

Rahmenplan

Influenza-Pandemie

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106 in 10969 Berlin

Dieser Plan dient der Vorbereitung von Behörden, Einrichtungen und Unternehmen des Landes Berlin auf eine mögliche Influenza-Pandemie.

Zur Anpassung des Planes an den aktuellen Stand der Wissenschaft und dem Stand der Planung wird dieser Plan ständig fortgeschrieben sowie in der jeweils gültigen Entwurfsfassung veröffentlicht.

Version 2.0

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen	3
1.1	Einleitung	3
1.2	Ziele des Rahmenplans	3
1.3	Influenza-Pandemiephasen der WHO	4
1.4	Auswirkungen auf das Land Berlin	5
1.4.1	Allgemeine Auswirkungen	5
1.4.2	Auswirkungen auf das Gesundheitssystem	5
	Rechtsgrundlagen	6
1.5	und Zuständigkeiten	6
1.5.1	Gesetze und Regelungen zum Infektions- und Katastrophenschutz	6
1.5.2	Regelungen und Normen zum Arbeitsschutz	7
1.6	Strukturen des Krisenmanagements	8
1.6.1	Für Inneres zuständige Senatsverwaltung	8
1.6.2	Für Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung	9
1.6.3	Bezirksämter von Berlin - Bezirklicher Koordinierungsstab	9
1.6.4	Gesundheitsämter der Bezirke - Arbeitsstab Pandemie	10
1.7	Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit	10
1.7.1	Risikokommunikation	10
1.7.2	Krisenkommunikation	10
2	Medizinische Aspekte	11
2.1	Infektionshygienische Maßnahmen	11
2.1.1	Expositionsschutz der Bevölkerung	11
2.1.2	Individuelle infektionshygienische Maßnahmen	12
2.2	Surveillance und Meldeweg	13
2.2.1	WHO-Phasen 1 - 3	13
2.2.2	Zusätzliche Maßnahmen in den WHO-Phasen 4 - 6	13
2.3	Diagnostik	14
2.3.1	Methoden	14
2.4	Ambulante medizinische Versorgung	15
2.5	Kriterien für stationäre Behandlung	15
2.6	Stationäre medizinische Versorgung	15
2.7	Arzneimittel	16
2.7.1	Antivirale Arzneimittel	16
2.7.2	Herstellung und Verteilung der antiviralen Arzneimittel	17
2.7.3	Andere Arzneimittel	17
2.8	Schutzimpfungen	18
2.8.1	Impfung gegen saisonale Influenza und Pneumokokken-Infektionen	18
2.8.2	Impfung mit Pandemie-Impfstoff	18
2.8.3	Priorisierung in der Pandemie bei Impfstoffknappheit	18
2.8.4	Durchführung der Impfung mit Pandemieimpfstoff	18
2.9	Schutzausstattung, -maßnahmen	19
2.9.1	Desinfektion	19
2.10	Umgang mit Verstorbenen	19
3	Anlagenverzeichnis / Fachinformationen	20
4	Rechtsgrundlagen / relevante Gesetze und Verordnungen	21

1 Grundlagen

1.1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation – WHO) hat alle Staaten aufgerufen, sich auf eine Influenza-Pandemie vorzubereiten. 2007 hat das Robert Koch-Institut (RKI) den Novellierten Nationalen Pandemieplan veröffentlicht, der die Grundlage für den Berliner Rahmenplan darstellt.

Eine Influenza-Pandemie ist gekennzeichnet durch eine große Anzahl an Erkrankungs- und Todesfällen und wird von einem völlig neuen Virus-Subtyp hervorgerufen, gegen den es praktisch weltweit keine Immunität in der Bevölkerung gibt. Eine solche Situation kann entstehen, wenn bei Mensch oder Tier Doppelinfektionen mit einem tierischen und einem humanen Influenza-A-Virus auftreten und ein Austausch von genetischem Material zwischen diesen unterschiedlichen Viren zur Entstehung des neuen Virusstyps führt. Ist das neue Virus dann leicht von Mensch zu Mensch übertragbar, kann es zu einer Influenza-Pandemie kommen.

Es wird diskutiert, ob aus dem gegenwärtig zirkulierenden Vogelgrippevirus H5N1 ein Pandemievirus entstehen könnte. Die wenigen menschlichen Infektionen mit diesem Virus wurden durch sehr engen Kontakt mit erkranktem Nutzgeflügel erworben. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist nach Angaben der WHO bislang nicht nachgewiesen. Jedoch ist im Rahmen weiterer Veränderungen der sich momentan ausbreitenden H5N1-Stämme eine langsame oder auch plötzlich auftretende Anpassung an den Menschen mit besserer Übertragbarkeit jederzeit möglich. Es ist allerdings auch möglich, dass die nächste Pandemie durch ein völlig anderes, derzeit noch unbekanntes Influenza-A-Virus ausgelöst wird.

Schätzungen zu den Auswirkungen einer Influenza-Pandemie für das Land Berlin beruhen auf Modellrechnungen, die keine Therapie- und Prophylaxemaßnahmen berücksichtigen. Am wahrscheinlichsten ist eine Erkrankungsrate von 30% der Bevölkerung während der gesamten Pandemie. Aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte und der großen Mobilität ist in Berlin von einer schnellen Ausbreitung auszugehen.

Typischerweise verläuft eine Influenza-Pandemie in mehreren Wellen von jeweils mehrmonatiger Dauer. Während der ersten Pandemiewelle wird nach derzeitigem Kenntnisstand kein Pandemieimpfstoff zur Verfügung stehen, vielmehr steht die Behandlung von Erkrankten mit antiviralen Arzneimitteln im Vordergrund. Die Planungen sehen vor, dass für eine zweite Pandemiewelle ein wirksamer Impfstoff zum Schutz der Bevölkerung zur Verfügung stehen wird.

1.2 Ziele des Rahmenplans

Das Ziel des Rahmenplans ist es, die Anzahl an Erkrankungen und an Sterbefällen während einer Influenza-Pandemie zu begrenzen und die medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Das öffentliche Leben soll in seinen notwendigen Strukturen aufrechterhalten und der wirtschaftliche Schaden begrenzt werden.

Dazu ist es notwendig, dass die im Rahmenplan beschriebenen Maßnahmen von Behörden und Einrichtungen des Landes und von Unternehmen für ihre Verantwortungsbereiche angepasst und in individuellen Pandemieplänen festgeschrieben werden (siehe **Anlage 20, 21 und 22**).

Durch Risiko- und Krisenkommunikation (Aufklärung) soll die Bevölkerung über Vorsorgemaßnahmen informiert werden, um Selbsthilfekompetenzen zu stärken und Ansteckungsrisiken zu reduzieren.

Die Bewältigung einer Influenza-Pandemie erfordert gesamtgesellschaftliches Engagement und eigenverantwortliche Vorsorge in jedem einzelnen Bereich.

1.3 Influenza-Pandemiephasen der WHO

Die WHO unterscheidet in ihrem Pandemieplan sechs Phasen, die verschiedenen pandemischen Perioden zugeordnet sind.

Für jede Phase wurde von der WHO eine allgemeine Zielsetzung für den öffentlichen Gesundheitsbereich formuliert.

Pandemische Perioden	WHO Phasen	Kennzeichen/Ziel in der Pandemiestrategie
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 Virussubtypen 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 vermeiden
	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 mit 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

Quelle: „WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics.“ WHO 2005.

1.4 Auswirkungen auf das Land Berlin

1.4.1 Allgemeine Auswirkungen

Die Auswirkungen auf das Land Berlin lassen sich an Hand der Ergebnisse der länderübergreifenden Krisenmanagement-Übung (LÜKEX) 2007 „Influenza-Pandemie“ abschätzen. Neben den besonderen Anforderungen an das Gesundheitswesen ist mit Auswirkungen auf die Wirtschaft durch Personalausfall, verstärkte Nachfrage bestimmter Waren und Dienstleistungen und durch eventuelle Engpässe bei Zulieferern zu rechnen.

In der Berliner Verwaltung werden bestimmte Dienstleistungen zur Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens (z. B. Erteilung von Ausnahmegenehmigungen für Transporte) verstärkt nachgefragt werden. Hierfür sind im Vorfeld in den Verwaltungen die entsprechenden Strukturen zu sichern sowie die notwendigen Abstimmungen zwischen Verwaltung und Wirtschaft zu vollziehen und Ansprechpartner zu benennen.

In Auswertung von LÜKEX 2007 kann davon ausgegangen werden, dass es bei Störungen im Betrieb von Infrastrukturen (z. B. Engpässe bei Strom- und Lebensmittelversorgung) zur Ausrufung des Katastrophenalarms in Berlin kommen kann. Es ist von einem hohen medialen Interesse auszugehen, so dass bereits im Vorfeld in allen Bereichen Strukturen geschaffen werden müssen, die eine widerspruchsfreie und effiziente Pressearbeit ermöglichen.

1.4.2 Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

Eine Influenza-Pandemie wird selbst bei günstigen Szenarien zu erheblichen Belastungen des Gesundheitswesens sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich und in weiteren Bereichen der Gesellschaft führen.

Analog zu den Berechnungen des RKI mit Bevölkerungszahlen von 2004, die auf dem Modell von Meltzer basieren (Fluaid, www2a.cdc.gov/od/fluaid/), wird es bei einer ersten Pandemiewelle in Berlin abhängig von der Erkrankungsrate und basierend auf der Annahme, dass die Hälfte der Erkrankten ärztlichen Rat suchen werden, zu 268.500 bis 895.000 zusätzlichen Besuchen bei ärztlichem Fachpersonal, 7.700 bis 25.600 zusätzlichen Krankenhausaufenthalten und 2115 bis 7050 zusätzlichen Todesfällen kommen (Tabelle 1).

Erkrankungsrate	Besuche bei Ärztin/Arzt	Hospitalisierungen	Todesfälle
15%	268.500	7.700	2.115
30%	537.000	15.400	4.230
50%	895.000	25.600	7.050

Tab. 1: Anzahl zusätzlicher Arztbesuche, Hospitalisierungen und Todesfälle in Abhängigkeit vom Szenario

Bei der ebenfalls für den Nationalen Pandemieplan genutzten Software Flusurge 2.0 der Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/flu/flusurge.htm>) von Meltzer kommt man bei Kalkulationen bezüglich der zu erwartenden pandemiebegründeten Krankenhauseinweisungen auf ca. 15% höhere Ergebnisse (vgl. hierzu Tabellenkalkulationsblatt **Anlage 11** des RKI, Dr. Buchholz / Dr. Zuschneid). Diese Kalkulation ist unter Berücksichtigung der gegenwärtig vorhandene Bettenanzahl, sowie der Reservebetten als ausreichend anzusehen, wenn im Pandemiefall zusätzlich auf elektive Eingriffe verzichtet wird und eine Umwidmung der Nutzungsarten ganzer Abteilungen bzw. Stationen stattfindet.

Alle vorstehenden Berechnungsmodelle vernachlässigen den möglichen Einfluss von Therapie- und Prophylaxemaßnahmen durch antivirale Medikamente und/oder Impfungen und weitere antiepidemische Maßnahmen (wie Schulschließungen). Der Einsatz antiviraler Arzneimittel würde voraussichtlich zu einer Verminderung der Erkrankungszahlen und einer Abflachung der Pandemiewelle führen.

1.5 Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung ist im Land Berlin für Planung, Grundsatzangelegenheiten, Steuerung und Aufsicht im Bereich des Gesundheitswesens zuständig (§ 3 (1) AZG).

Darüber hinaus sind ihr die Aufgaben des Katastrophenschutzes und der Notfallvorsorge in diesem Bereich zugeordnet (u.a. § 2 (3) und (4) ASOG i.V.m. Nr. 3 (1) a und b ZustKatOrd).

Die Zuständigkeiten der Bezirke ergeben sich u.a. aus dem Zuständigkeitskatalog Ordnungsaufgaben (Nr 16 (1) a ZustKat Ord) und dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§1 (3) Nr.4 und §§ 9, 11 und 12 GDG) Berlin.

1.5.1 Gesetze und Regelungen zum Infektions- und Katastrophenschutz

1.5.1.1 Infektionsschutzgesetz

Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung gegen Auswirkungen einer Pandemie werden nach den Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen - Infektionsschutzgesetz (IfSG) - als öffentliche Aufgabe durchgeführt.

Das IfSG regelt u. a. die nach dem Auftreten einer übertragbaren Krankheit einzuleitenden Maßnahmen, wie Verbot von Menschenansammlungen, Schließen von Gemeinschaftseinrichtungen, Beobachtung bzw. Quarantäne (Absonderung) von Kranken, Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen. Darüber hinaus sind Zwangsmaßnahmen zur Durchsetzung derartiger Anordnungen möglich und Duldungspflichten der Betroffenen definiert.

1.5.1.2 Seuchenalarmplan

Die „Richtlinien über Maßnahmen und deren Vorbereitung bei übertragbaren Krankheiten mit besonderer Ausbreitungsgefahr im Land Berlin (Seuchenalarmplan)“ legen die Verfahrensweisen und Maßnahmen fest, die beim gehäuften Auftreten von Infektionsfällen mit Erregern hoher Kontagiosität und möglicherweise auch hoher Pathogenität anzuwenden sind.

1.5.1.3 Landeskrankenhausgesetz und Krankenhaus-Verordnung

Gemäß § 29 Landeskrankenhausgesetz in Verbindung mit § 42 der Krankenhaus-Verordnung müssen Krankenhäuser zum Schutz der Allgemeinheit vor Gefahren und Schäden, die von Großschadensereignissen und besonderen Gefahrenlagen ausgehen, Alarmierungs- und Einsatzpläne aufstellen. Dementsprechend besteht für Berliner Krankenhäuser die Verpflichtung, in Plänen die krankenhausspezifischen Vorbereitungen auf eine Influenza-Pandemie festzulegen und deren Funktionsfähigkeit zu überprüfen (z.B. durch Übungen).

1.5.1.4 Internationale Gesundheitsvorschriften

Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) dienen dem Zweck, die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen und dazu die notwendigen Schutzmaßnahmen einzuleiten. Dazu müssen alle Ereignisse, die einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite entsprechen, in den Ländern erfasst, bewertet und innerhalb von 24 Stunden nach Bewertung an die WHO gemeldet werden. Die zuständigen Behörden sind aufgefordert, wirksame Notfallprogramme für unerwartete Ereignisse, die die öffentliche Gesundheit betreffen, zu erstellen.

1.5.1.5 Katastrophenschutzgesetz (KatSG)

Das „Gesetz über die Gefahrenabwehr bei Katastrophen (Katastrophenschutzgesetz - KatSG)“ ermöglicht nach Auslösung des Katastrophenalarms den erweiterten Zugriff auf Personen und Sachen. Die umfangreiche Mitarbeit der Hilfsorganisationen ist dadurch sichergestellt. Voraussetzung für die Auslösung des Katastrophenalarms ist, dass die Pandemie zu einer gegenwärtigen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Menschen führt und die von den für die Gefahrenabwehr zuständigen Behörde mit eigenen Kräften und Mitteln nicht angemessen bewältigt werden kann.

1.5.2 Regelungen und Normen zum Arbeitsschutz

1.5.2.1 Arbeitsschutzgesetz

Ziel des Arbeitsschutzgesetzes (Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit -ArbSchG) ist es, die Gesundheit aller Beschäftigten durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern.

Die Arbeitgebenden sind verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Sie haben die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen.

Als Grundlage zielgerichteter Maßnahmen müssen die Arbeitgebenden Gefährdungsbeurteilungen (Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung) vornehmen. Die Beurteilung hat je nach Art der Tätigkeit zu erfolgen. Die Gefährdungsbeurteilung ist sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Die Arbeitgebenden haben für eine regelmäßige Unterweisung ihrer Mitarbeiter zu sorgen.

1.5.2.2 Arbeitssicherheitsgesetz

Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASIG) regelt die Pflichten der arbeitgebenden Person zur Bestellung dieser Fachkräfte für Arbeitssicherheit und -medizin, definiert deren Aufgaben und betriebliche Position und fordert die betriebliche Zusammenarbeit beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung. Das Gesetz soll eine fachkundige Beratung der Arbeitgebenden sicherstellen.

1.5.2.3 Biostoffverordnung

Die auf Grundlage des Arbeitsschutzgesetzes erlassene Biostoffverordnung – Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (BioStoffV) – konkretisiert die allgemeinen Schutzvorschriften des ArbSchG für den Bereich der Biostoffe. Die BioStoffV gilt für alle Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen einschließlich Tätigkeiten in deren Gefahrenbereich.

Entsprechend ihrem Gefährdungspotential (Infektionspotential) werden die biologischen Arbeitsstoffe in vier Risikogruppen eingeteilt, denen ebenso viele Schutzstufen zugeordnet werden. In diesen Schutzstufen sind in Ergänzung zu allgemeinen Schutzmaßnahmen die speziellen Sicherheitsmaßnahmen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gefährdung zusammengefasst.

Es ist die Pflicht der arbeitgebenden Person, gemeinsam mit dem ärztlichen Betriebspersonal und der Fachkraft für Arbeitssicherheit, die von Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen ausgehende Gefährdung zu beurteilen und im Ergebnis das Risiko für die Gesundheit einzustufen sowie geeignete Sicherheitsmaßnahmen festzulegen. Entscheidende Voraussetzung ist eine vollständige und zutreffende Gefährdungsbeurteilung nach dem ArbSchG unter Beachtung der konkreten Vorgaben der BioStoffV.

1.5.2.4 Regeln, Normen, Empfehlungen

Aufgrund des breiten Anwendungsbereichs und der unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche, die mit der BioStoffV abgedeckt werden, stellt die Verordnung nur einen rechtlichen Rahmen dar. Konkretere Handlungsempfehlungen bleiben den Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) bzw. den ABAS-Beschlüssen vorbehalten, die durch einen aufgrund der Verordnung eingesetzten Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) erarbeitet werden.

Die TRBA und Beschlüsse des ABAS geben den Stand der sicherheitstechnischen, arbeitsmedizinischen, hygienischen sowie arbeitswissenschaftlichen Anforderungen bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen wieder. Sie werden der Entwicklung entsprechend angepasst.

Auf folgende **TRBA und Beschlüsse** wird hingewiesen:

- TRBA 100 „Schutzmaßnahmen für gezielte und nicht gezielte Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen im Laboratorium“
- TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“
- TRBA 500 „Allgemeine Hygienemaßnahmen: Mindestanforderungen“
- ABAS-Beschluss 608 „Empfehlung spezieller Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionen durch hochpathogene aviäre Influenzaviren“
- ABAS-Beschluss 609 „Arbeitsschutz beim Auftreten von nicht impfpräventabler Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes“

Weitere Regeln und Normen

- BGR 189 „Einsatz von Schutzkleidung“
- BGR 190 „Benutzung von Atemschutzgeräten“
- DIN EN 149 „Filternde Halbmasken“

1.6 Strukturen des Krisenmanagements

An Hand der Pandemiephasen der WHO werden die Gefährdungsentwicklungen und die Handlungsnotwendigkeiten erkennbar.

Die strukturelle Grundlage für das Handeln der Behörden in der Großschadenslage Pandemie bilden die folgenden einzuberufenden Einsatzstäbe:

- Für Inneres zuständige Senatsverwaltung
- Für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung
- Bezirksämter von Berlin
- Gesundheitsämter der Bezirke

Einberufung und Aufgabenumfang orientieren sich an den jeweils geltenden WHO - Pandemie – Phasen und der aktuellen Lage.

Abhängig von der Situation werden die aktivierten Strukturen in angemessener Weise aufgebaut und zurückgefahren.

1.6.1 Für Inneres zuständige Senatsverwaltung

Die Polizei und die Feuerwehr, der für Inneres zuständige Senatsverwaltung nachgeordneten Sonderbehörden, nehmen ihre Aufgaben im Sinne des Allgemeinen Gesetzes zum Schutz der Öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Berlin (ASOG) bzw. des Gesetzes über den Brandschutz und die Hilfeleistungen bei Notlagen (Feuerwehrgesetz - FwG) wahr und treffen entsprechende operativ-taktische Maßnahmen.

Die Lagezentrale der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung beim Lagezentrum Berlin des Polizeipräsidenten in Berlin sammelt, bewertet lagebezogene Informationen und leitet diese an andere Sicherheitsbehörden ggf. auch an andere Verantwortliche weiter.

Nach Auslösung des Katastrophenalarms auf der Grundlage des Katastrophenschutzgesetzes des Landes Berlin wird eine Zentrale Einsatzleitung bei der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung einberufen.

1.6.1.1 Zentrale Einsatzleitung (ZELtg)

In der ZELtg wirken die beteiligten Katastrophenschutzbehörden, die übrigen Mitwirkenden und lageabhängig die Betreiber von Einrichtungen mit Gefahrenpotential zusammen. Die Katastrophenschutzbehörden entscheiden im Gremium der Fachbeauftragten (K 3) gemeinsam über die von ihnen zu treffenden Maßnahmen, koordinieren das Zusammenwirken der mitwirkenden Kräfte, Einheiten und Einrichtungen und sorgen für eine abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit.

Der für Inneres zuständige Senator oder ein von ihm bestimmter Vertreter führt den Vorsitz und sorgt dafür, dass die mit den Aufgaben im Zusammenhang stehenden Entscheidungen getroffen werden.

1.6.2 Für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung

1.6.2.1 Einsatzstab Pandemie

Anlassbezogen wird die Koordinierung im Einsatzstab Pandemie durchgeführt.

Die Fachzuständigkeit verbleibt bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung. Sie koordiniert alle fachlichen, bezirksübergreifenden infektionshygienischen Maßnahmen.

Das Berliner Kompetenzzentrum für hochkontagiöse lebensbedrohliche Krankheiten unterstützt den Einsatzstab der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung.

Zu den Aufgaben des Einsatzstabs Pandemie zählen u. a.:

- Abstimmung mit Einrichtungen des Bundes und der Länder (insbesondere Brandenburg)
- Koordinierung bezirksübergreifender Angelegenheiten des Gesundheitswesens
- Bearbeitung fachlich übergreifender Fragestellungen
- Fortlaufende Analyse des seuchenhygienischen Geschehens

Für die Bewältigung weiterer Aufgaben werden zusätzliche Stabsbereiche gebildet:

1.6.2.2 Einsatzgruppe Logistik

Die Einsatzgruppe Logistik wird durch Personal des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) besetzt. Sie ist insbesondere für Fragen der Beschaffung, der Lagerhaltung, der Verteilung und des Transportes zentral eingelagerter Materialien (z.B. Arzneimittel) zuständig.

1.6.2.3 Einsatzgruppe Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Die Einsatzgruppe ÖGD übernimmt Koordinierungsaufgaben im Zusammenhang mit den bezirklichen Gesundheitsämtern und wird durch Personal des LAGeSo besetzt.

1.6.2.4 Einsatzgruppe Krankenhaus

Die Einsatzgruppe Krankenhaus wird durch Personal des LAGeSo besetzt. Der Stabsbereich überwacht und koordiniert die Bettensituation in den Berliner Krankenhäusern. Er erfasst zusätzliche freie Behandlungskapazitäten.

1.6.3 Bezirksämter von Berlin -

Bezirklicher Koordinierungsstab

Die Bezirke richten bezirkliche Koordinierungsstäbe ein, die sich in ihrer Struktur an den Vorgaben der „Ausführungsvorschriften über die Zusammenarbeit bei der Katastrophenvorsorge und –bekämpfung im Land Berlin“ orientieren. Der Stab gewährleistet die Sicherstellung aller im Bezirk zu lösenden Aufgaben. Detaillierende Empfehlungen hierzu enthält der „Musterplan Influenza-Pandemie für die Bezirke des Landes Berlin“.

1.6.4 Gesundheitsämter der Bezirke -

Arbeitsstab Pandemie

Die Gesundheitsämter nehmen in allen Pandemiephasen zentrale Aufgaben wahr:

- Zusammenarbeit mit den Ordnungsbehörden und fachliche Unterstützung sowohl bei der Erarbeitung von Bezirks-Pandemieplänen als auch während der Pandemie
- Erstellung von Pandemieplänen für Gesundheitsämter und Einweisung des Personals in die Planungen
- Erfüllung der Aufgaben nach IfSG wie z.B. Überwachung des Infektionsgeschehens und Festlegung antiepidemischer Maßnahmen
- Entwicklung eines Konzeptes zur Durchführung von Schutzimpfungen mit Pandemieimpfstoff
- Sicherung einer 24-Stunden-Rufbereitschaft
- Kontrolle der Alarm- und Einsatzpläne der Krankenhäuser und der Hygienepläne der Einrichtungen gemäß § 36 IfSG hinsichtlich ihrer Funktionsfähigkeit für den Pandemiefall
- Bereitstellung von Aufklärungsmaterialien für verschiedene Zielgruppen mit dem Fokus auf lokalen spezifischen Besonderheiten sowie Beantwortung von Bürgeranfragen

Weitere Konkretisierungen zu Art und Umfang der Vorbereitungen in den Gesundheitsämtern enthält der „Musterplan Influenza-Pandemie für Bezirke des Landes Berlin“.

1.7 Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit wird durch die Pressestelle der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung koordiniert und gegebenenfalls mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung und dem Presse- und Informationsamt des Landes Berlin abgestimmt.

1.7.1 Risikokommunikation

Risikokommunikation setzt bereits in der WHO-Phase 1 ein und verfolgt das Ziel, Bevölkerung und Akteure auf eine Pandemiesituation vorzubereiten. Gleichzeitig soll über Gegenmaßnahmen und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt und zur Vorsorge angeregt werden.

Um die im Rahmen der Risikokommunikation notwendige möglichst widerspruchsfreie Kommunikation zu erzielen und um Ressourcen effizient einzusetzen, werden überregional von den jeweiligen Fachkräften (z.B. RKI, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, wissenschaftliche Fachgesellschaften) erstellte und angebotene Materialien verwendet und verteilt. Unter Leitung der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung werden bezirksübergreifende Materialien zur Verfügung gestellt.

Die überregional entwickelten Informationen für die Bevölkerung werden ergänzt durch regionale, bezirksspezifische und zielgruppenorientierte Informationen (z. B. zu Impfstätten oder Anlaufstellen für alleinlebende Erkrankte usw.). Die Information der nicht deutschsprachigen Bevölkerung ist dabei zu gewährleisten.

1.7.2 Krisenkommunikation

Spätestens in den WHO-Phasen 5 und 6, aber auch bei einem pandemieassoziierten Ereignis wie dem ersten Erkrankungsfall eines Menschen an Vogelgrippe in Deutschland, ist Krisenkommunikation erforderlich und wird zum Instrument des Krisenmanagements. Die Kommunikationsstrukturen werden deutlich verstärkt in Anspruch genommen werden, so dass bereits in den vorangehenden WHO-Phasen die schnelle Verfügbarkeit von Informationen geklärt werden und die technische sowie personelle Sicherstellung entsprechender Informationsangebote erfolgen muss. Hierfür ist die Entwicklung eines internen Kommunikationskonzeptes in Behörden und Einrichtungen des Landes Berlin und in Unternehmen notwendig, aus dem ersichtlich wird, welche Inhalte wann und für welche Zielgruppe durch wen zu transportieren sind. Anfragen der Bevölkerung zu bezirksspezifischen Belangen werden durch das jeweilige Bezirksamt entsprechend den Strukturen im Bezirk beantwortet.

2 Medizinische Aspekte

2.1 Infektionshygienische Maßnahmen

Infektionshygienische Maßnahmen sollen dazu beitragen, die Ausbreitung von Pandemieerregern zu verhindern oder sie zumindest zu verzögern bzw. zu reduzieren.

Grundlegende Entscheidungen und Empfehlungen für das Land Berlin orientieren sich an den Empfehlungen der Nationalen Pandemie-Kommission, welche vom RKI geleitet wird und sich aus Fachkräften verschiedener Richtungen zusammensetzt.

2.1.1 Expositionsschutz der Bevölkerung

Influenza ist eine hoch ansteckende Viruskrankheit, die überwiegend durch Tröpfchen (Husten, Niesen), aber auch durch unmittelbaren Handkontakt übertragen wird. Die Verringerung sozialer Kontakte kann zu einer Verringerung der Erkrankungszahlen und damit zu einer Abflachung der pandemischen Welle führen. Solange die Übertragungscharakteristika des pandemischen Virustyps nicht zuverlässig bekannt sind, müssen sich die zu ergreifenden Maßnahmen nach dem Stadium der Pandemie, der Schwere der Krankheitsbilder und dem Ausbreitungsgrad in Berlin richten.

Grundsätzlich können folgende Maßnahmen gemäß § 28 IfSG ergriffen werden:

2.1.1.1 Schließung von Kindertagesstätten, Schulen und anderen in § 33 IfSG genannten Gemeinschaftseinrichtungen

Empfehlungen für die Umsetzung durch die Gesundheitsämter werden von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung in Abhängigkeit von der epidemiologischen Situation ausgesprochen. Diese Maßnahme hat zu Beginn der Pandemie und in weniger dicht besiedelten ländlichen Regionen eine höhere Effektivität als zu einem späteren Zeitpunkt und in städtischen Ballungsräumen. Ein Effekt ist um so mehr zu erwarten, je wirksamer Kontakte zwischen den Kindern und Jugendlichen auch außerhalb der Gemeinschaftseinrichtung unterbunden werden können. Konkrete Angaben dazu, bei welchen Erkrankungszahlen solche Gemeinschaftseinrichtungen geschlossen oder wieder geöffnet werden sollten, sind gegenwärtig nicht möglich.

2.1.1.2 Beschränkungen oder Verbote von Großveranstaltungen

Der Besuch von Großveranstaltungen soll nach Möglichkeit vermieden werden. Dies gilt insbesondere für Sportveranstaltungen, Kino- und Theateraufführungen und Konzerte. In Abhängigkeit von der epidemiologischen Lage ist ein Verbot von Großveranstaltungen durch das Gesundheitsamt möglich.

2.1.1.3 Reisekontrollen

Folgende Kontrollmaßnahmen im Reiseverkehr sind im Rahmen einer Influenza-Pandemie in Abhängigkeit von der jeweiligen epidemiologischen Situation zu erwägen:

In der WHO-Phase 3 sind keine Reisekontrollen vorgesehen.

In den WHO-Phasen 4 und 5 wird das Ziel verfolgt, durch Kontrollen im Reiseverkehr die Einschleppung des Pandemiesubtyps zu verzögern. Die Einreise aus betroffenen Gebieten und die Ausreise in betroffene Gebiete sollten möglichst verschoben werden. Betroffene Länder sollten Ausreisekontrollen durchführen. Einreisekontrollen sind dann zu erwägen, wenn Passagiere aus Ländern kommen, die von der Pandemie betroffen sind.

Das Verfahren bei der Einreise auf Flughäfen wird durch die Amtsärztin oder den Amtsarzt in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Flughafenpersonal und im Benehmen mit der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung umgesetzt.

Mit Ausbreitung der Pandemie treten in der WHO-Phase 6 die oben genannten Maßnahmen zunehmend in den Hintergrund. Einreisende sollten Informationsmaterial über das Vorgehen beim Auftreten von Symptomen und die Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland erhalten. Reisen und Aufenthalte auf Flughäfen oder Bahnhöfen sollten aufgrund des Ansteckungsrisikos möglichst minimiert werden.

2.1.2 Individuelle infektionshygienische Maßnahmen

Spätestens ab Phase 5 wird die Bevölkerung auf allgemeine Maßnahmen, die Möglichkeiten des Expositionsschutzes und einfach anzuwendende Hygieneregeln hingewiesen werden.

2.1.2.1 Individuelle Schutzmaßnahmen

Folgende Maßnahmen dienen dem individuellen Schutz:

- das Meiden von Menschenansammlungen
- das Vermeiden unnötiger Reisen
- das Vermeiden des Händegebens
- das Vermeiden der Berührung von Augen, Nase oder Mund
- das gründliche Händewaschen nach Personenkontakten, nach der Benutzung von Sanitäreinrichtungen und vor der Nahrungsaufnahme
- die intensive Belüftung geschlossener Räume
- das Tragen von Mund-Nase-Schutz¹ (MNS), die individuelle Bevorratung wird empfohlen

2.1.2.2 Schutzmaßnahmen gegenüber anderen Personen

Dem Schutz Anderer dient

- das Zuhausebleiben aller Personen mit Krankheitserscheinungen, z.B. einer fieberhaften Erkrankung
- das Einhalten der Husten-Etikette, d. h. Nutzung von Einwegtaschentüchern vor Mund und Nase und anschließende Entsorgung oder Niesen in die Armbeuge
- das Tragen eines MNS

2.1.2.3 Nutzung von Personennah- und -fernverkehr, Reisen

Bei Nutzung des öffentlichen Personenverkehrs ist es sinnvoll, zum Schutz vor Viren das Berühren von „allgemeinen Kontaktflächen“ zu vermeiden oder zum Schutz Stoffhandschuhe oder ggf. einen MNS zu tragen. Die allgemeinen Hygieneregeln sollten unbedingt beachtet werden.

Alternativ können verstärkt individuelle Verkehrsmittel genutzt werden (Kfz, Fahrräder).

2.1.2.4 Bevorratung

Zu den individuell durchführbaren Maßnahmen der Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie kann auch die Bevorratung mit haltbaren Nahrungsmitteln und Getränken gezählt werden. Dadurch können während der Pandemie z.B. in Einkaufszentren Menschenansammlungen gemieden und Auswirkungen von eventuellen vorübergehenden Engpässen minimiert werden. Empfehlungen zu Art und Umfang der Bevorratung hat das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) herausgegeben (siehe **Anlage 4**).

¹ Über die Effektivität eines MNS gibt es keine zuverlässigen Daten. Die WHO vertritt die Ansicht, dass die Nutzung vom jeweiligen Risiko, einschließlich der Häufigkeit und Nähe von Kontakten mit potentiell infektiösen Personen, abhängig gemacht werden sollte. Das generelle Tragen von Masken in der Öffentlichkeit soll toleriert, aber nicht gefördert werden.

2.2 Surveillance und Meldeweg

2.2.1 WHO-Phasen 1 - 3

Für die Abschätzung des Ausmaßes saisonaler Influenzawellen ist eine gut funktionierende Surveillance entscheidend. In Deutschland wird diese Funktion hauptsächlich durch das Nationale Referenzzentrum (NRZ) und die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) wahrgenommen.

Die AGI ist ein Sentinel-Surveillancesystem von ca. 1000 repräsentativ in Deutschland verteilten Arztpraxen der Primärversorgung (entspricht etwa 1,5 % der primärversorgenden Praxen Deutschlands). Die Surveillance erfolgt wöchentlich und ganzjährig und erfasst „akute respiratorische Erkrankungen“ (ARE) sowie damit im Zusammenhang stehende Arbeitsunfähigkeit, Hospitalisierungen und Todesfälle. Die virologische Routinesurveillance des NRZ basiert auf einer Stichprobe von rund 150 Sentinelpraxen der AGI, die während der Influenza-Saison von Patienten Nasen-Rachen-Abstriche zur virologischen Diagnostik entnehmen. Influenzavirusnachweise müssen gemäß den Vorgaben des IfSG an die zuständigen Gesundheitsämter gemeldet werden, deren Daten über die Landesbehörden an das RKI übermittelt werden. Wöchentlich aktualisierte Informationen zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland sind auf der Webseite der AGI (www.influenza.rki.de/agi) abrufbar.

Ergänzend wird in Berlin maximal bis Phase 5 nach WHO die Klinische Surveillance respiratorischer Erkrankungshäufungen in Kindergemeinschaftseinrichtungen durchgeführt. Diese Art der Surveillance kann als eine Art Frühwarnsystem verstanden werden. Influenzainfektionen beginnen nicht selten in Kindereinrichtungen und werden von dort in die Erwachsenenpopulation übertragen.

Je Bezirk werden durch das zuständige Gesundheitsamt sieben Kindertagesstätten mit einer Mindestkapazität von 50 Kindern ausgewählt, die wöchentlich die Zahl der an akuten respiratorischen Erkrankungen leidenden Kinder an das zuständige Gesundheitsamt melden. Von dort erfolgt die Weiterleitung spätestens am Folgetag an die zuständige Stelle des Landesamtes für Gesundheit und Soziales.

2.2.1.1 Meldung nach IfSG

Nach § 7 Abs. 1 Nr. 24 IfSG erfolgt die namentliche Meldung direkter Influenzavirus-Nachweise durch die Labore an die zuständigen Gesundheitsämter, von dort über das LAGeSo an das RKI.

Bei Verdacht auf ungewöhnliche Influenzaaktivität und/oder Isolierung neuer Virusvarianten hat das zuständige Gesundheitsamt umgehend telefonisch das LAGeSo zu informieren. Vom LAGeSo werden die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung, das RKI und die Labore informiert.

In Ergänzung zum IfSG ist die „Verordnung über die Meldepflicht bei aviärer Influenza (Vogelgrippe) beim Menschen“ in Kraft getreten. Vor Ausbruch einer Pandemie besteht das Ziel darin, neue Virustypen beim Menschen schnell zu erkennen. Zusätzlich sollen Gesundheitsämter schnell über Verdachts- und Erkrankungsfälle von aviärer Influenza beim Menschen informiert werden, damit Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung ergriffen und weitere Infektionsfälle verhindert werden können.

2.2.2 Zusätzliche Maßnahmen in den WHO-Phasen 4 - 6

Für das Management der Pandemie müssen zusätzlich Daten zur Verfügung stehen, die für die Steuerung, die Herausgabe von Empfehlungen, die Anpassung von Maßnahmen und zur Risikokommunikation notwendig sind.

Spätestens in Phase 6 nach WHO wird in Berlin durch Rechtsverordnung nach § 15 IfSG die namentliche Meldepflicht auf klinische Diagnosen einer Erkrankung an Influenza sowie auf einen hierauf gerichteten Verdacht ausgedehnt werden.

Konkrete Verfahren der Surveillance befinden sich in Vorbereitung.

2.2.2.1 Surveillance in Krankenhäusern

Spätestens ab Phase 4 ist ein System durch die Krankenhäuser zu etablieren, das die Erfassung und Weitergabe der Daten zur Krankenhausbelastung ermöglicht.

Spätestens in der Phase 6 erfolgt ein Monitoring bestimmter Aufnahmediagnosen in Berliner Aufnahmekrankenhäusern (Erfassungsliste siehe **Anlage 14**).

2.2.2.2 Surveillance in Pflegeeinrichtungen

Spätestens ab Phase 4 bestimmt jeder Bezirk Pflegeeinrichtungen mit insgesamt mindestens 80 Bewohnerinnen und Bewohnern aus allen 3 Pflegestufen. Die Erfassung und Weiterleitung der Informationen über diese Erkrankungsfälle in diesen Einrichtungen an ARE erfolgt wöchentlich an das zuständige Gesundheitsamt und weiterführend an das LAGeSo.

2.2.2.3 Mortalitätssurveillance

Spätestens ab Phase 4 ist die zeitnahe Erhebung einer altersgruppenspezifischen Mortalität aus Daten der Gesundheits- oder der Standesämter erforderlich.

2.3 Diagnostik

Die Labordiagnostik dient aus epidemiologischer Sicht der Identifikation von Influenzaviren, unterstützt die Surveillance und kann Hinweise für antiepidemische Maßnahmen geben.

In Phase 6 wird die Diagnose aufgrund des klinischen Bildes gestellt. Die Labordiagnostik ist hier wegen der übergroßen Häufigkeit der Influenzaerkrankungen weniger entscheidend. Deshalb sollten in dieser Phase Laboruntersuchungen nur bei speziellen Fragestellungen vorgenommen werden.

2.3.1 Methoden

Zu Beginn einer Pandemie ist eine zuverlässige virologische Diagnostik wichtig. Dabei geht es um die sichere Diagnosestellung und die Feststellung des infektiöserkrankenden Virustyps und -subtyps.

Für den direkten Nachweis von Influenzaviren stehen insbesondere folgende Methoden zur Verfügung:

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

Virusisolierung und Schnelltests sind nur in den ersten 2 bis 4 Erkrankungsstagen sinnvoll einzusetzen.

Der indirekte Nachweis durch einen signifikanten Anstieg der Antikörpertiter in einer akut und während der Rekonvaleszenz entnommenen Blutprobe hat wegen des erst spät zur Verfügung stehenden Ergebnisses im Allgemeinen wenig Relevanz. Er erfüllt die Meldevoraussetzungen nicht.

Für die virologische Diagnostik sollte bevorzugt das amtliche Labor – ILAT-ZID – herangezogen werden. Weitere zugelassene Labore sind im **Anlage 17** zu finden.

Insbesondere für die molekulare Charakterisierung der Viren und für die Untersuchung von deren biologischen und pathogenen Eigenschaften ist die Virusisolierung erforderlich. Diese Analysen erfolgen im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI.

Für eine orientierende diagnostische Klärung in der Praxis oder Klinik sind Schnelltests geeignet. Allerdings ist die relativ geringe Sensitivität dieser Tests von ca. 70 bis 90 % zu beachten.

Eine Liste von in Deutschland erhältlichen und im NRZ Influenza evaluierten Schnelltests findet sich als Anlage „Überblick über Influenza-Schnelltests zum Nachweis von Influenza A- und B-Viren, die in Deutschland erhältlich sind und im NRZ Influenza evaluiert wurden“ (siehe **Anlage 17**).

2.4 Ambulante medizinische Versorgung

Während einer Influenza-Pandemie ist über einen Zeitraum von Wochen bis Monaten mit einer hohen Anzahl von täglichen Neuerkrankungen zu rechnen. Dadurch besteht ein erhöhter zusätzlicher Bedarf an ambulanter und stationärer Versorgung. Die vorrangig ambulante Betreuung der Erkrankten im häuslichen Umfeld, sowie frühzeitige Entlassung dieser aus der stationären Betreuung, sind im Pandemiefall anzustreben. Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Entsprechend den Planungen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV) sollen keine speziellen „Influenza-Praxen“ eingerichtet werden. Es ist beabsichtigt, dass die hausärztliche Versorgung von Influenza-Erkrankten zeitlich getrennt von anderen Erkrankten erfolgt. Für die detaillierte Planung zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung wird auf die KV Berlin verwiesen (www.kvberlin.de).

2.5 Kriterien für stationäre Behandlung

Der Entscheidung der erstbehandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Notwendigkeit der stationären Aufnahme kommt zur Entlastung des stationären Bereiches eine hohe Bedeutung zu. In der Klinik ist für die Sichtung eine separate Notfallaufnahme vorzusehen. Aus fachlichen Gründen wird eine stationäre Aufnahme bei folgenden Symptomen sinnvoll sein:

Erkrankte mit Influenza-typischen Symptomen (plötzlicher Erkrankungsbeginn, Fieber > 38,5°C, Husten, Kopf-/Gliederschmerzen) **und zusätzlich** eine der folgenden Gegebenheiten:

- Lungenentzündung
- Instabile Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Bewusstseinslage etc.)
- Chronische Herz-Kreislauf-/Lungenerkrankung oder Immunschwäche: z.B. immunsuppressive Erkrankung, onkologische Grunderkrankung, COPD.
- Akute Herz-Kreislauf-/Atembeschwerden
- Andere schwere Komplikationen oder

Spezielle Indikationen:

- Rhabdomyolyse/ Myoglobinurie, Gefahr des akuten Nierenversagens
- Myokarditis/ Perikarditis
- Enzephalitis, Myelitis, Guillain-Barre-Syndrom.

2.6 Stationäre medizinische Versorgung

Alle Aufnahmekrankenhäuser in Berlin nehmen an der Versorgung von Influenza-Erkrankten teil. Weitere Krankenhäuser werden – falls erforderlich – beteiligt.

Alle beteiligten Krankenhäuser bestimmen Pandemiebeauftragte, die die Pandemieplanung des Krankenhauses erstellen. In Phase 6 sind die Pandemiebeauftragten gegenüber dem zuständigen Gesundheitsamt auskunftsfähig über die Anzahl der aktuell behandelten Influenza-Erkrankten, die noch verfügbaren materiellen und personellen Behandlungsressourcen ihres Krankenhauses und eventuell identifizierte Probleme.

Eine erhöhte Bettenkapazität wird vorrangig durch Aussetzen von elektiven Eingriffen sowie durch die Nutzung von Reservebetten erreicht. Im Bedarfsfall kann auf die materiellen Ressourcen zur Unterstützung der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung und der Bezirke (Notunterbringung) zurückgegriffen werden.

2.7 Arzneimittel

2.7.1 Antivirale Arzneimittel

Im Gegensatz zu früheren Pandemien stehen heute wirksame antivirale Arzneimittel zur Verfügung. Da ein wirksamer Pandemieimpfstoff vermutlich erst mehrere Wochen nach Pandemiebeginn einsatzbereit sein wird, werden diese Arzneimittel eine große Bedeutung haben, um vor allem in der ersten Welle die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung zu reduzieren. Wirksame antivirale Arzneimittel gegen Influenza sind derzeit insbesondere die Neuraminidasehemmer Zanamivir und Oseltamivir.

2.7.1.1 Therapie

Bei einer Influenza-Pandemie drohen die antiviralen Arzneimittel jedoch zu verknappen, da die erforderlichen Mengen die Möglichkeiten der Bevorratung im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs übersteigen und die Kapazitäten nicht ausreichen, kurzfristig den weltweiten Bedarf zu decken. Grundsätzlich ist diesem Problem derzeit nur mit einer Bevorratung zu begegnen. Das Land Berlin hat vor diesem Hintergrund zur Überbrückung der impfstofflosen Zeit Oseltamivirphosphat als Wirkstoffpulver zur Herstellung von abgabefertigen Oseltamivir-Rezepturlösungen (ca. 245.000 Therapieeinheiten - TE) sowie 435.000 TE Oseltamivir in Kapselabpackung (Tamiflu®) für den therapeutischen Einsatz bevorratet. Damit stehen antivirale Arzneimittel für 20 % der Berliner Bevölkerung zum Zweck der Therapie zur Verfügung.

Aufgrund der in Berlin erreichten Bevorratung, einer gesteigerten Produktion antiviraler Arzneimittel durch die Hersteller, einer Eigenbevorratung von Institutionen und der Ergebnisse mathematischer Modelle, die eine Reduzierung der Übertragungsrate durch therapeutischen Einsatz von antiviralen Arzneimitteln nahelegen, kann davon ausgegangen werden, dass nach gegenwärtigem Erkenntnisstand alle Erkrankten im Pandemiefall eine Therapie mit antiviralen Arzneimitteln erhalten können, wenn

- sie möglichst innerhalb von 48 Stunden behandelt werden
- die Verordnung- und Verteilungs – Infrastruktur in der Pandemie gewährleistet bleibt
- die Neuraminidasehemmer nicht fehlerhaft eingesetzt werden
- alle erforderlichen weiteren Komponenten der Pandemieplanung umgesetzt sind

Eine Notwendigkeit zur Priorisierung bei der Verteilung der Arzneimittel an bestimmte Personen wird unter diesen Umständen nicht gesehen.

Beim Einsatz dieser Arzneimittel zur Therapie kann die Erkrankungsdauer um ca. 1-1,5 Tage reduziert und die Komplikationsrate in Abhängigkeit von der Risikogruppe um ca. 30-70 % gesenkt werden. Gleichzeitig wird von einer

- a) Reduktion der Menge als auch der Dauer der Virusausscheidung bei Erkrankten und einer
- b) Verringerung der Krankenhauseinweisungen um 60 % ausgegangen.

Grundsätzlich ist eine Eigenbevorratung durch Unternehmen bei Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen möglich. Eine entsprechende Bevorratung antiviraler Arzneimittel durch Unternehmen ist in öffentlichen Apotheken und in bestimmten Fällen auch mittels zentraler Beschaffungsstellen (§ 47 Abs. 1 Nr. 5 Arzneimittelgesetz – AMG) möglich.

Die antiviralen Arzneimittel und ihre verschiedenen Darreichungsformen und Dosierungen sind in der **Anlage 19** aufgeführt.

2.7.1.2 Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Zu Beginn einer Pandemie kann es sinnvoll sein, Personen nach Kontakt mit Influenzaviren oder Influenzakeranken antivirale Arzneimittel zur Verhinderung des Ausbruchs einer Erkrankung zu geben. Als Mittel der ersten Wahl sind Neuraminidasehemmer zu betrachten. Die Behandlung sollte so früh wie möglich (innerhalb von 2 Tagen) nach Kontakt beginnen. Die Empfehlung einer PEP durch das Gesundheitsamt zählt zu den Schutzmaßnahmen nach § 28 IfSG. Notwendige Ermittlungen z.B. zu Kontaktpersonen werden auf der Grundlage von § 25 IfSG durch das Gesundheitsamt durchgeführt.

2.7.1.3 Langzeitprophylaxe

Eine längerfristige Gabe von antiviralen Arzneimitteln für größere Bevölkerungsgruppen (z. B. während der gesamten ersten Pandemiewelle bis zum Vorhandensein eines Impfstoffes) ist bei begrenzten Ressourcen nicht möglich. Sollte auch unter Berücksichtigung der Gefahr der Resistenzbildung und der potentiell risikobehafteten Dauermedikation nach strenger Indikationsstellung trotzdem die Entscheidung für eine Langzeitprophylaxe z.B. für ständig exponierte Personen wie z.B. Personal in Notaufnahmen getroffen werden, so sollte diese unter ständiger ärztlicher Überwachung erfolgen.

Unabhängig von einer medikamentösen Prophylaxe sind immer auch primäre Schutzmaßnahmen (Hygieneregeln, Mund – Nase – Schutz) zu berücksichtigen.

2.7.2 Herstellung und Verteilung der antiviralen Arzneimittel

Die staatlich bevorrateten antiviralen Arzneimittel werden bis zur Ausrufung der Pandemie zentral gelagert. Der Vorrat wird spätestens in der Phase 6 vom Land Berlin abgerufen.

Zur Sicherstellung einer möglichst schnellen und effizienten Versorgung der an Influenza erkrankten Menschen sollen die auch sonst für die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln bewährten Wege über pharmazeutische Großhandlungen und öffentliche Apotheken sowie Krankenhaus-Apotheken genutzt werden.

Die Abgabe der Tamiflu®-Kapseln und die Herstellung und Abgabe der Oseltamivir-Rezepturlösungen sollen in Apotheken erfolgen. Die detaillierten Informations- und Verteilungswege im Pandemiefall, die Bestellung der staatlichen Pandemievorräte bei den pharmazeutischen Großhandlungen, Hinweise zur Herstellung und Kennzeichnung der Oseltamivir-Rezepturlösung und der Abgabe in den Apotheken sowie zu den vorbereitenden Maßnahmen in den Apotheken sind in der **Anlage 16** „Information der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz für alle Offizin- und Krankenhausapotheker/innen im Land Berlin“ aufgeführt.

2.7.3 Andere Arzneimittel

Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Grundsätzlich soll daher auch im Pandemiefall das bestehende und bewährte System der flächendeckenden Patientenversorgung mit Arzneimitteln durch Apotheken genutzt werden.

Die Apothekenleitung hat die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendigen Arzneimittel, insbesondere die in der Apothekenbetriebsordnung aufgeführten Arzneimittel, in einer Menge vorrätig zu halten, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entspricht. Dabei zählen zu den vorrätig zu haltenden Arzneimitteln neben Antibiotika unter anderem auch Antipyretika, Antitussiva und Expektorantien.

Krankenhausversorgende Apotheken und Krankenhausapotheken müssen die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Erkrankten des Krankenhauses notwendigen Arzneimittel in einer Menge vorrätig halten, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für zwei Wochen entspricht.

Es ist davon auszugehen, dass im Pandemiefall neben antiviralen Arzneimitteln auch verstärkt z.B. Antibiotika, Antipyretika, Antitussiva und Expektorantien zur Therapie verordnet werden. Die Apotheken werden auf den erhöhten Bedarf an Arzneimitteln in der Regel mit der Steigerung des Bestellvolumens und der Bestellfrequenz bei den pharmazeutischen Großhandlungen reagieren. Auf diese Arzneimittellogistik wird auch im Pandemiefall zurückgegriffen. Zur Bewältigung eines massenhaften Anfalls von Erkrankten können seitens der Apothekerkammer Berlin und des LAGeSo im Pandemiefall bei Bedarf die bestehenden Dienstbereitschaftsregelungen angepasst und behördlich erteilte Befreiungen von der Verpflichtung zur Dienstbereitschaft aufgehoben werden.

2.8 Schutzimpfungen

2.8.1 Impfung gegen saisonale Influenza und Pneumokokken-Infektionen

In den WHO-Phasen vor Pandemiebeginn ist die jährliche saisonale Influenzaimpfung eine individuelle Schutzmaßnahme, die jedoch nicht vor dem Pandemievirus schützt. Die Impfung gegen Influenza ist im Land Berlin uneingeschränkt öffentlich empfohlen.

Im Pandemiefall ist außerdem bei einem Massenanstieg an Influenzakeranken auch mit einer entsprechend hohen Zahl an bakteriellen Infektionen der Lunge zu rechnen, die u. a. durch *Streptococcus pneumoniae* (früher: Pneumokokken) hervorgerufen werden. Deshalb sollte die Pneumokokkenschutzimpfung 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 Influenzschutzimpfung angeboten werden. Das Erreichen möglichst hoher Durchimpfungsraten bei den regulären Impfungen entsprechend STIKO ist wichtig, da im Pandemiefall eine gleichzeitige Schutzimpfung gegen Influenza und Pneumokokken kaum durchführbar sein wird.

2.8.2 Impfung mit Pandemie-Impfstoff

Ziel der Impfprävention ist der möglichst rasche und vollständige Impfschutz der gesamten Bevölkerung vor dem pandemischen Virus. Die Entwicklung und Produktion eines Impfstoffs gegen eine Influenza-Pandemie ist erst möglich, wenn der Erreger identifiziert wurde. Nach gegenwärtigem Kenntnisstand ist eine zweifache Impfung zur Erzeugung einer ausreichenden Immunität notwendig. Die zur Verfügung stehenden voraussichtlichen Produktionskapazitäten für Deutschland liegen bei 7 – 14 Mio. Impfdosen pro Woche. Die im Zuge der „Rahmenplanung Bioterrorismus“ geschaffenen Infrastruktur- und Logistikplanungen sind - mit einigen Anpassungen - geeignet, die maximal ~6900 Impfungen pro Tag je Bezirk (rechnerisch) zu gewährleisten. Es wird daher den Gesundheitsämtern empfohlen, die Vorbereitungen zur Durchführung der Pandemie-Impfungen an den vorhandenen Impfstättenplanungen zu orientieren. Detaillierte Planungen zum Impfstoffkonzept sind in Vorbereitung.

2.8.3 Priorisierung in der Pandemie bei Impfstoffknappheit

Gegenwärtig ist davon auszugehen, dass auch bei beschleunigter Impfstoffproduktion zunächst nicht ausreichend Impfstoff für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung stehen wird.

Deshalb muss eine zeitliche Priorisierung vorgenommen werden, die sich am höchsten Nutzen für die Reduzierung von Krankheit und Todesfällen orientiert. Aus diesem Grund wird zunächst das Schlüsselpersonal (medizinisches Personal, Feuerwehr und Polizei) zur Sicherung der medizinischen Versorgung sowie der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung geimpft.

Sollten besondere Risikogruppen mit schwerem Erkrankungsverlauf erkennbar werden, wird deren Impfung als nächstes erfolgen. Abschließend wird die Allgemeinbevölkerung geimpft.

2.8.4 Durchführung der Impfung mit Pandemieimpfstoff

Solange die Versorgung mit Impfstoff nicht für die Gesamtbevölkerung ausreicht, erfolgen die Impfungen durch das Gesundheitsamt in den bezirklichen Impfstätten.

Eine Einbeziehung von Betriebsärztinnen und -ärzten (z. B. für Krankenhauspersonal, Rettungsdienst, Polizei) durch Zuteilung von Impfstoffdosen für ihren jeweiligen Betrieb ist vorgesehen.

Die Logistik des Transports des Impfstoffs an die Impfstätten wird durch die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung sichergestellt.

Bei der Planung ist zu berücksichtigen, dass eine Zweitimpfung möglichst zeitnah (ca. 3 Wochen) erforderlich sein wird.

Die Impfung wird nach § 20 Abs. 3 des IfSG empfohlen werden. Damit ist die Absicherung von Impfschäden geregelt. Eine Impfpflicht besteht nicht. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und auch Krankheitsfälle, die im Zusammenhang mit der Impfung stehen, sind gemäß § 6 Abs. 1 IfSG zu melden.

2.9 Schutzausstattung, -maßnahmen

Hinsichtlich der Arbeitsschutzmaßnahmen wird die Orientierung am Beschluss des **ABAS 609** „Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes“ empfohlen. (siehe **Anlage 2**).

Die Auswahl der notwendigen Schutzausstattung soll in Abhängigkeit von der Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes erfolgen. Eine Bevorratung entsprechender Materialien für mindestens acht Wochen erscheint sinnvoll.

Für das Personal der Krankenhäuser sowie der Notfallrettung, des Krankentransports, der ambulanten Pflegedienste, der Apotheken und sonstiger medizinischer Bereiche werden für pflegerische, ärztliche und sonstige medizinische Tätigkeiten persönliche Schutzausstattungen eingesetzt.

Die entsprechende Vorsorge liegt in der Verantwortung der Arbeitgebenden. Eine staatliche Bevorratung mit Atemschutzmasken ist nicht vorgesehen.

2.9.1 Desinfektion

2.9.1.1 Händedesinfektion

Nach direktem Kontakt mit Erkrankten, Kontakt mit erregerehaltigem Material oder kontaminierten Flächen sowie nach Ablegen der Schutzhandschuhe ist eine Händedesinfektion mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ durchzuführen. Hierfür können die üblichen von der Desinfektionsmittel-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie/Verband für Angewandte Hygiene e.V. (DGHM/VAH) gelisteten Produkte verwendet werden. Die Durchführung der Händedesinfektion gemäß EN 1500 ist im Anhang (**Anlage 7**) dargestellt.

2.9.1.2 Flächendesinfektion

Täglich ist die Scheuerwischdesinfektion der patientennahen (Handkontakt-) Flächen (z.B. Nachttisch, Nassbereich, Türgriffe) mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ durchzuführen. Bei Bedarf sind die Desinfektionsmaßnahmen auf weitere kontaminationsgefährdete Flächen auszudehnen. Bei augenscheinlicher Kontamination mit Sekreten ist sofort eine Flächendesinfektion durchzuführen. Die routinemäßige Desinfektion von Fußböden ist außer in ausgewählten medizinischen Bereichen nicht erforderlich.

2.9.1.3 Instrumentendesinfektion und Aufbereitung von Medizinprodukten

Geräte und Medizinprodukte mit direktem Erregerkontakt sind patientenbezogen zu verwenden bzw. nach Gebrauch bzw. vor Anwendung bei einem anderen Erkrankten zu desinfizieren. Der Transport zur zentralen Aufbereitung hat in geschlossenen Behältern zu erfolgen. Die thermische Aufbereitung ist zu bevorzugen, alternativ sind chemothermische oder chemische Verfahren mit in der DGHM/VAH Liste aufgeführten Mitteln anzuwenden.

Sollte das Gesundheitsamt Desinfektionsmaßnahmen anordnen, so sind in diesem Fall grundsätzlich gemäß § 18 IfSG nur vom RKI gelistete Mittel und Verfahren einzusetzen.

Die aktuelle Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren ist im Internet unter www.rki.de abrufbar (Rubrik Infektionsschutz, Krankenhaushygiene, Desinfektionsmittel und -verfahren).

2.10 Umgang mit Verstorbenen

Aufgrund des Verbreitungsweges der Influenzaviren über die ausgeatmete Luft bzw. durch Körpersekrete der Atemwege ist ein höheres Infektionsrisiko beim Umgang mit an Influenzaviren Verstorbenen nicht gegeben. Es sind die üblichen Hygieneregeln (siehe **Anlage 23**) zu beachten. Nach dem gegenwärtigen Stand wird davon ausgegangen, dass genügend Lager-, Transport- und Bestattungskapazitäten vorhanden sind.

3 Anlagenverzeichnis / Fachinformationen

- Anlage 1 Rechtsgrundlagen für Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz
- Anlage 2 ABAS 609 „Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter besonderer
Berücksichtigung des Atemschutzes
- Anlage 3 Falldefinitionen Influenzavirus des RKI
- Anlage 4 Vorsorge und Eigenhilfe in Notsituationen
- Anlage 5 Selbsthilfe – Informationen zur pandemischen Influenza
- Anlage 6 Hygiene in der privaten häuslichen Pflege im familiären /
nachbarschaftlichen Umfeld
- Anlage 7 Merkblatt Händedesinfektion
- Anlage 8 Informationen für Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen bei einer
Influenza-Pandemie sowie in der professionellen häuslichen Pflege
- Anlage 9 Checkliste für Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- Anlage 10 Hygiene und Organisation in Arztpraxen
- Anlage 11 Tabellenkalkulation Hospitalisierung
- Anlage 12 Bevölkerungsaufteilung und Krankenhausbetten in Berlin
- Anlage 13 Hygiene und Organisation in Krankenhäusern und Einrichtungen der
stationären Versorgung
- Anlage 14 Erfassungsliste der Aufnahmekrankenhäuser lt. Berliner Rahmenplan -
Influenza-Pandemie
- Anlage 15 Checkliste für Krankenhäuser
- Anlage 16 Information für alle Offizin - und Krankenhausapotheker/innen im Land Berlin
- Anlage 17 Übersicht über die verschiedenen Influenza-Nachweismethoden und über
die Influenza-Schnelltests, die in Deutschland erhältlich sind
- Anlage 18 Probenentnahme und Probenversand
- Anlage 19 Übersicht zu Neuraminidasehemmern und ihren Darreichungsformen
- Anlage 20 Checkliste für Betriebe und Behörden
- Anlage 21 Kurzinformation für Betriebe
- Anlage 22 Verweis auf das Handbuch betriebliche Pandemieplanung des BBK und BW
- Anlage 23 Umgang mit Verstorbenen bei einer Influenza-Pandemie

4 Rechtsgrundlagen / relevante Gesetze und Verordnungen

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) vom 20. Juli 2000, zuletzt geändert durch Art. 57 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I, S. 2407).

Verordnung über die Meldepflicht bei Aviärer Influenza beim Menschen (Aviäre-Influenza-Meldepflicht-Verordnung – AIMPV) vom 21. Mai 2007, BGBl. I S. 732.

Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV)
vom 27.07.2007 (BGBl. Teil II 2007, Nr. 23, S.930)

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung- BioStoffV) vom 27. Januar 1999 (BGBl. I S. 50), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 6. März 2007 (BGBl. I S. 261)"

Allgemeine Verwaltungsvorschrift für ein Bund-Länder-Informationsverfahren in epidemisch bedeutsamen Fällen nach § 5 des Infektionsschutzgesetzes
(Verwaltungsvorschrift IfSG-Informationsverfahren - IfSGInfo-VwV) vom 25. April 2002 (BAnz. Nr. 89, S. 10551).

Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe 250
Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege
Ausgabe: November 2003, Änderung und Ergänzung Juli 2006 (Bundesarbeitsblatt 7-2006, S. 193)

Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe 100
Schutzmaßnahmen für gezielte und nicht gezielte Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in Laboratorien (TRBA 100) Ausgabe: Dezember 2006, GMBI. Nr. 21 vom 10. April 2007, S. 435-451

Beschluss des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe 608
Empfehlung spezieller Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionen durch hochpathogene aviäre Influenzaviren (Klassische Geflügelpest, Vogelgrippe) (Beschluss 608) Ausgabe: Februar 2007 GMBI. Nr. 19 vom 04. April 2007, S. 403-407

Beschluss des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe 609
Arbeitsschutz beim Auftreten von nicht impfpräventabler Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes (Beschluss 609) Ausgabe: Dezember 2006 GMBI. Nr. 19 vom 04. April 2007, S. 408-416

Allgemeines Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Berlin (Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz - ASOG Bln) vom 11. Oktober 2006, zuletzt geändert durch § 10 des Gesetzes vom 14.11.2006 (GVBl. S.1045)

Gesetz über die Gefahrenabwehr bei Katastrophen (Katastrophenschutzgesetz- KatSG) vom 11. Februar 1999, zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. Januar 2004. (GVBl. 2004, Nr. 4, S. 25).

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG) "Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 227 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)"

Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz - ArbSichG / ASiG) vom 12. Dezember 1973, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. August 2002 (BGBl. Nr. 62 vom 30.8.2002, S. 3412)

Verordnung über Errichtung und Betrieb von Krankenhäusern, Krankenhausaufnahme, Führung von Krankengeschichten und Pflegedokumentation und Katastrophenschutz in Krankenhäusern (Krankenhausverordnung (KhsVO)) vom 30.08.2006 (GVBl. 2006, Nr.32, S.907ff)

Arzneimittelgesetz (AMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Artikel 9 Abs. 1 des Gesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631)

Apothekengesetz (ApoG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686)

Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (BGBl. I S. 1574)

Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 32 und 33 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378)

Abkürzungsverzeichnis

ABAS	Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe
ABAS 608	Empfehlung spezieller Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionen durch hochpathogene Aviäre Influenzaviren (Klassische Geflügelpest, Vogelgrippe)
ABAS 609	Arbeitsschutz beim Auftreten von Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes
AGI	Arbeitsgemeinschaft Influenza
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)
ArbSchG	Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG)
ASIG	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz - ArbSichG / ASIG)
ARE	Akute Respiratorische Erkrankungen
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BioStoffV	Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung – BioStoffV)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DGHM	Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (immunolog. Labormethode)
FFP	partikelfiltrierende Atemschutzmaske (face filtering piece)
GDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz- GDG)
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
If SG	Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)
IFT	Immunfluoreszenztest (Nachweismethode für Gewerbeeigenschaften)
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
ILAT	Institut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen

KatSG	Gesetz über die Gefahrenabwehr bei Katastrophen (Katastrophenschutzgesetz – KatSG)
KhsVO	Krankenhaus-Verordnung
KomZenBln	Berliner Kompetenzzentrum für hochkontagiöse lebensbedrohliche Krankheiten
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LABO	Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten
LAGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
MNS	Mund-Nase-Schutz
NRZ	Nationales Referenzzentrum
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PCR	Polymerase chain reaction (Polymerasekettenreaktion)
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
RKI	Robert Koch-Institut
STIKO	Ständige Impfkommission (beim RKI)
TE	Therapieeinheit
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TRBA 250	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege
VAH	Verbund für angewandte Hygiene
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
ZELtg	Zentrale Einsatzleitung
ZID	Zentrum für Infektionsdiagnostik
ZustKat Ord	Zuständigkeitskatalog Ordnungsaufgaben