiligen Mengen reichen nur aus, um Teile der Bevölkerung sofort zu impfen, andere müssen warten. Um angesichts einer unmittelbaren Bedrohung eine geordnete Impfung zu erreichen, werden die Kriterien und die Logistik für die Verteilung bundesweit im Vorfeld festgelegt.

Die Länder (Arbeitsgruppe Infektionsschutz) haben hierfür ein Konzept erarbeitet, welches Empfehlungen zur Impfstoffauswahl und Impfstoffversorgung vor dem Hintergrund unterschiedlicher pandemischer Szenarien enthält.

Die Verteilungs-, Vertriebs- und Bestellwege der regulären Arzneimittelversorgung werden in den Ländern so weit wie möglich genutzt und falls erforderlich durch ergänzende länderspezifische Sonderregelungen organisiert. Der Transport des Impfstoffs ins Land, die Lagerung im Land, die Verteilung und die Ermöglichung der Bestellung gehören zu den Organisationsaufgaben der Länder, sofern von den etablierten und gesetzlich vorgesehenen Strukturen abgewichen wird und die Ausnahmesituation der Pandemiegefahr dies erfordert. Hierzu bedarf es Regelungen mit den Partnern in den Ländern. Weil mit Produktionsbeginn das vorgesehene Kontingent nur sukzessive geliefert wird, wird es den Ländern vorbehalten bleiben zu entscheiden, wie der Impfstoff im jeweiligen Zuständigkeitsbereich verteilt wird.

7.5 Impfung nach Prioritäten

Sind nur Teilmengen vorhanden, wird zunächst das Gesundheitspersonal z.B. über den Betriebsarzt geimpft. Diese Personen sind einerseits besonders gefährdet zu erkranken, da sie die Influenzekerkrankten versorgen und andererseits bedeutet ein Ausfall an Personen in der Krankenversorgung auch eine Einschränkung der Krankenversorgung allgemein und gefährdet dadurch die Bevölkerung.

Im Weiteren ist vorgesehen, die Kräfte zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zu impfen, da deren ausreichende Präsenz für die im Zusammenhang mit einer Pandemiewelle auftretenden Sekundärprobleme unbedingt erforderlich sein wird.

Der übrigen Bevölkerung soll in zeitlicher Aneinanderreihung die Impfung nach Abwägung der Kriterien Mortalität, Morbidität oder Verbreitungspotential angeboten werden.

Die am RKI angesiedelte Ständige Impfkommision (STIKO) hat gemäß § 20 Absatz 2 IfSG die Aufgabe, Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten abzugeben. Dieser Auftrag gilt auch in einer Influenzapandemie. Die Kommission gibt die Empfehlungen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend der zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Evidenz. Dementsprechend wird es während einer Influenzapandemie eine medi-

zinisch begründete Empfehlung der STIKO zur Impfung von Risikogruppen auf der Basis der vorliegenden Erkenntnisse geben.

7.6. Lagerung und Verteilung von Impfstoffen

Die Organisation der Lagerung und Verteilung des Impfstoffs sowie der Impfung obliegt dem Landkreis/ der kreisfreien Stadt unter Nutzung der vorhandenen Strukturen. Dabei sind die Voraussetzungen (z. B. durch Vereinbarungen mit Apotheken, Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten/ MVZ) in der inter pandemischen Phase zu schaffen.

Die Landkreise/ kreisfreien Städte bestimmen die Anlieferstellen für den Impfstoff. Die Größenordnung der Lieferung pro Woche ist nicht genau bezifferbar, dürfte aber maximal in der Größenordnung von 10 Prozent der Bevölkerung liegen. Bei Knappheit von Impfstoffen ist unter Umständen eine polizeiliche Absicherung der Lagerstätten erforderlich.

Das für die Impfung benötigte Zubehör (Spritzen, Kanülen) soll vorab oder gleichzeitig mit dem Impfstoff geliefert werden.

Eine prioritäre Impfung bestimmter Berufsgruppen lässt sich über eine entsprechende Belieferung von Betriebsärzten mit Impfstoffen steuern. Diese impfen im Auftrag des ÖGD die definierten Personengruppen.

Die Organisation der Impfmaßnahmen hängt u. a. auch von bundesrechtlichen Regelungen ab. Hierzu zählt die Regelung der Finanzierung. Wie in der Pandemie 2009 ist von einer Rechtsverordnung des BMG nach § 20 Absatz 4 IfSG auszugehen. Der Inhalt der Rechtsverordnung wird ausschlaggebend sein für etwaige präzisierende Vereinbarungen der Beteiligten auf Landesebene.

Eine Dokumentation aller durchgeführten Impfungen muss sichergestellt sein.

Voraussetzung für eine Bewertung der Impfstoffsicherheit nach der Zulassung ist eine zeitnahe Erfassung von Impfreaktionen und von alters- und zielgruppenspezifischen Impfquoten. Eine Impfquotenerfassung und -bewertung ermöglicht darüber hinaus, Aussagen zur Impfeffektivität (Wirksamkeit von Impfungen bei breiter Anwendung) und zum Impfversagen treffen zu können.

Mit der Datenbank über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) beim PEI ist ein System zur Erfassung von gemeldeten Verdachtsfällen unerwünschter Arzneimittelwirkungen etabliert. Ein bundesweit einheitliches System zur zeitnahen Erfassung von Impfquoten fehlt dagegen noch. Die Dokumentation und Impfquotenerfassung muss ggf. in der Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 IfSG geregelt werden.

7.7 Haftungsregelungen bei Impfungen

7.7.1 Entschädigungsanspruch des Geimpften

Es besteht ein Entschädigungsanspruch des Geimpften gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 IfSG, in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes, wenn ein Impfschaden im Sinne des Gesetzes vorliegt. Voraussetzung für die Entschädigung ist eine öffentliche Impfempfehlung des Landes. Dieser Anspruch des Geschädigten Geimpften besteht neben einem ggf. bestehenden Amtshaftungsanspruch (§ 63 Absatz 2 IfSG).

7.7.2 Arzthaftung

Vom Anspruch des Geimpften auf Entschädigung zu trennen ist die Arzthaftung für Behandlungsfehler. Diese richtet sich nach den allgemeinen Grundsätzen. Sofern impfende Ärzte während einer Pandemie als Verwaltungshelfer, also nicht selbständig sondern im Auftrag des Lan-

des, handeln, gilt die Amtshaftung (§ 839 BGB, Artikel 34 GG). Dies bedeutet, dass etwaige Schadensersatzansprüche nicht gegenüber dem impfenden Arzt, sondern gegenüber der beauftragenden staatlichen Institution geltend gemacht werden können. Dies gilt auch für immaterielle Schadensersatzansprüche (sog. Schmerzensgeld).

8. Antivirale Arzneimittel

Eine Umsetzung des Nationalen Pandemieplans wird für das Kapitel auf Grund des noch nicht abschließend geklärten rechtlichen Rahmens zurück gestellt.

9. Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

9.1 Sensibilisierung/Risikokommunikation in der inter pandemischen Phase

Erfolgreiche Krisenkommunikation im Pandemiefall ist ganz entscheidend davon abhängig, ob bereits in der inter pandemischen Zeitspanne ein hohes Maß an Schutzverhaltensweisen präventiv in der Bevölkerung aufgebaut werden kann. Hierfür ist es notwendig, die Bedürfnisse und das vorhandene Wissen der Bevölkerung zu ermitteln. Im Hinblick auf die Begrenzung der Folgen eines pandemischen Infektionsgeschehens ist es deshalb von hoher Bedeutung, die grundsätzliche Akzeptanz und das Befolgen von Hygieneregeln und Impfeempfehlungen auf ein möglichst hohes Niveau in der Bevölkerung zu bringen, auf dem dann im Pandemiefall aufgebaut werden kann. Dabei dürfen die Aktivitäten von Impfgegnern, die verstärkt über die sozialen Netzwerke kommunizieren, nicht ignoriert werden.

Zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Verbesserung des Hygieneverhaltens in der Bevölkerung sind daher kontinuierlich Kampagnen durchzuführen, die im Pandemiefall die Basis für die weitere Intensivierung der (zusätzlich) eingesetzten Kommunikationsmittel bieten oder Anknüpfungsmöglichkeiten weiterer, auf die akute Pandemiebewältigung ausgerichteter Kommunikationsmittel und Kommunikationswege eröffnen. Damit soll nicht nur die Öffentlichkeit für die Notwendigkeit von Vorsorgemaßnahmen sensibilisiert, sondern auch ein stabiles Vertrauen in den Absender der Information aufgebaut werden, so dass im Ereignisfall die Glaubwürdigkeit der zu vermittelnden Informationen nicht in Frage gestellt wird.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt auf ihrer Internetseite www.infektionsschutz.de, die als zentrale Informationsplattform für die Bevölkerung eingerichtet ist, zahlreiche Informationen, Filme und weitere Materialien zu grundlegenden Fragen des Infektionsschutzes und zu Krankheitsbildern, zur Händehygiene und Hygiene im Krankheitsfall zur Verfügung und bietet Bürgerinformationen in verschiedenen Sprachen zur Influenza an.

Informationen zur Influenza und zur Pandemieplanung für die Fachöffentlichkeit finden sich auf den Internetseiten des RKI (www.rki.de unter Infektionskrankheiten A-Z, Influenza).

In Sachsen-Anhalt werden sowohl die Fachöffentlichkeit als auch die Bevölkerung auf den Internetseiten des Landesamtes für Verbraucherschutz (<https://verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/>) regelmäßig in der inter pandemischen Phase über Infektionserkrankungen, wie die Influenza, über Präventions- und Infektionsschutzmaßnahmen sowie über regionale Ausbrüche von Infektionserkrankungen informiert. Das Meldewesen übertragbarer Erkrankungen wird erläutert, Wochen- und Jahresberichte erfassen gemeldete Infektionserkrankungen und analysieren deren zeitliches und räumliches Auftreten. Steckbriefe ausgewählter Infektionskrankheiten und Merkblätter geben Informationen zu Erreger, Reservoir, Übertragungsweg, Inkubationszeit, Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Prävention.

Die in Kapitel 3 und 4 erläuterte Surveillance respiratorischer Erkrankungen stützt sich auf drei Säulen: Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen in Kindertagesstätten in Sachsen-Anhalt (ARE-Surveillance), virologische Surveillance (zur Überwachung der Erregerzirkulation) und die Meldungen der Labornachweise von Influenza nach § 7 Infektionsschutzgesetz. Die Ergebnisse der Surveillance werden in Form von u.a. aktuellen Wochenberichten, interaktiven ARE-Berichten, Jahresberichten und weiteren Publikationen regelmäßig auf der genannten Internetseite veröffentlicht und aktualisiert.

9.2 Risiko- und Krisenkommunikation

Eine effektive Risiko- und Krisenkommunikation hat eine rasche, umfassende und konsistente Information aller Akteure und der Bevölkerung durch Nutzung aller verfügbaren Medien zum Ziel. Transparenz ist hierbei oberstes Gebot, um behördliche Entscheidungen und Hinweise zum Schutzverhalten für die Bevölkerung sowie für die Fachöffentlichkeit nachvollziehbar zu vermitteln.

Dabei kommt einer situations- und lagegerechten Kommunikation, angepasst an den Verlauf des pandemischen Infektionsgeschehens, ein sehr hoher Stellenwert zu. Im Wesentlichen sind dabei folgende Teilbereiche zu berücksichtigen:

- Interinstitutionelle Krisenkommunikation
- Informationsvermittlung an die Fachöffentlichkeit
- Informationsvermittlung an die Allgemeinbevölkerung
- Informationsvermittlung an und über die Medien.

Grundsätzlich gilt für alle Teilbereiche, dass die zur Anwendung kommenden Kommunikationsmaßnahmen sich nicht nur auf die Bereitstellung von Informationen in eine Richtung beschränken sollten, sondern die Kommunikationsstrategien auf Dialog ausgelegt sind. Rückmeldungen, Fragen und Kritik sollten wahr- und ernst genommen und transparent dargestellt werden, um damit den Informationsbedürfnissen aller angesprochenen Zielgruppen Rechnung zu tragen. Bestehende Unsicherheiten sollten offen angesprochen werden. Dies trägt mit dazu bei, dass die Glaubwürdigkeit der kommunizierenden Einrichtungen gewahrt bleibt und sich kein Vertrauensverlust in der Informationsvermittlung einstellt. Um keine widersprüchlichen Informationen zu kommunizieren, muss gewährleistet sein, dass alle Entscheidungsebenen (kommunale Ebene, Länderebene und Bundesebene) auf einheitliche wissenschaftlich fundierte Informationsgrundlagen Bezug nehmen. Diese Grundlagen müssen durch die jeweils zuständigen Fachbehörden aktuell und kontinuierlich bereitgestellt werden. Divergierende Fachmeinungen und offene Fra-

gen sind zwischen den Entscheidungsebenen frühzeitig einzuordnen und zu kommunizieren, um im Ereignisfall zeitgerecht und klar informieren zu können.

9.3 Koordinierung der Risiko- und Krisenkommunikation im Pandemiefall

Sie erfolgt sowohl auf europäischer Ebene und in der GHSI als auch auf nationaler Ebene auf der Grundlage abgestimmter Pläne und Informationswege und unter Einbeziehung der vorgestellten Institutionen, wobei die Länder mit Grenzen zu Nachbarstaaten regionale länderübergreifende Krisenkommunikation entsprechend in ihre Planungen einbeziehen.

Voraussetzungen für eine effektive Koordinierung der Krisenkommunikation sind durch eine klar strukturierte Informationsvermittlung gegeben, die so ausgelegt ist, dass die erforderlichen aktuellen Informationen auf allen Entscheidungs- und Informationsebenen vorliegen. Damit soll gewährleistet werden, dass möglichst einheitliche Sprachregelungen zum Pandemieverlauf vorhanden sind und abgestimmte Maßnahmen der Pandemiebewältigung kommuniziert werden. Im Ergebnis können so Fehlinformationen vermieden werden und die Glaubwürdigkeit der Bundes- und Landesbehörden in der Kommunikationsvermittlung wird nicht durch divergierende oder gar widersprüchliche Informationen und Botschaften gefährdet. Die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern in der Krisenkommunikation sowie weitere Einzelheiten hierzu sind in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (IfSGKoordinierungs-VwV) geregelt.

9.3.1 Informationsvermittlung im Pandemiefall an die Fachöffentlichkeit

Die Informationsvermittlung im Pandemiefall an die Fachöffentlichkeit erfolgt primär durch das RKI; zu spezifischen Themen wie beispielsweise Impfstoffproduktion, Fragen zu Arzneimitteln (Neuraminidasehemmer), Zulassungsfragen oder Nebenwirkungen über die zuständigen Behörden (PEI und BfArM). Die zu kommunizierenden Sachverhalte werden auf der Grundlage der fachlichen Einschätzung der Gefahrenlage im RKI festgelegt. Die so ermittelten situations- und lagespezifischen Informationen sind die Grundlage und der Ausgangspunkt für die Versorgung der Fachöffentlichkeit und Allgemeinbevölkerung mit zielgruppenspezifischen Informationen. Um einheitliche und abgestimmte Sprachregelung mit dem Ziel einer koordinierten Risiko- und Krisenkommunikation sicher zu stellen, wird die Weiterleitung der Informationen zwischen den Mitgliedern des Netzwerks der zuständigen Behörden (BMG, PEI, BfArM, BZgA und RKI auf Bundesebene, Oberste und Obere Behörden auf Landesebene) unter Einbeziehung der Fachverbände etabliert.

9.3.2 Information der Allgemeinbevölkerung

Die Information der Allgemeinbevölkerung erfolgt auf Bundesebene durch die BZgA auf der Grundlage der Fachinformationen des RKI, des PEI und des BfArM und zudem dezentral durch die Pressestellen der Obersten Landesgesundheitsbehörden und der lokalen Behörden (z. B. Gesundheitsämter), sowie entscheidende Multiplikatorengruppen (wie Ärzte- und Apothekerschaft sowie weitere Berufs- und Fachverbände). Für die einheitliche, flächendeckende Information der Bevölkerung bietet die BZgA entsprechende Informationsmaterialien und Informationsangebote an. Zum Verständnis der Pandemiesituation und zum Verständnis der erforderlichen Schutzmaßnahmen sollen dabei die zum Teil komplexen wissenschaftlichen Zusammenhänge der Bevölkerung in anschaulicher Sprache vermittelt werden. Damit soll sowohl eine hohe Akzeptanz für die zu treffenden Schutzmaßnahmen erreicht werden, als auch einer möglichen Verunsicherung und Ratlosigkeit in der Bevölkerung entgegengewirkt werden. Allgemeine Informationen zu einer Influenzapandemie und ihren möglichen Folgen werden bereits in der inter pandemischen Phase bereitgestellt und sind bspw. auf den Internetseiten des RKI und der BZgA zu finden. Die Informationen für die Bevölkerung werden im Pandemiefall kontinuierlich an die epidemiologische Situation angepasst und allen interessierten Institutionen, Multiplikatoren und für den direkten Bürgerkontakt bereitgestellt. Die zeitgerechte Verfügbarkeit der Informationen wird durch die Berücksichtigung schneller internetgestützter Kommunikationswege sichergestellt. Um Fachöffentlichkeit und Allgemeinbevölkerung möglichst schnell auf neue, relevante Informationen hinzuweisen, ist dabei eine aktive Informationsvermittlung („push“-Funktion) erforderlich. Neben schnell zu vermittelnden Grundinformationen zu Expositionsschutzmaßnahmen wird auf vertiefende Informationsangebote aufmerksam gemacht, um möglichst alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Außerdem werden schriftliche Informationsmaterialien auf Deutsch und in verschiedenen anderen Sprachen angeboten.

Zur Information der Bevölkerung und Fachöffentlichkeit bietet sich an, eine eigene, zentrale Influenza-Plattform (Website) aufzubauen, die alle aktuellen pandemierelevanten Informationen enthält und die zu den Informationsangeboten von Bund und Ländern verlinkt werden kann.

In Sachsen-Anhalt ist auf der Internetseite des Landesamtes für Verbraucherschutz (<https://verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/>) eine solche Plattform bereits etabliert. Im Pandemiefall werden die bestehenden Inhalte kontinuierlich aktualisiert und an die epidemiologische Lage angepasst. Eine Verlinkung auf die Internetseiten des RKI und der BZgA wird eingerichtet. Das LAV schaltet in Absprache mit dem MS auch eine Bürgerhotline.

Nicht alle Bevölkerungsgruppen haben eine gleich hohe Affinität zur Nutzung internetgestützten Informations- und Kommunikationsangeboten. Um auch diese Bevölkerungsgruppen zu errei-

chen, werden zentrale telefonische Informations- und Beratungsmöglichkeiten, wie z. B. das Bürgertelefon des BMG in Rostock sowie telefonische Beratungsmöglichkeiten bei der BZgA, so ausgerichtet, dass sie zur Beratung im Krisenfall qualifiziert sind. Zudem werden die etablierten Massenmedien Internet, Fernsehen, Funk, Printmedien (Tageszeitungen und sogenannte Werbe-/Anzeigen-/Wochenblätter) zur Informationsvermittlung an die Bevölkerung genutzt. Die Medieninformationen werden in geeigneter Form (u. a. Pressemitteilungen, Pressekonferenzen, Interviews, Studioauftritte, Expertengespräche, Schalten von Anzeigen) vermittelt. Des Weiteren sind der Einsatz von Postwurfsendungen, Flyern, Plakaten, Flug- und Aufklärungsmerkblättern, E-Mails, persönliche Telefonate und Beratungen in Betracht zu ziehen.

9.3.3 Information der Medien

Die Information der Medien erfolgt primär durch die zuständigen Bundesoberbehörden (BfArM, BZgA, PEI, RKI) und die Pressestellen der Obersten Landesgesundheitsbehörden sowie der lokal zuständigen Behörden.

Hinsichtlich der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erforderlich:

- Festlegung der Verantwortlichen für die Pressearbeit und des Pressesprechers,
- Festlegung fester täglicher Zeiten für die Kommunikation mit der Presse,
- Vorbereitung von Mustern und Checklisten für Pressemitteilungen.

Da die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden unerlässlich ist, um den Informationsfluss zu gewährleisten, damit alle am Prozess Beteiligten vom gleichen Wissensstand ausgehen und koordiniert handeln können, soll an dieser Stelle noch einmal auf die bereits im Kapitel 2.5 aufgeführten gesetzliche Grundlagen hingewiesen werden. Diese sind:

- RdErl. des MS zum Seuchalarmplan vom 9. März 2001 (MBI. LSA S. 196)
- Erlass des MS vom 04. Januar 2006 zur Unterrichtung des Ministeriums für Gesundheit und Soziales als oberste Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 19 Abs. 4 GesundheitsdienstG) über besondere Ereignisse im Zusammenhang mit der Abwehr und Bewältigung gesundheitlicher Gefahren für die Bevölkerung

Demnach sollen die Landkreise und Kreisfreien Städte das LAV bzw. das MS informieren, insbesondere wenn sie beabsichtigen, die Presse über Ereignisse zu unterrichten, die im Zusammenhang stehen mit der Abwehr und Bewältigung gesundheitlicher Gefahren für die Bevölkerung.

10. Betriebliche Pandemieplanung

10.1 Hintergrund

Eine Influenzapandemie kann vielfältige Auswirkungen auf Unternehmen und Verwaltung haben. Neben dem krankheitsbedingten Ausfall von Beschäftigten ist auch davon auszugehen, dass Beschäftigte aus anderen Gründen der Arbeit fernbleiben (z. B. Pflege erkrankter Angehöriger, Angst vor Ansteckung). Es kann zu einer veränderten Nachfrage nach Produkten oder Leistungen kommen. Die Infrastruktur kann insgesamt gefährdet sein. Betriebs- und Produktionsabläufe können wegen ausbleibender Zulieferungen oder Dienstleistungen beeinträchtigt sein. Von besonderer Bedeutung für die Aufrechterhaltung des staatlichen Gemeinwesens sind die möglichen Auswirkungen einer Influenzapandemie auf Organisationen und Einrichtungen der „Kritischen Infrastrukturen“, zu denen u. a. die Sektoren Energie, Informationstechnik und Telekommunikation, Transport und Verkehr, Wasser, Ernährung (Ernährungswirtschaft, einschließlich Landwirtschaft und Lebensmittelhandel) sowie das Finanz- und Versicherungswesen zählen. Auch die öffentliche Verwaltung wird vom Ausfall von Beschäftigten betroffen sein. Gleichzeitig ist in vielen Bereichen von einem erhöhten Koordinierungs-, Steuerungs- und Informationsbedarf auszugehen. Die Überlastung des Gesundheitswesens und Störung grundlegender Infrastrukturen können zur Bedrohung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie zu Versorgungsengpässen führen. Es besteht ein erhöhtes Informationsbedürfnis in der Bevölkerung.

10.2 Ziel

Ziel der betrieblichen Pandemieplanung ist die Minimierung des Infektionsrisikos am Arbeitsplatz, die Aufrechterhaltung der Betriebsabläufe, soweit dies möglich ist, der Erhalt der betrieblichen Infrastruktur, die Begrenzung des wirtschaftlichen Schadens und die Aufrechterhaltung der für die Versorgung der Bevölkerung wichtigen Produkte bzw. Funktionen. Dies gilt sinngemäß auch für Behörden.

10.3 Maßnahmen

Die Ziele der betrieblichen Pandemieplanung gehen über die Ziele des Arbeitsschutzes hinaus. Allerdings können Maßnahmen der betrieblichen Pandemieplanung gleichzeitig auch Maßnahmen des Arbeitsschutzes sein. Ziel des Arbeitsschutzes ist es, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern. Gesetzliche Grundlage des Arbeitsschutzes ist das Arbeitsschutzgesetz. Nach diesem Gesetz hat der Arbeitgeber die Gefährdungen zu ermitteln und zu beurteilen, die für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbunden sind. Er hat entsprechend dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung u.a. festzulegen, welche Maßnahmen zur Verhütung von arbeitsbedingten

Gesundheitsgefahren erforderlich sind. Dabei sind auch andere Umstände zu berücksichtigen, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Hierzu gehören auch Gesundheitsschutzaspekte, die sich am Arbeitsplatz aus einem Pandemiefall ergeben. Ebenfalls im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung ist zu prüfen, ob bzw. inwieweit die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge heranzuziehen ist.

Spezielle Arbeitsschutzregelungen zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionen sind in der Biostoffverordnung festgelegt. Diese Verordnung findet allerdings nur Anwendung, wenn auch Tätigkeiten mit Biostoffen ausgeübt werden. Dies ist in Unternehmen und Verwaltungen in der Regel aber nicht der Fall.

Bei der fachlichen Beratung und Ableitung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Risikominimierung in Unternehmen und Behörden kommt den Betriebsärzten eine wichtige Rolle zu. Der Verband der Betriebs- und Werkärzte bietet auf seiner Homepage verschiedene Checklisten und weitere Unterlagen an. Weitere Hilfestellung bei der Erstellung eines betrieblichen Pandemieplans gibt das Handbuch Betriebliche Pandemieplanung von BBK und Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Verband deutscher Betriebs und Werksärzte e.V. (VDBW)). Schweinegrippe - Checklisten und Downloadmaterial: (<https://www.vdbw.de/der-vdbw/aktuelles/detailansicht/pandemieplanung-betriebsaerzte-raten-zur-vorsorge/>)

10.3.1 Unternehmensbezogene Vorüberlegungen zu möglichen Auswirkungen

Ob und wie sich eine Influenzapandemie auf ein Unternehmen auswirken kann, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Für die Prüfung der Auswirkungen können folgende Fragen hilfreich sein:

- Welche Geschäftsprozesse sind essentiell und welche Auswirkungen hätte ihr Ausfall auf das Unternehmen?
- Bestehen besondere Vorgaben wie z. B. gesetzliche Verpflichtungen oder Rechtsverordnungen zur Aufrechterhaltung von Geschäftsprozessen?
- Bestehen besondere vertragliche Verpflichtungen gegenüber Kunden oder gegenüber der Allgemeinheit, bestimmte Produkte herzustellen oder Leistungen zu erbringen?
- Welche wirtschaftlichen Folgen hätte der Ausfall von Geschäftsprozessen für das Unternehmen?

10.3.2 Untersuchung der internen Betriebsabläufe

Zur Entscheidung ob und inwieweit der Betrieb aufrechterhalten werden soll, sind unternehmensinterne Abläufe und Prozesse sowie Schnittstellen mit Externen auf ihre Bedeutung für die Aufrechterhaltung des Betriebes unter folgenden Aspekten zu prüfen:

- Welche innerbetrieblichen Abläufe müssen ständig überwacht bzw. können nicht unterbrochen werden?

- Welche Zulieferer und Versorger (z. B. Strom, Wasser, Gas) sind für den Betrieb überlebenswichtig?
- Welche von extern zu erbringenden Dienstleistungen (z. B. Wartung, Entstörung) sind für den Betrieb essentiell?
- Wo bestehen Abhängigkeiten von Bevorrechtungen, Sondergenehmigungen (z. B. Kraftstoffversorgung, Zugang zu gesperrten Gebieten, medizinische Versorgung)?

10.3.3 Erstellung des Betrieblichen Pandemieplans

Der betriebliche Pandemieplan umfasst organisatorische Maßnahmen sowie Maßnahmen des Arbeits- und Infektionsschutzes im Betrieb. Welche Maßnahmen in einem Unternehmen vorgesehen werden, orientiert sich an den unternehmensspezifischen Gegebenheiten und den Zielen des Unternehmens.

10.4 Checkliste zur Erstellung eines betrieblichen Pandemieplans

Für die Planung können folgende Aspekte relevant sein:

➤ ***Betriebliche und personelle Planung***

- Planungsstäbe bilden; Führungskonzept für Influenzapandemie festlegen
- Kernfunktionen des Betriebes festlegen
- Absprachen mit Geschäftskunden und Lieferanten treffen
- Bereiche, deren Betrieb vorübergehend eingestellt werden kann, festlegen
- Versorgung und Betreuung der aktiven Mitarbeiter planen
- Versorgung und Schutz des Unternehmens sichern
- Kontakt zu Einrichtungen außerhalb des Betriebes aufbauen
- Vorsorge für Mitarbeiter im Ausland treffen
- Rückkehr zur Normalität (nach der Pandemie) planen

➤ ***Beschaffung von Hilfsmitteln***

- Bedarf an Hilfsmitteln festlegen
- persönliche Schutzausrüstung (Atemschutzmasken, Handschuhe, Schutzkleidung) beschaffen
- Reinigungs- und Desinfektionsmittel beschaffen
- Arzneimittel beschaffen

➤ ***Informationspolitik***

- Innerbetriebliches Informationsnetz entwickeln

- Informationen an Mitarbeiter weitergeben
- Mitarbeiter zu hygienischem Verhalten unterweisen und anleiten

➤ **Vorbereitende medizinische Planung**

- Planung der Aufgaben, Umfang und Spezifikation des medizinischen Personals (Betriebsarzt und medizinisches Assistenzpersonal)
- Gewinnung und Verpflichtung von medizinischem Personal
- Festlegung der besonderen Arbeitsabläufe in der Pandemiephase
- Festlegung der besonderen Schutzmaßnahmen für das medizinische Personal

In einem weiteren Schritt werden die konkrete Umsetzung der Maßnahmen sowie die Abläufe im Unternehmen festgelegt. Bei jeder Maßnahme muss dabei zusätzlich bestimmt werden, ab welchem Zeitpunkt bzw. unter welchen Rahmenbedingungen sie eingesetzt wird.

➤ **Aufrechterhaltung Minimalbetrieb**

- betrieblichen Pandemieplan aktivieren
- Produktion anpassen
- Kommunikation anpassen
- Persönliche Kontakte vermeiden
- Informationstechnologie sichern

➤ **Organisatorische Maßnahmen für das Personal**

- Personalbedarf an Pandemiesituation anpassen
- Versorgung und Betreuung des aktiven Personals sicherstellen
- Verhaltensregeln im täglichen Umgang einhalten
- Mitarbeiter kontinuierlich informieren

➤ **externe Informationen**

- Informationen von Fachbehörden über die Pandemie-Entwicklung einholen
- Informationen über behördliche Entscheidungen einholen

➤ **Medizinische Maßnahmen**

- Betriebszugang steuern
- Erkrankung von Beschäftigten am Arbeitsplatz managen
- Hilfsmittel und Medikamente ausgeben
- Medizinische Informationen anbieten

- evtl. Impfung organisieren

➤ **Maßnahmen für Angehörige und Auslandsmitarbeiter**

- Kontakt mit Angehörigen und Familien suchen
- Angehörige bei Erkrankung von Mitarbeitern unterstützen
- Mitarbeiter bei Erkrankung von Angehörigen unterstützen
- Mitarbeiter und Angehörige im Ausland unterstützen

Abkürzungsverzeichnis

ACK	Amtschefkonferenz (Staatssekretäre/innen für Gesundheit und die Staatsräte/innen für Gesundheit der Länder)
ADR	Accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route (Europäisches Übereinkommen über die Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße)
AG AATB	Arbeitsgruppe Arzneimittel-, Apotheken-, Transfusions- und Betäubungsmittelwesen
AIMPV	Aviäre-Influenza-Meldepflicht-Verordnung
AIS	Arztinformationssysteme
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Abteilungsleiter(innen) der Obersten Gesundheitsbehörden)
ArbMedVV	Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge
ARE	Akute Respiratorische Erkrankung (auch Influenza-like illness, ILI)
AS	Abfallschlüssel
AS03	Adjuvans (Wirkungsverstärker) in verschiedenen pandemischen Influenzaimpfstoffen
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BioStoffV	Biostoffverordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEMIS	Deutsches Elektronisches Meldesystem für Infektionsschutz
DVV	Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V.
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten)
EG	Europäische Gemeinschaft
EHEC	Enterohämorrhagische <i>Escherichia coli</i>
EKG	Elektrokardiogramm
EU	Europäische Union
FFP2 / FFP3	Filtering Face Piece (Atemschutzmaske der Schutzklasse 2 bzw. 3)

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GE	Gemeinschaftseinrichtungen
GfV	Gesellschaft für Virologie e.V.
GG	Grundgesetz
GHSI	Global Health Security Initiative (Globale Initiative für Gesundheitssicherheit)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMBI	Gemeinsames Ministerialblatt
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
H1N1	Subtyp eines pandemischen Influenza-A-Virus (sog. „Schweinegrippe“)
H5N1	Subtyp eines pandemischen Influenza-A-Virus (sog. „Vogelgrippe“)
HNO	Hals-Nasen-Ohren(-Arzt/Ärztin)
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften (engl.: International Health Regulations, IHR)
IGV-DG	Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV-Durchführungsgesetz)
IHR	siehe IGV
ILI	siehe ARE
IntMinKoGr	Interministerielle Koordinierungsgruppe des Bundes und der Länder
JPA	Joint Procurement Agreement (Vereinbarung über ein gemeinsames Beschaffungsverfahren medizinischer Gegenmaßnahmen)
JVA	Justizvollzugsanstalten
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
LAGA	Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall
LAIV	Live Attenuated Influenza Vaccine (lebend attenuierter Impfstoff gegen saisonale Influenza)
LAV	Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
LVwA	Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
MF59	Adjuvans (Wirkungsverstärker) in verschiedenen Influenzaimpfstoffen
MS	Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt
MU	Massenunterkünfte
NPP	Nationaler Pandemieplan
NRZ	Nationales Referenzzentrum
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst

PCR	Polymerase Chain Reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
PEG	Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V.
PEI	Paul-Ehrlich-Institut (Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel)
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern (Gesundheitliche Notlage von Internationaler Tragweite)
PIKS	Pandemische Influenza A/H1N1 Krankenhaus Surveillance
RKI	Robert Koch-Institut
SEED ^{ARE}	Sentinel zur Elektronischen Erfassung von Diagnosecodes Akuter Respiratorischer Erkrankungen
SOP	Standard Operating Procedure (Standardarbeitsanweisung)
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
VwV	Verwaltungsvorschrift
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZustVO IfSG	Verordnung über die Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz (ZustVO IfSG) vom 1. März 2017 (GVBl. LSA S. 37)