



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und
Verbraucherschutz

Influenzapandemieplan des Landes Hamburg

Stand 30. März 2006
- wird fortgeschrieben-

Vorwort

Der vorliegende Influenzapandemieplan des Landes Hamburg -erstellt durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz- basiert auf dem „Nationalen Influenzapandemieplan“, der im Dezember 2004 von der Gesundheitsministerkonferenz beschlossen und veröffentlicht wurde.

Er soll den Verantwortlichen in den Bereichen Gesundheitswesen und Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung / Katastrophenschutz in Hamburg, konkrete Informationen und Hilfestellungen liefern, auf deren Grundlage spezielle Planungen vorgenommen und die erforderlichen Vorbereitungen getroffen werden können.

Das Verständnis der hier gegebenen Informationen setzt die Kenntnis des „Nationalen Pandemieplanes“, insbesondere des Aktionsplanes von Bund und Ländern voraus, an dessen Systematik sich der vorliegende Influenzapandemieplan des Landes Hamburg orientiert.

Um die Lesbarkeit des Planes zu gewährleisten und gleichzeitig alle relevanten Informationen bereitzustellen, wird jeweils im laufenden Text auf die entsprechenden, im Internet bereits verfügbaren Dokumente, verwiesen. Diese Dokumente sind unverzichtbarer Teil des Landesplanes und müssen von den Planungsverantwortlichen je nach der fachlichen Betroffenheit zur Kenntnis genommen werden.

Die Vorbereitungen des Bundes und der Länder befinden sich zu Teilen noch im Planungs- und Beratungsstadium. Darüber hinaus erfordern neue wissenschaftliche Erkenntnisse und die sich ständig ändernde epidemiologische Situation eine fortlaufende Anpassung des Planes. Der vorliegende Text soll deshalb als „work in progress“ verstanden werden, der fortlaufend aktualisiert und auf den im Text genannten Internetseiten für die Planungsverantwortlichen verfügbar sein wird.

Der Plan verweist darüber hinaus auf Informationen für Hamburger Bürgerinnen und Bürgerinnen, die im Sinne einer abgestimmten Risikokommunikation eingesetzt werden können.

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Pandemieplanung
 - 1.1 Pandemiephasen der WHO
 - 1.2 Nationaler Pandemieplan
 - 1.3 Mögliche Auswirkungen einer Influenzapandemie auf Hamburg
 - 1.4 Steuerung der Planungen in Hamburg
 - 1.4.1 in der interpandemischen/pandemischen Warnperiode
 - 1.4.2 in der Pandemie
2. Surveillance
 - 2.1 Surveillance und Meldewege
 - 2.2 Diagnostik
3. Schutzimpfung
 - 3.1 Interpandemische Periode/ pandemische Warnperiode
 - 3.2 Pandemie
4. Antivirale Arzneimittel
 - 4.1 Verfügbarkeit der Neuraminidasehemmer
 - 4.2 Lagerung, Zubereitung, Verteilung, Verordnung und Abgabe
5. Hinweise für die Akteure in den verschiedenen Bereichen
 - 5.1 allgemeine Grundsätze seuchenhygienischer Maßnahmen
 - 5.2 ambulante Versorgung-
spezielle Hinweise für Praxen und Ambulanzen
 - 5.3 stationäre Versorgung-
spezielle Hinweise für Kliniken
 - 5.4 Gemeinschaftseinrichtungen
 - 5.4.1 spezielle Hinweise für Alten- und Pflegeheime
 - 5.5 betriebs- und werksärztliche Dienste
6. Kommunikation und Information
 - 6.1 Information der Behörde für die Hamburger Bevölkerung zu Grippe, Vogelgrippe und einer Influenzapandemie
 - 6.2 Falldefinitionen Influenza

- 6.3 Allgemeine Informationen für die Bevölkerung zu Hygieneregeln bei einer Influenzapandemie
- 6.4 Empfehlungen für Praxen und Ambulanzen zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie
- 6.5 Empfehlungen für Kliniken zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie
- 6.6 Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie
- 6.7 Empfehlungen für Betriebs- und Werksärzte
- 6.8 Informations- und Aufklärungsmerkblätter zur Schutzimpfung bei einer Influenzapandemie
- 6.9 Informationen und Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte zu Erhältlichkeit und Abgabe von antiviralen Medikamenten bei einer Influenzapandemie
- 6.10 Informationen für die Bevölkerung Hamburgs zu antiviralen Medikamenten bei einer Influenzapandemie
- 6.11 Informationen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen und zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zur Erhältlichkeit antiviraler Medikamente bei einer Influenzapandemie
- 6.12 Auszug aus dem Beschluss 609 des Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe zum Atemschutz beim Auftreten von Influenza

7. Wichtige Adressen und Telefonnummern

- 7.1 Pressestelle der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
- 7.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst in Hamburg
- 7.3 Ansprechpartner zur mikrobiologischen Diagnostik der Influenza
- 7.4 Beratungsangebote für Bürgerinnen und Bürger

1. Grundlagen der Pandemieplanung

1.1 Pandemiephasen der WHO

Bei der Planung in allen Bereichen muss zwischen der interpandemischen Periode und der Periode der Pandemie selbst unterschieden werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet in ihrem Pandemieplan sechs Phasen, die verschiedenen pandemischen Perioden zugeordnet sind.

http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_EDC_99_1/en/

Für jede Phase wurde von der WHO eine allgemeine Zielsetzung für den öffentlichen Gesundheitsbereich formuliert. Seit dem Jahr 2003 befinden wir uns in Phase 3.

Pandemische Perioden	WHO-Phasen	Kennzeichen/ Ziel in der Pandemie-strategie
Interpandemische Periode	Phase 1	Kein Nachweis neuer Influenzavirus-Subtypen beim Menschen. Ein Subtyp, der zu einem früheren Zeitpunkt Infektionen beim Menschen verursacht hatte, zirkuliert möglicherweise bei Tieren. Das Risiko menschlicher Infektionen wird niedrig eingestuft.
		Ziel: Die Vorbereitungen auf eine Influenza-Pandemie sollten global, regional, national und auf subnationaler Ebene vorangetrieben werden.
	Phase 2	Kein Nachweis neuer Influenza-Subtypen bei Menschen. Zirkulierende Influenzaviren bei Tieren stellen ein erhebliches Risiko für Erkrankungen beim Menschen dar.
		Ziel: Das Risiko einer Übertragung auf Menschen sollte minimiert werden; mögliche Übertragungen sollten schnell aufgedeckt und gemeldet werden.
Pandemische Warnperiode	Phase 3	Menschliche Infektion (en) mit einem neuen Subtyp, aber keine Ausbreitung von Mensch zu Mensch oder nur in extrem seltenen Fällen bei engem Kontakt. Ziel: Eine schnelle Charakterisierung neuer Virus-Subtypen wie auch der frühe Nachweis, die Meldung und Reaktion auf weitere Fälle sollten sichergestellt sein.
	Phase 4	Kleine (s) Cluster mit begrenzter Übertragung von Mensch zu Mensch. Die räumliche Ausbreitung ist noch sehr begrenzt, so dass von einer unvollständigen Anpassung des Virus an den Menschen ausgegangen werden kann. Ziel: Das neue Virus sollte innerhalb eines umschriebenen Herdes eingedämmt werden, oder seine Ausbreitung sollte verzögert werden, um Zeit für vorbereitende Maßnahmen einschließlich der Entwicklung von Impfstoffen zu gewinnen.
	Phase 5	Große (s) Cluster, die Ausbreitung von Mensch zu Mensch ist jedoch weiter lokalisiert; es muss davon ausgegangen werden, dass das Virus besser an den Menschen angepasst ist, (möglicherweise) jedoch nicht optimal übertragbar ist (erhebliches Risiko einer Pandemie). Ziel: Die Bemühungen, die Verbreitung des Virus einzudämmen oder zu verlangsamen sollten maximiert werden, um eine Pandemie möglichst zu verhindern bzw. um Zeit für vorbereitende Maßnahmen zu gewinnen.
Pandemie	Phase 6	Pandemische Phase: Zunehmende und anhaltende Übertragung in der Allgemeinbevölkerung. In Phase 6 wird weiter unterschieden, ob 1) ein Land noch nicht betroffen ist, 2) ein Land betroffen ist oder enge Handels- oder Reisebeziehungen zu einem betroffenen Land hat, 3) die Aktivität zurückgegangen ist, oder es sich um 4) eine zweite Pandemiewelle handelt. Ziel: Minimierung der Auswirkungen der Pandemie.
Postpandemische Phase		Entspricht der interpandemischen Periode.

1.2 Nationaler Pandemieplan

Quellen- und Literaturnachweise können dem „Nationalen Influenzapandemieplan“ entnommen werden:

http://www.rki.de/cln_006/nn_387378/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Influenzapandemieplan.html

1.3 Mögliche Auswirkungen einer Influenzapandemie auf Hamburg

Die Auswirkungen einer zukünftigen Pandemie können nur anhand der zur Verfügung stehenden, historischen Daten vorheriger Pandemien plausibel abgeschätzt werden. Diese Daten sind Grundlage des von den Centers of Disease Control (CDC) veröffentlichten Computer-Modells „FluAid“, das mit den vom Robert Koch Institut (RKI) vorgenommenen Anpassungen für die nachfolgenden Berechnungen eingesetzt wurde.

In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass der Großteil der Erkrankungen in einer Influenzapandemie in einem Zeitraum von acht Wochen und in nur einer Krankheitswelle auftritt. Als Erkrankungsdauer wird von einer Woche ausgegangen.

In Hamburg leben derzeit rund 1,7 Mio. Menschen, von denen auf der Grundlage der Risikogruppenzuordnung des Nationalen Pandemieplanes ca. 20% mit einem erhöhten Risiko für einen komplikationsreichen Verlauf der Influenzaerkrankung (z.B. Personen, die in Altersheimen leben, mit chronischen Begleiterkrankungen, Schwangere im 2./3. Trimenon u.a.) in das Modell eingehen. Bezieht man in die Risikogruppenzuordnung zusätzlich alle Personengruppen ein, für die die Ständige Impfkommission am RKI (STIKO) eine jährliche Influenzaimpfung empfiehlt (d.h. Personen mit Begleiterkrankungen und alle über 60 Jahre), umfassen diese knapp 30 % der Hamburger Bevölkerung. (http://www.rki.de/cln_006/nn_226862/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/30_05.html_nnn=true).

Um die Belastung des Gesundheitssystems abzuschätzen wurden in dem Modell aufgrund der Risikozuordnungen in den Altersgruppen differenzierte, auf den bisherigen Erfahrungen beruhende Annahmen für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Krankenhauseinweisungen und Todesfälle zugrunde gelegt. Unter anderem wird davon ausgegangen, dass nicht alle Personen wegen ihrer Symptome ärztliche Hilfe suchen. Andererseits wird berücksichtigt, dass auch Personen mit akuten Atemwegserkrankungen anderer Ursachen unter der Verdachts- oder Differentialdiagnose „Influenza“ eine Ärztin oder einen Arzt konsultieren und zu einem gewissen Anteil als solche diagnostiziert werden, was zu zusätzlichen Belastungen des ambulanten medizinischen Systems führt.

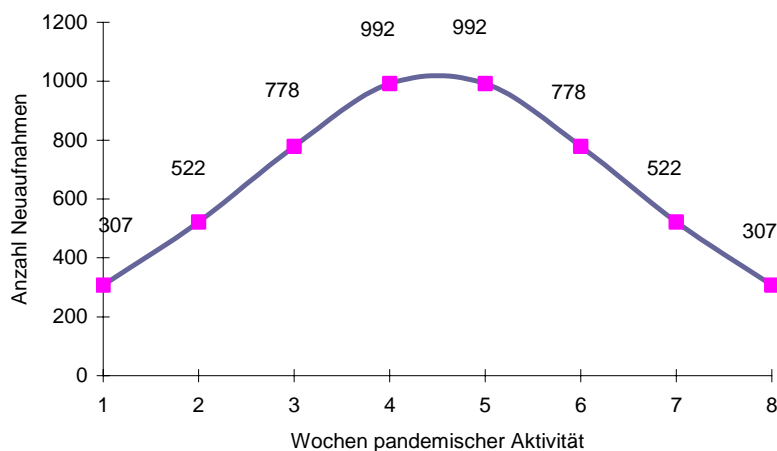
Daneben beeinflusst die angenommene klinische Erkrankungsrate, also der Anteil der Personen in einer Bevölkerung, der klinisch erkrankt (definiert als Erkrankungen mit messbaren ökonomischen Auswirkungen, wie Krankmeldung am Arbeitsplatz oder Arztbesuch) maßgeblich die Abschätzung der Belastungen für das Gesundheitssystem.

Die klinische Erkrankungsrate wird bestimmt von den Eigenschaften des Erregers und der Empfänglichkeit der Bevölkerung, sowie der Wirksamkeit von seuchenhygienischen Gegenmaßnahmen. Da das mögliche Pandemievirus noch nicht bekannt ist, werden Berechnungen für mehrere klinische Erkrankungsrate durchgeführt. Dies ist in der nachfolgenden Tabelle für klinische Erkrankungsrate von 15, 30 und 50 Prozent über einen angenommenen Zeitraum von 8 Wochen exemplarisch dargestellt. Zum Vergleich werden die Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza zu den Influenzasaisons der letzten 3 Jahre dargestellt (<http://influenza.rki.de/agi>):

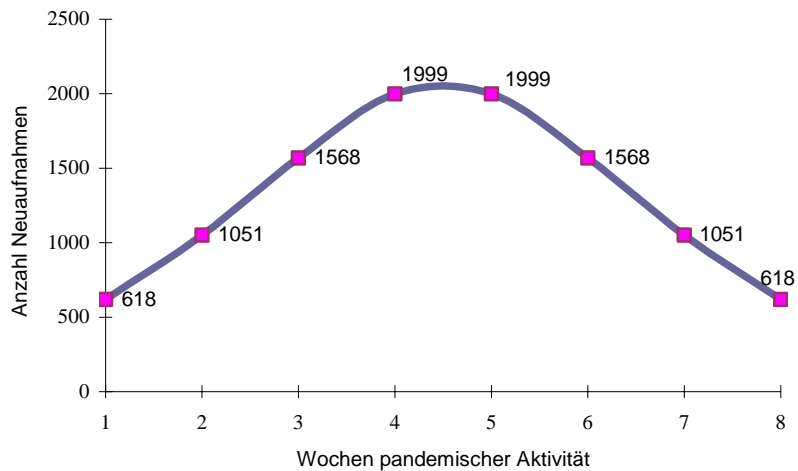
	Zusätzliche Konsultationen in Arztpraxen	Hospitalisierungen	Todesfälle
Influenza-Saison 2002/2003	94.500 – 105.000	630 - 651	357
Influenza-Saison 2003/2004	10.500 – 37. 800	105 - 378	126
Influenza-Saison 2004/2005	98.700 – 130.200	462 - 672	315 - 420
Influenza-Pandemie 15% Erkrankungsrate	330 000	5 200	1 000
Influenza-Pandemie 30% Erkrankungsrate	470 000	10 500	2 100
Influenza-Pandemie 50% Erkrankungsrate	653 000	17 500	3 500

Anschaulicher für den Praxisinhaber ist möglicherweise die Anzahl der zusätzlichen Konsultationen pro Praxis: Ausschließlich auf allgemeinmedizinische und pädiatrische Praxen, hausärztliche Internisten und praktische Ärztinnen und Ärzte in Hamburg bezogen, müsste bei einer angenommenen Erkrankungsrate von 15% mit etwa 40, bei einer Erkrankungsrate von 30 % mit knapp 60 (bei 50% etwa 80) zusätzlichen Patientinnen und Patienten pro Praxis und Woche gerechnet werden. Dabei wurde berücksichtigt, dass ca. 1/3 der Arztpraxen aufgrund eigener Krankheitsausfälle nicht zur Behandlung zur Verfügung steht.

Für die **stationäre Versorgung** wird davon ausgegangen, dass etwa ein Viertel der aufgenommenen Personen aus dem Umland stammt und in den Kliniken Hamburgs mitversorgt werden muss. Die Verantwortlichen in der Notfallplanung der Kliniken sollten außerdem berücksichtigen, dass die Zahl der stationären Neuaufnahmen nicht gleichmäßig über einen Pandemieverlauf von 8 Wochen verteilt sein wird, sondern Schwankungen unterliegt. Dies ist für Erkrankungsraten von 15% und 30 % exemplarisch in den nachfolgenden Abbildungen dargestellt:



Neuaufnahmen der Hamburger Akut- und Notfallversorgungskrankenhäuser pro Woche, bezogen auf eine angenommene Erkrankungsrate von 15 %



Neuaufnahmen der Hamburger Akut- und Notfallversorgungskrankenhäuser pro Woche, bezogen auf eine angenommene Erkrankungsrate von 30%

Den Modellrechnungen folgend werden während einer Pandemiewelle etwa 95 % der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeiten innerhalb von 8 Wochen, Zweidrittel hiervon innerhalb einer Peakphase von 4 Wochen auftreten. Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass nach den Annahmen des Modells etwa 25% der stationär aufgenommenen Personen eine intensivmedizinische Versorgung und von diesen noch einmal rund die Hälfte einen Beatmungsplatz benötigen könnten.

Laut Krankenhausplan bestehen zum Jahresende 2004 folgende Kapazitäten in Hamburg:

	aufgestellte Betten	Ausnutzung
Insgesamt	11678	75,9%
Innere Medizin	2964	74,8%
Pädiatrie	576	65,1%
Geriatric	720	84,5%

Aus einer Umfrage der BWG im Dezember 2005 ging darüber hinaus hervor, dass in Hamburg 672 Intensivbetten sowie insgesamt 470 Beatmungsgeräte zur Versorgung von Patienten zur Verfügung stehen.

Das würde bedeuten, dass während der Peak-Phase in der 4. und 5. Woche, bei einer angenommenen Erkrankungsrate von 15% bis zu einem Viertel und bei einer Erkrankungsrate von 30 % bis zur Hälfte der Bettenkapazitäten in den Fachabteilungen Innere Medizin, Pädiatrie und Geriatric in den Hamburger Krankenhäusern der Akut- und Notfallversorgung für die Versorgung von Influenzaerkrankten bereitzustellen sind. In Bezug auf die Intensivkapazitäten wären es je nach angenommener Erkrankungsrate etwa 37% bzw. 74% der vorhandenen Betten in der Intensivmedizin und 27% bzw. 53% der vorhandenen Beatmungsgeräte.

Die mit einer Influenzapandemie assoziierten Unsicherheiten bedingen die eingeschränkte Aussagekraft solcher Modelldaten, da weder die Eigenschaften des Erregers noch die hauptsächlich betroffenen Personengruppen zum jetzigen Zeitpunkt mit Sicherheit vorhergesagt werden können. Es ist offensichtlich, dass auch sehr komplexe Modelle die möglicherweise eintretende Wirklichkeit nur begrenzt abbilden können: So bleiben der wahrscheinliche Verlauf einer Pandemie in mehreren Wellen oder die Auswirkungen seuchenhygienischer Maßnahmen unberücksichtigt. Exemplarisch sei auch darauf hingewiesen, dass zwar die Metropolregion Hamburgs bei der stationären Versorgung berücksichtigt wurde, andere Besonderheiten, wie z.B. Übernachtungsgäste, jedoch nicht. Der Anwender der oben genannten Daten muss sich dieser Limitationen von Modellrechnungen im Rahmen seiner Planungsverantwortung bewusst sein.

1.4 Steuerung der Planungen in Hamburg

1.4.1 in der inter pandemischen Periode / pandemischen Warnperiode

In der inter pandemischen Periode / pandemischen Warnperiode obliegt die Verantwortung und Steuerung der Planungen des Landes der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit.

Sie informiert die zuständigen Behörden, Krankenhäuser, Apotheker- und Ärztekammern, die Kassenärztliche Vereinigung sowie weitere Institutionen fortlaufend über den Stand der Planungen. Den jeweiligen Institutionen wiederum obliegt die Pflicht zur Weitergabe der Informationen an die ihnen zugeordneten Bereiche. Daher sollten regelmäßig entsprechend geeignete Informations- und Schulungsveranstaltungen durchgeführt werden. Wichtigstes Instrument der Informationsweitergabe durch die BWG ist dabei der vorliegende, fortlaufend von der BWG aktualisierte Influenzapandemieplan des Landes, der unter der nachfolgenden Internetseite abrufbar ist: www.hamburg.de.

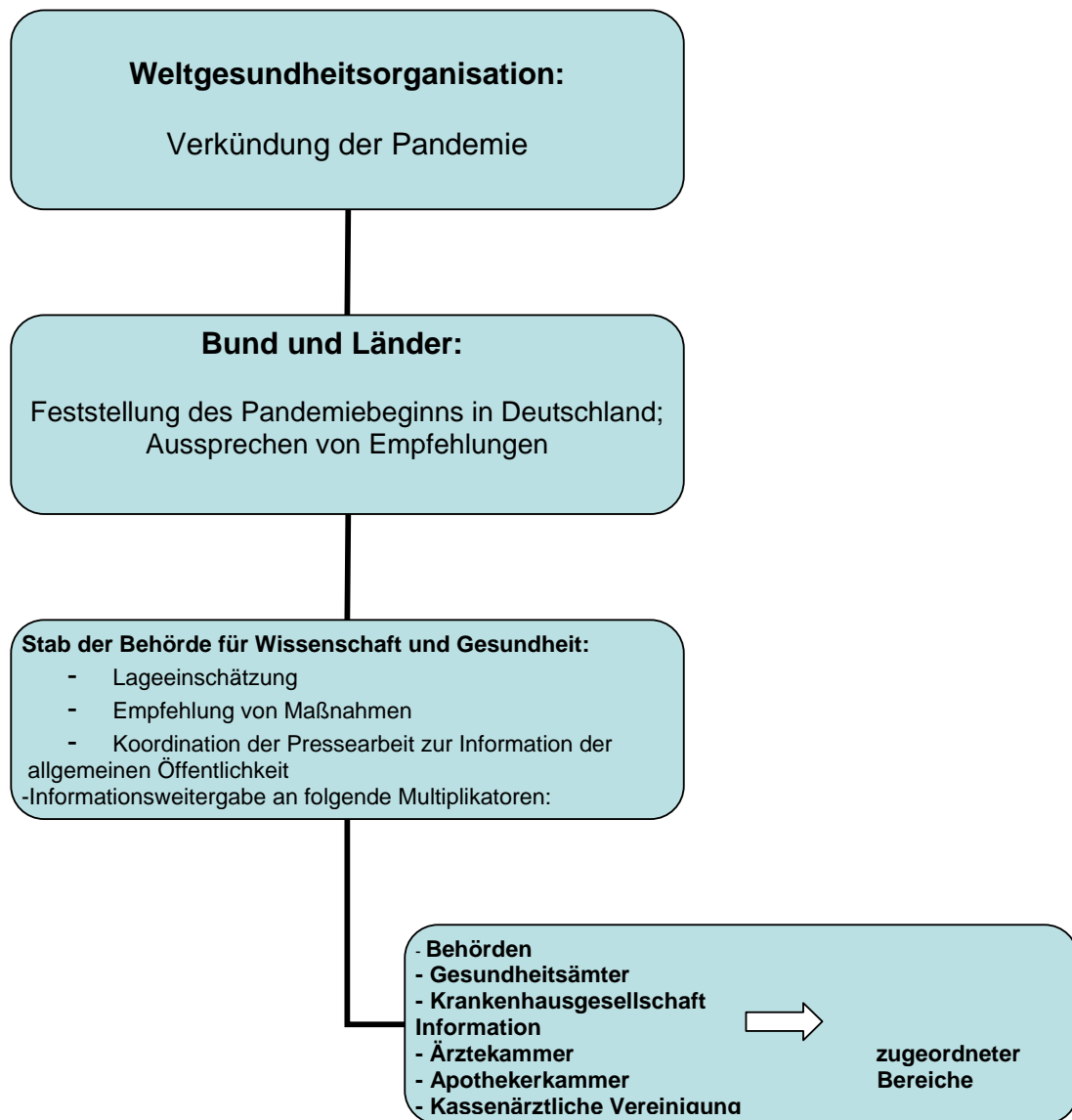
Aufgabe **aller** betroffenen Bereiche ist es, auf der Grundlage der hier vorliegenden Empfehlungen die bestehenden Krisen- und Notfallstrukturen zu überprüfen, anzupassen, gegebenenfalls Übungen durchzuführen und, soweit die Notwendigkeit besteht, weitere strukturelle und personelle Konsequenzen zu ziehen. Die zuständigen Gesundheitsämter der Bezirke werden dabei beratend und koordinierend tätig. Ansprechpartner und Kontaktadressen in den Gesundheitsämtern sind unter 7.2 in diesem Plan genannt.

Gleichrangig neben der Kommunikation mit den Planungsverantwortlichen steht die **Risikokommunikation** mit der **Presse und der allgemeinen Öffentlichkeit**. Ansprechpartner für Presseanfragen in der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit finden Sie im Adressenteil unter 7.1.

Aktuelle Informationen für Bürgerinnen und Bürger zu Planungen der Stadt Hamburg finden Sie unter 6.1. und unter www.fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/pressemeldungen.

1.4.2 in der Pandemie

Im Pandemiefall treten die zuständigen Stäbe der Behörden und weiterer Institutionen zusammen. Wenn möglich, sollten in den Stäben Personen mit infektiologischem Sachverstand vertreten sein. Die Federführung für die Lageeinschätzung und Koordinierung, die Informationsweitergabe an betroffene Behörden und Institutionen, das Aussprechen von Empfehlungen über Maßnahmen sowie die Öffentlichkeitsarbeit, obliegen der BWG. Dabei sind außerhalb der Katastrophensituation die unten genannten Informationswege vorgesehen. Beim Entstehen einer Katastrophensituation aufgrund der möglichen Auswirkungen einer Influenzapandemie, wird nach den bestehenden Strukturen des Katastrophenschutzes unter Federführung der Behörde für Inneres vorgegangen.



2. Surveillance

2.1 Surveillance und Meldewege

Interpandemische Periode / Pandemische Warnperiode

Die bestehenden Systeme der Influenzasurveillance bzw. -meldung stellen, basierend auf drei Schwerpunkten, die wesentlichen Informationsquellen in allen Pandemiephasen dar:

1) Sentinelsurveillance in ambulanten Arztpraxen durch das Netzwerk der Arbeitsgemeinschaft Influenza, zur Überwachung der „akuten respiratorischen Erkrankungen“.

In diesem Zusammenhang erfolgt in der Influenzasaison (40. – 15. Kalenderwoche) eine wöchentliche Aktualisierung und Kommentierung der Ergebnisse, die auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Influenza

<http://influenza.rki.de/agi/index.html?c=about> jederzeit eingesehen werden können.

2) Virologische Surveillance von Rachenabstrichen, durchgeführt vom Nationalen Referenzzentrum für Influenza. Hierzu erfolgt eine Untersuchung der durch Sentinelärzte der Arbeitsgemeinschaft Influenza gewonnenen Rachenabstriche, mit umfassender Charakterisierung der identifizierten Viren

http://www.rki.de/cln_006/nn_226630/DE/Content/Infekt/NRZ/NRZ_Liste,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/NRZ_Liste.

3) Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Gemäß § 7 Absatz 1 Nr. 24 IfSG erfolgt eine namentliche Meldung direkter Influenzavirus-Nachweise durch die diagnostizierenden Labore an die zuständigen Gesundheitsämter der Bezirke (Ansprechpartner siehe unter 7.1). Dabei sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auch der Antigennachweis durch so genannte Influenzaschnelltests unter die o.g. Meldepflicht fällt.

Die Gesundheitsämter übermitteln gemäß § 11 Absatz 1 IfSG nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition (siehe Merkblatt unter 6.2) gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 a IfSG entsprechen, an die in Hamburg zuständige Landesstelle, dem Zentrum für Infektionsepidemiologie des Instituts für Hygiene und Umwelt. Dieses veröffentlicht regelmäßig einen Bericht (Infekt-Info) zur epidemiologischen Situation der meldepflichtigen Erkrankungen in Hamburg <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/wissenschaft-gesundheit/hygiene-umwelt/start>.

Gemäß § 12 Abs. 1 IfSG sind Fälle von Influenza-Nachweisen vom Gesundheitsamt unverzüglich an die zuständige Landesbehörde, von dieser unverzüglich dem RKI und von diesem, nach internationalen Verpflichtungen, der Weltgesundheitsorganisation zu übermitteln.

Liegen dem Gesundheitsamt darüber hinaus Hinweise auf eine „**ungewöhnliche Fallmeldung**“ vor, sind weitergehende Ermittlungen einzuleiten und unverzüglich das Zentrum für Infektionsepidemiologie des Instituts für Hygiene und Umwelt zu informieren, von wo eine weitere fachliche Bewertung und ggf. eine unverzügliche Information der BWG und des Robert Koch Instituts erfolgen. Alle weiteren Schritte werden von diesen Stellen –gegebenenfalls unter Einberufung des Fachstabs Seuchenschutz koordiniert.

Als Hinweise auf eine „ungewöhnliche Fallmeldung“ gelten insbesondere:

- a) Fälle mit Nachweis eines neuen Subtyps (also weder A/H1 noch A/H3)
- b) Fälle bei denen eine für Influenza untypische Klinik berichtet wird

und unter bestimmten Umständen auch:

- c) Fälle bei denen der Subtypnachweis erfolglos geblieben ist.

Pandemie

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Systemen werden für eine Pandemie weitere Komponenten einer Influenzasurveillance zwischen den Experten von Bund und Ländern beraten. Darüber hinaus sollen im Falle einer Influenzapandemie auch Verdachts-, Krankheits- und Todesfälle an Influenza meldepflichtig werden. Entwürfe für eine entsprechende Erweiterung der Meldepflicht sind vorbereitet worden und sollen ab Phase 4 (nach WHO) umgesetzt werden.

2.2 Diagnostik

Interpandemische Periode / Pandemische Warnperiode

Für Testsysteme und Probenentnahmen liegen Informationen des Robert Koch Instituts vor: http://www.rki.de/cln_006/nn_387378/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Mbl_Influenza.html.

Das Institut für Hygiene und Umwelt hält als Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes diagnostische Kapazitäten vor, die in der interpandemischen Phase und im Falle der Pandemie genutzt werden können. Es berät auch zu diagnostischen Fragestellungen.

Institut für Hygiene und Umwelt, Marckmannstraße 129a, 20539 Hamburg

Telefon:(0 40) 4 28 45-77, E-Mail: infoHU@hu.hamburg.de

Die Serotypisierung der Isolate erfolgt in den Laboren des nationalen Referenzzentrums für Influenza:

Nationales Referenzzentrum für Influenza, Berlin
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin
Tel.:030 / 4547-2205
Fax:030 / 4547-2605

Pandemie

Die Ausstattung von Praxen und Notfallaufnahmen mit Influenza-Schnelltests, zur besseren Lageeinschätzung und als Entscheidungshilfe im Hinblick auf Absonderungs- und Therapiemaßnahmen zu Beginn (und am Ende) einer Pandemie, wird empfohlen.

Wichtigstes Handlungskriterium in der Pandemie ist jedoch das klinische Bild (http://www.rki.de/cln_006/nn_387378/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Mbl_Influenza.html) in Kenntnis der epidemiologischen Situation. Die aktuelle epidemiologische Situation kann auf der website der Arbeitsgemeinschaft Influenza eingesehen werden <http://influenza.rki.de/agi/index.html?c=about>. Für weitergehende labordiagnostische Maßnahmen (außerhalb der oben beschriebenen Sentinelpraxen) sollten die jeweils aktuellen fachlichen Empfehlungen beachtet werden.

3. Schutzimpfungen

3.1 Interpandemische Periode / pandemische Warnperiode

Die Erhöhung der Impfraten gegen Influenza und Pneumokokken in den von der STIKO empfohlenen Risikogruppen, ist erklärtes Ziel der Stadt Hamburg und Gegenstand entsprechender öffentlichkeitswirksamer Kampagnen.

http://www.rki.de/cln_006/nn_226618/DE/Content/Infekt/Impfen/STIKO_Empfehlungen/stiko_empfehlungen_node.html_nnn=true

Die Voraussetzung für Entschädigungen bei Impfschäden gemäß § 60 IfSG, ist aufgrund der öffentlichen Empfehlung zu Influenza- und Pneumokokkenschutzimpfungen für Personen aller Altersgruppen, gemäß dem Hamburger Anzeiger vom 25.2.2005 gegeben.

(<http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/wissenschaft-gesundheit/gesundheitsinfektionsschutz/zz-stammdaten/ladbare-dateien/amtlicher-anzeiger-pdfproperty=source.pdf>).

3.2 Pandemie

Auf Grundlage der Empfehlungen des Beratungsgremiums des RKI, wird im Falle des pandemischen Auftretens von Influenzaviren, eine öffentliche Impfempfehlung durch die Freie und Hansestadt Hamburg ausgesprochen werden.

Bund und Länder stehen derzeit mit dem Ziel, die technischen Voraussetzungen für eine schnellstmögliche Produktion des pandemischen Impfstoffes für die gesamte Bevölkerung zu schaffen, in Verhandlungen mit den Herstellern von Influenzaimpfstoffen. Nach den bisherigen Planungen und Erkenntnissen, wird die Bereitstellung eines pandemischen Impfstoffes jedoch schon aus produktionstechnischen Gründen zumindest mehrere Monate erfordern. Darüber hinaus wird aufgrund des reduzierten Antigengehaltes des Impfstoffes wahrscheinlich eine zweimalige Impfung innerhalb von 6 Wochen notwendig sein. Bisher noch nicht bekannt ist dagegen, in welchen Zubereitungsformen der Impfstoff durch die Hersteller bereitgestellt werden kann und wird (Einfach-, Mehrfachdosenbehälter, mit oder ohne Einwegspritzen/- kanülen etc.).

Auf Grundlage dieser bisher vorliegenden Erkenntnisse ist in Hamburg das folgende Verfahren vorgesehen:

Die Lagerung, Verteilung und Abgabe des Impfstoffes erfolgt durch die üblichen Strukturen (Großhandel, Apotheken).

Die Durchführung der Impfung erfolgt durch ärztliche Praxen, betriebsärztliche Dienste und den öffentlichen Gesundheitsdienst. Entsprechende organisatorische Vorbereitungen sind im Vorfeld von den Verantwortlichen zu treffen.

Impfpriorisierung: Mit dem Ziel der Impfung der Gesamtbevölkerung, sollen im zeitlichen Verlauf vorrangig folgende Personengruppen geimpft werden:

1. Personal im (akuten) ambulanten und stationären medizinischen Versorgungsbereich
2. Berufsgruppen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Infrastruktur und Sicherheit
3. Risikogruppen nach jeweiliger epidemiologischer Lage

Die Feststellung der Risikogruppen nach 3. kann erst im Laufe der Influenzapandemie durch Bund und Länder erfolgen, da Auswirkungen eines möglichen Pandemievirus nicht vorhersehbar sind. Zu Planungszwecken kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgegangen werden, dass die von der STIKO benannten Personen, für die eine jährliche Influenzaimpfung indiziert ist (ca. 20- 30% der Bevölkerung), unter die 3. Gruppe fallen.

Zur Aufklärung über die Impfung selbst und die unter Umständen mit ihr einhergehenden Nebenwirkungen, wird die BWG pandemieimpfstoffspezifische, standardisierte Aufklärungsmerkblätter bereitstellen. (s. Merkblatt unter 6.9).

Anmerkung: Dieses Merkblatt wird erst mit der Feststellung der Influenzapandemie im Landespandemieplan verfügbar sein.

4. Antivirale Medikamente

Wirksame und im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes verfügbare antivirale Mittel gegen Influenza sind derzeit der M2-Membranproteinhemmer Amantadin sowie die Neuraminidasehemmer Zanamivir und Oseltamivir.

Aufgrund der Ausführungen des Nationalen Pandemieplans zu Wirkmechanismen, Resistenzbildung und unerwünschten Nebenwirkungen sind die in Hamburg vorrangig zum Einsatz in der Pandemie empfohlenen Wirkstoffe Oseltamivir und Zanamivir.

Klinische Untersuchungen zur therapeutischen Wirksamkeit der Neuraminidasehemmer in der Pandemie liegen nicht vor, so dass entsprechende Erkenntnisse zur therapeutischen Wirksamkeit aus klinischen Studien zur saisonalen Influenza und experimentellen Untersuchungen abgeleitet werden müssen: Erstere zeigen, dass die Erkrankungsdauer bei einer Influenza A und B, verglichen mit Placebo, bei Erwachsenen und Kindern um ungefähr eineinhalb Tage abgekürzt wird. Einige Studien weisen darauf hin, dass durch den Einsatz von Neuraminidasehemmern eine Reduktion von Komplikationen durch Atemwegserkrankungen, Hospitalisierungen und des Antibiotikaverbrauchs bewirkt werden kann. Der Einfluss auf die Sterblichkeit wurde als Endpunkt nicht untersucht. Weitere Informationen und Literaturangaben zur therapeutischen und prophylaktischen Wirksamkeit der Neuraminidasehemmer sind im Nationalen Influenzapandemieplan dargelegt.

Zum jetzigen Zeitpunkt wird in Hamburg vorrangig ein therapeutischer Einsatz in Risikogruppen der Bevölkerung und bei ausgewählten Berufsgruppen (s.4.1.) im Zeitraum bis zur Verfügbarkeit des pandemischen Impfstoffes empfohlen. Bei ausreichender Verfügbarkeit und in ausgewählten Situationen -insbesondere auch bei arbeitsmedizinischen Indikationen - ist der Einsatz zur Vorbeugung einer Erkrankung zu erwägen.

Für die Durchführung der Therapie bzw. Prophylaxe wird u.a. auf die Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V. (DVV) verwiesen <http://fp-www.med.uni-jena.de/dvv/start.html>.

Für die generelle symptomatische Therapie der Influenza und die Therapie von Komplikationen – insbesondere den Einsatz von Antibiotika bei bakteriellen Superinfektionen - gelten auch im Falle der Pandemie die üblichen Empfehlungen und Leitlinien, z.B. unter <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/awmf-fr2.htm>.

4.1 Verfügbarkeit der Neuraminidasehemmer

Neben den allgemein verfügbaren Medikamenten auf dem Markt und der – dem Umfang nach nicht bekannten - Eigenbevorratung durch Privatpersonen und Betriebe, stehen durch die Beschaffung und Bevorratung der Freien und Hansestadt Hamburg ab Dezember 2005 ca. 100.000 Therapieeinheiten des Wirkstoffpulvers Oseltamivir (Firma Hoffmann La Roche) und 10.000 Therapieeinheiten „Relenza®“ (Firma GlaxoSmithKline), als Reserve zur Therapie bestimmter Personengruppen zur Verfügung. Hierzu zählen:

1. Personen, die gemäß der Empfehlung von Bund und Ländern ein besonderes Risiko haben, sehr schwer zu erkranken.
2. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen und zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (sog. „Schlüsselpersonen“).

Eine Definition des Personenkreises unter 1. wird erst im Pandemiefall durch Bund und Länder – unter Berücksichtigung der aktuellen epidemiologischen Daten- erfolgen können, da die Auswirkungen eines möglichen Pandemievirus nicht vorhersehbar sind.

Die unter 2. berücksichtigten Personen sind Angehörige verschiedener Berufsgruppen, die in den folgenden Bereichen beschäftigt sind:

Gesundheitswesen:

Beschäftigte mit direktem Patientenkontakt

- in Krankenhäusern,
- in Arztpraxen,
- in Pflegeheimen und -diensten,
- in Apotheken,
- in Krankentransportunternehmen,
- im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung:

Beschäftigte mit direktem Publikumsverkehr bei

- Polizei
- Feuerwehr (inkl. Rettungsdiensten) und im
- Justizvollzugsdienst

Die Länder orientieren sich bei der Bevorratung mit antiviralen Medikamenten an den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts und haben sich auf der Gesundheitsministerkonferenz am 23.02.2006 auf weitere Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine mögliche weltweite Influenzapandemie geeinigt. Dazu gehört auch, dass die Länder ihre Vorräte an antiviralen Medikamenten sukzessive aufstocken. Die norddeutschen Länder werden hierbei weiterhin in enger Zusammenarbeit gemeinsam vorgehen.

4.2 Lagerung, Zubereitung, Verteilung, Verordnung und Abgabe

Auf dem **Markt verfügbare Medikamente** werden auch bei einer Influenzapandemie auf dem üblichen Weg nach ärztlicher Verschreibung durch die Apotheken abgegeben.

Eine **Eigenbevorratung durch Privatpersonen** wird im Hinblick auf einen effizienten Medikamenteneinsatz, mögliche Medikationsfehler (vorzeitige und unkontrollierte Einnahme), die Vermeidung von Komplikationen und der Entwicklung von Resistenzen, durch die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit nicht empfohlen. Erfolgt die Eigenbevorratung auf privatärztliches Rezept dennoch, muss in der ärztlichen Beratung auf die oben stehenden Probleme hingewiesen und darauf hingewirkt werden, dass eine Einnahme erst aufgrund einer ärztlichen Indikation und Anordnung im Krankheitsfall erfolgt.

Eine **Eigenbevorratung durch Firmen und Institutionen** ist grundsätzlich möglich.

Die entsprechenden organisatorischen Voraussetzungen für einen sachgerechten Einsatz der Medikamente müssen jedoch gegeben sein.

Große Betriebe und Einrichtungen sind unter Umständen daran interessiert, sich mit antiviralen Arzneimitteln zu bevorraten, um im Falle einer drohenden Pandemie ihre Mitarbeiter prophylaktisch, nach Eintritt des Pandemiefalles auch therapeutisch, in betrieblichen Einrichtungen behandeln zu lassen. Um in diesem Falle die erforderlichen Arzneimittel direkt beim Hersteller oder von Großhändlern beziehen zu dürfen, kann unter Umständen eine Ausnahmeregelung des Arzneimittelgesetzes (AMG) in Anspruch genommen werden. Der sogenannte Direktbezug ohne Einschaltung einer Apotheke ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich, wenn eine sogenannte Zentrale Beschaffungsstelle (ZB) eingerichtet und von der zuständigen Behörde anerkannt worden ist.

Eine solche Zentrale Beschaffungsstelle kann nur unter folgenden Voraussetzungen anerkannt werden:

- Zweck der Einrichtung einer ZB muss die Beschaffung bestimmter Arzneimittel ausschließlich für die Mitarbeiter der der ZB zugeordneten Betriebe und Einrichtungen zur Prophylaxe oder Therapie einer pandemischen Influenza sein.
- bei der Antragstellung sind die Arzneimittel konkret zu benennen, auf die sich der Antrag beziehen soll.
- Antragsteller oder zugeordnete Betriebe und Einrichtungen müssen von Bedeutung für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung oder die medizinische Versorgung im Pandemiefall sein.
- Der vorgesehene Umfang der Beschaffung muss den Ausnahmefall (mit-)begründen und rechtfertigen.
- Die ZB muss unter der fachlichen Leitung eines Apothekers stehen.
- Die ZB muss über geeignete Räume und Einrichtungen zur Prüfung, Kontrolle und Lagerung der Arzneimittel verfügen.
- Die Anwendung der Arzneimittel durch Ärzte (z.B. Betriebsärzte) muss sichergestellt sein. (Eine Abgabe der Arzneimittel aus der ZB direkt an die Mitarbeiter ist unzulässig.)

Die formlosen **Anträge** auf Anerkennung einer Zentralen Beschaffungsstelle sind zu richten an:

Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (BWG)
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung G 24
Billstr. 80, 20539 Hamburg

In Bezug auf **Lagerung, Verteilung, Zubereitung und Abgabe der von Hamburg bevorrateten Medikamente** ist zum jetzigen Zeitpunkt das folgende Vorgehen geplant:

- 1) Für Personen, die gemäß der Empfehlung von Bund und Ländern ein besonderes Risiko haben, sehr schwer zu erkranken

Bei Feststellung des Pandemiefalles durch Bund und Länder gibt die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit den für den vorgenannten Personenkreis vorhandenen Lagerbestand zur weiteren Verteilung an den Großhandel ab.

Die Abgabe der durch spezielle Pharmazentralnummern gekennzeichneten Fertigarzneimittel an die Patienten erfolgt auf Verschreibung eines Arztes anschließend durch die Apotheken.

Die Herstellung gebrauchsfertiger Lösungen aus dem Wirkstoffpulver Oseltamivir wird in der Regel in so genannten Schwerpunkt Apotheken erfolgen, die sowohl an eigene Kunden, als auch bei Bedarf und auf entsprechende Anforderung an andere Hamburger Apotheken abgeben können. Eine Auswahl von geeigneten Apotheken erfolgt durch die Apothekerkammer Hamburg im Benehmen mit der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit.

Die Abgabe der für Risikogruppen bevorrateten Medikamente aus dem Bevorratungsbestand des Landes erfolgt ausschließlich auf ärztliche Verschreibung. Hierbei muss für die Schwerpunkt Apotheke, z.B. durch entsprechenden Vermerk auf dem Rezept, eindeutig ersichtlich sein, dass die betreffende Person tatsächlich zu den oben genannten Risikogruppen gehört.

Es ist zu beachten, dass die vom Land bevorrateten antiviralen Arzneimittel derzeit nur zu Behandlungszwecken, nicht jedoch zu Vorbeugungszwecken zur Verfügung stehen bzw. verschrieben und abgegeben werden dürfen.

Näheres werden diesbezüglich, unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Bund und Ländern, die Merkblätter für Ärztinnen und Ärzte unter 6.9 und Patientinnen und Patienten unter 6.10 regeln. Diese Merkblätter werden jedoch erst mit Ausrufung der Pandemie im Landes Pandemieplan verfügbar sein.

- 2) Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen und zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (Schlüsselpersonen)

Für die sogenannten Schlüsselpersonen gilt das unter 1) Gesagte grundsätzlich entsprechend. Im Einzelfall ist es jedoch auch möglich, dass Betriebe und Einrichtungen mit eigenen medizinischen Diensten die Versorgung komplett und intern übernehmen. Hierüber werden die Mitarbeiter gegebenenfalls rechtzeitig informiert.

Erfolgt die Abgabe der Arzneimittel in Apotheken, so ist unter Umständen vom Patienten der Nachweis zu erbringen, dass er zu den Schlüsselpersonen gehört. Andernfalls ist die Apotheke nicht befugt, Arzneimittel aus dem vom Land Hamburg bevorrateten Bestand abzugeben. Über die Form dieses Nachweises ist noch nicht endgültig entschieden. Nach Möglichkeit soll hier in den Ländern Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein gleichartig verfahren werden, damit die Patienten, die z.B. in einem anderen Land wohnen als dem, in dem sie arbeiten, ohne Probleme den Arzt und die Apotheke ihrer Wahl aufsuchen und in Anspruch nehmen können.

Es ist zu beachten, dass die vom Land bevorrateten antiviralen Arzneimittel derzeit nur zu Behandlungszwecken, nicht jedoch zu Vorbeugungszwecken zur Verfügung stehen bzw. verschrieben und abgegeben werden dürfen.

Näheres wird diesbezüglich, unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Bund und Ländern, das Merkblatt für Schlüsselpersonen unter 6.11 regeln. Dieses Merkblatt wird jedoch erst mit Ausrufung der Pandemie im Landes Pandemieplan verfügbar sein.

5. Hinweise für die Akteure in den verschiedenen Bereichen

5.1 allgemeine Grundsätze seuchenhygienischer Maßnahmen

a) Allgemeine Empfehlungen und Maßnahmen zum Expositionsschutz der Bevölkerung

Unter Berücksichtigung der Überlegungen des „Nationalen Pandemieplans“, beinhaltet der Influenzapandemieplan des Landes Hamburg ein Merkblatt bzgl. Empfehlungen zu Hygieneregeln für die Bevölkerung (Merkblatt unter 6.3).

Dieses dient der Vervielfältigung und Weitergabe an die Bevölkerung durch alle zuständigen Behörden und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie als Grundlage für Pressemitteilungen und andere öffentliche Empfehlungen. Das Merkblatt wird fortlaufend an die aktuellen epidemiologischen Erkenntnisse in der Pandemie und die daraus folgenden Empfehlungen angepasst.

b) Weitergehende Empfehlungen und Maßnahmen zum Expositionsschutz der Bevölkerung in der Pandemie

Diese werden für das Land Hamburg unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen epidemiologischen Lage, der Verfügbarkeit von Impfstoff und den Empfehlungen von Bund und Ländern von der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit ausgesprochen und veröffentlicht. Einen Überblick über mögliche Maßnahmen bietet der Annex 1 des „WHO Global Influenza Preparedness Plan“ unter www.who.int/csr/resources/publications/influenza/GIP_2005_5Eweb.pdf.

Bei der Konkretisierung der Maßnahmen nehmen die Gesundheitsämter und der Hafen- und Flughafenärztliche Dienst der BWG eine zentrale Rolle ein.

c) Maßnahmen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Gesundheitsämter der Bezirke und der Hafen- und Flughafenärztliche Dienst der BWG sind verantwortlich für:

- das Meldewesen
- die Anordnung von Absonderungsmaßnahmen von Kranken, Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen
- die Unterbrechung von Infektketten z.B. durch Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen, Veranstaltungsverbote oder Anordnung von Screening-Untersuchungen bei Reisenden im Flughafen/Hafen
- die Beratung bei der Durchführung seuchenhygienischer Maßnahmen in Einrichtungen des Gesundheitswesens und Überwachung dieser
- gegebenenfalls Durchführung von Schutzimpfungen in Ergänzung zu anderen medizinischen Einrichtungen (z.B. Praxen, betriebsärztliche Dienste)

5.2 ambulante Versorgung- spezielle Hinweise für Praxen und Ambulanzen

Eine pandemische Influenza trifft nicht nur viele Einwohner, sondern zugleich auch deren ambulante und stationäre medizinische Versorgung. Im mehrwöchigen Verlauf einer Influenzapandemie werden täglich sehr viele Kranke und Krankheitsverdächtige die stationäre und primär die ambulante medizinische Versorgung in Anspruch nehmen. Dem zusätzlichen Bedarf an diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Ressourcen stehen deren Einschränkung durch ähnlich hohe Erkrankungsraten beim Medizin- und Pflegepersonal gegenüber (vgl. Mögliche Auswirkungen einer Influenzapandemie auf Hamburg unter 1.3). Um eine bestmögliche ambulante oder stationäre Versorgung gewährleisten zu können, müssen diese einerseits vor Überlastung geschützt, andererseits dem Bedarf angepasst werden.

Die Bildung von Schwerpunktpraxen während der Pandemie ist in Hamburg zum jetzigen Zeitpunkt der Planungen nicht vorgesehen, so dass sich alle Praxen und Ambulanzen entsprechend vorbereiten müssen. Eine besondere Betroffenheit ist hierbei vorrangig für die an der kinder-, haus- und notärztlichen Versorgung beteiligten Praxen und Ambulanzen zu erwarten.

Darüber hinaus sind jedoch alle Praxen und Ambulanzen dazu angehalten, eine möglichst weitgehende ambulante Versorgung der Erkrankten im häuslichen Umfeld oder in Alten- und Pflegeheimen zu ermöglichen.

Im Rahmen des gesetzlich fixierten Sicherstellungsauftrages obliegt es der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburgs, im Pandemiefall situationsbezogen weitere Maßnahmen zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung festzulegen.

Unter 6.4 finden Sie ein zusammenfassendes Merkblatt für Praxen und Ambulanzen.

Informationen zu Verhaltensmaßnahmen in Praxen und Ambulanzen bei einer Influenzapandemie und mögliche Vorbereitungen darauf, sind dem "Nationalen Influenzapandemieplan", den Empfehlungen des RKI zu Verhaltensregeln bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza http://www.rki.de/cln_006/nn_387378/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/Influenza/Influ_pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Influ_pdf und dem Beschluss 609 „Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter Berücksichtigung des Atemschutzes“ des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe <http://www.baua.de/prax/abas/besch609.pdf> zu entnehmen. Einen Auszug dieses Beschlusses (tabellarische Übersicht zum Einsatz von Atemmasken) finden Sie unter 6.12.

5.3 stationäre Versorgung - spezielle Hinweise für Kliniken

Nach dem Hamburgischen Krankenhausgesetz haben die Kliniken „zur Abwehr interner Schadensereignisse sowie zur Mitwirkung im Brand- und Katastrophenschutz eine Notfallplanung aufzustellen und mit der zuständigen Behörde abzustimmen sowie an entsprechenden Übungen teilzunehmen“.

Die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit empfiehlt, in diese Notfallpläne auch die Planungen für eine Pandemie aufzunehmen.

Informationen zur Vorbereitung von Kliniken auf eine Influenzapandemie sind dem “Nationalen Influenzapandemieplan“, den Empfehlungen des RKI zu Verhaltensregeln bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza http://www.rki.de/cln_006/nn_387378/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/Influenza/Influ_pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Influ_pdf und dem Beschluss 609 „Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter Berücksichtigung des Atemschutzes“ des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe <http://www.baua.de/prax/abas/besch609.pdf> zu entnehmen. Einen Auszug dieses Beschlusses (tabellarische Übersicht zum Einsatz von Atemmasken) finden Sie unter 6.12).

Im Hinblick auf die im Pandemiefall zu erwartende, hohe Anzahl von Krankenhausaufnahmen haben sich alle Krankenhäuser an den Vorbereitungen zu beteiligen. Voraussichtlich besonders betroffene Einrichtungen und Bereiche (Intensivmedizin, Notaufnahmen, Abteilungen für Innere Medizin, Pädiatrie, Geriatrie) sind bei den Planungen prioritär zu berücksichtigen. Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Schwerpunkt- oder Erstversorgungskrankenhäuser benannt.

Unter 6.5 finden Sie ein zusammenfassendes Merkblatt für Kliniken.

5.4 Gemeinschaftseinrichtungen

Gemeinschaftseinrichtungen sowie weitere in § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannte Einrichtungen sind verpflichtet, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen. Diese Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

Im Einzelnen handelt es sich bei Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 33 IfSG um Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, d.h. insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime und Ferienlager oder ähnliche Einrichtungen. Weitere Einrichtungen, die der Einhaltung der Infektionshygiene nach § 36 IfSG unterliegen sind Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen nach §1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes, vergleichbare Behandlungs-, Betreuungs- oder Vorsorgeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge, sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten.

In all diesen Einrichtungen besteht aufgrund des engen Personen-Kontaktes eine besondere Gefahr der Ansteckung mit Inflenzaviren und damit der weiteren Ausbreitung einer Erkrankung. Deshalb sind die Hygienepläne dieser Einrichtungen auch an die Möglichkeit einer Inflenzapandemie anzupassen.

5.4.1 spezielle Hinweise für Alten- und Pflegeheime

Im Falle einer Influenza-Pandemie ist davon auszugehen, dass Bewohner von Alten- und Pflegeheimen aufgrund ihres Alters und/oder vorliegender Grunderkrankungen besonders gefährdet sind. Im Pandemiefall ist eine möglichst lange Betreuung der Erkrankten im Alten- und Pflegeheim anzustreben, um eine Über- oder Fehlbelastung der Krankenhäuser zu vermeiden.

Auf die Empfehlungen des RKI zu Verhaltensregeln bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza

http://www.rki.de/cln_006/nn_387378/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/Influenza/Influ_pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Influ_pdf und dem Beschluss 609 „Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter Berücksichtigung des Atemschutzes“ des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe <http://www.baua.de/prax/abas/besch609.pdf> wird hingewiesen. Einen Auszug dieses Beschlusses (tabellarische Übersicht zum Einsatz von Atemmasken) finden Sie unter 6.12).

Unter 6.7 finden Sie ein zusammenfassendes Merkblatt für Alten- und Pflegeeinrichtungen (in Bearbeitung).

5.5 Betriebs- und werksärztliche Dienste

Betriebsärzte beraten das Unternehmen in allen Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Das beinhaltet, bereits in der inter pandemischen Phase dem Management fachliche Informationen zur Verfügung zu stellen, die Beschäftigten über die jeweils verfügbaren Informationswege (Intranet, Rundschreiben, Aushänge etc.) zum Thema aufzuklären und die betrieblichen Entscheidungsträger bei der Entwicklung eines Krisenmanagements für den Pandemiefall zu unterstützen. Insbesondere sollten organisatorische Schnittstellen (z. B. Meldewege, Vertretungsregelungen, im Außendienst tätige Mitarbeiter, im Ausland tätige Mitarbeiter) und Regelungen für Fremdfirmen und Mitarbeiter von Zeitarbeitsfirmen in Hinblick auf die besonderen Bedingungen im Pandemiefall überprüft werden.

Für die betrieblichen Untersuchungsräume und Sanitätsstationen gehen die Verhaltensmaßnahmen nicht über die Maßnahmen, wie sie für Praxen und Ambulanzen vorgesehen werden (s. 3.4.3 in Verbindung mit 6.4), hinaus. Als Besonderheit ist allerdings zu berücksichtigen, dass in betriebsärztlichen Einrichtungen in der Regel arbeitsfähige Personen betreut werden, so dass unzureichende Erfahrungen hinsichtlich der Betreuung infektiös erkrankter Personen bestehen. Deshalb kann es sinnvoll sein, das Personal betriebsärztlicher Einrichtungen diesbezüglich besonders zu schulen. Abhängig von den betrieblichen Bedingungen, können dabei auf freiwilliger Basis Ersthelfer einbezogen werden. Unter 6.7 finden Sie ein zusammenfassendes Merkblatt für Betriebs- und Werksärzte. Ergänzungen durch weitere Merkblätter und Checklisten für einzelne Fragestellungen sind in Vorbereitung. Zusätzlich finden Sie auf den Internetseiten des Robert Koch Instituts Vorschläge für einen betrieblichen Influenza-Pandemieplan http://www.rki.de/cln_006/nn_387378/DE/Content/InfAZI/Influenza/Pandemieplanung_Konzern28102005_pps.html

6. Kommunikation und Information

Beim Auftreten erster Pandemiefälle in Deutschland und erst recht in Hamburg muss von einer erheblichen Verunsicherung und einem großen Informationsbedürfnis der Bevölkerung ausgegangen werden. Hier ist schnelle, sachliche und umfassende Information geboten, insbesondere um Unruhe in der Bevölkerung oder gar Panik entgegenzuwirken.

Von entscheidender Bedeutung ist die inhaltliche Klarheit, Transparenz und Widerspruchsfreiheit der veröffentlichten Informationen sowohl auf den einzelnen staatlichen Ebenen als auch gegenüber anderen, öffentlich zugänglichen Informationsquellen. Daher wird die Öffentlichkeitsarbeit im Pandemiefall von der Pressestelle der BWG federführend koordiniert.

Die Vorbereitung von Informationsmaterialien und Merkblättern für verschiedene Kommunikationswege (Internet, Telefonansage, Telefonhotline, Email, Flugblätter etc.) ist wesentlicher Teil der Pandemievorbereitung in Hamburg. Darüber hinaus sind diese Materialien wichtige Kommunikationsgrundlage für den weiteren Austausch der an den Planungen beteiligten Akteure des Gesundheitswesens. Die Vorlagen werden in verständlicher und übersichtlicher Form verfasst, in den Influenzapandemieplan des Landes Hamburg eingestellt und fortlaufend aktualisiert.

6.1 Informationen der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit für die Hamburger Bevölkerung

Pressemitteilung vom 15.02.2006

Das Thema Vogelgrippe ist zurzeit in aller Munde. Die jetzt in Deutschland aufgetretenen Verdachtsfälle auf Vogelgrippe bei verendeten Vögeln und die Angst vor einer möglichen Influenza-Pandemie verunsichern viele Menschen. Mit den nachfolgenden Angaben informiert die Gesundheitsbehörde über aktuelle Fakten und sinnvolle Schutzmaßnahmen für Hamburg.

Was ist eine echte Grippe?

Jährlich treten auch in Hamburg Infektionen mit dem **Influenza-Virus (echte Virusgrippe)** auf. Derartige Erkrankungen - die nicht mit der sog. Erkältungs-Grippe zu verwechseln sind – gehen häufig mit **hohem Fieber, Schüttelfrost, Muskel-, Kopf- und Halsschmerzen, trockenem Husten und allgemeiner Körperschwäche** einher. Der Verlauf der Erkrankung kann sehr unterschiedlich sein. Die Krankheit kann leicht verlaufen, aber auch in einigen Fällen zu belastenden **Komplikationen** - insbesondere Lungenentzündung - führen.

Die Grippe wird als Tröpfcheninfektion übertragen. Eine erhöhte Ansteckungsgefahr besteht für Personen, die häufigen nahen Kontakt zu anderen Menschen haben und / oder Kontakt mit Erkrankten haben, z.B. medizinisches Personal.

Für gewöhnliche Grippewellen kann man davon ausgehen, dass in Deutschland bis zu 30.000 Personen im Jahr im Krankenhaus aufgenommen werden müssen. Hochrechnungen gehen davon aus, dass mit etwa 5.000 bis 8.000 Todesfällen zu rechnen ist. Die Grippe durch Influzaviren ist damit die Infektionskrankheit mit der höchsten Sterblichkeitsrate in Deutschland.

Wie kann man sich vor einer Grippe schützen?

Der beste Schutz vor einer Grippe wird durch eine **Schutzimpfung gegen Influenza** erreicht. Dabei wird der Impfstoff jedes Jahr an die veränderten Grippeviren angepasst. Deshalb ist es wichtig, sich jedes Jahr neu, idealerweise **vor Beginn der Grippesaison** impfen zu lassen, also ab Ende September. Das gilt insbesondere für Menschen, die besonders gefährdet sind, einen schweren Verlauf der Erkrankung zu erleiden, da sie

- **älter als 60 Jahre** sind,
- **chronische Atemwegserkrankungen** oder andere Grunderkrankungen haben,
- eine **Schwäche der Abwehrkräfte** haben.

Diese Personen sollten ihre Ärztin, ihren Arzt auch auf eine **Impfung gegen Pneumokokken** ansprechen. Diese Impfung, die alle 5-6 Jahre verabreicht wird, schützt vor bestimmten Bakterien, die typischerweise eine Lungenentzündung verursachen können.

Zusätzlich kann man vorbeugend durch **gesunde Ernährung** mit viel frischem Obst und Gemüse und genügend Bewegung an frischer Luft das Immunsystem stärken.

Natürlich sollten auch die allgemein **üblichen Hygieneregeln** nicht vergessen werden:

- Das Vermeiden von Anhusten, Anniesen
- Das Vermeiden von Berührungen der Augen, Nasen und Mund,
- Nutzung von Einmaltaschentüchern
- Regelmäßige Raumbelüftung
- Regelmäßiges Händewaschen, vor allem auch vor Nahrungsaufnahme

Schützt die jährliche Schutzimpfung gegen Influenza auch gegen Vogelgrippe?

Nein! Denn die Vogelgrippe ist eine **Tierkrankheit**.

Was ist die Vogelgrippe?

Das Wort „Vogelgrippe“ ist eher in der Umgangssprache gebräuchlich und bezeichnet eine Erkrankung des Geflügels durch Vogel - Influzaviren. Diese Viren kommen natürlicherweise in diversem **Wassergeflügel** vor, dem sie meist nichts anhaben. Es entstehen immer wieder neue Varianten, die beim Geflügel **Erkrankungen mit tödlichen Verlaufsformen** hervorrufen. In diesen Fällen spricht man von **Geflügelpest**. Diese Tierseuche ist seit 1878 bekannt, als sie erstmals in Italien auftrat.

Ist die Vogelgrippe auch für Menschen gefährlich?

Bis vor wenigen Jahren waren keine tödlichen menschlichen Erkrankungen durch Vogelgrippeviren bekannt. **1997** sind dann erstmals in **Hongkong** 18 Menschen an dem **Vogelgrippevirus H5N1** erkrankt, von denen sechs verstarben. Seitdem haben verschiedene Vogelgrippetypen in unterschiedlichen Erdteilen sporadisch menschliche Erkrankungen ausgelöst (auch in Europa: H7N7 i.d. Niederlanden 2003), wovon die meisten aber mild verliefen. Seit 2003 ist der **Typ H5N1** in Südostasien auf dem Vormarsch, wo seitdem mehrere Millionen Vögel verendet sind. Durch sehr **engen Kontakt mit infiziertem Geflügel, z.B. beim Schlachten, oder Geflügelkot** haben sich in Südostasien in den letzten zwei Jahren über 120 Menschen mit dem Virus infiziert. Von diesen sind 65 gestorben. Dieser Zahl steht die geschätzte Einwohnerzahl der betroffenen Länder von 3,8 Milliarden gegenüber. Eine leichte Übertragung von Mensch zu Mensch, was die menschliche Grippe charakterisiert, ist bisher nicht möglich. **Die Vogelgrippe ist für den Menschen daher nicht im klassischen Sinne „ansteckend“.**

Weitere Informationen zur Vogelgrippe sind auf den Seiten des Reisemedizinischen Dienstes des Bernhard Nocht Instituts unter www.gesundes-reisen.de zu finden. Die in Hamburg zur Verhinderung einer möglichen Vogelgrippe ergriffenen Maßnahmen sind unter www.gesundheit.hamburg.de dargestellt.

Was ist eine Pandemie?

Eine Pandemie ist eine länderübergreifende oder sogar **weltweite Epidemie** (Seuche), ausgelöst durch einen bestimmten Erreger. Zu einer Grippe- oder Influenzapandemie könnte es kommen, wenn sich ein **neuer Virustyp** entwickelt, der **hoch infektiös** ist und **von Mensch zu Mensch übertragen wird**. Um dies frühzeitig zu entdecken, werden weltweite Überwachungssysteme unterhalten, die ein frühes Erkennen einer solchen Situation und entsprechende Gegenmaßnahmen ermöglichen.

Kann man sich jetzt schon gegen eine Pandemie impfen lassen?

Nein. Gegen ein **noch nicht existierendes Virus** kann es auch **keinen Impfstoff** geben! Wenn die Weltgesundheitsorganisation WHO den Pandemiefall ausrufen sollte, würde es noch etwa drei bis sechs Monate dauern, bis ein Impfstoff zur Verfügung steht. Allerdings ist eine Impfung dann der sicherste Schutz gegen das Pandemie-Virus. Zurzeit führen Bund und Länder intensive Gespräche mit den **Herstellern von Impfstoffen** in Deutschland, mit dem Ziel die Herstellung des Impfstoffes im Pandemiefall zu beschleunigen. Für entsprechende vorbereitende Maßnahmen und Forschungen hat die Bundesregierung **20 Mio. Euro** bereitgestellt.

Welche Maßnahmen gibt es sonst gegen eine Pandemie?

Neben der Impfung als wichtigste Maßnahme sieht der nationale Influenza-Pandemieplan einen **Ausbau der Influenza- Überwachungssysteme** sowie die **Anpassung von Alarm- und Katastrophenplänen**, vor allem auch in den Krankenhäusern, vor. Darüber hinaus bevorratet Hamburg **antivirale Medikamente** für besonders gefährdete Menschen sowie für das Personal des Gesundheitswesens und der Beschäftigten, die für die Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung erforderlich sind.

Ist es sinnvoll, privat antivirale Medikamente zu beschaffen?

Nein, in jedem Fall sollte man vorher Rücksprache mit seinem behandelnden Arzt/Ärztin halten. Nur aufgrund des Auftretens der Vogelgrippe in Tierbeständen ist eine **vorbeugende Einnahme keinesfalls angebracht**.

Weitere Informationen zu den Themen:

www.gesundheit.hamburg.de, www.verbraucherministerium.de, www.gesundes-reisen.de,
www.rki.de

6.2 Falldefinitionen des Robert Koch Instituts zu Influenzavirus A, B und C

ICD10: J10.- Grippe durch nachgewiesene Influenzaviren,
J10.0 Grippe mit Pneumonie, Influenzaviren nachgewiesen (Grippe(broncho)pneumonie, Influenzaviren nachgewiesen),
J10.1 Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Influenzaviren nachgewiesen (Grippe: akute Infektion der oberen Atemwege, Laryngitis, Pharyngitis, Pleuraerguss),
J10.8 Grippe mit sonstigen Manifestationen, Influenzaviren nachgewiesen (Enzephalopathie bei Grippe, Grippe: Gastroenteritis, Myokarditis (akut)),
J11.- Grippe, Viren nicht nachgewiesen, inkl.: Grippe/Virus-Grippe ohne Angabe eines spezifischen Virusnachweises

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer Influenza, definiert als **mindestens zwei** der vier folgenden Kriterien:

- akuter Krankheitsbeginn,
- Husten,
- Fieber,
- Muskel-, Glieder-, Rücken- **ODER** Kopfschmerzen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **mindestens einer** der drei folgenden Methoden:

[direkter Erregernachweis nur in klinischen Materialien des oberen oder unteren Respirationstraktes:]

- Virusisolierung,
- Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR),
- Antigennachweis (z.B. ELISA (einschließlich Influenza-Schnelltest), Immunfluoreszenztest (IFT)).

Epidemiologische Bestätigung

Epidemiologische Bestätigung, definiert als **mindestens einer** der beiden folgenden Nachweise unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim **Menschen** durch

- Mensch-zu-Mensch-Übertragung **ODER**
- gemeinsame Expositionsquelle (z.B. Tierkontakt).

Kontakt mit einem labordiagnostisch nachgewiesenen infizierten **Tier** oder seinen Ausscheidungen.

Inkubationszeit ca. 1-3 Tage.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall:

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer Influenza, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer Influenza und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für Influenza nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild


Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).






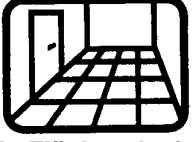

6.3 Allgemeine Informationen für die Bevölkerung zu Hygieneregeln bei einer Influenzapandemie

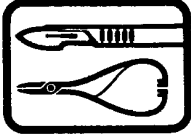

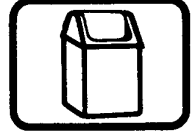


Im Influenzapandemiefall kann die Beachtung einfacher **allgemeiner Hygieneregeln**, die besonders wichtig für Kontaktpersonen zu an Influenza Erkrankten sind, einen nicht zu unterschätzenden Schutzeffekt haben.

- a) allgemeine Hygieneregeln bei gehäufterem auftreten von Influenzaerkrankungen (Epidemie; Pandemie):
- Vermeidung von Menschenansammlungen
 - Verzicht auf den Besuch von Theatern, Kinos, Diskotheken, Märkten, Kaufhäusern usw. sowie die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel
 - ggfs. Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes in der Öffentlichkeit
 - Vermeiden von Händeschütteln
 - Naseputzen mit Einmaltaschentüchern; sofortige und sichere Entsorgung (z. B. in geschlossene Müllbehältnisse)
 - Vermeiden von Anhusten und Anniesen anderer Personen
 - Niesen oder Husten in die Handflächen, besser noch in die Ellenbeugen
 - gründliches Händewaschen mit Wasser und Seife nach dem Niesen oder Husten in die Handflächen sowie nach dem Naseputzen
 - gründliches Händewaschen mit Wasser und Seife nach Kontakten mit anderen Personen sowie mit Handkontaktflächen (z. B. Türklinken, Wasserhähne, öffentliche Telefone, Treppengeländer)
 - Vermeidung von engen Kontakten zu möglicherweise erkrankten Personen (Umarmungen, Küssen usw.)
 - regelmäßige, intensive Raumbelüftung
- b) zusätzliche Hygieneregeln für fieberhaft Erkrankte bei gehäufterem Auftreten von Influenzaerkrankungen (Epidemie, Pandemie)
- fieberhaft Erkrankte sollten möglichst zu Hause bleiben, um weitere Ansteckungen zu verhindern
 - konsequente Absonderung von Säuglingen, Kleinkindern und Personen mit schweren/chronischen Erkrankungen von fieberhaft erkrankten Personen
 - Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes bei Kontakt mit anderen Personen


6.4 Empfehlungen für Praxen und Ambulanzen zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie






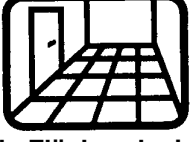
Verhalten bei Infektionskrankheiten Influenza (Virusgrippe): Ambulante Versorgung	
Was	Wie
Meldepflicht nach § 6 IfSG	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einzelfälle: nein ➤ epidemischer/pandemischer Zusammenhang: ja
Erreger	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Influenza-Virus
Inkubationszeit	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ca. 2-3 Tage (jedoch auch kürzer oder länger möglich, 1-7 Tage)
Infektionswege	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Der Erreger wird vornehmlich <u>direkt</u> durch respiratorische Tröpfchen oder oralen Kontakt übertragen. ➤ Eine Übertragung kann auch <u>indirekt</u> durch Objekte, die frisch mit respiratorischen Sekreten kontaminiert sind (z. B. Taschentücher, Spielzeug, Händeschütteln) erfolgen.
Erregerhaltiges Material	<ul style="list-style-type: none"> ➤ insb. respiratorische Sekrete
Erregernachweis:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ insb. Nachweis aus Nasen- und Rachensekret oder serologisch
Impfprophylaxe des Influenza-Virus Typ A	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beschäftigte im Gesundheitswesen sollten jährlich geimpft werden. ➤ <u>endemisches Auftreten (Einzelerkrankungen)</u>: es steht üblicherweise ein aktueller Impfstoff zur Verfügung ➤ <u>epidemisches Auftreten (regional gehäuftes Auftreten)</u>: es steht üblicherweise ein aktueller Impfstoff zur Verfügung ➤ <u>pandemisches Auftreten (weltweiter Ausbruch)</u>: es ist davon auszugehen, dass anfänglich kein Impfstoff zur Verfügung steht
Personaleinsatz	<ul style="list-style-type: none"> ➤ die betroffenen Patienten sollten vorzugsweise durch geimpftes Personal versorgt werden ➤ nicht geimpftes Personal sollte die unten genannten Schutzmaßnahmen streng einhalten und bei Erkrankungsverdacht virustatisch behandelt werden, ggf. auch prophylaktisch (z. B. mit Tamiflu®)
Dauer der Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ für die Dauer der Erkrankung (Kontagiosität hält üblicherweise 3 - 5 Tage nach Erkrankungsbeginn an, bei Kindern bis etwa 7 Tage)
 <p>Wartezimmer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ möglichst separater Wartebereich für Patienten mit Influenza-Verdacht ("Fieberwartezimmer") ➤ ansonsten organisatorische Trennung (z. B. über Sprechstundenzeiten, "Fiebersprechstunde")

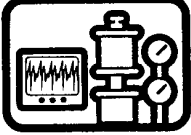
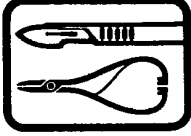


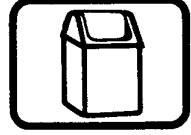


 <p>hygienische Händedesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DGHM-gelistetes Händedesinfektionsmittel ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid") ➤ Personal: <ul style="list-style-type: none"> – vor dem Betreten und vor dem Verlassen des Untersuchungszimmers – nach direktem Kontakt mit dem Patienten – nach Kontakt mit erregerehaltigem Patientenmaterial – nach dem Ablegen der Handschuhe ➤ Patient (nach Aufforderung durch das Personal): <ul style="list-style-type: none"> – vor dem Betreten des Wartezimmers – nach Niesen oder Husten in die Handflächen
 <p>unsterile Einmal-Handschuhe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal: <ul style="list-style-type: none"> – Anlegen vor Betreten des Untersuchungszimmers – vor Kontakt mit erregerehaltigem Patientenmaterial – vor dem Verlassen des Untersuchungszimmers ablegen – in dem bereitstehenden Abfallbehältnis im Zimmer entsorgen
 <p>langärmeliger Schutzkittel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal: <ul style="list-style-type: none"> – Anlegen nach Betreten des Untersuchungszimmers – vor dem Verlassen des Untersuchungszimmers ablegen – Kittelwechsel: bei Verschmutzung sofort, ansonsten täglich
 <p>Atemschutzmaske</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal: <ul style="list-style-type: none"> – mind. FFP2-Maske (ggf. <u>mit</u> Ausatemventil) – wichtig: auf allseitigen Dichtsitz achten ➤ Patient (nach Aufforderung durch das Personal): <ul style="list-style-type: none"> – dicht anliegender Mund-Nasen-Schutz
 <p>Schutzbrille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal: <ul style="list-style-type: none"> – bei Bedarf Schutzbrille anlegen (möglichst Einmalschutzbrille), insb. wenn Gefahr besteht, dass Spritzer oder Tröpfchen, die Infektionserreger enthalten, auf die Augenschleimhäute gelangen
 <p>Laufende Flächendesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wischdesinfektion von patientennahen Flächen (Untersuchungsliege, Untersuchungsstuhl) und Handkontaktpunkten mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel (1-Stunden-Konzentration) ➤ nach jedem Patientenwechsel ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid")
 <p>Medizinische Geräte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wischdesinfektion aller Oberflächen mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel (1-Stunden-Konzentration) ➤ nach jedem Patientenwechsel ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid") ➤ zusätzlich gezielte Wischdesinfektion bei sichtbarer Kontamination

 <p>Instrumente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ thermische Desinfektion bzw. Sterilisation ist zu bevorzugen ➤ abschließende chemische Desinfektion (ohne nachfolgende Sterilisation) nur mit viruswirksamen Instrumentendesinfektionsmittel ("viruzid" = Wirkungsbereich AB gemäß RKI-Desinfektionsliste)
 <p>Wäsche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Routinewaschverfahren sind ausreichend
 <p>Abfall</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ erregerehaltige Materialien oder Abfälle sind als Abfall der Gruppe B zu entsorgen (Abfallschlüssel EAK 180104 gemäß LAGA-Richtlinie)
 <p>Sekrete und Exkremente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ keine gesonderte Desinfektion erforderlich
 <p>Schlussdesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wischdesinfektion der Flächen entsprechend den Angaben zur laufenden Desinfektion anwenden

6.5 Empfehlungen für Kliniken zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie

Verhalten bei Infektionskrankheiten	
Influenza (Virusgrippe): Stationäre Versorgung	
Was	Wie
Meldepflicht nach § 6 IfSG	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einzelfälle: nein ➤ epidemischer Zusammenhang: ja ➤ nosokomialer Ausbruch: ja
Erreger	➤ Influenza-Virus Typen A und B
Inkubationszeit	➤ ca. 2-3 Tage (jedoch auch kürzer oder länger möglich, 1-7 Tage)
Infektionswege	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Der Erreger wird vornehmlich <u>direkt</u> durch respiratorische Tröpfchen oder oralen Kontakt übertragen. ➤ Eine Übertragung kann auch <u>indirekt</u> durch Objekte, die frisch mit respiratorischen Sekreten kontaminiert sind (z. B. Taschentücher, Spielzeug, Händeschütteln) erfolgen.
Erregerhaltiges Material	➤ insb. respiratorische Sekrete
Erregernachweis:	➤ insb. Nachweis aus Nasen- und Rachensekret oder serologisch
Impfprophylaxe des Influenza-Virus Typ A	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beschäftigte im Gesundheitswesen sollten jährlich geimpft werden. ➤ <u>endemisches Auftreten (Einzelerkrankungen)</u>: es steht üblicherweise ein aktueller Impfstoff zur Verfügung ➤ <u>epidemisches Auftreten (regional gehäuftes Auftreten)</u>: es steht üblicherweise ein aktueller Impfstoff zur Verfügung ➤ <u>pandemisches Auftreten (weltweiter Ausbruch)</u>: es ist davon auszugehen, dass anfänglich kein Impfstoff zur Verfügung steht
Personaleinsatz	<ul style="list-style-type: none"> ➤ die betroffenen Patienten sollten vorzugsweise durch geimpftes Personal versorgt werden ➤ nicht geimpftes Personal sollte die unten genannten Schutzmaßnahmen streng einhalten und bei Erkrankungsverdacht virustatisch behandelt werden, ggf. auch prophylaktisch (z. B. mit Tamiflu®)
Dauer der Maßnahmen	➤ für die Dauer der Erkrankung (Kontagiosität hält üblicherweise 3 - 5 Tage nach Erkrankungsbeginn an, bei Kindern bis etwa 7 Tage)
 Einzelzimmer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einzelunterbringung erforderlich (möglichst mit Schleuse) ➤ alternativ ist eine Kohortenisolierung oder Unterbringung mit geimpften Mitpatienten möglich ➤ Ambulanz/Aufnahmebereich: bei Verdacht auf Influenza möglichst separaten Wartebereich zuweisen

 <p>hygienische Händedesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DGHM-gelistetes Händedesinfektionsmittel ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid") ➤ Personal: <ul style="list-style-type: none"> – vor dem Betreten und vor dem Verlassen des Patientenzimmers – nach direktem Kontakt mit dem Patienten – nach Kontakt mit erregerehaltigem Patientenmaterial – nach dem Ablegen der Handschuhe ➤ Patient (nach Aufforderung durch das Personal): <ul style="list-style-type: none"> – nach Niesen oder Husten in die Handflächen – vor einem Patiententransport
 <p>unsterile Einmal-Handschuhe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anlegen in der Schleuse bzw. nach Betreten des Patientenzimmers ➤ vor möglichem Kontakt mit Sekreten und Exkrementen ➤ vor Kontakt mit kontaminierten Objekten ➤ vor dem Verlassen des Patientenzimmers ablegen ➤ in dem bereitstehenden Abfallbehältnis im Zimmer entsorgen
 <p>langärmeliger Schutzkittel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anlegen in der Schleuse bzw. nach Betreten des Patientenzimmers ➤ vor dem Verlassen des Patientenzimmers bzw. in der Schleuse ablegen ➤ Kittelwechsel: bei Verschmutzung sofort, ansonsten alle 24 Stunden
 <p>Atenschutzmaske</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Für Personal und Besucher vor Betreten des Patientenzimmers: <ul style="list-style-type: none"> – mind. FFP2-Maske (ggf. <u>mit</u> Ausatemventil) – FFP3-Maske insb. bei invasiven Maßnahmen im Bereich der Atemwege (z. B. endotracheales Absaugen, Bronchoskopie) – wichtig: auf allseitigen Dichtsitz achten ➤ Für Patienten (bei Transport aus dem Zimmer): <ul style="list-style-type: none"> – dicht anliegender Mund-Nasen-Schutz – oder FFP 1 Maske <u>ohne</u> Ausatemventil ➤ nach dem Verlassen des Patientenzimmers bzw. in der Schleuse ablegen, ggf. in Abfallbehältnis entsorgen
 <p>Schutzbrille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Für Personal und Besucher vor Betreten des Patientenzimmers: ➤ bei Bedarf Schutzbrille anlegen (möglichst Einmalschutzbrille) ➤ insb. bei invasiven Maßnahmen im Bereich der Atemwege (z. B. endotracheales Absaugen, Bronchoskopie, ggf. Mundpflege) ➤ vor dem Verlassen des Patientenzimmers bzw. in der Schleuse ablegen, ggf. in Abfallbehältnis entsorgen
 <p>Laufende Flächendesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ tägliche Wischdesinfektion von patientennahen Flächen und Handkontaktpunkten mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel (1-Stunden-Konzentration) ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid")

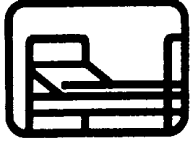
 <p>Medizinische Geräte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ möglichst patientenbezogener Einsatz von Geräten / Medizinprodukten ➤ tägliche Wischdesinfektion aller Oberflächen mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel (1-Stunden-Konzentration) ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid") ➤ zusätzlich gezielte Wischdesinfektion bei sichtbarer Kontamination ➤ desinfizierende Aufbereitung vor Anwendung bei anderen Patienten
 <p>Instrumente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transport in geschlossenem Behälter zur Aufbereitung ➤ thermische Desinfektion bzw. Sterilisation ist zu bevorzugen ➤ abschließende chemische Desinfektion (ohne nachfolgende Sterilisation) nur mit viruswirksamen Instrumentendesinfektionsmittel ("viruzid" = Wirkungsbereich AB gemäß RKI-Desinfektionsliste)
 <p>Essgeschirr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ benutztes Geschirr unmittelbar in den Transportwagen einbringen, nicht außerhalb des Zimmers zwischenlagern ➤ Routineaufbereitung ist ausreichend (thermische Reinigung und Desinfektion bei 60°C) ➤ Einmalgeschirr ist nicht erforderlich
 <p>Wäsche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Routinewaschverfahren sind ausreichend ➤ Wäsche in die Wäschesäcke im Patientenzimmer entsorgen ➤ Taschentücher: Einmal-Taschentücher verwenden
 <p>Abfall</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ erregerhaltige Materialien oder Abfälle sind als Abfall der Gruppe B zu entsorgen (Abfallschlüssel EAK 180104 gemäß LAGA-Richtlinie)
 <p>Sekrete und Exkremente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ keine gesonderte Desinfektion erforderlich
 <p>Kissen, Decken, Matratzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maßnahmen nur bei sichtbarer Kontamination oder im Rahmen der Schlussdesinfektion erforderlich ➤ Kissen und Decken sind in geschlossenen Säcken in die Wäscherei zu geben und dort mit Mitteln/Verfahren gemäß RKI-Desinfektionsliste zu desinfizieren ➤ Matratzen sollten vorzugsweise mit wischdesinfizierbaren Bezügen ausgestattet sein, dann Wischdesinfektion mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel (1-Stunden-Konzentration) ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid") ➤ ansonsten ist eine thermische Desinfektion vorzunehmen



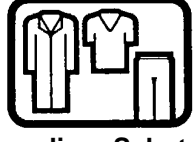




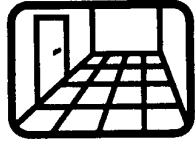
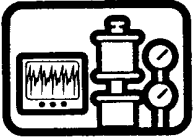


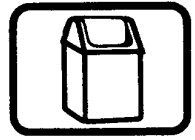

Schlussdesinfektion



- Wischdesinfektion der Flächen entsprechend den Angaben zur laufenden Desinfektion anwenden

6.6 Empfehlungen für Alters- und Pflegeheime zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie

Verhalten bei Infektionskrankheiten Influenza (Virusgrippe): Pflegeeinrichtungen	
Was	Wie
Meldepflicht nach § 6 IfSG	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einzelfälle: nein ➤ epidemischer Zusammenhang: ja ➤ nosokomialer Ausbruch: ja
Erreger	➤ Influenza-Virus Typen A und B
Inkubationszeit	➤ ca. 2-3 Tage (jedoch auch kürzer oder länger möglich, 1-7 Tage)
Infektionswege	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Der Erreger wird vornehmlich <u>direkt</u> durch respiratorische Tröpfchen oder oralen Kontakt übertragen. ➤ Eine Übertragung kann auch <u>indirekt</u> durch Objekte, die frisch mit respiratorischen Sekreten kontaminiert sind (z. B. Taschentücher, Spielzeug, Händeschütteln) erfolgen.
Erregerhaltiges Material	➤ insb. respiratorische Sekrete
Erregernachweis:	➤ insb. Nachweis aus Nasen- und Rachensekret oder serologisch
Impfprophylaxe des Influenza-Virus Typ A	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beschäftigte im Gesundheitswesen sollten jährlich geimpft werden. ➤ <u>endemisches Auftreten (Einzelkrankungen)</u>: es steht üblicherweise ein aktueller Impfstoff zur Verfügung ➤ <u>epidemisches Auftreten (regional gehäuftes Auftreten)</u>: es steht üblicherweise ein aktueller Impfstoff zur Verfügung ➤ <u>pandemisches Auftreten (weltweiter Ausbruch)</u>: es ist davon auszugehen, dass anfänglich kein Impfstoff zur Verfügung steht
Personaleinsatz	<ul style="list-style-type: none"> ➤ die betroffenen Bewohner sollten vorzugsweise durch geimpftes Personal versorgt werden ➤ bei Erkrankungsverdacht sollte unverzüglich virustatisch behandelt werden, ggf. auch prophylaktisch (z. B. mit Tamiflu®)
Dauer der Maßnahmen	➤ für die Dauer der Erkrankung (Kontagiosität hält üblicherweise 3 - 5 Tage nach Erkrankungsbeginn an, bei Kindern bis etwa 7 Tage)
 Einzelzimmer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einzelunterbringung erforderlich (möglichst mit Schleuse) ➤ alternativ ist eine Kohortenisolierung oder Unterbringung mit geimpften Mitbewohnern möglich ➤ insb. bei pandemischer Influenza sollte das Besucheraufkommen eingeschränkt werden

 <p>hygienische Händedesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DGHM-gelistetes Händedesinfektionsmittel ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid") ➤ Personal: <ul style="list-style-type: none"> – vor dem Betreten und vor dem Verlassen des Bewohnerzimmers – nach direktem Kontakt mit dem Bewohner – nach Kontakt mit erregerhaltigem Bewohnermaterial – nach dem Ablegen der Handschuhe ➤ Bewohner (nach Aufforderung durch das Personal): <ul style="list-style-type: none"> – nach Niesen oder Husten in die Handflächen – vor einem Bewohnertransport
 <p>unsterile Einmal-Handschuhe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anlegen in der Schleuse bzw. nach Betreten des Bewohnerzimmers ➤ vor möglichem Kontakt mit Sekreten und Exkrementen ➤ vor Kontakt mit kontaminierten Objekten ➤ vor dem Verlassen des Bewohnerzimmers ablegen ➤ in dem bereitstehenden Abfallbehältnis im Zimmer entsorgen
 <p>langärmeliger Schutzkittel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anlegen in der Schleuse bzw. nach Betreten des Bewohnerzimmers ➤ vor dem Verlassen des Bewohnerzimmers bzw. in der Schleuse ablegen ➤ Kittelwechsel: bei Verschmutzung sofort, ansonsten alle 24 Stunden
 <p>Atemschutzmaske</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Für Personal und Besucher vor Betreten des Bewohnerzimmers: <ul style="list-style-type: none"> – mind. FFP2-Maske (ggf. <u>mit</u> Ausatemventil) – FFP3-Maske insb. bei invasiven Maßnahmen im Bereich der Atemwege (z. B. endotracheales Absaugen) – wichtig: auf allseitigen Dichtsitz achten – nach dem Verlassen des Bewohnerzimmers bzw. in der Schleuse ablegen, ggf. in Abfallbehältnis entsorgen – eine Wiederverwendung ist prinzipiell möglich, muss jedoch in der jeweiligen Einrichtung detailliert festgelegt werden (Möglichkeit einer geschützten Lagerung, personenbezogene Wiederverwendung usw.) – allgemein wird eine (ggf. wiederholte) Verwendung von bis zu 8 Stunden empfohlen (= 1 Arbeitsschicht) ➤ Für Bewohner (bei Transport aus dem Zimmer): <ul style="list-style-type: none"> – dicht anliegender Mund-Nasen-Schutz – Anwendung als Einmalprodukt

 <p>Schutzbrille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Für Personal und Besucher vor Betreten des Bewohnerzimmers: ➤ bei Bedarf Schutzbrille anlegen (möglichst mit Seitenschutz) ➤ insb. bei invasiven Maßnahmen im Bereich der Atemwege (z. B. endotracheales Absaugen, ggf. Mundpflege) ➤ vor dem Verlassen des Bewohnerzimmers bzw. in der Schleuse ablegen, ggf. in Abfallbehälter entsorgen ➤ eine Wiederverwendung ist prinzipiell möglich, muss jedoch in der jeweiligen Einrichtung detailliert festgelegt werden (Möglichkeit einer geschützten Lagerung, personenbezogene Wiederverwendung, ggf. Aufbereitung gemäß Herstellerempfehlungen usw.)
 <p>Laufende Flächendesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ tägliche Wischdesinfektion von bewohnernahen Flächen und Handkontaktpunkten mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel (1-Stunden-Konzentration) ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid")
 <p>Medizinische Geräte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ möglichst bewohnerbezogener Einsatz von Geräten / Medizinprodukten ➤ tägliche Wischdesinfektion aller Oberflächen mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel (1-Stunden-Konzentration) ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid") ➤ zusätzlich gezielte Wischdesinfektion bei sichtbarer Kontamination ➤ desinfizierende Aufbereitung vor Anwendung bei anderen Bewohnern
 <p>Essgeschirr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ benutztes Geschirr unmittelbar in den Transportwagen einbringen, nicht außerhalb des Zimmers zwischenlagern ➤ Routineaufbereitung ist ausreichend (thermische Reinigung und Desinfektion bei 60°C) ➤ Einmalgeschirr ist nicht erforderlich
 <p>Wäsche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Routinewaschverfahren sind ausreichend ➤ Wäsche in die Wäschesäcke im Bewohnerzimmer entsorgen ➤ Taschentücher: Einmal-Taschentücher verwenden
 <p>Abfall</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ erregerrhaltige Materialien oder Abfälle sind als Abfall der Gruppe B zu entsorgen (Abfallschlüssel EAK 180104 gemäß LAGA-Richtlinie)
 <p>Sekrete und Exkremente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ keine gesonderte Desinfektion erforderlich

 <p>Kissen, Decken, Matratzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maßnahmen nur bei sichtbarer Kontamination oder im Rahmen der Schlussdesinfektion erforderlich ➤ Kissen und Decken sind in geschlossenen Säcken in die Wäscherei zu geben und dort mit Mitteln/Verfahren gemäß RKI-Desinfektionsliste zu desinfizieren ➤ Matratzen sollten vorzugsweise mit wischdesinfizierbaren Bezügen ausgestattet sein, dann Wischdesinfektion mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel (1-Stunden-Konzentration) ➤ auf Viruswirksamkeit achten (mind. "begrenzt viruzid") ➤ ansonsten ist eine thermische Desinfektion vorzunehmen
 <p>Schlussdesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wischdesinfektion der Flächen entsprechend den Angaben zur laufenden Desinfektion anwenden

6.7 Empfehlungen für Betriebs- und Werksärzte¹

Pandemiephase gemäß WHO-Def.	Maßnahmen
<p>Phase I und II Kein Nachweis neuer Influenzavirus-Subtypen beim Menschen</p>	<p>Problemdefinition und erste Maßnahmen Jährliche Gripeschutzimpfaktion Spezifische Betreuung bei Auslandsdienstreisen v.a. Südostasien Regelmäßiger Kontakt zu öffentlichen Gesundheitsbehörden Regelmäßige Information der Personalleitung Beratung über Vor- und Nachteile der Bevorratung antiviraler Medikamente Konkrete phasenadaptierte Erarbeitung eines Krisenplanes unter Beteiligung aller relevanten unternehmensinternen Institutionen Situationsadaptierte Kommunikation intern und extern Ermittlung der Anforderungen an den betriebsärztlichen Dienst (Ausstattung, Ablauforganisation etc) für eine ärztliche Betreuung von Erkrankten im Pandemiefall Beschaffung von partikelfiltrierenden Halbmasken der Klasse FFP2/3 für Mitarbeiter der arbeitsmedizinischen Dienststellen Beschaffung geeigneter Schutzkleidung für Mitarbeiter der arbeitsmedizinischen Dienststellen Beschaffung von partikelfiltrierenden Halbmasken der Klasse FFP1 für Mitarbeiter in kritischen Infrastrukturen²</p>
<p>Phase III Isolierung eines neuen Influenzasubtyps beim Menschen</p>	<p>Unterschiedliche Maßnahmen in Abhängigkeit regionaler Gegebenheiten, Abgabe antiviraler Medikamente zur Prophylaxe an Mitarbeiter in kritischen Infrastrukturen des Unternehmens</p>
<p>Phase IV Stark lokalisierte Infektionen bei wenigen Menschen</p>	<p>Unterschiedliche Maßnahmen in Abhängigkeit regionaler Gegebenheiten Abgabe antiviraler Medikamente zur Prophylaxe an Mitarbeiter in kritischen Infrastrukturen des Unternehmens, falls Phase IV in Deutschland oder benachbarten europäischen Ausland</p>
<p>Phase V Lokalisierte Mensch zu Mensch Übertragung</p>	<p>Unterschiedliche Maßnahmen in Abhängigkeit regionaler Gegebenheiten Fortsetzung der Abgabe antiviraler Medikamente zur Prophylaxe an Mitarbeiter in kritischen Infrastrukturen des Unternehmens, falls Phase V in Deutschland oder benachbarten europäischen Ausland Impfungen nach Impfstoffverfügbarkeit</p>
<p>Phase VI Zunehmende und fortlaufende Übertragung in der allgemeinen Bevölkerung</p>	<p>Abgabe antiviraler Medikamente zur Prophylaxe an Mitarbeiter in kritischen Infrastrukturen des Unternehmens Individualmedizinische Mitarbeiterbetreuung Impfungen nach Impfstoffverfügbarkeit</p>

Aktuelle Informationen und Arbeitshilfen stehen im Internet unter www.vdbw.de zur Verfügung.

¹ Erstellt in Zusammenarbeit mit dem Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte Hamburg.

² Betriebliche Aufgaben, die aus Sicht der Unternehmensleitung für die Funktionsfähigkeit prioritär sind.

6.8 Informations- und Aufklärungsmerkblätter zur Schutzimpfung gegen Influenza bei einer Influenzapandemie

Dieses Merkblatt wird erst mit Ausrufung der Influenzapandemie im Landespandemieplan verfügbar sein.

6.9 Informationen und Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte zu Erhältlichkeit und Abgabe von antiviralen Medikamenten bei einer Influenzapandemie

Dieses Merkblatt wird erst mit Ausrufung der Influenzapandemie im Landespandemieplan verfügbar sein.

6.10 Informationen für die Bevölkerung Hamburgs zu antiviralen Medikamenten bei einer Influenzapandemie

Dieses Merkblatt wird erst mit Ausrufung der Influenzapandemie im Landespanemieplan verfügbar sein.

6.11 Informationen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen und zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (Schlüsselpersonen) zur Erhältlichkeit antiviraler Medikamente bei einer Influenzapandemie

In Bearbeitung.

6.12 Auszug aus dem Beschluss 609 des Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe „Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Arbeitsschutz“

Empfehlungen zur Verwendung von Mund-Nasen-Schutz (MNS) und FFP-Masken

Tätigkeit	MNS	FFP1-Maske 1)	FFP2-Maske	FFP3-Maske
Ambulante Versorgung und Pflege von Verdachtsfällen	Patient (wenn zumutbar)	Medizinisches Personal		
Rettungstransport: Tätigkeiten am Patienten	Patient (wenn zumutbar)		Personal im Rettungstransport	
Transport im Krankenhaus	Patient (wenn zumutbar)	Zum Transport eingesetztes Personal		
Tätigkeiten im Patientenzimmer	Patient (wenn zumutbar)	Alle		
Tätigkeiten, bei denen Beschäftigte Hustenstößen ausgesetzt sein können	Patient (wenn zumutbar)		Medizinisches Personal	
Tätigkeiten mit Hustenprovokation, z.B. Bronchoskopieren, Intubieren, Absaugen				Medizinisches Personal
Laborarbeiten	siehe TRBA 100			
Tätigkeiten in Flugzeugen	Patient (wenn zumutbar)	Kabinenpersonal beim Bordservice	Versorgung medizinischer Notfälle durch das Kabinenpersonal	
Tätigkeiten in Flughäfen	Patient (wenn zumutbar)	Betreuendes Bodenpersonal		

1) Geeignet ist auch ein MNS, wenn er die Anforderungen an die Geräteklasse FFP1 nach DIN EN 149 erfüllt.

7. Wichtige Adressen und Telefonnummern

7.1 Pressestelle der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit

Pressesprecher für Gesundheit und Verbraucherschutz

Hartmut Stienen

Tel: (040) 428 63 - 34 78

Fax: (040) 428 63 - 37 22

E-Mail: hartmut.stienen@bwg.hamburg.de

7.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst in Hamburg

Die **Gesundheitsämter** der Bezirke erreichen Sie während der Dienstzeiten unter:

Bezirk	Ansprechpartner	Telefonnummer
Mitte	Herr v. Welczeck	040/42854-4688
Altona	Herr Dr. Nießen	040/42811-3023
Eimsbüttel	Herr Dr. Dirksen-Fischer	040/42801-3519
Nord	Frau Heidbüchel-Braatz	040/42804-2203
Wandsbek	Herr Dr. Schröder	040/42881-3170
Bergedorf	Herr Dr. Galle	040/42891-2224
Harburg	Herr PD Dr. Diel	040/42871-2320

Außerhalb der Dienstzeiten besteht die Möglichkeit, die Erreichbarkeit der/des in Bereitschaft befindlichen Amtsärztin/Amtsarztes unter:

040/ 428.11 -1775

oder

040/ 3907715

zu erfragen.

Für Belange des **Hafen- und Flughafenärztlichen Dienstes** wenden Sie sich während der Dienstzeiten bitte an:

040/428894-504

Außerhalb der Dienstzeiten ist die/der in Bereitschaft befindliche Ärztin/Arzt unter:

0173/2322871

zu erreichen.

7.3. Ansprechpartner zur mikrobiologischen Diagnostik der Influenza

Das Institut für Hygiene und Umwelt hält als Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes diagnostische Kapazitäten vor, die in der inter pandemischen Phase und im Falle der Pandemie genutzt werden können. Es berät auch zu diagnostischen Fragestellungen.

Kontaktadresse:

Institut für Hygiene und Umwelt
Marckmannstraße 129a, 20539 Hamburg
Telefon:(040) 4 28 45-77
E-Mail: infoHU@hu.hamburg.de

Die Serotypisierung der Isolate erfolgt in den Laboren des nationalen Referenzzentrums für Influenza:

Nationales Referenzzentrum für Influenza, Berlin
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin
Tel.:030 / 4547-2205
Fax:030 / 4547-2605

7.4 Beratungsangebote für Bürgerinnen und Bürger

In Bearbeitung.