



Roesebeckstr. 4-6
30449 Hannover
Fon 0511/4505-0
Fax 0511/4505-140

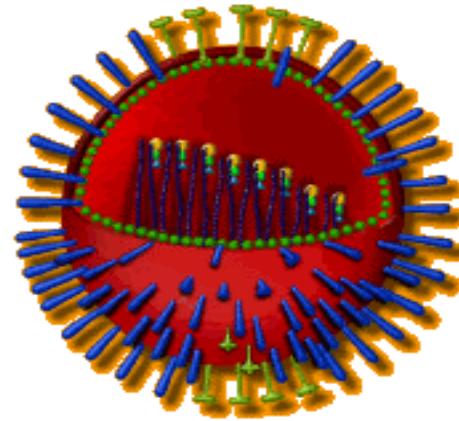
Pandemieplan des Landes Niedersachsen: Grundzüge, Probleme, Entwicklungen

Dr. Matthias Pulz

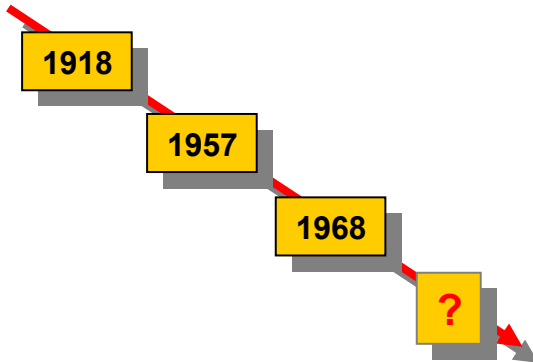
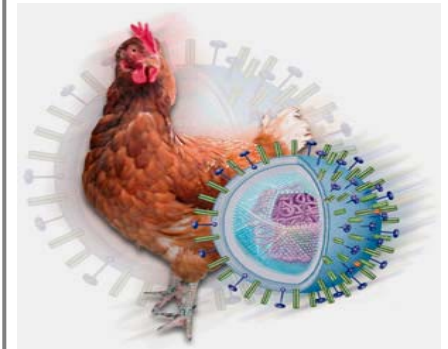
Osnabrück,
22. September 2007

„Normale“ Grippewelle: bis zu 20 000 Tote/Jahr in Deutschland

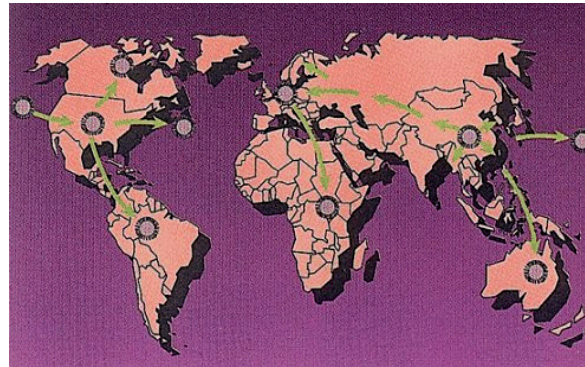
Zum Vergleich:
(Statist. Jahrbuch, 2000):
580 AIDS-Todesfälle
497 Tuberkulose-Todesfälle
7747 Tote durch Auto-Unfälle



Vogelgrippe seit 2003



Influenzapandemie weltumfassend



WHO: Humane Fälle und Todesfälle von aviärer Influenza

10 September 2007

Country	2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	8	5
Cambodia	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	7	7
China	1	1	0	0	8	5	13	8	3	2	25	16
Djibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Egypt	0	0	0	0	0	0	18	10	20	5	38	15
Indonesia	0	0	0	0	20	13	55	45	31	27	106	85
Iraq	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	3	2
Lao People's Democratic Republic	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Thailand	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	25	17
Turkey	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	12	4
Viet Nam	3	3	29	20	61	19	0	0	7	4	100	46
Total	4	4	46	32	98	43	115	79	65	42	328	200

Total number of cases includes number of deaths.
WHO reports only laboratory-confirmed cases.
All dates refer to onset of illness.

Aktuelle Daten zu menschlichen Erkrankungsfällen an Aviärer Influenza (H5N1)


- Bis zum 10.09.2007:
 - 328 menschliche Fälle von Aviärer Influenza (H5N1) an die WHO gemeldet
 - davon 200 Fälle mit tödlichen Ausgang: (15 x Ägypten, 5 x Aserbaidjan, 16 x China, **85 x Indonesien**, 2 x Irak, 7 x Kambodscha, 2 x Laos, 1 x Nigeria, 17 x Thailand, 4 x Türkei, 46 x Vietnam)

- Sterblichkeit: ca. 60 %

- Größter Anteil der gemeldeten Fälle: Altersgruppe der 10- bis 29-Jährigen

- Bislang keine gesicherte Mensch-zu-Mensch-Übertragung; vereinzelt ausgeprägte Verdachtsmomente für eine derartige Übertragung

Phaseneinteilung der WHO

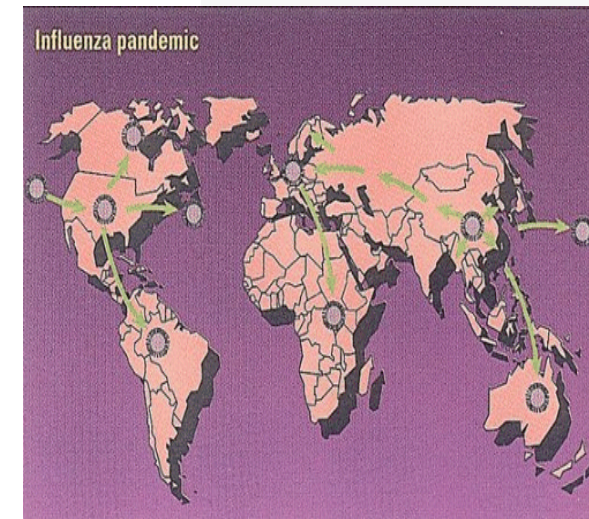
<p>Interpandemische Periode</p>	<p>Phase 1: Kein Nachweis neuer Influenza-Subtypen beim Menschen. Risiko menschlicher Infektionen wird als niedrig angesehen</p>
	<p>Phase 2: Kein Nachweis neuer Influenza-Subtypen beim Menschen. Zirkulierende Influenzaviren bei Tieren stellen ein substantielles Risiko für Erkrankungen beim Menschen dar</p>
<p>Pandemische Warnperiode</p>	<p>Phase 3: Menschliche Infektionen mit neuem Subtyp, aber keine Ausbreitung von Mensch zu Mensch</p>
<p>Neues Virus verursacht Mensch-zu - Mensch - Übertragungen</p> 	<p>Phase 4: Kleine cluster mit begrenzter Übertragung von Mensch zu Mensch</p> <p>Phase 5: Große cluster; die Ausbreitung von Mensch zu Mensch ist weiter lokalisiert</p> <p>Phase 6: Zunehmende und fortschreitende Übertragung in der Allgemeinbevölkerung</p>
<p>Pandemie</p>	<p>Postpandemische Phase</p>

Istzustand



3 Influenzapandemien im 20. Jahrhundert

- ➔ **1918 - 1920 „Spanische Grippe“:** A/H1N1
20-50 Mio. Tote weltweit;
mehr Tote als im gesamten 1. Weltkrieg
- ➔ **1957 - 1958 „Asiatische Grippe“:** A/H2N2
1 Mio Tote weltweit
- ➔ **1968 - 1970 „Hongkong Grippe“:** A/H3N2
1 Mio. Tote weltweit;
Erkrankungsrate in Deutschland ca. 60% (39 Millionen)



Influenzapandemie 1918 - 1920



Mögliche Auswirkung einer Pandemie für Deutschland

Erkrankungsrate	Konsultationen	Krankenhaus-einweisungen	Tote
15%	6.515.186	179.491	48.082
30%	13.030.372	358.982	96.164
50%	21.717.287	598.303	160.273

Annahme ohne Interventionsmaßnahmen

(antivirale Medikamente, Pandemieimpfstoff, infektionshygienische Maßnahmen)

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Niedersächsischer Influenza-Pandemieplan

Stand: 05.10.2006



Niedersachsen

- Rechtliche Aspekte
- Impfung
- antivirale Medikamente
- Surveillance
- Krankenhausnotfallplanung
- Infektionshygienische Maßnahmen
- Vorbereitung der Länder und Kommunen
- Ambulante medizinische Versorgung
- Kommunikation und Information

Ziel und Zweck des Nds. Influenzapandemieplans

- Ziel des niedersächsischen Pandemieplanes ist es, zur Bewältigung der Auswirkungen einer Influenzapandemie im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (IfSG § 1 Abs. 2) den Behörden des Landes und den **Kommunen, Ärzten, Krankenhäusern**, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten konkrete Informationen und Hilfestellungen zu liefern, auf deren Grundlage spezielle Planungen **eigenverantwortlich** vorgenommen und die erforderlichen Vorbereitungen getroffen werden können.

Antivirale (anti-Influenza) Medikamente

Therapeutische Wirksamkeit antiviraler Stoffe in der inter pandemischen Phase

Präparat	Durchschnittliche Reduzierung der Fieberphase bzw. Krankheitsdauer bei influenzapositiven Patienten	Reduktion von Antibiotikaver-schreibungen (ABV)	Reduktion von Komplikationen an den unteren Atemwegen (Bron-chitis, Pneumonie)	Reduktion von Hospitalisie-rungen
Amantadin	1 Tag (Fieber) [1]	– ^a	– ^a	– ^a
Oseltamivir	1,5 Tage (Krankheitsdauer) [2, 6, 7, 8]	27% (ABV für irgendeine Ursache) [4]	68% sonst gesunde Erwachsene [4], 34% Risiko-personen [4]	59% Nicht-Risiko- und Risikopatienten [4]
Zanamivir	1 -1,5 Tage (Krankheitsdauer) [5, 7]	29% [5]	– ^a	– ^a

^a Es wurden keine Studien, die über diesen Endpunkt berichteten, identifiziert

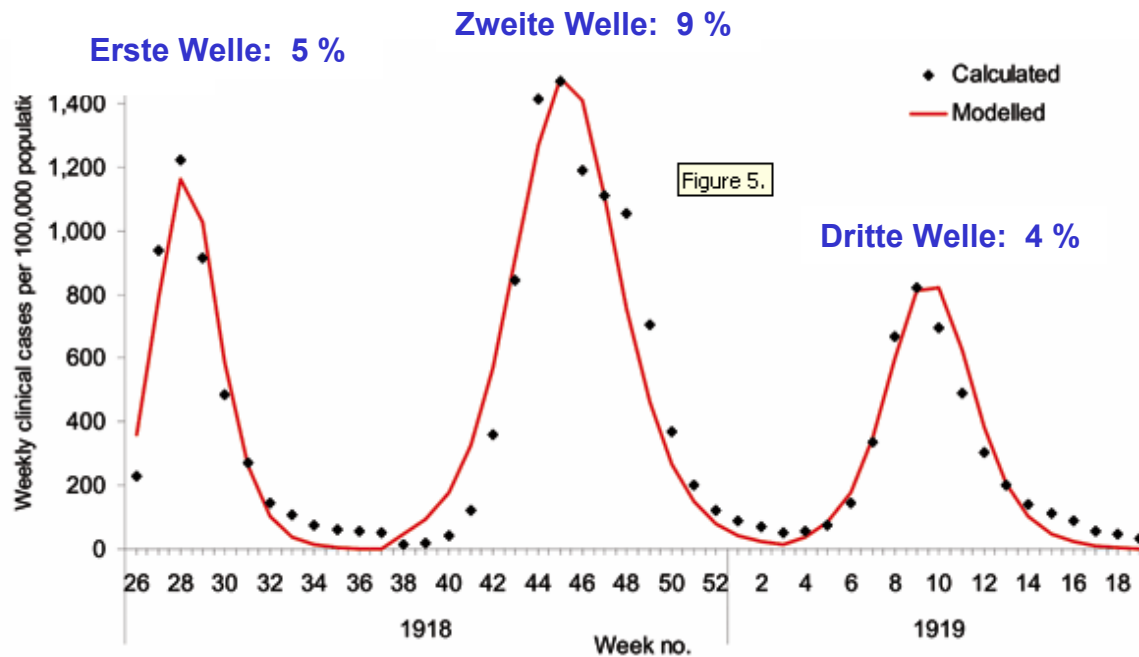
aus: Nationaler Pandemieplan, Teil 2

Aktuelle Entwicklungen:

→ Bevorratung und Einsatz antiviraler Medikamente

- gemäß Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 23.02.2006 hat Niedersachsen beschlossen, seine Bevorratungsquote auf 20 % aufzustocken. Dies soll sukzessive geschehen.
- Niedersachsen hat derzeit antivirale Medikamente für 11,5 % der Bevölkerung eingelagert.
- Die Strategie der Priorisierung wurde aufgegeben
- Einsatz dieser Medikamente im Pandemiefall grundsätzlich nur für den therapeutischen Einsatz vorgesehen (primär in Krankenhäusern und Arztpraxen !)
- Verteilung erfolgt über Großhandel und Apotheken nach ärztlicher Verschreibung (Nutzung des bestehenden Regelsystems)

Anzahl wöchentlicher Fälle mit pandemischer Influenza in den ersten 3 Wellen während der Pandemie 1918



Adaptiert aus:
Gani R, EID 2005

- 1957: 31 %
- 1968: erste Welle: 6 %; zweite Welle: 21 %

Eigenbevorratung

■ Betriebe:

- Wird befürwortet - Kriterien der Abgabe über Betriebsärzte nach Empfehlungen des RKI

■ Krankenhäuser:

- Insbesondere im Hinblick auf die Prophylaxe wird eine zusätzliche Eigenvorsorge ausdrücklich begrüßt

■ Einzelpersonen:

- Keine allgemeine Empfehlung
- Sachgerechte, eigenverantwortliche private Vorsorge ist eine mögliche Option (Anwendung nach medizinischen Leitlinien !)

Pandemiempfstoffe

- Werden erst nach Isolierung des Pandemieerregers hergestellt
- Impfstamm spezifisch (monovalent)
- Neue Adjuvantien gewährleisten künftig möglicherweise stammübergreifende Wirkung (Impfstoffe der 2. Generation)
- **Wichtigstes Instrument zur Bekämpfung einer Pandemie**
- **Ziel:** Sicherstellung der Versorgung der gesamten Bevölkerung

Aktuelle Entwicklungen :

- Altes Konzept:
 - Ganzzellvakzine + Aluminiumhydroxid als Adjuvans
 - nur mäßige Immunogenität (geringste Dosis: 15 µg Ag)
 - Produkt der Firma GSK wurde kürzlich zugelassen
- Neues Konzept
 - Spaltimpfstoff + neues Adjuvans mit verbesserter Wirksamkeit
 - Hohe Immunogenität (geringste Dosis: 3,75 µg Ag)
 - Produktion auf Hühnereiern oder mittels Zellkulturtechnik möglich
- Derzeit werden intensive Verhandlungen zwischen Bund, Ländern und den beteiligten Firmen zur Sicherung der Impfstoffproduktion im Pandemiefall geführt

Zeitschiene und Impfkonzept

■ Realistisches Szenario:

- Saatvirus ca. 10 (0) Wochen nach Identifikation des Pandemievirus
- Beginn der Produktion nach weiteren 12 (10) Wochen
 - pro Woche Produktion von 8 (13) Mio. Dosen

} 10 – 22 Wo.

→ **Durchimpfung der dt. Bevölkerung (2 x !) in 20 (12) Wochen vorgesehen**

■ Prioritäre Gruppen:

- Medizinisches Personal
- Beschäftigte im Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung

Aktuelle Entwicklungen: Impfstrategie und Logistik von Impfmaßnahmen

- Impfvereinbarung mit den Krankenkassen hinsichtlich Kostenübernahme ist vorbereitet
- Jeder Landkreis wird mit Impfstoffen versorgt
- Priorisierung ist vorgesehen
- ÖGD koordiniert

Planungen für medizinische Einrichtungen

- Besondere Herausforderung ist nicht die einzelne Influenzaerkrankung
sondern
- der Massenanfall an Erkrankten bei gleichzeitigem Krankenstand des Personals

Krankenhausnotfallplanung

Sachstand (1)

- Keine Benennung von Schwerpunktkrankenhäusern
 - **Einbeziehung aller Akutkrankenhäuser**
 - **keine Errichtung neuer Strukturen**
- Vorsorgemaßnahmen in Krankenhäusern lassen sich durch § 36 des Infektionsschutzgesetzes begründen (Pandemieplanung als Teil des Hygieneplans)

Krankenhausnotfallplanung

Sachstand (2)

→ Vorbereitungen sollen eigenverantwortlich betrieben werden

■ Vorsorgemaßnahmen

- Ausweisen von Stationen, die primär zur Behandlung von Influenzapatienten im Falle einer Pandemie vorgesehen sind
- Führen von Listen mit der Anzahl vorhandener und aufrüstbarer Betten in Abstimmung mit Landkreisen/kreisfreien Städten (Reservekapazität wird auf ca. 10 % geschätzt)
- Vorbereitung von Dienst- und Bereitschaftsplänen

■ Planungen hinsichtlich einer Bevorratung von

- Antiviralen Medikamenten für prophylaktischen Einsatz bei medizinischem Personal
- Schutzkleidung für medizinisches Personal, insbesondere Atemschutzmasken

Positionierung der Nds. Krankenhausgesellschaft

- Sicherstellungsauftrag ist unbestritten

- Klärungsbedarf: Kostentragung und Refinanzierbarkeit
 - Bevorratung antiviraler Medikamente für Prophylaxe
 - Bevorratung von Schutzkleidung
 - Budgetrechtliche Probleme bei die Versorgung und Behandlung
 - Finanzielle Einbußen bei Einschränkung von Leistungen im Pandemiefall

Das bedeutet:

- Fragen der Finanzierung müssen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geklärt werden
- Staat kann moderierend beteiligt sein
- Unter dem Aspekt „Arbeitsschutz“ ist eine finanzielle Beteiligung von Krankenhäusern zu bedenken

Neuere Entwicklungen hinsichtlich Atemschutz

- ABAS-Beschluss 609 (nicht impfpräventable Influenza (Stand; 12/2006))

Atemschutz:

- Vorrangig Einsatz von mehrlagigem Mundschutz, der die Anforderungen der Geräteklasse **FFP1** nach DIN EN 149 erfüllt
 - Bei länger dauernden Tätigkeiten am Patienten (z.B. Waschen von bettlägerigen Patienten) und im Rettungsdienst: **FFP2**-Masken
 - bei Tätigkeiten mit Hustenprovokation (Bronchoskopieren, Intubieren, Absaugen): **FFP3** - Masken
- **Zielvorstellung: Möglichst breiter Einsatz eines auch routinemäßig anwendbaren Produkts**

Quantifizierung von Materialien

■ Empfehlungen aus Schleswig-Holstein

→ Schutzkleidungsutensilien für eine 20-Bettenstation (=Influenzastation) für einen Zeitraum von 3 Wochen (3-Schichtbetrieb)
(6 Mitarbeiter/ Schicht → *Pflegepersonal, ärztliches Personal, Reinigungskraft*)

- FFP1: 1500
- FFP2: 300
- FFP3: 100
- Schutzhandschuhe: 3500
- Schutzkittel: 1200
- Schutzbrille: 1/ Mitarbeiter
- Mund-Nasen-Schutz 850 (für Patienten)

Kernpunkte der ambulanten Versorgung im Pandemiefall

- Frühzeitige Übernahme von Patienten aus der stationären Behandlung in den ambulanten Bereich
- Generell keine Benennung von Schwerpunktpraxen
- Vorübergehende Kapazitätssteigerung aufsuchender Leistungen zur Betreuung von Kranken im häuslichen Umfeld
- frühzeitige räumliche Trennung von Patienten mit akuten respiratorischen Symptomen von anderen Patienten
- Ggf. Einrichtung spezieller „Sprechstundenkernzeiten“ für Personen mit akuten respiratorischen Erkrankungen
- Ggf. Etablierung von „Fieberambulanzen“ (nachts, Wochenende)

Durchführung von Hygienemaßnahmen

- Tragen eines mehrlagigen, eng anliegenden Mund-Nasen-Schutzes (vorzugsweise) der Geräteklasse FFP1 nach DIN EN 149, der bei stärkerer Durchfeuchtung gewechselt werden sollte
- Häufige Händedesinfektion, Händeschütteln ist zu vermeiden
- Ggf. Tragen einer Schutzbrille mit seitlichem Spritzschutz
- Arbeitskleidung täglich wechseln
- Tägliche Scheuer-Wisch-Desinfektion patientennaher (Hand-Kontakt-) Flächen mit Produkt des Wirkungsbereichs begrenzt viruzid
- Entsorgung potentiell infektiöser Abfälle in doppelten Abfallsäcken

Checkliste „Praxis“

- ✓ Prüfoptionen Ablauforganisation
 - Räumliche Trennung von Patienten mit ARE kaum möglich
 - Daher gesonderte Sprechzeiten für ARE-Patienten zu erwägen
- ✓ Etablierung von Hygienemaßnahmen (Hygieneplan)
- ✓ Planung der Bevorratung von Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln
- ✓ Schulung des medizinisches Personals
(auch: Verhalten bei Erkrankung)
- ✓ Klärung des Umgangs mit und der Verfügbarkeit von antiviralen Medikamenten und Pandemieimpfstoffen
- ✓ Klärung der Möglichkeit des Informationsflusses und der Vernetzung mit anderen medizinischen Einrichtungen

Bundesärztekammer (1), (19.01.2007)

- „Empfehlungen zur Vorbereitung der Praxen auf eine Influenzapandemie“
 - Praxisorganisation – Patientenlenkung und Information
 - Hygiene/Desinfektionsanforderungen
 - Arbeitsschutzmaßnahmen

Bundesärztekammer (2) , 19.01.2007

Empfehlungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Landesärztekammern zur organisatorische Sicherstellung der ambulanten kassen- u. privatärztlichen Behandlung im Pandemiefall“

- **Stufenweise Anpassung der ambulanten Versorgung**
 - ***Stufe 1 bei ca. 10% akut fieberhaft respiratorisch Erkrankter in Bezug auf die Gesamtbevölkerung***
 - Pandemiesprechstunde, vorzugsweise nachmittags, bei Hausärzten
 - Umstellung des Bereitschaftsdienstes
 - Einrichtung von Fieberambulanzen
 - ***Stufe 2 bei 20% erkrankten Personen***
 - Pandemiesprechstunde, vorzugsweise nachmittags, bei Hausärzten
 - Öffnung der Fieberambulanzen zu allen sprechstundenfreien Zeiten
 - Zusätzlicher Einsatz nicht-hausärztlicher Arztgruppen für die Versorgung Influenza-Erkrankter (siehe oben), ggf. Einsatz des Ärztepools

Bundesärztekammer (3) , 19.01.2007

Empfehlungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Landesärztekammern zur organisatorische Sicherstellung der ambulanten kassen- u. privatärztlichen Behandlung im Pandemiefall“

- ***Stufe 3 bei mehr als 30% erkrankten Personen***
 - Pandemiesprechstunde für alle eingesetzten Ärzte
 - Einsatz aller Arztgruppen, Einsatz des Ärztepools
 - Öffnung der Fieberambulanzen zu allen Zeiten
 - Zusätzliche Strukturen im Sinne von Fieberambulanzen, wie zum Beispiel in Vereinsheimen, Ämtern und kirchlichen Gemeindehäusern.

Empfehlungen der Bundesärztekammer (4), (19.01.2007)

- Zustimmung zu diesen Empfehlungen erfolgte seitens des KBV-Vorstandes unter folgenden Voraussetzungen:
 - Sachkosten für die epidemiebezogene Bevorratung der Praxen mit Einmalartikeln etc. werden durch die Kostenträger finanziert
 - Auf regionaler Ebene zur Entlastung der einzelnen wird möglichst eine zentrale Bevorratung und Lagerung vorgesehen.

Derzeit diskutierte infektionshygienische Maßnahmen:

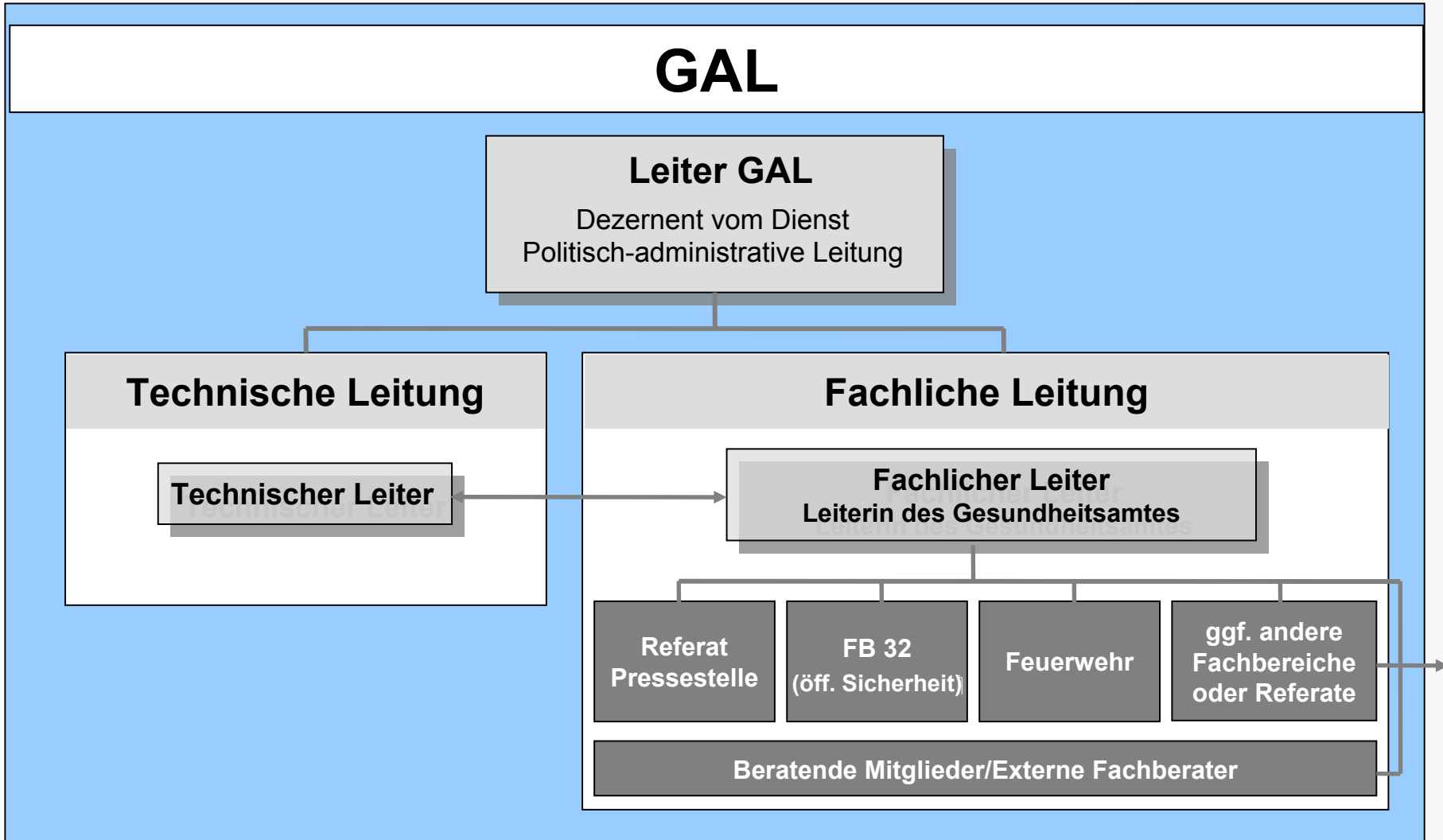
→ sind möglicherweise geeignet, Dynamik einer Pandemie in der Frühphase abzuschwächen

- Aspekte der persönlichen Hygiene
- Tragen von Schutzmasken
- Strategien der Absonderung bzw. freiwilligen häuslichen Quarantäne
- Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen
- Verbot von Großveranstaltungen
- Beschränkung des Reiseverkehrs

Vorbereitung auf kommunaler Ebene

- Zusammenwirken unterschiedlicher Einrichtungen, Institutionen und Organisationen
 - niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen
 - Krankenhäuser
 - Altenheime, Pflegeeinrichtungen
 - Kassenärztliche Vereinigung
 - Ärztekammer
 - Rettungsdienste
 - Hilfsorganisationen
 - Ordnungsämter der Gemeinden
 - Katastrophenschutzbehörden
 - Polizei
 - Verwaltungsspitze/ Kommunalpolitiker

Struktur der Gefahren-Abwehr-Leitung GAL



Gefahren-Abwehr-Leitung GAL

Teilnehmer

Ärzttekammer Nds., Bezirksstelle BS

**Kassenärztliche Vereinigung,
Bezirksstelle BS**

Apothekerkammer

Städt. Klinikum BS gGmbH

Ev.-luth. Diakonissenanstalt Marienstift

Herzogin-Elisabeth-Heim

Krankenhaus St. Vinzenz

Polizeiinspektion Braunschweig

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen

**Arbeitsgemeinschaft stat. Altenpflege
Pflegedienste**

Stadtverwaltung Braunschweig:

Fachbereich 32 Bürgerservice, öff. Sicherheit

Fachbereich 40 Schule und Sport

Fachbereich 51 Kinder, Jugend und Familie

Fachbereich 66 Tiefbau und Verkehr

Vorbereitung dieser Strategien in GAL-Arbeitsgruppen

- Sofortmaßnahmen
- Meldewege
- ambulante Versorgung
- Abstimmung der Versorgungsbereiche (Ärztepools?)
- stationäre Versorgung
- Personal
- Finanzen
- Impfungen

Gegenwärtige Problempunkte bei der Umsetzung auf kommunaler Ebene

- **Niedergelassene Ärzte - KV - Kammer**
 - Finanzierung von Schutzmaßnahmen nicht geklärt
 - Art und Umfang von Fortbildungen
- **Fehlende Vereinbarungen**
 - Einsatz Betriebsärzte (KV/Ermächtigung)
 - Organisation der Impfungen
- **Ambulante Pflegedienste**
 - Ansprechpartner
 - Finanzierung
- **Stationäre Altenpflege**
 - Finanzierung

Aufgaben des NLGA im Rahmen der Pandemieplanung (1)

- Fachliche Beratung der Landesregierung, von Fachministerien Gesundheitsämtern sowie allen med. Berufsgruppen
- Bereithaltung von Informationen und Erkenntnisse für das strategische Handeln
- Fortschreibung des Pandemieplans gemeinsam mit dem Nds. Sozialministerium (MS)
- Erarbeitung von Merkblättern und Informationsmaterial
- Fachliche Abstimmung mit der Bundesebene (RKI)

Aufgaben des NLGA im Rahmen der Pandemieplanung (2)

- Durchführung einer speziellen Influenza (**ARE**)-Surveillance für Niedersachsen einschließlich Bewertung und Internetpräsentation der erhobenen Daten
- Gewährleistung einer 24-Stunden – Erreichbarkeit durch das Zentrum für Gesundheit- und Infektionsschutz im NLGA (Stabsstelle)
 - (0163) 160 3130 Mikrobiologisch-infektiologische Problemsituationen
 - (0163) 537 4437 Chemisch-toxikologische Risikobewertung
- Angebot einer spezialisierten Labordiagnostik für Influenza (24-stündige Erreichbarkeit)
- vor-Ort-Unterstützung bei der Initiierung von Planungen
- Einbindung in Krisenstäbe
- Vorbereitung der Schaltung und Besetzung von Telefon-Hotlines

Surveillance

■ Bedeutung

→ **Spezifische Kontrollmaßnahme**

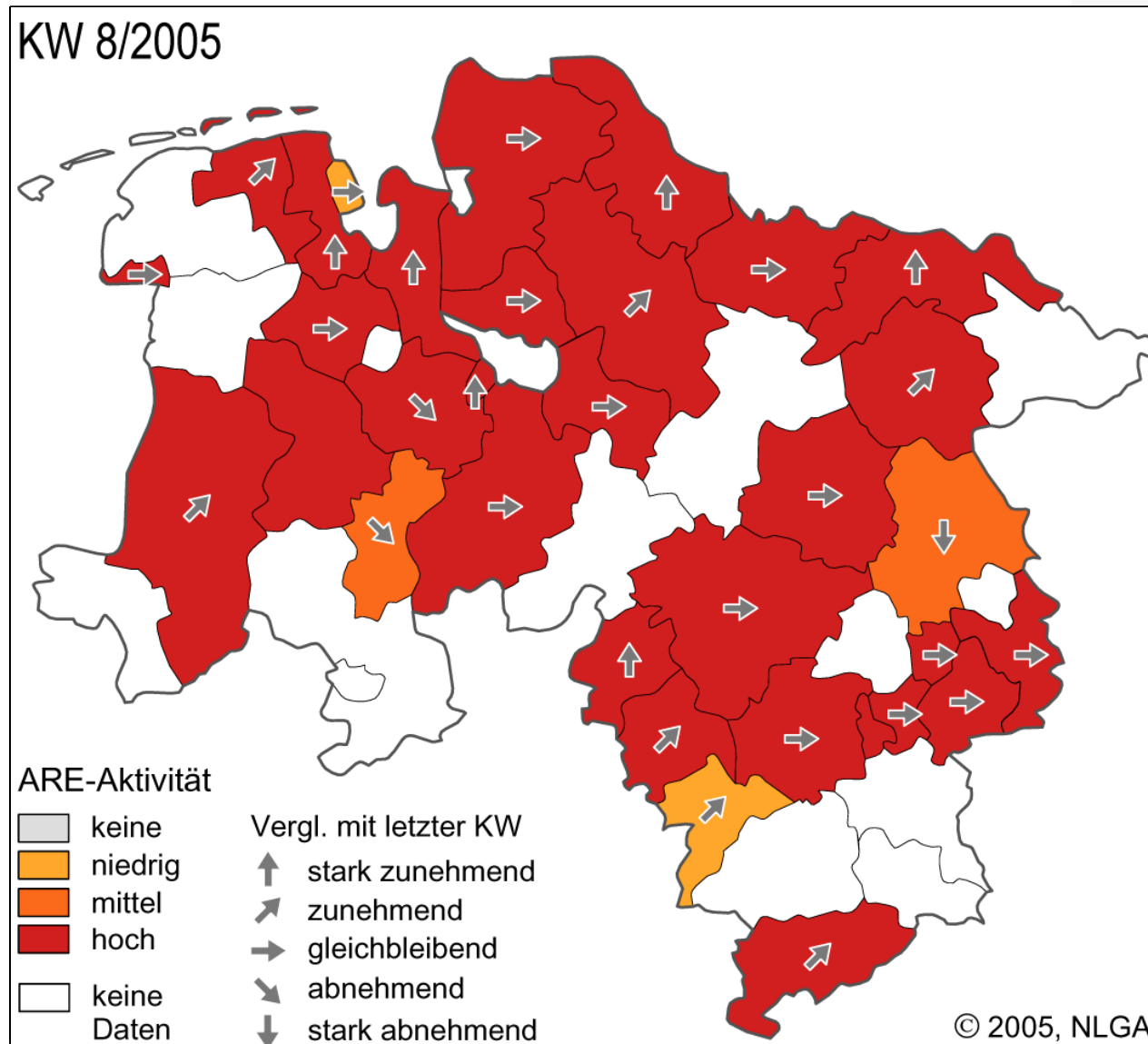
- Überwachung des Krankheitsgeschehens
- Zeitnahe Analyse der gewonnenen Ergebnisse

■ Niedersächsisches System: „**ARE**“ (NLGA) (www.nlga.niedersachsen.de)

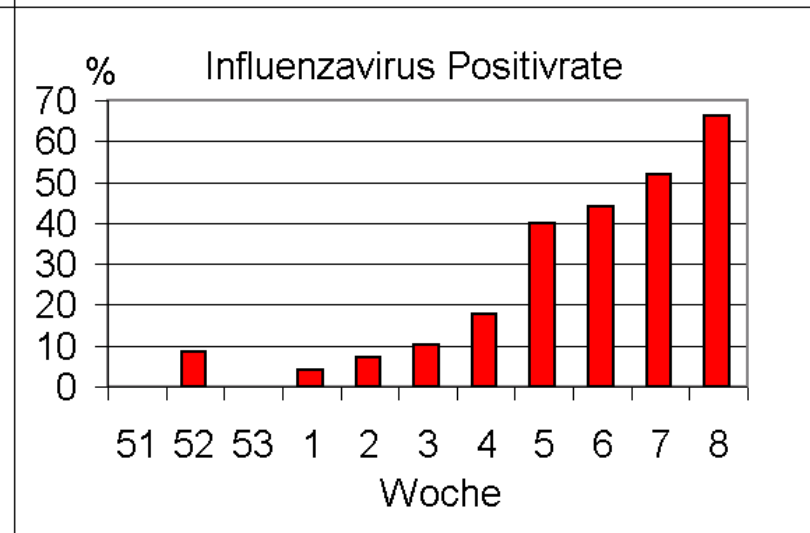
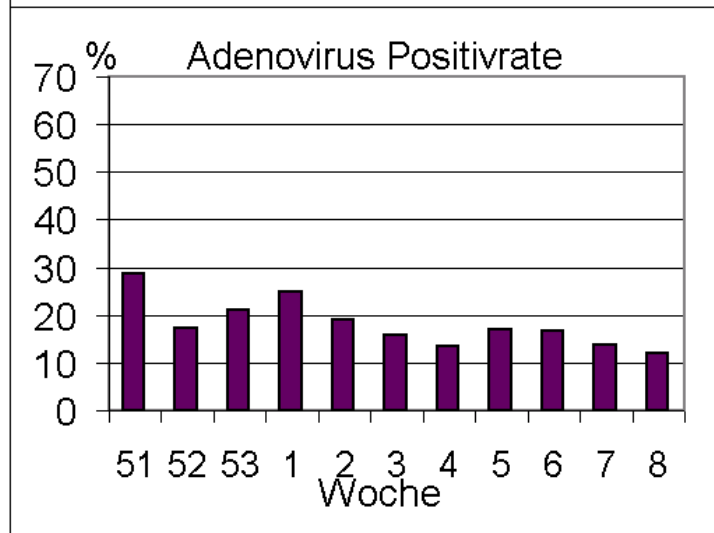
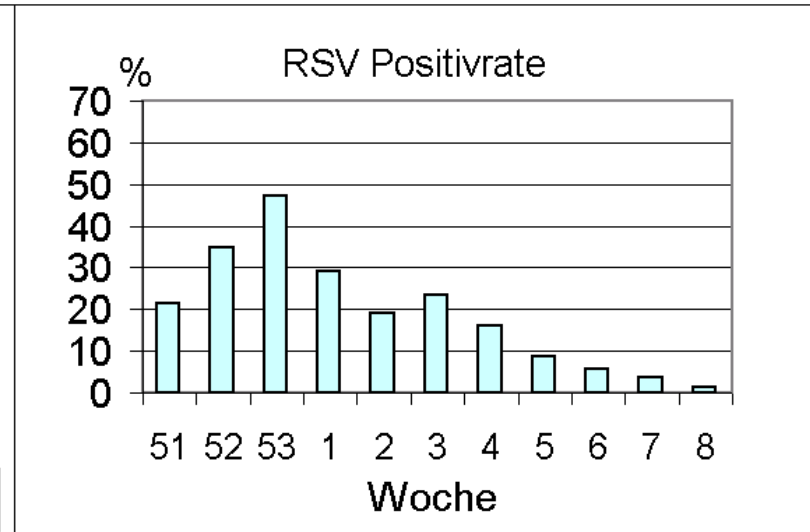
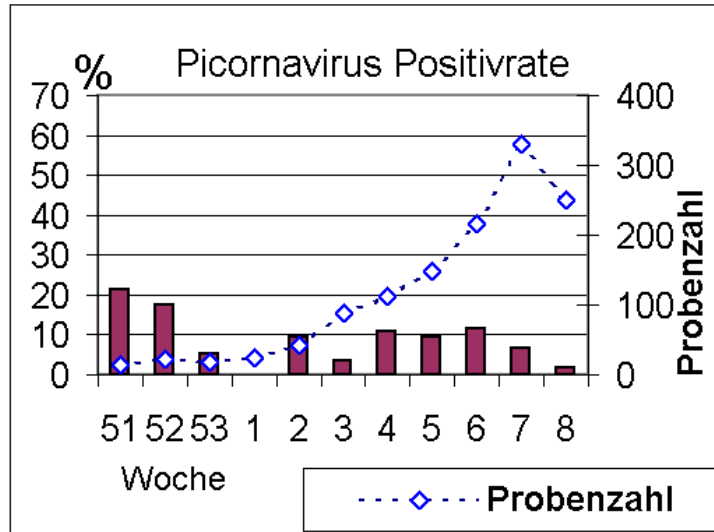
→ **Frühwarnsystem**

- Erfassung der Rate respiratorischer Erkrankungen in ausgewählten Kindergärten (KG)
- Virologische Diagnostik (> 50 Sentinelpraxen in Niedersachsen)

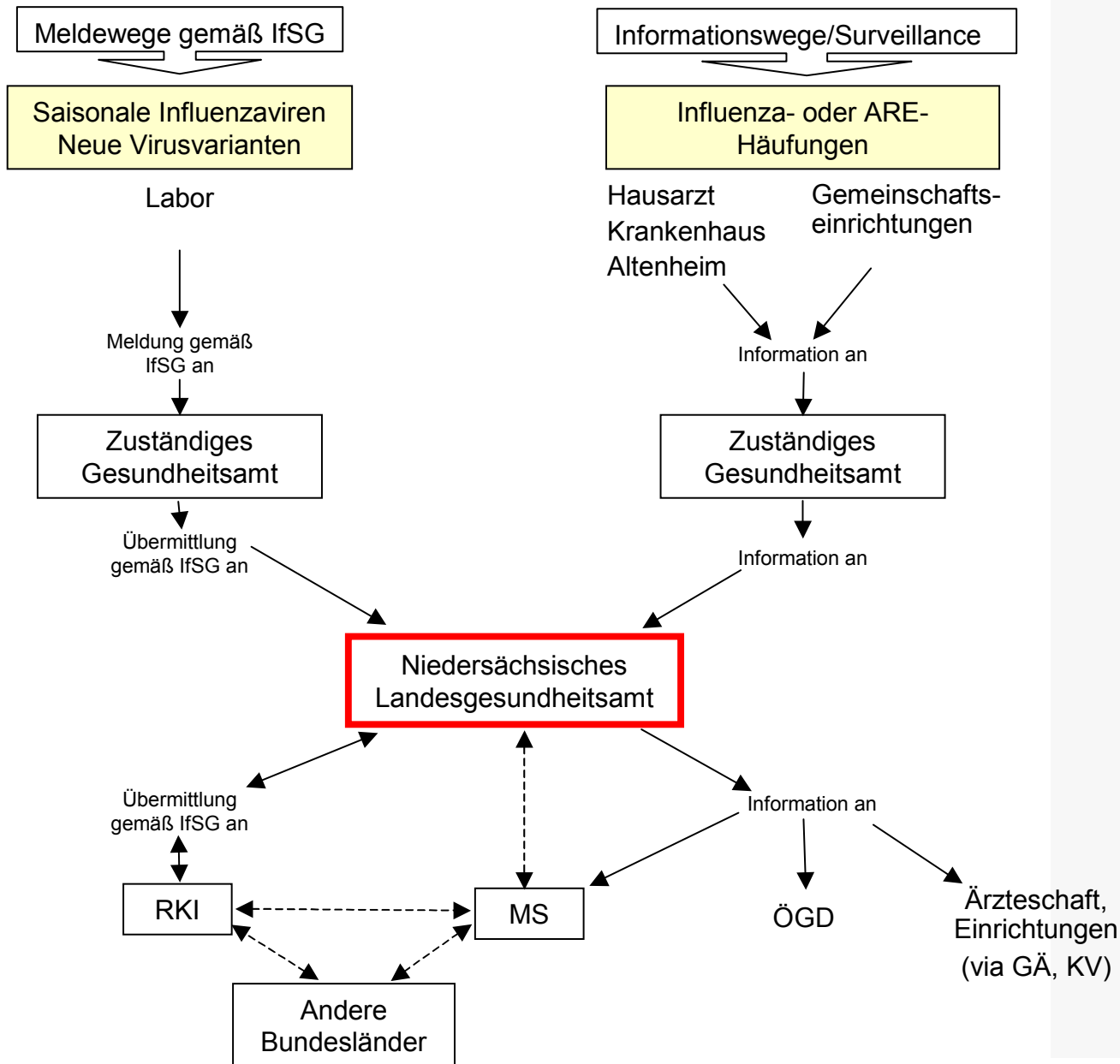
ARE-Aktivität aus Kindergärten, 2. – 8. KW, 2005



Ergebnisse der virologischen Diagnostik bei ARE-Patienten (ausgewählte Praxen)



Informations- und Meldewege



**Verordnung
über die Meldepflicht bei Aviärer Influenza beim Menschen
(Aviäre-Influenza-Meldepflicht-Verordnung – AIMPV)**

Vom 11. Mai 2007

Auf Grund des § 15 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), der zuletzt durch Artikel 57 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

(1) Die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Infektionsschutzgesetzes wird ausgedehnt auf

1. den Krankheitsverdacht,
2. die Erkrankung sowie
3. den Tod eines Menschen

an Aviärer Influenza. Die Meldung eines Krankheitsverdachts nach Nummer 1 hat nur zu erfolgen, wenn der Verdacht nach dem Stand der Wissenschaft sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet ist. Die dazu vom Robert Koch-Institut auf der Grundlage von § 4 Abs. 2 Nr. 1 des Infektionsschutzgesetzes veröffentlichte Empfehlung ist zu berücksichtigen.

(2) § 7 des Infektionsschutzgesetzes bleibt unberührt.

§ 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 11. Mai 2007

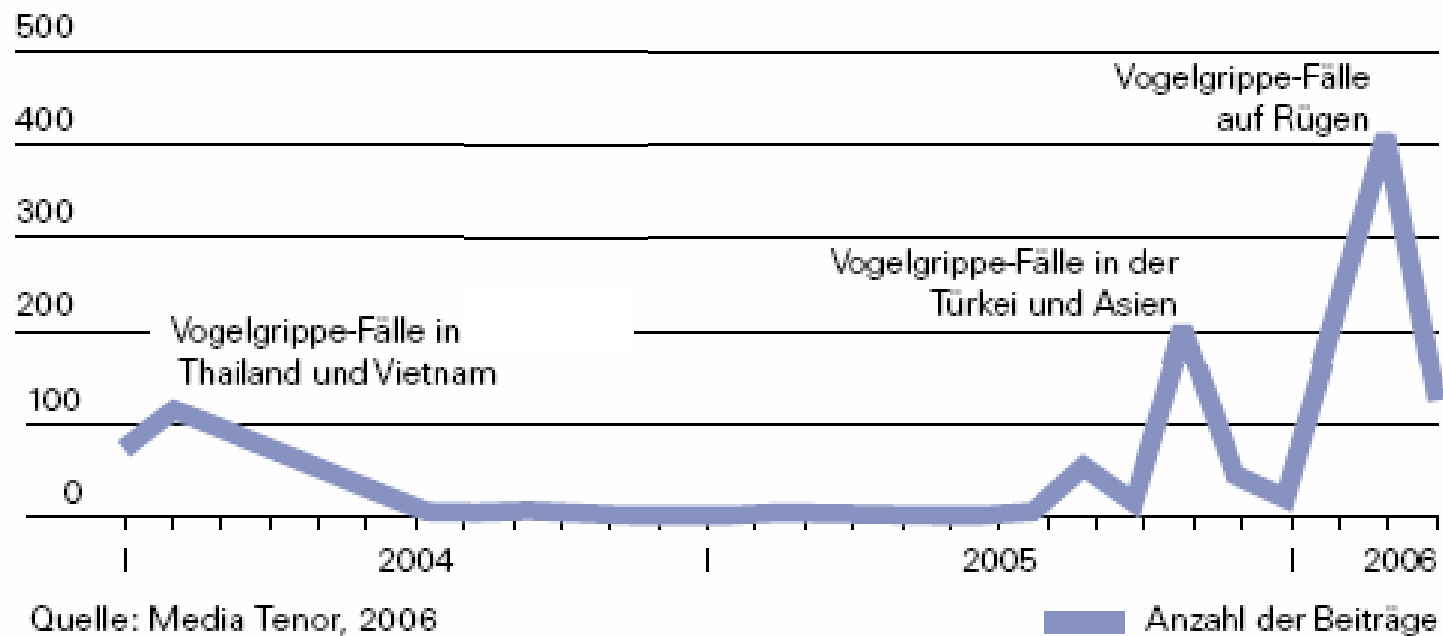
Die Bundesministerin für Gesundheit
Ulla Schmidt

Ausmaß der wirtschaftlichen Auswirkungen von saisonalen und pandemischer Influenza

	Saisonale Influenza	Pandemie
Arbeitsunfähigkeiten, Deutschland	1-2 Millionen	???
Wirtschaftlicher Schaden, Deutschland	1995/96: ~1 Milliarde Euro	???
Wirtschaftlicher Schaden, Weltweit	??	680 Milliarden Euro (Weltbank, 11/2005)

Mediale Berichterstattung

Präsenz des Themas „Vogelgrippe“ in deutschen Medien 1. Januar 2004 bis 25. März 2006



→ **Weitere Aspekte einer Pandemieplanung: Information und Aufklärung**

- **Kommunikation, Presse, Merkblätter**
 - Projekt des RKI mit der BZGA

- **Ethische Fragen**
 - In welchem Umfang sollte die Bevölkerung vorab über Einzelheiten der Pandemieplanung informiert werden ?

Thesen und Schlussbemerkungen

- Eine Pandemie stellt **nicht a priori** einen Katastrophenfall dar
- Im Rahmen fachlicher Empfehlungen ist eigenverantwortliches Handeln von Krankenhausträgern sowie im ambulanten Bereich unverzichtbar
- Fragen der Kostentragung und zahlreiche Detailfragen müssen noch geklärt werden
- Zur Entwicklung von Umsetzungsstrategien sind Gespräche („runde Tische“) auf allen Ebenen erforderlich
- Influenzapandemieplanung
 - = Teilaspekt einer umfassenden „Infektionsalarmplanung“
 - = Prozess
 - = gesamtgesellschaftliche Herausforderung