Die Senatorin für Bildung,
Wissenschaft und Gesundheit

Influenzapandemieplan des Landes Bremen

Stand 14. Dezember 2011

Inhaltsverzeichnis:

Seite

1. Kapitel: Ziel und Zweck..... 3

2. Kapitel: Phaseneinteilung der WHO..... 5

3. Kapitel: Falldefinitionen des RKI..... 6

4. Kapitel: Surveillance und Meldewege.....11

5. Kapitel: Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen.....13

6. Kapitel: Antivirale Medikamente.....21

7. Kapitel: Impfstoffe.....24

8. Kapitel: Ambulante Versorgung.....29

9. Kapitel: Stationäre Versorgung im Krankenhaus 34

10. Kapitel: Labordiagnostik und Transport der Proben.....42

11. Kapitel: Information und Kommunikation…….....44

12. Kapital: Quellen und Autoren, Gesetzliche Grundlagen.....48

Soweit dieser Plan auf natürliche Personen Bezug nimmt, gilt er für weibliche und männliche Personen in gleicher Weise.

1. Kapitel

Ziel und Zweck

Die Bewältigung einer Influenzapandemie wird als Gemeinschaftsaufgabe angesehen, in der alle Beteiligten in der Verantwortung stehen. Zur Vorbereitung Deutschlands auf eine weitere mögliche Influenza–Pandemie sind gemeinsame Anstrengungen von Bund und Ländern erforderlich. Dieses hat sich insbesondere anlässlich der in 2009/2010 erlebten Influenzapandemie (A / H1N1 – Virus „Schweinegrippe“) gezeigt.

Bereits 1999 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre Mitgliedsstaaten aufgerufen, vorbereitende Planungen auf nationaler Ebene zu treffen. 2005 legte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den Nationalen Influenzapandemieplan vor, der am 15.06.2007 fortgeschrieben wurde. Er besteht aus drei Teilen. Teil 1 umfasst die gemeinsamen Empfehlungen des Bundes und der Länder, Teil 2 zeigt die Konzepte auf, die bei der Vorbereitung auf eine Pandemie berücksichtigt werden sollten, und erlaubt den Ländern, mit der konkreten Umsetzung zu beginnen. Der ergänzende Teil 3 widmet sich der Zusammenarbeit von Bund und Ländern im Pandemiefall. Der nationale Influenzapandemieplan ist veröffentlicht unter www.rki.de. Es ist absehbar, dass der nationale Pandemieplan erneut aufgrund der Ereignisse in 2009 fortgeschrieben werden muss. Dieser Prozess wird frühestens in 2011 beginnen.

Der jetzt vorliegende Influenzapandemieplan für Bremen ersetzt die Fassung vom 26.07.2006 und ist als eine Interimsfassung zu betrachten, die nach Vorliegen des aktualisierten nationalen Pandemieplans erneut überarbeitet werden muss.

Der Plan soll den Behörden des Landes, Ärzten, Krankenhäusern und allen an der Begrenzung und Bekämpfung einer Influenzapandemie Beteiligten im Lande konkrete Informationen und Hilfestellungen liefern. Um die Lesbarkeit zu gewährleisten, wird auf im Internet verfügbare Dokumente verwiesen.

Mit den Handlungsempfehlungen wird eine Schadensbegrenzung versucht, eine Verhinderung von personellen und sächlichen Schäden im Falle einer Influenzapandemie ist nicht möglich.

Der Verlauf einer Influenzapandemie ist unabhängig von bester Planung und Vorbereitung nicht vorhersehbar. Während die Influenzapandemie in 2009 eher einen milden Verlauf nahm, ist bei zukünftigen Pandemien ein Katastrophenszenario nicht auszuschließen. Es muss auch immer wieder deutlich gemacht werden, dass selbst die moderne Medizin letale Verläufe der Infektionskrankheit Influenza - auch in erheblichem Ausmaß - nicht verhindern kann.

Mit diesem aktualisierten Influenzapandemieplan sollen neben Handlungsempfehlungen zur Diagnostik, Therapie, Infektionsschutz durch prophylaktische Maßnahmen auch die Verantwortlichen benannt werden, deren Zuständigkeiten und Erreichbarkeit.

Die generelle Strategie soll sein:

1. klassische seuchenhygienische Maßnahmen
2. Therapie mit antiviralen Medikamenten, bis zur
3. Impfung der gesamten Bevölkerung mit pandemischem Impfstoff

2. Kapitel

Phaseneinteilung der WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sechs Phasen des Influenzapandemie-Verlaufs identifiziert. Die ersten fünf sind Warnphasen, Phase 6 stellt die Pandemie dar.

Während **Phase 1** sind beim Menschen keine Infektionen durch neuartige tierische Influenzaviren zu beobachten.

Phase 2: Im Tierbestand zirkulierende Influenzaviren sind neu bei Menschen nachgewiesen worden und stellen eine potenzielle pandemische Gefahr dar.

Phase 3: Im Tierbestand zirkulierende Influenzaviren sind bei mehreren Menschen sporadisch oder in Häufungen nachgewiesen worden; jedoch gibt es allenfalls eine sehr begrenzte Übertragung von Mensch zu Mensch.

Phase 4: ist erreicht, wenn die Mensch-zu-Mensch-Übertragung eines Influenzavirus nachgewiesen ist und zu regionalen Krankheitsausbrüchen führt.

Phase 5: wird charakterisiert durch eine fortgesetzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung der Influenzaviren in mindestens zwei Staaten einer WHO-Region.

Phase 6: ist definiert durch das zusätzliche Auftreten von fortgesetzten Mensch-zu-Mensch-Übertragungen in zumindest einem weiteren Land in einer weiteren WHO-Region. Insgesamt gibt es sechs WHO-Regionen (Afrika, Amerika, Südostasien, Europa, Östliches Mittelmeer, Westlicher Pazifik).

Quellen:

Bundesministerium für Gesundheit, 08. Januar 2010
www.bundesgesundheitsministerium.de (Stichwort Pandemie)

Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document, World Health Organisation 2009

3. Kapitel

Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern

Ausgabe 2007

nach § 4 Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

Gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG hat das RKI die Aufgabe, Falldefinitionen zu erstellen, die die Kriterien für die Übermittlung vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI festlegen. Die Falldefinitionen haben zum Ziel, bundesweit einheitliche Kriterien im Rahmen der epidemiologischen Überwachung von Infektionskrankheiten sicherzustellen. Damit sollen sie zu standardisierten Bewertungen, objektiveren Entscheidungen und letztlich aussagekräftigeren Statistiken beitragen. Vor dem Hintergrund dieser primär epidemiologischen Aufgabenstellung beschränken sich die Falldefinitionen weitgehend auf solche Kriterien, die für die Entscheidungsfindung zur Übermittlungspflicht notwendig sind.

Mitarbeiter der Gesundheitsämter entscheiden demnach anhand der Falldefinitionen, ob Erkrankungs- oder Todesfälle bzw. Nachweise von Krankheitserregern, die ihnen gemeldet oder anderweitig bekannt wurden, an die zuständige Landesbehörde zu übermitteln sind.

Die Zielgruppe dieser Falldefinitionen sind deshalb primär die Gesundheitsaufseher, Hygieneinspektoren und andere nicht-ärztliche Mitarbeiter der Gesundheitsämter, die die Entscheidung zur Übermittlung hauptsächlich treffen.

a) Influenzavirus (Influenza A, B oder C)

ICD.-: 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)),

Jll.- 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.

Zusatzinformation

Bei impfpräventablen Krankheiten sollten stets Angaben zur Impfanamnese (Anzahl der vorangegangenen Impfungen, Art und Datum der letzten Impfung) erhoben (z. B. Impfbuchkontrolle) und übermittelt werden.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der drei folgenden Methoden:

direkter Erregernachweis

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

Zusatzinformation

Direkte Erregernachweise werden typischerweise in klinischen Materialien des oberen Respirationstraks (z.B. Nasen-Rachenabstrich) durchgeführt, jedoch gelten auch direkte Erregernachweise aus anderen klinischen Materialien (z.B. Liquor, Myokardgewebe) als labordiagnostischer Nachweis, nicht jedoch indirekte (serologische) Nachweise.

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 nachgewiesen 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 klinischem Bild

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

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischem Bild

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

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch Instituts, die nicht nach Falldefinitionskategorien differenzieren (z. B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur Erkrankungen der Kategorien B und C gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Dem Gesundheitsamt wird gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 24 IfSG nur der direkte Nachweis von Influenzaviren, soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt gemäß § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.

Gemäß § 12 Abs. 1 IfSG sind Fälle von Influenza-Nachweisen verursacht durch einen neuen Subtyp des Virus vom Gesundheitsamt unverzüglich an die zuständige Landesbehörde und von dieser unverzüglich dem RKI zu übermitteln.

4. Kapitel

Surveillance und Meldewege

In der **interpandemischen Periode** erfolgt die Surveillance bzw. Meldung von Influenza-Infektionen durch:

- **Sentinelsurveillance** in ambulanten Arztpraxen durch das Netzwerk der Arbeitsgemeinschaft Influenza durch wöchentliche Meldung von akut behandelten respiratorischen Erkrankungen.

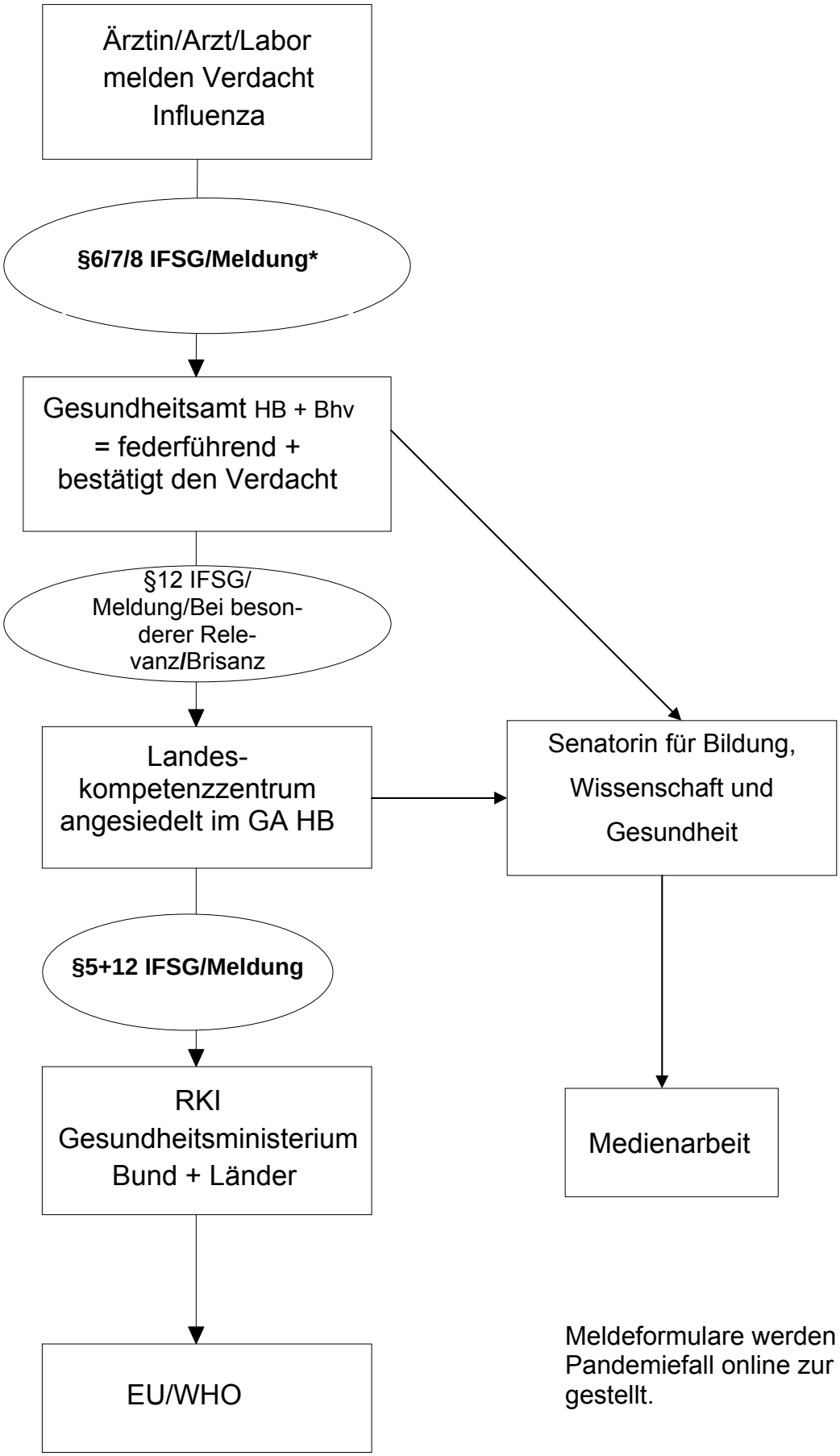
- **virologische Surveillance** durch das Nationale Referenzzentrum Influenza, hier werden Untersuchungen von durch Sentinelärzte der Arbeitsgemeinschaft Influenza gewonnene Rachenabstriche mit umfassender Charakterisierung der identifizierten Viren durchgeführt.

- **Meldung nach dem Infektionsschutzgesetz**: Nach § 7 (1) Nr. 24 erfolgt die namentliche Meldung direkter Influenzavirus-Nachweise durch die diagnostizierenden Labore an das zuständige Gesundheitsamt. Das Landeskompetenzzentrum am Bremer Gesundheitsamt meldet diese Nachweise an das RKI gemäß den in Kapitel 3 vorgegebenen Falldefinitionen des Robert-Koch Institutes.

Es muss von einer stark verminderten Erfassung der tatsächlichen Influenza-Fallzahlen ausgegangen werden, weil nur labordiagnostisch bestätigte Influenza-Erkrankungen in das Meldesystem gelangen.

Eine zusätzliche Surveillance in der **Pandemiephase** kann durch Erfassung bestimmter Aufnahmediagnosen im Krankenhaus z.B. Pneumonie, akute Bronchitis, Fieber unklarer Genese u. ä. erfolgen. Eine zeitnahe Erhebung einer altersgruppenspezifischen Mortalität aus Daten der Standesämter, Einwohnermeldeämter und Gesundheitsämter könnte ebenfalls zur Identifizierung von Risikogruppen dienen.

Meldewege bei Auftreten einer pandemischen Influenzaviruserkrankung



Meldeformulare werden im Pandemiefall online zur Verfügung gestellt.

Stand: 14.12.2011

5. Kapitel

Empfehlungen des Robert Koch- Institutes zu Hygienemaßnahmen bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza

Da im Verlauf einer Pandemie sich der Informationsstand, die daraus getroffenen Entscheidungen (z.B. Falldefinition, Meldepflicht) und Empfehlungen ändern, kann an dieser Stelle nur auf die Internet-Seite (www.rki.de) des Robert Koch-Instituts (RKI) verwiesen werden. Das RKI bietet über diesen Weg die aktuellen Informationen zum Geschehen (epidemiologische Lage) und veröffentlicht als Bundesbehörde Empfehlungen, die mit den Bundesländern abgestimmt sind. Dabei ist es möglich, dass einzelne Punkte dieser Empfehlung aufgrund der konkreten lokalen Lage ggf. modifiziert werden müssen (z.B. Isolierungsmaßnahmen von Erkrankten oder Kontaktpersonen, Schließung von Einrichtungen, präventive oder postexpositionelle Pharmakotherapie, Verfügbarkeit einer Labordiagnostik u.a.).

Die Maßnahmen und Empfehlungen müssen im Verlauf der Pandemie jeweils an die konkrete Situation angepasst werden. Folgende Punkte sind hierbei zu nennen, sie müssen in die Bewertung des lokalen Geschehens einbezogen werden:

- epidemische Lage
viele oder wenige Erkrankungsfälle; Verteilung in der Bevölkerung, gibt es Risikogruppen? u.a.

- Zeitpunkt der Pandemie
• Frühphase mit Einzelfällen bzw. noch begrenzten Herden (Containmentstrategie mit Isolierung von Erkrankten und gesunden Kontaktpersonen) oder
• Spätphase mit vielen Erkrankungen diffus in der gesamten Bevölkerung verteilt

- Virulenz des Erregers
Grad der krankmachenden Wirkung des Virus im Sinne:
• viele harmlose Erkrankungsfälle oder
• hoher Anteil von Erkrankungen mit Komplikation (z.B. Anzahl der Todesfälle)

- Verfügbarkeit einer medikamentösen Therapie
Einnahme von Medikamenten, z.B. Neuraminidasehemmer:
• prophylaktisch
• postexpositionell

• bei Personen mit Erkrankungszeichen innerhalb von 48h nach Symptombeginn
• nur bei erkrankten Personen mit Risiko oder schwerem Krankheitsverlauf

- Pandemischer Impfstoff

Je nach Verfügbarkeit des Impfstoffs:

• Priorisierung von bestimmten Gruppen (medizinisches Personal) und/oder Risikogruppen (z.B. chronisch Kranke) oder
• Impfung der gesamten Bevölkerung?

Die aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts finden Sie auf:

- der Internetseite: "www.rki.de"

- auf der linken Seite: "Infektionskrankheiten A-Z"

- unter dem Punkt: "Influenza" (oder "Schweinegrippe" oder "Vogelgrippe")

Aktuelle RKI-Empfehlung zu Hygienemaßnahmen bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza:

Räumliche Unterbringung der Patienten

- **Einzelunterbringung:**

Bei Patienten mit gleichem Erregertyp kann eine Kohortenisolierung durchgeführt werden.

- **Isolierung** in einem **Zimmer mit Nasszelle**, Zimmer möglichst mit Schleusenfunktion.

- Festlegung von Besuchsregelungen.

- Unterweisung des Patienten zu Verhaltensregeln, z. B. Hustenetikette, Händehygiene

Maßnahmen bei Betreten des Krankenzimmers/Personalschutzmaßnahmen:

Empfehlungen zum Arbeitsschutz (Schutz von Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens) gehören nicht zu den Aufgaben des Robert Koch-Institutes. Zuständige Obere Bundesbehörde ist die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (www.baua.de). Vollzugsbehörden und damit regelmäßig primärer Ansprechpartner, sind die örtlichen Ämter für Arbeitsschutz.

Wichtigstes Dokument für Personalschutzmaßnahmen gegen Influenza ist der **ABAS-Beschluss 609**:

http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672810/publicationFile/48577/Beschluss-609.pdf

Schulung der Beschäftigten hinsichtlich der erforderlichen Maßnahmen.

Einrichtungsinterne Surveillance

Je nach epidemischer Situation (Verbreitung des Virus in der Bevölkerung, siehe hierzu die jeweils aktuellen Informationen) kommt dem Personal und den Besuchern eine bedeutende Rolle beim Influenza-Risiko von stationär behandelten Patienten zu. Deshalb ist die **Etablierung von aktiven Surveillance-Strukturen** zur Erkennung der Ausbreitung in einer Einrichtung (z. B. durch Erfassung von Fieber, Husten und Rhinorrhoe bei stationären Patienten) notwendige Voraussetzung zur Etablierung sinnvoller Präventionsstrategien wie z. B. das Verteilen von Informationsmaterial für Besucher und Personal.

Desinfektion und Reinigung

Tägliche **Wischdesinfektion** der patientennahen (Handkontakt-) Flächen (z.B. Nachttisch, Nassbereich, Türgriffe) mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener und entsprechend deklarierter Wirksamkeit für das **Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“.** Bei Bedarf sind die Desinfektionsmaßnahmen auf weitere kontaminationsgefährdete Flächen auszudehnen.

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche_Rili.pdf

Alle **Geräte/ Medizinprodukte** mit direktem Kontakt zum Patienten (z.B. EKG-Elektroden, Stethoskope usw.) sind patientenbezogen zu verwenden bzw. müssen nach Gebrauch bzw. vor Anwendung bei einem anderen Patienten desinfiziert werden. Bei Transport in einem geschlossenen Behälter ist eine zentrale Aufbereitung möglich. Thermische Desinfektionsverfahren sollten wann immer möglich bevorzugt angewendet werden. Ist dies nicht möglich, sollen für die Aufbereitung der Medizinprodukte wie üblich Desinfektionsmittel des Wirkungsbereiches AB gemäß der Definition der Liste der vom RKI anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren verwendet werden. Im Übrigen gelten die Empfehlungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten.

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medpro_Rili.pdf

Geschirr kann in einem geschlossenen Behältnis zur Spülmaschine transportiert und darin wie üblich bei Temperaturen > 60°C gereinigt werden.

Wäsche / Textilien können dem Routine-Waschverfahren für Krankenhauswäsche zugeführt werden. Als Taschentücher und andere Respirationssekrete aufnehmende Tücher sollen Einwegtücher Verwendung finden, welche anschließend hygienisch entsorgt werden.

Für **Matratzen** werden wie üblich wischdesinfizierbare Überzüge empfohlen (Desinfektion s. oben).

Schlussdesinfektion

Die Schlussdesinfektion erfolgt für alle Flächen im Patientenzimmer entsprechend den Angaben für die tägliche Desinfektion (s. auch „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“).

Abfallentsorgung

Die Entsorgung von Abfällen, die mit Sekreten oder Exkreten kontaminiert sind, erfolgt nach Abfallschlüssel AS 180104 gemäß LAGA-Vollzugshilfe 2009.

Patiententransport innerhalb des Krankenhauses

Ist ein Transport im Krankenhaus unvermeidbar, sollte der Zielbereich vorab informiert werden. Der Transport soll als Einzeltransport erfolgen, dabei trägt der Patient, sofern das Krankheitsbild dies erlaubt, einen Mund-Nasen-Schutz.

Unmittelbar nach den Maßnahmen in der Zieleinrichtung sind die Patientenkontaktflächen vor erneuter Nutzung wie oben beschrieben zu desinfizieren (s. Punkt Desinfektion und Reinigung).

außerhalb des Krankenhauses

Vor Beginn des Transportes werden das aufnehmende Krankenhaus und das Rettungsdienstpersonal über die Einweisung des Patienten und über seine Verdachtsdiagnose / Erkrankung informiert. Die Isolierung des aufzunehmenden Patienten kann dort vorbereitet und der Schutz anderer Patienten eingeleitet werden.

Falls es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt, sollte er mit einem Mund-Nasen-Schutz versorgt werden.

Unmittelbar nach Transport ist eine Wischdesinfektion sämtlicher zugänglicher Patientenkontaktflächen mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ durchzuführen.

Nach Ablegen der Schutzkleidung ist eine Händedesinfektion durchzuführen.

Umgang mit Leichen

Beim Umgang mit an Influenza Verstorbenen bestehen aufgrund der Übertragungswege und der relativ geringen Überlebenszeit des Erregers in der Umwelt lediglich potenzielle Infektionsgefahren beim direkten Umgang mit der Leiche und ggf. bei deren Transport; so ist der ungeschützte Kontakt mit erregerhaltigen Sekreten generell zu vermeiden. Um das Austreten von erregerhaltigen Flüssigkeiten aus dem Leichnam und daraus resultierende Kontaminationen zu vermeiden, ist die Verwendung eines geeigneten, **flüssigkeitsdichten Leichensackes** angezeigt.

Landesrechtliche Regelung zum Umgang mit Verstorbenen bei einer Influenza-Pandemie

Die Leichen von an Influenza Verstorbenen sind nicht der Gruppe der infektiösen Leichen im Sinne des § 8 Abs. 4 LeichenG vom 27. Oktober 1992 (Brem.GBl. S. 627), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 2. Dezember 2003 (Brem.GBl. S. 389), zuzuordnen. Es müssen aber zumindest die allgemeinen hygienischen Anforderungen beim Umgang mit Leichen beachtet werden.

Maßnahmen bei der Aufbahrung

Die für die **Herrichtung des Toten** benötigten Utensilien wie z. B. Kämme, Rasierapparate u. ä. sollten nach Möglichkeit Einwegmaterialien sein. Ansonsten sind diese Gegenstände nach jeder Nutzung chemisch zu desinfizieren und zu reinigen.

Nach **Einsargung und Abtransport** sind die Flächen zu desinfizieren. Das betrifft auch die Flächen im Fahrzeug des Bestattungsunternehmens.

Die benutzte **Wäsche** einschließlich der Kleidung der Verstorbenen ist in einem gesonderten Wäschesack abzulegen und danach einem desinfizierenden Waschverfahren zu unterziehen oder gefahrlos zu entsorgen.

Bei einer Aufbahrung ist ein direkter **Körperkontakt der Angehörigen bzw. Freunden** des Verstorbenen **mit der Leiche strikt** zu **vermeiden**.

Personalschutzmaßnahmen

Beim Arbeiten in der Leichenaufbewahrung und -aufbahrung ist über der normalen Hygienekleidung eine **Schutzkleidung**, bestehend aus Einmalschutzkittel (Plastikschürze) und Einmalhandschuhen, zu tragen. Nach Abschluss der Arbeiten muss vor Verlassen des Bereiches die Schutzkleidung ausgezogen und direkt entsorgt werden.

Eine hygienische **Händedesinfektion** ist nach Kontamination der Hände bzw. Handschuhe durch potentiell infektiöse Körperausscheidungen der Leiche und **immer nach dem Ablegen der Handschuhe durchzuführen**.

Flächendesinfektionsmaßnahmen

Die **Liegeflächen** in den Transportbahren und in den Kühlzellen sind nach jeder Benutzung zu desinfizieren und zu reinigen. Die übrigen Flächen (z.B. Außenflächen der Kühlzellen u.a.) sind bei sichtbarer Kontamination bzw. Verschmutzung mit Körpersekreten sofort, ansonsten mindestens einmal wöchentlich zu desinfizieren.

Der **Fußboden** im Kühlraum und im gesamten Trakt ist mindestens einmal wöchentlich bzw. bei sichtbarer Verschmutzung sofort zu desinfizieren.

6. Kapitel

Antivirale Medikamente

6.1 – Neuraminidasehemmer

Neuraminidasehemmer (Wirkstoffe: Oseltamivir, Zanamivir) sind kein Ersatz für eine Grippeschutzimpfung.

Die Neuraminidasehemmer stellen lediglich eine Ergänzung der Therapieoptionen (symptomatische Therapie) dar. Sie können während eines pandemischen Influenzaausbruchs zur Therapie von Erkrankten eingesetzt werden. Die klinische Relevanz der mit Neuraminidasehemmern erzielbaren Wirkungen wird in der Wissenschaft unterschiedlich beurteilt und hängt außerdem vom konkreten Influenzastamm ab. Besonders zu achten ist auf das Vorliegen der medizinischen Indikation für die Therapie mit Neuraminidasehemmern.

Wichtigste Informationsquelle für die Fachkreise zu den Neuraminidasehemmern sind die ständig aktuell zu haltenden Fachinformationen nach § 11a Arzneimittelgesetz zu Relenza (Wirkstoff: Zanamivir) und zu Tamiflu (Wirkstoff: Oseltamivir). Darin enthalten sind auch Hinweise zur Anwendung bei besonderen Personengruppen (Säuglinge, Kinder, Schwangere, Stillende, ältere Menschen).

Neuraminidasehemmer sind verschreibungspflichtige Arzneimittel mit Nebenwirkungen. Besonders in der Situation eines pandemischen Influenzaausbruchs besteht die Gefahr einer missbräuchlichen Verbreitung. Dieser Gefahr lässt sich durch Einführung von Dokumentationspflichten in den Apotheken begegnen.

6.2. - Bevorratung

Das Land Bremen hat sich wie folgt bevorratet:

Fertigarzneimittel Relenza:	56.160 Packungen
Fertigarzneimittel Tamiflu:	6.000 Packungen 30 mg und
	6.000 Packungen 45 mg
	(entspricht 6000 Packungen 75 mg Erwachsenendosierung)
Oseltamivirphosphat:	70 kg Oseltamivir
	(entspricht 71.065 Therapieeinheiten)

Die Bevorratung liegt dabei zurzeit bei 20 % der Bremer Bevölkerung.

6.3 – Verteilungskonzept und Logistik

Die eingelagerten antiviralen Arzneimittel stellen lediglich eine Reserve für den Fall dar, dass die Versorgung auf den etablierten Wegen (Großhandel, Apotheken) nicht mehr gelingt und es die pandemische Lage erfordert.

Bei dem Verteilungskonzept der antiviralen Arzneimittel im Lande Bremen ist grundsätzlich zwischen priorisiertem Sicherheitspersonal zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung (z.B. Sicherheitskräfte, Feuerwehr, Polizei, medizinisches Personal) und der Bevölkerung zu differenzieren.

Das Sicherheitspersonal wird über die Krankenhausapotheken im Lande Bremen und/oder über Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Betriebsärztliche Dienste und Gesundheitsämter) versorgt.

Die Bevölkerung wird über ausgewählte Schwerpunktapotheken versorgt. Die ca. 30 Schwerpunktapotheken wurden nach Leistungsfähigkeit und versorgtem Einzugsgebiet (Bevölkerungsdichte) flächendeckend ausgewählt.

Prinzipiell werden bei beiden Versorgungskonzepten antivirale Arzneimittel ausschließlich gegen Vorliegen einer ärztlichen Verordnung nach gesicherter Diagnose an die Patienten abgegeben. Je nach pandemischer Lage können zusätzliche Anforderung an die Form der ärztlichen Verordnung festgelegt werden.

Während die Fertigarzneimittel unmittelbar zur Verfügung stehen, ist bei dem Wirkstoffpulver die Herstellung einer trinkbaren Lösung erforderlich. Diese Herstellung erfolgt über einen pharmazeutischen Herstellerbetrieb in Bremen. Auf die Herstellung wird jedoch erst dann zurückgegriffen, wenn der Bedarf nicht mit den eingelagerten Fertigarzneimitteln gedeckt werden kann.

7. Kapitel

Impfstoffe/ Schutzimpfungen

Impfung gegen saisonale Influenza und Pneumokokken-Infektionen

In den WHO-Phasen **vor Pandemiebeginn** ist die jährliche **saisonale Influenzaimpfung** eine individuelle Schutzmaßnahme, die erheblich zur Verminderung der jährlichen influenzabedingten Morbidität und Mortalität (5.000 bis 15.000 Todesfälle/Jahr) beiträgt, jedoch nicht vor dem Pandemievirus schützt.

Die jährliche Impfung ist in Deutschland von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) allen Personen über 60 Jahre empfohlen sowie Personen aller Altersgruppen, die unter Grundkrankheiten leiden, die das Risiko eines schweren Verlaufs einer Influenza und von Komplikationen erhöhen (u. a. Stoffwechselkrankheiten, Immundefekte, chronische Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herz-Kreislaufsystems, Leber- und Nierenkrankheiten).

Nach den aktuellen STIKO-Empfehlungen vom Juli 2010 (siehe Epidemiolog. Bulletin 30/2010) sollten sich auch alle Schwangeren ab dem 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab dem 1. Trimenon und Patienten mit chronischen neurologischen Erkrankungen, z. B. Multiple Sklerose, mit durch Infektionen getriggerten Schüben gegen die saisonale Influenza impfen lassen. Darüber hinaus wird allen Menschen mit häufigen Kontakten zu anderen Menschen, insbesondere auch zu Risikogruppen die Impfung empfohlen. Hierzu gehören auch alle medizinischen und pflegerischen Berufe.

Im Rahmen einer Influenzapandemie ist auch mit einer entsprechend hohen Zahl an **bakteriellen Sekundärinfektionen der Lunge** zu rechnen, die u. a. durch **Streptococcus pneumoniae (früher: Pneumokokken)** oder auch durch **Haemophilus Influenzae Typ B (HIB)** hervorgerufen werden. Deshalb sollten die **Pneumokokkenschutzimpfung** und die **HIB- Impfung** für die in den Empfehlungen der Ständige Impfkommission am RKI (STIKO) genannten Risikogruppen (vor allem Personen ab 60 Jahre, Kinder bis 24 Monate, chronisch Kranke) gemeinsam mit der saisonalen Influenzaimpfung angeboten werden. Das Erreichen möglichst hoher Durchimpfungsraten gegen Pneumokokken kann zu einer Verringerung der Gesamtmorbidität und -mortalität beitragen und im Pandemiefall einen regulierenden Einfluss auf das Krankheitsgeschehen haben. Deshalb sollten bereits in der interpandemischen Phase Strategien zur Erhöhung der Impfbereitschaft bei Risikogruppen entwickelt und umgesetzt werden.

Indikationen für die saisonale Influenzaimpfung und die Pneumokokkenimpfung

(STIKO-Empfehlung Juli 2010) *[1]

Jährliche Influenzaimpfung im Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.

Empfohlen für:

- Personen ≥ 60 Jahre
- alle Schwangeren ab 2. Trimenon,
- bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens alle Schwangeren ab 1. Trimenon
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefahrdung infolge eines Grundleidens, wie z. B.:
  - chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD)
  - chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten
- chronische neurologische Krankheiten, z. B. Multiple Sklerose <u>mit durch Infektionen getriggerten Schüben</u>
- Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten
- Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion
- HIV-Infektion
- Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen
- Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr
- Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute ungeimpfte Risikopersonen

Empfohlen für:

Impfung im Pandemiefall

Pneumokokkenimpfung:
Eine Impfung ab dem vollendeten 2. Lebensjahr.

- Neurologische Krankheiten, z. B. Zerebralparesen oder Anfallsleiden

Ziel der Impfprävention ist der möglichst rasche und vollständige Impfschutz der immunologisch naiven Bevölkerung vor dem pandemischen Virus. Die Entwicklung und Produktion eines Impfstoffs gegen eine Influenza-Pandemie ist aber erst möglich, wenn der Erreger identifiziert wurde; auch muss ein solcher Impfstoff in ausreichender Menge produziert werden können und gut verträglich sein. Die Komplexität der Herstellung eines solchen spezifischen Impfstoffes bringt es mit sich, dass er zu Beginn einer Influenzapandemie noch nicht verfügbar sein wird.

Bisher ist davon ausgegangen worden, dass die Produktion eines pandemischen Impfstoffes ab Kenntnis des Pandemievirus etwa fünf Monate in Anspruch nimmt, wobei die Produktion auf bebrütetem Hühnerei vorgegeben ist.

Inzwischen gibt es erste Meldungen eines Impfstoffherstellers, dass eventuell Zellkulturimpfstoffe eine kürzere Produktionszeit bedeuten.

Der pandemische Impfstoff wird monovalent sein. Nach gegenwärtigem Kenntnisstand kann zur Erzeugung einer ausreichenden Immunität eine zweifache Impfung notwendig sein.

Wenn der Pandemie-Impfstoff in ausreichender Menge zur Verfügung steht, werden die vorhandenen Vertriebswege genutzt und die Impfung durch niedergelassene Ärzte (z. B. in Schwerpunktpraxen) unter Beteiligung von Betriebsärzten und Ärzten in den Gesundheitsämtern durchgeführt. Die Einrichtung von Impfzentren zur Durchführung von Massenimpfungen ist derzeit nicht angedacht.

Priorisierung in der Pandemie bei Impfstoffknappheit

Gegenwärtig ist davon auszugehen, dass auch bei beschleunigter Impfstoffproduktion die anfangs zur Verfügung stehenden Impfstoffmengen nicht zur Durchimpfung der gesamten Bevölkerung ausreichen werden. Deshalb sieht der nationale Influenzapandemieplan im Einklang mit der WHO die Notwendigkeit einer Priorisierung von zu impfenden Bevölkerungsgruppen vor, die sich am höchsten Nutzen für die Reduzierung von Krankheit und Todesfällen orientiert. Aus diesem Grund kann es erforderlich sein, zunächst das Schlüsselpersonal (medizinisches Personal, Feuerwehr und Polizei) zur Sicherung der medizinischen Versorgung sowie der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zu impfen. Sollten besondere Risikogruppen mit schwerem Erkrankungsverlauf erkennbar werden, wird deren Impfung als nächstes erfolgen.

Dieses wird unter Federführung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgen. Bei der notwendigen Priorisierung nimmt der ÖGD eine zentrale und koordinierende Rolle ein.

Wichtig ist, dass die öffentliche Impfempfehlung für den Pandemieimpfstoff *[1] erfolgt ist. Damit ist die Absicherung eventuell auftretender Impfschäden geregelt. Eine Impfpflicht besteht nicht. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und auch Krankheitsfälle, die im Zusammenhang mit der Impfung stehen, sind gemäß IfSG *[2] zu melden.

Abhängig von der Verfügbarkeit eines wirksamen Impfstoffes kann, zum bestmöglichen Schutz der Bevölkerung, eine Priorisierung erforderlich sein:

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

*[1] nach § 20 Abs. 3 des IfSG;

*[2] gemäß § 6 Abs. 1 IfSG (Infektionsschutzgesetz)

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.

Literatur:

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am
Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2010 aus „Epidemiologisches. Bulletin 30/2010“ : http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reLMSiAJvAFI6/PDF/25vQaMWNX2EXrE.pdf

8. Kapitel

Ambulante Versorgung

Während einer Influenza-Pandemie muss über einen Zeitraum von 8 bis 12 Wochen mit einer hohen Anzahl von Neuerkrankungen pro Tag gerechnet werden. Ziel ist es, die Erkrankten primär ambulant im häuslichen Umfeld zu betreuen. Ebenso sollte eine frühe Rückübernahme der Patienten aus der stationären Behandlung erfolgen, um die Krankenhäuser zu entlasten. Ebenso soll durch eine intensivierte ambulante Versorgung von Einrichtungen für alte und behinderte Menschen eine Überlastung der stationären Krankenversorgung verhindert werden. Vermehrte Arztkontakte wird es auch durch allgemeine Verunsicherung geben.

Die **ärztliche Versorgung** erfolgt in erster Linie durch

- hausärztlich tätige Ärzte (Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten, Praktische Ärzte)

Anzahl der Praxen: 243 in Bremen (367 ÄrztInnen)
55 in Bremerhaven (64 ÄrztInnen)

- fachärztlich tätige Internisten

Anzahl der Praxen: 37 in Bremen (74 ÄrztInnen)
10 in Bremerhaven (19 ÄrztInnen)

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Anzahl der Praxen: 35 in Bremen (59 ÄrztInnen)
7 in Bremerhaven (11 ÄrztInnen)

(Stand 13. Oktober 2010; KV-Bremen)

Bei einer Überlastung - diese ist zu erwarten - können auch andere Fachgruppen herangezogen werden.

Im Rahmen des gesetzlich fixierten Sicherstellungsauftrags gewährleistet die Kassenärztliche Vereinigung Bremen die ambulante Versorgung. Zur Notfallversorgung sind zunächst alle kassenärztlich organisierten, niedergelassenen Ärzte verpflichtet. Der ärztliche Notdienst außerhalb der normalen Sprechzeiten ist gegebenenfalls zu erweitern.

Die Einrichtung spezieller „Fieberpraxen“ wird als nicht sinnvoll erachtet und ist nicht vorgesehen.

Hygiene und Organisation in Arztpraxen

Es ist unbedingt notwendig eine organisatorische und/oder zeitliche Trennung von Patienten mit einer entsprechenden Symptomatik (Influenza-Verdachtsfälle) und Patienten mit anderen Erkrankungen vorzunehmen, um ein Verbreiten des Influenza-Erregers in der Arztpraxis zu verhindern.

Die Maßnahmen der Standardhygiene sollten wie folgt erweitert werden:

- Beschränkung des **Patientenkontakt**s auf - wenn möglich und soweit verfügbar - **geimpfte Praxismitarbeiter.** Mitarbeiter mit einem besonderen Risiko für einen schweren Verlauf einer Influenzaerkrankung sollten jeglichen Kontakt zu Verdachtsfällen oder Erkrankten vermeiden.

- **Praxismitarbeiter** mit Patientenkontakt zu Influenza-Verdachtsfällen **müssen** eine **persönliche Schutzausrüstung tragen**. Zu dieser gehört ein mehrlagiger, dicht anliegender **Nasen-Mund-Schutz** (z.B. **FFP2-Maske** möglichst **mit Ausatmungsventil**), **Handschuhe** und **Schutzkittel,** bei möglicher Aerosolbildung und engem Kontakt zum Patienten z.B. während einer Bronchoskopie **evtl.** zusätzlich eine **Schutzbrille**. **Nach** einem **Patientenkontakt** muss eine **Händedesinfektion** durchgeführt werden.

- Organisatorische Regelungen zur **Minimierung von Patient-Patient-Kontakten**. Dies kann über eine räumliche Trennung mittels separaten Warteraums erfolgen oder organisatorisch in dem Patienten mit Fieber oder Husten z.B. zu definierten Sprechzeiten behandelt werden. Patienten mit Fieber und Husten müssen im Kontakt mit anderen Menschen Verhaltensregeln einhalten, ggf. in der Praxis einen Mundschutz (z.B. einfache chirurgische OP-Maske) tragen. Zu den Verhaltensregeln zählen z.B. das Vermeiden von anhusten bzw. anniesen, der hygienische Umgang mit Sekreten sowie die Reduzierung von Handkontakten (kein Hände schütteln). Um eine Virusausbreitung über Kontaktflächen (Handniveau) in der Praxis zu minimieren, sollte Influenza-symptomatischen Patienten eine Desinfektion der Hände angeboten werden.

Die folgenden hygienischen Anforderungen sind zu überprüfen bzw. einzuhalten:

Ausstattung und ausstattungsbezogene Maßnahmen

- **Korrekte Ausstattung des Handwaschplatzes**: **Spender** für **Flüssigseife**, **Händedesinfektionsmittel** (bedienbar ohne Handkontakt), Handpflegemittel, **Einmalhandtücher** (Papier), Abwurfbehälter für Einmalhandtücher.

- **Zusätzliche Ausstattungen/Bevorratung** mit Atemschutzmasken[1], Handschuhen, Schutzkittel, Desinfektionsmittel, Schutzbrillen, (evtl. Schnelltests zu Beginn der **pandemischen** Phase).

Personenbezogene Maßnahmen

- **Hygienische Händedesinfektion** mit einem nachgewiesen[2] „begrenzt viruzid“ wirksamen Präparat. Eine **Händedesinfektion muss nach** direktem **Kontakt mit** einem an Influenza erkrankten **Patienten**, erregerhaltigem Material oder kontaminierten Gegenständen sowie nach dem Ablegen der Schutzhandschuhe im Behandlungszimmer erfolgen.

- **Atemschutzmaske FFP 2 vor Betreten des Behandlungszimmers anlegen. Einwegschutzhandschuhe** müssen im Behandlungszimmer bei Kontakt mit einem Verdachts- bzw. Erkrankungsfall oder erregerhaltigem Material getragen werden. Die Schutzhandschuhe werden **nach Ende der Tätigkeit** im Behandlungszimmer ausgezogen und entsorgt. Anschließend erfolgt eine **hygienische Händedesinfektion**.

- **Einwegschutzkittel** im Behandlungszimmer anlegen und vor Verlassen ablegen und entsorgen.

- wenn mit **einem erregerhaltigen Aerosol** zu rechnen ist: anlegen einer **Schutzbrille** mit seitlichem Spritzschutz.

Desinfektionsmaßnahmen

---

[1] **Atemschutzmasken dienen dem Personal- und Patientenschutz** (noch nicht Infizierte).
Personalschutz mittels FFP-**Maske mit Ausatemventil**: FFP 2-Maske für "normale" Kontakte in der Praxis oder FFP 3-Maske bei erhöhter Gefährdung z.B. bronchoskopische Untersuchung.
Patientenschutz: hustender **Patient mit Influenzasymptomen erhält** einen einfachen **chirurgischen Mundschutz** (Virusfreisetzung reduziert, Schutzwirkung für Mitpatienten und Personal).

[2] Das Präparat ist in der **VAH-Liste** (Verbund für angewandte Hygiene e.V.) oder der RKI-Liste (Robert Koch-Institut) aufgeführt.

- **Tägliche Wischdesinfektion** der **patientennahen** (Handkontakt-) **Flächen** (z.B. Liege, Handwaschbecken, Türgriffe) mit einem gegen Viren geprüft wirksamen Desinfektionsmittel[3]. Gezielte Flächendesinfektion bei Kontamination mit erregerhaltigem Material.

- **Alle Geräte/Medizinprodukte** mit direktem Kontakt zum Patienten (z. B. EKG-Elektroden, Stethoskop, usw.) **müssen nach Gebrauch** bzw. vor Anwendung bei einem anderen Patienten **wischdesinfiziert werden**. Für die Desinfektion der Medizinprodukte ist ein Desinfektionsmittel des Wirkungsbereiches AB gemäß RKI-Liste zu verwenden.

Entsorgungsmaßnahmen

- Zur **Aufnahme** von respiratorischen Sekreten sind Einwegtücher zu verwenden.

- **Kontaminierte** Schutzhandschuhe, Einwegschutzkittel und Atemschutzmasken müssen in einem eigenen (Plastik-) Beutel gesammelt werden - getrennt vom restlichen Praxismüll. Die Entsorgung erfolgt mit dem übrigen Restmüll (nach dem Abfallschlüssel "AS 180104" gemäß LAGA- Richtlinie).

Personalschutz

- Ein **Hygieneplan** muss vorhanden sein. Das Personal muss die notwendigen Schutzmaßnahmen anwenden können, d.h. Schulung im Umgang mit Mundschutz, Handschuhen, usw. Sofern Impfstoff verfügbar ist, sollte das Personal geimpft werden.

- Es muss ein **Maßnahmenplan** zum Umgang mit Verdachtsfällen bei Mitarbeitern erstellt werden. Dieser beinhaltet u.a. Einschränkung der Tätigkeit i.S. kein Patientenkontakt bzw. Tätigkeitsverbot, die Option einer postexpositionellen Behandlung mit Neuraminidasehemmern innerhalb von 48 h nach Symptombeginn.

---

[3] "begrenzt viruzid" laut **VAH-Liste** (Verbund angewandte Hygiene e.V.) oder RKI-Liste (Robert Koch-Institut)

Ambulante Betreuung

Insbesondere zu Beginn einer Pandemie können die Ressourcen im medizinischen Bereich deutlich eingeschränkt sein - viele Erkrankte die einer medizinischen Behandlung und Pflege bedürfen; Ausfall von medizinischem und pflegerischem Personal aufgrund von Erkrankung. Deshalb sollten stationäre Einweisungen (auch andere Erkrankungen) auf Notfälle beschränkt werden. Ziel ist eine Fokussierung der professionellen Hilfen auf die echten medizinischen Notfälle.

Die **Pflege** im ambulanten Bereich soll, soweit möglich, durch Angehörige oder andere Nahestehende erfolgen. Ambulante Pflegedienste sind gehalten hier zu beraten und anzuleiten. Nachbarn können unterstützend mitwirken (z.B. einkaufen u.a.).

Ist eine Krankenhauseinweisung unumgänglich, wird der erforderliche **Krankentransport durch die Berufsfeuerwehr Bremen/Bremerhaven** ausgeführt. Das Personal wurde gesondert geschult, der Personalschutz ist gewährleistet. Es sind Transporte mehrerer Infizierter gleichzeitig möglich. **Erst bei Überlastung werden andere Krankentransportunternehmen einbezogen, dies gilt auch für Transporte zwischen Krankenhäusern.**

Weitere ausführliche Informationen zu diesem Thema finden Sie in der Broschüre:

Influenzapandemie – Risikomanagement in Arztpraxen – Praxishilfe

Eine gemeinsame Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
(Stand: Dezember 2008)

http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.6922

9. Kapitel

Stationäre Versorgung im Krankenhaus

Im Zuge einer sich wellenförmig ausbreitenden Pandemie ist mit einer hohen Anzahl Betroffener zu rechnen, die neben einer vorrangig ambulanten hausärztlichen und notfallmedizinischen Betreuung auch einer stationären Versorgung im Krankenhaus bedürfen.

Im Bremischen Hilfeleistungsgesetz *[1] ist geregelt, dass die Krankenhäuser nach Vorgaben des für das Gesundheitswesen zuständigen Senators verpflichtet sind, die Aufnahme von Notfallpatienten so zu organisieren, dass diese im Regelfall ohne zeitliche Verzögerung aufgenommen werden können. Diese Regelung, die für den Rettungsdienst gilt, findet auch im Katastrophenfall Anwendung.

Für eine stationäre Versorgung stehen im Land Bremen zurzeit:

in **Bremen**: 3.635 Betten Somatik, 505 Betten Psychiatrie, 414 Plätze teilstationär.

in **Bremerhaven**: 1.169 Betten Somatik, 77 Betten Psychiatrie, 72 Plätze teilstationär.

Land gesamt: 4.804 Betten Somatik, 582 Betten Psychiatrie, 486 Plätze teilstationär.
(Landeskrankenhausplan, Stand: 31.12.2005) zur Verfügung.
In diesen Zahlen sind 385 Intensivbetten (einschließlich intermediate care) enthalten, hiervon 325 in der Stadt Bremen und 60 in Bremerhaven.

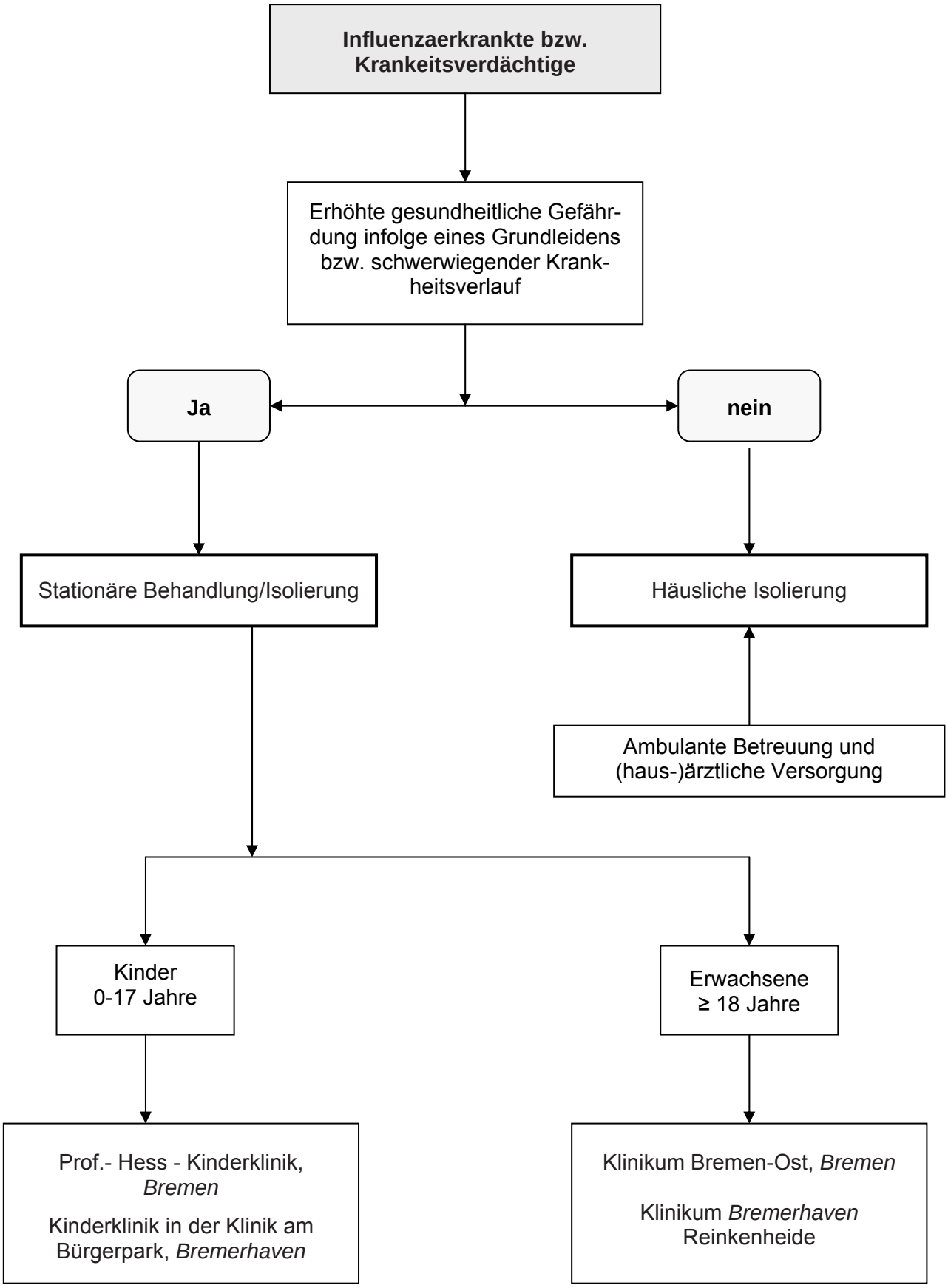
Die stationäre Versorgung der Influenzapatienten erfolgt im Land Bremen in erster Linie wie folgt:

Kinder (0-17 Jahre):	**Bremen:**	Prof.-Hess-Kinderklinik
	Bremerhaven:	Kinderklinik in der Klinik am Bürgerpark
Erwachsene (≥ 18 Jahre):	**Bremen:**	Klinikum Bremen-Ost
	Bremerhaven:	Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

Die Einrichtung spezieller Fieberambulanzen wird nicht als sinnvoll angesehen.

*[1] § 29 (2) des Bremischen Hilfeleistungsgesetz i. d. Fassung vom 19. März 2009

Stationäre Versorgung im Land Bremen bei Auftreten einer pandemischen Influenzaviruserkrankung



Stand: 14.12.2011

Für die Versorgung von Influenza-Erkrankten in den Krankenhäusern im Land Bremen sind folgende Maßnahmen durch ein entsprechendes Management durchzuführen bzw. sicherzustellen:

Hygiene und Organisation im stationären Bereich

- Die Umsteuerung von elektiven, planbaren Krankenhausbehandlungen muss soweit wie möglich sichergestellt werden. Die Aufnahme von Patienten mit **mittel- und langfristig planbaren Operationen** ist **auszusetzen**.

- Die Liegezeit der nicht mit Influenza Erkrankten ist auf ein medizinisch vertretbares Minimum **zu reduzieren**, Patienten und Patientinnen, die keine intensive medizinische Betreuung benötigen, werden entlassen.

- Das Personal in den Krankenhäusern wird auf die internistischen und pädiatrischen Abteilungen umgesteuert.

- Die teilstationären und tagesklinischen Räumlichkeiten und Kapazitäten werden für die Influenza-Versorgung umfunktioniert. Die meisten tagesklinischen Einrichtungen verfügen standardmäßig über Sauerstoffanschlüsse, andere können und müssen mit geringem Aufwand mit mobilen Anschlüssen „nachgerüstet“ werden.

- Die **Aufwachstationen und –betten**, die ebenfalls überwiegend mit Sauerstoffanschlüssen versehen sind, werden **für die Influenza-Versorgung rekrutiert.**

- Durch eine **interdisziplinäre, fachabteilungsübergreifende Belegung** ist die Kapazitätsreserve, die krankenhausplanerisch je Fachabteilung mit durchschnittlich 10 bis 20 % angesetzt ist, zu erhöhen.

- **Teile der Operationstrakte werden zu Intensiveinheiten umfunktioniert**.

- Diese Maßnahmen gelten auch für belegärztlich geführte Einrichtungen.

- Eine **räumliche getrennte Wegführung** für Verdachts- oder Krankheitsfälle ist im gesamten Krankenhaus – soweit möglich - sicherzustellen, um einer Verbreitung des Erregers vorzubeugen.

- Die **Einrichtung separater Warte- und Behandlungsräume** zur räumlichen Trennung von Patienten/-innen mit respiratorischen Symptomen von anderen Patienten werden empfohlen. Die Bereiche sollten **deutlich gekennzeichnet** werden.

- Die Mitarbeiter/-innen sind hinsichtlich der erforderlichen hygienischen Maßnahmen, die über die Standardhygiene hinausgehen zu schulen.

- **Patientenkontakte** mit Influenzaverdächtigen oder Erkrankten sollten – soweit möglich – **auf geimpfte Mitarbeiter/-innen beschränkt** werden.

Patientenbezogene Maßnahmen

- **Räumliche Unterbringung: Einzelunterbringung**. Bei Patienten mit gleichem Erregertyp auch Kohortenisolierung möglich.

- Isolierung in einem **Zimmer mit Nasszelle,** Zimmer möglichst mit Schleusenfunktion.

- Stationen sind deutlich zu kennzeichnen.

- Festlegungen von Besuchsregelungen.

- Unterweisung des Patienten zu Verhaltensregeln, z. B. Hustenetikette, Händehygiene

Personalbezogene Maßnahmen

- **Hygienische Händedesinfektion** mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ nach direktem Kontakt mit dem Patienten, mit erregerhaltigem Material oder mit kontaminierten Gegenständen und nach dem Ablegen der Schutzhandschuhe im Patientenzimmer und vor Verlassen der Schleuse. Auch das häufige Waschen der Hände mit üblichen Detergentien soll propagiert werden, da dadurch Influenzaviren inaktiviert werden können.

- **Arbeitsschutz:** Atemschutzmaske mindestens FFP 2, mit Ausatemventil vor Betreten des Patientenzimmers anlegen, bei Maßnahmen bei denen mit einer höheren Aerosolbildung von erregerhaltigem Material zu rechnen ist (z. B. Bronchoskopie, Absaugen) FFP 3.

- **Einwegschutzhandschuhe** sind im Patientenzimmer nach jedem Patientenkontakt abzulegen und zu entsorgen, anschließend **hygienische Händedesinfektion**.

- **Einwegschutzkittel** bei Betreten der Station bzw. im Patientenzimmer anlegen und vor Verlassen ablegen und entsorgen.

- Anlegen einer **Schutzbrille** mit seitlichem Spritzschutz, wenn mit einem erregerhaltigen Aerosol zu rechnen ist (z. B. Absaugen, Bronchoskopie).

Desinfektion und Reinigung

- Tägliche **Wischdesinfektion** der patientennahen (Handkontakt-) Flächen (z.B. Nachttisch, Nassbereich, Türgriffe) mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener und entsprechend deklarierter Wirksamkeit für das **Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“.** Bei Bedarf sind die Desinfektionsmaßnahmen auf weitere kontaminationsgefährdete Flächen auszudehnen. Siehe hierzu:

  http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche__Rili.pdf

- Alle **Geräte/ Medizinprodukte** mit direktem Kontakt zum Patienten (z.B. EKG-Elektroden, Stethoskope usw.) sind patientenbezogen zu verwenden bzw. müssen nach Gebrauch bzw. vor Anwendung bei einem anderen Patienten desinfiziert werden. Bei Transport in einem geschlossenen Behälter ist eine zentrale Aufbereitung möglich. Thermische Desinfektionsverfahren sollten wann immer möglich bevorzugt angewendet werden. Ist dies nicht möglich, sollen für die Aufbereitung der Medizinprodukte wie üblich Desinfektionsmittel des Wirkungsbereiches AB gemäß der Definition der Liste der vom RKI anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren verwendet werden. Im Übrigen gelten die Empfehlungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten. Siehe hierzu:

  http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medpro_Rili.pdf

- **Geschirr** kann in einem geschlossenen Behältnis zur Spülmaschine transportiert und darin wie üblich bei Temperaturen > 60°C gereinigt werden.

- **Wäsche / Textilien** können dem Routine-Waschverfahren für Krankenhauswäsche zugeführt werden. Als Taschentücher und andere Respirationssekrete aufnehmende Tücher sollen Einwegtücher Verwendung finden, welche anschließend hygienisch entsorgt werden.

- Für **Matratzen** werden wie üblich wischdesinfizierbare Überzüge empfohlen.

Schlussdesinfektion

- Die Schlussdesinfektion erfolgt für alle Flächen im Patientenzimmer entsprechend den Angaben für die tägliche Desinfektion (s. auch „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“).

Abfallentsorgung

- Die Entsorgung von Abfällen, die mit Sekreten oder Exkreten kontaminiert sind, erfolgt nach Abfallschlüssel AS 180104 *[1].

Personalschutz

- Das für die Versorgung der Influenzapatienten eingesetzte Personal sollte hinsichtlich der Infektionswege und der zu beachtenden Schutzmaßnahmen geschult und gegen Influenza geimpft sein. Der Kreis der Kontaktpersonen sollte definiert und begrenzt sein.

- Sofern Impfstoff verfügbar ist, ist prioritär den Mitarbeitern der stationären Krankenversorgung die Verdachtsfälle betreuen, eine Impfung durch den betriebsärztlichen Dienst anzubieten.

- Erarbeitung eines Maßnahmenplans zum Umgang mit Verdachtsfällen bei Mitarbeitern (Betriebsärztliche Überwachung, Behandlung innerhalb von 48 h nach Symptombeginn, Tätigkeitsverbot in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt).

*[1] Abfallschlüssel AS 180104 gemäß LAGA-Vollzugshilfe 2009 (B_Müll)

Patiententransport

innerhalb des Krankenhauses

- Der Patiententransport für diagnostische Maßnahmen ist auf ein Minimum zu beschränken.

- Ist ein Transport im Krankenhaus unvermeidbar, sollte der Zielbereich vorab informiert werden. Der Transport soll als Einzeltransport erfolgen, dabei trägt der Patient, sofern das Krankheitsbild dies erlaubt, einen Mund-Nasen-Schutz.

- Unmittelbar nach den Maßnahmen in der Zieleinrichtung sind die Patientenkontaktflächen vor erneuter Nutzung wie oben beschrieben zu desinfizieren (s. Punkt Desinfektion und Reinigung).

außerhalb des Krankenhauses

- Vor Beginn des Transportes werden das aufnehmende Krankenhaus und auch der Rettungsdienst über die Einweisung des Patienten und über seine Verdachtsdiagnose / Erkrankung informiert. Die Isolierung des aufzunehmenden Patienten kann dort vorbereitet und der Schutz anderer Patienten eingeleitet werden.

- Falls es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt, sollte er mit einem Mund-Nasen-Schutz versorgt werden.

- Unmittelbar nach Transport ist eine Wischdesinfektion sämtlicher zugänglicher Patientenkontaktflächen mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ durchzuführen.

- Nach Ablegen der Schutzkleidung ist eine Händedesinfektion durchzuführen

Umgang mit Leichen (siehe 8. Kapitel)

Meldeformulare:
Im Pandemiefall werden die Meldeformulare online zur Verfügung gestellt.

Literatur:

Empfehlungen des Robert Koch- Institutes zu Hygienemaßnahmen bei Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener Influenza.

***[1] Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2010** aus „Epidemiologisches. Bulletin 30/2010“ : http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reLMSiAJvAFI6/PDF/25vQaMWNX2EXrE.pdf

10. Kapitel

Labordiagnostik

Die Labordiagnostik ist insbesondere in der pandemischen Warnperiode (WHO- Phasen 3, 4 und 5) ausgesprochen sinnvoll, sowohl zur individuellen Diagnosesicherung als auch aus infektionsepidemiologischen Gründen.

In der Hochphase der Pandemie (WHO- Phase 6) ist eine routinemäßige Labordiagnostik aufgrund der hohen Erkrankungszahlen nicht mehr sinnvoll und möglich (unnötige Untersuchungskosten, Überlastung der Laboratorien). Hier sollte die Diagnose aufgrund des klinischen Bildes gestellt werden.

Bei Personen mit Verdacht auf eine Influenzaerkrankung sollten entsprechend der Test-spezifischen Vorgaben des untersuchenden Labors i.d.R. **zwei Rachenabstriche** abgenommen werden (alternativ Nasenabstriche oder Nasensekret). Neben Abstrichen sind Spülflüssigkeiten und Aspirate von Nase und Rachen geeignet. Ein Abstrich kann für einen Influenza- Schnelltest verwendet werden, der zweite wird an ein Labor zur weiteren Diagnostik versandt (s. u.).

Die wichtigsten Tests im Überblick (große Bedeutung für die Pandemie):

Influenza A- Schnelltest: leicht durchzuführen (auch außerhalb des Labors), hohe Spezifität und Sensitivität. Das Ergebnis liegt in <30 min vor. Wichtiger Screeningtest zu Beginn einer Pandemie. Mit einigen Schnelltests können sowohl die saisonale Influenza A und B, als auch die aviäre Influenza (A/ H5N1 etc.) erfasst werden.

Influenza- PCR: sehr hohe Spezifität und Sensitivität, Ergebnis je nach Abgabezeit nach 4-24 Stunden. Bestätigungstest des Schnelltests, auch wertvolle Alternative zum Schnelltest. Wichtiger Test zur Identifizierung des Influenzasubtyps (grundsätzlich, im Pandemiebeginn und zur Kontrolle der Pandemieausbreitung).

Influenza-Viruskultur: hohe Sensitivität und Spezifität, Ergebnis nach 5-10 Tagen. Die Virusisolierung ist beweisend für die Infektion. Identifizierung des Pandemievirus und seines Resistenzmusters, Entscheidungskriterium für die Sinnhaftigkeit einer antiviralen Therapie. Der Test wird nur in speziellen Laboratorien (z.B. am Nationalen Referenzzentrum für Influenza in Berlin, Institut für Virologie der MHH) durchgeführt.

Laborkapazitäten und Transport von Proben

Laborkapazitäten im Land Bremen für Influenza-Frühdiagnostik:

Laborzentrum Bremen - LADR GmbH Medizinisches Versorgungszentrum
Prof.Dr.med. Mariam Klouche, Prof.Dr.med. Gregor Rothe, Dr.med.Martin Sandkamp
Friedrich-Karl-Straße 22, 28205 Bremen
Tel: 0421-4307-300, Fax: 0421-4307-199,
e-mail: mariam.klouche@laborzentrum-bremen.de
sowie sekretariat@laborzentrum-bremen.de.

▪

Medizinisches Labor Bremen
Dr. Wittke, Dr. Gerritzen & Partner
Haferwende 12, 28357 Bremen
Tel: 0421-2072-0, Fax: 0421-2072-167, e-mail: johann-wolfgang.wittke@mlhb.de.

▪

Zentrallabor des Klinikums Bremen-Ost
Züricher Straße 40, 28325 Bremen
Tel: 0421-408-1245, e-mail: anja.golbeck@klinikum-bremen-ost.de.

▪

Labor Dr. Schumacher, Dr. Sommer, Dr. Brennemann
Dr. Franz-Mertens-Straße 8
27580 Bremerhaven
Tel.: 0471-9829-0, Fax: 0471-9829-109, e-mail: info@medlabor-bhv.de

Transport von Proben für die Influenzadiagnostik (über öffentliche Straßen):

Die bisherigen vier WHO- Risikogruppen sind seit dem 1.1.2005 durch zwei **Transportkategorien A und B** ersetzt.

Influenzaviren sind der Risikogruppe 2 zugeordnet. Diagnostische Proben mit Verdacht auf Influenzavirus gehören nunmehr zur Kategorie **B, UN- Nr. 3373**. Sie müssen nach der Norm **P 650** verpackt werden (starre Außenverpackung, wird von einschlägigen Herstellern angeboten). Mit der offiziellen Bezeichnung "Diagnostische Probe" können sie per Post an das jeweilige Labor verschickt werden. Bei Einhaltung der Norm entfallen die gefahrgutrechtlichen Vorschriften z.B. des ADR.

11. Kapitel

Information und Kommunikation

Der Umgang mit den Auswirkungen einer Influenzapandemie (z.B. Akzeptanz oder Ablehnung einer Impfung mit pandemischem Impfstoff) wird maßgeblich durch Information bzw. Kommunikation beeinflusst. Die Erfahrungen aus der Influenzapandemie 2009 / 2010 haben gezeigt, dass Influenzapandemiepläne lediglich einen verlässlichen Handlungsrahmen darstellen. Abgestimmte konkrete Einzelmaßnahmen müssen lageabhängig vereinbart und umgesetzt werden. Dazu ist es erforderlich, dass vorhandene Gremien bzw. Informationskanäle der jeweiligen Lage angepasst aktiviert bzw. eingerichtet werden.

Die Abteilung „Gesundheit“ übernimmt in enger Abstimmung mit der Hausleitung der Bildung, Wissenschaft und Gesundheit die Federführung. Vereinbarte Maßnahmen werden mit behördeninternen und externen Partnern qualitätsgesichert (z.B. Maßnahmen-, Zuständigkeits- und Terminmatrix mit Protokoll) umgesetzt.

11.1 - Behördeninterne Kommunikation

Unabhängig vom Pandemiegeschehen findet regelmäßig Kommunikation zum Thema Infektionsschutz statt (z.B. „Jour fixe Infektionsschutz Bremen“ unter Koordination des Infektionsschutzreferenten mit Einbeziehung der Experten aus Gesundheitsämtern und Hafengesundheitsamt). Soweit es die Lage erforderlich macht, wird unter Federführung der Abteilung „Gesundheit“ das Gremium „Jour fixe Pandemie bzw. Krisenstab Pandemie“ einberufen und bei Bedarf erweitert. Diesem Gremium gehören als Mitglieder an:

- Abteilungsleiter Gesundheitswesen und dessen Vertreter
  Referate für
- Infektionsschutz
- Pharmazie
- Arbeitsschutz
- Pressesprecher und Leiter Öffentlichkeitsarbeit des Senatorenbüros
- Kommunikationsbeauftragter
- Gesundheitsämter
- Hafengesundheitsamt

Bedarfsorientiert werden Gäste eingeladen.

Darüber hinaus stehen die Behörden in enger Abstimmung mit ihren jeweiligen Kollegen aus Bund und Ländern, um möglichst ein gemeinsames Vorgehen zu koordinieren, soweit es für das Land Bremen erforderlich ist und aufgrund der besonderen Infrastruktur keiner individuellen Regelungen bedarf.

11.2. - Kommunikation mit externen Partnern

Auch außerhalb des Pandemiegeschehens wird die Zusammenarbeit mit externen Partnern (z.B. Krankenhausgesellschaft und Krankenhäuser, kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Betriebsärzte, Kinder- und Jugendärzte, Frauenärzte, Apothekerkammer, Arzneimittelgroßhandel und Krankenhausapotheken, Feuerwehr, Senatorin für Bildung und Wissenschaft, Senator für Inneres und Sport, BMG, PEI, RKI) seitens der senatorischen Behörde bzw. der Fachdienststellen gepflegt.

Im Pandemiefall erfolgt der Informationsaustausch bzw. die Informationsweitergabe bedarfsorientiert und zeitnah. Je nach Bedarf werden verschiedene Informationskanäle genutzt (z.B. E-Mail, Brief, Telefonat, persönliches Gespräch, Beratungen – auch in Form von Telefonschaltkonferenzen -).

11.3 – Zielgruppenspezifische Kommunikation

Ergänzend werden im Pandemiefall Informationskanäle zu bestimmten Multiplikatoren spezieller Zielgruppen ausgeweitet. Beispiele:

Multiplikator	Tätigkeit/Zielgruppe
Betriebsärzte	Impfung Betriebsangehörige
Senatorin für Bildung und Wissenschaft	Informationsweitergabe an Lehrer, Schüler und Eltern

Auch hier erfolgt die Abstimmung bzw. Informationsweitergabe wie unter 11.2 beschrieben.

11.4 – Öffentlichkeitsarbeit (insbesondere Information der bremischen Bevölkerung)

Die Erfahrung aus der Influenzapandemie 2009/2010 hat gezeigt, dass insbesondere (überregionale) Medien (u.a. TV, Radio, Printmedien sowie das Internet) das Verhalten der Bevölkerung (z.B. hinsichtlich wünschenswerter Hygienemaßnahmen oder der Impfbereitschaft) maßgeblich beeinflussen. Die transparente Weitergabe von Wissen und eine nachvollziehbare Entscheidungsfindung haben höchsten Stellenwert. Insofern kommt der Presse- und Informationsarbeit des BMG, der Bundesbehörden PEI und RKI eine besondere Bedeutung zu, zumal selbsternannte Experten in vielen Fällen für Verunsicherung sorgen. Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit unterstützt im Rahmen ihrer Ressourcen alle Bemühungen, die das Ziel haben die Bevölkerung sachverständig und zeitnah zu informieren.

Aufgaben des Kommunikationsbeauftragten:

Der Kommunikationsbeauftragte fungiert als Bindeglied zwischen Fachebene, Medien und Politik. Er beobachtet insbesondere die Berichterstattung der lokalen und überregionalen Medien. Es ist seine Aufgabe die Kommunikation risikoorientiert zu führen und nach außen hin für das Land Bremen eine einheitliche Position darzustellen. Dabei hält er auch Kontakt zu überregionalen Einrichtungen der Fachebene und stimmt sich mit diesen ab.

Für die Information der Bevölkerung (z.B. zu Indikation und Nebenwirkung der Impfung im Pandemiefall) werden zu gegebener Zeit vom BMG, vom PEI und vom RKI aktuelle Merkblätter, Flyer/Plakate und Aufkleber (in der Regel in Internetversion und Printversion) herausgegeben. Weitere bzw. ergänzende Informationen (z.B. zu Impfmöglichkeiten im Land Bremen) werden von der Fachebene des Ressorts in Zusammenarbeit mit weiteren Dienststellen des Landes zeitnah entsprechend dem aktuellen Risiko zur Verfügung gestellt. Dazu zählen u.a. Flyer und Aufklärungsmerkblätter (falls erforderlich in mehreren Sprachen verfügbar), die in Printform, z.B. über Apotheken, Ärzte und Gesundheitsämter ggf. als Postwurfsendung abgegeben werden oder zum Download auf einer speziell eingerichteten Webseite bereit stehen. Diese spezielle Internetseite wird während der Influenzapandemie regelmäßig aktualisiert. Darüber hinaus werden aktuelle Informationen und ein Link zur speziellen Internetseite auf der Landeshomepage www.bremen.de eingestellt.

Bei Bedarf wird das Land Bremen erneut ein Bürgertelefon (Hotline) einrichten, um u.a.

Fragen zur Lage und zur Impfung für den interessierten Bürger zu beantworten. Für die Bedienung des Bürgertelefons stehen geschulte Mitarbeiter zur Verfügung, die mit tagesaktuellen Informationen versorgt werden. Die Organisation des Bürgertelefons erfolgt in Abstimmung mit der Feuerwehr Bremen und dem First-Level-Support (Telefonzentrale 361-0) der Performa Nord.

Lokal sendende TV- und Radiostationen sowie Printmedien (Tageszeitungen und sogenannte Werbe-/Anzeigen-/Wochenblätter) werden ebenfalls mit Informationen versorgt, um möglichst alle Bürger zu erreichen. In Zusammenarbeit mit dem Pressesprecher werden diese Informationen in geeigneter Form (u.a. Pressemitteilungen, Pressekonferenzen, Interviews, Studioauftritte, Expertengespräche, Schalten von Anzeigen) vermittelt.

12. Kapitel

Quellen und Autoren, gesetzliche Grundlagen

Quellen und Autoren (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Nationaler Influenzapandemieplan Stand Juni 2007
Influenza-Pandemieplan Mecklenburg-Vorpommern Stand 20.10.2005
Niedersächsischer Influenza-Pandemieplan Stand 26.01.2006
Hessischer Influenza-Pandemieplan Stand 01.03.2006
Falldefinitionen (2004) und Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen (17.03.2006): www.rki.de
Infektionsalarmplan des Landes Bremen gemäß § 30 Infektionsschutzgesetz (10.01.2006)
Katastrophenschutzkalender / Bereich Gesundheit Bremen (1/2009)

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, des Gesundheitsamtes Bremen, des Gesundheitsamtes Bremerhaven, des Hafengesundheitsamtes Bremen/Bremerhaven, der Ärztekammer- und Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.

Hinweise zu diesem Plan bitte an die

Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit
Bahnhofsplatz 29, 28195 Bremen
Frau Heike Demirok
Telefon: 0421/361-9554
Fax: 0421/496-9554
e-mail: heike.demirok@gesundheit.bremen.de.

Gesetzliche Grundlagen

1. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Art. 2a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 2091).

2. Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung BioStoffV) vom 27. Januar 1999 (BGBl. I S. 50), zuletzt geändert durch Art. 3 der Verordnung vom 18.12.2008 (BGBl. I S. 2768).

3. BGR/TRBA250 – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege; Fassung Oktober 2003, mit Änderungen und Ergänzungen vom November 2007.

4. Gesetz über das Leichenwesen (Leichengesetz LeichenG) vom 27. Oktober 1992 (Brem.GBl. S. 627), zuletzt geändert durch Artikel 1 Abs. 46 des Gesetzes vom 25. Mai 2010 (Brem.GBl. S. 349).

5. Bremisches Hilfeleistungsgesetz (BremHilfeG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. März 2009 (Brem. GBl. S. 105).

6. Gesetz zur Neuordnung des Zivilschutzes (Zivilschutzneuordnungsgesetz ZSNeu OG) vom 25. März 1997 (BGBl. I S. 726).